

BACHELOROPPGAVE

Verdighet ved livets slutt

Hvordan kan sykepleier opprettholde helhetlig omsorg til pasienter ved livets slutt?

FORFATTERE:

Kristina Roscei Bjerke (470701)

Christina Myhre Reinlie (470686)

Antall ord: 9708

Dato: 14.05.18

SAMMENDRAG

Tittel:	Verdighet ved livets slutt - hvordan kan sykepleier opprettholde helhetlig omsorg til pasienter ved livets slutt?	Dato :	14.05.18
Deltakere:	Kristina Roscei Bjerke Christina Myhre Reinlie		
Veileder:	Solveig Struksnes		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk.)	Advance care planning, palliative care, community health nursing, human dignity og Liverpool Care Pathway.		
Antall ord: 9708	Antall vedlegg: 0	Publiseringsavtale inngått: ja	
<p>Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:</p> <p><i>Bakgrunn og hensikt:</i> Det blir stadig flere eldre og de fleste dør i kommunehelsetjenesten. Hvordan kan vi som sykepleiere sikre en helhetlig omsorg til pasienter de siste levedøgn?</p> <p><i>Metode:</i> Litteraturstudie.</p> <p><i>Diskusjon:</i> I hvilken grad er det hensiktsmessig med en tiltaksplan i møte med den døende pasient. Forutsetninger for å ta i bruk tiltaksplan er at pasienten må defineres som døende. Dette er det mange ansatte som syntes er krevende. For at tjenesten skal kunne benytte seg av en tiltaksplan må det godkjennes av en komite. Kommunikasjon og åpenhet er kjerneverdier for å kunne skape en relasjon mellom pasient og pleier. For at sykepleieren skal kunne ha et menneske-til-menneske-forhold er det viktig med en god relasjon. Kommunikasjon bygger på det verbale og non-verbale språket. I en travel hverdag er det viktig at sykepleieren viser at han eller hun har tid, til tross for at det er mye som skjer.</p> <p><i>Resultat:</i> Tiltaksplaner kan være et nyttig arbeidsverktøy i en travel hverdag. Den sikrer kontinuitet og kvalitet i tjenesten. Kommunikasjon med den døende og deres pårørende er viktig for å kunne ivareta deres ønsker og verdier.</p> <p><i>Konklusjon:</i> Det er stort behov for forskning rundt dette temaet. Det er viktig at kunnskapen hos de med grunnutdanning økes slik at alle yter samme kvalitet. Tiltaksplan kan til en viss grad sikre kvalitet i helse- og omsorgstjenesten.</p>			

ABSTRACT

Title:	Dignity at the end of life - how can nurses maintain overall care for patients at the end of life?	Date:	14.05.18
Participants:	Kristina Roscei Bjerke Christina Myhre Reinlie		
Supervisor:	Solveig Struksnes		
Keywords:	Advance care planning, palliative care, community health nursing, human dignity and Liverpool Care Pathway.		
Number of pages/words: 9708	Number of appendix: 0	Availability: open	
<p>Short description of the bachelor thesis:</p> <p><i>Background and purpose:</i> A larger part of the society becomes elderly, and most die in health care in the municipality. How can we as nurses secure proper care to dying patients?</p> <p><i>Method:</i> Literature study</p> <p><i>Discussion:</i> To what degree is it appropriate with advance care planning in meeting with a dying patient? Prerequisites to use advance care planning is that the patient must be dying. This is something many employees find demanding. Advance care planning must be approved by a committee if the service wishes to take it in use. Communication and frankness is core values to create a relation between patient and nurse. It is important with a good relation if the nurse should have the opportunity to have a human-to-human relationship. Communication builds on the verbal and non-verbal language, and in a busy workday is it important that the nurse shows that he or she has time even though he or she has much to do.</p> <p><i>Results:</i> Advance care planning can be a useful tool in a busy workday. Advance care planning secures continuity and quality in health care. Communication with the dying patient and his or hers kin is important for maintaining their wishes and values.</p> <p><i>Conclusion:</i> It is a great need for research in this subject. It is important that the knowledge to newly educated nurses increases to secure that everyone yield the same quality. Advance care planning can to some degree secure quality in health care.</p>			

INNHOOLD

1.0 Innledning	6
2.0 Bakgrunn	7
2.1 På liv og død, palliasjon til alvorlig syke og døende	7
2.2 Juridiske og etiske retningslinjer	8
2.3 Kommunikasjon med pasienter ved livets slutt.....	8
2.4 To tilnærminger i møtet med den døende pasienten.....	9
2.5 Oppgavens hensikt.....	11
2.6 Oppgavens problemstilling.....	11
2.7 Avgrensning og presisering av oppgaven	11
4.0 Metodedel	12
4.1 Systematisk litteraturstudie som metode.....	12
4.2 Litteratursøk.....	13
4.2.1 Utvalgsprosessen.....	14
4.2.2 Forskningsetiske prinsipper	14
4.2.3 Kildekritikk	15
5.0 Resultat og funn	16
5.1 Artikkel 1.....	16
5.2 Artikkel 2.....	17
5.3 Artikkel 3.....	18
5.4 Artikkel 4.....	19
5.5 Artikkel 5.....	20
5.6 Artikkel 6.....	21
5.7 Sammenfatning av resultater	22
5.7.1 Betydningen av tiltaksplan	22
5.7.2 Viktigheten av en god relasjon mellom helsepersonell og pasient	24
6.0 Drøfting	26
6.1 Hvordan opprette og bruke en tiltaksplan.....	26
6.2 Hvordan etablere en god relasjon til pasienter ved livets slutt?	28
6.3 Metodiske overveielser og kritisk vurdering.....	30
7.0 Konklusjon	32
8.0 Litteraturliste	33

*"Hvordan mennesker dør,
forblir som viktige minner hos dem som lever videre.
Både av hensyn til dem og til pasienten,
er det vår oppgave
å kjenne til hva som forårsaker smerte og plager,
og hvordan vi kan behandle disse plagene effektivt.
Det som skjer de siste timene før et menneske dør,
kan lege mange tidligere sår,
eller forbli som uutholdelige erindringer
som forhindrer veien gjennom sorg."
Cicely Saunders
(Den norske legeförening, 2001)*

1.0 INNLEDNING

I Norge dør rundt 45 000 mennesker hvert år. Av de som dør er det 40 % i sykehus, 40 % på sykehjem eller mindre institusjoner, og omkring 20 % utenfor institusjon (den norske legeforening, 2001). Denne oppgaven skal gi et innblikk i hvordan sykepleiere skal møte den døende med verdighet og åpenhet. Vi har valgt temaet verdighet ved livets slutt fordi vi ønsker å sette fokus på den helhetlige omsorgen til pasienter med kort forventet levetid. Som sykepleierstudenter sitter vi igjen med ulike erfaringer rundt det å pleie en døende. Etter tre år med samme utdanning, men ved ulike praksissteder, har vi fått ulike erfaringer ved det at et menneske skal dø. Hvordan skal vi gå inn i yrket og kunne forholde oss til den døende og deres pårørende? Hva er viktig for den døende, og hvordan kan vi som nyutdannet sykepleiere tilnærme oss den døende med helhetlig omsorg og gi den lindringen han eller hun trenger?

”Død er noe som tar sin tid” (Fonn, 2015). Rønsen mener at familier kan forberede seg på død ved å skape en åpenhet rundt temaet. Åpenhet rundt hva pasienten ønsker og ikke ønsker på slutten av livet, kan bidra til en god investering for den døende og pårørende rundt (Fonn, 2015). Som sykepleier vil mange av oss møte døden, om det er i hjemmesykepleien, spesialisthelsetjenesten, sykehjem eller i psykiatrien. Felles for alle er at vi sykepleiere er nødt til å forholde oss til yrkesetiske retningslinjer. Disse retningslinjene bygger på prinsipper i ICNs etiske regler og FNs menneskerettighetserklæring. Punkt 2 i de yrkesetiske retningslinjene går ut på hvordan sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, og pasientens rett til helhetlig sykepleie, medbestemmelse og ikke å bli krenket. I denne oppgaven er det spesielt tre punkter fra de yrkesetiske retningslinjene som er sentrale, «sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg, sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse, og bidrar til en naturlig og verdig død. Sykepleieren deltar aktivt i beslutningsprosesser om livsforlengende behandling» (Norsk sykepleierforbund, 2011).

2.0 BAKGRUNN

I denne delen av oppgaven skal gjøres rede for relevant teori som belyser temaet, verdighet ved livets slutt.

2.1 På liv og død, palliasjon til alvorlig syke og døende

NOU 2017: 16 på liv og død, er en offentlig utredning, der det palliative tilbudet i Norge har blitt gjennomgått og vurdert. Vi får en sammenligning med andre land som Danmark og Storbritannia. Palliativ omsorg blir definert som en «behandling av plagsomme symptomer samt annen hjelp og støtte ved alvorlig/livstruende sykdom» (NOU 2017: 16, s. 20-21).

Utredningen hadde som formål: «å foreslå tiltak som skal bidra til å styrke kvalitet, kompetanse, samhandling, faglig omstilling og nye arbeidsformer samt tverrfaglig samarbeid. Pasientenes og de pårørendes behov skal stå i sentrum» (NOU 2017: 16, s. 4). NOU 2017:16 på liv og død, kapittel 1 sier at pasienten skal tas med i alle beslutninger som skal tas. Dette gjøres lite i Norge i dag, og helsepersonell må bli flinkere til å se det fra pasientens side (NOU 2017: 16). Spesielt viktig er det å ta med den døende i beslutningene. «Med døende forstås at pasienten vil dø i løpet av timer eller få dager» (NOU 2017: 16, s. 20-21).

Helsepersonell vet ikke hva som er viktig for akkurat denne pasienten, derfor er vi nødt til å spørre om dette. Det som kan være viktig for en pasient kan være helt uviktig for en annen. Helsepersonell må tilpasse seg hvert enkelt individ og ha et helhetlig syn på mennesket. Saunders (2017; I: NOU) introduserte det grunnleggende begrepet «total pain». Det betyr at helsepersonell skal ivareta det fysiske, psykiske, sosiale og det åndelige når vi behandler pasientenes lidelser. Dette krever tverrfaglig samarbeid og god planlegging. De fleste mennesker i dag dør på institusjon, mens rundt 15% dør hjemme. Mange ønsker å leve hjemme så lenge som mulig. Det er en forutsetning at helsepersonell tenker etikk. Dette er viktig for pasientens og pårørendes tillit til helsevesenet. Når man er døende er det viktig at helsevesenet planlegger godt og at veien videre er forutsigbar. Spesielt viktig er dette når sykdommen er så sammensatt som den ofte er for den døende. Pakkeforløp er et pasientforløp som sikrer rask diagnostikk og gjennomføring av første behandling ved mistanke om alvorlig sykdom. Dette gir trygghet og forutsigbarhet for den syke, og den syke får tillit til helsevesenet (NOU 2017: 16).

2.2 Juridiske og etiske retningslinjer

Pasient- og brukerrettighetslovens formål er: «å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2018). § 2-5 sier noe om retten til individuell plan når pasienten har behov for langvarig og koordinert helse- og omsorgstjeneste. Dette skal utarbeides i samsvar med bestemmelsene i blant annet helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2018).

Samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012, og formålet med denne reformen er at pasienter og brukere skal få rett behandling, på rett sted og til rett tid (St.meld.nr. 47 (2008-2009)). God samhandling er avgjørende når en pasient flyttes mellom sykehus og kommuner, og mellom avdelinger og enheter innen sykehus og kommuner. Samhandlingsreformen skal bidra til at det blir utarbeidet gode samarbeidsavtaler (Helsedirektoratet, 2017). I helse- og omsorgstjenesteloven (2017), § 6-1, kommer det frem at kommune og regionale helseforetak skal inngå en samarbeidsavtale. «Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2017). Det vil si at det skal legges til rette om et menneske ønsker å dø hjemme eller på et sykehjem.

2.3 Kommunikasjon med pasienter ved livets slutt

«Helsekommunikasjon kan forstås som toveiskommunikasjon eller dialog med utveksling av informasjon og refleksjon om helse» (Tveiten, 2012, s 182). Sykepleiere kommuniserer med pasienten både med ord og kroppsspråk. Kroppsspråk er nonverbal kommunikasjon. Det er altså all kommunikasjon som gjøres uten å bruke ord. Det er svært viktig å være bevisst på slik kommunikasjon. Et eksempel er at en sykepleier står med hånden på dørhåndtaket som symboliserer at en må gå. Da vil det nonverbale språket bety mer enn det verbale. Dette kan gjøre at pasienten oppfatter at sykepleieren har dårlig tid og ikke får åpnet seg, eller får sagt det en ønsker å si (Tveiten, 2012). Øyekontakt er viktig slik at pasienten føler seg sett, men det er svært viktig å balansere dette slik at pasienten ikke føler seg beglodd. Uttrykk og mimikk i ansiktet viser at vi forstår pasienten og lytter. Dette er viktig i relasjonsbygging med pasienter. Berøring er et virkemiddel for å roe ned bekymrede pasienter, men på en annen side er det ikke alle mennesker som liker å bli tatt på. Derfor er det viktig at vi er noe forsiktig med berøring og tilpasser dette ut fra situasjonen (Tveiten, 2012).

Når pasientene ankommer et sykehus eller en annen form for institusjon er de som oftest i en sårbar situasjon. Det er sykepleieren som da har ansvar for å kommunisere på en empatisk og støttende måte. Det er viktig å si og vise at man er tilgjengelig for å trygge pasienten.

Sykepleieren må gi god informasjon om hva som skjer og forsikre seg om at pasienten forstår det som blir sagt. «Studier viser at kommunikasjonssvikt fører til nedsatt pasienttilfredshet og dårligere pleie, og kan sette pasientens sikkerhet i fare» (Heyn, 2015, s 363).

Joyce Travelbee var en sykepleier som var svært opptatt av mellommenneskelige forhold. Hun var opptatt av å finne håp og mening i sykdom og lidelse. Hun mente at det er viktig at sykepleieren bruker seg selv terapeutisk i møte med pasienter og pårørende. «Et menneske-til-menneske-forhold i sykepleie er en eller flere opplevelser og erfaringer som deles av sykepleieren og den som er syk, eller som har behov for sykepleierens tjenester» (Travelbee, 2017, s 136). Når en bruker seg selv som sykepleier terapeutisk vil en lindre pasientens plager. Det kan vi gjøre ved å lytte, og vise forståelse samt å bruke sykepleierens kunnskaper.

Kommunikasjon blir definert som «det å meddele eller overføre utveksling av tanker eller meninger: en prosess der meninger utveksles mellom individer gjennom et felles system av symboler som språk, tegn eller gester. Kommunikasjon er en handling og en prosess» (Travelbee, 2017, s 136). Når sykepleieren kommuniserer med pasienten ønsker sykepleieren å påvirke pasienten, det kan gjøres ved bevisste valg av handlinger og ord som kan føre til forandring hos pasienten. Som sykepleier må en være kreativ i kommunikasjonen for å kunne påvirke akkurat denne pasienten og tilpasse seg etter hvert individ. Mennesker uttrykker kommunikasjon både verbalt og nonverbalt. Når sykepleier kommuniserer med pasienten ønsker de å oppnå en relasjon og lære den syke å kjenne slik at de lettere kan ivareta den sykes behov og ønsker. Det kan også være lettere å påvirke pasienten til dens beste selv om pasienten ikke ser det selv akkurat da. Et tillitsforhold er da viktig. Kommunikasjon er et middel til å nå sykepleiers mål og hensikt (Travelbee, 2017).

2.4 To tilnærminger i møtet med den døende pasienten

Liverpool Care Pathway (LCP) er en tiltaksplan og dokumentasjonsmetode som skal sikre god behandling i livets siste dager. LCP er en internasjonal tiltaksplan som ble laget for å kvalitetssikre omsorgen til døende og deres pårørende. Planen er at denne skal kunne brukes av alle profesjoner innen helse og omsorg (Paulsen, 2014). I Norge må alle helseinstitusjoner som tar i bruk LCP registreres i «Kompetansesenter i lindrende behandling i Helseregion Vest (KLB)» (Helse-Bergen, 2018). Ved å bruke standardiserte tiltaksplaner sørger en for

kvalitetssikring. Tiltaksplanen sørger for å sikre omsorgen til den døende og de pårørende. Den gir evidensbasert veiledning til helsepersonell om de ulike aspektene ved å dø. LCP kan anvendes både på sykehus, i kommunen og er uavhengig av den døendes diagnose. Tiltaksplanen kan brukes av alle profesjoner innen helse og omsorg, men helsepersonell som skal bruke planen må ha opplæring. Dette øker kompetansen rundt det å være en pasient med behov for palliativ omsorg, og hvilke behov den døende og de pårørende har. Det har ført til en mer helhetlig behandling og pleie (Paulsen, 2014).

Hospice-filosofien bygger på humanistiske verdier. Dette for å få en helhetlig forståelse av mennesket (NOU 2017: 16). Filosofien har en sentral plass når helse- og omsorgspersonell ivaretar pasienter med behov for palliasjon. Sentralt i filosofien er pasientens liv og sentrale verdier, sammen med den medisinske behandlingen av sykdommen. En grunnleggende forutsetning for hospice-filosofien er at behandlingen består av en åpen og ærlig dialog mellom helsepersonell, pasient og pårørende om livet og døden (Norvang, 1998).

Døden er et tema i samfunnet som holdes på avstand. Det er et tema vi helst ikke vil snakke om. Hospice-filosofien er et sentralt bidrag til å fokusere mer på døden. Det er godt på vei inn i det norske helsevesenet, og vi har fått noen hospice i Norge. Sykepleiere mangler mye kunnskap rundt dette temaet. Det er ikke nok å bare kjenne til hospice-filosofien, men vi trenger en bevisstgjøring av hvordan filosofien aktivt kan brukes i sykepleien. Helhetlig sykepleie med fokus på både det fysiske, psykiske, sosiale og det åndelige er viktig i filosofien (Norvang, 1998).

Smertelindring er ofte en vesentlig del av palliativ omsorg. Saunders (2001; I: Guldbrandsen), beskriver samtaler med en døende flyktning, og fikk gjennom disse sine ideer om et eget sted for døende pasienter. I Saunders karriere dokumenterte hun blant annet om effekten av morfin. ”Når man ga morfin peroralt hver fjerde time, gikk det ikke utover bevissthetsnivået” (Guldbrandsen, 2001). Hun er grunnleggeren for det vi i dag kaller palliativ medisin. Ved palliativ behandling i dag er det fire typer medikamenter som blir brukt til lindring i livets slutfase. Morfin skal lindre smerte og dyspné, Midazolam skal lindre angst, uro, panikk og kramper, Haldol lindrer kvalme, uro, delir og agitasjon, Robinul lindrer surkling i øvre luftveier, ileus og kolikk (Helse-Bergen, 2017).

2.5 Oppgavens hensikt

Oppgavens hensikt er å finne ut hvordan sykepleier kan opprettholde helhetlig omsorg hos pasienter med kort forventet levetid. Målet med oppgaven er å finne ut av hva som skaper en verdig og helhetlig avslutning på livet, og sykepleierens rolle og ansvar i den forbindelse.

2.6 Oppgavens problemstilling

Hvordan kan sykepleier opprettholde helhetlig omsorg til pasienter ved livets slutt?

2.7 Avgrensning og presisering av oppgaven

Problemstillingen har blitt avgrenset til hvordan sykepleier kan skape en åpen og god dialog med døende pasienter, noe som er viktig for pasientens verdighet. Mange syntes det kan være vanskelig å snakke med døende pasienter, og om selve døden. Derfor ønsker vi å belyse dette temaet. Vi har valgt å avgrense oppgaven til å omhandle pasienter med kort forventet levetid. De fleste døende dør i kommunehelsetjenesten da det er mer økonomisk. Her er det ofte palliative plasser eller lindrende enheter (NOU 2017: 16). Oppgaven er derfor avgrenset til kommunehelsetjenesten. Medikamentell behandling er ikke en del av denne oppgaven, da vi ønsker å ha fokus på det eksistensielle og åndelige ved livets slutt.

4.0 METODEDEDEL

I denne delen skal vi systematisk gå gjennom våre metodiske overveielser. Den skal gi svar på blant annet vår søkestrategi og hvilke kriterier som er satt i våre søk etter artikler.

4.1 Systematisk litteraturstudie som metode

«Metode kan blant annet defineres som en systematisk framgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander» (Støren, 2016, s 38-39). Denne oppgaven er en litteraturstudie. Det er en systematisering av allerede kjent kunnskap. Det betyr at vi ikke kommer frem til ny kunnskap, men man kan ved å sammenligne kunnskap fra flere vitenskapelige artikler komme frem til nye erkjennelser (Støren, 2016). Vitenskapelige artikler skal bli brukt til å besvare vår problemstilling. Vi starter med å søke i databasene Cinahl og Svemed+. Deretter skal vi samle resultatene fra de vitenskapelige artiklene og sammenligne disse, og sette kunnskapen inn i et perspektiv. Artiklene skal vurderes og sammenfattes, og til slutt sammenlignes (Støren, 2016).

Artiklene som er valgt i denne oppgaven skal være vitenskapelige og følge IMRaD-struktur. Titlene eller tidsskriftet har blitt søkt etter i registeret for vitenskapelige publiseringskanaler. Der er artiklene og tidsskriftene delt inn i nivå 1 eller nivå 2 (Norsk senter for forskningsdata, 2017). Det skilles mellom primær og sekundærkilder. «Primærkilder er rapporter om ting som forskere har kommet fram til og ønsker å formidle til forskersamfunnet. Sekundærkilder er kilder som referer det som er publisert i primærkilder, ofte er det en form for sammenfatning av forskning som gjort av andre forskere enn forfatteren, som henvender seg til andre forskere» (Erikson, 2010, s 35). Oppgaven baserer seg på primærkilder, men det er også brukt sekundærkilder som artikler og lærebøker. Det er ulike metoder som er brukt i forskningsstudiene. Kvantitativ metode er forklarende og baserer seg på målbare enheter. Det er altså eksakt faktakunnskap. Når en skal gjennomføre en slik studie blir det ofte brukt spørreundersøkelse. Kvalitativ metode er en mer forstående metode. Her ønsker en å få kunnskap om menneskers meninger, erfaringer og blant annet tanker. En slik metode gjennomføres ved intervjuer og observasjoner og dokumentanalyse (Thidemann, 2017). Denne oppgaven er en litteraturstudie, med en kvalitativ bearbeiding og analyse av utvalgte kilder.

4.2 Litteratursøk

Et viktig utgangspunkt for litteratursøk er nøkkelord og temaer i problemstillingen. I tillegg styres søkene ut fra inklusjons- og eksklusjonskriterier. Disse er basert på avgrensninger som er beskrevet innledningsvis, og krav til vitenskapelig kvalitet. Tabell 1 viser en skjematisk oversikt over inklusjons- og eksklusjonskriteriene i denne studien.

Tabell 1. Oversikt over inklusjons- og eksklusjonskriteriene.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Full tekst	Ikke en bestemt diagnose
Språk: norsk, engelsk, dansk eller svensk	Barn
Nordiske studier	Spesialistehelsetjenesten
Vitenskapelige artikler	Smertelindring og annen medikamentbehandling. Fokuset skal være på det essensielle og åndelige hos den døende.
Kommunehelsetjenesten	Oversiktsartikler (ønsker primærkilder)
Pasient	Pårørende

For et effektivt søkearbeid brukte vi MeSH, dette er et emneordsystem som brukes i enkelte av databasene for helsefag (Thidemann, 2017). De vi brukte var: advance care planning, palliative care, community health nursing, human dignity, hospice and palliative nursing or palliative care, nurse pasient relation. Vi tok også i bruk et nøkkelord, da vi ønsket spesifikk forskning på dette område, Liverpool Care Pathway. I tabell 2 presenteres en oversikt over søkestrategien.

Tabell 2. Søkestrategi

Database	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
Cinahl Søkedato: 10/4	1. S1 Hospice and palliative nursing or palliative care 2. S2 Human dignity 3. S3 Nurse pasient relation 4. S4 Community health nursing 5. S1+S2+S3+S4	1. 12151 2. 2565 3. 9020 4. 10627 5. 3	3	1	1
Cinahl Søkedato: 10/4	1. S1 Human dignity 2. S2 Community health nursing 3. S3 Palliative care 4. S1+S2+S3	1. 2565 2. 29177 3. 28749 4. 4	4	2	2
Svemed+ Søkedato: 10/4	1. S1 Palliative care 2. S2 Advance care planning 3. S1 AND S2 4. Artikkel	1. 1076 2. 83 3. 13 4. 11	10	4	1
Svemed+ Søkedato: 10/4	1. S1 Liverpool Care Pathway 2. S2 Palliative care 3. S1 AND S2	1. 4 2. 1076 3. 4	3	2	2

4.2.1 Utvalgsprosessen

Felles for alle artikkelsøk i denne oppgaven, var at eksklusjonskriteriene var tydelige. Det gjorde det lett å gå gjennom titler og abstrakter for å lese om de var relevante for denne oppgaven. Svarer denne artikkelen på oppgavens problemstilling? I første omgang ble det gått gjennom titlene som kom opp på søket. Enkelte artikler ble ekskludert på bakgrunn av titlene. Disse artiklene inneholdt enten en enkel diagnose eller hadde bakgrunn fra spesialisthelsetjenesten. I andre omgang ble abstraktet lest på de resterende artiklene. Her ble mange artikler ekskludert på grunnlag av at de manglet IMRaD-struktur eller at de kun hadde et pårørendeperspektiv. I tredje omgang ble artiklene lest gjennom, undersøkt om de er fagfelleverdert, og om de besvarte oppgavens problemstilling.

Det første artikkelsøket på Cinahl resulterte i 5 artikler. Vi leste abstraktet på alle fem, men tre stykker var ikke relevant da de ikke hadde IMRaD-struktur. De to andre valgte vi å lese gjennom da vi så på abstraktet at de var relevante.

Det andre artikkelsøket på Cinahl resulterte til slutt i 3 artikler. Vi så fort at to av disse ikke var relevante fordi de ikke hadde IMRaD-struktur, men artikkel 1 var derimot relevant, og vi valgte derfor å lese den.

Artikkelsøket på Svemed+ ble delt i to. I første omgang ble søkeordene «palliativ care og advance care planning» benyttet. Det resulterte i 11 treff etter at søket ble begrenset til å gjelde artikler. Under dette søket var det 1 artikkel som er med på å legge grunnlaget videre i denne oppgaven.

I det andre artikkelsøket på Svemed+ ble det benyttet andre søkeord, «Liverpool Care Pathway og palliativ care». Det resulterte i 4 artikler, 2 av de ble tatt med som resultatartikler i denne oppgaven.

4.2.2 Forskningsetiske prinsipper

Forskningsetikk bygger på mangfoldet av verdier, normer og institusjonelle ordninger som bidrar til regulering og organisering av en vitenskapelig virksomhet (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2009). Helseforskningslovens formål «er å fremme god etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning» (Helseforskningsloven, 2017).

Forskningsprosjekter må godkjennes av personvernombud (NSD) og eventuelt regional komite for medisinsk og helsefaglig forskning (REK) (Helseforskningsloven, 2017).

Helsinkideklarasjonen sier at forskning skal utføres av kvalifiserte, vitenskapelige personer.

Den sier også at forskningen «må følge aksepterte vitenskapelige prinsipper» (Førde, 2014). Vancouveranbefalingene har krav til manuskriptet og hvordan bibliografiske referanser skal være. De har også etter hvert tatt inn etiske prinsipper som de anbefaler for publisering (Severinsen, 2017)

4.2.3 Kildekritikk

Resultatartiklene i denne oppgaven er bygd opp etter IMRaD-strukturen. Tidsskiftene er blitt søkt etter i NSD, der de er nivåinndelt i 1 eller 2. Til tross for at tidsskiftet er fagfellevurdert er det ikke nødvendigvis en vitenskapelig artikkel. Det derfor viktig å sammenligne artiklene opp mot hverandre i henhold til de kriteriene som er satt ved en vitenskapelig artikkel (Østerdal, 2016).

For å vurdere kvaliteten på artiklene videre, er det i oppgaven brukt sjekkliste. Sjekklisten sier noe om formålet med studien er klart formulert, om studien svarer på oppgavens problemstilling, om det er relevant å bruke kvalitativ metode, om utformingen er relevant for problemstillingen og utvalgsstrategien. Det ble også sett på om det var andre forhold som kan ha påvirket data, for eksempel feiltolkning, og om funnene er hensiktsmessig presentert (Helsebiblioteket, 2017).

5.0 RESULTAT OG FUNN

I denne delen av oppgaven skal vi ta for oss artiklene vi har valgt å bruke. Den skal gi et innblikk i bakgrunn for artiklene. Hva sier resultatet, hva finner vi i artiklene som kan besvare problemstillingen, hvordan kan sykepleier opprettholde helhetlig omsorg til pasienter ved livets slutt?

5.1 Artikkel 1

Ôstlund, U. Brown, H. Johnston, B. (2012) Evaluation of the dignity care pathway for community nurses caring for people at the end of life. *International journal of palliative nursing*, 18(10), s 483-489, doi: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2012.18.10.483>

Søk. Artikkelen ble funnet på Cinahl på søkeordene hospice and palliative nursing or palliative care AND human dignity AND nurse patient relations AND community health nursing.

Fagfelleverdert/NSD - nivå 1.

Bakgrunn. Mennesker som er ved slutten av livet er redd for å miste verdigheten. Dignity Care Pathway er en intervensjon som er basert på Chocinov sin teoretiske modell for verdighet i pleie.

Metode. Mixed method – design, med en kvalitativ vurdering. 14 sykepleiere har evaluert DCP etter å ha hatt en undervisningsdag. DCP består av en instruksjonsmanul, pasientens verdighets inventorium(PDI), eksempler på reflektive spørsmål og forslag til pleietiltak.

Dataene ble analysert ved bruk av analyse av rammeverk.

Resultat. De fleste sykepleierne sa at det var til hjelp å bruke the dignity care pathway. Det hjalp dem å se når pasientene var ved slutten av livet og det hjalp dem å forstå hva som var bekymringene til pasienten. Det hjalp også sykepleierne å stille de vanskelige spørsmålene og fange opp problemer som de tidligere ikke hadde sett, men de mente også at DCP ikke var passende til alle pasienter da det krever kommunikasjon. Relasjonen mellom sykepleier og pasient ble dypere da det tillot en åpen samtale. Sykepleierne mente det var viktig å forklare grundig til pasienten hva DCP gikk ut på. De så det også viktig å tenke på når man skulle introdusere DCP i forhold til levetid og relasjonen til sykepleier.

Konklusjon. Studien sier at det er the dignity care pathway som hjelper sykepleierne i å gi individuell og psykisk pleie. Dette har tidligere vært vanskelig å fange opp for sykepleiere ute

i kommunen. De ønsket at designet skulle utbedres. Sykepleierne ønsket å fortsette å bruke DCP og vil anbefale dette til andre.

5.2 Artikkel 2

Johansen, H. og Helgelsen, A.K. (2015) Ansattes erfaring med Liverpool Care Pathway. Tilgjengelig fra: https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/geriatrisk_0315.pdf#Page=8 (hentet den 10.04.18).

Artikkelen er funnet med søkeordene Liverpool Care Pathway og palliative care på Svemed+. Søkeordene er kombinert med «and».

Fagfellevurdert/NSD nivå 1.

Bakgrunn. Tilnærmet halvparten av alle dødsfall i Norge skjer i sykehjem. Denne studien tar for seg erfaringene til ansatte på sykehjem etter innføringen av LCP.

Metode. Studien ble gjennomført i 2014. Det var et tverrsnittstudium med et spørreskjema. De ansatte ved sykehjemmet hadde hatt en undervisningsdag før innføringen av LCP. Det ble også valgt én til to LCP-kontakter på hver avdeling som skulle fungere som kontaktpersoner og veiledere i arbeidet med døende pasienter. Spørreskjema tok utgangspunkt i 9 hovedområder/avsnitt som vi finner i tiltaksplanen.

1. *Innføring av tiltaksplanen LCP*
2. *Forbedrende samtale*
3. *Åndelig/eksistensielle behov*
4. *Medikamentbruk*
5. *Når utsikten til leveverdig liv syntes å være truet*
6. *Når tilstanden endrer seg og vi må vurdere om pasienten er døende*
7. *Symptomlindring og sykepleie*
8. *Dokumentasjon og problemløsning*
9. *Faglig refleksjon og samarbeid*

(Johansen og Helgesen. s. 11, 2015)

Respondenten kunne svare på en skala som var delt i fem fra «helt enig», «delvis enig», «litt uenig» til «helt uenig» og «ikke relevant».

Resultat. Studien viser at over 50% av respondentene var helt eller delvis enig i at de hadde fått tilstrekkelig med opplæring før de tok i bruk LCP-planen. Dette antyder at opplæringen rundt bruken av LCP-planen kan forbedre seg. Forberedende samtaler er avgjørende for å

kunne oppfylle pasientens ønsker og verdier, spesielt når pasienten ikke lenger er i stand til å gjøre rede for seg. Det er gjennom slike samtaler pasientens verdighet kan bli styrket.

Konklusjon. Studien konkluderer med at det er økt behov for kommunikasjon med pasienten og at lindrende nærvær bør prioriteres da personale per i dag føler at det er lite tid til relasjonelle sidene ved sykepleie. Det kommer også frem at det behov for bedre rutiner for å dokumentere forberedende samtaler.

5.3 Artikkel 3

Johansen, H. og Helgesen, A.K. (2017) Omsorg i livets siste fase. Tilgjengelig fra:

https://sykepleien.no/sites/default/files/gs_2017_2.pdf (hentet den 20.03.18)

Brugergruppen er pasienter med demens i sykehjem, studien er sett fra helsepersonells perspektiv.

Artikkelen er funnet med søkeordene, palliative care og advance care planning på Svemed+. Søkeordene ble kombinert med «and».

Fagfelleurdert/NSD nivå. Ja, tidsskriftet, geriatrisk sykepleie, ble fagfelleurdert i 2016.

Bakgrunn. Det blir stadig flere eldre, det forventes å tredobles fra 2015 til 2050. Samtidig som det blir flere eldre har levealderen også økt, dette sammen gjør at samfunnet stadig får en befolkning der demens øker i forekomst (2017). Som følge av dette er omsorg og behandling i livets siste fase en viktig funksjon i sykehjem. Johansen og Helgesen viser til forskning som viser at enkelte tiltaksplaner kan bedre kvaliteten. Liverpool Care Pathway (LCP) er en tiltaksplan som ble introdusert i Norge. LCP-planens mål er å heve kvaliteten på sykepleie, behandling og dokumentasjon. Tiltaksplanen tar for seg det helhetlige fokuset på pasient og pårørende. LCP har fått en del kritikk, deriblant at den ikke har et helhetlig syn på mennesket som bryter med hospicefilosofiens grunnlag. Norge introduserte en ny tiltaksplan høsten 2015 som bygger på LCP, men samtidig ivaretar grunnlaget i hospicefilosofien om å se hele mennesket. "Livets siste dager – plan for lindring i livets slutfase" heter den nye tiltaksplanen (2017).

Metode. Våren 2014 ble LCP implementert ved et sykehjem på østlandet. De ansatte fikk tilbud om internundervisning i grunnleggende palliasjon, etiske utfordringer i livets siste fase og hvordan de skulle ta i bruk LCP. I etterkant skulle de delta på en spørreundersøkelse. Undersøkelsen ble utarbeidet med bakgrunn på det de lærte under internundervisningen og hva LCP inneholdt. 88 av 142 ansatte responderte, det vil si en svarprosent på 62 %. Av de som svarte hadde 36% sykepleierutdanning, 55% var fagarbeidere og 9% ufaglærte. Studien

er i tråd med etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden. I artikkelen er resultat knyttet opp til temaene:

1. *Åndelige/ eksistensielle behov*
2. *Medikamentbruk*
3. *Når utsikten til leveverdig liv synes å være truet*
4. *Når tilstanden endrer seg og vi må vurdere om pasienten er døende*
5. *Dokumentasjon og problemløsning*
6. *Faglig refleksjon og samarbeid* (Johansen & Helgesen 2017)

Resultat. I artikkelen kommer det frem at det er over 50% av respondentene som har samtaler med pasient og pårørende om eksistensielle/ åndelige behov. 50% sier også at det er satt av tid til faglig refleksjon og at helsepersonellet jobber aktivt med problemløsning slik at pasientene skal oppnå god lindring. Underkant av halvparten mener det er krevende å vurdere om en pasient er døende. ”Palliasjon skal verken framskynde døden eller forlenge dødsprosessen” (Johansen og Helgesen. s.32, 2017), derfor er det viktig å vurdere det palliative tiltaket fortløpende.

Konklusjon. Johansen (2017) mener det er viktig med forberedende samtaler, involvering av pårørende og grundig og tverrfaglig vurdering av pasientens tilstand. Den forberedende samtalen bør inneholde åndelige og eksistensielle behov.

5.4 Artikkel 4

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. s. 189-201, doi [10.18261/issn.2387-5984-2016-03-05](https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2016-03-05)

Artikkelen er funnet med søkeordene, Liverpool Care Pathway og palliative care på Svemed+. Søkeordene er kombinert med «and». Hensikten med denne studien var å utforske hvilke erfaringer sykepleiere satt igjen med på sykehjem etter innføringen av tiltaksplanen, Liverpool care pathway.

Fagfelleurdert/NSD nivå. Ja, nivå 1.

Bakgrunn. I løpet av de siste årene har det blitt innført tiltaksplan i norske sykehjem. Tiltaksplanen heter Liverpool Care Pathway (LCP). Formålet med tiltaksplanen er å kvalitetssikre pleien og omsorgen til pasienter ved livets slutt.

Metode. Denne artikkelen bygger på en kvalitativ studie av sykepleierens erfaringer med bruk av LCP i sykehjem. Studien er gjennomført av sykepleiere på ulike sykehjem i Norge. 11

sykepleiere deltok på individuelle intervju. 5 av de hadde en videreutdanning i kreftsykepleie eller palliasjon.

Resultat. Det var to hovedtemaer som kom frem når svarene ble analysert. 1. LCP bidrar til god omsorg ved livets slutt. 2. utfordringer knyttet til bruken av LCP. Informantene forteller at LCP er et godt verktøy i møte med pasientene. Den bidrar til forsvarlig pleie og omsorg, blant annet at hele pasienten blir sett, den åndelige/eksistensielle dimensjon blir i større grad ivaretatt. Det er samtidig en del utfordringer knyttet til bruk av LCP. Det bygger på det praktiske ved å ta i bruk tiltaksplanen, og det kan omhandle vanskeligheten ved å diagnostisere en døende. Informantene opplyser om at de tilrettelegger LCP-planen til hver enkel pasient. Sykepleierne følger derfor ikke sjekklisten slavisk.

Konklusjon. Sykepleierne opplever at LCP bidrar til en verdig og forsvarlig omsorg for den døende. Det er noen utfordringer til bruken av tiltaksplanen. LCP bidrar til et helhetssyn på pasienten.

5.5 Artikkel 5

Østlund, U. Brown, H. Johnston, B. (2013) Identifying care actions to conserve dignity in end of life care. *British Journal of community nursing*, 16(5), s 238-245 doi:

<https://doi.org/10.12968/bjcn.2011.16.5.238>

Søk. Denne artikkelen er funnet på søkeordene human dignity, community health nursing og palliative care på Cinahl. Søkeordene ble kombinert med «and». Jeg avgrenset søket med «full text».

Fagfelleurdert/NSD-nivå. Ja, nivå 1.

Bakgrunn. Sykepleierne i kommunen har en sentral rolle i å gi palliativ pleie til pasienter som ønsker å død hjemme. Å hjelpe pasientene og død med verdighet er et sentralt prinsipp i palliativ pleie. Denne pleien bør omfatte et utvalg av pleietiltak basert på elendigheten som svekker pasientens verdighet.

Metode. Studien er kvalitativ, som vil si at det er gjort spørreundersøkelser med pasienter som er i livets slutfase, pårørende og sykepleiere. Den er altså erfaringsbasert. Studien er gjort i primærhelsetjenesten. Intervjuene ble strukturert og inkluderte alle temaene i chochinov modellen for verdighet. Det var alltid to forskere som intervjuet, en som stilte spørsmålene og en som observerte. Alle intervjuene ble tatt opp.

Resultater. Det var viktig med en god relasjon mellom sykepleier og pasient. Det var viktig å oppdage psykiske symptomer tidlig og forebygge dette med distraksjon gjennom for eksempel aktiviteter som pasienten selv ønsket å gjøre. Å beholde det sosiale og å beholde

rollen sin i familien var for mange viktig. Pasientene sa at det var viktig at de ble behandlet som normale mennesker og ikke som syke. Det å være en byrde var også et tema som pasientene ikke likte. Løsningen her var at det finnes mange praktiske hjelpemidler som kunne hjelpe pasienten til å klare seg litt mer selv. Håp og autonomi var også viktig. Det å kunne snakke med en prest var noe pasientene syntes kunne være fint, men at det måtte være et tilbud fra sykepleieren.

Konklusjon. Forskning er nødvendig for å kunne sikre en verdig død. Intervensjonen i form av et behandlingsforløp må bli videre forsket på for å kunne foreslå evidens baserte tiltak basert på de problemene som er fanget opp og som er viktige for å støtte en verdig død.

5.6 Artikkel 6

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

Søk. Artikkelen er funnet på Cinahl på søkeordene human dignity AND community health nursing AND palliative care. Søket ble avgrenset med full text.

Fagfelleurdert/NSD-nivå 2.

Bakgrunn. Palliativ pleie er en viktig del av jobben som sykepleier i kommunen. Sykepleierne føler seg ikke forberedt til å møte psykiske aspekter ved palliativ pleie. Verdighet er en viktig del av palliativ pleie og spesifikke intervensjoner for verdighet er mangelfulle.

Metode. I denne studien er det brukt en mixed methods. De samlet og analyserte kvalitative data etterfulgt av en kvantitativ fase. De gjennomførte fokus gruppe intervjuer etterfulgt av nettundersøkelse. Studien er gjennomført på fire steder i Irland, både i byen og på landet. Sykepleierne som skulle delta i studien hadde en læringsdag hvor de lærte om palliativ pleie og the dignity care intervention.

Resultater. 24 sykepleiere deltok i fokus gruppe intervjuer. De hadde i gjennomsnitt over 20 års klinisk erfaring. Fire nøkkeltémaer ble identifisert fra gruppene. Oppfatning av dignity care intervention (DCI), bruk av DCI i klinisk praksis, se fordelene av DCI og utfordringer i forhold til DCI. De valgte kun å bruke DCI på pasienter som allerede mottok tjenester i test perioden. Sykepleierne var redde for at når de spurte alle disse spørsmålene ville det virke som om de åpnet en boks med mark, det ville ikke ta slutt og de var redde for at det tok for mye tid. DCI identifiserte en rekke psykiske problemer og bekymringer for pasienten. De sier

også at de har hatt samtaler med pasienter og pårørende som ikke normalt ville skjedd. Det var utfordringer i forhold til tid og ressurser i forhold til bruk av DCI.

Konklusjon. Studien viser at med DCI forenklet den holistiske vurderingen og identifiseringen av verdighetsrelaterte bekymringer som kanskje ikke ville blitt oppdaget på andre måter. Det var forskjellige utfordringer i forhold til å ta inn DCI i praksis.

5.7 Sammenfatning av resultater

Her beskrives sammenfatningen (analysen) av resultatene som er relevante for problemstillingen i denne oppgaven. Ved å sammenfatte disse resultatene får oppgaven en tolkning av resultatene i artiklene. Da vil det også komme frem forskjeller og likheter i de ulike artiklene (Aveyard, 2014).

I arbeidet for å komme frem til to hovedtemaer er artiklene leste gjennom av alle forfatterne og fellestrekk er markert. 5 av artiklene bygger på bruken av tiltaksplaner, viktigheten av kontinuitet i helsetjenesten, kommunikasjon og åpenhet. Den siste artikkelen bygger på verdighet og relasjon. For å finne likheter og ulikheter i artiklene, er resultatene delt inn i to temaer. De temaene som er relevante er, «betydningen av tiltaksplan» og «viktigheten av en god relasjon mellom pasient og pleier». Alle artiklene i denne oppgaven har fulgt etiske prinsipper i henhold til helseforskningsloven.

5.7.1 Betydningen av tiltaksplan

Brattgjerd (2016) mener at ved å være i forkant kan sykepleieren planlegge videre forløp om eventuelle plager eller lidelser skulle oppstå. Del 1 i LCP legger til rette for akkurat dette, den sier noe om at sykepleieren skal kartlegge, og lage en plan for videre behandling, pleie og omsorg for den døende (Brattgjerd, 2016). Informantene i denne studien var opptatt av at den siste tiden til pasienten skulle bære preg av verdighet. «I dette ligger et viktig premiss: at overgangen fra kurativ til lindrende behandling skjer tidsnok til at en unngår overbehandling inn i den døende fasen» (Brattgjerd, 2016. s. 194). I denne prosessen er det viktig med god dialog mellom helsepersonell, den døende og deres pårørende.

Tre av studiene som er med i denne oppgaven bygger på de ansattes erfaringer ved bruk av Liverpool Care Pathway (LCP) på sykehjem. Brattgjerd (2016) gjorde denne studien i det den nye tiltaksplanen trådte i kraft, livets siste dager. Resultatene fra disse studiene er fra implementeringen av LCP. Ivaretagelse og kontinuitet er noe som går igjen i studiet. I

Brattgjerd (2016) sin studie kommer det frem at LCP-planen oppleves som et godt arbeidsverktøy i en travel hverdag.

Johansen (2015) har skrevet to artikler som tar for seg ulike deler av studien. Felles for de begge er at studiet konkluderer med at LCP-planen bidrar til å se hele mennesket. Med det menes det fysiske og psykiske. Det eksistensielle og åndelig skal ivaretas og være en naturlig del av den forberedende samtalen (Johansen, 2017). Tiltaksplaner skal være et nyttig arbeidsverktøy, men flere av de ansatte føler de mangler kompetanse til å ta LCP-planen i bruk (Johansen, 2015). Informantene forteller at det er satt av tid til faglig refleksjon når det er en døende på avdelingen. Dette for å forbedre pleien og lindringen til den døende. En forutsetning for å kunne ta i bruk LCP-planen er at pasienten er definert som døende. Dette er det flere av informantene som syntes er krevende (Johansen, 2017).

Östlund sin studie bygger på bruken av dignity care pathway (DCP). Noen av sykepleierne uttrykte bekymringer angående gjennomførbarheten av DCP. Dette gjaldt på pasienter som kun hadde kort tid igjen å leve på grunn av lengden og at det krever en del kommunikasjon. De fleste mente at planen førte til at de ga en mer fokusert pleie som fikk positiv innvirkning på pasienten. Sykepleierne sier også at planen hjalp dem å stille vanskelige spørsmål samt å identifisere problemer som de tidligere ikke hadde gjort. DCP gjorde at sykepleierne vurderte flere pasienter til palliativ pleie som var ved livets slutt. De så at de kunne myndiggjøre pasientene slik at pasienten kunne delta i diskusjonen og være med å bestemme. Dette gjorde relasjonen mellom sykepleier og pasient sterkere (Östlund, 2012).

I følge McIlfactrick (2017) gjorde the dignity care intervention (DCI) at pasientene ble involvert i beslutninger. 52% av sykepleierne mente at planen var for lang til å fullføre. De var også redde for at det skulle ta lang tid og kreve mye ressurser. Planen identifiserte en rekke psykiske problemer og bekymringer hos pasientene som de tidligere ikke hadde oppdaget. Sykepleierne sier de har hatt samtaler med pasient og pårørende som tidligere ikke ville skjedd. McIlfactrick sier at forenklet den holistiske vurderingen, samt at det identifiserte verdighetsrelaterte bekymringer. Sykepleierne følte det var viktig å ha en relasjon til pasienten fra før, før de begynte med planen. Dette var en av grunnen til at de mente det var utfordrende å ta inn DCI i praksis. De andre grunnene var mangel på tid og ressurser, og vanskeligheter med å få med pasientene.

5.7.2 Viktigheten av en god relasjon mellom helsepersonell og pasient

I følge Johansen (2015) er det viktig med forberedende samtaler, både for pasienten og for de pårørende. Det kan være med på at den døende får en verdig død. Sykepleieren får et inntrykk av hva pasienten ønsker, og hva pårørende ønsker. Sammen kan helsepersonell prøve å imøtekomme den døende og deres ønsker om en verdig avslutning på livet. 46% av respondentene sier de har forberedende samtaler med den døende pasient. Samtidig kommer det frem i studien at det er behov for større oppmerksomhet på kommunikasjon med pasienten. Det burde iverksettes rutiner for dokumentasjon av forberedende samtaler (Johansen, 2015).

Pårørende forslo at kommunikasjon og distraksjon gjennom aktiviteter var viktig for å få tankene over på noe annet enn sykdomsrelaterte bekymringer. Sykepleierne sa at det var viktig å lytte til pasienten for å oppdage isolasjon og ensomhet, og eventuelt berolige pasienten da det ofte er vanlige følelser. Å lytte til og få frem disse bekymringene kunne være like bra som å gi medisiner. Sykepleierne mente at det å ta vare på en pasient i lengre tid og bygge en relasjon, hjalp pasienten til å akseptere at livet har forandret seg. Pårørendegruppa mente at forsiktig humor hjalp på sensitiviteten og gjorde det mulig å akseptere det som skjer. Pasientene og pårørende mente at å snakke og le med andre i samme situasjon kunne være støttende. Det var viktig for pasientene at sykepleierne var blide og hyggelige, og at de ønsket å snakke. Pårørende mente at sykepleieren hjalp å få i gang samtaler i familien og syntes det var viktig for å opprettholde respekt og pleie. Å bruke humor gjorde det lettere å godta at en trengte pleie. Sykepleiere og pårørende mente også at det hjalp på kommunikasjonen innad i familien, slik at de lettere kunne se problemer og løse dem (Östlund, 2013).

Det kom frem i Östlund sin studie at det er viktig å leve i nåtiden og ikke bekymre seg for fremtiden. Sykepleierne sa det var viktig å hjelpe pasientene til å nå målene sine. Det var også viktig at sykepleierne var fleksible og imøtekommende. Pasientene ønsket å leve så normalt som mulig og ikke bli minnet på døden. Det å kunne snakke med en prest var noe pasientene ønsket å bli tilbudt, men de mente også at det var fint om sykepleieren ville snakke om det spirituelle. Familien var også en viktig støtte. Det var blandende følelser om støtte fra naboer og venner. De profesjonelle var også en viktig støtte for pasienten, mente pasienter og pårørende. Det var viktig for pasientene at de fikk gjøre det de klarte selv. Det var viktig for å ikke føle seg som en byrde. De mente det var fint med utstyr som gjorde at pasientene klarte seg mer selv. Den døende hadde også en del bekymringer om de som blir forlatt. Sykepleierne

mente at det var viktig å stimulere pasientens følelser av selvtillit ved å snakke positivt, og hjelpe pasienten til å forstå verdien av å la pårørende hjelpe seg (Östlund, 2013).

6.0 DRØFTING

Hensikten med denne delen av oppgaven er å diskutere hvordan resultatene svarer på problemstillingen, det skal knyttes til relevant teori og forskning som er en del av denne oppgaven (Thidemann, 2017).

6.1 Hvordan opprette og bruke en tiltaksplan

Tiltaksplanen skal sikre kvalitet i livets siste dager (Brattgjerd, 2016). Helsepersonell mener at bruk av Liverpool Care Pathway (LCP) fører til en fin inngangsport for samtale mellom pasient og pårørende (Lillemoen, 2011). Det kommer også frem at helsepersonellet føler seg tryggere i møte med den døende og deres pårørende (Lillemoen, 2011). Studien til Brattgjerd (2016) sier også noe om det å ta en «føre-var-samtale», dette for å forberede de rundt på det som kommer og pasienten selv. Det kan omhandle informasjon om ernæring og andre grunnleggende behov. Kroppen vil gradvis svekkes, og pasienten vil på et tidspunkt slutte å ta til seg mat og drikke. Dette kan sykepleier forberede pårørende om, slik at de vet at denne situasjonen vil oppstå (Brattgjerd, 2016). Et kompetent og stabilt helsepersonell vil gi pårørende trygghet i kommunehelsetjenesten. For å skape trygghet er det viktig med gode pasientforløp tilpasset den enkelte. Den døende vil da få en bedre oversikt over hva som kommer til å skje, de vil også få en forståelse av situasjonen (NOU 2017: 16). McIlpatrick (2017) mener at god kommunikasjon til rett tid er en viktig komponent for å oppdage pasientens behov og ønsker i palliativ pleie. Tiltaksplanen bidrar til samtaler om åndelige og eksistensielle spørsmål, dette kan føre til større åpenhet mellom pasient og sykepleier (Johansen, 2017).

Johansen (2017) sin studie viser at det er satt av tid til faglige refleksjoner på avdelingen når de har en døende pasient. Dette for å kunne snakke sammen om faglige utfordringer om det å pleie en døende. Det kommer frem i studien at fire av ti respondenter mener det er krevende å vurdere om en pasient er døende eller ikke. Til tross for at det tverrfaglige teamet skal være enige om at pasienten er døende (Johansen, 2017). Helse- og omsorgstjenesteloven, § 4-2, sier noe om at alle som yter en helsetjeneste skal forsikre seg om at foretaket arbeider for kvalitetsforbedring, og pasient- og brukersikkerhet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2018). Östlund (2012) sier at en av de største utfordringene er mangel på tid og ressurser ved bruk av Dignity-Care-Intervention (DCI). Brattgjerd (2016) derimot sier at Liverpool Care Pathway (LCP) er et godt arbeidsverktøy i en travel arbeidshverdag. Dette på bakgrunn av at

sykepleierne føler at de får en påminnelse på hva de skal gjøre, samtidig som de kan gå gjennom sjekkpunktene i ettertid å se om punktene er gjennomført (Brattgjerd, 2016). NOU 2017: 16 på liv og død, sier at helsepersonell er nødt til å ha kompetanse om grunnsykdommen og om palliasjon for å kunne imøtekomme pasientens behov. Den sier også at helsepersonell bør få en grunnleggende kompetanse i palliasjon gjennom sin grunnutdanning (NOU 2017: 16). For at sykepleier skal kunne møte de utfordringer som er i møte med en døende er det viktig å styrke kompetansen og kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten. Det bør satses på bedre og mer forskning innen palliasjon (NOU 2017: 16). Bollig (2015) har forsket på bruken av «sistehjelpskurs», dette er et kurs ment for befolkningen flest, på lik linje som førstehjelpskurs. Sistehjelpskurset skal gi en innføring om døden, palliasjon og om omsorgen ved livets slutt. Hensikten til kurset er at helsepersonell og andre skal kunne sikre god omsorg ved livets slutt, samt å bidra til en offentlig diskusjon om død og omsorg ved livets slutt (Bollig, 2015). «Vi er alle stadig utrolig erfaringsløse i forhold til at håndtere konkrete dødsprosesser» (Bollig, 2015. s. 67), dette er et sitat som kommer frem i artikkelen. Den sier noe om hvordan sykepleiere skal stå i situasjoner som kan føles utfordrende. Hvordan kan sykepleier sikre god kvalitet om han eller hun ikke har erfaring eller kompetanse til dette? LCP-planen ble dannet for akkurat dette. Tiltaksplanen har som formål å forbedre omsorgen til døende ved hjelp av systematisk kartlegging (Lillemoen, 2011). LCP skal sikre en viss minimumsstandard på omsorgen som ytes ved livets slutt. Informantene sier noe om at pasientene tidligere var prisgitt den enkelte sykepleier, så har de etter implementeringen av LCP sikret en viss standard i helsetjenesten i møte med den døende. Samtidig er det stor variasjon blant sykepleiere, noen er opptatt av den faglige kunnskapen, mens andre i større grad er opptatt av den dagligdagse omsorgen. LCP-planen skal bidra til lik kunnskap og at kontinuitet i omsorgen ivaretas (Brattgjerd, 2016). Samtidig viser Johansen (2015) sin studie at opplæringen av LCP-planen har et forbedringspotensiale. Kan vi da sette spørsmålsteget ved kvalitetsforbedring ved bruk av LCP? Det kan se ut til at hvis vi tar tak i disse utfordringene, vil LCP-planen kunne bidra til forsvarlige beslutninger og at helsepersonell yter palliasjon av høy kvalitet (Johansen, 2017).

LCP-planen sikrer kontinuitet i pleien, i følge Brattgjerd (2016) sin studie. Sjekkpunktene skal gjøre helsepersonell bevisst på det som skal gjøres. Kan det da si at hvem som helst kan pleie den døende pasienten? Meld. St. 26 (2015) tar for seg viktigheten av primærsykepleier som skal kartlegge pasientens behov. Samtidig vil ikke primærsykepleieren være på avdelingen til enhver tid, kan da LCP-planen sikre at pasienten får den pleien han eller hun

har lagt opp til? I følge pasient- og brukerrettighetsloven, § 2-5, så har alle med koordinerte og langvarige helse- og omsorgstjenester rett til en individuell plan (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2018). På bakgrunn av dette kan det være hensiktsmessig å innføre en tiltaksplan for denne pasientgruppen. For å opprette en LCP-plan i Norge må det gjennom en registrering. Dette fordi tiltaksplanen skal implementeres med undervisning og en kontaktperson i hver enkel enhet før de tar i bruk LCP. Det er helseregion vest som har det koordinerende senter for bruk av Livets siste dager, som er en videre utvikling av LCP (Helse-Bergen, 2018).

6.2 Hvordan etablere en god relasjon til pasienter ved livets slutt?

I følge Östlund (2013) vil det å pleie en pasient over lengere tid skape en relasjon. Det er grunnlaget for god kommunikasjon.

Kommunikasjon er altså en prosess som gjør sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Dette uttrykket, menneske-til-menneske-forhold, referer i sykepleie til en erfaring eller en rekke erfaringer mellom det menneske som er sykepleier, og det syke mennesket eller den som har behov for sykepleierens tjenester (Travelbee, 2017. s. 136).

Retten til selvbestemmelse, kjent som pasientautonomi. I et hvert pasientforløp er det viktig at pasienten selv får være med på å medvirke i egen helsesituasjon (NOU 2017: 16). Pasient- og brukerrettighetsloven, § 3-1, sier noe om «at pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2018). Til tross for dette, er det ikke alle pasienter som ønsker eller føler seg i stand til å medvirke (NOU 2017: 16). Det kommer frem i flere studier at det kan være hensiktsmessig med forberedende samtaler mellom helsepersonell, den døende og deres pårørende om helsesituasjonen til pasienten. I følge Johansen (2015) er det avgjørende med forberedende samtaler med den døende og deres pårørende. Dette for å kunne ivareta pasientens verdighet, slik at pasientens ønsker og verdier blir ivarettatt til tross for at han eller hun ikke kan gjøre rede for seg lenger. Slike samtaler vil kunne redusere pårørendes psykiske ettervirkninger. Studien viser også at det må bedre dokumentasjonsrutiner til. Spesielt rutinene rundt forberedende samtaler mellom helsepersonell, den døende og deres pårørende (Johansen, 2015). Östlund (2013) sin studie sier også noe om viktigheten av at pasientene får muligheten til å ha kontroll over eget liv. Dette kan gjøres ved å la pasienten få uttrykke følelser, og gi de så mye kontroll over pleien som de selv ønsker (Östlund, 2013). Pasient- og brukerrettighetsloven, § 3-2, sier noe om at det er viktig at pasientene får all informasjon om

egen helsesituasjon slik at han eller hun forstår dette. Det vil si at helsepersonell er nødt til å tilpasse informasjonen som skal gis til pasient og pårørende (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2018). Dersom pasienten ikke har innsikt i sin egen helsetilstand, kan det medføre sykdomsrelaterte bekymringer. Pasienten vil ikke forstå hva som vil skje med eget sykdomsbilde og kan få problemer med å takle dette (Östlund, 2013). For å sikre at pasienten kan bruke sin medvirkningsrett, må helsepersonell forsikre seg om at pasienten har forståelse om egen helsetilstand og de behandlingsmuligheter som finnes. Dersom pasienten ikke er i stand til å bestemme dette selv, er det nærmeste pårørende som kjenner pasienten best og skal ta valg på vegne av pasienten (NOU 2017: 16).

I følge Östlund (2013) er familien kanskje den viktigste støtten ved siden av helsepersonell. Pasientene hadde blandede følelser angående støtte fra venner og naboer. Pasientene så viktigheten av menneskelig kontakt, men syntes at det skulle være på egne premisser. Pasienten må selv få bestemme når de ønsker å ha besøk (Östlund, 2013). Når den døende ikke klarer å tydeliggjøre ønsker selv, er det de pårørende som kjenner pasienten best. Derfor kan pårørende ha en avgjørende betydning for pasienten. Det er derfor viktig at pårørende også blir inkludert i pasientforløpet (NOU 2017: 16). De nærmeste pårørendes relasjon til den syke kan styrkes i sykdomsprosessen. Samtidig kan dette føre til at pårørendes relasjon til andre mennesker svekkes. Dette kan føre til isolasjon og ensomhet for pårørende. Det kan også være vanskelig å ikke ha noen å dele byrden med (Honoré, 2010). Når en får vite at en skal dø, er det tøft å vite at man skal bryte de bånd man har med sine nære og kjære. Døden skjer i ensomhet, men personen er avhengig av å få trøst og støtte. Dette er også vanskelig for de pårørende når en de er glad i skal dø. Mange tar avstand da de sørger og syntes det er vanskelig å være nær den døende. Derfor er det viktig at sykepleiere tar ansvar og hjelper den døende og de pårørende til å kunne være sammen den siste tiden. Pasientens identitet kan ivaretas til siste dag ved at sykepleiere og annet helsepersonell tilrettelegger for fellesskap og finner noe som gir mening (Norvang 1998). Kartleggingsverktøyet, The carer Support Needs Assessment Tool, kan brukes til å vurdere pårørendes behov som omsorgsytter for den døende (NOU 2017: 16).

For å skape en relasjon til pasienten fra første møte, er det viktig å alltid presentere seg med navn og rolle. Dersom pasienten har med flere, er det lurt å spørre hva slags relasjon de har til hverandre. Sykepleier skal som oftest kjenne til pasienten fra før, og da er det viktig å vise dette. Det skaper tillit. Et tips er å snakke om noe annet som bryr pasienten, som været eller noe annet som ikke er sykdomsrelatert. Dette gjør at pasienten lettere kan dele viktige

opplysninger med sykepleieren. Det er også viktig å tilpasse seg enhver pasient i forhold til hvordan man snakker og bruker kroppsspråket (Heyn, 2015). Östlund (2013) sier at å bruke humor kunne gjøre det lettere å godta at man trenger hjelp og pleie. De mente også at dette hjalp på sensitiviteten, og gjorde det lettere å akseptere det som ville skje. Å ha pleiere som lyttet var viktig for den døende. Gjennom å lytte kunne sykepleierne få frem underliggende bekymringer (Östlund, 2013). Det er i alle situasjoner viktig at helsepersonell lytter og tar hensyn til pasient og pårørendes ønsker (NOU 2017: 16). Å lytte innebærer å få med seg pasientens bekymringer. Som sykepleier er vi interessert i pasientens «total pain», en ønsker å se det helhetlige bilde av pasienten. Dette krever tverrfaglig samarbeid (NOU 2017: 16). Det er også viktig å ta hensyn til pauser, som gir pasienten tid til å tenke og utdype seg videre. Helsepersonell vil få viktig informasjon gjennom å lytte aktivt (Heyn, 2015). Johansen (2015) legger vekt på at dokumentasjon av samtaler ikke må brukes av tiden til lindrende nærvær hos pasienten. Å få en verdig død er sentralt i hospice-filosofien. For at pasienten skal oppleve en verdig død er det viktig at sykepleieren viser ærlighet, engasjement og empati. Gode holdninger er viktig. Pasienten skal selv bestemme, og pasienten skal ikke selv være ansvarlig for en verdig død (Norvang, 1998). Ved at sykepleier ved hvert møte går inn for å lære den døende å kjenne, vil sykepleieren og pasienten skape et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2017).

6.3 Metodiske overveielser og kritisk vurdering

Det er viktig med kritisk vurdering av artiklene for å strukturere og vurdere styrker og svakheter. Dette er en del av kvalitetsbedømmingen i oppgaven (Aveyard, 2014).

Alle artiklene i denne oppgaven har fulgt etiske retningslinjer. Johansen (2015; 2017) sin studie følger etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden, mens Brattgjerd (2016) sin studie har fulgt Helsinkideklarasjonen. Östlund (2012; 2013) sine studier har blitt etisk godkjent av North of Scotland Research Ethics service. Studien til McIlpatrick (2017) er etisk godkjent av University ethics committee.

Johansen (2015; 2017) sin studie er en kvantitativ studie som bygger på to av artiklene i denne oppgaven. Studien hadde en svarprosent på 62 %. Det kan derfor diskuteres om utvalget er representativt. Gjennomføringen av denne studien ble gjort i slutfasen av implementeringen av LCP-planen, noen hadde deltatt på internundervisningen, mens andre hadde ikke. Enkelte hadde erfaring fra bruk av LCP (Johansen, 2017).

Brattgjerd (2016) sin studie er basert på 11 individuelle, kvalitative intervjuer, fordelt på 6 kommuner i Norge. Informantene i studien var sykepleiere, og hadde erfaring med bruk av LCP-planen. Studien er lite representativ da vi i Norge har vi 422 kommuner (Thorsnæs, 2018). Dette kan være en svakhet ved studien, da den tar for seg en liten andel av kommunehelsetjenesten i Norge.

The dignity care pathway i Östlund (2012) sin studie er basert på the chochinov model. Data ble lest, diskutert, analysert og kryss sammenlignet av flere forskere. Det at ikke alle fokusgruppene svarte på alle spørsmålene i studien kan være en svakhet.

Östlund (2013) sin studie bygde på evidensbaserte pleietiltak fra en rekke kilder som empirisk forskning, klinisk erfaring, og pasient og pårørendes erfaringer. Det var alltid tilstede en observatør for å ta vare på deltakerne dersom det skulle være noe vanskelig. Intervjuene ble tatt opp. Dataene ble lest, diskutert, analysert og kryss sammenlignet av flere forskere for å forsikre seg om at alt ble riktig.

I McIlfratrick (2017) sin studie mistet de noen respondenter på grunn av innleggelse, død, at de var for dårlige til å bli intervjuet eller at de ikke var tilgjengelige. Det kan argumenteres for om studien skaffer en god start for fremtidig forskning for verdighet og individet.

I oppgaven er det kun brukt primærartikler som resultatartikler. I bakgrunnsdelen og i drøftingen har vi brukt sekundærlitteratur for å støtte opp under resultatartiklene. Artiklene i denne oppgaven er både på norsk og engelsk. Ved å ha engelske artikler kan det skape en risiko for misforståelser og en risiko for å ha tolket artiklene feil. Det kan være artikler som ikke er relevant for norsk helsevesen, på bakgrunn av at helse- og omsorgstjenestene kan være ulikt oppbygd. På den andre siden kan styrken ved flere av studiene være at de er gjennomført i Norge, dette kan bidra til endringer i de norske helse- og omsorgstjenestene. Siden studiene er fra ulike land har vi fått en bredere forståelse av hvordan tiltaksplaner kan være et hensiktsmessig arbeidsverktøy for helsepersonell. De fleste studiene er gjennomført av sykepleiere som hadde erfaring med bruk av tiltaksplan. Dette kan ha påvirket resultatene.

7.0 KONKLUSJON

Som sykepleier skal vi være tilstede før, under og etter at et menneske har gått bort. Vi skal ivareta den døende, men også deres pårørende. Denne oppgaven har hatt fokus på den døende pasienten. Hvordan kan vi som sykepleiere opprettholde helhetlig omsorg til pasienter ved livets slutt? Litteratursøket viser at ved å bruke tiltaksplan ved livets slutt, bidrar det til å opprettholde helhetlig omsorg. Dokumentasjon er en viktig forutsetning for ivaretagelse av pasienten og de rundt. Det å ha et godt arbeidsverktøy som kan kvalitetssikre pleien og behandlingen til den døende pasienten. Disse to forutsetningene viste oss veien til bruk av tiltaksplan ved livets slutt. LCP-planen er en sjekkliste som skal kvalitetssikre omsorgen ved livets slutt. Tiltaksplanen sikrer at vi som helsepersonell har samtaler med den døende og deres pårørende. Den sikrer at vi tar opp temaer som ikke bare handler om det medisinske. Helsepersonell kan sikre helhetlig omsorg ved hjelp av en tiltaksplan. Ved å sikre helhetlig omsorg vil pasienten også få en verdig avslutning på livet. Forskningen viser at det er for lite fokus på palliativ pleie i utdanningen, og sykepleiere har for lite kunnskap. I grunnutdanningen bør et satsningsområde være palliativ omsorg. Dette fordi en sykepleier ikke vil komme utenom det å ivareta en døende pasient. Sykepleiere trenger kompetanse for å kunne kvalitetssikre og opprettholde den helhetlige omsorgen til pasienter ved livets slutt. En tiltaksplan er et godt arbeidsverktøy om helsepersonell vet hvordan de skal bruke den.

Et menneske-til-menneske-forhold er viktig i møte med den døende. Litteratursøket viser viktigheten av en relasjon mellom pasient og pleier. Det kommer frem at kommunikasjon er viktig for at den døende skal forstå sin helsetilstand og medvirke til beslutninger om sin egen helse. Misforståelser og uforståelige forklaringer kan gjøre at pasienten ikke forstår hva som blir sagt. Det er derfor viktig å spørre pasienten om han eller hun har forstått informasjonen, og sørge for at informasjonen blir gitt på en forståelig måte. Dette sikrer at pasienten får den informasjonen han eller hun har rett på.

8.0 LITTERATURLISTE

Aveyard, H. (2014) *Doing a Literature Review in Health and Social Care : A Practical Guide*. 3.utg. Maidenhead: Open university Press

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*. s. 189-201, doi [10.18261/issn.2387-5984-2016-03-05](https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2016-03-05)

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2009) *Forskningsetikk*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/naturvitenskap-og-teknologi/Forskningsetikk/> (Hentet den 24.04.18)

Den norske legeforening (2001) *kapittel 6: Et liv med verdighet – til det siste*. Tilgjengelig fra: <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/Statusrapporter/statusrapport-om-situasjonen-i-helsetjenesten-nar-du-blir-gammel-og-ingen-vil-ha-deg/kapittel-6-et-liv-med-verdighet-til-det-siste/> (Hentet den 15.01.2018)

Erikson, M.G. (2010) *Riktig kildebruk*. Oslo: Gyldendal akademisk

Fonn, M. (2015) *Døden tar sin tid*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2015/10/doden-tar-sin-tid> (Hentet den 19.03.18)

Førde, R. (2014) *Helsinkideklarasjonen*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/> (Hentet den 10.05.18)

Guldbrandsen, P., 2001. *Cicely Saunders og hospicebevegelsen*. Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/2001/09/aktuelt/cicely-saunders-og-hospicebevegelsen> (Hentet den 07.03.18).

Heggestad, A.K. (2016) Verdighet som fenomen i sykepleien. Heggestad, A.K. Knutstad, U. (red) *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*. 4 utg. Oslo: Cappelen Damm, s 23-39.

- Helse-Bergen, (2017) *De 4 viktigste medikamenter for lindring i livets slutfase*. Tilgjengelig fra: https://helse-bergen.no/seksjon/klb/documents/medikamentskrin/de_fire_viktigste_medikamentene.pdf (Hentet den 07.03.18)
- Helse-Bergen, (2018) *Livets siste dager – plan for lindring i livets slutfase*. Tilgjengelig fra: <https://helse-bergen.no/kompetansesenter-i-lindrande-behandling/palliasjon-verktoy-for-helsepersonell/livets-siste-dagar-plan-for-lindring-i-livets-slutfase> (Hentet den 11.05.18)
- Helsebiblioteket (2017) *Sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie*. Tilgjengelig fra: file:///C:/Users/Christina/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Sjekkliste%20Kvalitativ%202018.pdf (Hentet den 11.05.18)
- Helsedirektoratet (2017) *Samhandlingsreformen*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen> (Hentet den 27.04.18)
- Helseforskningsloven (2017). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44> (Hentet den 24.04.18)
- Helsepersonelloven (2018). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet den 18.04.18)
- Heyn, L. (2015) Kommunikasjon-menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått i Grov, E.L. Holter, I.M.(red) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5 utg. Oslo: Cappelen damm, s 363-398
- Honoré, K. (2010) Å være pårørende i Graubæk, A.M. (red) *Å være pasient*. 1.utg. Oslo: Akribe AS, s 163-183.
- Johansen, H. og Helgesen, A.K. (2017) *Omsorg i livets siste fase*. Tilgjengelig fra: https://sykepleien.no/sites/default/files/gs_2017_2.pdf (Hentet den 20.03.18)
- Johansen, H. Og Helgelsen, A.K. (2015) *Ansattes erfaring med Liverpool Care Pathway*. Tilgjengelig fra: https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/geriatrisk_0315.pdf#Page=8 (Hentet den 10.04.18)

Kaasa, S. og Loge, J.H. (2016) Palliasjon – nordisk lærebok. *Diagnostikk innen palliasjon – en generell innføring*. Side 202-215. Gyldendal akademisk

Lillemoen, L., Velund, R. U. og Østensvik, E. (2011) *Tiltaksplan for døende pasienter*. Side 60-63. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2011/02/tiltaksplan-doende-pasienter> (Hentet den 22.04.18)

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

Meld. St. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/> (Hentet den 23.04.18)

Nordvang, E. (1998) *Hospice-filosofien-en utfordring til pleie av døende i* Johannessen, B. (red) *En reise i pasienters og sykepleieres verdener*. Aurskog: Tano Aschehoug AS

Norsk senter for forskningsdata, 2017. *Register over vitenskaplig publiseringskanaler*. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (Hentet den 22.03.18).

Norsk sykepleierforbund, 2013. *Veileder forskningsartikkel*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/fagtidsskrift/artikkelliste/264394> (Hentet den 10.04.18)

Norsk sykepleierforbund, 2011. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (Hentet den 06.03.18).

NOU 2017:16 (2017) *På liv og død*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/ed91baf5d25945b1a0b096c0ce376930/no/pdfs/nou201720170016000dddpdfs.pdf> (Hentet den 22.03.18)

Pasient- og brukerrettighetsloven (2018). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet den 18.04.18)

Paulsen, S.D. Elvestuen, I.L. Edler-woll, T.M. Mandersson, A. (2014) *Kvalitetssikrer omsorg til døende*. Tilgjengelig fra:

<https://sykepleien.no/forskning/2014/05/kvalitetssikrer-omsorg-til-doende>. (Hentet den 06.03.18)

Severinsen, J. Ekern, L.(2017) *Vancouveranbefalingene*. Tilgjengelig fra:

<https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Vancouverreglene/>

(Hentet den 10.05.18)

St.meld. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen*. Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> (Hentet den 27.04.18)

Støren, I. (2016) *Bare søk*. Oslo: Cappelen damm AS

Thidemann, I.J. (2017) *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter*. Oslo:

Universitetsforlaget AS

Travelbee, J. (2017) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS

Tveiten, S. (2012) Empowerment og veiledning- sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid i Larsen, T. Gammersvik, Å.(red) *Helsefremmende sykepleie*.3.utg. Bergen: Fagbokforlaget, s 173-193

Thorsnæs, G. (2018) *Kommuner i Norge*. Tilgjengelig fra.

https://snl.no/Kommuner_i_Norge (Hentet den 11.05.18)

Östlund, U. Brown, H. Johnston, B. (2012) *Evaluation of the dignity care pathway for community nurses caring for people at the end of life International journal of palliative nursing*, 18(10), s483-489, doi: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2012.18.10.483>

Östlund, U. Brown, H. Johnston, B. (2013) *Identifying care actions to conserve dignity in end of life care. British Journal of community nursing*, 16(5), s 238-245 doi:

<https://doi.org/10.12968/bjcn.2011.16.5.238>

Østerdal, I.K. (2016) *Hva skiller en fagartikkel fra forskningsartikkel?* Tilgjengelig fra:

<https://www.ntnu.no/blogger/ub-mh/2016/05/24/hva-skiller-fagartikkel-fra-forskningsartikkel-what-is-a-scientific-article/>

(Hentet den 10.05.18)