

Johanne Oline Bleke

## Palliativ behandling i sykehjem

Hvordan kan helsepersonell fremme god palliativ behandling, hos eldre bosatt i sykehjem?

Bacheloroppgave i vernepleie

Veileder: Omid Rasouli

Mai 2020



Johanne Oline Bleke

## **Palliativ behandling i sykehjem**

Hvordan kan helsepersonell fremme god palliativ behandling, hos eldre bosatt i sykehjem?

Bacheloroppgave i vernepleie  
Veileder: Omid Rasouli  
Mai 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for psykisk helse



**NTNU**

Kunnskap for en bedre verden



## Sammendrag

**Tittel:** Hvordan kan helsepersonell fremme god palliativ behandling, hos eldre bosatt i sykehjem?

**Hensikt:** Hensikten med denne bacheloroppgaven er å belyse hvordan vernepleiere kan fremme optimal pleie og omsorg, for pasienter i livets siste fase på sykehjem.

**Metode:** I denne bacheloroppgaven benyttes litteraturstudie som metode. Jeg har utført strukturerte litteratursøk i tre ulike databaser, for å komme frem til fem utvalgte fagfelleverderte artikler. Det er inkludert tre vitenskapelige artikler av kvalitativ forskningsmetode, og to artikler av kvantitativ forskningsmetode.

**Resultat:** Funn i de vitenskapelige forskningsartiklene viser at fire tema utpekte seg som avgjørende for å fremme god behandling. Dette var: ivaretagelse og involvering av pårørende, etikk og holdninger i arbeidet, viktigheten av forberedende samtaler, og direkte ivaretagelse av den døende.

**Konklusjon:** For at vernepleieren skal kunne fremme god palliativ behandling vil det være avgjørende å sørge for at pårørende føler seg sett og ivaretatt. Det er viktig for pårørende å motta nødvendig informasjon, da dette vil kunne lette deres sorgarbeid i ettertid. De pårørende bidrar til å trygge pasienten og har god kjennskap til sin kjære. Derfor kan de bidra med informasjon, der pasienten ikke er i stand til det selv. Helsepersonell kan i bruk ta i bruk denne informasjonen når det ønskes å innhente informasjon om pasientens egne ønsker for behandlingen. Med bruk av empati og varsomhet må vernepleieren våge å ta initiativ til å gjennomføre de forberedende samtaler, og innhente informasjon om pasientens preferanser. Slik kan pasienten bli deltakende i avgjørelser om egen behandling. En god måte vernepleieren kan møte etiske utfordringer som oppstår i arbeid med døende, kan være å ha faglige refleksjoner og diskusjonsgrupper innad i personalgruppen. Vernepleieren er underlagt Fellesorganisasjonens yrkesetiske retningslinjer (2019a) som forplikter yrkesgruppen til å ivareta pasientens autonomi og integritet. I livets siste fase skal vernepleieren kunne bistå med utarbeiding av en individuell plan, som vil bidra til å sikre kontinuitet i behandlingen. I tillegg skal vernepleieren kunne gjennomføre observasjon og vurdering av symptomlindrende farmakologisk behandling, ved å være tilstedeværende for pasienten.

## **Abstract**

**Title:** How can health care workers provide good palliative care, to elderly in nursing homes?

**Purpose:** The purpose of this bachelor thesis is to enlighten how social educators can provide optimal care for palliative patients in nursing homes.

**Method:** The method utilized in this bachelor thesis was a literature study. By conducting a structured literature search across three different databases, five peer-reviewed scientific articles were found. Three of the articles was based on qualitative research methods, while the remaining two articles were quantitative.

**Result:** Four common themes were discovered in the articles, that were crucial to provide good treatment. The themes were: Caring for and involving the next of kin, ethics and attitudes at work, the importance of initial conversations with patients, and lastly the direct pain relief care of the dying patient.

**Conclusion:** In order for the social educators to provide good palliative care, it is important that the next of kin not only receives the necessary information, but also feel that they are seen and cared for. This will make the work of processing their sorrow more manageable. The next of kin can help the patient feel safe, as well as provide information if the patient is unable to do so themselves. The social educators can use the information provided by the next of kin when determining the patient's preferences for treatment. The social educators must also start the difficult end-of-life conversations in an empathic and careful way to ensure that the patient have a say in their own treatment. A good method to ensure that the social educators are able to meet ethical dilemmas that arise in their work with the dying, could be to have professional reflections and discussions within the employee group. The social educators are required to follow the codes of ethics described in «Fellesorganisasjonen» (2019a). This commits the social educators to preserve the patient's autonomy and integrity. In the last phase of life, the social educators should be able to contribute to the creation of an individual plan which helps ensure the continuity of the treatment. Lastly, the social educators must be able to observe and assessment the pain relief treatment when working with the end-of-life patient.

## Innhold

1.	Innledning.....	1
1.1	Begrunnelse for valg av tema .....	1
1.2	Studiens hensikt .....	1
1.3	Presentasjon av problemstilling .....	1
1.4	Begrepsavklaringer .....	1
1.5	Avgrensninger.....	2
1.6	Oppgavens disposisjon.....	2
2.	Teori .....	2
2.1	Palliativ behandling.....	2
2.2	Forberedende samtaler.....	3
2.3	Pasientens behov .....	3
2.4	De pårørende.....	4
2.5	Etisk ansvar.....	5
2.6	Vernepleieren.....	5
3.	Metode.....	6
3.1	Valg av metode .....	6
3.2	Søkeprosessen.....	6
3.2.1	Søkematrise for inkluderte artikler.....	9
3.3	Analyse og kildekritikk .....	11
4.	Resultater.....	12
4.1	Litteratormatriser .....	12
4.2	Sammenfatning av resultater .....	17
4.2.1	De pårørende.....	17
4.2.2	Holdninger og etikk.....	17
4.2.3	Forberedende samtaler.....	18
4.2.4	Ivaretagelse av pasienten .....	19
5.	Diskusjon.....	20
5.1	De pårørende.....	20
5.2	Holdninger og etikk.....	21
5.3	Forberedende samtaler.....	23
5.4	Ivaretagelse av pasienten .....	24
5.5	Metodediskusjon .....	25
5.5.1	For forståelse.....	25
5.5.2	Kritisk vurdering av fremgangsmåte .....	26
6.	Konklusjon .....	27
7.	Litteraturliste.....	28

## 1. Innledning

*«En medisinsk revolusjon har forlenget livet til våre gamle uten å sikre dem den verdighet og trygghet de fortjener i deres siste leveår» (Kennedy, 1960, i Husebø og Husebø, 2012, s. 1)*

### 1.1 Begrunnelse for valg av tema

Eldre lever lenger enn før, og levetiden har økt med 20-25 år de 100 siste årene i Norge. Flertallet av dem som dør i Norge er gamle, og de fleste dør i kommunale pleie- og omsorgsinstitusjoner (Saltvedt & Wyller, 2016, s. 262). Folkehelseinstituttet viser at i 2018 skjedde 51 % av alle dødsfall i Norge på et sykehjem (2019). Det er betraktelig flere eldre syke mennesker bosatt i sykehjem, enn det er innlagt på sykehus. Noe mange ikke er klar over er at de eldre bosatt på sykehjem, er de sykeste av de syke. Likevel viser det seg at pleiefaktoren er betydelig lavere enn på et sykehus. I tillegg kreves det mer medisinsk behandling og tettere oppfølging på sykehjem. For at sykehjemmene i dag skal kunne gi de eldre den behandlingen, pleien og omsorgen de har behov for må det faglige tilbudet styrkes (Engstad, 2016, s. 548).

Som snart ferdigutdannet vernepleier går jeg nå inn i fast jobb på sykehjem. Da jeg i tidligere arbeid på sykehjem har sett hvor betydningsfullt og avgjørende det er å utføre arbeidet med verdighet og omtanke for den eldre, er dette noe jeg ønsker å belyse og gå i dybden på. At eldre dør alene uten nærvær og trygging, er noe vi alltid skal unngå. Dette er noe jeg mener ingen mennesker fortjener å oppleve.

### 1.2 Studiens hensikt

Hensikten med denne studien er å belyse hvordan autoriserte 3-årig profesjonsutdannede, i hovedsak vernepleiere på sykehjem, kan fremme god palliativ behandling hos eldre. Jeg ønsker å se på hvilke faktorer som må ligge til grunn for å utøve optimal pleie og omsorg i livets siste fase for denne pasientgruppen.

### 1.3 Presentasjon av problemstilling

*«Hvordan kan helsepersonell fremme god palliativ behandling, hos eldre bosatt i sykehjem?»*

### 1.4 Begrepsavklaringer

Palliativ behandling: I litteraturen har palliasjon, palliativ behandling og lindrende behandling lik betydning. Rent praktisk omfatter ordene behandling, pleie og omsorg i livets slutfase. Pasienten skal så langt det lar seg gjøre være involvert i behandlingen, pleien og omsorgen.



Ivaretagelse av pårørende står sentralt (Stensheim, Hjermsstad & Loge, 2016 s. 274). Da utvalgt litteratur for oppgaven bruker begrepet palliativ behandling, vil det bli dette begrepet jeg tar i bruk i oppgaven.

Livets slutfase: Livets siste uker, dager og timer (Helsedirektoratet, 2018a).

## 1.5 Avgrensninger

Opgaven er avgrenset til å omhandle eldre mennesker som er i livets slutfase- bosatt på norske sykehjem. Gjennomsnittlig levealder for de som dør på sykehjem i Norge er 87,7 år (Kjelvik & Jønsberg, 2017). Det vil derfor i oppgaven være snakk om de eldste eldre, uavhengig av diagnoser. Ved begrepet helsepersonell brukt i problemstillingen, menes ansatte på sykehjemmet med en 3-årig profesjonsutdanning, med autorisasjon. Dette vil i praksis innebære både sykepleier og vernepleier. Oppgaven avgrenses så langt det lar seg gjøre til å omhandle vernepleierens arbeid. Likevel vil andre helsefaglige profesjoner vil bli nevnt der det er nødvendig for å besvare oppgavens problemstilling.

## 1.6 Oppgavens disposisjon

For å svare på problemstillingen vil jeg først redegjøre for sentrale aspekter rundt palliasjon i teorikapittelet. Videre vil jeg ta for meg hva en vernepleier er og relevansen av å jobbe opp mot palliativ behandling. Deretter vil jeg presentere metoden og fremgangsmåten jeg tok i bruk for å komme fram til de fem utvalgte artikler. Resultatene fra materialet vil bli sammenfattet til fire hovedfunn i resultatkapittelet. Til slutt vil jeg diskutere funnene i artiklene opp mot relevant teori, før jeg kritisk vurderer metoden og dens fremgangsmåte.

# 2. Teori

## 2.1 Palliativ behandling

Verdens helseorganisasjon definerer palliativ behandling slik:

Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnæringsmåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved hjelp av tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art (WHO, 2002, i Helsedirektoratet, 2018b, kap. 1).

Hva behandlingen, pleien og omsorgen skal innebære vil alltid være avhengig av hvilke behov pasienten har. Pasienten skal involveres i beslutninger om pleien, omsorgen og behandlingen den skal motta, så langt det lar seg gjøre (Kaasa & Loge, 2016, s. 46). Målet

med slik personsentrert omsorg skal være at den eldre pasienten skal oppleve å bli møtt som en unik person. Helsepersonell skal bidra til å styrke opplevelsen av verdighet og lindre opplevelsen av tap (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 304).

Symptomlindrende farmakologisk behandling vil ofte være en sentral del i behandlingen hos flere palliative eldre. Ikke-medikamentelle tiltak som trøst, rolig atmosfære, berøring, nærvær (fastvakt) og tilstedeværelse av pårørende, er i de fleste tilfeller mer effektive enn medikamenter (Saltvedt & Wyller, 2016, s. 272).

## 2.2 Forberedende samtaler

Eldre pasienter er ulike når det gjelder spørsmål om livsforlengelse. Personalet skal så langt det lar seg gjøre innfri idealet om pasientautonomi. Med dette menes at helsepersonell skal ta hensyn til pasientenes ønsker i arbeidet, så lenge det ikke strider med yrkesetikken. Om den eldre pasienten har redusert bevissthet eller er kognitivt redusert, vil det ofte være utfordrende for personalet og få nok informasjon om pasientens ønsker for den palliative behandlingen (Saltvedt & Wyller, 2016, s. 269). Hva som er hensiktsmessig behandling, må helsepersonellet vurdere ut fra pasientens ønsker, behov og interesser som man har hatt i løpet av livet (Engedal & Haugen, 2018, s. 330).

Forberedende samtaler kan være hensiktsmessig for å få innsikt i den eldre pasientens ønsker, og tanker rundt eventuell livsforlengelse eller behandlingsbegrensing. Om vernepleieren anvender empati og varsomhet kan slike samtaler være nyttige for helsepersonellet, som vil kunne få bedre innsikt i pasientens tanker. Den eldre pasienten vil også kunne oppleve trygghet for at dens ønsker blir ivaretatt. Forberedende samtaler vil ofte være nyttig og gjennomføre ved innflytting på sykehjemmet, om pasienten da er i stand til å uttrykke sine ønsker selv. I tillegg vil pårørende også kunne informere helsepersonellet om hvilke tanker pasienten gjorde seg, om pasienten selv ikke har mulighet til å gi uttrykk for det (Saltvedt & Wyller, 2016, s. 269).

## 2.3 Pasientens behov

Ifølge Verdens helseorganisasjons (WHO, 2002, i Helsedirektoratet, 2018b, kap. 1) definisjon skal palliativ behandling også innebære ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov. Pleiepersonalet vil stå for det meste av ivaretagelsen gjennom de mange samtalene man har med pasienter og pårørende. Om eksempelvis forholdet til det hellige er et viktig åndelig behov for pasienten, er det ofte også det når døden nærmer seg. Om pasienten ønsker, og selv ikke er i stand til å formulere en bønn for de nærmeste og seg selv, kan det være viktig for den

eldre pasienten at noen andre gjør dette. Dette kan være helsepersonell (Hirsch & Røen, 2016, s. 317-318).

En bekreftende relasjon kan hjelpe pasienten til å hente fram de åndelige behovene. Det er avgjørende at relasjonen er basert på tillit for å kunne ivareta de åndelige behovene.

Grunnleggende er også personalets holdninger til den syke pasienten. Helsepersonell skal bekrefte pasientens verdighet. For å ivareta pasientens åndelige og eksistensielle behov, er det avgjørende at vi ønsker pasienten godhet og at helsepersonellet viser pasienten respekt (Hirsch & Røen, 2016, s. 319). Flere pasienter viser seg å ha et stort behov for å kunne snakke om det man opplever som utfordrende med hjelperen. I tillegg vil mange også trenge bistand til å forstå den situasjonen man befinner seg i (Engedal & Haugen, 2016, s. 324)

## 2.4 De pårørende

Best mulig livskvalitet for *både* pasient og pårørende er det sentrale målet for palliativ behandling (Kaasa & Loge, 2016, s. 46). Pårørende er personer pasienten har tillit til og som representerer trygghet. En rekke pårørende bidrar med å yte omsorg til sine kjære (Ulstein, 2018, s. 333). Når livet nærmer seg slutten for pasienten, er det positivt om helsepersonell og pårørende på forhånd har etablert en relasjon. Eldre pasienter er ofte positive til forhåndssamtaler. De inkluderer også kartlegging av pårørende, hvem som skal informeres og på hvilken måte de pårørende involveres. Informasjon og medvirkning til de pårørende reguleres etter Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Jf. §3-3, første ledd, fremkommer det at «Dersom pasienten eller brukeren samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens eller brukerens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens eller brukerens helsetilstand og den helsehjelp som ytes» (1999, §3-3). Jf. §3-1, tredje ledd, lovfestes det at: «Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten» (1999, §3-1).

Helsepersonell kan oppleve at mot slutten av livet er det svært viktig å informere de pårørende, samtidig som pårørende har økt informasjonsbehov. Informasjon om forventede hendelser og symptomer i dødsprosessen, kan lette bekymringsnivået til pasientens pårørende. (Saltvedt & Wyller, 2016, s. 263).

Flere pårørende opplever det som belastende å gi omsorg til sin nærpersion i en krevende tid. Dette har i flere situasjoner ført til at de pårørendes helsesituasjon har blitt påvirket i negativ grad, som utvikling av depresjon (Ulstein, 2018, s. 334-335). Død er ofte en krisesituasjon for de pårørende, der flere opplever å føle på bekymringer, usikkerhet og sorgfølelse over at livet

tar slutt for sin nære. Helsepersonell bør fange opp de ulike følelsene som oppstår, og gi anerkjennelse til de pårørendes ulike følelser. Pårørendes opplevelse av å være sett og ivaretatt av helsepersonell kan bidra til å lette deres sorgarbeid (Stensheim et al., 2016 s. 279).

## 2.5 Etisk ansvar

Som vernepleier er man underlagt Fellesorganisasjonens (2019a) yrkesetiske retningslinjer. De yrkesetiske retningslinjene presenterer verdier profesjonen forplikter seg til. Den har som mål å styrke den etiske bevisstheten i arbeidet vernepleieren utfører (Fellesorganisasjonen, 2019a).

Respekten for den enkeltes integritet og autonomi er en sentral verdi. «Respekten for enkeltindividets verdier og ønske om kontroll over eget liv er grunnleggende i helse- og sosialfaglig arbeid» (Fellesorganisasjonen, 2019a, s. 4). Gjennom dialog og tilrettelegging for medvirkning skal vernepleieren kunne bidra til at pasienten får styrket sine muligheter til å leve i samsvar med sine egne verdier. Vernepleieren forplikter seg også yrkesetisk til å utøve nestekjærlighet og omsorg, ved å møte pasientens behov på en måte som tar hensyn til dens verdier og behov (ibid.).

FN har utarbeidet en erklæring om den døendes rettigheter. I erklæringen fremkommer det at man har rett til å bli behandlet som et levende menneske til man dør. En har rett til å dø i fred og med verdighet. Videre har en rett på hjelp til å akseptere døden. Man skal også delta i avgjørelser om egen behandling. Døende har rett til å bli behandlet av omsorgsfulle, medfølende, kyndige mennesker, som vil oppleve det givende å hjelpe pasienten å møte døden (NOU, 1999:2, s. 34-35).

## 2.6 Vernepleieren

Som vernepleier er man autorisert helsepersonell, jf. Helsepersonelloven (1999, §48). Helsepersonell har etter §1 en lovfestet plikt til å bidra til sikkerhet for pasienter i helse- og omsorgstjenesten (Helsepersonelloven, 1999). Yrkesgruppen vil derfor kunne spille en sentral rolle i den palliative behandlingen til eldre pasienter. Vernepleiere er også ofte ansatt på sykehjemsavdelinger (Fellesorganisasjonen, 2017). «Vernepleiere har ingen begrensinger i sin autorisasjon og kan utføre alle medisinskfaglige prosedyrer som delegeres fra behandlende lege ... Det er riktig at vernepleier og sykepleier kan utføre samme oppgaver knyttet til håndtering/administrering av medikamenter, prosedyrer og behandling» (Fellesorganisasjonen, 2019b, s. 1). Vernepleiere skal ha kunnskap om kroppens oppbygning og funksjon, sykdom, medikamenthåndtering og helse. I tillegg skal man identifisere, vurdere

og imøtekomme brukernes behov for omsorg og pleie, og kunne veilede og iverksette individuelle tiltak (Ellingsen & Berge, 2014, s. 194). Vernepleierkompetansen innebærer arbeid med brukere i alle faser av livet, og består av faglige emner både fra helsefag og miljøterapi (Ellingsen, 2014, s. 14). Da vi ser teori vise at pasienter som nærmer seg livets slutt vil ha behov for denne kompetansen, anser jeg problemstillingen til å være av høy vernepleierfaglig relevans.

### 3. Metode

#### 3.1 Valg av metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie. En slik studie innebærer «å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt sammenfatte det hele» (Magnus & Bakketeig, i Thidemann, 2019, s. 77). Hensikten med metoden er å skape en god og oppdatert forståelse av kunnskapen problemstillingen etterspør. Videre skal man beskrive hvordan man har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2019, s. 78).

#### 3.2 Søkeprosessen

I startfasen av litteraturstudien valgte jeg å starte søkeprosessen med ustrukturerte litteratursøk. En innledende søkefase bidro til å avgrense mitt spesifikke søk (Thidemann, 2019, s. 81). Jeg ønsket å finne ut hvilke søkeord som ville gi relevante treff. Søkene ble utført i fritekst, i databaser som dekker et bredt område. Jeg så på emneord, også ofte kalt MeSH-term, i ulike artikler for å finne synonym-emneord til komponentene i problemstillingen. Jeg noterte meg de hensiktsmessige emneordene og opplysninger om relevante forskningsartikler jeg fant, da dette vil bli hensiktsmessig å ta med seg videre til det systematiske søket (ibid.).

Videre fokuserte jeg på hvilke inklusjon- og ekskluderingskriterier som ville være relevante for problemstillingen. Disse er satt opp i tabellen nedenfor. Thidemann (2019, s. 83) forteller at kriteriene har til hensikt å tydeliggjøre litteratursøket og avgrense mengden litteratur.

Inklusjonskriterier	Ekskluderingskriterier
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fagfellevurdert artikkel</li> <li>• Engelsk eller skandinavisk språk</li> <li>• Palliativ behandling eller omsorg ved livets slutt</li> <li>• På en institusjon</li> <li>• Alder, over 80 år</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ikke fagfellevurdert</li> <li>• Spesifikk sykdom</li> <li>• Artikler publisert før 2010</li> <li>• Studier som ikke er overførbare til norske forhold</li> </ul>

Jeg setter som kriterium at alle artikler jeg bruker for å besvare problemstillingen skal være av IMRaD-struktur. Dette er den mest brukte disposisjonen for tekst i vitenskapelige artikler, og står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dalland, 2016, s. 163).

I arbeidet med å operasjonalisere problemstillingen, tok jeg i bruk rammeverket PICO etter inspirasjon fra Thidemann (2019 s, 83). Dette for å gjøre problemstillingen presis og søkbar. Jeg plasserte de ulike komponentene i problemstillingen min i tabellen nedenfor.

<b>PICO</b>	<b>Hvem/Hvilke (Patient)</b>	<b>Hva (Intervention)</b>	<b>Alternativer (Comparison)</b>	<b>Resultater (Outcome)</b>
<b>Aspekt</b>	Eldre mennesker boende på sykehjem	Pleie og omsorg ved livets slutt		God behandling på sykehjem
<b>Søkeord</b>	Elderly (MeSH) Aged (MeSH) Aged, 80 and over (MeSH) Nursing home patient (MeSH)	Patient Care (MeSH) Nursing care (MeSH, Keyword) Nursing staff (MeSH) Terminal Care (MeSH) «End- of- life care» (MeSH) Palliative care (MeSH) Palliative nursing (MeSH)		«Experience of good treatment» (Keyword) «Quality of life» (MeSH) «Good palliativ care» (Keyword) «Well being» (Keyword) Nursing homes (MeSH) Institution (MeSH)

Elementene i PICO viser hvilke hovedbegreper problemstillingen innehar. Kolonnen for alternativer er ikke fylt ut, da det ikke er relevant for min valgte problemstilling, og er mer rettet mot kliniske effektspørsmål (Thidemann, 2019, s. 84). Søkeordene ble koblet sammen med inklusjon- og eksklusjonskriteriene, som sammen ble en søkestrategi. Videre ble disse brukt til å gjøre spesifikke søk etter arbeider.

Etter å ha orientert meg i ulike databaser, valgte jeg ut de mest relevante til å søke etter forskningsartikler. Databasene som ble valgt var «Cinahl», «SveMed+» og «PubMed». «Cinahl» og «PubMed» publiserer et stort antall artikler fra sykepleiefaglige tidsskrifter og har en internasjonal dekning (Thidemann, 2019, s. 58). En av inklusjonskriteriene i denne oppgaven er at studien skal kunne overføres til norske forhold. Jeg valgte å ta i bruk databasen

«SveMed+» da databasen inneholder artikler publisert i nordiske helsefaglige tidsskrifter (Thidemann, 2019, s. 58).

Neste steg i søkefasen var å bestemme søkeord. Jeg valgte å inkludere emneord; MeSH (Medical Subject Headings) i søk i SveMed+ og PubMed. Ved søk i «Cinahl» benyttet jeg Cinahl subjekt headings, som bygger dels på MeSH, men er bygd ut for sykepleiefaglige emner (Thidemann, 2019, s. 86).

PICO-tabellen hjalp meg å finne søkeord. Jeg benyttet meg av ordbok, og MeSH- bibliotek i de tre databasene for å finne MeSH-term med lik betydning, til hovedbegrepene fra PICO-skjemaet. Eksempler på dette vil være «palliative care» og «terminal care» som henholdsvis blir brukt om hverandre til det norske ordet «palliativ behandling». Emneordene (MeSH) ble ført opp i PICO-skjemaet ovenfor i dette kapitlet, og videre brukt for å utføre strukturerte søk.

Jeg tok i bruk de boolske operatørene «AND» og «OR» for å utvikle søkestrategien videre. Begreper i samme kolonne i PICO-skjemaet kombinerer jeg med «OR» og parentes i søkene, da dette er synonymer, og man søker på enten eller. Begreper på tvers av de ulike kolonnene kombinerer jeg med «AND», da jeg ønsker å finne artikler som omhandler alle komponentene i problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 87).

*Parentes* ble inkludert i søk med forskjellige søkeord og boolske operatører. Parenteser tillater å kombinere boolske operatører i søk (Thidemann, 2019, s. 87). Når jeg benyttet meg av søk med synonyme emneord, tok jeg i bruk den boolske operatøren «OR» for å kombinere disse, og satte parentes rundt søkeordene som hørte sammen.

Deretter ble det strukturerte litteratursøket gjennomført. I søkene kombinerte jeg emneordene som er nedskrevet i PICO-skjemaet. Emneord beskrevet i artikler som ble funnet, brukte jeg som en inspirasjon til nye emneord, slik at søkene ble mer spesifikke. Dermed ble treffene av høyere relevans. Som tidligere nevnt i dette kapitlet er det gjort grundig arbeid med søk, og jeg har utført en rekke ustrukturerte søk i forkant av det strukturerte søket som presenteres under.

### 3.2.1 Søkematrise for inkluderte artikler

**Artikkel 1)** Gamle- og pasienter med demens- omsorg ved livets slutt.

Søke-dato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensinger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
24.04. 2020	SveMed+	Aged (MeSH) <b>AND</b> Palliative Care (MeSH)	Fagfelleverdert	135	-	-	-
		Aged (MeSH) <b>AND</b> Palliative Care (MeSH) <b>AND</b> Quality of life (MeSH)	Fagfelleverdert	12	-	-	-
		Aged (MeSH) <b>AND</b> Palliative Care (MeSH) <b>AND</b> Quality of life (MeSH)	Fagfelleverdert Siste 10 år	3	3	2	1

**Artikkel 2)** Dying patients in nursing homes: nurses provide «more of everything», and are «left to deal with everything on their own».

Søke-dato	Database	Søkeord og kombinasjoner	Avgrensninger	Antal l treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
24.04. 2020	Cinahl	(MeSH «Palliative Care» <b>OR</b> MeSH, «Terminal Care») <b>AND</b> (MeSH, «Aged» <b>OR</b> MeSH, «Nursing Home Patients») <b>AND</b> (MeSH, «Nursing Homes»)	Fagfelleverdert	85	-	-	-
		(MeSH «Palliative Care» <b>OR</b> MeSH, «Terminal Care») <b>AND</b> (MeSH, «Aged» <b>OR</b> MeSH, «Nursing Home Patients») <b>AND</b> (MeSH-Minor, «Nursing Homes»)	Fagfelleverdert Siste 10 år	58	10	3	1

**Artikkel 3)** End-of-life Care Communications and Shared Decision-Making in Norwegian Nursing Homes--Experiences and Perspectives of Patients and Relatives

**Artikkel 4)** Ethical challenges in the provision of end-of- life care in Norwegian nursing homes.

**Artikkel 5)** Knowledge of palliativ care and attitudes towards nursing in the dying patient.



Søke-dato	Database	Søkeord og kombinasjoner	Avgrensinger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
29.04.2020	PubMed	((Aged [MeSH Terms] OR elderly [MeSH Terms])) AND ((palliative care [MeSH Terms] OR (end of life care [MeSH Terms])) AND (nursing home [MeSH Terms])) AND (qualitative research[MeSH Terms])		58			
		((Aged [MeSH Terms] OR elderly [MeSH Terms])) AND ((palliative care [MeSH Terms] OR (end of life care [MeSH Terms])) AND (nursing home [MeSH Terms])) AND (qualitative research[MeSH Terms])	Siste 10 år	45	9	3	1 (Artikkel 3)
29.04.2020		((Aged [MeSH Terms] OR elderly [MeSH Terms])) AND ((palliative care [MeSH Terms] OR (end of life care [MeSH Terms])) AND (nursing home [MeSH Terms]) AND (Norway [MeSH Terms]))		20	-	-	-
		((Aged [MeSH Terms] OR elderly [MeSH Terms])) AND ((palliative care [MeSH Terms] OR (end of life care [MeSH Terms])) AND (nursing home [MeSH Terms]) AND (Norway [MeSH Terms]))	Siste 10 år	14	6	3	1 (Artikkel 4)
30.04.2020		((Palliative Care [MeSH Terms] OR (Terminal Care [MeSH Terms])) AND (Nursing Staff [MeSH Terms]) AND (Nursing homes [MeSH Terms]))		94	-	-	-

		((Palliative Care [MeSH Terms] <b>OR</b> (Terminal Care [MeSH Terms])) <b>AND</b> (Nursing Staff [MeSH Terms]) <b>AND</b> (Nursing homes [MeSH Terms]))		36	8	2	1 (Artikkel 5)
--	--	---	--	----	---	---	-------------------

### 3.3 Analyse og kildekritikk

I begynnelsen av denne litteraturstudien ble det som tidligere nevnt utført en stor mengde søk. Dette resulterte i at jeg leste et stort antall sammendrag. I arbeidet med å velge ut relevante artikler benyttet jeg meg av verktøyet litteraturmatrise etter inspirasjon fra Thidemann (2019, s. 95). Matrisen hjalp meg å systematisere hovedinnholdet i artiklene, og bidro til å eliminere artikler som ikke omhandler temaet. Etter å ha kategorisert og gjennomgått innholdet nøye, ble seks relevante artikler valgt ut.

Videre ble artiklene gjennomgått med sjekklister. Dette for å vurdere kvaliteten på utvalgte artikler (Thidemann, 2019. s. 91). For de kvalitative studiene som benytter intervju, brukte jeg sjekklisten for «Kvalitativ studie» (Helsebiblioteket, 2018). For de kvantitative artiklene som benytter tverrsnittstudier, tok jeg i bruk sjekkliste for «Prevalensstudier» (Helsebiblioteket, 2006). En artikkel besto ikke sjekklstens kvalitetsvurdering og ble derfor ekskludert. Slik sto jeg igjen med mine fem utvalgte artikler.

«Kildekritikk betyr både å vurdere og å karakterisere den litteraturen du har funnet» (Dalland, 2017. s. 158). Man skal vurdere i hvilken grad litteraturen man har valgt ut, kan brukes til å belyse problemstillingen (ibid.). I prosessen for å vurdere relevans, hadde jeg spesielt oppmerksomheten rettet på resultatdelen i de ulike artiklene, da denne delen i hovedsak bidrar til å svare på problemstillingen. Jeg tok i bruk et kritisk og reflektert blikk i lesingen. For å få en god forståelse av innholdet, studerte jeg tekstene systematisk og grundig.

Videre så jeg at fire ulike hovedtema gikk igjen i flere av artiklene. Hovedtemaene styrte hva jeg ønsket å oppdage. Deretter tok jeg i bruk markeringstusjer for å markere resultater som omhandlet temaene, der hvert hovedtema fikk hver sin farge. Tekstbitene jeg markerte, ble ifølge Thidemann (2019, s. 93) de meningsbærende enheter. Neste steg i analysen ble å ta for meg de ulike fargekodene og systematisere likhetene. Disse skrev jeg ned på et eget notat med fire kolonner. I arbeidet med å systematisere innholdet så jeg at alle hovedtemaene inneholdt flere undertema. Disse ble systematisert i en tematabell. En sammenfatning av resultatene jeg kom fram til i analysen og tematabeller, vil bli presentert i neste kapittel.

## 4. Resultater

I dette resultatkapitelet vil jeg først presentere litteraturmatriks for de fem utvalgte artikler. Matrisene vil være en oppsummering og en vurdering av relevant informasjon i artiklene. Videre vil jeg presentere en sammenfatning av resultatene fra de fem artiklene.

### 4.1 Litteraturmatriks

**Artikkel 1)** Husebø, S., & Husebø, B. S. (2012). Gamle – og pasienter med demens – Omsorg ved livets slutt. *Norsk Epidemiologi*, 22(2), 271-274.

<https://doi.org/10.5324/nje.v22i2.1575>

Hensikt	Artikkelen drøfter utfordringer, muligheter og grunnlaget for nødvendig kompetanse: etikk, forberedende samtaler, organisering og samhandling i livets siste fase hos eldre pasienter.
Metode	Studien er av kvalitativ metode. Artikkelen er bygget på litteratursøk og egne erfaringer gjennom klinisk virksomhet i 32 år hos forfatterne.
Utvalg	Forfatterne forteller om møter med fire pasienter, to pleiepersonell og to leger. Vurderinger og refleksjoner helsepersonellet gjør alene og i samhandling med pasientene og pårørende presenteres i artikkelen.
Resultater	Helsepersonell må tørre å snakke åpent om de vanskelige spørsmålene, da de har et ansvar for dette. Det skal legges en plan for hver enkelt pasient i palliativ fase, som skal inneholde nødvendig informasjon om diagnoser, kommunikasjon og etikk. Verdighet er sentralt i det palliative arbeidet; grundig kjennskap til hva som er viktig for pasienten i resterende tid av livet. I den siste tiden av pasientens liv skal helsepersonell lykkes med lindring av plagsomme symptomer hos pasienten. Et formodet samtykke fra pårørende der pasienten har kognitiv svikt, vil være nyttig i spørsmål om hvordan helsepersonell skal utøve den palliative behandlingen.
Kvalitetsvurdering	Artikkelen er fagfellevurdert. En styrke ved studien er at forfatterne vurderer sine erfaringsbaserte funn opp mot opp flere andre forskningsartikler i sin artikkel. Dette gjør at jeg tolker de erfaringsbaserte funnene som reliable.
Etiske overveielser	Forfatterne anonymiserer alle helsepersonell, pasienter, pårørende og kontekster slik at det ikke vil være gjenkjennbart under noen omstendigheter.
Relevans	Artikkelens resultatdel er av høy relevans for min problemstilling. Da jeg ønsker å finne svar på hvordan helsepersonell kan utøve palliativ behandling hos eldre, svarer denne artikkelen godt med flere konkrete eksempler. Studien tar utgangspunkt i norske forhold. Dette styrker artikkelens relevans for oppgaven.

**Artikkel 2)** Svendsen, S.J., Landmark, B.T., og Grov, E.K. (2017) Dying patients in nursing homes: nurses provide «more of everything», and are «left to deal with everything on their own». *Sykepleien forskning*. DOI:10.4220/Sykepleienf.2017 .63396

Hensikt	Hensikten med denne studien er å belyse helsepersonells erfaringer med døende pasienter i sykehjem. Dette for å identifisere hva som er nødvendig for å kunne gi optimal pleie, omsorg og behandling ved livets slutt.
Metode	Artikkelen er av kvalitativ metode. Det ble benyttet fokusgruppeintervju for å innhente datamaterialet.
Utvalg	12 informanter deltok (10 kvinner og 2 menn). Studien besto av tre fokusgruppeintervju, bestående av tre, fire og fem informanter i hver fokusgruppe.
Resultater	Informantene forteller at de opplever at døende i sykehjem krever «mer av alt» og at helsepersonellet opplever å være «alene om alt». Det er forventet at 3-årig høyere utdannede helsepersonell skal være dyktige i arbeidet og utføre ledelse over andre ansatte. I tillegg skal det reflekteres over egen praksis. Artikkelen viser til at god kompetanse fører til trygghet i arbeidet. Viktigheten av å involvere pårørende står sterkt hos alle informantene. Involvering av de pårørende krever målrettet informasjon. Informantene kunne meddele at flere pårørende ønsker å være til hjelp, og at det kan føre til en opplevelse av tillitt. Å trygge de pårørende ble fremhevet som en viktig faktor. Flere pårørende har behov for tett oppfølging og trygging. Viktigheten av å bekrefte pårørende for den de er, ble framhevet. Tett oppfølging hos pasienten av sykepleier er nødvendig for å observere, vurdere og handle. Sykepleier må være tilstedeværelse for å følge med på symptomer og kunne iverksette tiltak.
Kvalitetsvurdering	Artikkelen er fagfellevurdert. En klar styrke ved denne studien er at informantene er helsepersonell som har mange års erfaring med palliativ behandling i sykehjem. Flere av personalet har videreutdanning utover sin 3-årig høyskole/universitetsgrad. Forfatterne presiserer at fokusgruppeintervjuene bar stort preg av dynamikk imellom informantene.
Etiske overveielser	Studien er blitt godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjenester (NSD). Det er fulgt forskningsetiske prinsipper som er nedskrevet i Helsinkideklarasjonen.
Relevans	Artikkelen beskriver erfaringer helsepersonell har til palliativ behandling på sykehjem. Den kvalitative forskningsmetoden har ført til at informantene har gitt rikholdig informasjon om temaet, noe som gjør at problemstillingen blir belyst grundig med flere synspunkter. Da dette er det jeg ønsker å belyse i min valgte problemstilling, anser jeg artikkelen til å være av høy relevans for oppgaven. Studien også er gjennomført på norske sykehjem, noe som igjen styrker artikkelens relevans.

**Artikkel 3)** Gjerberg, E., Lillemoen, L. Førde, R., & Pedersen, R. (2015). End-of-life Care Communications and Shared Decision-Making in Norwegian Nursing Homes--Experiences and Perspectives of Patients and Relatives. *BMC Geriatrics*. 15:103 DOI: [10.1186/s12877-015-0096-y](https://doi.org/10.1186/s12877-015-0096-y)

Hensikt	Hensikten med denne studien er å belyse sykehjemspasienters, og deres pårørendes erfaringer om samtaler ved livets slutt, informasjon og delt beslutningstaking i Norge.
Metode	Studien er av kvalitativ metode. Forfatterne gjennomfører semistrukturerte individuelle intervju, og fokusgruppeintervju.
Utvalg	Pasientene fra sykehjemmene som ble inkludert i studien måtte være samtykkekompetent og i stand til å fortelle verbalt hva som var viktig for dem. 35 sykehjemspasienter ble intervjuet; 27 damer og 8 menn. 33 pårørende deltok, som videre ble fordelt i sju fokusgrupper- ett fokusgruppeintervju på hvert sykehjem. To på ett sykehjem. Alle informantene ga et informert samtykke til å delta i studien.
Resultater	Resultatene viste at de fleste pårørende ønsker å delta i samtaler om hvordan omsorgen ved livets slutt skal utføres. Pasientens meninger var varierende. Med noen få unntak ønsket alle pasienter og pårørende å være informert om pasientens helsetilstand. Flertallet ønsket å være involvert i beslutningsprosessen i hvordan omsorgen skal utøves, men overlater de endelige beslutningene til personalet. Samtaler om omsorg ved livets slutt, hadde svært få pasienter diskutert med sine pårørende- da det er et følelsesmessig tema. Derfor ble de pårørendes meninger om pasientens ønsker, basert på antakelser. Både pasienter og pårørende ønsket derfor at personalet tar initiativ til å stille disse vanskelige spørsmålene.
Kvalitetsvurdering	Artikkelen er fagfellevurdert. En styrke ved denne studien er at forfatterne forteller tydelig hvordan det er gått fram i hele arbeidet. Alle valg som gjøres i arbeidet med å komme fram til resultatene begrunnes godt, og resultatene fremskrives tydelig for leser. En svakhet med studien er at et fåtall av informantene var menn.
Etiske overveielser	Studien ble godkjent av «Regional Committees for Medical and Health Research Ethics».
Relevans	Da jeg ønsker å belyse hvordan helsepersonell kan utøve palliativ behandling, presenterer denne artikkelen flere konkrete funn i resultatdelen. Jeg anser derfor artikkelen til å være av relevans for min oppgave. Studien er utført på norske sykehjem, noe som bidrar til å styrke artikkelens relevans.

**Artikkel 4)** Gjerberg, E., Førde, R., Pedersen, R. & Bollig, G. (2010). Ethical challenges in the provision of end-of- life care in Norwegian nursing homes. *Social Science & Medicine*, 71, 677-684. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.059>

Hensikt	Artikkelen er en nasjonal undersøkelse som er en del av et større prosjekt satt i gang av Helsedirektoratet. Studien undersøker hvilke etiske utfordringer, i ulik grad, pleiepersonalet opplever i møte med eldre døende på sykehjem.
Metode	Artikkelen er av kvantitativ metode, med designet- tverrsnittstudie. Spørreskjema med avkryssingsmulighet ble sendt ut til 1204 sykehjemsavdelinger. I skjemaet er det også inkludert med plass til kommentarer fra informantene, og åpne spørsmål som kan besvares. Artikkelen er basert på analyser av materialet som kom fram i undersøkelsen. Det brukes en blanding mellom åpne og strukturerte spørsmål.
Utvalg	664 respondenter fra 364 sykehjem svarte på spørreskjema. Dette representerte 68 av pasientene og 76 prosent av personalet som var spurt om å delta i undersøkelsen. I artikkelen fremkommer det at informantene er helsepersonell, ikke spesifikt hvilket yrke.
Resultater	Helsepersonell møter ulike etiske utfordringer ved palliativ behandling på sykehjem i Norge. Etiske utfordringer som beskrives i artikkelen er; respekt for autonomi, manglende ressurser, uenighet med pårørende og avslutning av livsforlengende behandling. Om utfordringene ikke møtes på en god måte, vil det kunne gi lavere kvalitet på pleien, og være et betydelig stressmoment for helsepersonellet, pasientene og pårørende. Personalet må lytte til pasient og pårørende for å finne løsninger som kan bidra til å løse de etiske utfordringene. I tillegg er det avgjørende at det tilbys opplæring på sykehjemmet om hvordan man best mulig kan møte disse utfordringene. Dette kan gjøres gjennom diskusjonsgrupper og øvinger innad i personalgruppen på sykehjemmet.
Kvalitetsvurdering	Artikkelen er fagfellevurdert. En styrke ved studien er at metoden kombinerer åpne og strukturerte spørsmål. Funnene bekrefter verdien av åpne spørsmål, fordi svarene de fikk var mer detaljerte, enn om de besto av kun strukturerte alternativer.
Redegjørelse for etiske overveielser	Informantene var helsepersonell. Studien inneholdt ikke pasientinformasjon, og var derfor innenfor reglene til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Undersøkelsen inkluderte ingen persondata og respondentene var sikret full anonymitet.
Relevans	I denne oppgaven ønsker jeg å belyse sider som fører til god palliativ behandling for eldre mennesker i sykehjem. Etikk rundt palliasjon er inkludert i alt arbeid helsepersonell gjør i møter med pasienter og pårørende i den siste fasen av livet. Dermed ansees artikkelen som svært relevant for oppgaven.

**Artikkel 5)** Wilson, O., Avalos, G. og Dowling, M. (2016) Knowledge of palliative care and attitudes towards nursing in the dying patient. *British journal of nursing*, 25 (11), s. 600-620.

DOI:10.12968/bjo n.2016.25.11.600

Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke helsepersonells kunnskap og holdninger rundt palliativ behandling i arbeid med eldre personer som nærmer seg livets slutt. Forfatterne ønsket også å finne ut hvilken type undervisning/utdanning innen palliativ behandling som førte til høyere kunnskap og holdninger om temaet.
Metode	Artikkelen er av kvantitativ metode. Dette er en tverrsnittstudie som benytter to ulike spørreskjema. «The palliative care quiz for nursing» (PCQN) består av 20 spørsmål informantene skal besvare med «sant» «vet ikke» eller «usant». Thanatophobia scale (TS) er utformet for å vurdere holdninger ovenfor arbeid med døende pasienter, der informanten skal vurdere utsagn.
Utvalg	97 sykepleiere fra 7 ulike sykehjem i Irland ble spurt om å delta i studien. 61 leverte svarskjema, som førte til en svarprosent på 63 %. De syv sykehjemmene representerte 1/3 av alle sykehjem i det landlige området i Irland studien ble gjennomført i.
Resultater	Funn i studien viser at sykepleierne innehar moderat kompetanse og holdninger rundt arbeidet med døende pasienter. Score fra TS, som skal vurdere holdninger, viser at holdningene var lavere jo eldre sykepleieren var og jo lengre man var registrert på samme arbeidssted. Alt helsepersonell som arbeidet med døende bør ha muligheten til å ta sertifisering fra European Certificate in Essential Palliative Care (ECEPC). Det viste seg at sertifiserte sykepleiere hadde betydelig høyere kunnskapsnivå, sammenlignet med de arbeiderne som hadde tatt opplæringen på arbeidsplassen. Helsepersonell med økt kunnskap om palliativ behandling har i større grad positive holdninger til arbeid med døende. Yngre ansatte med kortere erfaring vil respondere godt på å arbeide sammen med mer erfarne helsepersonell i arbeidet med døende pasienter.
Kvalitetsvurdering	Artikkelen er statistisk signifikant da $p < 0.007$ . Dette betyr at resultatene som kommer fram i artikkelen nesten ikke i noen grad kan ansees å baseres på tilfeldigheter. Høy overensstemmelse tyder på høy reliabilitet. Artikkelen er fagfellevurdert.
Etiske overveielser	Etisk godkjenning ble gitt til studien av etikkutvalget tilhørende landområdet i Irland studien ble gjennomført i.
Relevans	Artikkelen belyser holdninger og kunnskaper til behandling og omsorg hos eldre ved livets slutt, på sykehjem. Da det er dette jeg ønsker å belyse med oppgavens problemstilling, ansees artikkelen til å være av høy relevans for oppgaven.

## 4.2 Sammenfatning av resultater

I denne delen presenteres en sammenfatning av resultatene. Under hvert hovedtema presenteres en tematabell med undertema, inspirert av Thidemann (2019, s. 94).

### 4.2.1 De pårørende

Viktigheten av å involvere de pårørende i den palliative fasen står sterkt. Der pasienten selv ikke har mulighet til å gi uttrykk for sine ønsker kan de pårørende være til stor nytte. De kan gi et formodet samtykke, og fortelle hva deres kjære hadde ville ønsket selv (Husebø & Husebø, 2012, s. 272). De pårørende innehar kunnskap og kompetanse om pasienten som vil være nyttig i arbeidet i den palliative fasen (Gjerberg, Førde, Pedersen & Bollig, 2010 s. 681). Behovene vil være varierende for de pårørende, og mange vil ofte selv ha behov for trygging og tett kontakt med personalet. For flere vil målrettet informasjon være nødvendig, og ofte at den gjentas jevnlig. Samtidig vil flere inneha et ønske om å være til hjelp, og være med på det som skjer. Dette kan føre til en opplevelse av tillitt (Svendsen, Landmark & Grov, 2017, s. 6). Viktigheten av å bekrefte pårørende for den de er blir fremhevet som sentralt (ibid.). Et godt samarbeid med de pårørende vil også kunne være en ressurs for helsepersonellet der det er manglende ressurser, ved at pårørende kan «holde i hånden» og være nærværende den døende (Gjerberg et al., 2010, s. 681).

Hovedtema	Undertema
De pårørende	<ul style="list-style-type: none"><li>• Informere om pasientens preferanser</li><li>• Behov for trygging og kontakt</li><li>• Målrettet informasjon</li><li>• Ønske om å være til hjelp</li></ul>

### 4.2.2 Holdninger og etikk

Det etiske aspektet blir presentert som et viktig funn i flere artikler. Verdigheten i det palliative arbeidet; grundig kjennskap til hva som er viktig for pasienten i resterende tid av livet, fremheves som sentralt av Husebø og Husebø (2012, s. 271). Respekt for pasientens autonomi skal ivaretas i arbeidet. Mer tid til faglig refleksjon innad i personalgrupper, vil være avgjørende for å finne løsninger personalet kan ta i bruk for å ivareta autonomien til den enkelte pasient. For å løse etiske dilemma som oppstår på sykehjemmet, vil det være hensiktsmessig å lytte og ha samtaler med pasienten og/eller de pårørende (Gjerberg et al., 2010, s. 683). På denne måten kan man innhente informasjon som kan bidra til at de etiske dilemmaene kan bli møtt på en tilfredsstillende måte. Diskusjonsgrupper og øvinger innad i



personalgruppen vil også være hensiktsmessig. Om de etiske utfordringene møtes på en god måte vil det øke kvaliteten på pleien (ibid.). Svendsen et al. presenteres også at god kompetanse blandt helsepersonell vil føre til trygghet i arbeidet (2017, s. 7).

Forskningen viser at helsepersonell innehar moderat kompetanse og holdninger til eldre døende. Sykepleiere med økt kunnskap om palliativ behandling, viser også å ha økt grad av positive holdninger til arbeid med døende (Wilson, Avalos & Dowling, 2016, s. 602-603). For å opparbeide kompetanse om palliativ behandling, kan yngre og mer uerfarne helsepersonell arbeide sammen med eldre og mer erfarent personell for å opparbeide sin kompetanse på området (Wilson et al., 2016, s. 604).

Hovedtema	Undertema
Holdninger og etikk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ivaretagelse av autonomi</li> <li>• Refleksjonsgrupper</li> <li>• Samtaler med pasient/og eller pårørende</li> <li>• Økt kunnskap fører til økt grad av positive holdninger</li> </ul>

#### 4.2.3 Forberedende samtaler

Uavhengig i hvilken grad pasienten har mulighet til å gi uttrykk selv for sine ønsker, ønsker pårørende å delta i samtaler om hvordan omsorgen ved livets slutt skal utføres (Gjerberg, Lillemoen, Førde & Pedersen, 2015, s. 8). Helsepersonell har ansvar, og må våge å snakke om de vanskelige spørsmålene sammen med pasienten og dens pårørende (Husebø & Husebø, 2012). Dette er ofte et utfordrende og følelsesmessig tema, og forskning viser at det er sjeldent at pasienter snakket med sine pårørende om hvilke ønsker man har for omsorgen ved livets slutt. Derfor vil det være avgjørende at helsepersonellet tar initiativ til å starte disse samtalene (Gjerberg et al., 2015, s. 12). Slike fellessamtaler vil bidra til å fremme god palliasjon (Svendsen et al., 2017, s. 9).

Hovedtema	Undertema
Forberedende samtaler	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Helsepersonell må ta ansvar og initiativ til samtalene</li> <li>• Utfordrende og følelsesmessig tema</li> </ul>

#### 4.2.4 Ivaretagelse av pasienten

En individuell plan skal legges for hver enkelt pasient i palliativ fase. Den skal omhandle nødvendig informasjon om diagnoser, kommunikasjon og etikk i arbeidet. Den vil være hensiktsmessig å utarbeide for å ivareta den døende pasient best mulig, og slik sikrer man kontinuitet i hvordan helsepersonellet utfører omsorgen. Planen skal også baseres på pasientens ønsker som har blitt fortalt av pasienten selv og/eller deres pårørende. I den siste tiden av pasientens liv skal helsepersonellet lykkes med å lindre pasientens ubehagelige symptomer (Husebø & Husebø, 2012, s. 271). Pleiepersonalet skal ha kompetanse til å møte pasientens komplekse behov. Om pasienten viser symptomer på smerte, skal man kunne gi smertestillende. Er pasienten kvalm, skal man kunne gi kvalmestillende. Man skal være til stede for å se hvilken effekt medikamentet har på pasientens symptomer. Døende pasienter har behov for tett oppfølging av sykepleier. En slik tilstedeværelse er avgjørende for å kunne følge med på symptomer og videre kunne igangsette nødvendige tiltak. Sykepleier skal kunne observere, vurdere og handle. Å ivareta pasienten er å vise respekt og å kunne vise at man har tid til å være nærværende for pasienten (Svendsen et al., 2017, s. 5). Helsepersonellet skal vise pasienten respekt og vise at man har tid til å være til stede for den enkelte pasient og deres ønsker (ibid.).

Hovedtema	Undertema
Ivaretagelse av pasienten	<ul style="list-style-type: none"><li>• Individuell plan</li><li>• Medikamentell symptomlindrende behandling</li><li>• Tilstedeværelse for observasjon og vurdering av behov</li><li>• Trygging og nærvær fra helsepersonell</li></ul>

## 5. Diskusjon

I dette diskusjonskapittelet vil jeg diskutere hvordan hovedfunnene svarer på problemstillingen. Funnene vil bli drøftet opp mot teori presentert tidligere i oppgaven. Videre vil jeg diskutere metoden, styrker og svakheter ved denne litteraturstudien. Problemstillingen er som følger: *Hvordan kan helsepersonell fremme god palliativ behandling, hos eldre bosatt i sykehjem?*

### 5.1 De pårørende

Ivaretagelse og involvering av de pårørende presenteres som sentralt og avgjørende i flere forskningsartikler. Husebø og Husebø (2012, s. 272) fremhever at der pasienten ikke har mulighet til å gi uttrykk for sine ønsker, kan de pårørende være til stor hjelp ved å gi et formodet samtykke. Gjerberg et al. (2010, s. 681) hevder også at de pårørende innehar kompetanse og kunnskap om pasienten som vil være nyttig i det palliative arbeidet, der helsepersonellet skal utøve behandlingen etter pasientens ønsker. Dette kommer også fram i teorikapittelet av Saltvedt & Wyller (2016, s. 263), som skriver at pårørende kan bære fram pasientens ønske. Likhetene understreker viktigheten vernepleieren har til å innhente informasjon fra pasientens pårørende, om pasienten selv ikke er i stand til å gi uttrykk for sine ønsker.

Som vi ser i teorien bidrar pårørende ofte med å yte omsorg til sine kjære (Ulstein, 2018, s. 333). Gjerberg et al. (2010, s. 681) viser i sin forskning at et godt samarbeid med de pårørende vil kunne være en ressurs for helsepersonellet der det er behov. Dette betyr at pårørende eksempelvis kan holde i hånden og være nærværende den døende. Det skal presiseres at funnene ikke tilsier at pårørende skal erstatte vernepleierens arbeid, men kan fint fungere som ett supplement i en ellers travel arbeidsdag (ibid.).

Definisjon på palliativ behandling tilsier at helsepersonell skal bidra til å ivareta pårørendes livskvalitet på lik linje med pasientens (WHO, 2002, i Helsedirektoratet, 2018b, kap. 1). Flere pårørende vil ofte selv ha behov for trygging og tett kontakt med personalet, og mange vil ifølge Svendsen et al. (2017, s. 6) ha behov for målrettet informasjon, og at den gjentas jevnlig. Dette resultatet blir støttet opp av Stensheim et al., (2016 s. 276) som viser at helsepersonell kan oppleve at mot slutten av pasientens liv, vil de pårørende ha et økt informasjonsbehov. Et aspekt vernepleieren også skal være oppmerksom på er, som nevnt i teorikapitlet, at flere pårørende kan oppleve at situasjonen kan bli så belastende at deres egen helsetilstand blir påvirket i negativ grad (Ulstein, 2018, s. 334, 335). Vernepleieren bør derfor

informere, trygge og gi anerkjennelse til de ulike følelsene som pårørende opplever. Dette for å forebygge mot belastninger nærpersionene vil kunne oppleve (Stensheim et al., 2016 s. 279).

Noe å være klar over er at pårørendes opplevelse av å være ivaretatt av helsepersonell også vil kunne lette sorgarbeidet (Stensheim et al., 2016 s. 279). For vernepleieren vil dette bety at man må gi den informasjonen de har behov for, og gjenta den der det er nødvendig (ibid.). For å lette sorgarbeidet må vernepleieren altså kunne gi de pårørende anerkjennelse for deres følelser, og gi de en opplevelse av å være sett og ivaretatt (Gjerberg et al., 2010, s. 682).

På bakgrunn av egne erfaringer vil jeg understreke viktigheten funnene i artiklene og teorien presenterer. Å ivareta de pårørende ved å kunne gi anerkjennelse, trøst og informasjon, har vist seg å være svært nødvendig og hensiktsmessig i praksis. Mine erfaringsbaserte funn tilsier at det er viktig å utføre dette, da det har ført til fornøyde tilbakemeldinger fra pårørende når deres nære person går bort.

Noe vernepleieren må være klar over er at informasjon til pårørende reguleres etter Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §§3-1,3-3). Om pasienten samtykker til det, kan vernepleieren informere nærmeste pårørende om pasientens helsetilstand, jf. §3-3. Om pasienten derimot ikke innehar samtykkekompetanse, kan vernepleieren involvere pårørende til å medvirke sammen med pasienten, jf. §3-1 (1999).

## 5.2 Holdninger og etikk

Tidligere har vi sett at som vernepleier er man underlagt Fellesorganisasjonen (2019a, s.4) yrkesetiske retningslinjer. Respekten for den enkeltes autonomi og integritet blir presentert som en av verdiene vernepleieren skal kunne ivareta i arbeidet. Vernepleieren skal derfor kunne bidra til at pasienten får styrket sine muligheter til å leve i et samsvar med sine egne verdier (ibid.). I Husebø og Husebøs (2012, s. 271) forskning understrekes viktigheten av ivaretagelse av pasientens autonomi og verdighet i det palliative arbeidet.

Å ivareta pasientens autonomi der pasienten ikke er i stand til å gi uttrykk for sine ønsker, blir presentert som et etisk dilemma i Gjerberg et al. (2010, s. 680-681). Det er flere måter vernepleieren kan arbeide på for å løse de etiske dilemmaene som oppstår hos pasienter i palliativ fase i sykehjem. For det første vil det være hensiktsmessig å ha samtaler med pasienten tidligere mens den bor på sykehjemmet og er i stand til å gi uttrykk for sine ønsker (Gjerberg et al., 2010, s. 681). En annen måte vernepleieren kan bidra til å løse etiske dilemma som omhandler ivaretagelse av autonomi, vil være å lytte til de pårørende og innhente viktig informasjon. Det kan bidra til at de etiske dilemmaene møtes på en

tilfredsstillende måte, om pasienten selv ikke kan gi uttrykk for sine ønsker (Husebø og Husebø, 2012, s. 272). For det tredje vil det være hensiktsmessig og ha øvinger, diskusjonsgrupper og faglige refleksjoner innad i personalgruppen. Gjerberg et al. (2010, s. 682) mener at på den måten vil man kunne finne løsninger de ansatte kan ta i bruk for å ivareta autonomien til den enkelte pasient.

I FNs erklæring om den døendes rettigheter fremkommer det som et av aspektene at man har rett til å delta i avgjørelser om sin egen behandling (NOU, 1999:2, s. 34-35). Dette understreker viktigheten vernepleieren har ved å innhente pasientens ønsker om behandlingen. Noe man også skal være klar over, er at om vernepleieren er i stand til å møte de etiske utfordringene på en god måte, ser vi i funnene at det vil kunne føre til økt kvalitet på den palliative behandlingen man utøver hos pasienten (Gjerberg et al., 2010, s. 683).

Likhetene mellom Fellesorganisasjonens yrkesetiske retningslinjer (2019a) og funn i forskningen understreker viktigheten vernepleieren har av ivaretagelse av verdighet og autonomi i det palliative arbeidet. Der vil det være avgjørende at vernepleieren har grundig kjennskap til hva som er viktig for pasienten i resterende tid av livet. Som vernepleier er man forpliktet yrkesetisk til å møte pasienten på en måte som tar hensyn til dens verdier og behov (Fellesorganisasjonen, 2019a). Om en eldre pasient har behov for å føle kontakt med det åndelige i livets siste fase, kan vernepleieren bistå pasienten i å få utført dette ved å kunne lese et vers eller be en bønn, om det er dette behovet pasienten har (Hirsch & Røen, 2016, s. 317-318). Om pasienten har behov for smertelindring, skal vernepleieren kunne gi smertestillende (Svendsen et al., 2017, s. 5).

Wilson et al. (2015, s. 602-603) sin forskning viser at helsepersonell generelt innehar moderat kompetanse og holdninger til eldre døende. Derimot viser sykepleiere med økt kunnskap om palliativ behandling å ha en økt grad av positive holdninger til arbeidet. Wilson et al. (2015, s. 602-603) understreker det sentrale funnet om at økt grad av kunnskap, fører til økt grad av positive holdninger. En måte å opparbeide og styrke sin kompetanse innen palliativ behandling, vil for det første være at mer uerfarent helsepersonell kan arbeide med mer erfarent helsepersonell. På den måten kan vernepleieren for det første få styrket sin kompetanse i palliativ behandling, som igjen videre viser at vil føre til økt grad av positive holdninger (Wilson, et al., 2015, s. 604). For det andre vil man ifølge Røkenes og Hanssen (2012, s. 178), kunne få styrket sine holdninger til pasienten ved å innta den grunnleggende holdningen ved å se på pasienten som likeverdige. Gjennom dialog og samtale med pasienten vil vernepleieren lettere kunne forstå pasientens opplevelse, og lettere kunne sette seg selv inn

i situasjonen. Likhetene som presenteres understreker at kunnskap og holdninger henger sammen, og at økt grad av kunnskap hos vernepleieren vil kunne føre til at økt grad av positive holdninger til den døende pasienten.

### 5.3 Forberedende samtaler

Hva som er hensiktsmessig behandling, må helsepersonellet vurdere ut fra pasientens ønsker, behov og interesser som man har hatt i løpet av livet (Engedal & Haugen, 2018, s. 330).

Forhåndssamtaler vil ifølge Saltvedt & Wyller da være hensiktsmessig (2016, s. 269).

Gjerberg et al. (2015, s. 12) sin forskning viser at de forberedende samtaler ofte er et utfordrende og følelsesmessig tema for pasienten og dens pårørende. For det første vil vernepleieren her kunne gå fram ved å anvende empati og varsomhet i møte med pasienten og pårørende. På den måten kan vernepleieren få bedre innsikt i pasientens ønsker og tanker. Dette vil være nyttig for helsepersonellet når den palliative planen skal utarbeides. Den eldre vil da kunne oppleve trygghet for at dens ønsker blir i varetatt (Saltvedt & Wyller, 2016, s. 269).

Forskning av Gjerberg et al. (2015, s. 12) viser at pasienter sjeldent snakker med sine pårørende om hvilke ønsker de har for omsorgen ved livets slutt. Det vil derfor være avgjørende ifølge Gjerberg et al (2015, s. 12) at helsepersonellet tar initiativ til å starte disse samtaler. Det samme mener Husebø og Husebø (2012, s. 271) som tydeliggjør at helsepersonell innehar ansvar til å ta initiativ til å snakke om de vanskelige temaene. Disse likhetene understreker viktigheten vernepleieren har til å bruke den miljøfaglige kompetansen (Ellingsen, 2014, s. 14). Vernepleieren skal da innhente informasjonen og delta på de forberedende samtaler, der man stiller de utfordrende spørsmålene.

Gjerberg et al. (2015, s. 8) viser i sin forskning at uavhengig av i hvilken grad pasienten har mulighet til å gi uttrykk for sine ønsker, ønsker pårørende å delta i samtaler om hvordan omsorgen ved livets slutt skal utøves. Igjen understrekes viktigheten av at de pårørende har snakket med sine kjære om hvilke tanker pasienten gjorde seg før den ikke lenger har mulighet til å gi uttrykk for det selv, og hvor avgjørende det er at helsepersonell tar initiativ til samtaler tidlig (Husebø & Husebø, 2012, s. 271), (Gjerberg et al., 2015, s. 12). Thoresen (2016), i Svendsen et al. underbygger disse resultatene med å fortelle at slike fellessamtaler bidrar til å fremme god palliasjon (2017, s. 10).

Som tidligere nevnt i dette kapitlet må vi igjen merke oss at informasjon og deltakelse fra pårørende reguleres etter Pasient- og brukerettighetsloven (1999, §§3-1, 3-3). Dette er et

sentralt punkt vernepleieren må være oppmerksom på i arbeidet med innhenting av informasjon i de forberedende samtaler.

#### 5.4 Ivaretagelse av pasienten

Som tidligere nevnt i teorikapittelet skal behandlingen, pleien og omsorgen pasienten mottar, baseres på hvilke behov den eldre pasienten har. Pasienten skal i tillegg involveres i beslutninger som omhandler dette, så langt det lar seg gjøre (Kaasa & Loge, 2016, s. 46). For å ivareta dette kan vernepleieren delta i arbeidet med å utarbeide en individuell plan (Husebø & Husebø, 2012, s. 273). Planen skal omhandle nødvendig informasjon om diagnoser, kommunikasjon og etikk i arbeidet. En slik plan vil være hensiktsmessig å utarbeide for å ivareta den døende best mulig. På denne måten kan vernepleieren bidra til å sikre kontinuitet i hvordan ulikt helsepersonell utøver omsorgen ovenfor pasienten (ibid.).

Jeg har i forskningen funnet mye informasjon om viktigheten av smertelindring hos den eldre døende pasienten. Husebø & Husebø understreker at i den siste tiden av pasienters liv skal helsepersonellet lykkes med å lindre pasientens ubehagelige symptomer (2012, s. 273). Dette mener også Svendsen et al. (2017, s. 4) ved å vise til i sin forskning at personalet skal ha kompetanse til å møte det komplekse behovet pasienten innehar. Om en pasient viser symptomer på smerte, skal man kunne gi smertestillende, der det er rekvirert av lege. I tillegg fremheves viktigheten av å være til stede, da sykepleier må se virkningen medikamentet har på den eldre pasientens symptomer. En slik tilstedeværelse fra personalet vil derfor være avgjørende for å kunne følge med på symptomer og videre kunne iverksette nødvendige tiltak (Svendsen et al., 2017, s. 4). Disse resultatene støttes opp av definisjonen av palliativ behandling fra WHO (2002) i Helsedirektoratet. Der skrives det at en del av hensikten med palliativ behandling er å lindre lidelse, og behandling av smerte (2018b, kap. 1). Likhetene i resultatene underbygges av Saltvedt & Wyller, som nevnt i teorikapittelet: at symptomlindrende farmakologisk behandling vil være en sentral del i behandling hos flere palliative eldre (2016, s. 270). Berge & Ellingsen skriver i *Vernepleirfaglig kompetanse og faglig skjønn* at vernepleieren skal inneha en kompetanse om farmakologi og medikamenthåndtering (2014, s. 194). Likhetene som framkommer, understreker viktigheten vernepleieren har ved å kunne bidra til symptomlindring hos den døende pasient. For det første må vernepleieren kunne være tilstedeværende og kunne observere om medikamentet har en effekt på pasientens symptomer. For det andre skal vernepleieren være deltakende i å vurdere hvilke behov pasienten har, og for det tredje skal vernepleieren kunne handle ved å gi

nødvendig symptomlindrende medikamenter og innhente bistand fra lege (Svendsen et al., 2017, s. 4).

I Svendsen et al. fremkommer det at å ivareta pasienten også er å vise respekt og kunne vise at man har tid til å være nærværende og til stede for pasienten og dens ønsker (2017, s. 5).

Lignende resultater ser vi også i Gjerberg et al. som viser til viktigheten av å sette av nok tid til psykososial omsorg til pasienten. Noe man også må være klar over er at manglende tid ofte kommer opp som et etisk dilemma rundt prioriteringer på flere sykehjem (2010, s. 680). Disse resultatene underbygges av Saltvedt & Wyller, som viser i teorien at ikke- medikamentelle tiltak som rolig atmosfære, trøst, berøring og nærvær i de aller fleste tilfeller er mer effektive enn medikamenter (2016, s. 272). Personsentrert omsorg skal innebære at den eldre pasienten skal oppleve å bli møtt som en unik person, og helsepersonell skal bidra til å styrke opplevelsen av verdighet og lindre opplevelse av tap (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 304). I tillegg vil mange også trenge lang tid til å forstå den situasjonen pasienten selv befinner seg i (Engedal & Haugen, 2016, s. 324). I tillegg til å inneha en helsefaglig kompetanse, skal vernepleieren også utøve miljøfaglig kompetanse i møte med pasienter (Ellingsen, 2014, s.14). En måte vernepleieren kan utføre dette på vil da være å sette av tid til å være nærværende den døende, ved å vise at man er der for dens ønsker, samt å trygge pasienten. Om den eldre har et ønske om å høre på en bestemt type musikk, eller at det leses fra en bestemt bok, kan vernepleieren i sitt nærvær bistå pasienten i dette. Dette vil styrke pasientens opplevelse av verdighet.

Med utgangspunkt i egne erfaringer på sykehjem med døende pasient, blir den symptomlindrende medikamentelle delen av behandlingen prioritert og utført, men ofte uten observasjon i etterkant av sykepleier/vernepleier. Dette på grunn av manglende ressurser. Erfaring med å sette på musikk hos den eldre døende har vist seg og hatt stor effekt, ved at pasienter viser mindre symptomer på uro, smerte og redsel. Slike tiltak er noe vernepleieren kan vurdere der det er hensiktsmessig, da både erfaringsbaserte funn, funn fra forskning og teori viser at dette bidrar til å fremme god palliasjon.

## 5.5 Metodediskusjon

### 5.5.1 Forforståelse

Røkenes og Hansen skriver i *Bære eller bryte* at forforståelse er den forståelsen vi bringer med oss i et møte med andre mennesker. Der forstår vi en annen med utgangspunkt i egne tanker, erfaringer og følelser (2012, s. 14). Dalland presiserer viktigheten av å være bevisst på



vår egen forforståelse i oppgaveskriving (2017, s. 58). Med tanke på hvordan jeg tidligere har opplevd at eldre døende har blitt behandlet på sykehjemsavdeling, var min erfaring at flere ble forlatt uten trygging, nærhet, og tett oppfølging som åpenbart var et stort behov hos pasienten. Dette kan ha påvirket hvordan jeg tolker resultatene, og hvilke artikler som ble valgt ut til å besvare problemstillingen.

### 5.5.2 Kritisk vurdering av fremgangsmåte

Denne litteraturstudien inneholdt to artikler av kvantitativ forskningsmetode, og tre artikler av kvalitativ forskningsmetode. Kvalitative metoder egner seg best til å belyse kunnskap om hvorfor noe er som det er og erfaringer og holdninger rundt temaet. Kvantitativ metode med tverrsnittdesign egner seg best til å se forekomsten av et fenomen (Helsebiblioteket, 2016). Da metodene belyser ulike sider av temaet, ønsket jeg å inkludere begge disse metodene, da jeg mener det styrker oppgavens besvarelse.

Dalland skriver i *Metode og oppgaveskriving* (2017, s. 40) at validitet betyr at det som måles må ha relevans, og være av gyldighet for det problemet som undersøkes. Reliabilitet handler om at målinger skal være pålitelige og utøves korrekt. En styrke med denne litteraturstudien er at alle artikler er fagfellevurdert. Dette styrker oppgavens reliabilitet, da den er godkjent av minst to eksperter på fagområdet (Thidemann, 2019, s. 67).

Fire av de fem utvalgte artikler er skrevet på engelsk. For å benytte meg av disse i oppgaven, ble jeg nødt til å oversette innholdet til norsk. Tolkingen og oversettingen kan sees på som en kilde til feiltolking og feil i resultatet. Det skal likevel påpekes at jeg har brukt rikelig med tid til oversetting, for å få en så troverdig oversettelse som mulig.

To utvalgte artikler stammer fra samme forskermiljø, og er skrevet av tre av de samme forskerne. Oppgaven kan dermed ha fått et preg av hva dette forskermiljøet er opptatt av. Trolig vil dette påvirke oppgavens gyldighet- validiteten (Dalland, 2017, s. 40). Det skal derfor nevnes at dette kan påvirke i hvilken grad disse resultatene kan overføres til andre forskermiljø, situasjoner og kontekster. Selv om dette er en svakhet med oppgaven, valgte jeg likevel å inkludere begge artiklene, da de presenterer viktige aspekter og bidrar godt til å svare på problemstillingen.

Da jeg ikke kunne finne artikler som spesifikt omhandlet vernepleiere som arbeidet med eldre mennesker med behov for palliativ behandling, så jeg meg nødt til å kunne akseptere at artiklene jeg skulle inkludere måtte omhandle sykepleiere. I teorikapittelet har vi sett at

vernepleier og sykepleiere kan utføre samme type oppgaver på sykehjem. På bakgrunn av dette valgte jeg å inkludere artikler som omhandlet sykepleiere.

I ettertid ser jeg at den fenomenologiske tankegangen var noe jeg kunne ha vært mer bevisst på i arbeidet med å velge ut artikler. Fenomenologi er ifølge Dalland (2017, s. 45) det vi selv oppfatter med våre egne sanser. Informantene som uttrykte sine meninger i de kvalitative artiklene, hadde et subjektivt perspektiv på det de uttalte seg om. Dette er noe jeg mener vil kunne påvirke reliabilitet noe, da jeg ville ha stilt spørsmål med funnenes pålitelighet.

## 6. Konklusjon

I denne oppgaven har jeg med utgangspunkt i fem utvalgte artikler besvart problemstillingen: *«Hvordan kan helsepersonell fremme god palliativ behandling, hos eldre bosatt i sykehjem?»*. Litteraturstudie ble benyttet som metode for å innhente materialet. Jeg vil til slutt konkludere med at vernepleieren både innehar en helsefaglig og miljøfaglig kompetanse som kommer til nytte i arbeidet. Med bruk av empati og varsomhet må vernepleieren ta initiativ til å gjennomføre de forberedende samtaler for å innhente informasjon om pasientens preferanser. På denne måten kan pasienten bli deltakende i avgjørelser om egen behandling. Å lytte til pasient og pårørende, og ha faglige refleksjoner samt diskusjonsgrupper innad i personalgruppen vil styrke de ansattes kompetanse om etikk i arbeidet. Dette vil være en god måte å møte de etiske dilemma på, om ivaretagelse av autonomi og integritet. Vernepleieren skal bistå med observasjon og vurdering av symptomlindrende farmakologisk behandling, og må kunne være nær hos pasienten og trygge den. Utarbeidelse av en individuell plan vil bidra til å sikre kontinuitet i behandlingen. Vernepleieren skal informere de pårørende og vise aksept for ulike følelser som oppstår. Dette er noen av faktorene som må ligge til grunn for at vernepleieren skal kunne fremme god palliativ behandling hos eldre, bosatt på sykehjem. Om vi lykkes med dette, vil vi trolig kunne oppleve tilbakemeldinger fra pårørende, så fint som en nærpersion uttrykte det i Husebø og Husebø (2012, s. 272): *«Vi kunne ikke forestille oss å miste mor. Vi var fylt med angst og fornektelse. Men disse siste ukene og dagene av hennes liv, har vært et høydepunkt for oss alle»*.

## 7. Litteraturliste

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Ellingsen, K. E. & Berge, K. (2014). Helsefagets rolle i den vernepleiefaglige kompetansen. I K. E. Ellingsen (Red.) *Vernepleiefaglig kompetanse og faglig skjønn* (s. 192-216). Oslo: Universitetsforlaget.

Ellingsen, K. E. (Red.). (2014). *Vernepleiefaglig kompetanse og faglig skjønn*. Oslo: Universitetsforlaget.

Engstad, K. & Haugen, P. K. (Red.). (2018). *Demens*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse-akademisk.

Engstad, T. (2016). Geriatri. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.) *Sykdom og behandling* (2.utg, s. 541-548). Oslo: Gyldendal akademisk.

Fellesorganisasjonen (2017). Vernepleier i demensomsorgen. Hentet fra:

<https://www.fo.no/getfile.php/1311777-1548957771/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleier%20i%20demensomsorgen.pdf>

Fellesorganisasjonen (2019a). Yrkesetisk grunnlagsdokument. Hentet fra:

<https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>

Fellesorganisasjon (2019b). Vernepleierens helsefagkompetanse. Hentet fra:

<https://www.fo.no/getfile.php/1329087-1589288804/Dokumenter/Din%20profesjon/Vernepleier/Vernepleiernes%20helsefagkompetanse.pdf>

Folkehelseinstituttet (2019). Dødsfall etter dødssted og dødsårsak-2018. Hentet fra:

<http://statistikkbank.fhi.no/dar/>

Gjerberg, E., Førde, R., Pedersen, R. & Bollig, G. (2010). Ethical challenges in the provision of end-of-life care in Norwegian nursing homes. *Social Science & Medicine*, 71, 677-684.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.059>

Gjerberg, E., Lillemoen, L. Førde, R., & Pedersen, R. (2015). End-of-life Care Communications and Shared Decision-Making in Norwegian Nursing Homes-Experiences and Perspectives of Patients and Relatives. *BMC Geriatrics*. 15:103 DOI: [10.1186/s12877-015-0096-y](https://doi.org/10.1186/s12877-015-0096-y)

Helsebiblioteket (2018). Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie. Hentet fra: [file:///C:/Users/Eier/Downloads/Sjekkliste%20Kvalitativ%202018%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Eier/Downloads/Sjekkliste%20Kvalitativ%202018%20(1).pdf)

Helsebiblioteket (2006). Sjekkliste for vurdering av prevalensstudier. Hentet fra: [file:///C:/Users/Eier/Downloads/Sjekkliste\\_prevalensstudier\\_2006%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Eier/Downloads/Sjekkliste_prevalensstudier_2006%20(2).pdf)

Helsebiblioteket (2016, 03. juni). Forskningsmetode. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/forskningsmetode>

Helsedirektoratet (2018a, 18. september). Lindrende behandling i livets slutfase. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/innledning>

Helsedirektoratet (2018b, 18. september). Lindrende behandling i livets slutfase- sentrale begreper. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/innledning?malgruppe=undefined>

Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Hirsch, A. & Røen, I. (2016). Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.). *Palliasjon* (2. utg., s. 315-325). Oslo: Gyldendal akademisk.

Husebø, S., & Husebø, B. S. (2012). Gamle – og pasienter med demens – Omsorg ved livets slutt. *Norsk Epidemiologi*, 22(2), 271-274. <https://doi.org/10.5324/nje.v22i2.1575>

Kaasa, S. & Loge, J. H. (Red.). (2016). *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kjelvik, J. & Jønsberg, E. (2017). Botid i sykehjem og varighet av tjenester til hjemmeboende. Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/botid-i-sykehjem-og-varighet-av-tjenester-til-hjemmeboende/2017-02%20Botid%20i%20sykehjem%20og%20varighet%20av%20tjenester%20til%20hjemmeboende.pdf/\\_attachment/inline/9f8fa68c-5969-4147-95d1-2177464084de:8a6b1b6e741b917894778a5ef81610764635ea4c/2017-](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/botid-i-sykehjem-og-varighet-av-tjenester-til-hjemmeboende/2017-02%20Botid%20i%20sykehjem%20og%20varighet%20av%20tjenester%20til%20hjemmeboende.pdf/_attachment/inline/9f8fa68c-5969-4147-95d1-2177464084de:8a6b1b6e741b917894778a5ef81610764635ea4c/2017-)

[02%20Botid%20i%20sykehjem%20og%20varighet%20av%20tjenester%20til%20hjemmeboende.pdf](#)

NOU 1999:2 (1999). *Livshjelp: Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/30dbabb28fce4cbaa027317b4acb4918/no/pdfa/nou199919990002000dddpdfa.pdf>

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

Rokstad, A. M. M. & Røsvik, J. (2018) Personsentrert omsorg. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.). *Demens* (1.utg., s. 300-313). Tønsberg: Forlaget aldring og helse- akademisk.

Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2012) *Bære eller bryte* (3.utg). Bergen: Fagbokforlaget.

Saltvedt, I., & Wyller, T. B. (2016). Palliativ behandling av gamle. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.). *Palliasjon* (2. utg., s. 262-273). Oslo: Gyldendal akademisk.

Stensheim, H., Hjermsstad, M. J. & Loge, J. H. (2016). Ivaretagelse av pårørende. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.). *Palliasjon* (2. utg., s. 274-285). Oslo: Gyldendal akademisk.

Svensden, S.J., Landmark, B.T., & Grov, E.K. (2017) Dying patients in nursing homes: nurses provide «more of everything», and are «left to deal with everything on their own». *Sykepleien forskning*. DOI:10.4220/Sykepleienf.2017 .63396

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ulstein, I. D. (2018). Pårørendes situasjon. I K. Engdal & P. K. Haugen (Red.). *Demens* (1.utg., s. 332-347). Tønsberg: Forlaget aldring og helse- akademisk.

Wilson, O., Avalos, G. og Dowling, M. (2016) Knowledge of palliative care and attitudes towards nursing in the dying patient. *British journal of nursing*, 25 (11), s. 600-620. DOI:10.12968/bjo n.2016.25.11.600



