



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# EKSAMENSINNLEVERING

---

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

**SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave**

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 23.02.12

Kandidatnr.: 14

Antall ord: 8970

## **Sammendrag**

**Tema:** Verdig avslutning på livet i sykehjem

**Bakgrunn for valg av tema:** Med tanke på at over 40% av alle dødsfall i Norge skjer innenfor sykehjem er dette et veldig aktuelt tema. Dette gjør at sykepleie til eldre i den terminale fasen er viktig. Sykepleie til den terminale pasienten er innviklet og krever mye oppmerksomhet og økt kompetanse.

**Problemstilling:** På hvilken måte kan en fremme en verdig avslutning på livet for eldre som er innlagt i sykehjem?

**Hensikt:** Få økt kunnskap om temaet omsorg ved livets slutt, få innsikt i opplevelser som pårørende har og virkelig sette meg inn i hvordan en som sykepleier kan gi eldre god omsorg og en verdig avslutning på livet.

**Metode:** Systematisk litteraturstudie

**Funn/resultat:** Det kommer frem flere momenter som kan være med på å fremme en verdig død i sykehjem. Hovedpunktene er smerte og annen symptomlindring, unngå unødvendig livsforlengende behandling, unødvendig sykehusinnleggelse, ivaretagelse av pårørende, tverrfaglig samarbeid og behov for økt kompetanse på blant personalet på sykehjem. Det kommer også frem et ønske fra de eldres side om å bli mer involvert i deres egen personlige omsorg, de uttrykker også tanker og følelser de har rundt døden. Trygghet er viktig å fremme både til pasient og pårørende.

## **Summary**

**Theme:** Worthy ending of life in nursing homes

**Background to the choice of theme:** Given that over 40% of all deaths in Norway is in a nursing home, this is a very important topic. This allows the nursing of the elderly in the terminal phase is important. Nursing of the terminal patient is complex and requires a lot of attention and increased competence.

**Question:** How can one promote a dignified end to life for the elderly who are admitted to nursing homes?

**Purpose:** Get more knowledge on the subject of care by the end of life, gain insight into the experiences that families have and really put me into how a nurse who can provide good care and the elderly a dignified end to life.

**Method:** Systematic literature review

**Findings / Results:** It appears that several factors may help to promote a dignified death in nursing homes. Main features include pain and other symptom management, avoiding unnecessary life-prolonging treatment, unnecessary hospitalization, care of dependents, interdisciplinary collaboration and the need for increased expertise among staff in nursing homes. There will also be a desire on the elderly side to become more involved in their own personal care, they also express thoughts and feelings they have about death. Security is important to promote both the patient and family.

# Innhold

## Sammendrag

## Summary

1.0	INNLEDNING .....	6
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	6
1.2	Hensikt.....	6
1.3	Problemstilling.....	6
1.4	Begrunnelse for valg, avgrensning og presisering av problemstilling .....	6
1.5	Oppgavens oppbygging .....	7
2.0	TEORIDEL .....	7
2.1	Sykepleiefaglig perspektiv .....	7
2.1.1	Henderson.....	7
2.2	Sykehjem .....	8
2.3	Den døende .....	10
2.4	Verdighet .....	13
2.5	Pårørende .....	14
2.6	Kommunikasjon med pårørende.....	15
3.0	METODE .....	15
3.1	Hva kjennetegner metode? .....	15
3.2	Litteraturstudie som metode .....	16
3.3	Kildekritikk.....	16
3.4	Etiske overveielser.....	17
3.5	Søkeprosessen.....	17
3.6	Aktuell litteratur oppgaven baseres på .....	17
4.0	FUNN/RESULTAT .....	17
4.1	Artikkel 1 .....	17
4.2	Artikkel 2.....	18
4.3	Artikkel 3.....	18
4.4	Artikkel 4.....	19
4.5	Artikkel 5.....	19
4.6	Artikkel 6.....	19
5.0	DRØFTING.....	20
5.1	Den dødende .....	20
5.2	Ivaretakelse av pårørende .....	22
5.3	Tverrfagligsamarbeid.....	23
5.4	Smertelindring og annen symptomlindring .....	24

6.0	AVSLUTNING .....	26
7.0	REFERANSELISTE .....	28

## **1.0 INNLEDNING**

Omsorg ved livets siste fase er temaet jeg kommer til å ta for meg i denne oppgaven. Dette er en viktig del av sykepleiens oppgaver og noe en bør ha stort fokus på. Forsker Liv Wergeland Sørbye har forsket på omsorg ved livets slutt siden 70-tallet. Og hun uttalte tidligere at dette er en pasientgruppe som det må fokuseres mer på. Hun henviser til Mor Teresa som var veldig opptatt av at den døende skulle ha en seng og ligge i og en hånd å holde i. Sørbye sier:

*Her i Norge gir vi dem en god seng, men ikke alltid en hånd å holde i (Krüger,2012).*

Dette er også noe jeg har sett i praksis, det er ikke alltid tid til å være inne hos den døende. Og de fleste gangene er man avhengig av at pårørende skal sitte inne hos den døende.

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Dette er et tema jeg har vært veldig mye borti i praksis, både innenfor sykehjem og sykehus. Dette oppgaven skal begrenses til innenfor sykehjem og ikke sykehus, mye fordi at statistikken forteller oss at det er her flest eldre dør. Fra praksis har jeg både positive og negative sider ved omsorg i livets siste fase. Fra erfaringer har jeg observert både god og mindre god omsorg ved livets slutt, hvor blant annet tidspresset var en innvirkende faktor.

### **1.2 Hensikt**

Hensikten med denne oppgaven og valg av tema er å få økt kunnskap om temaet omsorg ved livets slutt, få innsikt i opplevelser som pårørende har og virkelig sette meg inn i hvordan en som sykepleier kan gi eldre god omsorg og en verdig avslutning på livet.

### **1.3 Problemstilling**

«På hvilken måte kan en fremme en verdig avslutning på livet for eldre som er innlagt i sykehjem?»

### **1.4 Begrunnelse for valg, avgrensning og presisering av problemstilling**

Jeg har valgt å begrense problemområdet til sykehjem fordi det er her det er mest aktuelt og det er her jeg har mest erfaring fra praksis. Tall viser også at hele 40% av dødsfall skjer innenfor et sykehjem og dette er trolig tall som kommer til å stige (Hjort, 2008). I søkningsprosessen begrenset jeg søket til eldre som var 80år eller mer. Jeg tar utgangspunkt i både menn og kvinner. Omsorg ved livets siste fase er temaet for oppgaven min, derfor velger jeg å ikke ta hensyn til eventuelle diagnoser som kanskje er skyld i dødsfallet. Jeg

konsentrerer meg kun om tiden og pleien før et dødsfall, uavhengig av diagnose. Jeg tar også kun utgangspunkt i det som kan regnes som et ventet dødsfall og som går igjennom en terminal fase, ikke de pasientene som dør uventet.

### **1.5 Oppgavens oppbygging**

Oppgaven begynner med en innledningsdel etterfulgt av en teoridel. Teoridelen presenterer sykepleiefaglig perspektiv og teori om temaet. Metodedelen kommer etter teoridelen, hvor litteratursstudie som metode blir beskrevet. Jeg har valgt å ha en egen resultatdel hvor forskningsartiklene blir presentert. Videre kommer drøftingsdelen og avslutning.

## **2.0 TEORIDEL**

### **2.1 Sykepleiefaglig perspektiv**

#### **2.1.1 Henderson**

Gjennom oppgaven skal Hendersons sykepleieteori være den teorien jeg har utgangspunkt i. I 1995 presenterte hun sin sykepleiedefinisjon, hun var faktisk en av de første til å beskrive sykepleiens særegne funksjon. I 1960 publiserte hun sykepleiens 14 grunnprinsipper som hele hennes teori bygges opp under. Disse grunnprinsippene har kom i flere utgaver og har hatt sin påvirkning i sykepleieutdanningen og sykepleie generelt. Henderson utviklet teorien på bakgrunn av mangler hun selv kjente på under sin utdanning (Kristoffersen, 2008). Disse 14 grunnprinsippene går ut på å puste normalt, spise og drikke tilstrekkelig, kvitte seg med avfallsstoffer, bevege og innta behagelige kroppsstillinger, søvn og hvile, velge passende klær – kle av og på seg, opprettholde normal kroppstemperatur, holde kroppen ren og velpleid, unngå farer, kommunisere med andre ved å uttrykke følelser, behov, frykt eller oppfatninger, dyrke sin tro, styrke selvfølelsen, koble av eller delta i ulike former for rekreasjon og lære, oppdage eller tilfredsstillende den nysgjerrigheten som fører til normal utvikling og helse, og benytte de helsetjenester som finnes. For at en sykepleier skal kunne hjelpe til med disse grunnleggende behovene kreves det kunnskap innenfor fagområdet (Henderson, 1998). Mye av disse grunnprinsippene er faktorer som er viktige å ta vare på i den terminale fasen.

Henderson ser på kropp og sjel nært knyttet til hverandre, og hun viser til gjøremål som er nødvendige for helse, helbredelse eller en fredfull død. Henderson mener at en person har behov for sykepleie når en selv ikke klarer å dekke de grunnleggende behovene selv. Noe som

kan skyldes mangel på kunnskap, krefter eller vilje, ikke nødvendigvis kun sykdom. En fredfull død er noe Henderson sykepleieteori inneholder, hun mener det er sykepleierens ansvar å hjelpe pasienten med en fredfull død dersom den er nær. Hun er faktisk en av få forfattere som nevner sykepleierens oppgaver og ansvar for mennesker i livets siste fase (Kristoffersen, 2008).

Henderson legger til rette for å planlegge å utføre sykepleie i henhold med å forbedre helsen, komme seg etter en sykdom eller gi støtte i møte med døden. I sykepleie er det veldig lett for å snakke om helsefremmende arbeid og helbredelse av sykdom. Men man må ikke komme utenom hva en sykepleier kan gjøre for å hjelpe et menneske med å møte døden tappert og med verdighet (Henderson, 1998). Henderson beskriver også at en som sykepleier må jobbe for å gjøre miljøet rundt den døende støttende og estetisk, en sykepleier kan redusere pasientens ubehag med sykepleie tiltak. Og som sykepleier kan en avhjelpe den dødenes ensomhet ovenfor døden ved å konfrontere den sammen med pasienten, ærlig og tappert (Henderson, 1966).

Henderson (1966) skriver i boken sin *The nature of nursing* at sykepleieren som vil hjelpe hver enkelt pasient vil se muligheten til å se og snakke med venner og familie av pasienten. Sykepleiens største hjelp i denne sammenheng kan være å hjelpe pårørende til å forstå hva pasienten har behov for fra dem som pårørende.

## **2.2 Sykehjem**

I pasientrettighetsloven kommer det tydelig frem at hensikten med denne loven er å sikre alle menneskers i Norge lik behandling av god kvalitet innenfor helse- og omsorgstjenesten. Loven skal fremme tillitsforholdet mellom bruker/pasient og helse- og omsorgstjenesten, og den skal være med å fremme sosial trygghet, ivareta respekten for den enkeltes liv, integritet og menneskeverd. Det blir også omtalt i § 2 – 1 a at en har rett på verdig og nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten (2011).

Jeg viser til forskrift for sykehjem (1988) for å fremheve at i heldøgns opphold på for eksempel sykehjem skal det være organisert legetjeneste, fysioterapitjeneste og sykepleiertjeneste i samarbeid med andre deler av den kommunale helse- og sosialtjeneste. Hvor terminal pleie står beskrevet som en av oppgavene sykehjemmet skal være innrettet til.



Ansatte på sykehjem har ansvar for å tilby helsehjelp til eldre med nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsevne. Den sykepleiefaglige kompetansen er høy og kravene til fagutvikling er stor. Det er sykepleieren sitt ansvarsområde og innfri lover og forskrifter i møte med hver enkelt pasient. I det daglige arbeidet på et sykehjem er det sykepleierne som har den høyeste kompetansen og sitter derfor med ansvaret for å utvikle fagmiljøet best mulig i sykehjemmet. For å sikre best mulig kvalitet på tjenestene sykehjemmet tilbyr kreves det god opplæring rundt ansatte og at tilbudet om veiledning er tilstede. En bør hele tiden huske på å fremstille seg som en god rollemodell i rollen som sykepleier, vise med egne utførelser hvordan en vil at andre skal jobbe. En må alltid huske på at det er et tverrfaglig samarbeid og man skal alltid ha respekt for kunnskap andre yrkesgrupper har med seg, og heller unytte deres kompetanse på best mulig måte. Sykehjem er en viktig arena for sykepleierfaget, og behovet for engasjert personell med høy faglig kompetanse er absolutt tilstede (Hauge, 2008).

Det stilles store krav til pleiepersonalet når det kommer til kontakten og pleien av den døende pasient. Og sykepleierne har et ansvar når det kommer til holdninger, ferdigheter og kompetanse i personalgruppen. Terminal behandling er i stor grad et tverrfaglig samarbeid. Prosedyrer må være kjente og lett tilgjengelige, pleieplanen bør endres kontinuerlig og personalet bør være forberedt på utforutsatte situasjoner (Ranhoff, Schmidt & Ånstad, 2007). Omsorg ved livets slutt krever optimal organisering og et kompetent og velfungerende tverrfaglig samarbeid. God kommunikasjon er essensielt, dette sikrer at alle er kjent med formålet med pleien som utføres. Hvis en sykepleier skal utføre den ultimate omsorg i rollen som sykepleier bør en kunne medvirke den terminale pleien (Christoffersen & Gamborg, 1996). Mellom lege og sykepleier må ansvarsfordelingen være tydelig, og for at samarbeidet skal bli mest mulig effektivt kreves det tett kontakt og god kommunikasjon. Alt av pleiepersonell som er i kontakt med pasienten må kunne ta observasjoner av kliniske tegn, funksjon og atferd. Observasjonene må tas med videre til resten av teamet og pleien bør diskuteres med den hensikt om å forbedre den (Ranhoff et al., 2007).

Det er også viktig å få frem at for å gi god omsorg ved livets slutt er man avhengig av et godt samarbeid sammen med pasient, pårørende, pleier og lege. Alle er spesialister på sitt område og det er vesentlig at god kommunikasjon er viktig for å forstå hverandre. Kommunikasjon med mennesker som er døende og pårørende rundt kan være veldig vanskelig og utfordrende. For det første kan det være tøft for mange å snakke med pasienten, men det er viktig for at en skal utvikle et tillitsforhold og en god relasjon. Det samme gjelder kommunikasjon med

pårørende, husk at de har behov for informasjon og at de ofte sitter med masse spørsmål (Hjort, 2008). Den terminale pasienten har fysiske, psykiske og sjelelige behov. Symptomlindring og smertelindring er en veldig viktig del av den terminale pleien. Men det at man ser pasient og pårørende som mennesker er også veldig viktig, at de unngår ufrivillig ensomhet, at noen lytter til spørsmål og kommer med en bekreftelse på at de betyr noe. I tillegg til lege og pleiepersonell kan det også være aktuelt å utvide det tverrfaglige samarbeidet med fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom, psykolog og prest. Disse kan komme med kompetanse og holdninger som er av betydning for pasient og pårørende (Husebø & Husebø, 2005)

### **2.3 Den døende**

Omsorg ved livets slutt er ikke et begrep i seg selv, det er mer en samlebetegnelse på hva dette innebærer. Begreper som både terminal pleie og palliativ pleie blir også brukt i denne forbindelsen. Terminal pleie blir og mye brukt. Og Hjort skriver at en bør bruke uttrykket «omsorg i livets slutfase» (2008).

Innenfor sykepleie ved livets siste fase kan man fremheve 4 mål som man bør jobbe ut i fra. Disse målene omhandler lindring av alle plager, god sykepleie (stort fokus på munnstell og forebygging av trykksår), god menneskelig og god sjelelig omsorg for pasient og pårørende. Og som sykepleier er det viktig at en føler seg trygg, slik at man kan klare å formidle trygghet til pasienten og pårørende (Hjort, 2008).

Døden er noe personlig. Tanker og følelser den døende ofte sitter med kan være preget av bekymringer for de kroppslige forandringene, bekymring ovenfor familie, livserfaringer en går glipp av og ikke minst hvilke psykiske reaksjoner som kan komme. Mange kan også sitte med en frykt for selve dødsprosessen, vil den innebære verdighet, smerte, føle seg forlatt eller dø alene. I møte med den døende bør man være oppmerksom på at dette er tanker og følelser som den døende kan sitte med for seg selv. Dette kan føre til at den siste tiden blir preget av unødvendig bekymring og tiden kan derfor bli både vond og ekstra tung. Sykepleieren må bruke sin kompetanse til å observere fysiske, psykiske og sosiale behov for å kunne gi en best mulig helhetlig pleie (Bondevik, 2006).

Ingen vet hvordan den døende pasient kommer til å takle det at livet går mot slutten. Noen har en ro over det hele mens andre igjen kan være preget av angst og frykt for det som kommer. Her må pleiepersonalet gi mye tid og oppmerksomhet med å berolige pasienten med t en skal

lindre ubehag og plager som måtte oppstå så godt som mulig. For noen kan den siste fasen være preget av smerter, smerter kan forsterke angst og føre til depresjon. Så tilstrekkelig smertelindring må være av høy prioritet (Ranhoff et al., 2007). Karoliussen (2006) sier og noe om smerter og lidelse, smerter har en stor rolle når det kommer til angst under et dødsleie, enten det er fysisk eller psykisk smerte. Mangel på god sykepleie kan påføre pasienten smerter, for eksempel ved et dårlig sengeleie. Behandling av smerter kommer ofte i en kombinasjon med nærhet, samtale og smertelindrende medikamenter.

Det sies at den døende pasient ikke opplever verken sult eller tørste på samme måte som før. Noe som kan være vanskelig å håndtere og godta for folk rundt. Men her kan en huske på at særlig mat gir kanskje mer ubehag enn det gjør godt. Det kan ofte bringe med seg kvalme og pasienten kan ofte føle seg uvel. Mat via sonde og væske intravenøst kan både forlenge og forverre pasientens lidelse. Dette kan føre til ødemer, pleuravæske, forstyrrelse i tarmene og plagsom urinavgang. Ofte er det på grunn av pårørende det blir satt i gang tiltak i forhold til væske og ernæring (Ranhoff et al., 2007). Under pasientens siste levedager bør alle behandlingstiltak gjennomdrøftes. Unødige og belastende tiltak bør seponeres og kun tiltak som bidrar til forbedret livskvalitet bør fortsette eller iverksettes (Husebø & Husebø, 2005).

I pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 4 – 9 står det at pasienter kan motsette seg helsehjelp i særskilte situasjoner, derunder kommer dødende. Døende har rett på å motsi seg livsforlengende behandling, dersom den døende ikke er i stand til dette skal helsepersonell følge pårørendes ønsker.

Selv om behandling og hjelp til mennesker avhenger av et tverrfaglig samarbeid har sykepleiere sitt ansvarsområde hvor de jobber selvstendig og hvor medisinen ikke har faglig monopol. Her kan man trekke inn sykepleierens spesielle kompetanse i pleie ved livets slutt. Det at en sykepleier skal kunne hjelpe mennesker med en fredfull og verdig slutt på livet (Nortvedt, 2008). Men når regner man en pasient som terminal eller palliativ? Ingen vet hvor lang tid en dødsfase kan strekke seg utover, dette er noe som er svært individuelt og forskjellig for alle. En døende pasient eller pasient som man tror ikke har så veldig lenge igjen å leve har ofte kjennetegn som, sengeliggende, sluttet å spise og drikke, sluttet å ta medisiner og til tider/konstant uklar eller at de ikke er kontaktbare (Kaasa & Loge, 2008).

I 1999 kom FN ut med en erklæring om den døendes rettigheter. Disse omhandler mange av de sentrale verdiene i livets slutfase, og de er i stor grad bygget opp på dette (NOU 1999:2). Erklæringen sier for eksempel noe om:

- *Jeg har rett til å gi uttrykk for mine tanker og følelser omkring min forestående død på min egen måte*
- *Jeg har rett til å slippe å dø alene*
- *Jeg har rett på smertelindring*
- *Jeg har rett til å få hjelp av og for min familie til å akseptere min død*
- *Jeg har rett til å få død i fred og med verdighet*
- *Jeg har rett til å bli behandlet av omsorgsfulle, medfølelse, kyndige mennesker som vil prøve å forstå mine behov og som vil oppleve det som givende å hjelpe meg å møte min død*

*(Sitert direkte fra FNs erklæring, 1999)*

De aller fleste på sykehjem vet at døden ikke er så veldig langt unna. Og noen har gjort seg tanker om hvordan de vil at den siste tiden skal være, mens andre igjen ikke har tenkt så mye over det. Hos noen faller det seg ikke naturlig å snakke om døden. Men dersom tanker og ønsker skulle komme frem, noe som faktisk ofte skjer, bør man passe på at disse blir dokumentert. Slik at dette er noe en kan ta hensyn til når livets siste fase har kommet. Dette kan også gjøre beslutninger pårørende og personalet må ta i en senere fase noe lettere. Det overordnede målet med all terminal pleie er å lindre plager og ubehag så langt det er mulig (Ranhoff et al., 2007)

I den omsorgen en gir er det viktig med kommunikasjon, man bør informere om hva en gjør og hvorfor en gjør det til en hver tid. Personalet sin oppgave er å formidle trygghet, og en kan ikke jobbe på en måte som kun gjenspeiler rutine. Et hvert dødsleie er unikt og man skal vise dette ved å jobbe på en måte som gjør at pasient og pårørende opplever at de er spesielle og får møte omsorg på sine premisser. Spesielt viktig er det at en unngår at noen dør alene, spesielt når det er et ventet dødsfall. Det at ingen skal dø alene er en veldig viktig del av omsorgskulturen (Hjort, 2010)

Henderson nevner menneskets grunnleggende behov og viktigheten med ivaretagelsen av disse (1998). Bondevik nevner viktigheten av ivaretagelsen av de grunnleggende behovene i

sammenheng med den palliative behandlingen (2006). Stell av pasienten må ikke bære preg av rutine, en må heller kunne se stellet betydning. Stellet skal tilpasses slik at det blir en god opplevelse som øker velvære. Gjennom stellet kan omsorg vises. Sykepleien til den døende er komplisert, men en må ikke gjøre det så komplisert at den grunnleggende sykepleien blir glemt (Bondevik, 2006).

## **2.4 Verdighet**

1.januar.2011 trådte verdighetsgarantien i kraft, denne forskriften har som hensikt med å sikre eldre en verdig eldreomsorg. Den skal være med på å sikre at eldre får en verdig, trygg og meningsfull alderdom. Det står beskrevet hva tjenestetilbudene i kommunen skal inneholde og her blir det nevnt at det skal innebære et tilbud om lindrende behandling og en verdig død (2011).

Ordet verdighet blir nevnt i de fleste forskrifter og i mange bøker. Men få plasser beskriver hva verdighet egentlig innebærer. Men en kan si at det er opp til sykepleier å opptre på en måte som gjør at pasienten føler seg verdsatt og respektert. Menneskeverdet kan ivaretas ved å la pasienten føle seg sett og respektert i møte med helsepersonell (Slettebø, 2008).

Begrepet verdighet har tre ulike synsvinkler. Det er selve verdien hvert menneske har, alle er unike. Videre kan en si at verdighet kan være en egenskap som innebærer stolthet og respekt. Og det siste som er mest aktuelt i dette temaet er hvordan man opptrer på en verdig måte og hvordan andre rundt oss opptrer for å bevare vår verdighet. Verdighet handler om hvordan pasienten oppfatter seg selv og hvordan en som sykepleier oppfatter pasienten som person, og ikke minst holdninger en har til hverandre. Noe som kan oppleves som nedverdiggende er det å være avhengig an andre, det å miste kontroll over det kroppslige. For å vise verdighet skal man være respektfull og lyttende. Og man må passe på at eldre ikke føler seg som en byrde, men at de kan føle seg verdifulle og verdsatt selv om de trenger hjelp (Knutstad, 2010).

Når man flytter på sykehjem kan tap av verdighet være noe mange opplever. Med tap av verdighet kan en si at en mister sin egen identitet. For å kunne motvirke dette og fremme verdighet må man gjøre seg kjent med pasientens personlighet og vise respekt ovenfor ønsker og tanker (Ranhoff et al., 2007).

En verdig død forutsetter at pleiepersonell og pårørende opptrer på en verdig måte og møte personen med respekt. Respekt vil hjelpe den døende til å bevare sin verdighet og integritet. Omgivelsene rundt den dødende gjenspeiler pasientens verdighet (Bondevik, 2006). Å kunne dø med verdighet innebærer at pleiepersonalet opptrer med verdighet med å vise ro, selvbeherskelse, anstendighet og fatning som viser livets slutt den ære det skal ha (Karoliussen, 2006).

Et av de viktigste verktøyene sykepleierne har å forholde seg til er de yrkesetiske retningslinjene. Disse retningslinjene hjelper å bevare pasientenes rettigheter. Barmhjertighet, omsorg og respekt er verdier som danner grunnlaget for de yrkesetiske retningslinjene. Kunnskapen sykepleierne har skal kunne brukes til å fremme helse, lindre lidelse og forebygge sykdom. Og en skal så lang det er mulig fremme det gode (Sneltvedt, 2008).

## **2.5 Pårørende**

Det å være pårørende til en døende er noe ukjent, litt som å befinne seg i en uvirkelig virkelighet. Omsorg for pårørende har en praktisk, en terapeutisk og en religiøs funksjon som en aldri må bagatellisere. Som profesjonell sykepleier må man kontinuerlig gi pårørende oppmerksomhet, støtte og avlastning. De pårørende kan på mange måter lide like mye som den døende, og de fortrengrer kanskje sine egne behov for å imøtekomme behovene til den døende (Christoffersen & Gamborg, 1996)

Hjort understreker også at omsorgen for pårørende er vel så viktig som omsorgen for den døende, det er pårørende som får minner som de skal leve med resten av livet (2008). Pårørende må kunne trekkes inn som en del av teamet til den døende og en må vise respekt og tillit til dem. Informasjon må gis kontinuerlig og en må være tilgjengelig for å svare på spørsmål. Pårørende kan delta aktivt i omsorgen for den døende, og en kan gjerne tilby en seng slik at de kan være sammen så mye som mulig den siste tiden (Hjort, 2008).

Det er sykepleiers ansvar å sikre at det dannes et godt samarbeid og en god relasjon mellom pårørende, pasient og sykepleier (Kirkevold, 2008). Noe av det vanskeligste i livet kan være det å miste noen man står nær. Og uansett vil dette på en eller annen måte utløse sterke følelser hos dem det rammer (Renolen, 2008). Ivaretagelse av pårørende er svært viktig, for under et dødsfall eller veien mot et dødsfall rommer noen av menneskets mest smertefulle følelser som avhengighet, tap og sorg. Og det å være sykepleier i møte andres smerte kan

være både utfordrende og skremmende. Men pårørende og den døende trenger å bli møtt av noen som sitter med kunnskap og som kan svare på spørsmål. Empati er essensielt for å kunne forstå og sette seg inn i andres situasjon. Dersom en som sykepleier er følelsesmessig åpen og prøver å forstå hvordan pasient og pårørende har det, klarer en bedre å skjønne hvordan en kan hjelpe (Sneltvedt, 2008).

En god dødspleie innebærer også at pårørende får nødvendig hjelp og støtte. Det skal tilrettelegges for at pårørende skal få tilbringe mest mulig ønskelig tid sammen med den døende. Men som personell må en finne en balansegang mellom pårørendes rolle som hjelper og som en berørt part. Pårørende trenger ofte avlastning (Bondevik, 2006).

## **2.6 Kommunikasjon med pårørende**

For å redusere engstelse hos familie er det viktig med god informasjon, god informasjon gir også et godt grunnlag for å oppnå et godt samarbeid. Det å tilpasse informasjonen til mottaker er en utfordring, en skal tenke på hvor detaljert informasjonen skal være, hvor mye informasjon skal en gi og om det trengs det gjentagelse av tidligere gitt informasjon. Samhandling med pårørende er veldig viktig, forskning har vist at minner pårørende har den siste tiden er mye preget av hvordan en ble møtt av helsepersonell. Så dette har stor betydning for prosessen som pårørende skal igjennom i ettertid og ikke bare der og da. En må kommunisere på en måte som fremmer forståelse, og det må være åpent for evt. spørsmål pårørende kanskje sitter med (Schjødt, Haugen, Straume & Værholm, 2008).

## **3.0 METODE**

### **3.1 Hva kjennetegner metode?**

Vilhelm definerer metode som:

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (sitert i Dalland, side 81)

For å besvare eller belyse et problemområde eller en problemstilling må en velge en metode som en mener egner seg best for å få mest mulig gode data. Metode hjelper oss å samle inn data og er et redskap i møte med ny kunnskap. Man kan skille mellom kvantitative metoder og kvalitative metoder når det kommer til samfunnsvitenskap. Den kvantitative metoden innebærer mer tall og tar utgangspunkt i målbare enheter. Regninger som gjennomsnitt og

prosent blir mye brukt her. Med gjennomsnittsregning får man derfor ikke frem det spesielle men det som er felles for mange. Det er som regel spørreskjema med faste svaralternativer som blir brukt for å samle inn data under den kvantitative metoden, og man har oftest ikke personlig kontakt med personene som svarer på spørreskjemaet (Dalland, 2007).

Kvalitative metoder er en metode som går mer på å anskaffe seg informasjon om for eksempel hvordan et fenomen oppleves. Man tar her mer utgangspunkt i individet, hvordan noe oppleves. Dataene her lar seg ikke tallfeste eller måles slik som i kvantitative studier. I kvalitative studier går man mer inn i dybden og forsker har direkte kontakt med feltet gjennom intervju. Hovedforskjellene på de to metodene er måten man samler inn og bearbeider data på (Dalland, 2007).

### **3.2 Litteraturstudie som metode**

For å kunne svare på min problemstilling skal jeg benytte litteraturstudie som metode for innsamling av data. Dette er den vanligste metoden som brukes i hovedoppgaver.

Litteraturstudie er en prosess hvor man innhenter forskning for å belyse et tema og besvare en problemstilling. Drøfting er en viktig del i oppgaven, her drøfter man rundt problemet og tilslutt kommer man med en konklusjon (Olsson & Sörensen, 2006). For å kunne gjøre en systematisk litteraturstudie må det være en forutsetning for at det finnes studier av god kvalitet som kan gi et underlag for besvarelse av evt. en problemstilling. Det finnes visse krav en kan stille til en slik metode, og det er for eksempel at studiene en bruker er kvalitetsbedømte. Når det kommer til antall studier en har med i en oppgave finnes det her ingen regler, det viktigste er at en finner den forskningen som er mest relevant for din studie og din pasientgruppe (Forsberg & Wengström, 2008).

### **3.3 Kildekritikk**

Kildekritikk er metoder for å undersøke om en kilde er sann og seriøs. Det vil si at en bedømmer og karakteriserer de kildene som er benyttet. Hensikten med kildekritikk er å vise at du har vurdert hvilke kilder som er relevante og gyldige når det kommer til selve problemområdet og problemstillingen spesielt. God kildekritikk sier noe om at en er i stand til å velge kilder med et kritisk blikk, og at en vil ha kilder en kan stole på i oppgaven.

Kildekritikk har to sider. Den første handler om kildesøking, hvordan en søker seg frem til litteraturen som belyser noe om problemstillingen. Det andre omhandler at en gjør rede for den litteraturen en har valgt. Under kildekritikk skal det også komme frem hva du har stilt som kriterier på litteraturen en har benyttet i oppgaven (Dalland, 2007).



### **3.4 Ethiske overveielser**

Temaet jeg har valgt omhandler i stor grad etiske spørsmål og etiske dilemmaer. Og dette er noe jeg kommer til å tenke på i valg av studiene som jeg kommer til å presentere gjennom oppgaven. Det finnes egne etiske prinsipper som skal følges når en driver med forskning som omfatter mennesker. Og man skal også følge regler og lover som er innenfor forskning (Malterud, 2011).

### **3.5 Søkeprosessen**

Databasene jeg har gjort mine søk i er Cinahl, Svemed+, Ovid og ProQuest. Søkeordene jeg har brukt er både på norsk og engelsk, dette for å få en bredere dekning av forskning også utenfor Norge. Ord jeg har brukt i min søkeprosess er: End of life care, palliative care, dignified death, sykehjem, nursing homes, carehome og verdig død. Der det var mulig avgrenset jeg mine søk med publiserings år fra år 2005 – 2012, dette for å få den nyeste forskningen. Jeg begrenset også søket til over 80 år. Antall treff prøvde jeg å få under 200, dersom jeg fikk mer, kombinerte jeg flere søkeord for å få den synsvinkelen som belyste mitt tema og problemstilling på best mulig måte. Tilslutt tok jeg utgangspunkt i søkeordene End of life care og nursing home, denne kombinasjonen brukte jeg mest.

### **3.6 Aktuell litteratur oppgaven baseres på**

I oppgaven har jeg brukt bøker fra pensumlitteraturen men også bøker utenom pesum som sier noe om mitt tema. Jeg har også brukt lover, forskrifter, FNs rettigheter og verdens helseorganisasjon. For å finne frem til litteraturen i min oppgave har jeg brukt biblioteket ved Høgskolen Stord/Haugesund avdeling Haugesund, faktabiblioteket i Stavanger, internett og bibsys.

## **4.0 FUNN/RESULTAT**

I denne delen av oppgaven blir forskningen som skal bli brukt i drøftingen kort presentert. Jeg har valgt å bruke 6 forskningsartikler, de fleste artiklene er pårørendes og/eller ansattes erfaringer og tanker.

### **4.1 Artikkel 1**

God smertelindring og annen symptomlindring, trygghet for å ikke være alene, god ivaretagelse av pårørende og å unngå unødvendig livsforlengende behandling var de punktene som kom frem som mest sentrale i hvordan en kan fremme en god død i sykehjem. I studien kommer det frem at de erfaringer som gjenspeiler en god død er hos de pasientene som har vært tilstrekkelig smerte lindret og lindret for andre plager. Dette gjelder enten det er smerter,

åndenød eller kvalme. Trygghet kan vises med å være tilstede og å kunne berolige med at pasienten ikke skal dø alene. Muligheten til å få en god livsavslutning ble hemmet når det ble iverksatt unødvendig livsforlengende behandling. Sykehusinnleggelse for eksempel ble sett på som en stor og unødvendig belastning for en pasient i siste fase av livet. Pasienten må bli sett og verdsatt. Respekt kan vises med å ta seg god tid, samtale, stemmebruk, skape ro og gjøre det fint på rommet og håndlag, respekt vises også ved ivaretagelse av pasientens livssyn og ønsker i livets siste fase, for eksempel spørsmålet om livsforlengende behandling. Her vil en møte utfordringer som går på etikk, kommunikasjon og dokumentasjon, og det som må stå sentralt er pasientens egne verdivalg og samtykke (Gjerberg & Bjørndal, 2007).

#### **4.2 Artikkel 2**

I artikkelen *Ways of relating to death: views of older people resident in nursing homes* hvor de har intervjuet flere sykehjemsbeboere kommer det frem ønske om å kunne bli mer involvert i sin egen personlige omsorg men også i hverdagen på sykehjemmet generelt. Sykehjemsbeboerne hadde nokså forskjellig syn og tanker om døden, og disse ble delt inn i tre temaer; livsglede, likegyldig holdning og lengsel etter døden. Noen beboere tenkte tilbake på livet med en tilfredsstillende holdning og ville leve livet her og nå. Selv om de ikke hadde mulighet til å gjøre så mye nå, så satte de pris på hva de hadde fått gjort tidligere. Disse levde etter å nå livsglede selv om de var flyttet inn på sykehjem. En dame beskriver blant annet at hun ikke er redd for døden, heller mer tenkende på hvordan det er å dø. På den andre siden var det beboere som utrykte at de var lei livet og opplevde en lengsel etter døden. De føler seg plassert en plass hvor personalet ikke har tid til dem. De eldre viser her i denne studien kompleksiteten av aldring og døden. Hensikten med studien var å få en god forståelse av eldres syn, tanker, følelser og holdninger til døden (Ternstedt & Franklin, 2006).

#### **4.3 Artikkel 3**

I denne studien blir død i sykehjem og død på sykehus satt opp mot hverandre. Det kommer frem at pårørende mener at sykehjemmene trenger personal med tilstrekkelig kompetanse innenfor terminal pleie. Også språk ble trukket fram, de som jobber på sykehjem må kunne snakke godt norsk. Fordelen ved å dø i sykehjem var at pasienten da befant seg i kjente omgivelser. For at pårørende skal kunne oppleve at deres nære får en verdig død i sykehjem er kunnskap innenfor symptomlindring og god kommunikasjon mellom pårørende og personalet viktig. Pårørende i studien mente sykehuset var bedre på lindring av smerte og symptomer

enn sykehjem. Hensikten med studien var å finne ut hvilke faktorer som er med på å gi en verdig død i sykehjem (Steindal & Sørbye, 2010).

#### **4.4 Artikkel 4**

Studien til Midtbust, Lykkeslet og Skovdal (2011) belyser to hovedtemaer, det første var *opplevelsen av at døden er uforutsigbar* og det andre var *å kjenne seg trygg i en ukjent situasjon*. Hensikten med denne studien var å få innsikt i hvordan det er å være pårørende ved livets slutt i sykehjem. Døden er noe som er ukjent og når den står for døren hos noen som står oss nær er behovet for trygghet stort, behovet for å føle seg trygg i en ukjent situasjon. Trygghet opplevdes når pårørende hadde noen med erfaring og kompetanse rundt seg i tiden før dødsfallet. Og en pårørende beskrev blant annet at det var så behagelig når personalet var rolige og trygge i situasjonen og at dette smittet over på de som var pårørende. I intervjuene kommer det frem flere ganger at «omsorg for oss pårørende», ble vist når en så at personalet hadde et ønske om at de skulle ha det så bra som mulig. Den trekker også frem det å ha respekt for valg pårørende må ta i forhold til for eksempel det å unngå sykehusinnleggelse.

#### **4.5 Artikkel 5**

Studien belyser hva som skal til for å få best mulig kvalitet på pleien som blir gitt i livets siste fase. Planlegging, tverrfaglig kommunikasjon og medfølelse og verdig omsorg er faktorer som kan sikre pasienter høy kvalitet på pleie og omsorg ved livets slutt. Det kommer frem hvilken rolle pleierne har i forhold til å sikre verdig omsorg av god kvalitet. Dette kan vises med å ta seg god tid sammen med pasienten, være tilstede og trygghet for at pasienten ikke skal være alene. Viktig punkt var også å sørge for at pasienten har det så godt som mulig. Viktigheten av å kunne være en praktisk støtte for pårørende kommer og frem. God planlegging er viktig, en må få frem hvilken behandling og omsorg pasienten vil ha ved livets slutt (Addicott, 2011).

#### **4.6 Artikkel 6**

Denne artikkelen studerer involvering av pasientene selv og deres pårørende i livets siste fase. Det kommer frem at det er få sykehjem som har rutiner og prosedyrer på involvering av pasient og pårørende i livets siste fase. Så et behov for større involvering er av betydning. Det kommer også frem at det trengs en heving av personalets kompetanse innenfor kommunikasjon med pårørende og mer engasjement blant personalet og leger. Det var også et

behov for mer involvering av behandlede leger og at sykehjemmet ser med et kritisk blikk på egne rutiner i praksis. For å bedre kvaliteten på omsorg ved gis ved livets slutt i sykehjem kreves det utdanningsprogrammer og kvalitetssikringsprogrammer som er knyttet til dette. Artikkelen tar også opp tema som livsforlengende behandling og utfordringer i forholdet mellom personal og pårørende (Gjerberg, Førde & Bjørndal, 2011).

## **5.0 DRØFTING**

I denne delen av oppgaven skal jeg drøfte rundt problemstillingen min. Jeg kommer til å drøfte hva som gir en verdig død, viktigheten av ivaretagelse av pårørende, kompetanse blant personalet, viktigheten av tverrfaglig samarbeid og utfordringer en kan møte i omsorg ved livets slutt. Pasient, pårørende og sykepleier er sentrale roller gjennom hele drøftingen.

### **5.1 Den dødende**

I studien til Ternestedt og Franklin (2006) kommer det frem et sterkt ønske blant beboerne å kunne bli mer involvert i sin egen personlige pleie, samtale ble også trukket frem som et viktig element for å fremme muligheten til en god og verdig død. De eldre på sykehjemmet hadde forskjellige syn på det at døden nærmer seg, noen tenkte ikke så mye over døden mens andre lengtet etter den. For at en sykepleier skal kunne gi god helhetlig pleie må en bruke den kompetansen en har til å observere fysiske, psykiske og sosiale behov pasienten har (Bondevik, 2006). Knutstad (2010) skriver at en kan vise verdighet med å være lyttende til pasienten. Og den eldre skal ikke føle seg som en byrde. Også studien til Gjerberg, Førde Og Bjørndal (2011) avdekker et behov for bedre prosedyrer når det kommer til involvering av beboere og pårørende i omsorgen mot slutten av livet. Steindal og Sørbye (2010) skriver også at et svært sentralt spørsmål i omsorg mot slutten av livet er hva den eldre faktisk vil selv, men at det kan være vanskelig dersom pasienten er svært dårlig. Dersom slike tanker, ønsker til omsorg ved livets slutt kommer frem må dette dokumenteres, slik at denne problemstillingen blir lettere (Ranhof et al., 2007). FNs rettigheter (1999) sier også at den dødende har rett til å gi uttrykk for tanker og følelser om døden.

Studien til Addicott (2011) omhandler i stor grad det at sykepleien må innebære å gi verdig omsorg for den dødende og hvilken rolle de ansatte har for å sikre dette. Verdig omsorg kan en vise ved å være til stede ved sengekanten, en hånd å holde i, være sikker på at pasienten har det så komfortabelt som mulig og at pasienten fikk opprettholde sin verdighet. Det som

også kom frem var å sette av god tid til pleien rundt den dødende var essensielt, ansatte ved sykehjemmet prioriterte dette fremfor alt. Og alle ansatte var villige til å slite litt ekstra «på gulvet» for å kunne gi god optimal pleie til den dødende. Verdig og medfølelse omsorg ble ansett som avgjørende for å sikre omsorg av god kvalitet. Bondevik (2006) nevner viktigheten av ivaretagelsen av de grunnleggende behovene i den palliative pleien, men at stellet ikke må bære preg av rutine. Stellet skal være en god opplevelse for den dødende og det skal fremme velvære. Sykepleien til den dødende må ikke kompliseres så mye at de grunnleggende behovene blir lagt til siden. Henderson (1998) har i sin teori lagt stor vekt på ivaretagelse av de grunnleggende behovene et menneske har. Ingen vet hvordan et dødsleie blir og det kreves derfor at pleiepersonalet gir mye tid og oppmerksomhet på at pasienten skal ha det så godt som mulig (Ranhoff et al., 2007). Behandling av for eksempel smerter krever nærhet og samtale på lik linje som smertestillende medikamenter (Karoliussen, 2006). Studien til Steindal og Sørbye (2010) trekker frem at pårørende forventet at sykehjemmet skulle ivareta pasientens behov utover personlignhygiene og ernæring, kunnskap burde være tilstede for å iverksette tiltak som bedret livskvaliteten til pasienten.

Gjerberg og Bjørndal (2007) trekker frem et annet viktig moment i pleien mot livets slutt, det å skape en ro i rommet og gjør det fint rundt den gamle. Henderson (1966) beskriver også dette som et viktig punkt i sykepleie til den dødende, miljøet rundt pasienten skal være estetisk og støttende.

Både i studien til Addicott (2011), Gjerberg og Bjørndal (2007), Midtbust, Lykkeslet og Skovdahl (2011) at en dødende pasient ikke skal dø alene. Dette kommer også frem i FN's rettigheter (1999). Hjort (2010) beskriver i sin bok at en viktig del av omsorgskulturen bør være at ingen dør alene når det er et ventet dødsfall. Videre sier han noe om at hvert dødsleie er unikt. Pårørende og pasient skal møte omsorg på sine premisser og sitte igjen med en følelse på at de er spesielle. Pårørende i studien til Midtbust, Lykkeslet og Skovdahl (2011) sier at det fremmet trygghet når de fikk bekreftet at pasienten ikke døde alene. Relasjon til sykepleier er også noe som blir trukket frem i denne sammenheng. En pårørende i Steindal og Sørbyes (2010) studie sier noe om viktigheten av relasjon til sykepleierne og sykepleiers holdninger. De viste en omsorg som var mer enn det de kunne forvente. Kirkevold (2008) nevner at det er sykepleierens ansvar å danne en god relasjon mellom pårørende, pasient og sykepleier. Selv om kommunikasjon med dødende kan være utfordrende er det viktig at en som sykepleier jobber for å utvikle et tillitsforhold og en god relasjon (Hjort, 2008).

## 5.2 Ivaretagelse av pårørende

Studien til Gjerberg og Bjørndal (2007) trekker frem at det å gi en pasient en god død innebærer i stor grad å ivareta pårørende. Denne ivaretagelsen omfatter god informasjon, tilbud om samtale med lege, prest eller andre ønsker, også muligheten for at pårørende kunne føle seg involverte med for eksempel still var en viktig tråd som kommer frem i intervjuene. Men det skal være en forståelse for de pårørende som kanskje ikke ønsker så stor deltakelse i dette og de pårørende skal føle seg trygge på at sykehjemmet tar over dersom det er ønske. Svært viktig er det at pårørende ikke sitter med en følelse av at de er overlatt til seg selv, personalet må være tilstede med informasjon og omsorg for både pasient og pårørende. Dette er en viktig forutsetning for at pårørende skal føle seg ivaretatt. Det kommer også frem at helsepersonell ofte synes at forholdet med pårørende kan være en utfordring, mye knyttet til redsel for kritikk på arbeidet som er utført og at det har vært for få på jobb. Spørsmål kan gjerne virke kritiske og de bygger derfor opp en usikkerhet, men en må huske på at pårørende ofte kan føle seg hjelpeløse i denne vanskelige og tøffe situasjonen. Hjort (2008) beskriver også omsorgen for de pårørende er vel så viktig som omsorgen for den døende. Det er de pårørende som sitter med minnene om den siste tiden. Han skriver også at man bør trekke pårørende inn i teamet rundt den døende, slik at muligheten til aktiv deltakelse er tilstede. Så her kan en si det er viktig at pårørende får være med i deltakelsen av omsorgen til den døende men en må hele tiden passe på at de pårørende ikke føler seg overlatt til seg selv. Bondevik (2006) skriver og at det er viktig å avlaste de pårørende, det å finne en fin balansegang mellom hjelper og rollen som pårørende. Henderson (1966) sier at en som sykepleier skal hjelpe pårørende til å forstå hvilke behov pasienten har fra dem.

Det samme blir trukket frem i studien til Midtbust, Lykkeslet og Skovdahl (2011), her beskriver pårørende at de opplevde en trygghet når personal med kompetanse var rundt dem og tilstede. Trygghet ble fremmet med at døra sto på gløtt eller at de var innom med jevne mellomrom og så til både pasient og pårørende. Når personalet var rolige og trygge i situasjonen smittet også dette over på de pårørende. Det beskrives også i studien at omsorg for pårørende omhandler det at de skal kunne føle seg trygge i en ukjent situasjon, og personalets ønske om at de skulle ha det så godt som mulig. Renolen (2008) skriver at det å miste noen nære er noe av det vanskeligste et menneske kan oppleve i livet. Videre beskriver Sneltvedt (2008) at ivaretagelsen av pårørende er svært viktig, for veien mot et dødsfall og tap rommer noen av menneskets mest smertefulle følelser.

Under ivaretagelse av pårørende kommer også behovet for informasjon inn, Gjerberg og Bjørndal (2007) skriver at det omfatter god informasjon om pasienten. Informasjon om situasjonen og endringer i situasjonen må gis på et tidlig tidspunkt. De fleste sykehjemmene som var med i studien hadde det klart om hvem av pårørende som skulle kontaktes. Pårørende kan ha behov for informasjon om pasientens utvikling og hensikt med tiltak som blir iverksatt eller hvorfor eventuelle tiltak ikke iverksettes. I studien til Midtbust, Lykkeslet og Skovdahl uttrykker informantene at de fikk god informasjon. Og at dette handler om hvordan informasjonen blir gitt, en sier at det beste var en forsiktig forklaring som var varsom og tok det mer gradvis. Når de var på besøk på sykehjemmet ble viktigheten av fortløpende informasjon viktig. I studien til Steindal og Sørbye (2010) snakke informantene om en utfordring, dette var i forhold til språk hos ansatte ved sykehjemmet. De trakk blant annet frem at de var flere av personalet som ikke snakke godt nok norsk, og at de egentlig forventet at sykehjems personalet hadde tilstrekkelig med norskkunnskaper. Dette med informasjon til pårørende er også noe Schjødt, Haugen, Straume og Værholm (2008) belyser innenfor temaet palliasjon. God informasjon er viktig for å redusere engstelse hos pårørende, en må tilpasse informasjonen til mottakerne og tenke over hvor detaljert en skal være. Trengs det gjentakelse av tidligere gitt informasjon, forstår mottaker hva du prøver å formidle er spørsmål en må stille seg selv i kommunikasjon med pårørende.

### **5.3 Tverrfaglig samarbeid**

Addicott (2011) drøfter om omsorg til den dødende kan læres eller om det er en iboende egenskap en har. Hun kommer frem til at det i stor grad handler om å være gode rollemodeller for hverandre. Hauge (2008) trekker også frem dette med å fremstille seg selv som en god rollemodell når en er sykepleier er viktig. I det hverdagslige på sykehjem er det sykepleierne som sitter med den høyeste kompetansen, og veiledning til andre kan bli aktuelt. Men at hele den terminale pleien avhenger i stor grad et tverrfaglig samarbeid og at man skal utnytte kompetansen de ulike yrkesgruppene har med seg på best mulig måte. Pårørende i studien til Steindal og Sørbye (2010) trakk frem at økt kompetanse hos personalet kunne bidra til bedre kvalitet på pleien som ble utført. Og at en verdig død i sykehjem krever med personell med rikelig kompetanse innenfor palliasjon. Sykehjemmet har behov for personal som er engasjert og har høy faglig kompetanse (Hauge, 2008)

I artikkelen til Gjerberg, Førde og Bjørndal (2011) kommer det frem et større behov for involvering av behandlede leger, samt en forbedring i ansattes evner til å kommunisere med pårørende. Det kommer også frem at det er et behov for utdanningsprogrammer og kvalitetssikringsprogrammer i forbindelse med omsorg ved livets slutt i sykehjem. En lege utaler i studien til Gjerberg og Bjørndal (2007) at for å være gode rollemodeller må en la de uten erfaring få være med i samtaler og stell i livets siste fase. Videre kommer studien inn på at den palliative pleien handler om kompetansen til hver enkelt pleier men også sykehjemmet på systemnivå, hvordan retningslinjene er og hvor gode rutinene er. Gode rutiner er viktig å ha i forhold til for eksempel smertelindring, da dette går noe lettere dersom tilsynslegen ikke skulle være tilgjengelig. Den terminale behandlingen avhenger i stor grad et tverrfaglig samarbeid og prosedyrer som er rettet mot den terminale pleien (Ranhoff et al., 2007). Det kreves optimal organisering og velfungerende samarbeid på tvers av yrkesgrupper (Christoffersen & Gamborg, 1996). Det kreves tett kontakt mellom sykepleier og lege for å få til et optimalt samarbeid. Kompetanse blant personalet kreves for å kunne ta observasjoner som er av betydning for å eventuelt bedre pleien (Ranhoff et al., 2007). Hver yrkesgruppe er spesialister på sitt område og god kommunikasjon er viktig for å forstå hverandre (Hjort, 2008). Det tverrfaglige samarbeidet kan være et bredt spekter av yrkesgrupper, slik som fysioterapeut, ergoterapeut, psykolog og prest kan være noen samarbeidspartnere det kan være aktuelt å ta inn i den terminale fasen (Husebø & Husebø, 2005). Så med andre ord kan en si at for å kunne gi pasienten den best mulige terminale omsorgen kreves det at man jobber sammen som et team og at man jobber mot samme mål, at pasienten skal ha det så godt som mulig

#### **5.4 Smertelindring og annen symptomlindring**

Smertelindring og annen symptomlindring ble trukket frem som et av hovedpunktene i studien til Gjerberg og Bjørndal (2007). For at dødsfasen skal bli så god som mulig fremhevet flere informanter at lindring av smerter og andre symptomer svært viktig. De trekker frem erfaringer at en tilsynelatende god død har vært der pasienten er fredelig og hvor pasienten ikke er plaget av ubehagelige symptomer. Væskebehandling, munnstell, sning av pasienten og tiltak for å redusere ubehag ved for eksempel pustebesvær er viktige momenter i den lindrende pleien, ikke kun smertelindring i seg selv. Teorien ellers trekker også frem det med smerte- og annen symptomlindring som essensielt innenfor omsorg ved livets slutt. Hjort (2008) skriver at lindring av alle plager er et av hovedmålene i sykepleie i livets siste fase. Og Bondevik (2006) trekker frem eldres følelser og tanker om døden, her blant annet frykt for om



den vil innebære smerte. Dette gir i stor grad et innblikk i hvor viktig element dette er. Ranhoff, Schmidt og Ånstad (2007) påpeker at det overordnede målet med all terminal pleie er å lindre ubehag så langt det er mulig. Det ytres også bekymringer i forhold til angst og smertelindring i studien til Gjerberg, Førde og Bjørndal (2011), informantene uttrykte her at god smertelindring er viktig for at pasienten ikke skal lide. Henderson (1998) trekker også frem viktigheten av en fredfull død, slik som informantene i studien til Gjerberg og Bjørndal (2007) erfarer at god smertelindring og symptomlindring gir. Informantene i studien til Midtbust, Lykkeslet og Skovdahl (2007) fremhevet viktigheten av ønsket at pasienten skulle ha det så godt som mulig, men her ble god pleie og omsorg sett på som like viktig som god smertelindring.

Flertallet av artiklene trekker frem at en bør unngå unødvendig livsforlengende behandling og sykehusinnleggelse. Flertallet i studien til Gjerberg, Førde og Bjørndal (2011) og i studien til Addicott (2011) ønsket ikke unødvendig livsforlengende behandling. Informantene i studien til Gjerberg og Bjørndal (2007) mente at livsforlengende behandling og sykehusinnleggelse hemmet muligheten til å få en god avslutning på livet. Men at dette kan bli vanskelige dilemmaer når en er oppi situasjonen, mange pårørende insisterte på livsforlengende behandling selv om pasienten tidligere hadde gitt uttrykk for at han ikke ønsket dette. Men en grunn til dette er at det kan være vanskelig for pårørende å takle. Dersom en pasient kommer med tanker og ønsker om døden skulle komme frem er det viktig at disse blir dokumentert og tatt hensyn til når livets siste fase er kommet (Ranhoff et al., 2007). Disse dilemmaene kan gjøres noe lettere dersom dokumentasjonen ligger i bunn. På den andre siden trekker Steindal og Sørbye (2010) frem at pårørende mente at sykehus var et symbol på god lindring, og derfor bedre på å lindre ubehagelige symptomer enn sykehjemmet kan. Ranhoff, Schmidt og Ånstad (2007) at det ofte er på grunn av pårørende tiltak med for eksempel væske og ernæring blir iverksatt. Husebø og Husebø (2005) forklarer i deres artikkel om terminal pleie i sykehjem at under pasientens siste levedager bør alle unødvendige og belastende tiltak seponeres og kun tiltak som gir en forbedret livskvalitet fortsette eller iverksettes. Videre sier Ranhoff, Schmidt og Ånstad (2007) at disse tiltakene særlig i forhold til ernæring kan gi mer ubehag enn de gjør godt, ubehag som kvalme og ødem.

Den døende på sin side har egne rettigheter utviklet av FN (1999) disse omhandler blant annet at en som døende har rett på smertelindring og rett til å få dø i fred og med verdighet. Disse rettighetene gir den døende en stemme. I de yrkesetiske retningslinjene til sykepleiere står det

beskrevet at kunnskapen en sykepleier har skal brukes for og blant annet lindre lidelse (Sneltvedt, 2008).

Så et dilemma i omsorg ved livets siste fase er når behandling generelt og livsforlengende behandling skal avsluttes. Undertegnede mener dette bør avgjøres i et samarbeid mellom sykehjem, pasient og pårørende. En lege beskriver i studien til Gjerberg og Bjørndal (2007) at det ikke er vanlig å ta opp med pasient og pårørende hvordan en ønsker at livets slutt skal være ved en innkomstsamtale i sykehjem. Det er mer vanlig at dette tas opp ved en eventuell forverring av pasientens tilstand. En god måte å håndtere slike dilemmaer på kan være å sette av tid til samtale med lege hvor pårørende og eventuelt pasient kan få litt kunnskaper om livsforlengende behandling. Høre om ulemper med for eksempel væskebehandling og sondeernæring. I pasient- og brukerrettighetsloven (1999) kommer det tydelig frem at en døende pasient har rett på å motsette seg livsforlengende behandling, dersom pasienten ikke klarer å gi uttrykk for dette kommer pårørende inn i bilde.

## **6.0 AVSLUTNING**

Omsorg ved livets slutt er komplekst, et hvert dødsleie er unikt og behovet for pleie og omsorg er individuelt. Sykepleieren er den som hverdagslig sitter med mye kunnskap. Og den terminale omsorgen avhenger derfor i stor grad av sykepleien som blir utført. Kvaliteten bygger på sykepleierens engasjement og deltakelse, og en må hele tiden huske på å fremstille seg selv som en god rollemodell og veileder for hverandre. Ordet verdighet blir mye brukt i forskrifter, lover og garantier som omhandler eldreomsorgen, men ingen plass står det hva dette egentlig innebærer. Min problemstilling handler om hvordan en kan fremme en verdig død i sykehjem. I studiene jeg har lest og teori generelt kommer det frem noen momenter som bør være tilstede for å kunne gi eldre i sykehjem en verdig avslutning på livet. Det viktigste som kom frem var smerte og annen symptomlindring. En verdig og fredfull død opplevdes i de situasjonene hvor pasienten ikke hadde plager med smerter eller annet ubehag. Lindrende behandling krever i stor grad et tverrfaglig samarbeid, spesielt et tett samarbeid mellom lege og sykepleier. Forskning viser også et behov for dette. Unødvendig livsforlengende behandling og sykehusinnleggelse ble sett som en belastning mer enn det gjorde godt. Verdighet fremmes ved å la den døende være i kjente og fredelige omgivelser. Og fokuset bør være at pasienten skal ha det så komfortabelt som over hode mulig. Trygghet til pasienten kan gis ved tilstedeværelse. Det er viktig å kunne gi en garanti på at ingen skal dø alene. Videre var ivaretagelse av pårørende svært viktig både for pårørende selv men også fra

pasientens side. Som sykepleier skal en være en god støtte for pårørende, se dem, være tilgjengelig for samtale, involvering i pleien og ikke minst være en avlastning. De er i en ukjent og vanskelig situasjon, hvor de ikke er uvanlig å føle utrygghet og usikkerhet. Det viktigste av alt er at personalet opptrer på en rolig og trygg måte rundt pasienten, dette gjenspeiler at en er trygg i jobben en gjør. Ofte smitter dette over på både pasient og pårørende. Behov for kompetanse er viktig for å kunne gi optimal pleie ved livets slutt. Og for å kunne gi pasienten en omsorg av god kvalitet kan det være aktuelt å trekke inn andre yrkesgrupper med en annen type kompetanse, slik som for eksempel psykolog, fysioterapeut og prest. Som sykepleier må en ha fokus på hele mennesket, de grunnleggende behovene skal dekket men en må ikke glemme å hele tiden utføre helhetlig sykepleie. Like viktig er det å være et medmenneske og gjøre alt en kan for å legge til rette for at pasienten kan få den døden han/hun ønsket.

## 7.0 REFERANSELISTE

- Addicott, R. (2011). Supporting care home residents at the end of life. *International journal of palliative nursing*. Vol 17, (no. 4)
- Bondevik, M. (2006). Pleie og omsorg ved livets slutt. I: M. Bondevik & H. A. Nygaard. *Tverrfaglig geriatri: En innføring*. Bergen: Fagbokforlaget
- Christoffersen, S. & Gamborg, H. (1996). *Livet før døden: Terminal pleje*. København: G. E. C. Gads forlag
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur
- Forskrift for sykehjem (1988). *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie*. Hentet 1. februar 2012 fra <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-19881114-0932.html#map0>
- Gjeberg, E. & Bjørndal, A. (2007). Hva er en god død i sykehjem? *Sykepleien forskning 2007 2(3): 174 – 180*
- Gjerberg, E., Førde, R. & Bjørndal, A. (2011). Staff and family relationships in end – of – life nursing home care. *Nursing ethics*. 18 (1) 42 – 53
- Hauge, S. (2008). Sykepleie i sykehjem. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff. *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Henderson, A. V. *Sykepleiens natur: Refleksjoner etter 25 år*. Oslo: universitetsforlaget
- Henderson, V. (1966). *The nature of nursing: a definition and its implications for practice, research and education*. New York: Macmillan publishing co
- Hjort, P. F. (2008). Pleie og omsorg ved livets slutt. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff. *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Hjort, P. F. (2010). *Alderdom: helse, omsorg og kultur*. Oslo: Universitetsforlaget
- Husebø, B. S. og Husebø, S. (2005). Sykehjemmene som arena for terminal omsorg – hvordan gjør vi det i praksis? *Tidsskrift for den norske legeförening*, Nr. 10,2005; 125
- Karoliussen, M. (2006). Omsorg for den døende. I: M. Karoliussen & K. L. Smebye. *Eldre, aldring og sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk

- Kaasa, S. & Loge, J. H. (2008). Diagnostikk innen palliasjon – en generell innføring. I: S. Kaasa. *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Kirkevol, M. (2008). Samarbeid med pasient og pårørende. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff. *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Knutstad, U. (2010). Pasienten i sentrum i helsetjenesten. I: U. Knutstad. *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe
- Kristoffersen, N. J. (2008). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug. *Grunnleggende sykepleie: bind 4*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Krüger, R. (2012, 07 januar). *Jeg har fått dødsdommen og må godta det*. Hentet fra: <http://www.tv2.no/nyheter/innenriks/helse/-jeg-har-faatt-doedsdommen-og-maa-godta-det-3676927.html>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: universitetsforlaget.
- Midtbust, M. H., Lykkeslet, E. & Skovdahl, K. (2011). «Med mobilen i lomma». *Nordisk tidsskrift for helseforskning*. Nr. 1, 7. årgang.
- Nortvedt, P. (2008). *Sykepleiens grunnlag: historie, fag og etikk*. Oslo: universitetsforlaget.
- NOU 1999: 2(1999). *FNs erklæring om den døendes rettigheter*. Oslo: helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-2/6/2.html?id=351017>
- Olsson, H. & Sörensen S. (2006). *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet 1. februar 2012 fra <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html#1-1>
- Ranhoff, A. H., Schmidt, G & Ånstad, U. (2007). *Sykehjemsmedisin: for sykepleiere og leger*. Oslo: Universitetsforlaget
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker: innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget
- Schjødt, B., Haugen, D. F., Starume, M. & Værholm, R. (2008). Familien. I: S. Kaasa. *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal akademisk

- Slettebø, Å. (2008). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff. *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Sneltvedt, T. (2007). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I: B. S. Brinchmann. *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Sneltvedt, T. (2008). Hva innebærer det å være en profesjonell sykepleier? I: B. S. Brinchmann. *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Steindal, S. A. & Sørbye L. W. (2010). Er sykehjemmet et verdig sted å dø? *Sykepleien Forskning nr 2. 5: 138 – 145*
- Ternstedt, B. M. & Franklin, L. L. (2006). Ways of relating to death: views of older people resident in nursing homes. *International journal of palliative care. Vol 12, no 7*
- Verdighetsgarantien (2011). *Forskrift om en verdig eldreomsorg*. Hentet fra: [http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/lover\\_regler/forskrifter/2010/Forskrift-om-en-verdig-eldreomsorg-verdighetsgarantien.html?id=624655](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/lover_regler/forskrifter/2010/Forskrift-om-en-verdig-eldreomsorg-verdighetsgarantien.html?id=624655)