

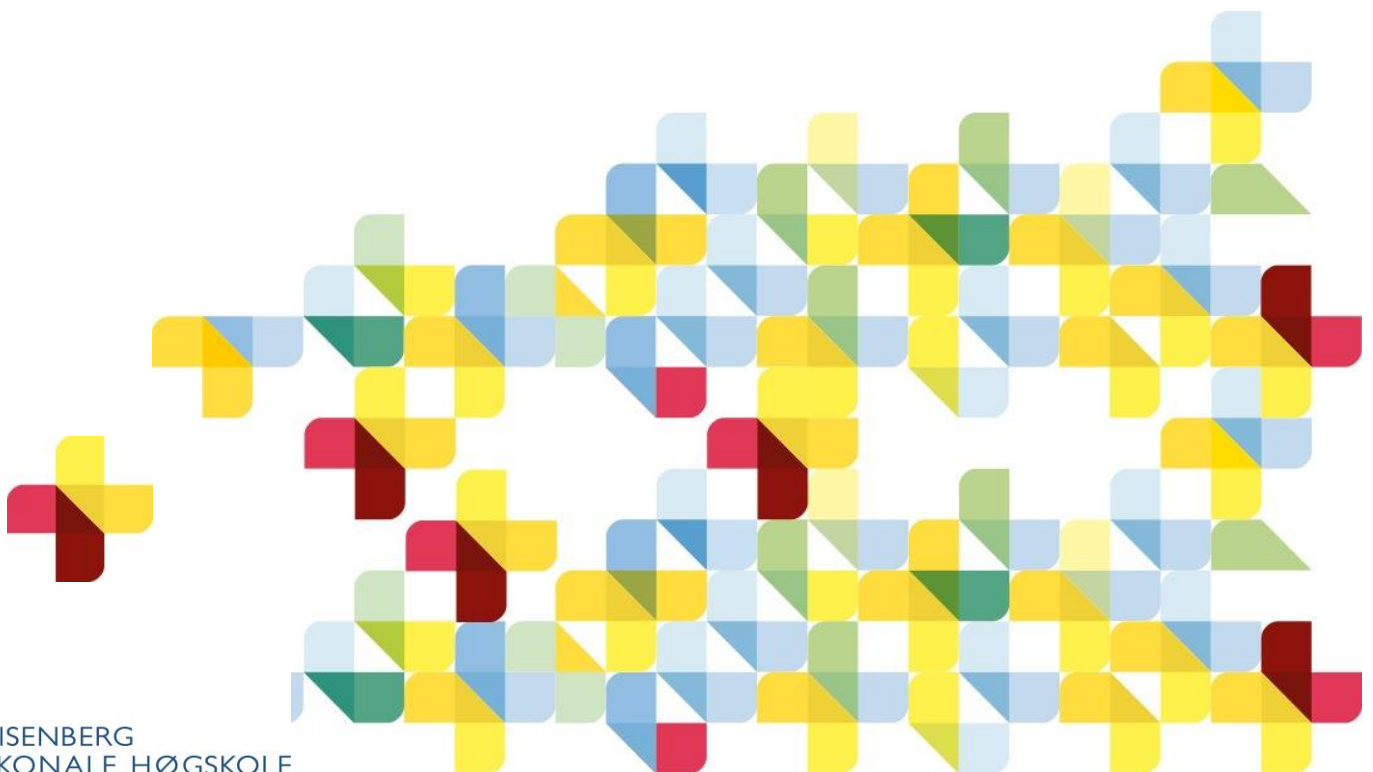


En verdig død  
Hvordan kan sykepleieren bidra til en verdig  
død hos den eldre pasient?

Kandidatnummer: 408  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 10718  
Dato: 14.04.2016



Tittel: En verdig død

## ABSTRAKT

### Problemstilling:

Hvordan kan sykepleieren bidra til en verdig død hos den eldre pasient?

### Metode:

Litteraturstudie har blitt brukt som metode i denne oppgaven. Forskningslitteratur, nettressurser, primær samt sekundærlitteratur og fagbøker har blitt benyttet for å besvare problemstillingen.

### Teoretisk perspektiv:

Deler av Virginia Henderson og Kari Martinsens teori blir brukt som teoretisk rammeverk. I tillegg blir teori om palliasjon beskrevet i forhold til symptomer som oppstår i livets slutfase. En sykepleier får gjerne utfordringer i forhold til å lindre smerter og respirasjonsproblemer. Samtidig er det viktig å kunne ivareta et helhetlig menneske syn som omfatter både fysiske og psykiske behov. Det blir også redegjort for ulike funn fra flere forskningsartikler på dette område.

### Drøfting:

Sykepleieren står pasienten nært i livets slutfase. Dermed vil det være essensielt at sykepleieren og pasient har en god relasjon. Sykepleieren må også bruke sitt faglige skjønn i møte med denne pasienten, og se vedkommende som en helhet. Dette for å kunne lindre ubehagelige symptomer, gi god pleie, samt livsmuligheter helt til siste slutt.

### Konklusjon

Alle mennesker er unike. Hva den enkelte opplever som en verdig død er dermed individuelt. Et helhetlig menneskesyn og god symptom lindring vil kunne bidra til en verdig død.

**Nøkkelord:** Verdighet, helhetlig omsorg, livets slutfase, sykepleie(r), symptomkontroll

## Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning</b> .....	<b>2</b>
1.1 Presentasjon av problemstilling .....	2
1.2 Begrunnelse for valg av tema .....	2
1.4 Oppgavens hensikt .....	3
1.5 Avgrensninger .....	3
1.6 Definisjon av sentrale begreper .....	4
1.7 Oppgavens oppbygning.....	5
<b>2. Metode</b> .....	<b>6</b>
2.2 Søkehistorikk .....	6
2.3 Presentasjon av forskning .....	6
2.4 Kildekritikk.....	8
<b>3. Sykepleiefaglig referanseramme</b> .....	<b>10</b>
3.1 Kari Martinsens teori.....	10
3.2 Virginia Hendersons teori .....	11
3.3 Etikk.....	12
3.5 Lovverk.....	13
3.5.1 Døendes rettigheter.....	14
<b>4. Presentasjon av målgruppen</b> .....	<b>15</b>
4.2 Den eldre pasienten i livets slutfase.....	15
4.1 Palliativ fase.....	15
4.3 Når er døden nær? .....	16
4.4 Symptomkontroll .....	17
4.5 Helhetlig tilnærming.....	17
4.6 Medisinering.....	18
<b>5. Hvordan kan sykepleieren bidra til en verdig død hos den eldre pasienten? ....</b>	<b>20</b>
<b>5.1 Ivaretagelse av pasientens fysiske behov</b> .....	<b>20</b>
5.1.1 Å hjelpe pasienten med å puste .....	20
5.1.2 Hvordan lindre smerter .....	21
5.1.3 Det gode stellet.....	23
5.1.4 Å dekke pasientens behov for ernæring og væske .....	25
5.1.5 Å hjelpe pasienten med å kvitte seg med avfallsstoffer.....	26
5.1.6 Å legge til rette for søvn og hvile.....	27
<b>5.2 Å bidra til omsorgsfull hjelp</b> .....	<b>28</b>
5.2.1 Å skape tillitt og relasjon.....	28
5.2.2 Å ivareta pasientens livsmuligheter .....	29
<b>6. Konklusjon</b> .....	<b>32</b>
<b>Bibliografi</b> .....	<b>34</b>

# 1. Innledning

Tema i denne oppgaven er sykepleie til pasienter i livets slutfase. Her vil verdighet og helhetlig menneske syn stå sentralt.

## 1.1 Presentasjon av problemstilling

I følge Folkeinstituttet døde det i år 2014 totalt 40 344 personer i Norge. Av disse var det 18 976 som døde på pleie- og omsorgsinstitusjon som sykehjem (Folkehelseinstituttet, 2014). Dette tilsier at nesten halvparten av befolkningen i Norge dør på sykehjem (47%). Det er også ventet flere eldre i kommende tiår (Grov, 2014). I følge befolkningsstatistikk fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) hadde andelen personer som er i alderen mellom 67-79 år økt med hele 28,5% i perioden 2005 til 2015 (SSB, 2015). Dette innebærer at det blir flere eldre på sykehjem og dermed et stadig større behov for god kunnskap om palliasjon innen sykepleie og omsorgsykker.

På bakgrunn av mine erfaringer fra praktiske studier og nysgjerrighet som har oppstått rundt temaet har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

*-Hvordan kan sykepleieren bidra til en verdig død hos den eldre pasient?*

## 1.2 Begrunnelse for valg av tema

I utdanningen og gjennom praktiske studier har jeg møtt pasienter i den terminale fasen. Det har ført til at jeg har reflektert over de ulike situasjoner som har oppstått. Jeg har også erfart at døden er svært sentral når man jobber som sykepleier. Dette blir også bekreftet av Thorsen og Dahl (2015), som sier at død er en daglig hendelse for helsepersonell og at sykepleiere kan føle seg dårlig forberedt (Thorsen & Dahl, 2015). Jeg har derfor tenkt at dette er et tema det er viktig å få mer kunnskap om.

Som snart nyutdannet sykepleier, sitter jeg med en følelse av å ha fått mye kunnskap om blant annet anatomi, ulike prosedyrer, trygghet i medikament regning samt kompetanse som kan fremme helse og helbrede kurative sykdommer. Når det gjelder palliasjon og sykepleie ved livet slutt føler jeg at jeg kunnskapen ikke er tilstrekkelig. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere blir det persistert følgende:

Sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket  
(Norsk sykepleieforbund, 2011, s.8).

Videre er det særlig noen punkter som jeg anser som svært aktuelle med tanke på oppgavens problemstilling.

2.2 Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten.

2.3 Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg

2.9 Sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse, og bidrar til en naturlig og verdig død  
(Norsk sykepleieforbund, 2011, s. 8).

#### **1.4 Oppgavens hensikt**

Gjennom denne oppgaven ønsker jeg å få økt kunnskap innen palliasjon, pasienten i livets slutfase og min rolle som sykepleier. Jeg ønsker også å få kunnskap om hvordan jeg skal arbeide for at pasienten skal få oppleve en verdig død, og hva dette egentlig innebærer. Jeg håper at sykepleiere og annet helsepersonell også kan ha nytte av å lese denne oppgaven med tanke på deres yrkesutøvelse ovenfor den eldre pasient i livets slutfase.

#### **1.5 Avgrensninger**

Oppgaven er avgrenset til å omhandle helhetlig sykepleie til den eldre pasient som skal bidra til å fremme en verdig død. Når jeg omtaler den eldre pasient tar jeg utgangspunkt i WHOS definisjon av eldre som er mennesker over 65 år. Kontekst i oppgaven vil være avgrenset til sykehjem da ca 47% av pasientene dør der (Folkehelseinstituttet, 2014). Jeg velger også å ta utgangspunkt i at pasientene har norsk som morsmål grunnet kommunikasjons utfordringer med andre grupper. Alle mennesker er imidlertid unike og har sin individuelle kulturelle bakgrunn. Dette vil jeg være oppmerksom på i behandlingen av problemstillingen, men ulike kulturer vil ikke være et hovedtema. Eutanasi er også et aktuelt område som blir mye omdiskutert, men dette ønsker jeg ikke å diskutere da det vil bli et for stort og komplekst område å gå inn på innen rammene for denne oppgaven. Jeg tar ikke for meg noe spesifikk diagnose men velger å avgrense oppgaven til at pasienten ikke lider av demens eller annen

kognitiv svikt. Pårørende har også en svært viktig rolle i den terminale fasen til en pasient, men deres behov for omsorg har jeg valgt å holde utenfor oppgavens omfang.

## 1.6 Definisjon av sentrale begreper

Verdighet: Verdighet er ett vidt begrep som det kan være vanskelig å definere. Begrepet blir definert på ulike måter i litteraturen. Jeg ønsker å bruke Unni Knutstad (2010) sin definisjon, hvor begrepet verdighet omfatter tre ulike aspekter og blir beskrevet som en filosofisk dimensjon. Alle mennesker er «*unike*», og bare det å være menneske har en «*verdi*». Videre beskriver hun at verdighet er en «*egenskap*» hos hver enkelt, som har med selvrespekt og stolthet å gjøre. Verdighet dreier seg både om hvordan en selv skal opptre for å være verdig, men også hvordan andre skal opptre for å ivareta vår verdighet (Knutstad, 2010).

Mange pasienter kan oppleve det å være avhengig av hjelp nedverdiggende i seg selv. Dersom kontrollen over f.eks. de ulike kroppsfunksjonene blir dårligere kan det true verdigheten til pasienten. Det er derfor svært viktig at sykepleieren er respektfull, lyttende og sensitiv. Det er grunnleggende at pasienten får en opplevelse av å være verdsatt og verdifull, og ikke føler seg som en byrde grunnet avhengigheten for hjelp. Sykepleieren må derfor søke å bidra til at pasienten kan ha mest mulig kontroll over sitt eget liv helt til det siste (Knutstad, 2010)

Margareta Edlund deler sin definisjon av verdighet i to ulike aspekter. Det første aspektet er en form for “absolutt verdighet” (2002, s.1) som er gitt oss gjennom skapelsen. Denne er det ikke er mulig å krenke eller ta fra oss. Det andre aspektet kaller hun “relativ verdighet” (2002, s.1). Denne formen for verdighet er påvirket og formet av samfunnet og kulturen og avhenger av hvordan andre personer respekter vår verdighet. Den relative verdigheten kan derfor både ivaretas og respekteres, men også raseres. Edlund sier også at dersom den relative verdigheten blir krenket, kan den gjenopprettes (Edlund, 2002)

Eldre: Jeg velger å bruke WHO’s definisjon av eldre i denne oppgaven, som vil si en person som er 65 år eller eldre (WHO, 2016).

Terminalfase: Terminus er det latinske ordet for grense eller bestemmelsessted. Den terminale fasen blir omtalt som en viktig del av livet som har en hensikt. Den terminale fasen bør fylles med mening for både pasienten som dør og deres pårørende. Sæteren (2010) assosierer ordet

terminalfase med terminalen på en flyplass, hvor mennesker forbereder seg på avreise og ankomst, akkurat som det dødene menneske som forbedrer seg på å si farvel og gå videre over til et annet sted (Sæteren, 2010).

Palliasjon: Helse direktoratet beskriver palliasjon som en aktiv behandling. Dette innebærer pleie og omsorg av pasienter som har en inkurabel sykdom med forventet kort leve tid. Lindring av symptomer og tiltak rettet mot det sosiale, psykiske og åndelige/eksistensielle står sentralt. Målet med den palliative behandlingen, pleien og omsorgen er å gi best mulig livskvalitet for pasienter og deres pårørende. Behandlingen skal verken fremskynde eller forlenge døden eller dødsprosessen (Helsedirektoratet, 2015)

### **1.7 Oppgavens oppbygning**

Denne oppgaven er delt inn i seks deler. I dette kapittelet blir det gjort rede problemstilling, hensikt, avgrensninger og begreper. I kapittel to gjør jeg rede for metode, og presenterer forskning. I kapittel tre vil jeg presentere Kari Martinsens og Virginia Hendersons teori som utgjør mitt sykepleieteoretiske perspektiv, samt presentere etikk og lovverk som er relevant for oppgaven. I kapittel fire vil jeg presentere teori. I kapittel fem vil jeg drøfte funnene opp mot fag og forskning samt mine egne erfaringer fra klinisk praksis. I kapittel seks vil jeg oppsummere oppgaven. Bakerst i oppgaven er litteraturlisten.

## 2. Metode

I følge Dalland er metode et hjelpemiddel for å kunne løse problemer samt finne frem til ny kunnskap. Metoden skal også fortelle oss hvordan vi bør arbeide for å skaffe eller etterprøve kunnskapen som trengs (Dalland, 2012). Jeg vil søke å finne frem til alt jeg har lært gjennom utdanningen som er relevant for å kunne besvare problemstillingen. Det betyr at jeg vil trekke inn relevant litteratur, forskning og egne erfaringer på området. Jeg skal også benytte meg av sykepleiens store tenkere, som blant andre er Virginia Henderson og Kari Martinsen. Dette for å få et klart sykepleieperspektiv. I arbeidet med oppgaven har jeg også brukt en hermeneutisk tilnærming. Hermeneutikk innebærer at en forsøker å fortolke og forstå tekster slik som en tror forfatterne har ment dem (Dalland, 2012).

### 2.2 Søkehistorikk

Jeg har foretatt søk i flere ulike databaser som er relevante med de samme søkeordene på norsk og engelsk. Likevel vil jeg kun trekke frem de kildene som har gitt funn og som videre er blitt anvendt i oppgaven. Det er Cinahl, Swemed+, og Lovisenberg sitt bibliotekdatabasesystem Bibsys.

Søkeordene som er jeg har benyttet meg av i forarbeidet er: Palliative care, nursing, end of life, treatment, geriatrics, dignity, terminal care, old age, human, medicin, sykehjem, pasient, terminal, pleie, verdighet, palliasjon, omsorg, døden, døende, livets slutt. Videre avgrenset jeg søket med artikler publisert fra 2006-2016. Ved å søke på terminal omsorg kom det opp 174 treff hvor jeg fant studien til Wille & Nyrønning (2012). På Cinahl brukte jeg søkeordene dignity og old age i kombinasjon. Da fant jeg studien til Rykkje & Råholm (2014). Med søkeords kombinasjonen nursing, end of life, palliativecare og avgrensning til full text og alder 65 +, fikk jeg 107 treff. Her fant jeg fant studien til Periyakoli, & Stevens, & Kraemer (2014), Cipoletta & Oprandi (2014).

### 2.3 Presentasjon av forskning

Studie 1

Tittel og forfatter: *Omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem.* Wille, & Nyrønning, (2012)

Studiens hensikt: Å kvalitetssikre omsorg og heve kompetanse om behandling ved livets slutt.



Hentet fra: Svedmed+

Resultater: Artikkelen konkluderer med at det å innføre et kvalitetskrav for pleie ved livets slutt kan bidra til å øke kvaliteten på omsorgen.

#### Studie 2

Tittel og forfatter: *What is a Good Death? Health Care Professionals' Narrations on End-of-Life Care.* (Cipolletta, & Oprandi, 2014)

Studiens hensikt: Å undersøke hvordan helsepersonell evaluerer omsorg ved livets slutt og hva de betrakter som en god død.

Hentet fra: CINHAL

Resultater: Forskerne identifiserte tre sentrale temaer som er viktig for en verdig død. 1) Nåværende praksis, 2) Omsorgstilnærming. 3) Forslag fra deltakerne som kan bidra til en verdig død.

#### Studie 3

Tittel og forfatter: *Multi-Cultural Long Term Care Nurses' Perceptions of Factors Influencing Patient Dignity at the End of Life* (Periyakoil, Stevens & Kraemer, 2014)

Studiens hensikt: Å karakterisere persepsjonene til flerkulturelle sykepleiere med lang erfaring om pasienters verdighet ved livets slutt.

Hentet fra: CINAHL

Resultater: Hovedtemaer som ble identifisert som viktige for å fremme verdighet for pasienter i livets slutfase var å behandle pasienter med respekt, hjelpe dem å forberede seg på livets slutt, å promotere pasientmedvirkning og å gi omsorg av høy kvalitet..

#### Studie 4

Tittel og forfatter: *Understandig Older Peoples' Experiences of Dignity and Its Significance in Caring – A Hermeneutical Study* (Rykkje & Råholm, 2014)

Studiens hensikt: Å undersøke begrepet, verdighet og hvordan det er relatert til åndelighet, samt å forstå eldre menneskers opplevelse av verdighet og dens betydning i omsorg.

Hentet fra: CINHAL

Resultater: Funnene indikerer at verdighet alltid er tilstede og er en stor del av det å være et menneske. Videre ser det ut til at det å oppleve gjensidig kjærlighet og å bli tatt hånd om er essensielt, og kan fremme verdighet hos eldre. Funnene peker også på hvordan åndelighet underbygger verdighet gjennom en oppløftende ånd, å føle seg levende og bli verdsatt.

## 2.4 Kildekritikk

Jeg har anvendt noen kilder i oppgaven som er eldre enn ti år. Blant disse er det bøkene til Kirkevold, 1998; Henderson, 1998; Martinsen, 2003; Husebø & Husebø, 2001; Wergeland, 1992. Selv om disse bøkene er utgitt for en stund tilbake anser jeg at de fremdeles er svært relevante. Sykepleieteoriene som har blitt skrevet av de store tenkerne er fremdeles aktuelle for sykepleiefaget i dag. Boken til Husebø & Husebø (2001) og boken til Wergeland (1992) blir det fremdeles henvisning til i nyere litteratur. Jeg har benyttet meg av sekundærlitteratur i boken til Henderson (1998). Jeg valgte ikke å basere meg på primærlitteraturen som var skrevet på engelsk, da dette kunne ført til større mistolking av innholdet enn hva oversettelse av verket vil gjøre.

Jeg har også valgt å bruke boken til Reitan & Schjølberg (2010) i deler av oppgaven. På tross av at denne boken primært omhandler sykepleie til pasienter som har kreft, er det fremdeles mye av litteraturen som er aktuell i utøvelse av sykepleie ovenfor pasienter som er terminale, men ikke er diagnostisert med kreft. Videre har jeg benyttet meg av Holter & Mekki, 2011; Brodtkorb & Ranhoff, 2014. Dette anser jeg som trygg og pålitelig litteratur ettersom høyskolen har brukt deler av denne i utdanningen. Jeg har også tatt i bruk boken til Strange (2012) for å supplere litteraturen som er nevnt ovenfor. Selv om forfatteren er svensk anser jeg kilden som troverdig da boken tar utgangspunktet i de samme problemområdene som litteraturen vi har brukt i utdanningen. Boken er også utgitt i nyere tid.

Da jeg søkte etter forskning som jeg skulle anvende så jeg først på relevans i forhold til min problemstilling. Videre var jeg opptatt av at studiene var publisert i kjente databaser innenfor forskning og sykepleie. Jeg har også vært kritisk til artikkelforfattere, for å sikre meg at studiene har blitt utført av personer som har kompetanse innenfor området. Jeg har også forsøkt å finne forskningslitteratur som er publisert i nyere tid for å presentere den mest oppdaterte forskningen som er relevant for oppgavens tema.

Studien til Wille & Nyrønning (2012) er en norsk studie, som jeg anser som aktuell med tanke på min problemstilling ettersom studies hensikt var å utarbeide en standard ved livets slutt som kunne bidra til en verdig død. Forskerne har også et helhetlig menneskesyn i studien.

Selv om standarden kun ble utprøvd på utvalgte sykehjem i Trondheim og Bergen anser jeg den som troverdig og nøyaktig da dette ble utprøvd over ett år.

Studien til Periyakoli, Stevens & Kraemer (2014) er en engelsk språklig studie som har tatt utgangspunkt i både sykepleiere og pasienters syn på verdighet ved livets slutt. Dette gjør studien svært aktuell for min oppgave da pasientens oppfatning av tematikken er svært viktig. Problemstillingen blir også belyst fra ulike perspektiver og studien er av nyere dato.

Studien til Rykkje & Råholm (2014) er en engelsk språklig studie som har blitt skrevet av norske forskere. Deres arbeid er basert på intervjuer av eldre mennesker og deres syn på verdighet. Forskningen omhandler ikke en verdig død generelt, men verdighet hos eldre. Dette anser jeg som svært relevant da dette gir innsikt i hva eldre mennesker betrakter som verdighet. Studien til Cipoletta & Oprandi (2014) undersøker hvordan helsepersonell evaluerer en verdig slutt på livet. Deltagerne i studien forslår også ulike faktorer som kan bedre pleie ved livets slutt. Etersom studien er utført i Italia, kan dette skape rom for ulike kulturelle forskjeller samt andre verdier i livets slutfase enn det vi har i Norge. Likevel valgte jeg å benytte meg av denne studien, ettersom det blir nevnt mange viktige faktorer som også blir beskrevet i norsk litteratur. Dessuten lever vi i et flerkulturelt samfunn, og studien kan være nyttig i en slik sammenheng.

### **3. Sykepleiefaglig referanseramme**

I dette kapitlet skal jeg gå nærmere inn på sykepleie teoriene jeg skal anvende i oppgaven. Videre vil jeg beskrive de fire prinsippers etikk, sykepleierens etiske retningslinjer, lovverk og FN's erklæring om den dødenes rettigheter.

#### **3.1 Kari Martinsens teori**

Jeg har valgt å presentere noen utvalgte deler av Martinsens teori som vil være til hjelp for å belyse min problemstilling, ut ifra de perspektivene jeg anser som viktige elementer i oppgaven. Områder jeg ønsker å presentere er, livsmuligheter, livsytringer, forfallsfenomener, og det faglige skjønnet. Martinsens forfatterskap er preget av fenomenologisk grunnsyn. Hennes teori er basert på flere ulike verk, og er stadig i utvikling. Martinsen presenter en alternativ forståelse av sykepleiefaget og sykepleiens kunnskapsgrunnlag. Hun ønsker ikke å utvikle systemteorier, men hevder at teoriene skal formidles gjennom det sanselige språket mellom sykepleier og pasient (Kirkevold, 2009).

Livsmuligheter: Martinsen (2003) skriver at kjærligheten er spontan og i denne spontaniteten blir det uttrykt en universell følelse eller det hun kaller en livsmulighet. Den universelle følelsen i kjærlighet er rettet mot andre og for den andre. En følelse som inngår i en helhet og menneskets samspill med omverdenen. Dette kaller hun for en bundet følelse. Mennesket har følelse av både sorg og glede som forteller oss om en virkelighet i livet som både kan være sorgfull men også gledelig. Nettopp dette gjør at mennesker er involverte og tar en del i livet uavhengig av følelsen de har.

Livsytringene: I følge Martinsen (2003) er livsytringene noe som er oss gitt, og som er våre felles grunnleggende livsmuligheter. Tillitt, åpen tale, medlidenhet, barmhjertighet og håp er de fundamentale livsytringene for mennesket eksistens. Uten disse hevder Martinsen (2003) at menneskets liv med andre vil gå til grunne. Uten livsytringene vil vi heller ikke kunne få livsmuligheter (Martinsen, 2003).

Forfallsfenomener: Martinsen (2003) påpeker også at mennesker lever i forfallsfenomener. Hvis mennesker skal klare å ta vare på sine og hverandres liv, er vi avhengig av å ikke ta utgangspunktet i utartningene og de motsetningene som ikke er forenlige. Det handler om å se

motsetningene i en balanse og ikke hver for seg. Dette kan føre til at vi bare utfører jobben teknisk noe Martinsen kaller forfallsfenomener. Fenomenet er egentlig forfalt før pasienten er tatt i mot som menneske (Martinsen, 2003).

Det faglige skjønnet: I Martinsen teori står det faglige skjønnet sentral. Sykepleierens forståelse for omsorg og dens betingelser samt synet på mennesket, har stor betydning for hvordan vi vil bruke våre sanser og kunnskap i møte med pasienten. I følge Martinsen (2003) er det viktig at sykepleieren er i stand til å mestre balansegangen mellom det vi sanser og det faglige vi forstår. Martinsen (2003) sier at naturlig sansing og tilegnet kunnskap står sammen. Disse betegner hun som forenende motsetninger. Om disse motsetningene blir uavhengig av hverandre og utøves hver for seg, kan dette resultere i en omsorg som er ufølsom eller en sentimental omsorg eller føleri som Martines kaller det (Martinsen, 2003).

### **3.2 Virginia Hendersons teori**

Sykepleierens enestående funksjon er å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død) som han ville ha utført uten hjelp hvis han hadde hatt den nødvendige styrke, vilje og kunnskap til dette. Og det er å gjøre dette på en måte som hjelper han til å bli så selvstendig som mulig (Henderson, 1998, s.16).

Henderson (1998) legger vekt på sykepleierens funksjonsområder i sin teori, som for eksempel ivaretagelse av de grunnleggende behovene et menneske har. Hvor sykepleieren må arbeide for å ivareta disse, da pasienten ikke har krefter, kunnskap eller vilje til ivareta behovene selv. Hun hevder også at “målet for sykepleie er å fremme helse og helbredelse, eller en fredfull død der døden er unngåelig” (Henderson, gjengitt etter Kirkevold, 2009, s.102). Hun fremholder pleie med tanke på døden som en egen sykepleie oppgave. Henderson har i sin uttalelse i forbindelse med “The Nature of Nursing” presisert at hun hadde utdypet denne oppgaven mer dersom hun hadde skrevet boken på nytt (Henderson, gjengitt etter Kirkevold, 2009)

Henderson omtaler grundig 14 gjøremål som hun mener er sykepleierens grunnleggende oppgaver for å ivareta pasientens behov. Disse er en forutsetning for å kunne fremme helse hos pasienten eller bidra til en fredfull død. Jeg vil i oppgaven fokusere på 11 av de sentrale

gjøremål som omhandler det å hjelpe pasienten til normal respirasjon, inntak av ernæring og væske, eliminasjon av kroppens avfallsstoffer, opprettholde god kroppsstilling i leie, hjelpe pasienten med hvile og søvn, påkledning, opprettholde kroppstemperatur, ivareta kroppen ved å holde den velstelt samt beskytte hud og slimhinner, og tilrettelegge for religion og handlingsvalg (Henderson, gjengitt etter Kirkevold, 2009)

### **3.3 Etikk**

Her vil jeg ta utgangspunkt i fire prinsipp-etikken. Hensikten er at dette skal være et bindeledd mellom de etiske teoriene og sykepleierens allmenmoral (Nortvedt, 2012, s. 99)

#### **-Autonomiprinsippet**

Begrepet er satt sammen av de to greske ordene «auto» som betyr selv og «nomos» som betyr lov. Autonomi betyr å være selvstyrt eller selvlovgivende. Ved dette prinsippet er det spesielt to aspekter som er viktige. Det første aspektet er at pasienten har evnen til kritisk refleksjon rundt sine egne behov og har evnen til å foreta rasjonelle valg på sine egne vegne. Det andre aspektet påpeker fornuftsevnen. Etikken viser til at pasienter som er kompetent til å ta egne valg skal kunne selv bestemme over sin behandling, eller eventuelt nekte den (Nortvedt, 2012).

#### **-Velgjørhetsprinsippet**

Velgjørhetsprinsipp innebærer å arbeide etter best evne for å kunne gjøre det beste for pasienten. Prinsippet er også implisitt i sykepleierens etiske retningslinjer og uttrykt i helsepersonell-loven. Prinsippet må også sees på som konsekvens etisk. Dette innebærer å skape flest mulig helsegoder til flest mulig pasienter med bruk av få ressurser (Nortvedt, 2012).

#### **- Ikke skade prinsippet**

Dette prinsippet spesifiserer hva en ikke skal gjøre mot pasienten, og nevner at sykepleieren skal gi skånsomhet og omtanke i behandlingen. Prinsippet beskytter også pasienten mot feilbehandling og dårlig praksis. Prinsippet sier også noe om at sykepleiere skal arbeide slik at hun minimaliserer smerte og ubehag for pasienten. Dette kan også sees på som et prinsipp for lindring og ivaretagende omsorg. Prinsippet blir betegnet som sinnelags etisk men også

pliktetisk. Dette fordi det forteller oss hvordan vi skal oppføre oss, men også hva pasienten ikke skal utsettes for i pleien (Nortvedt, 2012).

-Rettferdighetsprinsippet

Rettferdighetsprinsippet i sykepleie sier at pasienter uavhengig av kjønn, sosialstatus, etnisk bakgrunn, sosialt nettverk og påtrykk fra familie har rett på lik behandling avhengig av medisinske og pleiende behov (Nortvedt, 2012).

- Sykepleierens etiske retningslinjer

Den videre drøftingen i oppgaven vil også relatere seg til sykepleierens etiske retningslinjer nevnt av norsk sykepleierforbund som det er referert til tidligere i oppgaven. Dette vil utgjøre et rammeverk for god pleie og omsorg i livets slutfase.

### **3.5 Lovverk**

Det er to lover jeg spesielt ønsker å vise til grunnet *tryggheten* de er ment å regulere ovenfor pasienten samt *forsvarlig helse hjelp* av god kvalitet hvor alle pasienter skal ha lik tilgang på tjenestene. Jeg er innforstått med at det er mange andre lover som også har betydning for min problemstilling, men ønsker å trekke frem nedenstående paragrafer i Helsepersonell loven og Pasient og brukerrettighetsloven av særlig betydning.

Helsepersonell loven. Kapittel 2. Krav til helsepersonells yrkesutøvelse:

#### **§ 4. Forsvarlighet**

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonell loven, 1999, kap.2).

Pasient og brukerrettighetsloven kapittel 1.

#### **§ 1-1. Formål**

Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten

Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, kap.1).

### 3.5.1 Døendes rettigheter

Jeg vil også presentere FN's erklæring om den dødenes pasient rettigheter, dette fordi jeg anser disse rettighetene som viktige verdier som bør tas i betraktning i utøvelse av sykepleie til pasienter i livets slutfase.

- Jeg har rett til å bli behandlet som et levende menneske til jeg dør
- Jeg har rett til å beholde et håp selv om målet for det endrer seg
- Jeg har rett til å bli behandlet av slike som kan opprettholde et håp selv om målet for det endrer seg
- 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 delta i avgjørelser som gjelder behandling av meg
- Jeg har rett til å forvente kontinuerlig medisinsk behandling og omsorg selv om målet endrer seg fra helbredelse til lindring
- Jeg har rett til å slippe å dø alene
- Jeg har rett til smertelindring
- Jeg har rett til å få ærlige svar på mine spørsmål
- Jeg har rett til å få hjelp av og for min familie til å akseptere min død
- Jeg har rett til å få dø i fred og med verdighet
- Jeg har rett til å bevare min individualitet og ikke dømmes for mine valg selv om de går imot andres oppfatninger
- Jeg har rett til å drøfte og gi uttrykk for mine religiøse og/eller åndelige (eksistensielle) opplevelser uansett hva de måtte bety for andre
- Jeg har rett til å forvente at menneskekroppen blir behandlet med verdighet etter døden
- 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 (Regjeringen, 1992, s. 34-35).



## **4. Presentasjon av målgruppen**

I dette kapitlet vil målgruppen i oppgaven bli presentert.

### **4.2 Den eldre pasienten i livets slutfase**

De fleste eldre som bor i sykehjem er over 80 år (Thorsen & Dahl, 2015). Hovedutfordringen hos disse pasientene er komorbiditet dvs. at flere sykdommer rammer pasienten samtidig. Ofte vedvarer denne tilstanden helt til livets slutfase. Dette igjen medfører høye krav til kunnskap og kompetanse av personalet både knyttet til behandlingen av enkeltsykdommer, men også kombinasjon av disse, samt eventuell sykdomsutvikling frem til døden inntreffer. Sykepleierens evne til å håndtere alle disse utfordringene er helt avgjørende for å kunne gi pasienten god pleie (Grov, 2014). Hos den eldre pasienten i livets slutfase kan det forekomme en rekke ulike forandringer som kan skyldes både normale aldersforandringer, forandringer grunnet sykdom, men også forandringer som skyldes at døden nærmer seg (Thorsen & Dahl, 2015). Forandringene kan for eksempel observeres i at klærne ikke lenger passer og at pasienten ikke har krefter til å utføre enkle dagligdagse aktiviteter (Lorentsen & Grov, 2010). Videre er det en rekke symptomer som kan være dominerende. De mest kjente er fatigue dvs. kraftløshet, smerter, angst, eksistensielle problemer, dårlig appetitt, kvalme, oppkast, obstipasjon, diare, munntørret, pustebesvær og depresjon (Ilkjær, 2011). Grunnet disse forandringene og symptomene kan pasienten bli svært avhengig av hjelp, som videre kan føre til at pasienten føler seg til bry og dermed lite verdt (Thorsen & Dahl, 2015). Kaasa (2011) Poengterer at uttrykket “døende pasient” ikke er en beskrivelse av en pasient eller en pasientpopulasjon, og henviser til andre uttrykk som blir brukt ovenfor disse pasientene som for eksempel terminal pasient, palliativ pasient eller pasient med kort forventet levetid. Fra pasienten blir diagnostisert til døende, kan det være store variasjoner fra person til person hvor lenge en døds fase vil vare (Kaasa, 2011).

### **4.1 Palliativ fase**

I Norge blir begrepet lindrende behandling og palliativ behandling brukt om hverandre. Begrepet stammer opprinnelig fra det latinske ordet “ palliare som betyr å dekke til med en kappe” (Trier, 2013, s.895). Palliativ medisin blir definert av WHO som aktiv, helhetlig behandling, som innebærer pleie og omsorg for pasienter som har sykdom eller sykdommer

der kurativ behandling ikke responderer, med andre ord en uhelbredelig lidelse (WHO, 2016). Den palliative fasen starter når det blir avgjort at sykdommen er uhelbredelig og avsluttes når pasienten dør (Helsedirektoratet, 2015). Hovedoppgaven i denne fasen er å lindre smerte og andre ubehagelige symptomer, men også gi støtte ved psykologiske, sosiale og eksistensielle problemer. Målet for den palliative behandlingen er å gi pasienten og deres familie den beste livskvaliteten i denne fasen av livet. I palliativ medisin blir liv og død sett på som en normal prosess, hvor en hverken skal handle for å fremskynde eller utsette døden (Husebø & Eberhard, 1998).

### **4.3 Når er døden nær?**

Når dødsprosessen er i gang, er det ingen ting som kan gjøres for å hindre døden. Likevel kan det være vanskelig å forutsi når døden inntreffer. For noen pasienter kan det ta noen timer mens for andre kan det ta dager eller uker før døden inntreffer. Dette er viktig å ta i betraktning ved informasjon til de pårørende. Likevel er det noen tegn som kan observeres når døden er nær forstående. Pasienten har økt søvnbehov, fysisk svekkelse og dermed økt behov for sengeleie, synkende interesse for omgivelser og pårørende, dempet orienteringsevne, og problemer med å ta til seg ernæring og medikamenter (Thorsen & Dahl, 2015).

Bevissthetstilstanden er individuell fra pasient til pasient. De mest vanlige observasjonene er at pasienten gradvis mister bevisstheten, og kun har noen korte klare øyeblikk innimellom før han, eller henne til slutt glir over i en komatøs tilstand. Når pasienten ikke lenger er kontaktbar i en bevisstløs tilstand, sier vi at pasienten er moribund som betyr døende. Sansene svekkes og dette kan for eksempel resultere i at synssansene blir nedsatt, eller at pasienten slutter å kommunisere. Hørselen derimot antas å være den siste sansen som opphører. Det er heller ikke uvanlig at respirasjonen svekkes. Pasienten har ikke krefter til å hoste opp sekret fra luftveiene og det kan dermed oppstå en rallende lyd ved inn og ut pust. Desto nærmere pasienten er døden, desto lengre blir intervallene mellom hver gang pasienten trekker pusten. Pasienten kan dermed få Cheynes Stokes respirasjon (Ilkjær, 2011).

Huden svekker også sin oppgave som varmeregulerende organ. Dette kan man se ved at kroppstemperaturen stiger. Ofte kan pasienten få svettetokter men samtidig føles kald og klam å ta på. Når det kun er timer igjen til døden inntreffer, er det vanlig å observere at pasienten blir kald på ekstremitetene og at kulden brer seg til sentrale deler av kroppen. Videre skjer det en

oppnopning av oksygenfattig blod i armer og ben. Dette kan observeres ved at huden blir blek og blåmarmorert. Pasienten kan også få det som betegnes som *Facies hippocratica*. Dette innebærer at den døende får et karakteristisk uttrykk i ansiktet. Årsaken er at huden i ansiktet blir avkjølt og innfallen. Pannehuden blir stram og nesen oppleves som spiss (Ilkjær, 2011).

Musklene avkrefte også, noe som resulterer i at pasienten ikke lenger har kontroll på bevegelsene sine. Det antas at suge og svelgereflexen opphører sist. Agoni dvs. dødskamp er det siste som observeres før pasienten dør. Denne tilstanden beskriver de fysiologiske forholdene som vanligvis kan ses i de siste minuttene før døden inntreffer. Tilstanden er preget av rallende respirasjon, dyspne og et ansiktsuttrykk som kan observeres som grimaser (Ilkjær, 2011, s. 761). Selve dødsøyeblikket inntreffer når pulsen forsvinner, respirasjonen opphører og blikket til pasienten forsvinner med utvidende pupiller. Den absolutte døden medfører videre et sammenbrudd av alle kroppens celler som gradvis fører til nedbrytning og til slutt resulterer i forråtnelse (Ilkjær, 2011).

#### **4.4 Symptomkontroll**

Når døden er nær forstående, skal sykepleieren være betenksom med legemidlene som gis. Legemidlene skal være rettet mot å gi lindring på pasientens plager. Vanligvis blir all annen uhensiktsmessig behandling seponert (Thorsen & Dahl, 2015). Symptomkontroll blir ofte nevnt i litteraturen og beskrevet som en viktig oppgave innenfor palliasjon. Trier (2013) beskriver symptomkontroll som ett nøkkelord innen palliasjon hvor sykepleierens viktigste oppgave er å observere, vurdere og administrere behandlingen. Grov (2014) bruker begrepet symptomhåndtering og skriver at symptomhåndtering og optimalisering av livskvalitet hos pasienten er sykepleierens mål i den palliative fase. Hun nevner også at ulike kartleggings-skjema kan brukes som ett godt hjelpemiddel for å få innsikt i de ulike symptomene som oppstår (Grov, 2014). De mest dominerende symptomene som ofte observeres er tretthet, depresjon, eksistensielle problemer, smerter, dårlig appetitt som også kan føre til kakeksi, forstoppelse/diare, kvalme og oppkast, munntørrehet, pustebesvær og angst (Ilkjær, 2011).

#### **4.5 Helhetlig tilnærming**

Når pasientens krefter svinner og pasienten blir sløv må noen andre overta for pasienten. For

sykepleieren innebærer denne oppgaven å dekke alle de behovene som pasienten klarte å ivareta på egen hånd før. (Grov, 2014)

Saunders har utarbeidet en filosofi gjennom sin kliniske erfaring. Denne filosofien går ut på å ivareta menneskets fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/ eksistensielle behov. Hun har utviklet begrepet “ totalt pain”, som innebærer at en ikke kan behandle en del isolert fra helheten. Dette fordi alle elementene samvirker og kan påvirke og dermed forsterke hverandre. Først når den unike pasienten blir sett i lys av sine familierelasjoner, sitt liv og sin sykdomshistorie får vi et helhetlig syn på pasienten (Trier, 2013).

En aktiv og helhetlig tilnærming til pasienten består av både symptomlindring, pleie, stell, samt informativ og beroligende informasjon til pasienten og deres pårørende. Med andre ord innebærer en helhetlig tilnærming at sykepleieren ser på pasienten som ett helt menneske med sin livshistorie og familie og ikke bare en diagnose (Wergland, 1992)

#### **4.6 Medisinering**

Ved smertebehandling er det spesielt noen viktige elementer som bør tas i betraktning. Den eldre terminale pasienten har ofte redusert toleranse for analgetika. Derfor er for eksempel morfin ofte et bra førstevalg for smertelindring. Det er også viktig å huske på at smerter gjerne henger sammen med angst og uro. Morfin kan dempe også dette hos pasienten. Andre administrasjonsformer som for eksempel subkutan pumpe eller plaster bør også vurderes. Dersom pasienten er i stand til å få peroral medisinering kan pasienten få dette, men sikkerheten, effekten og tryggheten økes gjennom å administrer medikamentene subkutant (Husebø & Husebø, 2001).

Reduksjon og seponering av unødvendige medikamenter som pasienten ikke har nytte av bør også foretas. Eksempler på disse er antibiotika, digitalis og blodtrykks medisin. I følge Husebø & Husebø (2001) er de viktigste medikamentene i denne fasen morfin som brukes for å lindre smerter og dyspne uten betydelige bivirkninger. Scopolamin er et antikolinergikum som lindrer ralling. Dette fordi den reduserer slimproduksjonen i luftveiene. Scopolamin reduserer også tarmperistaltikken som vil være hensiktsmessig med tanke på ileus og kolikker. Dormicum er benzodizpinpreparat, medikamentet er vannløselig og har en god og rask effekt, som hjelper mot angst og uro. Det siste medikamentet som blir nevnt er Haldol

hvor indikasjonen er lindring av kvalme, brekninger, uro og agitasjon (Husebø & Husebø, 2001).

## **5. Hvordan kan sykepleieren bidra til en verdig død hos den eldre pasienten?**

I dette kapitlet vil jeg drøfte hvordan sykepleieren kan bidra til en verdig død hos den eldre pasient. Drøftingen vil ta utgangspunkt i et helhetlig menneske syn, mennesket kan ikke deles opp i ulike deler, men verdigheten vil berøre alle deler ved menneske, det fysiske, psykiske åndelige og sosiale (Trier, 2013). Sykepleierens hovedoppgave i forhold til pasienter i livets slutfase er å ivareta alle de grunnleggende menneskelige behovene (Ilkjær, 2011).

### **5.1 Ivaretagelse av pasientens fysiske behov**

Forståelse for- og kunnskap om pasientens fysiske behov er svært viktig i livets slutfase. Kroppens fysiske funksjoner endrer seg mye når det går mot slutten. Sykepleier må gi støtte og hjelp tilpasset prosessen som pasienten gjennomgår. Da vil pleien kunne ivareta omsorg og lindring. Dette igjen vil medvirke til en verdig død.

#### **5.1.1 Å hjelpe pasienten med å puste**

Pustebesvær eller dyspne er en subjektiv opplevelse som ofte ses hos pasienter i livets slutfase. Pustebesvær beskrives som en følelse av å ha vansker med å puste, eller det å ha en anstrengt respirasjon (Furst & Starlander, 2008). Dette fører ofte med seg angst og uro (Trier, 2013). Denne angsten er lett å forstå og viktig å lindre. Sykepleieren kan observere pasientens respirasjon ved å måle frekvensen, observere øreflipper, negler og leppe for cyanose, dybde, bruk av hjelpemuskulatur, bevissthetsnivået, rytmen, hoste og andre lyder (Trier, 2013).

I følge Henderson (1998) skal sykepleieren hjelpe pasienten med normal reparasjon. Men på en annen side, er det ikke alltid dette lar der gjøre. Sykepleieren kan derimot forsøke å lindre pasientens opplevelse av mangel på luft. Dette kan oppnås ved god leiestilling, for eksempel Fowlers leie, eller sitte fremover lent med hjelp av puter eller et bord. Andre tiltak som kan oppleves lindrende kan være frisk luft mot ansiktet ved å for eksempel åpne et vindu, eller sette på en vifte. En kald klut mot pannen kan også redusere opplevelsen av å få for lite luft. (Thorsen & Dahl, 2015). Likevel er det viktig å huske på at pasienten kan ha behov for samtale og trygghet. Det å ha nære pårørende som pasienten føler seg trygg i umiddelbar nærhet kan derfor også være et tiltak i denne sammenheng (Trier, 2013). Det å snakke og bevege seg rolig i pasientens nærvær kan også bidra til å skape nødvendig trygghet.

Det er kjent at pusten endrer seg hos pasienter i livets slutfase (Thorsen & Dahl, 2015), og respirasjonen svekkes (Ilkjær, 2011). Pusten kan veksle mellom langsomme åndedrag og hyppig ventilering med pauser innimellom. Pusten kan også variere mellom å være dyp og overfladisk (Thorsen & Dahl, 2015). Når døden nærmer seg kan pasienten også få cheynes-stokes respirasjon. (Ilkjær, 2011). Pasienten har ofte ikke krefter til å hoste opp slim og sekret fra de øvre luftveiene. Dette kan føre til rallende lyder (Ilkjær, 2011). I slike situasjoner kan sykepleieren hjelpe pasienten til stillingsendring for eksempel i sideleie med overkroppen hevet. Det er viktig at hodet ikke er bakover bøyd da dette kan føre til at tungen faller tilbake i svelget (Husebø & Husebø, 2001). Det er påvist at sugekateter ikke vil være et hensiktsmessig tiltak hos disse pasientene, da dette kun kan forårsake skade ved økt produksjon av slim og i tillegg føre til blødninger (Husebø & Husebø, 2001). Puter under armer og knær kan også bidra til å hjelpe buk muskulaturen og bedre respirasjonen (Husebø & Husebø, 2001). I praksis har jeg opplevd at mange av pasientene som tidligere ikke har hatt behov for oksygenbehandling får dette ved livets slutt. Derimot er det gjennomgående i litteraturen at fleste døende puster med åpen munn noe som betyr at nesekateter ikke har noe effekt (Husebø & Husebø, 2001). Dette kan derimot heller skape ubehag for pasienten og i verstefall sår.

### **5.1.2 Hvordan lindre smerter**

Smerte forekommer hos ca 70-80 % hos pasienter i livets slutfase (Husebø & Husebø, 2001). FN'S rettigheter hevder at pasienter i livets slutfase har rett til smertelindring og kontinuerlig medisinsk behandling samt omsorg. Dette skal tilbys selv om målet ikke lenger er helbredelse men kun lindring (Regjeringen, 1992). Forskningen til Cipoletta & Oprandi (2014) hevder at en verdig død er en død uten smerter. På den annen side så må ikke smertelindringen gå på bekostning av pasientens bevissthet. De fleste mennesker er redde for den fysiske smerten. God smertelindring er derfor et viktig tiltak for symptomkontroll til pasienten i slutfasen (Thorsen & Dahl, 2015). Det finnes mange ulike typer smerte (Fredriksen & Arneberg, 2015), men det er likevel viktig å huske på at "smerte er en subjektiv opplevelse som henger sammen med pasientens totale tilstand" (Borge, 2011, s. 618). Smerte kan oppleves både fysisk og psykisk.

Opplevelsen av smerte kan variere fra person til person. Kroppen kan reagere med raskere puls og blodtrykk. Pasienten kan oppleve at det er vanskelig å slappe av (Fredriksen &

Arneberg, 2015). Ettersom sykepleieren tilbringer mye tid hos pasienten, er det rimelig å si at hun har en viktig rolle i å systematisk kunne observere og kartlegge symptomer på smerte (Husebø & Husebø, 2001). Det er ikke alltid pasienten sier ifra om smerter selv. Dette underbygger også forskningen, som hevder at mange av pasientene ikke er i stand til å formidle den subjektive smerteopplevelsen (Wille & Nyrønning, 2012). Sykepleieren må derfor ha kompetanse til å kunne observere symptomer på smerte. Forskingen påpeker også dette. Symptomene på smerte kan gjenspeile seg i at pasienten er urolig, gjør grimaser, ynker seg eller for eksempel gjør motstand i leieendring. For å kunne kartlegge symptomene systematisk kan visuell analog skala (VAS) og Numertic Rating Scale (NRS), brukes som et verktøy (Thorsen & Dahl, 2015). Forskerne Wille & Nyrønning (2014) kritiserer NRS som et kartleggingsverktøy i praksis, da det blir hevdet at svært mange pasienter har en kognitiv svikt som gjør verktøyet vanskelig å anvende. På en annen side dersom pasienten er klar og kan orientere seg - ser jeg ingen faglig grunn til å ikke benytte NRS. Likevel ser jeg betydningen av å reflektere over pasientens kognitive tilstand i livets slutfase.

Ettersom det er legen som må forskrive medikamenter, har sykepleieren en viktig rolle i å informere legen om sine observasjoner og kartleggingen av smerte, slik at pasienten blir riktig medisineret. Ettersom legen ofte ikke er til stedet når smerter melder seg, er det sykepleieren som har ansvaret for medikament administrasjonen. Med bakgrunn i § 4, (Helsepersonell loven, 1999) forventes det at sykepleieren har de nødvendige kvalifikasjonene til å utøve faglig forsvarlighet. I dette tilfelle innebærer det at man har kunnskap om effekt, bivirkninger, administrasjonsmåter og dosering av de mest brukte medikamentene. Dette for å kunne unngå at pasienten lider unødige i livets slutfase (Husebø & Husebø, 2001). Det er også svært viktig at sykepleieren har god kunnskap i medikamentregning for å ikke gi pasienten feil dose. Dette kan få store konsekvenser for pasienten.

I tillegg bør sykepleieren også ha kunnskap om muligheter til å lindre smerter uten bruk av medikamenter der det lar seg gjøre. Det kan være nyttig å hjelpe pasienten med ulike avspenningsteknikker for å redusere muskelrelaterte spenninger samt bedre kroppsbevisstheten og fremme respirasjonen. Bruk av massasje kan også bidra til mange positive effekter som blant annet avspenning, mental ro, fysisk avslapning, lokal bedring av sirkulasjon, og ikke minst velvære (Helbostad, Paltiel, & Frantzen, 2008). Hos pasienter som har sterke smerter og er sengeliggende, grunnet nedsatt fysisk funksjon eller immobilitet kan en god sittende eller liggende hvilestilling gi betydelig lindring (Helbostad, Paltiel, &



Frantzen, 2008), (Furst & Starlander, 2008). Sykepleieren kan også bidra til å skifte og variere på liggestillingen regelmessig.

### 5.1.3 Det gode stellet

Under stellet må sykepleieren gi pleie som ivaretar et helhetlig menneskesyn. Dette omfatter pasientens selvbestemmelse, verdighet men også hygiene. Sykepleieren må opptre empatisk og vise forståelse for pasientens situasjon, og utføre sitt arbeid med en innlevelse. Dersom sykepleieren anser stellet kun som en prosedyre hvor målet bare er at pasienten blir ren, vil dette kunne oppleves som uverdigg. Martinsen (2003) legger vekt på at sykepleier må være åpen for å ta imot inntrykket fra pasienten. Dette innebærer å behandle pasienten som et unikt menneske, med sin historie og sin kultur med tanke på kroppen. Da vil stellet i større grad kunne bli opplevd som godt og verdigg. Videre bør stellet bli utført på en måte som gir pasienten mest mulig velvære. Sykepleieren må sørge for at det er en god romtemperatur og at denne er noe pasienten føler seg komfortabel med. Sykepleieren må også unngå å blottlegge pasienten. Dette kan bli ivaretatt ved å dekke til kroppsdeler med for eksempel håndkleder. Temperaturen på vaskevannet må også reguleres ut ifra pasientens ønsker. Sykepleieren vet at varmt vann reduserer varmetapet fra huden. Dette kan i første omgang være et viktig hensyn. Likevel dersom pasienten ønsker å bli vasket med kaldt vann skal dette også bli tatt hensyn til (Borge, 2011).

Ved stell av pasienten bør målet for sykepleieren også være å gjennomføre stellet så smertefritt og skånsomt som mulig. Dette krever både kartlegging av pasientens smerter og god planlegging. Under planleggingen bør sykepleieren ta «*ikke skade prinsippet*» i betraktning. Dette kan forhindre at pasienten blir utsatt for unødvendige belastninger under stellet (Borge, 2011) Ofte kan det være nyttigg å være to personer under stellet (Thorsen & Dahl, 2015). Dette kan bidra til at det blir mer skånsomt for pasienten med for eksempel forflytninger.

I de siste levedagene, er det normalt at sirkulasjonen blir nedsatt hos pasienten. Dette kan blant annet observeres ved at pasientens nese og ekstremiteter blir kalde. Ekstremitetene får marmorering og leppene blir cyanotiske (Thorsen & Dahl, 2015). Henderson (1998) hevder også at sykepleieren skal opprettholde pasientens kroppstemperatur (Henderson, 1998). Derfor bør sykepleieren tilse at pasienten ikke fryser ved å for eksempel tilby et ekstra pledd

eller varmpakning (Thorsen & Dahl, 2015). På den annen side er det også kjent at huden svekkes som varmeregulerende organ når døden nærmer seg. Dette kan føre til svettetokter. Sykepleier må derfor regulere temperaturen i forhold til om pasienten er kald eller varm.

Under stell får sykepleieren en god mulighet til å observere pasientens hud. Det er kjent at pasienter som er sengeliggende ofte er utsatt for å få decubitus dvs trykksår (Stubberud, 2015). Decubitus er en tilstand som oppstår når et hudområde over knokler utsettes for trykk, friksjoner eller strekk over en periode. Sirkulasjonen til området svekkes og det oppstår iskemi i hudlagene. Etter en tid fører dette til sår dannelse i vevet. Slik som tidligere nevnt er det normalt at pasientens sanser svekkes før døden inntreffer. Dette vil trolig gjøre pasienten ekstra utsatt for decubitus, da han kanskje ikke sanser at huden utsettes for trykk. Pasienter som ikke har krefter til å skifte sitte- eller liggestilling er også betydelig utsatt for å utvikle decubitus.

Fordi decubitus påfører pasienten unødig lidelse og redusert livskvalitet (Stubberud, 2015), er det svært viktig at sykepleieren arbeider for å forebygge dette. Henderson (1998) påpeker i sin teori at sykepleieren skal hjelpe pasienten med å opprettholde gode kroppsstillinger. Det er mulig at hun nevner dette nettopp for å forebygge decubitus. Tiltak som bør iverksettes for å forebygge decubitus vil innledningsvis være, hyppig leie endring. Med hyppig menes minst hver tredje time. På en annen side har jeg erfaring med at pasienter i livets slutfase opplever det som smertefullt å bli snudd. Dette kan oppleves som en etisk konflikt da sykepleieren skal følge velgjørenhetsprinsippet og samtidig ikke skade prinsippet. Sykepleieren ønsker ikke å påføre pasienten smerte, men har som oppgave å forebygge trykksår. Dersom det blir besluttet at pasienten skal bli snudd regelmessig, tross smertene ved dette, kan det være nyttig å bruke et snuskjema. Dette kan bidra til nødvendig oversikt over snu-frekvensen slik at pasienten ikke blir utsatt for unødvendig leie endring og dermed smerter. Videre bør pasienten ligge på en trykkavlastende madrass. De mest utsatte områdene som for eksempel heler, skulder og albuer kan avlastes ved hjelp av spesial puter (Stubberud, 2015).

Noen vil hevde at munnstell er en av de viktigste oppgavene ovenfor pasienten i livets slutfase (Trier, 2013). Det er kjent at disse pasientene ofte puster gjennom åpen munn. Dette kan føre til tørre og såre slimhinner samt soppinfeksjon (Trier, 2013). Pasienter med tørr munnhule kan få en opplevelse av ubehagelig belegg i munnen og dårlig smak. Pasienten kan også få problemer med å svelge og kommunisere (Ilkjær, 2011). For å hindre disse

ubehagelige symptomene må sykepleieren inspisere pasientens tenner eller protese, slimhinner og leppe regelmessig. Tiltak ved munntørrethet bør innebære, rens av munnhule minst to ganger daglig. Sykepleieren kan rengjøre pasientens tenner ved bruk av en barnetannbørste og anvende såpe fri tannkrem for å utføre det så skånsomt som mulig (Trier, 2013). Svelget bør tilføres fukt jevnlig, helst flere ganger i timen. Fuktning av munnhulen lindrer også tørste hos pasienten. Hvis pasienten er bevisst kan isbiter og syrlig drops tilbys. Dette kan øke spyttsekresjonen. Salvie te kan med fordel brukes ved fuktning av munnhulen. Salvie har en behagelig smak, er bakteriedrepende men tørker ikke ut. Men hvis pasienten foretrekker andre væsker som for eksempel Farris, kan dette også brukes. Munnhulen kan fuktes ved hjelp av munnsvamper, tupfere, eller lange vattpinner. Med grunnlag i at pasienten puster med åpen munn, tar til seg lite eller ingen væske er det også økt fare for sprukne og tørre lepper. Dette kan sykepleieren forbygge eller lindre ved bruk av le pomade eller vaselin. Er munnhulen svært tørr bør fuktighetsbevarende midler brukes. Spyttstatningsmidler, eller ulike oljer som er smakstilsatt med for eksempel sitron kan være gode hjelpemidler (Trier, 2013).

#### **5.1.4 Å dekke pasientens behov for ernæring og væske**

I følge Hendersons teori, skal sykepleieren sørge for at pasienten spiser og drikker tilstrekkelig. Dette kan være en vanskelig oppgave i den palliative fasen, da en del av dødsprosessen innebærer at pasienten slutter å spise. Dette er en naturlig prosess som forbereder kroppen på å dø (Thorsen & Dahl, 2015). Likevel er det viktig å tilby pasienten næring. Gjennom min praktiske erfaring har jeg opplevd at pasienter ikke blir tilbudt mat i livets slutfase, da det blir tatt som en selvfølge at pasienten ikke ønsker mat fordi vedkommende er døende. I litteraturen blir det vist til at så lenge pasienten ønsker å spise og drikke skal sykepleieren bistå pasienten med dette (Thorsen & Dahl, 2015). Dessuten har pasienten rett til å bli behandlet som et levende menneske til døden intrefter (Regjeringen, 1992). I tilfeller der pasienten har bedt om mat selv har sykepleieren gjerne brukt olje og ernæringspulver i maten. Dette er begrunnet med at pasienten skal få mest mulig næring via maten. Velgjørhets prinsippet kan derfor innebære et avvik mellom det som sykepleieren mener er godt for pasienten og det pasienten selv opplever som velvære. Av og til er ikke dette i samsvar med hverandre slik som i tilfellet med tilsetning av ernæringsmidler i maten. Dessuten blir det hevdet av Strang (2012) at kroppen i døds fasen ikke lenger klarer å ta imot

mer en små mengder av proteiner og fett (Strang, 2012). Sett i et slikt lys kan man si at sykepleieren ikke arbeidet i tråd med «*ikke skade prinsippet*», men snarere tvert imot. Mitt syn på dette området er at pasienten skal få mest mulig glede og forhåpentligvis økt livskvalitet av et eventuelt måltid. Dette blir også underbygget av Trier (2013) som hevder at det er viktigere at pasienten får glede av maten enn næringsinnholdet i hva vedkommende spiser (Trier, 2013). Ettersom mat er et viktig sosialt, kulturelt og symbolsk element i livet, er det hensiktsmessig at sykepleieren kan legge til rette for at pasienten kan få gode matopplevelser også med sine pårørende dersom dette er ønskelig (Trier, 2013).

Det er flere tiltak sykepleieren kan gjøre for både å bedre ernærings situasjonen og matopplevelsen for pasienten. Dersom pasienten er plaget med kvalme kan sykepleieren gi kvalmestillende medikamenter en halv time før måltid. Videre kan man søke å tilby mat når pasienten er mest opplagt. Det å ha utført munnstell før måltidet kan også være hensiktsmessig. Dersom det fint og rent rundt pasienten ved for eksempel å lufte og rydde rommet vil bidra til et bedre måltid. Som nevnt vil selvfølgelig det å tilby pårørende å spise sammen med pasienten ofte være positivt. (Trier, 2013). Sykepleieren bør også spørre pasienten om ønskekost, og eventuelt be pårørende ta med dette. Det er også viktig at maten ser appetittlig ut. Dette kan gjøres ved å servere små porsjoner med litt pynt som for eksempel urter og en fin serviett. Pasienten kan også tilbys mellommåltider som smoothie, frukt, kjeks eller annet ønskelig. Dersom pasienten ikke ønsker næring må dette også respekteres. Ifølge døendes rettigheter har pasienten rett til å delta i avgjørelser som omhandler behandlingen, men også bevare sin individualitet og ikke bli dømt for sine valg selv om disse går i mot andres oppfatninger (Regjeringen, 1992).

### **5.1.5 Å hjelpe pasienten med å kvitte seg med avfallsstoffer**

Obstipasjon er et stort problem hos pasientene i livets slutfase. Dette skyldes nedsatt peristaltikk, grunnet ulike faktorer som endret inntak av kost, lite væske, lavt aktivitetsnivå grunnet immobilitet, og bivirkninger av medisineren (Ilkjær, 2011; Trier, 2013).

Obstipasjon kan gi pasienten plagsomme symptomer som for eksempel kvalme, smerte, uro, hodepine, dårlig appetitt, vond smak i munnen, utspilt abdomen, og obstipasjonsdiare (Thorsen & Dahl, 2015; Trier, 2013). Stort sett er årsaken til obstipasjonsdiare tynn avføring som passerer forbi de harde avføringsklumpene. Diare kan også skyldes endring av

tarmfloraen grunnet en infeksjon eller malabsorpsjon (Ilkjær, 2011). Alle disse ubehagelige symptomene kan påvirke pasientens livskvalitet (Trier, 2013). Henderson, (1998) hevder at det er sykepleierens oppgave å hjelpe pasienten med å kvitte seg med avfallsstoffer. Dermed er det viktig at sykepleieren kartlegger og forebygger obstipasjon. Det er da hensiktsmessig at sykepleieren kjenner til pasientens avføringsrutiner. Holder oversikt over utskillelse av avføring, ved for eksempel hjelp av kurveføring. Sykepleieren er etter de etiske retningslinjene forpliktet til å ivareta den enkeltes pasient behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleieforbund, 2011). Med grunnlag i dette må man kunne iverksette tiltak også i forhold til obstipasjon. Tiltakene som kan settes i gang ved obstipasjon kan for eksempel være administrering av laksantia, eller rektal behandling som klyster eller olje hvis nødvendig. Det er også viktig å tilby pasienten drikke hyppig (Trier, 2013). Hvis pasienten er sengeliggende, bør sykepleieren legge til rette for en god sittestilling i sengen, samt tilby et bekk og høyt ryggleie med pute i ryggen. Videre er det viktig at pasienten får god tid og ro. Sykepleieren kan også gi pasienten ringe snoren og forlate rommet, slik at pasienten får privatliv (Trier, 2013). Har pasienten derimot normal avføring regelmessig, bør bleie skift og smøring nedentil foretas snarest etter eliminasjon for å ivareta pasientens hygiene og velvære. Dette blir også underbygget av forskningen til (Periyakoil, Stevens & Kraemer, 2014)

Urinproduksjonen hos pasienten bør også observeres. Ettersom pasienten ikke får i seg like mye væske som tidligere er det naturlig at urinen avtar. Likevel er det viktig å tilse at pasienten ikke ligger med full blære. Dette kan gi pasienten et stort ubehag. Sykepleieren kan observere dette ved å for eksempel palpere over symfyen, eller blære scanne pasienten om institusjonen har det nødvendige utstyret. Hvis det er mistanke om urinretensjon bør urinkateter vurderes (Thorsen & Dahl, 2015).

### **5.1.6 Å legge til rette for søvn og hvile**

Fattigue- kraftløshet, er det fenomenet som er mest dominerende hos pasienter i livets slutfase (Ilkjær, 2011). Ofte sover pasienten mye i den siste delen av levetiden. Likevel må sykepleieren reflektere over «*rettferdighetsprinsippet*». Selv om pasienten sover store deler av tiden, og ikke ber om hjelp, betyr ikke dette at pasienten skal settes til side.

For å kunne gi pasienten best mulig livskvalitet den siste tiden må sykepleieren bistå pasienten med å avpasse aktivitet, hvile og søvn. (Henderson, 1998) legger vekt på at sykepleierens utgangspunkt er pasientens opplevelse av sin situasjon. Prioritering av hva

pasienten bør bruke kreftene sine på bør planlegges nøye. Det som bør prioriteres høyest er det som gir pasienten mest glede. Eksempler på dette kan være besøk av familie eller venner (Trier, 2013). For å avlaste pasienten mest mulig bør det skapes ro rundt pasienten. En døgnrytme som gir en god balanse mellom hvile og aktivitet bør også utarbeides (Ilkjær, 2011). Men på en annen side er det også viktig å ivareta «*autonomiprinsippet*», ved å respektere pasientens integritet og egne beslutninger slik at pasienten opplever å være selvstyrt. Alt dette kan oppsummeres med at sykepleier, må sørge for at pasienten opplever å ha det så godt som mulig.

## **5.2 Å bidra til omsorgsfull hjelp**

Både Virginia Henderson og Kari Martinsen legger vekt på at sykepleien må utgå fra pasientens opplevelse av sin situasjon. Sykepleier skal også anvende sine faglige kunnskaper. Sykepleie uten anvendelse av fagkunnskaper er sentimental omsorg og føleri (Martinsen, 2003).

### **5.2.1 Å skape tillitt og relasjon**

Sykepleierens relasjon til pasienter i livets slutfase er spesiell. Nettopp fordi sykepleieren står pasienten nærmest etter pårørende og venner (Trier, 2013). Sykepleieren følger pasienten helt til døden inntreffer. Derfor vil det være svært nødvendig å få en god relasjon mellom sykepleieren og pasienten,- noe som også Martinsen fremholder i sin teori. Videre påpeker hun at sykepleieren må tørre å møte pasienten der han er, vise omsorg, barmhjertighet og medlidenhet. Det er viktig å bli kjent med pasienten og deres unike jeg, deres livshistorie og verdier (Martinsen, 2003). Dette vil være avgjørende for å kunne utøve en omsorg hvor sykepleieren bekrefter det unike mennesket. Ved at sykepleieren viser at hun/ han har kunnskap om hva som er viktig for akkurat denne pasienten, kan man også bidra til best mulig livskvalitet for den døende. (Trier, 2013).

Jeg vil tro at tillitt er svært grunnleggende i møte med pasienter i livets slutfase. Dette er også et viktig element i det å kunne bidra til en verdig død. Pasienten kan være redd og engstelig både for døden men også for symptomene som dominerer før døden. Det er da nødvendig at pasienten har tillitt til sykepleieren og hennes/ hans arbeid. Lovverket referer til at personalet må utføre sitt yrke på en forsvarlig måte. Lovverket sikrer også pasienten lik tilgang på

tjenester som skal ha en god kvalitet. Tillitt kan kanskje skapes eller fremmes ved at pasienten får medvirkning i omsorgen som blir utøvd, noe pasienten har rett til i følge døendes rettigheter (Regjeringen 1992) Rettighetene til den døende fører også med seg at pasienten har rett til å få ærlige svar på sine spørsmål (Regjeringen, 1992) Summen av dette vil bidra til økt tillitt for pasienter som er ved livets slutt.

Gjennom kliniske studier har jeg opplevd å finne lite eller ingen dokumentasjon, som omhandler pasientens ønsker og verdier ved livets slutt. Ved å ha en samtale med pasienten om dette tidlig i forløpet, vil det muligens gjøre sykepleierens arbeid lettere med tanke på å bidra til en verdig død. Hvis det dermed viser seg vanskelig å innhente denne dokumentasjon fra pasienten selv, bør sykepleieren rådføre seg med pårørende som kjenner pasienten best. Studien til Periyakoli, Stevens & Kreamer, påpeker også viktigheten av å dokumentere pasientens ønsker og videre ivareta disse, for å kunne fremme en verdig død.

### **5.2.2 Å ivareta pasientens livsmuligheter**

Den døendes rettigheter gir pasienten rett til å bli behandlet av personer som kan opprettholde håp (Regjeringen, 1992) eller livsmuligheter som Martinsen (2003) også beskriver det. Selv om pasienten skal dø, er det likevel av betydning å hjelpe pasienten med å finne mening i livet og opprettholde et håp. Sykepleieren må derfor ha evne til å bistå pasienten med å sette ord på sine tanker og følelser rundt døden. Dette er også en av rettighetene pasienten har i følge FN. Videre har pasienten rett til å bli behandlet av omsorgsfulle, medfølende, kyndige mennesker som vil prøve å forstå hans behov og opplever det som givende å hjelpe pasienten med å møte døden (Regjeringen, 1992).

Ifølge retningslinjene har sykepleieren ansvar for å ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg noe som også vil innebære det psykiske aspektet (norsk sykepleieforbund, 2011). Tanken på døden kan være vanskelig for noen. Tanken på å miste sine nære og livsinnholdet bidrar til å gjøre livet tungt og sørgelig (Ilkjær, 2011). Det hevdes at hos pasienter som lider av smerter, opptrer depresjon dobbelt så ofte som hos pasienter som ikke er smerte påvirket (Husebø & Eberhard, 1998). Dødsangst er også noe som preger mange som er stilt overfor døden (Thorsen & Dahl, 2015). Det sies at håpet er angstens mottrekk (Ilkjær, 2011). Sykepleierens oppgave i møte med pasienter i livets slutfase som er utsatt for angst eller depresjon, er å hjelpe med erkjennelse, gi nærvær, være lyttende, og hjelpe pasienten med å

sette ord på følelser (Ilkjær, 2011). I følge sykepleiefaglige retningslinjer blir det også hevdet at sykepleieren skal understøtte mestring, håp og livsmot (Sykepleie forbundet, 2011). Martinsen (2003) beskriver også i sin teori med livsmuligheter og livsytringer viktigheten av å gi pasienten rom for håp og livsmuligheter selv om døden står nær. Dette innebærer at sykepleieren bruker det faglige skjønnet. Sykepleieren kjenner ikke pasientens livsmuligheter umiddelbart, og må derfor stille seg tilbake i stillen posisjon. Slik at livsmuligheter får rom til å komme frem. Selv om pasienten er i livets slutfase, og kun har noen dager igjen av livet skal sykepleierens syn være “ hvert liv kan og skal leves” (Martinsen, 2000, s. 28)

Forskning viser at bare syv prosent av sykepleiere er innforstått med at deres rolle også innebærer å gi pasienten støtte i åndelige og eksistensielle behov (Miller, gjengitt etter Kalfoss, 2010, s. 491). Det åndelige og eksistensielle blir ofte omtalt om hverandre i litteraturen. Åndelighet er en iboende del av det å være menneske, og kan være spesielt viktig for pasienten i livets slutfase (Kalfoss, 2010). Det er viktig å være bevisst på at åndelig behov inkluderer meningssøken også utenfor det religiøse. Sentrale behov relatert til det åndelige er for eksempel behov for kjærlighet, håp og mening. (Strøm, 2015). Det eksistensielle kan kort beskrives som pasientens behov for å finne en mening, fred og formål med sin tilværelse i livet (Busch & Hirsch, 2011). Eksistensielle behov er de spørsmålene ethvert menneske stiller seg når det gjelder livets mening, lidelse og død (Strøm, 2015). Mens de religiøse behov skiller seg fra de åndelige, ettersom de i større grad gjelder de konkrete handlingene som utøves av den troende (Strøm, 2015). Sykepleieren er moralsk forpliktet til å integrere og anerkjenne pasientens tro (Kalfoss, 2010). Det åndelige og eksistensielle aspektet krever respekt for den enkeltes pasient grunnleggende oppfatning om hva det egentlig betyr å være menneske, og forståelsen av livsverdier (Busch & Hirsch, 2011)

Når døden er nærstående åpnes våre øyne for det åndelige. Dermed trer de eksistensielle og åndelige spørsmålene frem. Det er viktig at sykepleieren i møte med pasienten i livets slutfase kan ivareta disse behovene (Kalfoss, 2010). Dette kan ivaretas ved å være undrende, undersøke pasientens behov, være oppmerksom på åndelige og eksistensielle spørsmål samt lytte til hvilken betydning disse har for pasienten. Når pasienten ikke er i stand til å finne mening med livet, må sykepleieren hjelpe pasienten med å lete etter mening og assistere pasienten i arbeid med spørsmål (Kalfoss, 2010). Studien til Rykkje & Råholm (2014) viser også til at kun det å ta seg tid, være lyttende og tilstede kan bety mye for pasienten. På en



annen side påpeker studien en barriere i forhold til dette, som innebærer at personalet ikke har tid. Martinsen hevder at :

Den travle verdens dumme øyne ser bare mennesket verdi knyttet til virksomhet og produktivitet. Hjertes øye, det deltakende oppmerksomme øye, ser det betydningsfulle i alt menneskelig liv, og lar der få være til som seg selv (Martinsen 2000, s. 28)

Tilstedeværelse vil være viktig helt frem til døden inntreffer. I tråd med døendes rettigheter har pasienten rett til å slippe å dø alene (Regjeringen, 1992).

## 6. Konklusjon

Å ivareta pasientens verdighet i livets slutfase betyr å se menneske i en helhet. Verdighet ligger i hvordan sykepleier ivaretar de grunnleggende behovene som for eksempel at pasienten er velstelt, ligger godt og er lindret for smerte. Verdighet innebærer også det å se det unike hos hver pasient. Martinsen (2003) påpeker viktigheten av å ivareta livsmulighetene og de eksistensielle og åndelige behovene. Det er ingen fasit på hva som er pasientens eksistensielle og åndelige behov. Det må sykepleier selv finne ut ved å stille seg åpen og imøtekommende ovenfor pasienten samt bruke sin fagkunnskap og sanseintrykk.

Forskningen til Rykkje & Råholm (2014) hevder at verdighet er en del av det å være et menneske, og at dette ikke kan bli tatt fra en. Dette samstemmer med Edlund (2002) sin definisjon. Rykkje & Råholm (2014) viser også til at alle mennesker er verdifulle men på tross av dette er det fremdeles ulike faktorer som spiller inn for verdigheten. Forskningen viser til at gode leveforhold, hvordan en blir behandlet av andre, med tanke på respekt, tillitt og godhet også har innvirkning på verdigheten.

På den andre siden er det gjennomgående i alle anvendte studier i oppgaven, at verdighet kan krenkes. Dette kan skje hvis en blir oversett, ikke blir inkludert eller er ensom. Dette vil være verdt å merke seg i møte med pasienter i livets slutfase. Hvor verdigheten nettopp kan krenkes hvis pasienten blir behandlet som en diagnose, ikke får medvirkning og i verst tenkelig situasjon dør alene. Forskningen til Rykkje & Råholm (2014) påpeker også at verdighet kan styrkes ved å føle seg verdsatt, elsket og tatt hånd om, og ikke som en byrde. Samtidig blir det understreket at alle mennesker har behov for en mening i livet. Dette samsvarer med Martinsens teori. Forskningen viser til at mennesker har ulike syn på hva som er verdig for dem. Mange anså barn og barnebarn som den største meningen og motivasjonen i livet (Rykkje & Råholm, 2014).

Mens andre syntes det var viktig å gripe dagens muligheter og få mest mulig ut av en dag, leve i nuet og ha noe å se frem til. Ettersom alle mennesker har ulike syn på hva som er verdig og gir verdighet er det viktig å lytte til pasienten, og etter best evne imøtekomme deres ønsker. Dette blir også underbygget av forskningen til (Rykkje & Råholm, 2014). Slik som tidligere nevnt i oppgaven er det svært viktig med et helhetlig syn på pasienten. Dette er avgjørende for å kunne bidra til en verdig død. Den helhetlige tilnærmingen kan styrkes ved å

se pasienten som et helt menneske med både, kropp, sjel og åndelighet. På den måten kan sykepleieren gi pasienten følelsen av å være elsket og ikke glemt når livet går mot slutten.

Ingen kan klare å tenke på Døden  
hele tiden,  
Livet trenger seg på  
med sitt veldige nærvær  
fyller lungene med luft  
og hendene med daglige småting  
skjønnheten lister seg inn  
i sansene, fra alle kanter  
med ufattelig sprengkraft.  
Jeg har ingen bønn på leppene lenger  
jeg sier bare Takk for mitt liv  
( Nettet, 2000, s.72).

## Bibliografi

- Borge, A.M. (2011). Personlig hygiene. I I.M. Holter & T.E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (4.utg.). ( 614-639). Oslo: Akribe.
- Busch, C. J., & Hirsch, A. (2011). Eksistensiell og åndelig omsorg. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon* (2.utg.). (s. 115-141). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Cipoletta, S., & Oprandi, N. (2014). What is a Good Death? Health Care Professionals' Narration on End-of-Life Care. *Taylor & Francis Group*, 38, 20-27. doi: 10.1080/07481187.2012.707166
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskrivning* (5.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Edlund, M. (2002). *Människans värdighet: ett grundbegrepp inom vårdvetenskapen*. (Avhandling, Sverige) Åbo Akademis Förlag.
- Folkehelseinstituttet.(2014). Dødsårsaksregisteret. *Dødsfall etter sted. 1969-2015*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>
- Fredriksen, A., & Arneberg, H. M. (2015). Eliminering. I K. Grov, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5.utg.). (s. 674-710). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Furst, C. J., & Starlander, J. (2011). Pustebesvær. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon* (2.utg.). (s. 609-615). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Grov, E. K. (2014). Pleie og omsorg ved livet slutt. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff ( Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasient* (2.utg.).(s. 522-537). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag .
- Helbostad, J. L., Paltiel, H., & Frantzen, T. L. (2011). Fysioterapi. I E. S. Kaasa, *Palliasjon* (2.utg). *Nordisk lærebok* (s. 631-649). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag .
- Helsedirektoratet.(2015). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. Hentet 11.03.2016, fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20kreftomsorgen-IS-2285.pdf>
- Helsepersonelloven (1999). Krav til helsepersonelles yrkesutøvelse. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=HELSEPERSONELL%20LOVEN#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=HELSEPERSONELL%20LOVEN#KAPITTEL_2)
- Henderson, V. A. (1998). *Sykepleiens natur*. Oslo: Universitetsforlaget

- Husebø, B. S., & Husebø, S. (2001). *De siste dager og timer*. Oslo: MEDLEX Norsk helseinformasjon.
- Husebø, S. B., & Eberhard, K. (1998). *Palliativ medisin*. Bergen: Eide forlag.
- Ilkjær, I. (2011). Den døende pasient - døden som sosialt og sosiologisk-biologisk fenomen. I E. I. M. Holter, & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. (4.utg.) (s. 742-782). Oslo: Arkibe.
- Kaasa, S. (Red.). (2011). *Palliasjon*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kalfoss, M. H. (2010). Møte med lidene og døende pasienter - sykepleierens møte med seg selv. I A. H. Almås, D. G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2*. (4.utg.) (s. 475-497). Oslo: Gyldendal akademisk .
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Knutstad, U. (Red.). (2010). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie* (3.utg.). Oslo: Akribe.
- Lorentsen, V. B., & Grov, E. K. (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås, D. G. Stubberud, & R. Grønseth ( Red.), *Klinisk sykepleie 2*. (4.utg.) (s. 401-437). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Martinsen, K. (2000) *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget
- Martinsen, K. (2003). *Fra marx til løgstrup*. ( 2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Neset, M.Å. (2000). *Den tredje porten*. Oslo: Aschehoug.
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler. Oslo: NSF.
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk* . Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Alminnelige bestemmelser. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=PASIENTRETTIGHETSLOVEN>
- Periyakoil, V., Stevens, M., & Kreamer, H. (2014). Multi-Cultural Long Term Care Nurses' Perceptions of Factors Influencing Patient Dignity at the End of Life. *Author manuscript*, 61(3), 440-446. doi 10.1111/jgs.12145
- Regjeringen. (1992). *FN's erklæring om den døendes rettigheter*. Hentet 20.02.2016, fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/30dbabb28fce4cbaa027317b4acb4918/no/pdfa/nou199919990002000dddpdfa.pdf>
- Rykkje, L., & Råholm, M.B. (2014). Understanding Older People's Experiences of Dignity and Its Significance in Caring- A Hermeneutical Study. *International Journal for Human Caring*, 18 (1), 17-26. doi: 10.20467/ 1091-5710-18-1-17

- Statistisk sentralbyrå. (2015). Dette er Norge 2015. Hva tallene forteller. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/dette-er-norge-2015?fane=om#content>
- Strang, P. (2012). *Palliativ vår inom äldreomsorgen*. Lund: Vårdförlaget.
- Strøm, B. S. (2015). Livssyn, verider og åndelig omsorg. I E. Grov, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5.utg.). (s. 908-923). Oslo: Cappelen damm akademisk.
- Stubberud, D. G. (2015). Sirkulasjon. I E. K. Grov, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5.utg.). (s. 440-486). Oslo: Cappelen damm akademisk.
- Sæteren, B. (2010). Omsorg for døende pasienter. I M. Reitan, & T. K. Schjøllberg (Red.), *Kreftsykepleie* (utg.3.). (s. 235-226). Oslo: Arkibe.
- Thorsen, L., & Dahl, M. (2015). Sykepleie til den døende pasient. I E. K. Grov, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5.utg.). (s. 926-956). Oslo: Cappelen damm akademisk.
- Trier, E. L. (2013). Lindrende sykepleie. I U. Knutstand (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie, Sykepleieboken 3* (2.utg.). (s. 892-944). Oslo: Cappelen damm akademisk.
- Wergland, L. S. (1992). *Omsorg og pleie ved livet slutt i sykehjem, sykehus og hjemme*. Oslo: Den norske kreft foreningen.
- Wille, I.L., & Nyrønning, S. (2012). Omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem. *Geriatrisk sykepleie*, 3,10-17. Hentet fra <http://omsorgsforskning-midt.no/wp-content/uploads/2013/09/omsoregartikkelgeriatri.pdf>
- World health organization. (2016). *Definition of an older or elderly person*. Hentet 08.03.2016, fra <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
- World health organization. (2016). *Definition of palliative care*. Hentet 02.04.2016, fra <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>