



En verdig avslutning på et langt liv

Kandidatnummer:183
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i Sykepleie

Antall ord: 8986
Dato:14.04.2020



LOVISENBERG
DIAGONALE HØGSKOLE

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 14.04.2020
Tittel: En verdig avslutning på et langt liv	
<p data-bbox="162 376 1394 439"><u>Problemstilling</u></p> <p data-bbox="162 439 1394 501">Hva bidrar til å fremme en verdig død for den gamle pasienten i livets slutfase på sykehjem?</p> <p data-bbox="162 546 1394 609"><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p data-bbox="162 609 1394 922">Det overordnede sykepleiefaglige rammeverket for denne oppgaven er sykepleierens lindrende funksjon. I det teoretiske kunnskapsgrunnlaget presenteres den gamle pasienten i livet slutfase, og de symptomer og tegn som kan oppstå når døden er nær. Videre tar teoridelen for seg både medikamentell og ikke-medikamentell symptomlindring. Begrepet verdighet og en verdig død blir beskrevet. Til slutt trekkes relevante etiske og juridiske føringer frem.</p> <p data-bbox="162 990 1394 1052"><u>Metode</u></p> <p data-bbox="162 1052 1394 1200">Dette er en litterær oppgave som bygger på eksisterende skriftlige kilder, som faglitteratur, forskningsartikler og teori, for å belyse og besvare problemstillingen. Forskningen som er brukt er kvalitativ. Egne erfaringer fra klinisk praksis blir også benyttet.</p> <p data-bbox="162 1267 1394 1330"><u>Diskusjon</u></p> <p data-bbox="162 1330 1394 1527">Her blir funnene fra pensum-, fag- og forskningslitteratur samt egne erfaringer kombinert og anvendt til å diskutere, belyse og besvare hva som bidrar til å fremme en verdig død for den gamle pasienten i livets slutfase på sykehjem. Respekt, tid med familie, smerte- og annen symptomlindring og livsforlengende behandling er sentrale temaer i dette kapittelet.</p> <p data-bbox="162 1594 1394 1657"><u>Konklusjon</u></p> <p data-bbox="162 1657 1394 1973">En verdig død er et individuelt begrep som tillegges ulik betydning. Sykepleien må derfor individualiseres for å fremme en verdig død for den enkelte. Forskningsresultatene trakk frem respekt, tid med familie, god smerte- og symptomlindring og unngåelse av unødig livsforlengende behandling som forenlig med en verdig død. Det kommer også frem at målet om å fremme en verdig død på sykehjem kan utfordres av faktorer som mangelfull sykepleie- og legedekning, utilstrekkelig kompetanse hos personalet og tidspress.</p>	

(Totalt antall ord: 265)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Presentasjon av problemstilling.....	2
1.2.1	Avgrensning og presisering av problemstilling	2
1.3	Begrepsavklaring	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....	4
2.1	Medisinskfaglig kunnskapsgrunnlag.....	4
2.1.1	Den gamle pasienten i livets slutfase.....	4
2.1.2	Symptomer og tegn på når døden er nær forestående.....	4
2.1.3	Medikamentell symptomlindring.....	6
2.2	Sykepleiefaglig kunnskapsgrunnlag.....	6
2.2.1	Sykepleierens funksjonsområder	6
2.2.2	Verdighet og en verdig død	7
2.2.3	Ikke-medikamentell symptomlindring.....	8
2.3	Etikk og yrkesetikk	10
2.3.1	De fire prinsippers etikk	10
2.3.2	Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere	10
2.4	Jus.....	11
2.4.1	Lovverk.....	11
2.4.2	FNs erklæring om døendes rettigheter.....	12
2.4.3	Forskrift om en verdig eldreomsorg	12
3	Metode.....	13
3.1	En litterær oppgave	13
3.2	Kvantitativ versus kvalitativ metode.....	13
3.3	Fremgangsmåte for litteratursøkene.....	14
3.4	Kildekritikk	16
3.5	Etiske hensyn.....	16
4	Presentasjon av forskningsresultater	18
4.1	Hovedfunn	18
4.2	Artikkelmatrise	19
5	Diskusjon.....	21
5.1	Respekt.....	21
5.2	Tid med familie og nære relasjoner.....	23
5.3	Smerte- og annen symptomlindring	24
5.4	Livsforlengende behandling	27
6	Avslutning	29
	Referanseliste.....	30

1 Innledning

I dag skjer de fleste dødsfall på sykehjem. Det har seg slik at faktisk hele 52% av dødsfallene i 2017 skjedde på sykehjem eller annen helse- og omsorgsinstitusjon utenom sykehus (Folkehelseinstituttet, 2018). Majoriteten av de som bor på sykehjem er gamle mennesker over 80 år. For disse er sykehjemmet som oftest siste holdeplass før døden inntreffer. Døden vil være en sentral del av arbeidshverdagen for sykepleierne på sykehjem (Thoresen & Dahl, 2015). Deres ansvar vil da være å lindre den lidelse som dødsprosessen medbringer, samt at de etter beste evne skal etterstrebe og gjøre den siste levetiden så verdig som mulig. Med utgangspunkt i dette skal oppgaven forsøke å besvare hva sykepleiere på sykehjem kan bidra med til å fremme en verdig død for den gamle pasienten i livets slutfase.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som nevnt ovenfor dør de fleste på sykehjem, og hovedvekten av de som bor der er 80 år gamle (Folkehelseinstituttet, 2018; Thoresen & Dahl, 2015). Ved en så høy alder sees et redusert funksjonsnivå, aldersforandringer, samt flere diagnoser. Den gamle pasienten har derfor ofte et komplekst sykdomsbilde, som med høy sannsynlighet følger de livet ut. Dette stiller krav til at sykepleier innehar tilstrekkelig kunnskap og kompetanse om både geriatri og palliasjon (Grov, 2014).

Etter innføringen av samhandlingsreformen økte forventningene til kommunehelsetjenesten, og sykehjemmene fikk pasienter med et større behov for medisinsk og sykepleiefaglig oppfølging enn tidligere. Dette byr på en rekke utfordringer, særlig med tanke på tilstrekkelig kompetanse og bemanning (Grov, 2014). Kartleggingen i 2019 av planlagt og faktisk bemanning i Østfolds pleie- og omsorgstjeneste viser at det i en av fem sykepleiervakter mangler sykepleiere, og at det brukes opp mot dobbelt så mange ufaglærte som planlagt (Brasetvik, 2019). Jeg har selv opplevd at det er sykepleiermangel på sykehjem, og jeg ser ofte at det kun er en sykepleier på vakt per avdeling. Dette medfører at sykepleieren har et stort ansvar for den sykepleien og omsorgen som skal gis.

Sykehjem er for meg en mulig framtidig arbeidsplass, og som framtidig sykepleier ønsker jeg derfor mer kunnskap om sykepleie til den gamle pasienten i livets slutfase, da jeg til nå ikke har tilstrekkelig kunnskap og erfaring rundt dette. Økt kunnskap kan også være med på å

gjøre meg tryggere i situasjoner hvor det er mangel på sykepleiere og kompetanse, da dette kan være tilfellet på sykehjem. Jeg ønsker å kunne tilrettelegge sykepleien på en slik måte at jeg bidrar til å fremme en verdig død hos denne pasientgruppen.

Hensikten med denne oppgaven er å få økt kunnskap om den gamle pasienten i livets slutfase, hvilken rolle jeg har som sykepleier, samt hva som kan fremme en verdig død for denne pasientgruppen på sykehjem. Den tillærte kunnskapen ønsker jeg å kunne anvende i undervisning og veiledning til framtidige kolleger. Det ville også vært fint om andre i helse- og omsorgssektoren, som er i møte med den gamle pasienten i livets slutfase, fant nytte i denne oppgaven.

1.2 Presentasjon av problemstilling

I lys av det som er skrevet i kapittel «1.1 Bakgrunn for valg av tema» vil denne bacheloroppgaven ha som mål å besvare problemstillingen:

Hva bidrar til å fremme en verdig død for den gamle pasienten i livets slutfase på sykehjem?

1.2.1 Avgrensning og presisering av problemstilling

Mennesker blir nå gamlere enn tidligere (Folkehelseinstituttet, 2018), og de gamle har ofte flere helseplager som gjør at de kommer i kontakt med helsevesenet (Ranhoff, 2014). Den gamle pasienten er å se på sykehjem, og her tilbringer de fleste den siste tiden av livet sitt (Thoresen & Dahl, 2015; Folkehelseinstituttet, 2018). Grunnet dette ble den gamle pasienten valgt som oppgavens målgruppe.

Videre viser Folkehelseinstituttet (2018) at litt over halvparten av dødsfallene i 2017 skjedde på sykehjem eller andre helse- og omsorgsinstitusjoner utenfor sykehus. Det ble derfor naturlig å avgrense problemstillingen til å gjelde gamle pasienter i livets slutfase boende på sykehjem. Jeg vil også nevne at sykehjem er en kontekst som egner seg godt til omsorg ved livets slutt (Husebø & Husebø, 2005 referert i Rykkje, 2010), men sykepleien til de døende der kan kreve «mer av alt» og sykepleierne kan føle seg «alene om alt». Dette er forårsaket av at arbeidet med døende er komplekst og krever god kunnskap, samt betydelige ferdigheter og holdninger. Det er også forårsaket av at sykehjem er preget av lav bemanning, mangelfull sykepleie- og legedekning, og mangelfull kompetanse hos de ansatte (Brasetvik, 2019; Svendsen, Landmark & Grov, 2017). Tidspress er også et kjennetegn på sykehjemmet som arena for sykepleie (Gautun, Øien & Bratt, 2016).

Jeg har videre valgt å avgrense konteksten til langtidsavdeling på sykehjem, da dette er en arena hvor man kan bli godt kjent med pasienten, noe som er essensielt for å kunne tilrettelegge sykepleien individuelt. Pårørende spiller også en viktig rolle ved livets slutt, men jeg har valgt å ikke fokusere så mye på dette i denne oppgaven.

Det tas også utgangspunkt i at den gamle pasienten ikke lider av demens eller kognitiv svikt, slik at man lettere kan samtale om behov og ønsker. Dette til tross for at 80% av pasientene på sykehjem har diagnosen demens (Helsedirektoratet, 2019).

Som nevnt tidligere dør de fleste gamle på sykehjem, noe som vil si at dødsfall inntreffer relativt ofte og vil være en naturlig del av sykepleierens arbeidshverdag. Det er derfor viktig å undersøke hva sykepleier kan bidra med til å fremme en verdig slutt på livet.

1.3 Begrepsavklaring

Den gamle pasienten er et begrep som omtaler personer over 75 år, som ofte har aldersforandringer som er av betydning for sykdom, diagnostikk, behandling, forløp og prognose. Denne pasienten er med andre ord et gammelt menneske som har en eller flere helseproblemer som gjør at vedkommende kommer i kontakt med helsevesenet (Ranhoff, 2014).

Livets slutfase er den fasen hvor det er overveiende sannsynlig at gjenværende levetid er betydelig begrenset, og er ofte definert som uker eller dager (NPF & NFPM, 2016). I denne oppgaven defineres livets slutfase som gjenværende levetid på noen dager.

Det finnes ulike synspunkter på hva en *verdig død* er, og derav ingen klar definisjon. En verdig død er et individuelt begrep, som tillegges forskjellig betydning alt etter den enkeltes kulturelle, religiøse og personlige verdier (Sykepleieetisk råd referert i Dalgaard, 2010). En verdig død forutsetter likevel å få lindret symptomer av fysisk, psykologisk, eksistensiell eller åndelig karakter, samt å ha noen hos seg og ikke være alene i dødsøyeblikket (Steindal, 2012).

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I dette hovedkapittelet vil det bli presentert og gjort rede for relevant teori som skal bidra å belyse oppgavens problemstilling.

2.1 Medisinskfaglig kunnskapsgrunnlag

Det er viktig å ha kjennskap til medisinskfaglig kunnskap, da dette danner et utgangspunkt for sykepleien. I tråd med yrkesetiske retningslinjer må sykepleierens handlinger være forankret i fagets verdigrunnlag, og relevant og anerkjent fagkunnskap (Norsk Sykepleierforbund, 2016 referert i Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016). Hensikten med dette delkapittelet vil derfor være å gjøre rede for relevant og anerkjent fagkunnskap knyttet til hva som kjennetegner den gamle pasienten i livets slutfase, hvilke symptomer og tegn som kan oppstå når døden er nær, samt medikamentell symptomlindring.

2.1.1 Den gamle pasienten i livets slutfase

Den gamle pasienten representerer som nevnt majoriteten av de som bor på sykehjem (Thoresen & Dahl, 2015). En ser det at dødsårsakene for personer over 70 år er i all hovedsak grunnet hjerte- og karsykdommer, kreft og luftveissykdommer, men hovedutfordringen for den gamle pasienten er at vedkommende ofte har en kombinasjon av flere enkeltsykdommer. Dette kalles komorbiditet, og vil kunne følge den gamle pasienten helt til døden inntreffer. Dette fører til at de som utøver sykepleie og omsorg til den døende gamle, vil møte et komplekst sykdomsbilde. Det komplekse sykdomsbildet stiller høye krav til sykepleierens kunnskap og kompetanse knyttet til enkeltsykdommer og kombinasjoner av disse, samt mulig sykdomsutvikling fram mot døden. Videre er det også viktig at sykepleier har kunnskap om sykdommene sin innvirkning på pasientens helsetilstand og funksjon (Grov, 2014).

Den gamle pasienten i livets slutfase er ofte preget av forandringer i ulik karakter. Dette kan være forandringer grunnet naturlig aldring og sykdom, men også på grunn av at døden er nær forestående (Thoresen & Dahl, 2015).

2.1.2 Symptomer og tegn på når døden er nær forestående

Ulike symptomer og tegn kan oppstå når døden er nær forestående, noe som kan oppleves ubehagelig for pasienten. Dersom disse plagene ikke lindres kan man tenke at opplevelsen av verdighet trues. Det vil derfor være viktig å ha kjennskap til disse plagene, slik at sykepleieren vet hva pasienten kan trenge av lindring.

Døden er et grunnleggende fenomen i alle menneskers liv, og er livets endelige grense. Hvordan et menneske inntre døden kan variere. Hos noen er døden ventet, mens hos andre kan døden komme akutt og uventet. I de tilfellene hvor døden er ventet, kan man observere symptomer og tegn på at døden er nær forestående. Det er viktig å identifisere tegn på at pasienten er døende, for slik informasjon må formidles til både pasienten selv, dens pårørende og de ansatte på arbeidsplassen (Thoresen & Dahl, 2015).

Under de siste levedager kan det inntre en markant endring i pasientens tilstand. Dette omfatter blant annet at pasienten kan få et økt søvnbehov og bli fysisk svekket, som medbringer et økende behov for sengeleie. Videre kan man se at interessen for omgivelsene avtar, og pasienten viser mindre respons til sine nærmeste. Svekket orienteringsevne og periodevis forvirring kan også sees (Thoresen & Dahl, 2015). En kan også oppleve at kommunikasjon blir vanskelig, da den døende kan ha vansker med å finne de rette ordene, de kan gi korte svar eller så kan det også hende at de ikke lengre er i stand til å utveksle ord (Kvam, 2018).

Dødsprosessen omfavner også nedadgående interesse for næring og væske, og det å svelge tabletter blir ofte problematisk. Redusert væskeinntak gir redusert urinproduksjon, men man må likevel observere tegn til urinretensjon. Det er også vanlig at den døende mister kontrollen over både urin og avføring (Kvam, 2018). Obstipasjon kan også oppstå ved livets slutt, som videre kan gi kvalme, smerter og uro hos pasienten (Thoresen & Dahl, 2015).

Pasienten har gjerne nedsatt sirkulasjon de siste levedagene, som kan observeres ved at nesen, beina og armene blir kalde, leppene kan være cyanotiske og det oppstår marmorering på hendene og føttene. Respirasjonen til en døende pasient kjennetegnes ved at den veksler mellom hyppig og langsom, dyp og overfladisk pust hvor det ofte forekommer pustepauser. De fleste døende puster også med åpen munn (Thoresen & Dahl, 2015).

Når man er stilt overfor døden vil mange kjenne på en dødsangst og indre uro, mens andre er innforståtte med døden, men er redde for smerter og plager. Ved livets siste dager er det viktig at sykepleier observerer tegn på smerter, som for eksempel at pasienten skjærer grimaser, er urolig, ynker seg eller gjør motstand mot snuing (Thoresen & Dahl, 2015).

2.1.3 Medikamentell symptomlindring

Når livet nærmer seg slutten er det vanlig at pasienten har behov for medikamentell symptomlindring. Smerter, dyspné, surkling fra luftveier, kvalme, angst og uro er alle symptomer som kan lindres av legemidler (Helsedirektoratet, 2018). Sykepleiere er avhengig av legen som en samarbeidspartner når det kommer til medikamentell symptomlindring (Kristoffersen, 2016), siden sykepleiere ikke kan administrere legemidler uten ordinasjon fra lege (Bielecki & Bjørndahl, 2013). Ved symptomlindrende farmakologisk behandling av den gamle pasienten må det tas hensyn til kroppens endrede toleranse og omdanning av legemidler. Det skjer en svekkelse av de homeostatiske systemene og en endring på virkestedene for medikamentene, noe som øker risikoen for bivirkninger (Saltvedt & Wyller, 2016). Ordinasjon av lave doseringer vil derfor være ideelt for den døende gamle (Husebø & Husebø, 2001 referert i Rykkje, 2010).

2.2 Sykepleiefaglig kunnskapsgrunnlag

Som sykepleier arbeider man etter et faglig teoretisk kunnskapsgrunnlag, som skal danne et utgangspunkt for sykepleieutøvelsen (Kristoffersen et al., 2016). På grunn av dette vil dette delkapittelet presentere sykepleierens funksjonsområder, med en nærmere redegjørelse av den lindrende funksjon. Jeg vil også klargjøre for hva verdighet og en verdig død er, samt hvordan sykepleier kan lindre symptomer hos den døende ved hjelp av ikke-medikamentelle tiltak.

2.2.1 Sykepleierens funksjonsområder

Sykepleiere har flere funksjoner og ansvarsområder som skal prege måten man tilnærmer seg og ivaretar pasienter på, og det er pasientens hjelpebehov som bestemmer sykepleien som skal gis (Nortvedt & Grønseth, 2016). Dødsprosessen kan utsette pasienten for en del plager av ulik dimensjon, hvor da lindring vil være en fundamental sykepleieoppgave. I lys av dette vil derfor sykepleierens lindrende funksjon være det overordnede sykepleiefaglige rammeverket for denne oppgaven.

Sykepleiers funksjonsområder omfavner både direkte og indirekte pasientrettede oppgaver. Innunder sykepleie som omfatter direkte pasientrettede oppgaver finner man sykepleierens behandlende-, lindrende-, forebyggende og helsefremmende- og rehabiliterende/ habiliterende funksjon. Mens sykepleierens undervisende-, administrative- og fagutviklende funksjonen finner man under de indirekte pasientrettede oppgavene. Disse funksjonene utgjør en integrert helhet i den kliniske praksisutøvelsen (Nortvedt & Grønseth, 2016). Det er flere av disse

funksjonene som kan knyttes til min problemstilling, men jeg har valgt å gå nærmere inn på sykepleierens lindrende funksjon da jeg anser denne som mest relevant.

Sykepleierens lindrende funksjon benyttes når pasientens problemer ikke kan fjernes. Funksjonen har til hensikt å redusere eller begrense belastninger, av fysisk, psykisk, sosial eller åndelig karakter, som måtte oppstå ved livets slutt. Lindring av den døendes symptomer og plager inkluderer både medikamentelle og ikke-medikamentelle sykepleietiltak. Her er målet om å fremme en opplevelse av velvære viktig (Kristoffersen et al., 2016). For å kunne ivareta den lindrende funksjonen må man som sykepleier rette oppmerksomheten særlig mot pasientens livskvalitet og opplevelse og erfaringer knyttet til sykdom og lidelse (Nortvedt & Grønseth, 2016).

2.2.2 Verdighet og en verdig død

Verdighet og en verdig død er begge begreper som er tvetydige. Det er mange forskjellige måter å forstå disse begrepene på, og på grunn av det vil jeg presentere hva som legges i begrepene i denne oppgaven i de kommende avsnittene.

Begrepet verdighet kan skilles i to dimensjoner. Den første er en iboende og absolutt verdighet knyttet til menneskeverdet, og er ukrenkelig men kan trues. Den andre er en relasjonell og relativ form for verdighet som er knyttet til sosiale relasjoner og identitet, som både kan ivaretas og krenkes. Sykepleier kan ivareta pasientens verdighet gjennom å se og høre, samt anerkjenne den enkelte som unik og uerstattelig, og la de delta og medvirke i eget liv (Heggstad, 2016).

Den gamle pasienten på sykehjem er en sårbar pasient da de, og deres situasjon kan gjøre at de føler seg til bry eller er lite verdt. Den døende pasienten er hjelpetrengende, noe som gjør vedkommende særlig utsatt for krenkelse av sin integritet og verdighet. Dette kan både være grunnet pasientens avhengighet av hjelp, eller måten sykdom og alder preger vedkommende på, men også på grunn av at pasienten muligens ikke er i stand til å forsvare seg mot maktmisbruk (Thoresen & Dahl, 2015). Det å bli behandlet som en diagnose kan for pasienten også oppleves som svært krenkende, og samtidig true verdigheten knyttet til menneskeverdet (Thoresen & Dahl, 2015; Heggstad, 2016). Det vil derfor være viktig at man som sykepleier ser hele mennesket, og gir vedkommende en helhetlig omsorg (Thoresen & Dahl, 2015).

Det er nyttig at sykepleiere som jobber med døende har kjennskap til at verdighet ikke bare omhandler kunnskaper om behandlingstilnæringer, men også om hvordan man framstår som person, og hvordan man klarer å imøtekomme den døende sine preferanser i livets slutfase. Verdighet kan for eksempel vises gjennom bevisst stemmebruk og ordvalg i samtale med den døende (Gro, 2014).

Mange benytter seg av begrepet en verdig død, men hva innebærer dette? Det er ingen endelig definisjon eller en felles forståelse for hva en verdig død innebærer. Derimot er det sentralt å tilrettelegge for en død som er i tråd med pasientens ønsker og hvem den døende er som person (Thoresen & Dahl, 2015). Begrepet en verdig død kan bestå av både relasjonelle og individuelle aspekter. Dette fordi ordet *verdig* kan assosieres med verdier som respekt, selvbestemmelse, integritet og identitet, som videre ivaretas og virkeliggjøres i mellommenneskelige relasjoner (Dalgaard, 2010).

Sykepleietisk råd har heller ikke funnet en definisjon på en verdig død, men de utdyper hva en verdig død kan romme. *«Begrebet en værdig død er dækkende i forhold til det værdighedskrav den døende har krav på og som udtrykker den respekt, som pårørende og sundhedspersonale bør vise den døende.»* (Sykepleietisk råd referert i Dalgaard, 2010, s.82). En verdig død er et individuelt begrep, som tillegges forskjellig betydning alt etter som hva den enkeltes kulturelle, religiøse og personlige verdier er. Den individuelle oppfatningen av verdighetsbegrepet oppfordrer derfor at sykepleieren i den bestemte situasjonen overveier hvordan en kan bidra til at døden oppleves verdig av den enkelte pasient og deres pårørende. Det er viktig at den sykepleien og omsorgen som gis blir gitt på en verdig måte slik at den enkeltes identitet og integritet ikke krenkes (Sykepleietisk råd referert i Dalgaard, 2010).

2.2.3 Ikke-medikamentell symptomlindring

Den gamle pasienten i livets slutfase kan som nevnt tidligere oppleve en rekke symptomer når døden nærmer seg. En viktig oppgave blir her at sykepleieren observerer, identifiserer og gjenkjenner symptomene, og da etter beste evne igangsetter tiltak som lindrer pasientens lidelse. Dette er ingen enkel oppgave, og den krever både kunnskap og erfaring av sykepleieren (Gro, 2014).

Oppgavens pasientgruppe verdsetter og ønsker ofte å få ivaretatt de små og nære behovene. Enkle tiltak som å smøre heler med fuktighetskrem viser gjennom handling nærvær og

godhet, som er en viktig form for symptomlindring (Grov, 2014). Dårlig sirkulasjon og dyspné kan oppstå når døden er nær forestående. Relevante tiltak kan da være å anvende en sirkulasjonsmadrass eller iverksette stillingsendingsregime, da dette har en forebyggende effekt mot smerter og vevsskader. Samtidig kan det bidra til å lindre slimplager hos de som ikke klarer å hoste opp slim selv. Kald og frisk luft, samt en kald klut på pannen kan også være et godt tiltak for å redusere pasientens opplevelse av å få for lite luft. Tiltak som godt munnstell og hyppig fuktig av munnen er også viktig da den døende puster med åpen munn (Thoresen & Dahl, 2015).

Det er kjent at søvnbehovet hos den døende øker, og et viktig sykepleietiltak her vil være å leire pasienten i en behagelig stilling. Her må sykepleier ha oppmerksomhet på at pasienten ikke har det for varmt eller for kaldt, samt at man må observere om det er noen folder og krøller på lakenet som kan være til belastning på huden. Videre kan sykepleier leire pasienten i en behagelig stilling ved hjelp av puter, som støtter opp der pasienten trenger det mest (Grov, 2014).

Angst, uro og forvirring kan forekomme når man er stilt overfor døden. Dette kan være en svært skremmende situasjon for pasienten, og det er derfor essensielt at sykepleier har en tett oppfølging av pasienten hvor målet er å skape trygghet. Skjerming fra støy og annen stimuli, som radio og tv, kan også være nødvendig for å skape en rolig atmosfære (Thoresen & Dahl, 2015). Nærvær, berøring, pårørende tilstede og trøst er også gode tiltak i en slik situasjon (Saltvedt & Wyller, 2016).

På dødsleiet kan pasienten oppleve å få smerter (Thoresen & Dahl, 2015). Smerter kan være i form av fysisk, åndelig, eksistensiell og psykososial karakter. Smerter, samt andre symptomer ved livets slutt, kan som nevnt tidligere lindres av legemidler. Men smerter kan også lindres av ikke-medikamentelle tiltak. Et varsomt håndlag i møte med pasienten er et viktig tiltak å rette fokus på, spesielt da mangel på dette kan oppleves som tyngende for pasienten og påføre vedkommende unødig ubehag og smerte. Når det kommer til eksistensiell smerte kan bekræftelse, interesse og engasjement fra sykepleieren være symptomlindrende (Grov, 2014).

2.3 Etikk og yrkesetikk

2.3.1 De fire prinsippers etikk

Innen sykepleien eksisterer de fire prinsippers etikk; rettferdighet, autonomi, velgjørenhet og ikke skade. Jeg har valgt å fokusere på de tre sistnevnte da disse er blant de viktigste etiske prinsippene i sykepleien, og fordi de er relevante for å belyse min problemstilling. Disse prinsippene er ment å fungere som et bindeledd mellom etiske teorier og sykepleiernes allmennmoral (Nortvedt, 2016).

Autonomiprinsippet

Prinsippet om autonomi handler om at pasienten selv, dersom vedkommende er kompetent til å ta egne valg, skal få bestemme over sin egen behandling og pleie. Prinsippet inkluderer også pasientens rett til å nekte behandling (Nortvedt, 2016). Retten til å få en autonom beslutning respektert er både en etisk og juridisk rettighet (Brinchmann, 2016).

Velgjørhetsprinsippet

Velgjørhetsprinsippet kan forstås på flere måter. En viktig forståelse av dette prinsippet er tanken om både å ville og, etter beste evne, gjøre det beste for pasienten. Idéen om å handle i pasientens beste interesse er fundamentet i sykepleie og alt helsesrelatert arbeid (Nortvedt, 2016).

Ikke skade- prinsippet

Ikke skade-prinsippet presiserer hva man ikke skal gjøre mot pasienten. Dette prinsippet skal beskytte pasienten mot dårlig praksis og feilbehandling. Her er det også viktig at man som sykepleier minimaliserer pasientens smerte og ubehag, lindrer lidelse og gir ivaretagende omsorg. I noen tilfeller er man nødt til å påføre pasienten smerte og ubehag. Det vil i slike tilfeller være viktig at sykepleier utfører prosedyrer og handlinger så skånsomt og varsomt som overhode mulig (Nortvedt, 2016).

2.3.2 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

De yrkesetiske retningslinjene åpner med en presentasjon av sykepleiens grunnlag. Der står følgende: «*Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygges på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettigheter*» (Sneltvedt, 2016, s.110). De yrkesetiske retningslinjene beskriver sykepleiernes profesjonsetikk og de forpliktelser som er tilknyttet en god sykepleiepraksis.

Det å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død er sykepleierens fundamentale plikt. Sykepleierens profesjonsetiske ansvar omfatter mennesker i alle livsfaser, herunder den gamle pasienten i livets slutfase (Norsk sykepleierforbund, 2011). Det er spesielt noen punkter som jeg vil trekke fram som relevante for min problemstilling;

2.3 Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg.

2.9 Sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse.

2.10 Sykepleieren deltar aktivt i beslutningsprosesser om livsforlengende behandling, og bidrar til at pasientens stemme blir hørt.

2.11 Sykepleieren bidrar til en naturlig og verdig død, og at pasienten ikke dør alene.

2.12 Sykepleieren bidrar ikke til aktiv dødshjelp (eutanasi) og hjelper ikke pasienten til selvmord

(Sneltvedt, 2016, s.111-112)

2.4 Jus

2.4.1 Lovverk

Utøvelsen av lindrende behandling og omsorg til pasienter i livets slutt må skje i tråd med norsk lov. Det er da spesielt de helserettslige lovene som legger føringer for sykepleien som gis (Helsedirektoratet, 2015). Det er flere helserettslige lover som er relevante for min problemstilling, men jeg har valgt å presentere nedennevnte paragrafer i pasient- og brukerrettighetsloven og helsepersonelloven da disse ivaretar pasientens rett til medvirkning og deres rett på forsvarlig helsehjelp av god kvalitet.

Pasient- og brukerrettighetsloven, kapittel 3, §3-1:

Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. [...] Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. [...] (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1).

Helsepersonelloven, kapittel 4, §4:

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 skal innrette seg etter sine faglige

kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvide pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. [...] (Helsepersonelloven, 1999, §4).

2.4.2 FNs erklæring om døendes rettigheter

Erklæringen om døendes rettigheter ble utarbeidet av FN. Disse rettighetene avspeiler flere viktige og sentrale verdier, som jeg mener bør prege sykepleien til den gamle pasienten i livets slutfase. Jeg har valgt å presentere noen av de døendes rettigheter, da de er med å belyse min problemstilling:

- *Jeg har rett til å delta i avgjørelser som gjelder behandling av meg*
- *Jeg har rett til å slippe å dø alene*
- *Jeg har rett til smertelindring*
- *Jeg har rett til å få dø i fred og med verdighet*
- *Jeg har rett til å bli behandlet av omsorgsfulle, medfølede, kyndige mennesker som vil prøve å forstå mine behov og som vil oppleve det som givende å hjelpe meg å møte min død (Thoresen & Dahl, 2015, s.934).*

2.4.3 Forskrift om en verdig eldreomsorg

Jeg vil også vise til forskriften om en verdig eldreomsorg, også kalt verdighetsgarantien, da denne skal sikre den gamle pasienten på sykehjem en verdig eldreomsorg.

Forskriften har som mål å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at den bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom (Verdighetsgarantiforskriften, 2010, §1).

Sykehjemmene skal tilrettelegge for en eldreomsorg som sikrer at pasienten får et verdig og meningsfylt liv i samsvar med sine individuelle behov (Verdighetsgarantiforskriften, 2010, §2). Videre oppgir forskriften at tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkelte pasients autonomi, egenverd og livsførsel, samt sikre at medisinske behov bli ivaretatt. For å oppnå disse målene må tjenestetilbudet tilrettelegges for at en rekke hensyn ivaretas. Eksempel på dette er at pasienten skal få faglig forsvarlig oppfølging av lege og annet relevant helsepersonell, samt få lindrende behandling og en verdig død (Verdighetsgarantiforskriften, 2010, §3).

3 Metode

Metode er et redskap som anvendes i møte med noe man ønsker å undersøke, som i dette tilfellet er oppgavens problemstilling. Metoden hjelper forfatteren til å innhente informasjon som man trenger til undersøkelsen (Dalland, 2017).

3.1 En litterær oppgave

Dette er en litterær oppgave, hvor jeg har anvendt kunnskap fra eksisterende skriftlige kilder, som teori-, fag- og forskningslitteratur (Dalland, 2017). Egne praksiserfaringer er også benyttet for å belyse problemstillingen. Jeg har videre gjort en kritisk gjennomgang av litteraturen og sammenfattet det hele til slutt. Hensikten med oppgaven er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det området som problemstillingen etterspør (Thidemann, 2019).

3.2 Kvantitativ versus kvalitativ metode

Kvantitativ forskningsmetode opererer med data i form av målbare enheter, slik som tall. Dette er såkalte harde og objektive data, som vil si eksakt faktakunnskap. Dersom man blant annet ønsker svar på spørsmål som *Hvor ofte?* og *Hvor mye?* er kvantitativ metode hensiktsmessig. Datainnsamlingen i en kvantitativ studie skjer ved hjelp av spørreskjemaer med faste svaralternativer, systematisk og strukturert observasjon og eksperiment. Kvantitativ metode er kjennetegnet av breddekunnskap, hvor man får et lite antall opplysninger fra mange undersøkelsesenheter (Thidemann, 2019).

Kvalitativ forskningsmetode har som hensikt å få kunnskap om menneskelige egenskaper slik som meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Dette er såkalte myke og subjektive data, noe som gjør at funnene ikke kan generaliseres. Dersom man ønsker svar på spørsmål slik som *Hvordan oppleves ...?* og *Hva betyr ...?* vil kvalitativ metode være hensiktsmessig. Datainnsamlingen i en kvalitativ studie skjer ved bruk av intervju, observasjon, feltarbeid eller dokumentanalyse. Denne metoden er kjennetegnet av dybdekunnskap, hvor man innhenter mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter (Thidemann, 2019).

I denne oppgaven er den anvendte forskningen kvalitativ. Kvalitative forskningsartikler ble valgt grunnet oppgavens problemstilling. Hva som bidrar til å fremme en verdig død vil variere fra person til person. Det vil si at en verdig død er en subjektiv og individuell opplevelse, som ikke kan måles ved hjelp av tall slik som kvantitativ forskning opererer med. I forskningsartiklene er det blitt brukt fokusgrupper, semistrukturerte intervju og narrative intervju for å samle inn data. Fokusgruppe er en metode som har som hensikt å samle inn kvalitative data fra en gruppe mennesker som diskuterer et gitt tema (Lerdal & Karlsson, 2009). Semistrukturerte intervju har ingen nøyaktig nedtegnet spørsmålsformulering. Her benyttes nedskrevne stikkord eller beskrivelser som intervjueren skal ta utgangspunkt i når vedkommende skal formulere spørsmålene (Malt, 2015). Narrative intervju anvendes når en ønsker tilgang til objektenes fortelling eller historie (Kvale & Brinkmann, 2015).

3.3 Fremgangsmåte for litteratursøkene

Jeg utførte litteratursøkene i databasene Cinahl, SveMed+ og PubMed, som alle inneholder fagfelleurdert forskning med sykepleiefaglig relevans. Oppgavens problemstilling har dannet utgangspunktet for de søkeordene som har blitt anvendt i litteratursøkene. De søkeordene som ble brukt er: Sykehjem, Nursing homes, Nursing home patients, Healthcare professionals, Older age, Dignity, Terminal care, Palliative care, Palliativ omsorg og Qualitative studies. Jeg stilte noen kriterier som jeg ønsket at litteratursøkene skulle imøtekomme. De var som følgende; artiklene må være skrevet på et forståelig språk; engelsk eller skandinavisk, de må ha relevans for oppgavens problemstilling, de må være fagfelleurderte og helst ikke være eldre enn 10 år, samt at artiklene må kunne knyttes opp til sykepleiepraksis her i Norden.

De utførte litteratursøkene ga mange treff. Flere forskningsartikler ble automatisk utelukket da titlene ikke var relevant for oppgavens problemstilling. Videre ble det lest sammendrag på de artiklene som vekket interesse, som til slutt resulterte i de forskningsartiklene som står presentert i søkehistorikktabellen.

Søkehistorikk					
Artikkel	Dato for søk	Database	Søkeord og kombinasjon	Avgrensning	Antall treff
Nr 1. Talking about end- of- life care: Perspectives of nursing home residents	10.12.2019	Cinahl	Nursing home patients AND Terminal care AND Qualitative studies (Alle emneord)	Peer Reviewed 2009-2019	58 treff
Nr. 2 Hva er en god død i sykehjem	02.12.2019	SveMed+	Palliativ omsorg AND Sykehjem (Søkt i fritekstfeltet)	Peer Reviewed	26 treff
Nr. 3 Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents` view	11.12.2019	PubMed	Palliative care AND Dignity AND Nursing homes AND Older Age (Alle emneord)		13 treff
Nr. 4 What is a Good Death? Health Care Professionals` Narrations on End-of-Life Care.	15.03.2020	Cinahl	Dignity AND Healthcare professionals AND Palliative care (Alle tekstord)	Peer Reviewed 2010-2020	26 treff

Annen valgt faglitteratur, sett bort fra forskningsartiklene, ble funnet i sykepleiestudiets pensumlister og ifra referanselister i pensumbøker og tidligere bacheloroppgaver. Jeg benyttet også litteratur fra søk i biblioteksøketjenesten Oria, samt av nettsider slik som Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, Norsk Helseinformatikk, Norsk sykepleierforbund, Den Norske legeforeningen, Sykepleien og Lovdata. Litteraturen ble valgt ut på grunn av sin relevans knyttet opp til problemstillingen.

3.4 Kildekritikk

Jeg satte noen kriterier før jeg gikk i gang med litteratursøkene, som nevnt i forrige delkapittel. Det ble likevel valgt noen litteraturkilder som ikke oppfylte alle disse kriteriene. Cipolletta og Oprandi (2014) inkluderer ikke helsepersonell på sykehjem, men til tross for dette anser jeg resultatene som overførbare til denne oppgavens kontekst. Av valgt litteratur som ikke er forskning, er det kun lovverk som er eldre enn 10 år. Av forskningsartikler er Pleschberger (2007) og Gjerberg og Bjørndal (2007) sine studier eldre enn 10 år. Artikkene er fortsatt benyttet da de belyser problemstillingen på ulike måter, har en sykepleiefaglig relevans, samt at de oppleves som relevante i lys av dagens situasjon. Forskningen tar for seg ulike perspektiver på hva en god og verdig død innebærer, hvor de da har inkludert både beboere og ulikt helsepersonell sine synspunkt.

For å sikre at det er god kvalitet på de kildene jeg har innhentet forskningslitteratur fra, har jeg forsikret meg om at alle de valgte artiklene er fagfellevurderte og skrevet i fagfellevurderte tidsskrifter som har nivå 1 eller 2 på NSD. Forfatterne er også anerkjente fagfolk og forskere innenfor feltet. Av den valgte forskningen er ikke alle utført i Norge, men det er likevel en likhet mellom situasjon og sted som gjør forskningsresultatene overførbare. Majoriteten av forskningen er skrevet på engelsk. En svakhet med dette kan være at jeg har tolket informasjonen feil ved oversettelse, samtidig som noe av innholdet kan ha gått tapt i prosessen. Jeg har valgt å benytte meg av forskning med en kvalitativ orientert metode, dette kan sees på som en styrke på grunn av at verdighet og hva som fremmer en verdig død er en subjektiv oppfatning. På den andre siden kan en slik metode sees på som en svakhet, grunnet få intervjuobjekt og at de subjektive opplevelsene blir nedtegnet av intervjueren, som da fører til at informasjonen blir bearbeidet og presentert av en annen enn den som opprinnelig ga informasjonen (Dalland, 2017). Her vil da de valgte artiklene som har anvendt lydopptak ha en styrke. I lys av dette har jeg forsøkt så langt det lar seg gjøre å bruke primærlitteratur, men i noen tilfeller har jeg sett meg nødt til å anvende sekundærlitteratur.

3.5 Etiske hensyn

Jeg anvender egne kliniske praksiserfaringer i oppgaven for å belyse problemstillingen, og da er jeg nøye med å ivareta konfidensialitet og taushetsplikt. Nedskreivne erfaringer skal ikke kunne gjøre det mulig å gjenkjenne praksissted, avdelinger eller pasienten og de ansatte i den omtalte situasjonen. Omtalelser av ansatte og pasienter blir gjort på en respektfull og verdig

måte, hvor anonymitet blir ivaretatt. Jeg anvender også eksisterende litteratur, og for å unngå at andres arbeid fremstilles som mitt eget er jeg opptatt av å vise god kildehenvisningsskikk.

De valgte forskningsartiklene viser til at de har tatt etiske hensyn, hvor da noen har vært tydeligere på dette enn andre. Respondentene har deltatt på frivillig basis og har til enhver tid hatt mulighet til å trekke seg fra studiene. Konfidensialitet er også ivaretatt hos samtlige studier.

4 Presentasjon av forskningsresultater

I dette kapittelet sammenfatter jeg hovedfunnene fra forskningsartiklene som er med på å belyse og besvare min problemstilling. Videre presenteres de fire hovedartiklene i en artikkelmatrise.

4.1 Hovedfunn

Felles for all den valgte forskningen er at de omhandler hva en verdig og god død kan innebære. Halvparten av forskningsartiklene undersøker sykehjemsbeboere sitt perspektiv på hva en verdig død innebærer, mens den andre halvparten undersøker hva ulikt helsepersonell sitt perspektiv er. Samtlige forskningsartikler nevner at god smerte- og symptomlindring, tid med familie og nære relasjoner i rolige og behagelige omgivelser ved livets slutt er essensielt for å fremme en verdig død. Videre forteller de også at respekt er en viktig faktor for å kunne tilrettelegge for at den gamle pasienten får en verdig livsavslutning. Flertallet av artiklene bringer også livsforlengende behandling på banen, hvor de da forbinder det med en uverdigg død. Likevel opplever helsepersonell utfordringer rundt dette, da pårørende kan ytre ønsker om livsforlengende behandling, selv om det trosser hva den døende selv ønsker (Towsley & Hirschman, 2018; Gjerberg & Bjørndal, 2007; Pleschberger, 2007; Cipolletta & Oprandi, 2014).

4.2 Artikkelmatrikse

Nr.	Forfatter Og Land	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1.	Gail L. Towsley, & Karen B. Hirschman (2018) USA	Talking about end-of-life care: Perspectives of nursing home residents.	Geriatric Nursing	Få frem beboernes preferanser i livets slutfase på sykehjem og beskrive hvordan de uttrykker disse preferansene	Kvalitativ forskning. Semistrukturert intervju. Deltagere: 16 beboere med langtidsopphold i fire ulike sykehjem i Pennsylvania	Beboernes preferanser knyttet til deres siste levedager var: Ikke ha smerter eller lide. Tilbringe tid med familien. Ikke få livsstøttende eller livsforlengende behandling. Rolig og stille miljø, og en fredfull død. Studien referer også til andre studier som viser til at samtaler om preferanser til livets slutt ofte unnlates grunnet ubehag og utilpasshet hos personalet og mangel på rett tidspunkt.
2.	Elisabeth Gjerberg & Arild Bjørndal (2007) Norge	Hva er en god død i sykehjem?	Sykepleien forskning	Tilegne kunnskap om hva som kan betegnes som «en god død» og hvilke forutsetninger som må ligge til grunn.	Kvalitativ forskning. Semistrukturert intervju. Et strategisk utvalg på 14 personer med ulike fagbakgrunn, ansatt ved fem sykehjem i fire helseregioner, ble intervjuet om sine erfaringer med sykehjemspasienters livsavslutning.	Fire sentrale temaer; god smerte- og annen symptomlindring, trygghet for å ikke være alene, at pårørende blir godt ivaretatt og at det ikke iverksettes unødig livsforlengende behandling. Viktige forutsetning for en god og verdig død; personalets respekt for pasient og pårørende, systematisk observasjon, god dokumentasjon, rutiner for oppfølging og god kompetanse på lindrende behandling. I tillegg ansees kontinuitet i relasjonen mellom pasient/pårørende og ansatte og god kommunikasjon som viktige forutsetninger.
3.	Sabine Pleschberger (2007)	Dignity and the challenge of dying in nursing	Age and Ageing	Utforske betydningen av verdighet i forbindelse med utfordringer i	Kvalitativ forskning. Narrative intervju med 20	Verdig død for beboerne innebar: - Ens vilje må bli respektert og man må få lov til å dø. -Være godt smertelindret.

	Vest-Tyskland	homes: the residents' view.		livets slutfase fra gamle sykehjemsbeboeres perspektiv i Vest-Tyskland	sykehjemsbeboere.	<ul style="list-style-type: none"> - Være omringet av personer som står deg nær (si farvel og vise respekt). - Dø til rett tid, uten å påvirke dette selv gjennom for eksempel eutanasi, da deres religion og tro hindret dette.
4.	Sabrina Cipolletta & Nadia Oprandi (2014) Italia	What is a Good Death? Health Care Professionals' Narrations on End-of-Life Care.	Death Studies	Utforske hvordan helsepersonell vurderer omsorg ved livets slutt samt utforske hva de anser for å være en god død.	Kvalitativ forskning. Fire fokusgruppeintervju med 37 personer med ulik helseutdanning (leger, sykepleiere, helsefagarbeidere og psykologer)	<p>Deltakerne klarte ikke å gi et klart svar på hva en god død er, men de oppga noen relevante punkter for hva en god død kunne innebære.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Et rolig og behagelig miljø med de nærmeste rundt seg. - Opprettholde pasientens kroppsintegritet - Smerte – og symptomlindring. - Vise respekt - Se hele mennesket, ikke bare sykdommen. <p>Livsforlengende behandling blir også diskutert i forbindelse med en verdig død, og her møter de en rekke utfordringer.</p>

5 Diskusjon

I dette kapittelet vil en kombinasjon av funnene fra pensum-, fag- og forskningslitteratur samt egne erfaringer bli anvendt for å diskutere, belyse og besvare oppgavens problemstilling:

Hva bidrar til å fremme en verdig død for den gamle pasienten i livets slutfase på sykehjem?

5.1 Respekt

For å ivareta pasientens verdighet må sykepleier både se og høre den enkelte, bekrefte vedkommende som unik og uerstattelig, samt la pasienten få være deltakende og medbestemmende i eget liv (Heggstad, 2016). Når det gjelder sykepleie til den døende, vil respekten for pasientens verdier, ønsker og behov være sentralt (Gjerberg & Bjørndal, 2007). Dette samsvarer også med sykepleiens grunnverdier (Kristoffersen et al., 2016). For å imøtekomme dette, forutsetter det at sykepleier innehar kjennskap til den enkelte pasients preferanser knyttet til livets slutt. Dette krever et forarbeid, slik som for eksempel en samtale som berører slike temaer (Brodtkorb, Skisland, Slettebø & Skaar, 2016). Det vil være hensiktsmessig at en slik samtale finner sted før selve dødsprosessen er påbegynt, da kommunikasjon kan være utfordrende i denne fasen (Cipolletta & Oprandi, 2014; Kvam, 2018). Dersom samtalen ikke finner sted før den tid, kan en mulig konsekvens være at familie og sykepleier med kolleger tar beslutninger som angår sykepleien ved livets slutt, og ikke pasienten selv (Cipolletta & Oprandi, 2014). Dette anser jeg som uheldig, nettopp fordi deres beslutninger kan stride med pasientens ønsker for livets slutt. Det som oppleves som en verdig død for en, oppleves ikke nødvendigvis som en verdig død for en annen, og i lys av dette må man ha i tankene at begrepet tillegges ulik betydning (Sykepleieetisk råd referert i Dalgaard, 2010).

Forskning viser på den ene siden at sykepleiere ser viktigheten av å ha respekt for pasientens preferanser ved livets slutt (Brodtkorb et al., 2016; Gjerberg & Bjørndal, 2007), men på den andre siden viser forskning at samtaler om preferanser knyttet til livets slutfase sjeldent gjennomføres (Parry & Lund, 2014; Towsley, Hirschman & Madden, 2015 referert i Towsley & Hirschman, 2018). Årsaker til dette er at sykepleiere føler seg ukomfortable og uforberedte, samt at de føler at de ikke finner et passende tidspunkt for samtalen (Brighton & Bristow, 2016; Almack, Cox, Moghaddam, Pollock & Seymour, 2012 referert i Towsley & Hirschman, 2018).

Det at samtaler om pasientens preferanser knyttet til livets slutt stadig ikke finner sted, kan tenkes å være problematisk. Det har seg slik at sykepleiere som utøver lindrende omsorg og behandling til døende, skal følge norsk lov (Helsedirektoratet, 2015). Det at pasienten ikke får mulighet til å uttrykke sine preferanser strider både med etiske og juridiske føringer. I henhold til et av etikkens viktigste prinsipper, autonomiprinsippet, skal pasienten selv få være med på å bestemme over egen behandling og pleie (Nortvedt, 2016). I likhet med autonomiprinsippet finner man også retten til medvirkning. Retten til medvirkning innebærer først og fremst pasientens rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, men også at tjenestetilbudet skal utformes, etter beste evne, i samarbeid med pasienten selv. Dette er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1), samt framhevet i de døendes rettigheter (Thoresen & Dahl, 2015). Videre ser man også at verdighetsgarantiforskriften (2010, §3) oppgir at tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkelte pasients autonomi, for å sikre den gamle en verdig eldreomsorg og derav en verdig død. I følge Heggstad (2016) er respekten for pasientautonomi helt essensiell for å ivareta pasientens verdighet.

Respekt kan demonstreres på ulike måter, som for eksempel gjennom stemmebruk, håndlag og det å ta seg tid til pasienten. Og som nevnt i de foregående avsnittene er respekten for pasientens ønsker, i forhold til hvordan den siste levetiden skal være, viktig (Gjerberg & Bjørndal, 2007). Men er det slik at sykepleier alltid kan imøtekomme alle ønskene pasientene har? Beboerne i Pleschberger (2007) sin studie forteller at respekten for ens vilje og det å dø til rett tid var viktig for å fremme en verdig død. Respekten for pasientens vilje ble også nevnt som en viktig komponent for en verdig død i Cipolletta og Oprandi (2014) sin studie. Det var flere sykehjemsbeboere som ytret ønske om å dø til rett tid, altså før noe uverdigg inntraff. Slik uverdighet betydde å bli enda mer hjelpetrengende, sengeliggende og fullstendig avhengig av personale, noe som kunne gi pasienten en følelse av å være en byrde. Til tross for ønsket om å dø til rett tid, ønsket beboerne ikke å påvirke dødstidspunktet selv, da det skulle være styrt av religiøse og åndelige faktorer (Pleschberger, 2007). Til forskjell fra dette har jeg selv opplevd i egen klinisk praksis at gamle pasienter har ytret ønske om å påvirke sitt dødstidspunkt, og da gjennom legeassistert selvmord eller eutanasi. I slike tilfeller kan man ikke imøtekomme pasientens ønsker, da det strider med etiske og juridiske bestemmelser (Saltvedt & Wyller, 2016). I Norge er aktiv dødshjelp forbudt og reguleres av straffeloven (2005, §275 & §277). Samtidig skal sykepleier, i henhold til yrkesetiske retningslinjer, ikke bidra til aktiv dødshjelp

eller hjelpe pasienten til selvmord. Sykepleier skal heller bidra til en naturlig og verdig død (Sneltvedt, 2016).

5.2 Tid med familie og nære relasjoner

Når den gamle pasienten boende på sykehjem ligger på dødsleiet, er de ofte omringet av familie og venner. Dette har jeg selv vært vitne til i egen praksis. Det er faktisk nedskrevet i FNs erklæring om døendes rettigheter at den døende pasienten har rett til å slippe å dø alene (Thoresen & Dahl, 2015). Det er i tillegg til dette også nedskrevet i sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer at sykepleiere skal bidra til at pasienten ikke dør alene (Sneltvedt, 2016). I lys av dette viser forskning at sykepleiere og annet helsepersonell på den ene siden er opptatt av å skape trygghet for at pasienten ikke skal være alene den siste tiden (Gjerberg & Bjørndal, 2007). Mens på den andre siden forteller en gruppe sykehjemsbeboerne at det å være alene eller ikke, ikke hadde så stor betydning, men hvem som skulle være der, var en sentral sak (Pleschberger, 2007). Selv om dette er synspunktet til noen sykehjemsbeboere, er det ikke gitt at alle sykehjemsbeboere deler dette synspunktet. Det å være stilt for døden kan være en svært skremmende situasjon, som kan lede til angst og uro hos den døende. Hos denne gruppen pasienter vil sykepleierens lindrende funksjon være essensiell, hvor sykepleier da tilstreber å skape trygghet ved å være i pasientens nærvær og ikke lar de være alene (Thoresen & Dahl, 2015; Saltvedt & Wyller, 2016).

Towsley og Hirschman (2018) samt Cipolletta og Oprandi (2014) sine studier nevner at det å være i nærvær med sine kjære i rolige og behagelige omgivelser, er forbundet med en verdig livsavslutning. Sykepleierens oppgave blir da å tilrettelegge miljøet rundt pasienten. Her vil dimming av lys, lufting av rommet samt skjerming fra støy og dempe lyder være hensiktsmessig (Thoresen & Dahl, 2015; Grov, 2014). Varheten ved å dempe ulike sanseinntrykk er et uttrykk for verdighet og omsorg for den døende pasienten (Grov, 2014). Den kombinasjonen av å høre sine pårørende og ha de nær seg, samtidig som å ha et rolig miljø rundt seg, kan virke beroligende på den døende (Grov, 2014). Det kan tenkes at dette også er med på å imøtekomme ønsket om en fredfull død, som ytres av beboerne i Towsley og Hirschman (2018). Jeg vil også komplementere dette med at den døende har rett til å dø i fred, som står nedskrevet i FNs erklæring om døendes rettigheter (Thoresen & Dahl, 2015).

Samtlige av de valgte forskningsartiklene konstaterer at det å være omringet av familie og nære relasjoner den siste tiden av livet er en viktig forutsetning for en verdig død (Towsley & Hirschman, 2018; Gjerberg & Bjørndal, 2007; Pleschberger, 2007; Cipolletta & Oprandi, 2014). Dette undertegner også Steindal (2012) i sin fagartikkel. Hos beboerne i Pleschberger (2007) sin studie var det å få sagt farvel til sine nære og kjære og vise respekt overfor hverandre viktig. Helsepersonellet i Gjerberg og Bjørndals (2007) studie understrekte at det var viktig at pasienten var omringet av trygge relasjoner. De mente at en forutsetning for å få til dette var til dels knyttet til samarbeid med pasientens pårørende, og til dels knyttet til struktur og ideologi på sykehjemmet. Pasientens pårørende måtte få komme og gå når de ville, samt at de skulle få muligheten til å overnatte hos pasienten (Gjerberg & Bjørndal, 2007). Overnatting har jeg selv opplevd at pårørende har fått mulighet til, noe de pårørende har satt stor pris på. Jeg vil også si at jeg opplevde den døende som mer avslappet og fredfull i nærvær med deres kjære.

Men i motsetning til alt dette må det også rettes oppmerksomhet på de døende som ikke har noen gjenlevende familiemedlemmer eller venner. Dette kommer fram i både Pleschberger (2007) og Gjerberg og Bjørndal (2007) sine studier. De skal, som alle andre, også få slippe å være alene den siste tiden av livet. I følge Gjerberg og Bjørndal (2007) sin undersøkelse tilstreber personalet å være så mye som mulig inne hos pasienten. De leier også inn ekstravakter ved slike situasjoner, hvor ekstravakten da går i stell og en av de faste ansatte, som kjenner pasienten, er hos den døende (Gjerberg & Bjørndal, 2007). Av egen erfaring har ikke dette alltid vært tilfellet. Jeg har opplevd at den døende har fått fastvakter som ikke har kjennskap til pasienten fra før, noe jeg mener er uheldig. Fastvaktene har også i enkelte tilfeller vært ufaglærte, noe som fører til at pasienten ikke overvåkes av fagpersonell. Dette scenarioet kan resultere i at man ikke får fanget opp for eksempel tegn på smerte og lignende, da vedkommende kan være uvitende om hva man skal observere. Slike situasjoner får meg til å undres om hvorvidt dette er et brudd på kravet om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som står nedskrevet i helsepersonelloven (1999, §4).

5.3 Smerte- og annen symptomlindring

Dødsprosessen kan være utfordrende med tanke på at den innebærer en rekke fysiologiske forandringer som kan påføre pasienten plagsomme og ubehagelige symptomer. Dette er symptomer som nedsatt bevissthet, fysisk svekkelse, søvnighet, smerter, dyspné og

munntørighet, dårlig sirkulasjon, nedsatt appetitt, endringer i eliminasjon, samt angst, uro og forvirring (Thoresen & Dahl, 2015). I denne fasen vil sykepleierens lindrende funksjon være sentral. Sykepleierens oppgave vil her være å observere, identifisere og gjenkjenne symptomer, etterfulgt av å igangsette lindrende tiltak som er rettet mot den enkelte pasients lidelse, enten det er gjennom medikamentelle eller ikke-medikamentelle tiltak (Grov, 2014; Kristoffersen et al., 2016). Eksempler på sykepleietiltak kan være hyppig fukting og godt munnstell ved munntørighet, et godt sengeleie med tanke på økt søvnighet og fysisk svekkelse, samt tilstedeværelse ved angst og uro (Thoresen & Dahl, 2015; Saltvedt & Wyller, 2016; Grov, 2014). Administrasjon av legemidler vil også være av nytte, som for eksempel subkutan injeksjon av opioider ved smerter og pustebesvær (Helsedirektoratet, 2018). Dette er ingen enkel oppgave, da det både krever kunnskap og erfaring hos sykepleieren (Grov, 2014). I de tilfeller hvor pasienten har behov for medikamentell lindring må sykepleier samarbeide med sykehjemslegen (Kristoffersen, 2016), siden sykepleier ikke har tillatelse til å administrere legemidler uten ordinasjon fra lege (Bielecki & Bjørndahl, 2013). Dette gjenspeiler kravet om en faglig forsvarlig sykepleieutøvelse, som er nedfelt i lov om helsepersonell (1999, §4).

Forskningen viser at både sykepleiere og sykehjemsbeboere deler samme tankesett når det gjelder smerte- og symptomlindring. De anser dette som helt essensielt for å kunne gi pasienten en verdig død (Towsley & Hirschman, 2018; Gjerberg & Bjørndal, 2007; Pleschberger, 2007; Cipolletta & Oprandi, 2014). Dette bekrefter også Steindal (2012). Til forskjell fra dette viser dessverre flere studier at sykehjemsbeboere ikke får adekvat smerte- og symptomlindring når de ligger for døden (Oliver, Porock & Zweig, 2004; Teno et al., 2004; Torvik, Kaasa, Kirkevold & Rustøen, 2008 referert i Wille & Nyrønning, 2012). Wille og Nyrønning (2012) antar at dette er forårsaket av en passiv holdning hos personalet, hvor de venter og ser etter om pasienten uttrykker tegn til smerte eller ubehag. Helsepersonellet i studien deres antok selv at manglende kompetanse knyttet til området var årsaken til en slik holdning (Wille & Nyrønning, 2012). Den utilfredsstillende smerte- og symptomlindringen kan også skyldes de organisatoriske rammene som er å se på sykehjem, slik som mangelfull sykepleie- og legedekning i tillegg til at det er atskillige flere ufaglærte enn faglærte på jobb (Wille & Nyrønning, 2012; Brasetvik, 2019; Svendsen, Landmark & Grov, 2017). Dette er uheldig, da en verdig død forutsetter systematisk observasjon, god dokumentasjon, rutiner for oppfølging og ikke minst god kompetanse på lindrende behandling (Gjerberg & Bjørndal, 2007; Grov, 2014).

Helsepersonell forteller at flertallet av de gamle døende ikke er redde for det å dø, derimot er de er engstelige for å ligge med smerter og ubehag når døden er nær (Gjerberg & Bjørndal, 2007). Dette bekrefter sykehjemsbeboerne i studiene til Towsley og Hirschman (2018) og Pleschberger (2007). Til tross for at helsepersonell er bevisste på dette, og ser viktigheten av god smerte- og symptomlindring av den døende, opplever de det til tider utfordrende med tanke på den døendes pårørende (Cipolletta & Oprandi, 2014). I flere tilfeller vil den døende pasienten bli komatøs og lite kontaktbar ved farmakologisk symptomlindrende behandling. Dette kan skape bekymring og uro hos deres pårørende, som gjør at de henvender seg mer til sykepleier for å få svar. Når pasienten er i en komatøs tilstand kan dette også gi helsepersonell en følelse av å frarøve pasienten muligheten til å være tilstede og ytre sine tanker med deres nære den siste tiden av livet (Cipolletta & Oprandi, 2014). Til tross for dette er det viktig at den ansvarlige sykepleier har kjennskap til viktigheten av å lindre pasientens lidelse og trygge pårørende på at dette er det riktige og at deres kjære har det bra (Gjerberg & Bjørndal, 2007). Sykepleieren må også ha i tankene at det å lindre den døende pasients lidelser både er i tråd med velgjørhetsprinsippet, de yrkesetiske retningslinjer, verdighetsgarantiforskriften og FNs erklæring om døendes rettigheter (Nortvedt, 2016; Sneltvedt, 2016; Verdighetsgarantiforskriften, 2010, §3; Thoresen & Dahl, 2015).

Et annet relevant punkt som trekkes fram av Cipolletta og Oprandi (2014) er viktigheten av at sykepleieren ser hele mennesket, og ikke bare diagnosen og de plagene som medfølger. Dette samstemmer også med hva Thoresen og Dahl (2015) og Heggstad (2016) presenterer. Dersom pasienten blir sett på som en diagnose, og ikke som et medmenneske, kan dette oppleves som svært krenkende for pasienten og true verdigheten knyttet til menneskeverdet. Thoresen og Dahl (2015) påpeker at det derfor vil være viktig å gi den døende en helhetlig omsorg. Dette bekreftes også av de yrkesetiske retningslinjer (Sneltvedt, 2016). Til forskjell fra dette kommer det fram i Cipolletta og Oprandi (2014) sin studie at nye unge sykepleiere ofte utfører god sykepleie rent teknisk, men ofte glemmer å se pasienten i sin helhet på grunn av kravet til effektivitet. Dette er uheldig, og er absolutt noe jeg og andre framtidige sykepleiere bør etterstrebe og unngå i vår utøvelse av sykepleie.

Som sykepleier må man alltid huske på hvor sårbar pasientene er. Den døende er hjelpetrengende, noe Thoresen og Dahl (2015) påpeker kan utsette vedkommende for krenkelse av både integritet og verdighet, samt at avhengigheten kan medføre at de fort kan føle seg til bry eller som en byrde som sykehjemsbeboerne i Pleschberger (2007) sier. Dette

kan det være nyttig å ha i baktankene ved behandling av den døende, og jeg tenker dermed at det er viktig at sykepleier viser engasjement og interesse av å hjelpe pasienten, slik at følelsen av å være til bry ikke finner sted. Videre er det nødvendig at sykepleier både ser og hører pasienten, samt bekrefter den døende som unik og uerstattelig for å ivareta pasientens verdighet og integritet (Heggstad, 2016; Cipolletta & Oprandi, 2014).

5.4 Livsforlengende behandling

Når livet går mot slutten, kan den gamle pasienten oppleve en rekke plagsomme og ubehagelige symptomer (Thoresen & Dahl, 2015). Disse plagene kan vekke oppsikt hos pasientens pårørende, og de ytrer derfor ofte et ønske om aktiv behandling. Eksempler på aktiv behandling er intravenøs væskebehandling og bruk av ernæringssonde når pasienten ikke tar til seg næring lengre, antibiotika ved infeksjoner, oksygentilskudd ved dyspné, og sykehusinnleggelse ved akutt forverring av tilstand. Ønsket om aktiv behandling kan være knyttet til de pårørendes følelse av hjelpeløshet, manglende aksept for døden, og i tillegg ønsket om å gjøre det beste for pasienten (Gjerberg & Bjørndal, 2007). Til kontrast av dette så viser faktisk forskning at både helsepersonell og flere sykehjemsbeboere ser på aktiv behandling, altså livsforlengende behandling, som uforenelig med en verdig død (Gjerberg & Bjørndal, 2007; Towsley & Hirschman, 2018; Cipolletta & Oprandi, 2014).

Informantene i studien til Cipolletta og Oprandi (2014) fortalte at de ved noen tilfeller igangsatte livsforlengende behandling til tross for at det stod i kontrast med en verdig død. Helsepersonellet opplevde at pårørende ofte ikke aksepterte at det ikke var mer å gjøre, og insisterte på livsforlengende behandling noe som ledet til at helsepersonellet følte seg presset. Dette presset resulterte dessverre til, i noen situasjoner, at helsepersonell imøtekom de pårørendes ønsker om livsforlengende behandling (Cipolletta & Oprandi, 2014). I likhet med dette forteller også helsepersonellet i Gjerberg og Bjørndal (2007) sin studie at de har opplevd press fra pårørende om livsforlengende behandling, også i situasjoner hvor det trosser hva den gamle pasienten selv ønsker. De har da heller valgt å fraråde livsforlengende behandling, og møtt de pårørendes avmakt med å gjøre de trygge gjennom samtaler og informasjon hvor de presiserer at pasienten ikke skal lide den siste tiden (Gjerberg & Bjørndal, 2007).

I forskningen til Towsley og Hirschman (2018) mente flertallet av sykehjemsbeboerne at livsforlengende behandling skulle unngås, dersom helsepersonellet så at det ikke var mer å

gjøre. Beboerne ville da heller at sykepleierne skulle tilstrebe å gjøre de så komfortable og fredfulle som mulig. En kan også tolke ut i fra svarene til beboerne i Pleschberger (2007) sin studie, at de deler samme perspektiv, da de ønsker å dø til rett tid, altså før de får behov for mer hjelp og pleie enn tidligere. I motsetning til flertallet var det en beboer som uttrykte at helsepersonellet skulle gjøre alt de kunne for å opprettholde liv, da dette var deres oppgave (Towsley og Hirschman, 2018). Dette viser at pasientene har ulike preferanser, og i henhold til yrkesetiske retningslinjer skal sykepleieren bidra til at pasientens stemme blir hørt i beslutningsprosesser knyttet til livsforlengende behandling (Sneltvedt, 2016). I lys av dette er det derfor viktig at sykepleier og resten av personalet kjenner til pasientens ønsker for livets slutt. Et annet viktig punkt er at sykepleier, i samarbeid med lege, må vurdere hva som er det beste for pasienten, slik at de ikke påfører pasienten unødige plager den siste levetiden. Dette gjenspeiler de etiske prinsippene om velgjørenhet og ikke-skade (Nortvedt, 2016).

6 Avslutning

Til å begynne med vil jeg presisere at disse funnene ikke er utfyllende og endelig for hva som bidrar til å fremme en verdig død for den gamle pasienten i livets slutfase på sykehjem. En verdig død er et individuelt begrep, som hver enkelt tillegger forskjellig betydning. Det deltakerne i den valgte forskningen tillegger en verdig død, er ikke nødvendigvis hva alle andre mener, noe som gjør at disse forskningsresultatene ikke kan generaliseres. Likevel ser vi at forskningen sier mye av det samme, noe som kan gi en indikasjon på hva som kan bidra til å fremme en verdig død.

Sykepleierens respekt overfor pasienten og dens verdier, ønsker og behov er en forutsetning for å fremme en verdig død, gitt at de ikke strider med etiske og juridiske føringer. Videre ble god smerte- og symptomlindring samt tid med nære relasjoner poengtert som viktige faktorer for å kunne imøtekomme målet om en verdig avslutning på livet. Livsforlengende behandling blir også diskutert, hvor de fleste mener at det er uforenlig med en verdig død. For å konkludere er det individuell sykepleie som bidrar til å fremme en verdig død for den gamle pasienten på sykehjem.

Det er likevel noen faktorer som kan ha innvirkning på sykepleien som gis til den døende på sykehjem. Disse faktorene kan være med på å vanskeliggjøre sykepleierens mål om å fremme en verdig død. Sykehjemmet kjennetegnes både av lav bemanning, mangelfull sykepleie - og legedekning samt utilstrekkelig kompetanse blant medarbeidere, da det er flere ufaglærte enn faglærte på jobb. Dette medfører et større ansvar og en større arbeidsbelastning for sykepleierne. Tidspress er også en komponent som kan utfordre kvaliteten av sykepleie.

Avslutningsvis vil jeg si at arbeidet med denne oppgaven har vært svært lærerikt. Jeg har tilegnet meg kunnskap om den gamle døende pasienten på sykehjem, samt hvordan jeg kan bidra til å fremme en verdig død for dem. Videre har jeg også blitt bedre kjent med hvilken rolle jeg som framtidig sykepleier har i en slik situasjon, og jeg tror at denne kunnskapen kan være med på å gjøre meg tryggere i utøvelsen av sykepleie i framtiden. Jeg vil absolutt ta med meg denne kunnskapen videre i min yrkesutøvelse.

Referanseliste

- Bielecki, T. & Bjørdahl, B. (2013). *Legemiddelhåndtering*. (7.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brasetvik, K. (2019). Det mangler sykepleiere, og det brukes ufaglærte. Hentet den 14.03.20 fra <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2019/06/det-mangler-sykepleiere-og-det-brukes-ufaglaerte>
- Brinchmann, B.S. (2016). De fire prinsippers etikk. I B.S Brinchmann (Red.). *Etikk i sykepleien*. (4. utg., s.81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brodtkorb, K., Skisland, A.V-S., Slettebø, Å. & Skaar, R. (2016). Preserving dignity in end-of-life nursing home care: Some ethical challenges. *Nordic Journal of Nursing Research*, 37(2) 78-84. <https://doi.org/10.1177/2057158516674836>
- Cipolletta, S. & Oprandi, N. (2014). What is a good death? Health care professionals' narrations on end-of-life care. *Death studies*, 38(1), 20-27. <http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2012.707166>
- Dalgaard, K.M. (2010). Den gode død- mellom ideal og virkelighet. I R. Birkelund (Red.). *Ved livets afslutning- om palliasjon, pleje og behandling*. (s. 82- 104). Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2018). De fleste dør på sykehjem, få dør hjemme. Hentet den 29.11.19 fra <https://www.fhi.no/nyheter/2018/de-fleste-dor-pa-sykehjem/>
- Gautun, H., Øien, H. & Bratt, C. (2016). Underbemanning er selvforsterkende. Hentet den 22.03.20 fra <https://www.nsf.no/Content/3031861/cache=1471416675000/Web-utgave-NOVA-Rapport-6-16.pdf>
- Gjerberg, E. & Bjørndal, A. (2007). Hva er en god død i sykehjem? *Sykepleien Forskning*. 2007 2(3) (174-180) <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2007.0057>
- Grov, E. K. (2014). Pleie og omsorg ved livets slutt. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg., s.522-537). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Heggestad, A. K. T. (2016). Verdighet som fenomen i sykepleien. I A.K.T, Heggestad & U., Knutstad. (Red.). *Sykepleieboken 2- Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*. (4. utg., s. 23-39). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell. (LOV- 1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

- Helsedirektoratet. (2015). Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt – å skape liv til dagene. Hentet den 19.01.20 fra https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3bfb32c6b9ef43/rapport_hdir_palliasjonsrapport_160315.pdf
- Helsedirektoratet. (2018). Nasjonale råd for lindrende behandling i livets slutfase. Hentet den 20.03.20 fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase>
- Helsedirektoratet. (2019). Om demens. Hentet den 14.03.20 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens>
- Kristoffersen, N.J. (2016). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I N.J Kristoffersen, P. Nortvedt, E-A. Skaug & G.H. Grimsbø (Red.). *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie- fag og funksjon*. (3 utg., s. 193-253). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N.J, Nortvedt, P., Skaug, E-A. & Grimsbø, G.H. (2016). Hva er sykepleie? I N.J Kristoffersen, P. Nortvedt, E-A. Skaug & G.H. Grimsbø (Red.). *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie- fag og funksjon*. (3 utg., s. 15-28). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). Det kvalitative forskningsintervju. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvam, M. (2018). De siste timene av livet. Hentet den 24.03.20. fra <https://nhi.no/sykdommer/kreft/den-siste-tiden-hjemme/livets-siste-timer/?page=all>
- Lerdal, A. & Karlsson, B. (2009). Bruk av fokusgruppeintervju. Hentet den 15.03.20 fra <https://sykepleien.no/forskning/2009/02/bruk-av-fokusgruppeintervju>
- Malt, U. (2015). Strukturert intervju. Hentet den 09.03.20 fra https://snl.no/strukturert_intervju
- Norsk palliativ forening (NPF) & Norsk forening for palliativ medisin (NFPM). (2016). Begreper med tilknytning til palliasjon. Hentet den 29.11.19 fra https://legeforeningen.no/Global/Spesialforeninger/Norsk%20forening%20for%20palliativ%20medisin/Begrepsliste_september2016.pdf
- Norsk sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere- ICNs etiske regler. Hentet den 25.01.20 fra <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>
- Nortvedt, P. (2016). Begreper, teorier og prinsipper. I P. Nortvedt (Red.). *Omtanke- En innføring i sykepleiens etikk*. (2 utg., s. 35-102). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie- funksjon, ansvar og kompetanse. I D-

- G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.). *Klinisk sykepleie 1*. (5 utg., s. 117-182). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>
- Pleschberger, S. (2007). Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents' view. *Age and Ageing*. 2007; 36: 197-202.
<https://doi.org/10.1093/ageing/af1152>
- Ranhoff, A.H. (2014). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff. (Red.). *Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg., s.79-91). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rykkje, L. (2010). Gi eldre en verdig død. *Sykepleien* 2010;98(2): (70-73).
<https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2010.0008>
- Saltvedt, I. & Wyller, T.B. (2016). Palliativ behandling av gamle. I S. Kaasa & J.H. Loge (Red.). *Palliasjon- Nordisk lærebok*. (3. utg., s. 262-273). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sneltvedt, T. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B.S., Brinchmann (Red.). *Etikk i sykepleien*. (4. utg., s.97-113). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Steindal, S. A. (2012). Eldre pasienters siste levedager i sykehus. *Geriatrisk sykepleie*, 2012(3):18- 25. Hentet den 11.12.2019 fra https://vid.brage.unit.no/vid-xmli/bitstream/handle/11250/98979/Eldre_%20pasienter_sistelededager.pdf?sequence=1
- Straffeloven. (2005). Lov om straff. (LOV-2005-05-20-28) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2005-05-20-28>
- Svendsen, S.J., Landmark, B.T. & Grov, E.K. (2017). Døende pasienter i sykehjem: Sykepleiere gjør «mer av alt» og er «alene om alt». *Sykepleien Forsking* 2017;12(63396) :(e-63396). <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.63396>
- Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (2 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Thoresen, L. & Dahl, M. (2015). Sykepleie til den døende pasienten. I E. K, Grov & I. M. Holter (Red.). *Sykepleieboken 1- Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. (5 utg., s. 926-960). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Towsley, G. L. & Hirschman, K. B. (2018). Talking about end-of-life care: Perspectives of

nursing home residents. *Geriatric Nursing*, 39(1), 72-76.

<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.07.002>

Verdighetsgarantiforskriften. (2010). Forskrift om en verdig eldreomsorg. FOR-2010-11-12-1426. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2010-11-12-1426>

Wille, I. L. & Nyrønning, S. (2012). Omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem. *Geriatrisk sykepleie*, 3, 10-17. hentet den 29.11.19 fra https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/geriatrisk_omsorg_ved_livets_slutt_i_sykehjem.pdf