

En verdig død

Kandidatnummer:94
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: (8888)
Dato:19.04.2022



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 19.04.2022
Tittel: En verdig død	
<p><u>Problemstilling</u></p> <p><i>Hvordan kan sykepleier bidra til en verdig død for den eldre pasient i livets slutfase bosatt på sykehjem?</i></p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p>Det teoretiske perspektivet belyser sykepleierens lindrende funksjon og palliative arbeid. Her presenteres den gamle pasient i livets slutfase og hva som inngår i begrepet en verdig død. Det teoretiske kunnskapsgrunnlaget tar for seg palliativ omsorg og personsentret sykepleie. Den berører symptomlindrende behandling, kommunikasjon, de pårørende. Til slutt belyser den etiske og juridiske aspekter av relevans for problemstillingen.</p> <p><u>Metode</u></p> <p>Dette er en litterær oppgave som bygger på allerede eksisterende teori, faglitteratur og forskning. Forskningen som benyttes anvender en kvalitativ metode. Dette kombinert med egne erfaringer er brukt for å belyse problemstillingen.</p> <p><u>Drøfting</u></p> <p>Funnene fra anvendt forskning, litteratur og teori, kombinert med egne erfaringer benyttes for å diskutere faktorer som fremmer og hindrer sykepleierens arbeid mot en verdig død for den eldre pasient. Velbehag, symptomlindring, ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov, respekt og trygghet er sentrale faktorer for å fremme en verdig død. Realiteten rundt sykepleierens rammefaktorer truer pasientens verdighet.</p> <p><u>Konklusjon</u></p> <p>En verdig død er av subjektiv oppfatning og for at sykepleier skal kunne bidra til en verdig død må pleien individualiseres. Funnene i forskningen trekker frem velbehag, optimal symptomlindring, ivaretagelse av psykososiale, åndelige og eksistensielle behov, respekt og trygghetskapning som forenelig med en verdig død. Sykepleierens mål i arbeidet for en verdig død i sykehjem trues av faktorer som lav bemanning, lite fagdekning og utilstrekkelig kompetanse hos medarbeidere.</p>	

(Totalt antall ord:238)

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 problemstillingen	2
2	Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag.....	3
2.1	Den gamle i livets slutfase	3
2.2	Verdighet og en verdig død	4
2.3	Palliativ omsorg	5
2.3.1	Sykehjem og palliativ omsorg	5
2.4	Personentret sykepleie	6
2.5	Sykepleierens kunnskapsgrunnlag.....	7
2.5.1	Lindrende funksjon.....	7
2.5.2	Symptomlindring hos den døende pasient.....	8
2.5.3	Kommunikasjon med den døende	9
2.5.4	Sykepleier og pårørende	10
2.6	Etikk og yrkesetiske retningslinjer	10
2.6.1	Fire-prinsippers etikk	10
2.6.2	Yrkesetiske retningslinjer.....	11
2.7	Jus.....	11
2.7.1	Lovverk	11
2.7.2	FNs erklæring om døendes rettigheter	12
2.7.3	Forskrift om en verdig eldreomsorg.....	13
3	Metode.....	14
3.1	Litteratursøk og søkehistorikk	14
3.2	Valg av forskningslitteratur.....	14
3.2.1	Søketabell	15
3.3	Kildekritikk	16
3.4	Etiske vurderinger	17
4	Presentasjon av forskningsresultater	18
4.1	Hovedfunn	18
4.2	Artikkelmatrise	19
5	Diskusjon.....	21
5.1	Den døendes velbehag og lindrende behandling	21
5.2	Å ivareta den døendes psykososiale, åndelige og eksistensielle behov	24
5.3	Respekt for den døende	25
5.4	Skape trygghet i livets slutfase	26
5.5	Idealet møter realiteten	27
6	Avslutning	29
7	Litteraturliste.....	30

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Levealderen i Norge har økt betraktelig, med inntil 25 år det siste århundre. De eldre lever lengre enn før, og flertallet av de som dør av alderdommen, dør i kommunale pleie- og omsorgsinstitusjoner (Saltvedt & Wyller, 2018, s.262). I 2019 døde ca 37 000 mennesker i alderen 60 år og oppover, av disse rundt 17 000 i sykehjem (Statistisk sentralbyrå, 2020). Den økende levealderen medfører økende forekomst av samtidig tilstedeværelse av én eller flere lidelser, komorbiditet. Den eldre pasient krever derfor pleie og omsorg som møter det komplekse sykdomsbildet (Grov, 2020, s.538). Kompleksiteten, spesielt i den palliative fasen, stiller krav om et høyt faglig nivå på behandlingen og pleien, noe WHO hevder at ikke innfris. Palliasjon i eldreomsorgen er et relativt nytt fagområde, der undervurdering og underbehandling av symptomer dessverre, er vanlig (World Health Organization, 2004, s.21). Ved livets slutfase skal mennesker ha tilgang til et helhetlig tilbud med sikre og gode tjenester. Den døende skal behandles med verdighet og respekt, slik at pasienten opplever slutfasen som trygg og meningsfull (Meld. St. 29 (2012-2013), s.88), hvor målet med pleien er en *verdig død* for pasienten (Thoresen & Dahl, 2016, s.927).

I min erfaring fra praktiske studier, har jeg møtt flere pasienter i livets slutfase. Jeg har opplevd kompleksiteten av fagområdet, og hvilke faktorer som er medvirkende for ivaretagelse av verdighet i livets slutfase. Kunnskapen jeg har tilnærmet meg tilsier at døden er en sentral del av arbeidet som sykepleier og de arbeidsoppgavene vi utfører, er avgjørende for at pasienten opplever en fredfull og verdig død. Jeg har merket meg at selv om sykepleier gjør sitt ytterste, er det flere faktorer som påvirker livets slutfase, og at en ikke alltid lykkes med målet om en verdig avslutning for den døende.

Hensikten med denne oppgaven er å øke kunnskapsgrunnlaget om den eldre pasient i livets slutfase, hvilken rolle sykepleieren spiller i den palliative omsorgen og lindrende behandlingen, samt hva som bidrar til å fremme verdighet hos denne pasientgruppen bosatt på sykehjem.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til en verdig død for den eldre pasient i livets slutfase bosatt på sykehjem?

1.2.1 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Som nevnt i kapittel 1.1 blir nåtidens pasienter eldre enn før. Den høye alderen kan medføre et multimorbid sykdomsbilde, hvor pleien og behandlingen av den eldre pasient må møte det komplekse sykdomsbildet (Saltvedt & Wyller, 2018, s.262). Etersom den eldre pasient er rammet av komorbiditet og skrøpeligheit, trenger ofte denne pasientgruppen omsorg og behandling fra helsesektoren, og de er ofte å finne i sykehjem (Gro, 2020, s.538). Dette er derfor en relevant pasientgruppe å anvende i min problemstilling. Grunnet den eldre pasientens komorbiditet vil oppgaven besvares uavhengig av diagnoser, dette til tross for at 80% av denne pasientgruppen som bor på sykehjem, lider av kognitiv svikt (Folkehelseinstituttet, 2021).

Konteksten avgrenses til sykehjem ettersom jeg mener dette er en arena som egner seg godt til omsorg ved livets slutfase. Her kommer sykepleieren tett inn på pasienten og blir godt kjent med enkeltindividet på flere plan (Brodtkorb & Hauge, 2020, s.263). Sykehjemmet tilbyr helsehjelp i en institusjonell sammenheng, hvor sykepleier kan anvende bred kompetanse og kan arbeide tett på pasientgruppen (Brodtkorb & Hauge, 2020, s.267). Sykehjemmet er stedet hvor flere tilbringer sin siste levetid, og hvor ca. 48% av norske pasienter dør (Helsedirektoratet,2018).

Palliativ omsorg skal også ivareta den døendes pårørende (Gro, 2020, s. 539). Ivaretagelse av pårørendes behov er et sentralt aspekt i sykepleierens palliative arbeid. Likevel avgrenses denne oppgaven til pårørendearbeid når dette berører pasientens opplevelse og ivaretagelse av verdighet og en verdig død.

Oppgaven avgrenses til å omhandle eldre pasienter, bosatt på norske sykehjem, i livets slutfase. Den avgrenses til sykepleiers oppgaver i livets slutfase hos denne pasientgruppen, og hvilke faktorer som berører sykepleierens arbeid for en verdig død.

2 Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag

Dette hovedkapittelet presenterer relevant teori som senere skal bidra til å belyse oppgavens problemstilling.

2.1 Den gamle i livets slutfase

«Den eldre pasient» viser til mennesker fra 75 år og oppover. Disse menneskene preges av aldersforandringer som er av betydning for sykdom, diagnostikk, behandling, forløp og prognose. Ett eller flere helseproblemer gjør at individet kommer i kontakt med helsevesenet (Ranhoff, 2020, s. 53). «Livets slutfase» er en prosess der det erkjennes at sykdommen(e) er uhelbredelig og gjenværende levetid er betydelig begrenset, ofte forklart som dager eller timer (Norsk Palliativ Forening, 2016).

Flertallet av de som dør i Norge er eldre og dødsøyeblikket forekommer oftest i kommunale helse- og omsorgstjenester. De gamle døende er en heterogen gruppe der den enkelte pasient har individuelle behov. Den døende befinner seg i en irreversibel fysiologisk prosess med, som regel, en gradvis funksjonsforverring hos den som dør av alderdom eller av kronisk progressiv sykdom. En pasient er døende når personen har symptomer på at fysiologiske, livsoppholdene prosesser er i ferd med å svinne hen, og at reversible muligheter er vurdert eller utelukket. Den døende blir stadig mer sengeliggende, behovet for inntak av mat og drikke avtar, til slutt blir pasienten mindre og mindre kontaktbar. I tillegg vil urinproduksjon og tarmaktivitet gå ned, oksygenbehovet blir mindre og pusten endrer seg (Brenne & Dalene, 2018, s.638).

Den gamle i livets slutfase har behov for lindring, og ofte for flere tilstander enn én (Saltvedt & Wyller, 2018, s. 262-263). Komorbiditeten til den eldre pasienten vedvarer også i livets slutfase, og medfører at pleien, omsorgen og behandlingen må svare til dette (Grov, 2020, 538). Palliative tilbud er ofte ikke tilpasset den gamle skrøpelige med komplekse helseutfordringer. Det er lite forskning knyttet til denne pasientgruppen, og kunnskapsgrunnlaget for anvendelsen av riktig behandling er begrenset. Den døende gamle har ofte svært plagsomme symptomer i livets slutfase som følge av det multimorbide sykdomsbildet. Dette kan være smerter, dyspné, kløe, kvalme, angst og uro. Behandlingen som gis til den døende vil være støttende og lindrende, hvor farmakologisk og annen palliativ behandling anvendes. I tillegg til lindring av fysiske symptomer, må den døendes psykososiale behov ivaretas. En verdig død fremmes ved at døden inntreffer i samsvar med

hvem den enkelte er og har vært (Saltvedt & Wyller, 2018, s.263). Den døende eldre pasient bosatt i sykehjem får behandling, pleie og omsorg av helsepersonell ansatt i helseinstitusjonen. Det er også vanlig, for de som ønsker det, at pårørende er tilstede og behjelpelig med omsorgen som utøves ved livets slutt (Thoresen & Dahl, 2016, s.927-926).

2.2 Verdighet og en verdig død

Sykepleieryrkets verdigrunnlag er basert på det overordnende formålet om å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse. Sykepleien skal ytes uavhengig av alder, hudfarge, trosoppfatning, kultur, funksjonshemming eller sykdom, kjønn, nasjonalitet, politisk oppfatning, etnisk bakgrunn eller sosial status. Å utøve sykepleie ut i fra dette tankesettet er grunnleggende for ivaretagelse av enkeltindividets verdighet (Eide & Eide, 2021, s. 33). Verdighet som begrep er stort, litt abstrakt og ofte subjektiv. Det er ikke entydig hva begrepet omhandler eller hva det innebærer fra et pasientperspektiv. Verdighet knyttes ofte til ivaretagelse av pasientens selvstendighet, egenomsorg og aspekter som er nært knyttet til ens identitet (Eide & Eide, 2021, s. 102). Verdighet i eldreomsorgen retter seg mot anerkjennelse av den eldre som en person, ikke bare se sykdommen og skrøpeligheten. Det handler om å kommunisere at den gamle har verdi, selv når skrøpeligheten tar over. Den gamles svekkelser stiller krav til sykepleierens interesse, tålmodighet, empati og vilje, til å møte den eldre på sine premisser. For å kunne ivareta verdigheten må en være i stand til å se det unike ved menneske en møter og arbeide for at den enkeltes verdier, ønsker og behov blir innfridd (Eide & Eide, 2021, s. 312).

Å utøve sykepleie som innfrir ønske om en verdig død, er målet til sykepleier som gir omsorg til den døende. Det finnes ingen fastbestemt definisjon på hva begrepet, en verdig død, innebærer, men tilretteleggelse for at døden inntreffer hvor den døende opplever å være i tråd med seg selv, sine verdier og ønsker, er sentralt (Thoresen & Dahl, 2016, s.934). Fysisk og psykisk velbehag, død på det stedet en ønsker, gode relasjoner til helsepersonell, opprettholdelse av håp og glede, et godt forhold til familie og ikke å være en byrde for andre er viktige kriterier for en god død og pasientens opplevelse av livskvalitet og verdighet (Lorentsen & Grov, 2020, s. 424). Det er opp til sykepleier at dette innfris, slik at pasienten føler seg verdsatt og respektert, ikke krenket og uverdigg behandlet (Slettebø & Pedersen, 2020, s.226). I livets slutfase kan ønskene være svært varierende, men når en har en verdig

død som rettesnor i arbeidet, kan en åpne for samtaler om hva som er viktig for den enkelte (Gro, 2020, s.540).

2.3 Palliativ omsorg

Palliativ omsorg er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid (Helsedirektoratet, 2018). WHO omtaler palliasjon som lindring av symptomer for å oppnå best mulig livskvalitet for den døende. Fokuset rettes mot forebygging og lindring av lidelse gjennom tidlig identifisering, vurdering og behandling av smerte og andre symptomer knyttet til fysiske, psykososiale og åndelige plager (Kaasa & Loge, 2018, s.36). Behandlingen og omsorgen skal verken fremskynde døden eller forlenge dødsprosessen, men se på døden som en del av selve livet (Helsedirektoratet, 2018). Den palliative behandlingen og omsorgen skal være pasientorientert. Dette innebærer at den døende skal, i størst mulig grad, få sine premisser involvert i beslutningene knyttet til behandlingen, pleien og omsorgen som utøves (Kaasa & Loge, 2018, s.46).

2.3.1 Sykehjem og palliativ omsorg

Andelen dødsfall i sykehjem er økende, og sykehjem som arena får stadig en viktigere rolle innen palliasjon. Et hvert sykehjem skal kunne beherske grunnleggende palliativ behandling og sikre god symptomlindring. Behandlingen skal være omsorgsfull og ivareta pasienten i livets slutfase. Den ansvarlige legen på sykehjemmet bør ha tilstrekkelig kompetanse innen palliasjon, minst én sykepleier bør fungere som ressurs sykepleier for lindrende behandling og sykehjemmet som enhet skal kunne tilby et tverrfaglig tilbud. Det må være opprettet rutiner for innhenting av råd, veiledning og kompetanse fra enheter med spesialkompetanse til sykehjemmet. Gjeldende anbefalinger for palliasjon i Norge forteller om et organisert palliativt tilbud i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette i form av lindrende enhet i sykehjem (Haugen & Aass, 2018, s.118-119).

Den enkelte kommune har ansvaret for å utforme et tilpasset, nødvendig og faglig forsvarlig helse- og omsorgstilbud til sine innbyggere, der målet er å gi kvalitativ god og individuell tilpasset pleie og omsorg (Brodtkorb & Hauge, 2020, s.263). Kommunale helse og omsorgstjenester er i hovedsak finansiert gjennom kommunens inntekter. Palliativ behandling og omsorg er integrert i virksomheten kommunen tilbyr innen helse og omsorg. Denne tjenesten dekkes derfor via finansieringsordninger virksomheten vanligvis mottar. Ettersom

det ikke eksisterer en egen finansieringsordning for grunnleggende palliasjon i sykehjem, er det dermed opp til hver enkelt kommune å prioritere satsning og kompetanseheving på dette feltet (Helsedirektoratet, 2015, s.47).

Rammen rundt flertallet av dødsfall i Norge er sykehjem (Thoresen & Dahl, 2016, s.927), og som behandlende sykepleier for den eldre pasient i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, vil arbeidshverdagen preges av arbeidsplassen, menneskene en møter der, samt de ulike rammene en jobber under. Rammene for å gi omsorg i kommunehelsetjenesten er enda strammere enn tidligere (Slettebø & Pedersen, 2020, s.227), og er ofte utenfor sykepleiers kontroll (Svendsen et al., 2017). Hverdagen preges ofte av rutine og bemanningssituasjon (Brodtkorb & Hauge, 2020, s.267). Bemanning og fagdekning vil alltid være faktorer som påvirker en sykepleieres arbeid. Det er ofte forskjell å jobbe på et sykehus der man har flere sykepleiekolleger å konferere med, samt rask tilgang til andre faginstanser, i motsetning til å jobbe i kommunehelsetjenesten der sykepleierdekningen kan være lav og en står ofte alene om avgjørelser og ansvar (Svendsen et al., 2017).

2.4 Personsentret sykepleie

Florance Nightingales teori la grunnlaget for individualisme og medbestemmelse hos pasienter. Teorien er i dag en av hjørnesteinene i det filosofiske og etiske kunnskapsgrunnlaget i sykepleien, når det kommer til relasjon mellom sykepleier og pasient. Hun understreker sykepleierens ansvar for å forstå den enkelte pasients reaksjon og opplevelse av sykdomsforløpet, det vi i dag kjenner som *personsentret sykepleie* (Holter, 2016, s.111).

Denne formen for sykepleie består av flere aspekter, men det sentrale i tenkningen er å forstå hva som er viktig for pasienten i den aktuelle situasjonen. Personsentret sykepleie knytter den enkelte pasients verdier opp til ens egne, og innebærer anerkjennelse av at det som oppleves meningsfullt og verdifullt for pasienten, også er viktigst for en selv (Eide & Eide, 2021, s. 16). Sykepleier må ha et åpent og anerkjent forhold til den enkelte, som en unik person. Dette forutsetter at en er oppmerksom, til stede, samt lytter til det pasienten sier, men også nonverbale uttrykk (Eide & Eide, 2016, s.17). Personsentret sykepleie tar utgangspunkt i individet, i verdier, livssituasjon, behov og helseutfordringer. Den vektlegger helsepersonellens holdninger til den enkelte og fremhever de menneskelige behovene for trøst,

identitet, tilknytning, beskjeftigelse og inkludering. Personsentrert sykepleie skiller seg fra teknisk oppgaveorientert sykepleie. En må likevel merke seg at når en sykepleier gjennomfører en prosedyre, må en også ha fokus på pasienten som person. Tenkningen fremhever dette viktige grunnlaget ved sykepleie og tar på alvor at pasienten er en person, et helt menneske som har psykososiale behov (Eriksen, 2016, s. 899).

I møte med den døende er relasjonen mellom sykepleier og pasient vesentlig. Pasientens liv og opplevelser er et komplekst nett av både følelser, meninger og uttrykk som sykepleieren må forholde seg til i sitt arbeid. I den palliative omsorgen står det psykososiale behovet sentralt, og en god relasjon er avgjørende for opplevelsen av god psykososial støtte i denne fasen. I personsentrert sykepleie til den døende, vil ønskene og behovene til pasienten legge grunnlaget for utøvelsen av omsorgen. *Forhåndssamtaler* er et fint hjelpemiddel til å få innsikt i pasientens tanker og preferanser knyttet til behandling og omsorg i livets slutfase. Dersom sykepleier gjennomfører disse samtalene med takt og empati, vil dette gi rom for pasienten til å uttrykke tanker og preferanser rundt viktige spørsmål, samt være en bekreftelse på at dette blir ivarettatt (Saltvedt & Wyller, 2018, s. 269). Sykepleier må sette av tid til å lytte til pasientens ønsker og behov, og videre ivareta dette når pasienten selv ikke er i stand til å gjøre det (Eriksen, 2016, s. 900-901).

2.5 Sykepleierens kunnskapsgrunnlag

I arbeidet som sykepleier vil en møte pasienter med uker, dager eller timer igjen å leve. Dette indikerer at døden kan være en daglig hendelse for en sykepleier, som har en særegen rolle i møte med disse pasientene og deres pårørende (Thoresen & Dahl, 2016, s. 927). Sykepleier har døgkontinuerlig oppfølging av den døende og må ta stilling til kompleksiteten knyttet til komorbiditeten, samt konsekvensene av sykdommen(e) (Svendsen et al., 2017). For å sikre utøvende forsvarlig sykepleie, trenger en kunnskap om sykdommers virkning på helsetilstanden og de ulike kroppslige funksjonene, samt hvordan pleie og omsorg til den døende påvirker pasienten selv, men også de pårørende (Grov, 2020, s. 538).

2.5.1 Lindrende funksjon

Som sykepleier har man en rekke fagspesifikke funksjoner og ansvarsområder som preger arbeidsmåten. Den enkeltes evne til å ivareta dette ansvaret, farger arbeidsmåte og påvirker sykepleiens kvalitet. I den palliative omsorgen og behandlingen vil sykepleierens *lindrende*

funksjon stå sentralt, hvor sykepleier skal begrense den døendes lidelse av sykdommen(e) (Nortvedt & Grønseth, 2020, s. 22).

Sykepleierens lindrende funksjon er en viktig del av omsorgsaspektet i pleien, der sykepleieren skal begrense omfanget av pasientens fysiske, psykiske og sosiale belastninger. Å lindre smerte er ofte omtalt i livets slutfase, men det vil også oppstå flere belastende symptomer av både fysisk og psykisk karakter som behøver lindring. Sykepleierens lindrende behandling må rette fokus mot pasientens opplevelser og erfaringer med sykdom og lidelse, og fremme livskvalitet og verdighet (Nortvedt & Grønseth, 2020, s. 22). Sykepleierens lindrende arbeid skal forebygge og lindre lidelse, heller enn å forlenge livet eller dødsprosessen. Arbeidsoppgavene vil være både medikamentelle, men også ikke-farmakologiske (Brenne & Dalene, 2018, s. 642-643). Kunnskapen og erfaringskompetansen sykepleieren innehar om lindrende behandling, skaper trygghet hos pasienten og gir visshet om en verdig død fri for lidelse (Groven & Wiig, 2018, s. 200).

2.5.2 Symptomlindring hos den døende pasient

I tråd med Florence Nightingales teori, må sykepleierens evne til grundig og målrettet observasjon av den døende vektlegges. For at sykepleier skal kunne lindre må en ha kunnskap om hva en skal observere for å oppdage symptomer på lidelse hos pasienten. En må ha kunnskap om hvilke symptomer som betyr bedring og hvilke som betyr forverring, samt hva som er dårlig og god pleie (Nortvedt & Grønseth, 2020, s.24).

De vanligste symptomene som forekommer i livets slutfase krever igangsettelse av symptomlindrende behandling, for å ivareta livskvalitet og verdighet (Brenne & Dalene, 2018, s.641). I livets slutfase vil medikamentell symptomlindring være svært aktuelt, og sykepleier er avhengig av kommunikasjon med lege for å igangsette farmakologisk behandling. Medikamentell symptomlindring hos den gamle pasient må anvendes med hensyn til at de homeostatiske systemene i kroppen ofte er svekket, grunnet den økende alder, og kroppens toleranse og virkesteder er endret. Dette fører med seg økt risiko for bivirkninger. Adekvat behandling skal tilbys, men det vil med fordel være lurt å starte med lave doser og øke gradvis opp til terapeutisk nivå (Saltvedt & Wyller, 2018, s. 270).

Ikke-medikamentell behandling har potensiale i den symptomlindrende behandlingen hos den døende. Ved å anvende ikke-medikamentelle tiltak kan medikamentdosene reduseres og risikoen for bivirkninger minke. Dette kan være angstdempende tiltak som tilstedeværelse, berøring, rolig atmosfære og trøst, samt legge til rette for pårørendes nærvær (Saltvedt & Wyller, 2018, s. 270). I livets slutfase blir sirkulasjonen nedsatt, og tiltak som sirkulasjonsmadrass og regelmessig stillingsendring vil være av betydning. Dette kan forebygge smerter og vevskade grunnet trykk, i tillegg til at stillingsendringen kan bidra til å lette plager pasienten har fra slim og ikke har krefter til å hoste opp. Pusten vil også endre seg, og den døende puster ofte med åpen munn. Munnstell og tilføring av fukt i munnhulen kan lindre munntørthet (Thoresen & Dahl, 2016, s.946).

For optimal lindring kreves det samarbeid på tvers av profesjoner, samt involvering av pårørende. Dette for at flertallet kan observere pasienten tett og se etter endringer i symptombildet, slik at en fortløpende kan vurdere oppstart eller endring i den lindrende behandlingen (Brenne & Dalene, 2018, s.641).

2.5.3 Kommunikasjon med den døende

Kommunikasjonen legger grunnlaget for relasjonen mellom sykepleier og pasient, og sykepleierens kommunikasjonsferdigheter avgjør hvor nær en kommer inn på pasienten.

Kommunikasjon i palliativ fase er særegen, ettersom dette gjelder livets siste fase.

Kommunikasjonen i denne fasen er utfordrende og innebærer mer enn bare informasjon. Den omhandler kunsten å vise empati, samt bevitne lidelse (Kalfoss, 2020, s.460).

I livets slutfase vil ikke alltid pasienten kunne kommunisere verbalt og sykepleier må da forholde seg til andre måter å kommunisere på (Grovdal & Wiig, 2018, s. 202). Det er ikke mulig å ikke-kommunisere, selv med den døende. Sykepleier og den døende kan kommunisere gjennom nonverbal kommunikasjon, hvor en kan formidle uten å bruke ord, for eksempel øyekontakt, mimikk, kroppsholdning eller berøring (Heyn, 2016, s. 387).

Kommunikasjon med den døende preges av konteksten og fokuserer på adferd og interaksjoner (Heyn, 2016, s. 371). Pasientens respons sier noe om sykepleierens tilnærming. Sykepleier må være oppmerksom på om pasienten faller til ro, ansiktsuttrykk og om handlingene og nærværet gjør den døende trygg (Grovdal & Wiig, 2018, s. 202).

2.5.4 Sykepleier og pårørende

Sykepleier som behandler den gamle i livets slutfase, har også en faglig og etisk forpliktelse overfor de pårørende (Grov, 2020, s.552). Alvorlig sykdom og død rammer ikke bare pasienten, men også deres nære. Pårørende er ofte familiemedlemmer som har god kjennskap til den døende og dens levde liv, og de kan ha spilt en betydelig rolle i omsorgsbilde da pasienten var hjemmeboende. I denne fasen kan pårørende trenge støtte og omsorg i sin opplevelse av tap og sorg i situasjonen, men de kan også være en ressurs for både den døende og personalet (Brodtkorb & Hauge, 2020, s 265). Ofte kan de tilføye informasjon om hvilke tanker den døende gjorde seg før pasienten ble så syk at den ikke lenger kan gi uttrykk for det selv (Saltvedt & Wyller, 2018, s.270). For pasienten representerer de pårørende ofte trygghet og personer de har tillitt til, som kan hjelpe å ivareta deres verdighet, integritet og selvbilde i livets slutfase (Stensheim et al., 2018, s.274).

2.6 Etikk og yrkesetiske retningslinjer

I sykepleierens praksis vil etisk kompetanse være avgjørende. Ivaretagelse av den døende pasient krever etisk kunnskap, engasjement og refleksjon slik at disse holdningene reflekterer væremåten og håndlaget (Grov, 2020, s.539). Denne kunnskapen favner bredt, fra teori om verdier og normer, til evnen å bli oppmerksom på etiske problemer, og videre kunne reflektere over, samt håndtere disse problemene i egen praksis. Den etiske praksisen i sin helhet omhandler profesjonell teknisk kompetanse kombinert med hensynet til pasientens ønsker og behov, med respekt for individets rettigheter og opplevelser. (Lillemoen, 2016, s. 298-299).

2.6.1 Fire-prinsippers etikk

I medisinsk og helsefaglig etikk finnes det fire grunnleggende prinsipper som er spesielt betydningsfulle; *velgjørenhet, ikke-skade, autonomi og rettferdighet* (Lillemoen, 2016, s.305). Jeg vil nå presentere de tre førstnevnte, da jeg mener disse er relevant for min problemstilling.

Velgjørenhet

Prinsippet om velgjørenhet belyser klinikerens forpliktelse til å gjøre det som er best for pasienten. Sykepleieren skal fremme pasientens velvære ut fra en faglig forståelse av hva den syke er best tjent med, samt omsette denne kompetansen i adekvat handling (Nortvedt & Grønseth, 2020, s.18).

Ikke-skade

Ikke-skade prinsippet innebærer å minimalisere ubehag og smerte, samt avverge handlinger som mulig kan påføre pasienten skade eller belastning. Prinsippet skal skjerme pasienten for dårlig praksis, samt lindre smerte og lidelse (Nortvedt & Grønseth, 2020, s.18).

Autonomi

Autonomiprinsippet vektlegger den enkelte pasients rettigheter, ønsker og behov. Sykepleier må ha kunnskap om dette, samt respektere pasientens rett til å velge eller nekte helsehjelp (Nortvedt & Grønseth, 2020, s.18).

2.6.2 Yrkesetiske retningslinjer

Som sykepleier må en forholde seg til og jobbe ut i fra de yrkesetiske retningslinjene. Disse retningslinjene skal sørge for at sykepleien respekterer den enkeltes liv og iboende verdighet. Sykepleieren skal ivareta den enkeltes pasient verdighet og integritet, samtidig vise respekt og omtanke for de pårørende (Norsk sykepleieforbund, 2019). Med fokus på sykepleierens arbeid med ivaretagelse av verdighet hos den døende eldre, har jeg fremhevet noen punkter jeg mener belyser min problemstilling.

- *2.2 Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten*
- *2.3 Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg*
- *2.10 Sykepleier har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse*
- *2.11 Sykepleier deltar aktivt i beslutningsprosesser om livsforlengende behandling og bidrar til at pasientens stemme blir hørt*
- *2.12 Sykepleier bidrar til en naturlig og verdig død, og at pasienten ikke dør alene.*
- *2.14 Sykepleier viser respekt for den dødes kropp*

(Norsk sykepleieforbund, 2019).

2.7 Jus

2.7.1 Lovverk

Utøvelsen av lindrende behandling og omsorg i livets slutfase skal foregå i tråd med den norske lov, der helserettslige lover legger føring for utøvelsen (Helsedirektoratet, 2015, s.7)

Det vil være flere relevante helserettslige lover knyttet til min problemstilling. Jeg har valgt å

trekke frem paragrafer i pasient- og brukerrettighetsloven og helsepersonelloven, ettersom disse ivaretar retten til medvirkning og forsvarlig helsehjelp for den enkelte pasient.

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).

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 henvise 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).

2.7.2 FNs erklæring om døendes rettigheter

Respekt for den enkeltes liv, integritet, menneskeverd og retten til å medvirke i beslutninger angående egen helse, er verdier med sentral betydning i livets slutfase (Thoresen & Dahl, 2016, s.934). Disse verdiene støtter også opp under den palliative behandlingens mål; best mulig livskvalitet for den døende (Helsedirektoratet, 2018), samt legger til rette for en død i tråd med hvem pasienten er, og hva den enkelte selv ønsker. For å ivareta disse verdiene og målene har FN beskrevet den døendes rettighet i en erklæring. Erklæringen er universell. De ulike verdiene og rettigheten har gyldighet uansett hvem du er, og hvor du befinner deg (Thoresen & Dahl, 2016, s.934). Jeg har valgt å fremheve enkelte punkter som berører min problemstilling:

- *Jeg har rett til å slippe å dø alene*
- *Jeg har rett til smertelindring*

- *Jeg har rett til å få død i fred og med verdighet*
- *Jeg har rett til å bli behandlet av omsorgsfulle, medfølende, kyndige mennesker som vil prøve å forstå mine behov og som vil oppleve det som givende å hjelpe meg med å møte min død*

(Thoresen & Dahl, 2016, s.934).

2.7.3 Forskrift om en verdig eldreomsorg

«Forskriften har som formål å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at dette bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom» (Verdighetsgarantien, 2010). Tilbudet til de eldre skal respektere individets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. Den eldres medisinske behov skal også bli ivaretatt. Målsettingene for tjenestetilbudene skal også legge til rette for lindrende behandling og en verdig død (Verdighetsgarantien, 2010).

3 Metode

«Metode er den systematiske fremgangsmåten du benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling» (Thidemann, 2019, s.74). Her presenteres oppgavens metode, samt metoden som anvendes i forskningsartiklene, fremgangsmåten for valg av litteratur, søketabell, kildekritikk og etiske hensyn.

3.1 Litteratursøk og søkehistorikk

Dette er en litterær oppgave som bygger på allerede eksisterende skriftlige kilder, som fag-, teori- og forskningslitteratur. Søkene etter relevant forskningslitteratur ble utført i Cinahl, SveMed og PubMed. Disse databasene inneholder forskning som er fagfellevurdert og av sykepleiefaglig relevans. Min utarbeidede problemstilling gav grunnlaget for søkeordene jeg brukte; *palliative care, palliasjon, palliativ omsorg, end-of-life care, nursing home, housing for the elderly, sykehjem, nursing home personell, elderly og dignity*. I mine søk etter relevant forskning opparbeidet jeg meg noen kriterier, der ønsket var at samtlige artikler skulle imøtekomme disse kravene. De skulle være fagfellevurdert, ha relevans for problemstillingen, inkludere etiske hensyn, ha sammenlignbar sykepleiepraksis som praktiseres i Norge og være av nyere utgivelse, helst ikke eldre enn 10 år. Jeg fant fem forskningsartikler jeg ønsker å benytte i min oppgave. Fremgangsmåten for mine litteratursøk ses i 3.2.1 *Søketabell*. Alle valgte forskningsartikler benytter kvalitativ metode i sin forskning.

Annen relevant faglitteratur ble hentet fra tidligere pensumlister fra sykepleierutdanningen, referanselister fra pensumbøker og andre bacheloroppgaver. Jeg har benyttet nettsider som Lovdata, Helsedirektoratet, Norsk Sykepleieforbund, Folkehelseinstituttet, Norsk Palliativ Forening, og World Health Organization. Denne typen litteratur ble anvendt ettersom jeg så den relevant i henhold til min problemstilling.

3.2 Valg av forskningslitteratur

Basert på problemstilling har jeg valgt ut fem forskningsartikler med kvalitativt design. Dette fordi funnene som fremkommer i forskningen, er basert på menneskelige egenskaper og erfaringer. Hva som inngår i en verdig død vil være subjektivt og kan hverken måles med tall eller statistikk. I den valgte forskningen er det anvendt fokusgrupper og semistrukturerte intervjuer.

En kvalitativ tilnærming har som hensikt å få kunnskap om menneskelige egenskaper som meninger, opplevelser, erfaringer, vaner, forventinger, motiver og holdninger. Metoden handler ofte om meningssammenhenger, og innsamling av data foregår derfor gjennom intervju, observasjon, feltarbeid eller dokumentanalyse. Kvalitativ metode gir dybdekunnskap og er hensiktsmessig å anvende dersom en vil ha svar på spørsmål med spørreordene *hva*, *hvorfor* og *hvordan* (Thidemann, 2019, s.76).

3.2.1 Søketabell

Dato	Søk nr	Database	Søkeord	Antall treff	Leste sammendrag	Leste artikler	Artikler inkludert	Valgte artikler
2.12.21	1	Cinahl	«Palliativ care» «and» «nursing home patients» «or» «housing for the elderly» «and» «human dignity»	9	7	3	1	Brodtkorb, K., Skisland, A. V. S., Slettebø, Å. & Skaar, R. (2017). <i>Preserving dignity in end-of-life nursing home care: some ethical challenges</i>
2.12.21	3	SveMed+	«palliative care» «and» «elderly» «and» «nursing home»	60	10	3	1	Svendsen, S. J., Landmark, B. Th. & Grov, E. K. (2017). <i>Døende pasienter i sykehjem: Sykepleier gjør «mer av alt» og er «alene om alt».</i>
18.03.2022	9	PubMed	«end-of-life care» «nursing homes» «dignity»	20	5	2	1	Holmberg, B., Hellström, I. & Österlind, J. (2018) <i>End-of-life care in a nursing home: Assistant nurses' perspectives</i>
19.03.2022	10	Cinahl	«human dignity» «nursing homes» «nursing home personell»	16	2	2	1	Dwyer, L., Andershed, B., Nordenfelt, L. & Trnestedt, B. (2009) <i>«Dignity as experienced by nursing home staff»</i>
19.03.2022	11	SveMed+	«sykehjem» «palliativ omsorg»	15	5	2	1	Gjerberg, E. & Bjørndal, A (2009). <i>«Hva er en god død i sykehjem?»</i>

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk anvendes for å grundig gjennomgå, vurdere og karakterisere litteraturen man har funnet for å belyse problemstillingen. I akademisk sammenheng vil kritiske vurderinger handle om å vise forståelse av kunnskapen som anvendes, vurdere de ulike synspunktene, påstandene og konklusjonene før en forkaster dem eller godtar dem, samt vise egen evne til å komme frem til konklusjoner basert på kvalifiserte argumenter (Thidemann, 2019, s.26).

For å sikre god kvalitet på forskningen jeg ønsket å anvende i min oppgave, sørget jeg for at samtlige artikler var fagfellevurdert og publisert i fagfellevurderte tidsskrifter som har nivå 1 eller 2 på NSD. En svakhet i mitt valg av forskning er at to av artiklene ikke inngår i mine inklusjonskriterier. Forskningsartikkelen til Dwyer, Andershed, Nordenfelt og Trnestedt, og Gjerberg og Bjørndal er begge eldre enn 10 år. Helsesektoren har endret seg i løpet av dette tidsperspektivet, hvor nye retningslinjer, reformer og praksiser kan ha tilkommet. Jeg velger likevel å anvende begge artikler, da jeg mener funnene svarer godt på min problemstilling, og at funnene er like aktuelle i dagens helsebilde. Av annen valgt litteratur er det kun lovverk og WHO's «*Better palliativ care for older people*» som er eldre enn 10 år. Oppgaven inneholder også litteratur og forskning som henviser til andre kilder. Jeg har, etter beste evne, forsøkt å anvende primærkilder i min oppgave. Der dette ikke har latt seg gjøre har jeg vært oppmerksom på at kilden jeg henviser til er basert på tolkninger til forfatteren(e).

Tre av de valgte forskningsartiklene har utført forskningen i Norge. Det to andre ble gjennomført i Sverige. Forskningsresultatene er likevel overførbare, ettersom Sverige har en sammenlignbar sykepleiepraksis som Norge. Tre av artiklene er skrevet på engelsk. En svakhet med dette er at min tolkning av funnene kan være feil grunnet oversettelse. I tillegg kan noe informasjon i teksten ha blitt oversatt. To av forskningsartiklene inkluderer også annet helsepersonell, ikke bare sykepleiere. Jeg har gjort meg bevisst at funnene som fremkommer i disse artiklene kan ha svakheter grunnet informantenes kompetansegrunnlag og at dette må tas i betraktning. En annen svakhet jeg vil poengtere er at artikkelen til Dwyer og medarbeidere kun omhandler verdighet på sykehjem, og retter seg ikke mot livets slutfase. Jeg har likevel valgt å inkludere denne, da jeg mener at funnene om faktorer som fremhever verdighet er like aktuelle i livets slutfase som ellers.

I valget av forskning ønsket jeg artikler som benyttet seg av kvalitativ metode. Dette mener jeg styrker oppgaven, ettersom meninger om hva *en verdig død* innebærer er subjektive og

tilfører dybdekunnskap. En svakhet med valg av forskningsartikler med kvalitativ metode er antall informanter og at dette kun gir deres subjektive oppfatning av situasjonen. Likevel er kvantitativ metode er målbare data, eksakt faktakunnskap, og vil derfor ikke egne seg til å svare på oppgavens problemstilling (Thidemann, 2019, s.75).

3.4 Ethiske vurderinger

I mitt arbeid med oppgaven har jeg bevisst forholdt meg til Lovisenberg Diakonale Høgskoles regler for oppgaveskriving. For å sørge for at litteraturen som benyttes i oppgaven ikke fremstilles som mitt eget arbeid, viser jeg god kildehenvisningsskikk ved å anvende APA 7th. Dette gir nøyaktige opplysninger om informasjonskildene som blir brukt i min oppgave. Videre er jeg svært nøye med å ivareta pasienter, ansatte og avdelingers anonymitet, der mine erfaringer inkluderes i oppgaven.

I mitt valg av forskningsartikler ønsker jeg kun å anvende forskningen dersom det var tatt etiske hensyn. De fem utvalgte forskningsartiklene viser alle at de har tatt etiske hensyn i sin forskning. Noen artikler er tydeligere på dette enn andre. Informantene deltok av fri vilje og konfidensialitet er ivaretatt hos alle fem forskningsartikler.

4 Presentasjon av forskningsresultater

Denne delen av oppgaven presenterer hovedfunnene i utvalgte forskningsartikler. Videre presenteres de fem utvalgte artiklene i en artikkelmatrise.

4.1 Hovedfunn

Funnene i de utvalgte forskningsartiklene belyser hvilke faktorer som bør ligge til grunn for å oppnå målet om en «god død», samt ivareta den døendes verdighet i livets slutfase. Sentrale temaer som ble fremhevet var personsentrert pleie, god lindrende behandling og den døendes velbehag, sette av tid til å samtale om døden, tillitt og respekt, samt pårørendes rolle. Det kommer også frem hvilke utfordringer som påvirker sykepleierens arbeid i å oppnå dette målet. Utfordringer som tidsrammer, manglende fagdekning, ansvar utover egen kompetanse og forskjellene mellom idealet og realiteten var forhold som påvirket arbeidet i målet om en verdig død for den døende eldre.

4.2 Artikkelmatrise

Nr.	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Brodtkorb, K., Skisland, A. V. S., Slettebø, Å. & Skaar, R. (2017)	Preserving dignity in end-of-life nursing home care: some ethical challenges.	Nordic Journal of Nursing Research	Utforske hvordan helsearbeidere påvirkes av og håndterer etiske utfordringer i palliativ fase hos pasienter boende på sykehjem	Kvalitativ og empirisk metode, inspirert av hermeneutikk.	<p>Ønske om å legge til rette for en verdig død var noe helsearbeiderne satt høyt. Fokuset er å livets slutfase skal være så komfortabelt som mulig og verdigheten skal ivaretas så lenge den døende er i live.</p> <p>Funnene viser utfordringer som truer ivaretagelsen av verdighet. Dette var knyttet til uavklarte palliative planer, tverrfaglig samarbeid med lege og ansvar utenfor deres kompetanse var problematisk.</p>
2	Svendsen, S. J., Landmark, B. Th. & Grov, E. K. (2017)	Døende pasienter i sykehjem: Sykepleier gjør «mer av alt» og er «alene om alt»	Sykepleien Forskning	Beskrive sykepleierens erfaring med døende pasienter i sykehjem.	Kvalitativ metode. Tre fokusgrupper med 12 sykepleiere genererte data.	Sykepleier er alene om alt grunnet lav bemanning og medarbeidere har lav kompetanse. Sykepleierne forventes å være dyktige klinikere og gi veiledning til medarbeidere og pårørende.
3	Holmberg, B., Hellström, I. & Österlind, J. (2018)	End-of-life care in a nursing home: Assistant nurses' perspectives	Nursing Ethics	Beskrive sykepleiernes perspektiv i arbeidet med å gi god pleie, behandling og omsorg til døende pasienter boende på sykehjem.	Kvalitativ metode. Intervju med 7 sykepleiere.	Tre sentrale temaer ble fremhevet: «døden er en naturlig del av livet», «den døendes velbehag» og viktigheten av å kjenne den døende godt nok til å gi pleie som ivaretar deres verdighet.
4	Dwyer, L., Andershed,	Dignity as experienced by	International Journal of	Utforske sykehjempersonells	Kvalitativ innholdsanalyse	Arbeidet med å balansere

	B., Nordenfelt, L. & Trnstedt, B. (2009)	nursing home staff.	Older People Nursing	opplevelser knyttet til verdighet i omsorg og behandlingen på sykehjem.	. Intervju med 21 ansatte på fire ulike sykehjem.	<p>ivaretagelse av pasientens fysiologiske behov og ønske om å utøve en pleie som kan nå dypere enn fysiologiske behov.</p> <p>Den gamles verdighet blir presentert i hovedkategorier: opplevelsen av tillitt, vise respekt.</p> <p>Det kommer også frem at faktorer som truer verdigheten kan være utfordringer mellom idealet og realiteten.</p>
5	Gjerberg, E. & Bjørndal, A (2009).	Hva er en god død i sykehjem?	Sykepleien Forskning	Øke kunnskapsgrunnlaget om hva som kan betegnes som «en god død» og hvilke forutsetninger som må ligge til grunn.	Kvalitativ metode. Intervju med et strategisk utvalg på 14 personer med ulike fagbakgrunn, ansatt ved ulike fem sykehjem.	Informantene fremhevet fire sentrale temaer i resultatene; god smerte og annen symptomlindring, trygghet for å ikke være alene, ivaretagelse av pårørende og ikke unødig iverksettelse av livsforlengende behandling.

5 Diskusjon

I denne delen av oppgaven vil utvalgt teori-, fag- og forskningslitteratur, kombinerte med egne erfaringer, benyttes for å diskutere, belyse og besvare oppgavens problemstilling:

Hvordan kan sykepleier bidra til en verdig død for den eldre pasient i livets slutfase bosatt på sykehjem?

5.1 Den døendes velbehag og lindrende behandling

For å ivareta den døendes verdighet og bidra til en verdig død, vil pasientens velbehag i livets slutfase stå sentralt (Gjerberg & Bjørndal, 2009). Her vil sykepleierens lindrende funksjon spille en viktig rolle, hvor arbeidsoppgavene knyttes til å observere, identifisere og gjenkjenne symptomer, samt igangsette både medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak for å lindre den døendes plager (Nortvedt & Grønseth, 2020, s. 22). I livets slutfase vil symptomer som smerte, pustebesvær, munntørrehet, angst og uro forekomme, og lindring av disse er særskilt viktig for at livskvaliteten skal opprettholdes og verdigheten ivaretas. Pasienter som slipper å slite med plagsomme symptomer som smerter, pustebesvær eller kvalme, er de som har det fredelig og får en god død (Gjerberg & Bjørndal, 2009).

FN forteller om den døendes rettighet til smertelindring (Thoresen & Dahl, 2016, s.934). I livets slutfase vil opptil 75% av døende oppleve smerter som vil kreve behandling, dersom velbehag og verdighet skal finne sted. Derfor vil god døgkontinuerlig smertelindring være viktig å fokusere på, og er noe av det viktigste vi hjelper den døende med (Brenne & Dalene, 2018, s.643). For at sykepleier skal kunne lindre må kartlegging av smertene gjennomføres. I livets slutfase vil ikke alltid den døende være i stand til å uttrykke sine smerter gjennom ord. Sykepleier må da se etter andre tegn på smerter. Dette kan være grimaser, uro, at pasienten ynker seg og gjør motstand under snuing eller ved annen berøring. I livets slutfase vil det kunne oppstå smerter som ikke kan avhjelpes på noen annen måte enn lindrende sedering. Medikamentene vil redusere den døendes bevissthetsnivå og derfor virke lindrende (Thoresen & Dahl, 2016, s.949). I studien til Svendsen og medarbeidere (2017) fremkommer det viktigheten av trygghet og kompetanse i legemiddelhåndtering ved behandling av plagsomme smerter hos den døende. Resultatene viser at opplevelsen av hva som er trygt er svært individuelt. Noen sykepleiere mente det er trygt når legen forordnet en maksdose, mens andre

fant trygghet i å kunne gi så mye som pasienten hadde behov for, for å lindre smertene og ikke måtte kontakte lege for ny dosering (Svendsen et al., 2017). Ut i fra egne erfaringer i praksis er det ingen lett oppgave å stå i denne situasjonen. Det krever både kunnskap og erfaring, og praksisen som gjennomføres skal være faglig forsvarlig. For å gjenspeile en faglig forsvarlig sykepleiepraksis, som er nedfelt i helsepersonelloven §4 (1999), må sykepleier ha god kommunikasjon med sykehjemslegen i gjennomføringen av medikamentell lindring.

I studien til Holmberg og medarbeidere (2018) var fokuset i livets slutfase, at den utøvende pleien skulle hjelpe den døende til å ligge komfortabelt i en ren seng, uten plagsomme symptomer, i et rolig miljø hvor pasientens ønsker ble ivaretatt etter beste evne (Holmberg et al., 2018). Å lindre symptomer i hele sin bredde er ansett som viktig (Gjerberg & Bjørndal, 2009). Sykepleieren må sørge for at livets slutfase blir så behagelig som mulig ved å hjelpe den døende med disse plagsomme symptomene (Dwyer et al., 2009). I tillegg til smerte vil den døende oppleve andre fysiologiske symptomer, som sykepleier må lindre. Når døden nærmer seg vil, blant annet, pasientens pust endre seg. Den kan veksle mellom dyp og overfladisk, langsom og rask, og den døende har ofte pustestopp. Gjennom tiltak som kald og frisk luft mot ansiktet, godt sengeleie eller en kald klut på pannen kan dette lette den døendes opplevelse av for lite luft. Medikamentell behandling med opioider er også effektivt, da det demper subjektivt besvær og senker oksygenbehovet. I livets slutfase vil det være naturlig at urinproduksjonen minsker. Den døende kan likevel ligge med full blære. Dersom pasienten er i et stadium der han ikke kan uttrykke seg, kan urinretensjon gi stort ubehag og vises i form av motorisk uro. Obstipasjon kan også forekomme, og gi kvalme, smerte og uro. Sykepleier kan lindre disse plagene ved kateterisering eller tarmtømming, men hos døende pasienter med kun timer eller dager igjen blir dette gjort kun unntaksvis. At kroppslige prosesser sviner hen er en naturlig del av dødsprosessen og symptomene knyttet til dette skal vanligvis lindres, ikke behandles for bedring (Thoresen & Dahl, 2016, s.946-948).

Det er flere forutsetninger som må ligge til grunn for å lykkes med god symptomlindring. For at sykepleier skal kunne lindre disse plagsomme symptomene, er tilstedeværelse den første forutsetningen. En må ha tid til å gjøre gode kliniske observasjoner, vurderinger og iverksette nødvendige tiltak. Tilstedeværelsen i den terminale pleien vil ikke alltid være oppnåelig ettersom rammefaktorene sykepleieren jobber under, spiller inn. En faktor som lav bemanning gjør ønske om å tilbringe tilstrekkelig tid med den døende, for å gjøre god observasjoner,

vanskelig (Svendsen et al., 2017). For det andre vil personalets kompetanse om symptombehandling være en forutsetning for optimal lindring. Sykepleier har ingen kontroll over avdelingens fagdekning, og kan ofte stå alene i situasjoner som krever spesiell kompetanse. Til slutt vil avdelingens retningslinjer og rutiner for observasjon og behandling av den døendes symptomer være en forutsetning. Gode rutiner for opptrapping av lindrende behandling dersom pasienten har behov for det, øker sjansen for å lykkes med god symptomlindring (Gjerberg & Bjørndal, 2009).

Med fokus på pasientens velbehag i behandlingen, må en også ha med seg WHO's retningslinjer om å anerkjenne at døden er en naturlig del av livet som hverken skal fremskyndes eller utsettes (Brodtkorb et al., 2017). Det fremkommer i studien til Brodtkorb og medarbeidere (2017) at sykepleierne møtte på utfordringer i situasjoner der det ble igangsatt tiltak for å behandle plagsomme symptomer, men dette var også tiltak som kunne virke livsforlengende. Dette kunne være alt fra å behandle en infeksjon, til å gi næring eller væske intravenøst. I de norske nasjonale retningslinjene for å begrense livsforlengende behandling hos døende pasienter, er dette sett på som nytteløse tiltak som ikke skal anvendes. Likevel må sykepleieren ta pasientens autonomi i betraktning, dersom vedkommende tidligere har uttrykt ønsket behandling som ikke nødvendigvis er anbefalt (Brodtkorb et al., 2017). Hvis dette er tilfellet må sykepleier også vurdere de etiske aspektene, hvor dette kan stride i mot ikke-skade prinsippet (Nortvedt & Grønseth, 2020, s.18). Pårørende kan også ha en mening om behandling og underbehandling av den døende, der mange ofte er bekymret for at den døende sulter i hjel, får for lite væske eller opplever plagsom tørste (Thoresen & Dahl, 2016, s.947). Unødig livsforlengende behandling kan redusere muligheten for en god livsavslutning. Likevel møter en pårørende som kan insitere på aktiv behandling, noen ganger på tross av det den døende har uttalt om egne ønsker tidligere. Det kan være vanskelig for de pårørende å akseptere at den døende i livets slutfase gradvis slutter å spise og drikke (Gjerberg & Bjørndal, 2009). I livets slutfase er sult et sjeldent fenomen, og forskning viser at intravenøs væskebehandling ikke vil hjelpe på tørste. Dette må sykepleier informere pårørende om. Ettersom den døende ofte puster med åpen munn, vil godt munnstell og hyppig fuktighet av munnhulen være mer aktuelt. Dette er noe sykepleier kan undervise til de pårørende, og som oftest blir satt pris på (Thoresen & Dahl, 2016, s.947).

5.2 Å ivareta den døendes psykososiale, åndelige og eksistensielle behov

I tillegg til fysiologiske behov omfatter palliasjon også ivaretagelse av psykososiale, åndelige og eksistensielle behov. At døden inntreffer når den døende opplever å være i tråd med seg selv, sine verdier og ønsker, bidrar til en verdig død. Dette vil alltid være individuelt og ivaretagelsen av disse behovene vil påvirke sykepleierens arbeid med den døende ulikt (Thoresen & Dahl, 2016, s.934). Likevel skal sykepleieren ta hensyn til dette, respektere og ivareta behovene i arbeidet for en verdig død (Thoresen & Dahl, 2016, s.930).

Å utøve en pleie som fremmer individets identitet er en viktig komponent (Dwyer et al., 2009). Sykepleieren må se hele mennesket, ikke bare pasienten som døende og hvilke plager som følger med tilstanden. I mine erfaringer fra praksis har jeg opplevd at sykepleien til døende pasienter ofte kan bli teknisk orientert, og den helhetlige omsorgen blir lagt til side. Årsaker som krav til effektivitet og manglende kompetanse kan bidra til dette, og er svært truende for pasientens verdighet. Det truer også sykepleierens etiske ansvar om å ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleieforbund, 2019). Kompetanse i dette er derfor viktig. Helsepersonell uttrykker at de har manglende kompetanse på dette fagfeltet og utøver ikke en tilstrekkelig åndelig og eksistensiell omsorg. Personalet trenger opplæring, undervisning og veiledning (Hirsch & Røen, 2018, s. 325). Bruk av tverrfaglig samarbeid, som prestetjenesten eller andre åndelige samtalepartnere, kan være veldig aktuelt i oppgaven om å ivareta åndelige og eksistensielle behov. En sykehjemsprest kan samtale med pasienter og pårørende, men også gi veiledning til, og opplæring av helsepersonell (Hirsch & Røen, 2018, s. 315).

I det åndelige og eksistensielle arbeidet, må sykepleieren også ta stilling til et flerkulturelt perspektiv på livets slutfase. Sykepleieren er i kontakt med både kolleger og pasienter fra andre land, og tradisjoner og ritualer knyttet til livets slutfase vil variere. Døden er et grunnleggende fenomen, men måten en ønsker å møte den på kan være ulik. Å møte den døende med respekt vil være det viktigste aspektet. Ved å stille åpne og respektfulle spørsmål knyttet til dette, kan pasienten uttrykke hva den ønsker når døden inntreffer. Dette styrker pasientens autonomi og retten til å medvirke i pleien som utføres (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Dersom skikkene og tradisjonene er ukjente for sykepleieren, vil pårørende kunne være til hjelp og sørge for at forhåndsregler blir tatt og ritualer gjennomført i tråd med pasientens ønsker (Thoresen & Dahl, 2016, s.930-933).

5.3 Respekt for den døende

For å oppnå er verdig død, vil respekt være et viktig aspekt i pleien, behandlingen og omsorgen for den døende. Å respektere den døendes identitet og integritet, samt personens tenke- og levemåte, ivaretar deres verdighet (Dwyer et al., 2009). Personalets respekt for den døende og deres pårørende, at de blir sett og verdsatt, skal være en rød tråd gjennom hele pasientens opphold i sykehjem, også i livets slutfase. Hvis dette ikke er til stede, faller alt annet. Respekt kan demonstreres og anvendes på flere måter, og vi skal nå gå nærmere inn på dette (Gjerberg & Bjørndal, 2009).

For at livets slutfase skal bli så god som mulig, er respekt for individets levde liv, preferanser og autonomi en grunnleggende forutsetning (Gjerberg & Bjørndal, 2009). Forberedende samtaler med pasienten, deres pårørende, lege og omsorgsarbeidere er et godt hjelpemiddel å anvende for å oppnå ønske om en verdig død for pasienten. Studien til Brodtkorb og medarbeidere (2017) viser at jo tidligere dette gjennomføres, jo bedre. Pasientens ønsker og preferanser bør avklares allerede ved innkomstsamtaler. Likevel fremkommer det at disse samtalerne ikke alltid finner sted, og at dersom de gjorde det, var det sykepleier som var ansvarlig, på tross av manglende kompetanse. I tråd med retningslinjer for palliative planer er det legen som skal ha det overordnede ansvaret for avgjørelser knyttet til denne typen behandling. Sykepleier og andre helsearbeidere har et ansvar å delta i forberedende samtaler, men legen vil alltid ha hovedansvaret (Brodtkorb et. al, 2017).

Å samtale om døden og hva den enkelte ønsker i livets slutfase er viktig for at den døende skal få dette innfridd og at verdigheten ivaretas. Likevel viser undersøkelser at livets slutfase og egen død er temaer flertallet ikke ønsker å samtale om. Ofte skyldes dødsfall alvorlig sykdom som strekker seg over lang tid, som betyr at flertallet vil møte en tid der de må anerkjenne at livet går mot slutten. Det kan være en vanskelig prosess å skulle forstå og akseptere dette, og blir beskrevet som den største eksistensielle krisen et menneske kan ha (Thoresen & Dahl, 2016, s.930). Det er en krevende balansegang hvor man på den ene siden streber etter å innfri pasientens ønsker om egen død, og på den andre siden ta hensyn til hva pasienten ønsker å snakke om (Gjerberg & Bjørndal, 2009). Jeg har likevel erfart at samtaler om døden og livets slutfase fremmer en verdig død, nettopp fordi sykepleieren føler et ansvar for å ivareta ønskene pasienter har uttrykt. Hvis dette ikke forekommer kan helsepersonell påføre pasienten lidelse og krenke dens verdighet ved å ta beslutninger bygd på paternalistiske holdninger de mener er best for den døende (Thoresen & Dahl, 2016, s.941).

Dette strider i mot sykepleierens etiske forankring og berører både ikke-skade- og autonomiprinsippet (Nortvedt & Grønseth, 2020, s.18).

I Holmberg og medarbeideres (2018) studie fremkommer respekt for den døende og dens liv som en rød tråd i pleien som utøves. Å tilpasse arbeidets tempo, var en viktig måte å vise respekt på, samt ivareta verdigheten i situasjonen. Den døende gamle blir svakere og svakere, og det å tilpasse tempoet i pleien slik at en ikke fremprovoserer stress, er viktig. At sykepleieren roer ned tempoet, tar seg tid til å være tilstede med den døende, lese ansiktsuttrykk og kroppsspråk, fremmer pasientens velvære. Likevel er det dessverre ikke alltid mulig for sykepleieren å tilpasse sitt arbeidstempo. Flere av informantene uttrykker at tiden ikke alltid strekker til, og at arbeidet de ønsket å utføre ikke alltid var gjennomførbart grunnet tidspress og andre oppgaver (Holmberg et al., 2018).

En verdig død omhandler også øyeblikkene etter døden inntreffer. Det er viktig at den eldres kropp behandles med respekt og i samsvar med hvem den døde har vært. Dette kan være å kle dem i spesielle klær eller legge ved en personlig gjenstand. Å rydde omgivelsene, fjerne medisinsk utstyr, tenne et lys eller sette inn blomster gir en estetisk ro rundt situasjonen. Dette legger til rette for at pårørende og andre kan ta en siste farvel med den avdøde på et verdig sett (Holmberg et al., 2018). Informanter i Holmberg og medarbeidernes (2018) forskning fortalte om viktigheten av å frakte den dodes kropp rolig ut av rommet og avdelingen for å ivareta deres verdighet og med respekt. Videre ble det informert om dødsfallet til de andre beboerne i sykehjemmet, hvor de sammen kunne tenne et lys for å minnes den døde.

5.4 Skape trygghet i livets slutfase

Som nevnt i kapittel 5.1, er tilstedeværelse er en viktig del av pleien, behandlingen og omsorgen for den døende pasient i livets slutfase. Tilstedeværelse er også viktig for å skape trygghet for pasienten og dens pårørende. I studien til Gjerberg og Bjørndal (2009) blir begrepet trygghet ofte knyttet til det å skape trygghet for at den døende ikke skal være alene i livets slutfase. Dette kommer også frem i funnene til Holmberg og medarbeidere (2018). Desto nærmere pasienten var døden, jo viktigere var det for sykepleieren å strebe etter ønske om at den døende skal ha noen ved sin side. FNs erklæring om den døendes rettigheter sier at

pasienter skal slippe å dø alene (Thoresen & Dahl, 2016, s.934), og sykepleier er forankret i yrkesetiske retningslinjer (2019) i å tilstrebe dette.

Enkle, små handlinger som å gre pasientens hår, fukte øyne eller smøre lepper, gjort på en rolig og omsorgsfull måte, fremmer trygghet og nærhet ved å gi den døende en følelse av omsorg. Å sørge for at sånne øyeblikk finner sted, kan også være givende for sykepleier, men igjen vil tidsrammen påvirke dette. Det kan være frustrerende å ikke få gjennomført disse handlingene, når en vet hvilken effekt dette har på pasientens velvære. Jeg har erfart at det å kunne bli avlastet av andre omsorgsarbeidere eller den døendes pårørende, kan være en lettelse for sykepleieren med mye ansvar. En sykepleier sier at hvis andre er tilstede vet hun at det er noen der med dem, som sier ifra dersom noe skulle oppstå eller den døende er plaget av mye smerter (Holmberg et al., 2018). For de fleste vil pårørendes tilstedeværelse skape trygghet og gi innhold til begrepet en verdig død. (Gjerberg & Bjørndal, 2009). I situasjoner der den døende var uten pårørende var det en utfordring, at sykepleierne hadde begrenset med tid og kun hadde mulighet til å ta korte turer innom pasientens rom (Holmberg et al., 2018).

Trygghet innebærer også at pasienten og pårørende har en visshet om at smerter og andre symptomer lindres så godt som mulig. Flertallet er opptatt av hvordan de dør, ikke redselen for å dø. Angst og uro knyttet til smerter, ikke få puste og det å være alene, er vanlig å kjenne på. Det skaper en trygghet og et velbehag å informere om at dette blir ivaretatt og er en prioritet, samt skape en visshet om det er noen der for den, som kjenner den godt, og vet hvilke behov den enkelte har (Gjerberg & Bjørndal, 2009).

5.5 Idealet møter realiteten

Å møte behovene til den døende være et ønsket fokusområde for sykepleieren. Sykepleieren vil ofte være den som kjenner pasienten og dens preferanser godt, men i en hektisk arbeidshverdag, med lite fagdekning, vil det ikke alltid være mulig å tilfredsstille pasientens behov (Holmberg et al., 2018).

Å dø i sykehjem gir en større mulighet for å legge en plan angående avslutningen av et liv. Samtidig kan en møte på store utfordringer knyttet til tilstrekkelig kompetanse og bemanning. Den døendes pårørende etterspør mer faglært personell, bedre språkopplæring og bredere kunnskap om palliasjon som fagområde (Thoresen & Dahl, 2016, s.941). Helsepersonell i

Brodtkorb og medarbeideres (2017) forskning uttrykker et ønske og behov for organiserte retningslinjer i det palliative arbeidet på sykehjem. Samtidig var det også viktig å ivareta sensitiviteten og det individuelle med situasjonen.

Resultatene i studien til Svendsen og medarbeidere (2017) viser at det er utfordrende for sykepleier å ha det overordnede ansvaret i denne situasjonen. Sykepleieren har en koordinerende funksjon overfor annet helsepersonell, faglært og ufaglært, og det overordnede ansvaret for tjenesten, både faglig og organisatorisk. Sykepleier må delegerer oppgaver, men ikke alle oppgaver kan delegeres videre grunnet manglende kompetanse. Mangel på antall sykepleiere i sykehjem påvirker kvaliteten på tjenesten og omsorgen som utøves. For å ivareta den døendes verdighet er det behov for kompetanse på individnivå: ivareta den døende i sykehjem, og på systemnivå; roller og ansvar i arbeidet med den døende pasient på sykehjem (Svendsen et al., 2017). På individnivå vil sykepleierens undervisende funksjon være aktuell. Sykepleier kan formidle sin kunnskap til både medarbeidere og pårørende, slik at enkelte arbeidsoppgaver kan overtas, og sykepleier kan fokusere på sykepleiefaglige oppgaver (Nortvedt & Grønseth, 2020, s. 22). På systemnivå er det viktig at også politikerne innehar kompetanse for hvilke ressurser som kreves for å utøve faglig forsvarlig sykepleie i livets slutfase. Dette fordi politikerne bevilger ressurser til tjenesten. Sykepleieren må melde avvik når forsvarlig tjenester ikke blir gitt, slik at dette blir synlig for de med beslutningsmyndighet.

Som sykepleier for den døende pasient skal man opptre profesjonelt ovenfor den døende og deres pårørende for å sikre en verdig død. Likevel kan denne situasjonen by på utfordringer på det emosjonelle plan. Det er et ærefult oppdrag å følge en pasient i den siste delen av deres liv, men det kan også være overveldende å ha så mye ansvar hvilende på sine skuldre. Det kan være emosjonelt engasjerende å ivareta den døende, og det vil ofte være en påkjenning å være personlig engasjert (Svendsen et al., 2017). Spesielt i sykehjem kan helsepersonell opparbeide en god relasjon til pasienten over en lengre tidsperiode, og dette kan skape utfordringer når det kommer til nærhet og distanse i pleien i livets slutfase. Sykepleieren strekker seg ofte langt i sitt arbeid slik at kvaliteten på omsorgen til den døende skal være så god som mulig (Thoresen & Dahl, 2016, s.954). På den ene siden vil arbeidet med den døende være lærerikt, utviklende og meningsfullt. På den andre siden kan ansvaret føre med seg stress, usikkerheter og påkjenninger. Sykepleier kan daglig møte døden og døende i sitt arbeid, men døden vil aldri kunne bli dagligdags eller en rutinesituasjon (Thoresen & Dahl, 2016, s.954).

6 Avslutning

Døden er et grunnleggende fenomen i alle menneskers liv og er livets endelige grense (Thoresen & Dahl, 2016, s.926). Hva som gir mening til begrepet en verdig død vil være subjektivt og avhenger av individet som rammes. Likevel er det flere faktorer som fremtrer som sentrale i livets slutfase og som påvirker sykepleierens arbeid for en verdig død. Den døendes velbehag, optimal symptomlindring og det å skape trygghet er en forutsetning for å fremme en verdig død. Videre er respekt for den enkeltes levde liv, identitet og ønsker, samt ivaretagelse av pasientens psykososiale, åndelige og eksistensielle behov, avgjørende for å imøtekomme målet om en verdig død. For å bidra til en verdig død for den eldre pasient i livets slutfase er det altså individuell sykepleie som må tilstrebes.

Det vil alltid være faktorer som påvirker sykepleierens arbeid i målet om en verdig død. Sykehjem som arena er preget av lav bemanning og mangelfull fagdekning. Utilstrekkelig kompetanse hos medarbeidere fører til et større ansvar hos sykepleier. Større arbeidsbelastning påvirker også tidsaspektet. Tidspresset kan igjen påvirke kvaliteten på sykepleien og utfordre kravet om helhetlig omsorg.

Jeg vil også kommentere at funnene som er anvendt i oppgaven ikke er utfyllende og endelig i hva som bidrar til å fremme en verdig død for den eldre pasient i livets slutfase, bosatt på sykehjem. Grunnet forskningens kvalitative metode, vil funnene gjenspeile informantenes syn på en verdig død. Dette er ikke nødvendigvis andres oppfatning. Det fremkommer derimot mye av de samme funnene i utvalgt forskning og kan derfor gi en god indikasjon på hva en verdig død innebærer.

7 Litteraturliste

- Brenne, A. T. & Dalene, R. (2018). *Symptomlindring av den døende pasient*. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.). Palliasjon (3. utg., s. 638-651). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brodtkorb, K. & Hauge, S. (2020). *Sykepleie i sykehjem*. I. M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.). Geriatrisk Sykepleie (3. utg., s. 262-276). Gyldendal Norsk Forlag.
- Brodtkorb, K., Skisland, A. V. S., Slettebø, Å. & Skaar, R. (2017). Preserving dignity in end-of-life nursing home care: some ethical challenges. *Nordic Journal of Nursing Research; London*, 37 (2), 78-84. <http://dx.doi.org/10.1177/2057158516674836>
- Dwyer, L., Andershed, B., Nordenfelt, L. & Trnstedt, B. (2009). Dignity as experienced by nursing home staff. *International Journal of Older People Nursing*, 4. (3).
https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1748-3743.2008.00153.x?fbclid=IwAR1x8FcE2-TOIBuxZh1csH6dYWmlmC1D3T_crsFZcu76I3EwZ_2dhRAGvcg
- Eide, H. & Eide, T. (2021). *Kommunikasjon i relasjoner* (3.utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eriksen, S. (2016) *Menneskets psykososiale behov*. I E. K. Grov & I. M Holter (Red). *Grunnleggende Kunnskap i Klinisk Sykepleie* (5.utg., s.887-905). Cappelen Damm Akademisk
- Folkehelseinstituttet. (2021) *Demens*. Hentet 16.03.2022 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Gjerberg, E. & Bjørndal, A (2009). Hva er en god død i sykehjem? *Sykepleien Forskning*. Hentet 3.01.2022 fra <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/hva-er-en-god-dod-i-sykehjem>
- Grov, E. K. (2020). *Pleie og omsorg ved livets slutt*. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.). Geriatrisk Sykepleie (3. utg., s. 537-557). Gyldendal Norsk Forlag.

Grov, E. K. & Wiig, H. S. (2018). *Kommunikasjon med pasienter i palliativ livsfase*. I L. G. Heyn (Red). *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 196-225). Gyldendal Akademisk.

Haugen, D. F. & Aass, N. (2018). *Organisering av palliative tilbud*. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.). *Palliasjon* (3. utg., s. 112-124). Oslo: Gyldendal akademisk.

Helsedirektoratet. (2015, februar). *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt – å skape liv til dagene*. Hentet den 11.01.22 fra https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3bfb32c6b9ef43/rapport_hdir_palliasjonsrapport_160315.pdf

Helsedirektoratet. (2018, 18. september). *Lindrende behandling i livets slutfase*. Hentet 06.12.21 fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV 1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Heyn, L. (2016). *Kommunikasjon – menneskets grunnleggende behov for å forstå og bli forstått*. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.). *Grunnleggende Kunnskap i Klinisk Sykepleie* (5. utg., s. 363-395). Cappelen Damm AS.

Hirsch, A. & Røen, I. (2018). *Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov*. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.). *Palliasjon* (3. utg., s. 315-325) Oslo: Gyldendal akademisk.

Holmberg, B., Hellström, I. & Österlind, J. (2018) End-of-life care in a nursing home: Assistant nurses' perspectives. *Nursing Ethics*, 26 (6). https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0969733018779199?fbclid=IwAR1_DxUVzyFpDLbqOUOThFLu_xJX9ufXB54lv_Ddn5qP2ljLIFt0Z7IyJF0&journalCode=neja

Holter, I. M. (2016) *Sykepleieprofesjonens grunnleggende kjennetegn*. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red). *Grunnleggende Kunnskap i Klinisk Sykepleie* (5.utg., s.107-119). Cappelen Damm Akademisk

Kaasa, S. & Loge, J. H. (2018). *Palliativ medisin – en innledning*. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.). Palliasjon (3. utg., s.34-49). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kalfoss, M. H. (2020). *Møte med lidende og døende pasienter- sykepleierens møte med seg selv*. I D. G. Stubberud, R. Grønseth. & H. Almås (red.). *Klinisk Sykepleie 2*. (5. utg., s. 454-478). Gyldendal Norsk Forlag.

Lillemoen, L. (2016). *Etikk i sykepleien*. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.). *Grunnleggende Kunnskap i Klinisk Sykepleie* (5. utg., s. 297-338). Cappelen Damm AS.

Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2020). *Generell sykepleie ved kreftsykdommer*. I D. G. Stubberud, R. Grønseth. & H. Almås (red.). *Klinisk Sykepleie 2*. (5. utg., s. 437-452). Gyldendal Norsk Forlag.

Meld. St. 29 (2012-2013) *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>

Norsk Palliativ Forening (2016). *Begreper*. Hentet 06.12.21 fra
<https://palliativ.org/publikasjoner/begrep>

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 07.12.21 fra
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, P. & Grønseth, R (2020). *Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse*. I D. G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.). *Klinisk Sykepleie 1* (5. utg., s. 17-37). Gyldendal Norsk Forlag AS

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-2021-05-07-31) Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Ranhoff, A. H. (2020). *Den gamle pasienten*. I. M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk Sykepleie* (3. utg., s. 53-67). Gyldendal Norsk Forlag.

Saltvedt, I., & Wyller, T. B. (2018). *Palliativ behandling av gamle*. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.). Palliasjon (3. utg., s. 262-273). Oslo: Gyldendal akademisk.

Slettebø, Å. & Pedersen, R. (2020). *Juridiske rammer og etiske utfordringer*. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.). Geriatrisk Sykepleie (3. utg., s. 216- 229). Gyldendal Norsk Forlag.

Statistisk sentralbyrå. (2020, 24. juni). *Fire av fem eldre som dør, mottar omsorgstjenester i kommunene*. Hentet 03.12.2021 fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/fire-av-fem-eldre-som-dor-mottar-omsorgstjenester-i-kommunen>

Stensheim, H., Hjermstad, M. J. & Loge, J. H. (2018) *Ivaretagelse av pårørende*. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.). Palliasjon (3. utg., s. 274-285). Oslo: Gyldendal akademisk.

Svendsen, S. J., Landmark, B. Th. & Grov, E. K. (2017). Døende pasienter i sykehjem: Sykepleier gjør “mer av alt” og er “alene om alt”. *Sykepleien Forskning*, 12, 1-13. <https://sykepleien.no/forskning/2017/09/doende-pasienter-i-sykehjem-sykepleiere-gjor-mer-av-alt-og-er-alene-om-alt>

Thoresen, L. & Dahl, M. (2016). *Sykepleie til den døende pasient*. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.). Grunnleggende Kunnskap i Klinisk Sykepleie (5. utg., s. 926-960). Cappelen Damm AS.

Thidemann, I. J. (2019) Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. (2. utg)
Universitetsforlaget

Verdighetsgarantien. (2010). Forskrift om en verdig eldreomsorg (LOV-2011-06-24-30-§3-2)
Lovdata <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426?q=verdig%20eldre>

World Health Organization (2004) *Better palliative care for older people*. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/98235/E82933.pdf