



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Sykepleie til pasienter i den palliative fasen

Nursing to patients in the palliative phase

Inga Johanne Brateng

Hanna Emelie Erdtman

Totalt antall sider inkludert forsiden: 67

Molde, 05.04.2013



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Hege Hol

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 03.04.2013

Antall ord: 12782.

Du angår oss fordi du er.

Du angår oss inntil det siste øyeblikk av ditt liv.

Og vi vil gjøre alt vi kan for å hjelpe deg til å dø fredfullt, men også til å leve til du dør.

Cicely Saunders (Haugstett 2010, 5)

Sammendrag

Bakgrunn: Den aldrende befolkningen i Norge i dag er stadig under økning, noe som fører til at sykepleie til pasienter i den palliative fasen vil få økt fokus i helsevesenet.

Hensikt: Hensikten med denne systematiske litteraturstudien var å belyse hvordan sykepleier kan legge til rette for en verdig død til pasienter i den palliative fasen.

Metode: Tolv artikler med kvalitativ metode ble inkludert i litteraturstudiet. Analysen identifiserte fellestrekk i forskningsartiklene, som ble belyst av eksisterende teori og diskutert. Databasene som ble benyttet var OvidMEDLINE®, Ovid Nursing Database, PsycINFO og Cinahl.

Resultat: Vi fant i denne studien at sykepleierens ivaretagelse av trygghet, selvbestemmelse, integritet, og åndelige behov, samt å fremme gode omgivelser er sentralt i arbeidet for å legge til rette for en verdig død.

Konklusjon: Den palliative pasienten gjennomgår i denne fasen flere forandringer, og det oppstår ulike behov hos den enkelte pasient. Hvordan sykepleieren møter disse forandringene og behovene, vil ha en sentral rolle i pasientens opplevelse av verdighet ved livets slutt. Ut fra våre funn fant vi fellestrekk mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten for hvordan sykepleiere tilrettelegger for en verdig død til pasienter i den palliative fasen.

Nøkkelord: sykepleier, verdig død, legge til rette, palliativ fase, behov.

Abstract

Background: The aging population in Norway is constantly increasing, this means that nursing of patients in the palliative phase will receive increased focus in healthcare.

Aim: The aim of this systematic literature study was to investigate how nursing can facilitate a dignified death for patients in the palliative phase.

Method: Twelve articles with qualitative methods were included in the literature study. The analysis identified commonalities in research articles, which were illuminated by existing theory and discussed. The databases used were OvidMEDLINE®, Ovid Nursing Database, PsycINFO and Cinahl.

Results: In this study, we found that the nurse taking care of security, independence, integrity, and spiritual needs, as well as promoting a good environment is central in efforts of facilitating a dignified death.

Conclusion: The palliative patient is undergoing a number of changes, and there are different needs of the individual patient. How nurses meet these changes and needs, will have a central role in the patient's experience of dignity at the end of life. Based on our findings, we found similarities between the specialist health care and community care services for how nurses facilitate a dignified death to patients in the palliative phase.

Keywords: Nurse, dignified death, facilitate, palliative care, needs.

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Hensikt med studien	1
2.0	Teoribakgrunn	1
2.1	En verdig død	1
2.1.1	Respekt.....	2
2.2	Palliativ omsorg.....	3
2.3	Sykepleierens rolle i den palliative omsorgen.....	4
2.3.1	Sykepleierens holistiske tilnærming til pasienten	5
2.4	Joyce Travelbees syn på sykepleie	5
3.0	Metodebeskrivelse	6
3.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	7
3.2	Datainnsamling og systematisk litteratursøk.....	7
3.3	Kvalitetsvurdering	9
3.4	Etiske hensyn.....	11
3.5	Analyse	11
4.0	Resultat	12
4.1	Å skape trygghet.....	13
4.2	Omgivelser	14
4.3	Retten til selvbestemmelse	15
4.4	Ivaretagelse av pasientens integritet.....	17
4.5	Åndelige behov.....	18
5.0	Diskusjon	19
5.1	Metodediskusjon	19
5.2	Resultatdiskusjon.....	21
5.2.1	Sykepleie i nærhet og distanse til pasienten.....	21
5.2.2	Tilstrebe ro og fred rundt pasienten	24
5.2.3	Å ta egne valg.....	26
5.2.4	Å styrke pasientens integritet	28
5.2.5	Åndelige behov ved livets slutt	30
6.0	Konklusjon	31
6.1	Forslag til videre forskning	32

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I 2011 døde det 41 393 mennesker i Norge (Statistisk sentralbyrå 2012a), av disse døde 202 bare i Molde kommune (Statistisk sentralbyrå 2012b).

Europa har etter andre verdenskrig hatt en velstandsutvikling, noe som fører til en generell økning i levealder (Albers et al. 2011 og Statistisk sentralbyrå 2011). Et karakteristisk trekk ved et moderne samfunn, er i følge Romøren (2008) og Suhonen et al. (2010) at andelen av eldre i befolkningen øker, noe som fører til at helsetjenesten stilles overfor store utfordringer. Gjennom vår studie i sykepleie ved Høgskolen i Molde, har det vært stort fokus på den aldrende befolkningen. Dette er noe som har fått opp våre øyne for den palliative omsorgen.

Gjennom praksis har vi opplevd at sykepleiere tilstreber verdighet ved livets slutt for pasienter i den palliative fasen. Vi har erfart at sykepleiere er en av de yrkesgruppene som arbeider nærmest pasienter i livets slutfase, noe som har gjort inntrykk på oss. Vi har erfart at døden er en viktig del av livet, derfor ønsket vi å fordype oss i dette temaet med fokus på sykepleieperspektivet.

1.2 Hensikt med studien

Hensikten med denne systematiske litteraturstudien var å belyse hvordan sykepleier kan legge til rette for en verdig død til pasienter i den palliative fasen.

2.0 Teoribakgrunn

2.1 En verdig død

En verdig død er et stort og komplisert begrep og det er vanskelig å finne en definisjon på begrepet. Hovedsakelig brukes begrepet om en forestående død, og at verdigheten ligger i måten man møter døden på. Ved selv å opptre på en verdig måte overfor den andres død,

kan man gjøre døden til noe mer naturlig og mindre skremmende for sine medmennesker. Dette kan føre til at de tør å gå døden i møte på en mer avslappet og verdig måte. Det er svært vanskelig å gi begrepet et tydelig innhold, men en faktor som har vært nevnt som sentralt i en verdig død, er å opprettholde en følelse av kontroll over sin egen situasjon. Det heter seg også at en verdig død er en forlengelse av et verdig liv (Braastad et al. 2007).

En verdig død kan også avhenge av en persons oppvekst, oppdragelse, kultur, religion og andre faktorer som påvirker en persons liv. Dette er faktorer som bidrar til å vanskeliggjøre defineringen av begrepet, da man ikke kan fastslå konkret hva som avgjør verdighet hos den enkelte personen (Braastad et al. 2007).

Verdighet har også vært definert som en iboende egenskap av det å være menneske, som kan regnes som en grunnegenskap av individet og at det viser seg gjennom atferd med respekt for seg selv og andre (Suhonen et al. 2010 og Östlund, Brown og Johnston 2012). Verdighet innebærer aspekter av hvordan det enkelte individet opplever deres behandling av det hele mennesket. Den individuelle verdigheten, som er knyttet til sosiale forhold og personlige mål, bør opprettholdes for å kunne gi en god pleie ved livets slutt. Å kunne dø med verdighet har blitt definert som å kunne erkjenne sin verdighet og sitt menneskeverd. Dette innebærer at man blir ivaretatt med respekt og empati, at pasienten får lov til å ha sin egen stemme om dødsprosessen, samt sikre privatliv og opprettholde emosjonell tilknytning til andre (Östlund, Brown og Johnston 2012).

2.1.1 Respekt

ICNs yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund 2011) beskriver det etiske grunnlaget for all sykepleie, hvor sykepleiepraksisen skal preges av respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet, samt mennesket selv. Sykepleiens grunnlag bygger på respekt, barmhjertighet og omsorg for menneskerettighetene. Retten til liv og valgfrihet, kulturelle rettigheter, verdighet og å behandle pasienten med respekt, står her sentralt. Sykepleie skal ytes uavhengig av hudfarge, alder, kjønn, kultur, trosoppfatning, funksjonshemming eller sykdom, seksuell legning, nasjonalitet, etnisk bakgrunn, politisk oppfatning eller sosial status, og sykepleien skal utvises med respekt. Sykepleieren skal respektere pasientens rett til selvbestemmelse, pasienten skal kunne

foreta sine egne valg i behandlingssituasjonen, og sykepleieren skal respektere pasientens døende og døde kropp (Norsk Sykepleierforbund 2011).

Når man arbeider med mennesker settes respekten for det enkelte menneskes grunnleggende verdighet på prøve. Sykepleieren må være i stand til å kunne se det unike ved den personen hun står overfor, for å kunne ivareta hensynet til integritet, respekt og verdighet. Den enkelte personen som kommer i kontakt med helsevesenet kan ha sorger, lidelser og svekkelser som påvirker han eller henne på en spesiell måte. Derfor er det viktig å aktualisere for seg selv at hvert enkelt menneske er unikt (Eide og Eide 2010).

2.2 Palliativ omsorg

Palliativ omsorg kan defineres som en aktiv behandling for pasienter med en inkurabel og irreversibel sykdom, hvor kort levetid er forventet. Omsorg og pleie er sentralt, samt lindring av pasientens plagsomme symptomer og fysiske smerter. I palliativ omsorg er også tiltak med fokus på eksistensielle, psykiske, sosiale eller åndelige problemer igangsatt. Hovedmålet i den palliative behandlingen, er å sikre og ivareta pasientens og de pårørendes livskvalitet i livets slutfase. Omsorg og behandling ved livets slutt bidrar ikke til å fremskynde døden eller forlenge selve dødsprosessen, derimot ser den på døden som en del av livet (Albers et al. 2011 og Strømskag 2012).

Den palliative omsorgen er beregnet for alle pasienter med en livstruende tilstand. Hvordan den palliative omsorgen blir gitt, vil variere i henhold til hvor i livets slutfase pasienten befinner seg, ut fra sykdom og tilstand. Når den palliative omsorgen er basert på pasientens behov heller enn sykdom, bør den i stor grad også inkludere de eldre i samfunnet vårt (Albers et al. 2011 og Östlund, Brown og Johnston 2012).

Fram til midt på 1900-tallet, ble omsorgen for de alvorlig syke og døende stort sett drevet av personer med stor entusiasme og et stort engasjement som hoveddrivkraft. Dette gjaldt de som jobbet overordnet og organisatorisk, men kanskje mest av alt de som jobbet på grunnplanet i hverdagen sammen med pasientene (Strømskag 2012).

Sykepleieren Endre Førland var den første som drev palliasjon på fulltid i Norge. I oktober 1977 ble han ansatt hos Fransiskushjelpen i Oslo for å ta seg av alvorlig syke og døende.

Dette skulle spille en viktig rolle i omsorgsarbeidet for syke og døende i Norge. Respekt og nærhet for pasientene og de pårørende på et sterkest mulig faglig grunnlag var noe som sto sentralt hos Førland. Etikk og inngripen dersom helsepersonell oppførte seg dominerende og respektløst ovenfor pasienter, var noe Førland merket seg allerede som sykepleierstudent. Dette bidro til at han ønsket å se pasienten, pasientens familie og deres behov, samt å sette dette i hovedfokus (Strømskag 2012).

2.3 Sykepleierens rolle i den palliative omsorgen

I den palliative omsorgen blir sykepleieren utfordret på et personlig plan. I møte med alvorlig syke og døende pasienter må sykepleieren kontinuerlig utforske hvordan hennes følelser, tanker og reaksjoner påvirkes, og hun må utvikle en evne til å stå i ulike situasjoner og mestre dem. Avgjørende for hvordan sykepleieren opplever situasjonen, avhenger av hennes indre forestillinger for hvordan hun tolker situasjonen. Sykepleiere som er personlig interessert i arbeidet med lidende og døende pasienter, kan ofte gi uttrykk for en dyp innsikt og berikelse, men dette betyr ikke at frykt, uforutsigbarhet og sorg forsvinner. Hvert enkelt menneske er unikt, og det kan aldri gjøres til en vane å se andre mennesker lide og at de hengir seg til døden (Kalfoss 2010 og Lugton 2002).

Et møte med en døende pasient kan fylle sykepleieren med ydmykhet og beundring, da mange lidende pasienter viser stort mot og styrke i livets slutfase. Pasienten kan også lære sykepleieren noe om hva det innebærer å være menneske, menneskers åndelige styrke, menneskeverd, og om livets mening og sårbarhet (Kalfoss 2010 og Lugton 2002).

Sykepleieren kan utvikle seg selv som menneske og fagperson, samt forbedre den omsorgen hun gir til pasienten og pårørende. Dette gjennom å være seg bevisst egne tanker, følelser, reaksjoner og andre faktorer som påvirker hennes evne til å møte den døende pasienten (Kalfoss 2010 og Lugton 2002).

En sykepleiers oppgave i den palliative omsorgen, vil være å legge til rette for at pasienten skal få oppleve en god og verdig reise mot livets slutt. En sykepleiers oppgave er her å observere både det psykiske og de fysiske aspektene rundt den palliative pasienten. Ut fra dette kan hun yte og tilrettelegge for en god pleie ved livets slutt (Hjort 2008, Ilkjær 2010, Kalfoss 2010 og Lugton 2002).

2.3.1 Sykepleierens holistiske tilnærming til pasienten

Den holistiske tilnærmingen representerer en måte for sykepleieren å arbeide på hvor pasientens historie blir omskrevet, slik at den avspeiler hele personens lidelsesopplevelse. Det blir også lagt vekt på mulige veier ut av den vanskelige perioden som pasienten befinner seg i. Den holistiske tilnærmingen skal hjelpe sykepleieren til å oppnå en større innsikt i pasientens opplevelser, dette ved at pasienten selv får fortelle sin historie, med sine egne ord og i sitt eget tempo. Gjennom dette forsøker man å oppnå at pasienten får en bedre forståelse av seg selv, og at han eller hun vil oppdage elementer om seg selv og sin livssituasjon. Videre kan dette føre til en avklaring av hva som er nødvendig å foreta seg for å ta fatt på hans eller hennes problemer i situasjonen. Målet med den holistiske tilnærmingen er å skape en støttende struktur for pasienten, slik at vedkommende ved hjelp av sin egen historie kan finne ut av hva som kreves for å komme ut av den lidende situasjonen. På veien til denne forståelsen har den holistiske tilnærmingen fire dimensjoner som sikter mot pasientens vei til forståelse. Disse beror på (1) hva pasienten mener er det nåværende behovet eller problem, (2) omfanget av dette, (3) har pasienten noen interpersonelle eller personlige erfaringer som vil kunne bidra til å imøtekomme eller løse de eksisterende behovene og (4) hva må eventuelt hende for at en forandring skal framkomme. Disse dimensjonene bygger på pasientens muligheter og kan benyttes til å representere begynnelsen av personens forståelse av det hele og hva det betyr for han eller hennes verdssystem. Pasientens historie kan danne grunnlaget for hva sykepleieren kan bidra med for å ta fatt på hans eller hennes situasjonsbestemte problemer (Barker og Buchanan-Barker 2009).

2.4 Joyce Travelbees syn på sykepleie

Travelbee (1999) definerer sykepleie som en mellommenneskelig prosess, der sykepleie alltid, indirekte eller direkte, omhandler mennesker. I følge Travelbee (1999) oppstår god kontakt mellom sykepleier og pasient når de oppfatter hverandre som individer som står på lik fot, og ikke rollene som sykepleier og pasient. Dette kalles et menneske – til – menneske – forhold, og er i følge Travelbee (1999) et virkemiddel som muliggjør sykepleierens mål og hensikt som er å hjelpe pasienten til å mestre sykdom og lidelse. I etableringen av et menneske – til – menneske – forhold er det fem faser som sykepleieren og pasienten gjennomgår. Den første fasen er det innledende møtet. Her observerer sykepleieren og pasienten hverandre og begynner å skape en mening om hverandre. I

denne fasen er det vanlig at begge partene ser på hverandre i forhold til de ulike roller de innehar. Etter hvert vil de gå videre til fase to: framvekst av identiteter. Her vil de ha utviklet seg fra å se hverandre i forhold til roller, til å se hverandre som individer. Etter hvert som forholdet utvikler seg vil de bevege seg mot fase tre: empati. I denne fasen vil sykepleieren bruke empati som virkemiddel for å forstå pasienten. Det er her viktig at sykepleieren går inn i seg selv og bevisstgjør seg i forhold til sine egne verdivurderinger. Dette for ikke å dømme pasienten. Den fjerde fasen dreier seg om sympati. Travelbee (1999) vektlegger at denne fasen dreier seg om handling. I denne fasen vil sykepleierens ønske om å hjelpe den syke overgå i handling, hun vil vise at hun bryr seg. I den femte fasen, som er gjensidig forståelse og kontakt, vil målet være oppnådd. Her har sykepleieren og pasienten utviklet interesse for hverandre, de dømmer ikke hverandre, men respekterer hverandre som individer (Travelbee 1999).

Et av fundamentene i Travelbees (1999) sykepleieteorier er at sykepleieren først kan yte god omsorg for pasienten når de begge oppfatter hverandre som mennesker. Travelbee (1999) definerer mennesket som et unikt og uerstattelig individ, og at mennesker er mer forskjellige enn de er like. Hun poengterer at alle mennesker en gang i løpet av livet vil oppleve sykdom og lidelse, men at sykdomsopplevelsen vil variere fra menneske til menneske (Travelbee 1999). Å finne mening i sykdom og lidelse er i følge Travelbee (1999) en utfordrende oppgave for sykepleiere. Dette spesielt når muligheten for bedring ikke er til stede. Når dette er tilfelle, er det viktig at sykepleieren formidler at hun bryr seg om pasienten, og at pasienten ikke blir overlatt til seg selv (Travelbee 1999).

I følge Travelbee (1999) er sykepleie av god kvalitet ikke bare avhengig av gode evner og kunnskaper, men også sykepleierens eget syn på sykdom, lidelse og død. Sykepleierens åndelige verdier, livssyn, syn på sykdom og menneskesyn vil være vesentlige faktorer for om hun kan hjelpe pasienten til å finne mening i sykdom og lidelse. Sykepleien som gis til den døende pasienten er avhengig av sykepleierens eget forhold til døden (Travelbee 1999).

3.0 Metodebeskrivelse

I denne studien benyttet vi systematisk litteraturstudie for å besvare hensikten. I følge Forsberg og Wengström (2008), er en systematisk litteraturstudie å søke systematisk, samt

kritisk å granske og sammenligne litteratur innenfor det aktuelle problemområdet. I det følgende kapitlet vil vi presentere inklusjons- og eksklusjonskriterier, datasamling, kvalitetsvurdering og etiske vurderinger.

3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier:

- Sykepleieperspektiv.
- Palliativ omsorg.
- Voksne over 18 år i den palliative fasen.
- Forskningsartikler:
 - o Kvalitativt design.
 - o Fagfellevurdert.
 - o Kvalitetsgrad én eller to.
 - o Godkjent av etisk komité.
 - o Norsk, engelsk eller svensk språk.
 - o Publisert fra år 2007 – dags dato.
 - o Fra Europeiske land, Nord Amerika og Australia..
 - o Sykepleiere.

Eksklusjonskriterier:

- Smertelindring.
- Ivaretagelse av pasientens fysiske symptom.
- Tverrfaglig samarbeid.

3.2 Datainnsamling og systematisk litteratursøk

For å systematisere vårt litteratursøk, valgte vi i denne prosessen å benytte oss av Bahtsevani, Stoltz og Willmans (2011) fire punkter til å planlegge det systematiserte litteratursøket. Et av punktene omhandler inklusjon og eksklusjonskriterier, som vi har nevnt tidligere i studien (3.1). Vi valgte her å ta for oss de tre resterende punktene.

Det første vi tok for oss var å identifisere tilgjengelige ressurser. Tidlig i studiet fikk vi undervisning om forskningsmetoder, databaser og litteratursøk. I arbeidet med å identifisere tilgjengelige ressurser benyttet vi oss av kunnskaper tilegnet dette. I følge Nortvedt et al. (2008) kunne vi finne informasjon om hvilke forskningsdatabaser som var egnet for å finne refereevurderte originalartikler. I begynnelsen av siste studieår valgte vi å bestille time hos bibliotekar, for å få en nærmere opplæring i litteratursøkeprosessen. Vi hadde her fokus på PICO – skjema og forholdt oss til Ovid MEDLINE® som database. Videre identifiserte vi relevante kilder. I følge Nortvedt et al. (2008) har hver problemstilling og hensikt et kjernes spørsmål, og hvert kjernes spørsmål har forskjellige databasetilbydere som passer. Vår hensikt har kjernes spørsmålet ”*hva kan sykepleier gjøre?*”. Ut fra dette kunne vi lese at MEDLINE® og/eller andre generelle databaser var foreslåtte databasetilbydere i forhold til vår hensikt. Vi valgte å ta i bruk følgende databasetilbydere som gir tilgang til forskjellige databaser innen et bredt spekter av fagområder: Ovid, ProQuest og ScienceDirect. Vi brukte følgende databaser: OvidMEDLINE®, Ovid Nursing Database, PsycINFO og CINAHL. Medisin og helsefag er solid representert i disse databasene. Vi utførte prøvesøk i ProQuest og ScienceDirect, men fant ingen artikler gjennom disse søkeprosessene, og valgte derfor å utelate disse fra søkehistorikken.

Etter å ha identifisert tilgjengelige ressurser og relevante kilder, utviklet vi søkestrategier for de ulike databasene. På grunnlag av at vår hensikt er kvalitativ, gjorde vi et bevisst valg om å søke etter kun kvalitativ forskning. Vårt første søk gjorde vi sammen med bibliotekar høsten 2012. Vi brukte databasene OvidMEDLINE® og PsycINFO, og fant 14 artikler. Vi leste gjennom alle abstrakter, men ingen var aktuelle i forhold til vår hensikt. I dette søket brukte vi avansert søk. Vi skrev et og et søkeord, for så å kombinere søkeordene med AND eller OR. Bak hvert søkeord satte vi inn trunkering (*), på denne måten utvider man et ord, ved kun å skrive begynnelsen av ordet, for å få med ulike varianter av samme ordet, noe som resulterer i at man utvider søket.

I våre første søk valgte vi å bruke norske, engelske og svenske søkeord, da dette er språk vi behersker. Da vi ikke oppnådde noen resultater med norske eller svenske søkeord, valgte vi kun å forholde oss til det engelske språket. Et kriterie for studien var at artiklene ikke var eldre enn 5 år. Derfor avgrenset vi søket fra år 2007 og fram til dagens dato.

Etter vi hadde funnet den endelige hensikten, fylte vi ut et PIO – skjema (vedlegg 2). Vi valgte her å utelate bokstaven C: (comparison) i et standardisert PICO – skjema som er presentert i Nortvedt et al. (2008), da vår hensikt ikke var å sammenligne. Søkeordene vi brukte var nøkkelord fra hensikten, samt synonymer til nøkkelordene. Søkeordene ble så oversatt til engelsk for å kunne brukes i internasjonale databaser. Vi valgte i litteratursøkningsprosessen å benytte oss av fritekstord. Til bokstaven P, som representerer *pasient* og *problem* ble søkeordene pallia*, dying*, end of life* og end-of-life* benyttet. Bokstaven I representerer *interventions*, det vil si tiltak. Her ble søkeordet nurs* benyttet. O i PIO skjemaet representerer *outcome*, som betyr utfall. Her ble søkeordet digni*, dying well, good end of life care og good end-of-life care benyttet. Ved å bruke disse søkeordene i databasetilbyderen Ovid ga dette 250 treff (vedlegg 3 A). Vi leste abstraktet på de forskningsartiklene som ut fra tittel var tilsynelatende aktuelle for vår hensikt. Etter å ha funnet sju artikler (Addicott 2011, Brown, Johnston og Östlund 2011, Casey et al. 2011, Fridh, Forsberg og Bergbom 2009, Karlsson og Berggren 2011, Lenherr et al. 2012 og Volker og Limerick 2007) som var relevante i forhold til vår hensikt undersøkte vi om disse var tilgjengelige i fulltekst. Artiklene som ikke fantes i fulltekst, bestilte vi gjennom BIBSYS fra biblioteket ved Høgskolen i Molde. For å undersøke relevant forskning som omhandlet temaet palliasjon i Norge, valgte vi å ta et søk som inneholdt søkeordene pallia*, dying*, end of life* og end-of-life* og kombinere disse søkeordene med Norw*. På denne måten fant vi tre artikler (Gjerberg et al. 2010, Hov, Hedelin og Athlin 2007 og Schaffer 2007) som ble inkludert i vår studie (vedlegg 3 B). Vi valgte også å ta et søk i databasen CINAHL, hvor vi brukte søkeordene end of life*, pallia*, nurs* og digni*. Vi fant her to relevante forskningsartikler (Goddard et al. 2013, McCallum og McConigley 2013) (vedlegg 3 C).

3.3 Kvalitetsvurdering

Det første vi tok for oss i kvalitetsvurderingen var å undersøke om tidsskriftene forskningsartiklene var publisert i, innehadde fagfelle vurdering på tidspunktet forskningsartikkelen ble publisert. Dette gjorde vi ved Universitetet i Bergen sin nettside <http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/> for fagfelle vurdering (NSD 2013). Dette gjorde vi ved at vi skrev inn navnet på tidsskriften artiklene var publisert i, vi fikk da opp årstallet for vurderingen.

For å systematisere arbeidet med kvalitetsvurderingen lagde vi en oversiktstabell, hvor relevant informasjon fra artiklene framstår. Vi tok utgangspunkt i oversiktstabellen etter retningslinjene for bacheloroppgaven (Vedlegg 1).

I kvalitetsvurderingen brukte vi Bahtsevani, Stoltz og Willmans (2006) sjekklister for studier med kvalitativ metode. For at artiklene skulle bli inkludert i vår studie, forbeholdt det at svaret på de tre første spørsmålene i sjekklisten var ja. Disse spørsmålene omhandler tydelig avgrensning og problemformulering, om konteksten er presentert og etisk resonnement. For å undersøke graden av forskningsartiklene, tok vi utgangspunkt i kvalitetsgraderingen som foreslås av Bahtsevani, Stoltz og Willman (2006). Her utgjør grad 1 80-100 %, grad 2 70-79 % og grad 3 60-69 %. Grad 1 representerte artikler av høy kvalitet, grad 2 middels og grad 3 lav kvalitet. For å finne det eksakte prosenttallet, poengsatte vi først spørsmålene. Svaret ja, representerte ett poeng, mens nei og uklart, representerte null poeng. Etter dette dividerte vi antall poeng med de 14 spørsmålene i sjekklisten. Ut fra dette kunne vi se hvilken kvalitetsgrad forskningsartikkelen hadde. På forhånd bestemte vi at forskning med grad 3 eller lavere ville bli ekskludert.

Kvalitetsvurderingen ble brukt allerede ved datainnsamlingen. Før vi begynte litteratursøket, valgte vi hvilke kvalitetsgraderinger som skulle bli brukt, og satte oss inn i kriteriene for de ulike kvalitetsgraderingene. Gjennom å gjøre dette kunne vi allerede ved første lesning av forskningsartiklene avgjøre om det var store avvik fra våre krav til kvalitetsvurderingen i den aktuelle artikkelen. Dersom det framkom store avvik ved første lesning, merket vi allerede da at forskningsartikkelen ville blitt vurdert til kvalitetsgrad 3 eller lavere. Disse ble da ikke inkludert.

Vi valgte å kvalitetsvurdere artiklene individuelt. Dette ble utført ved at vi individuelt leste artiklene før vi fylte inn sjekklisene vi på forhånd hadde valgt å bruke. Etter å ha kvalitetsvurdert artiklene hver for oss gikk vi sammen for å gå gjennom kvalitetsvurderingene i fellesskap. Dette ble gjort ved at vi gikk gjennom kvalitetsvurderingene punkt for punkt. Ved å gjøre dette kunne vi se hvilke punkt vi hadde svaret ”ja”, ”nei” eller ”uklart” på. På denne måten kunne vi se om vi hadde samme oppfatning av forskningsartiklene. Etter å ha gjort dette kunne vi se at vi hadde identiske svar på samtlige punkter. Dersom vi hadde kommet frem til forskjellige kvalitetsgrad av forskningsartiklene ville disse ha blitt kvalitetsvurdert på nytt.

3.4 Etiske hensyn

I følge Forsberg og Wengström (2008) skal forskningsstudier som inkluderes i en systematisk litteraturstudie inneha godkjenning fra etisk komité, eventuelt skal de gjøre rede for etiske vurderinger. For å sikre at integriteten og velferden til personene som blir forsket på blir ivaretatt, er det utviklet etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker. Det dokumentet som er vanligst å bruke i forhold til etisk godkjenning er Helsinkideklarasjonen (Forskningsetiske komiteer 2008). Alle våre artikler, bortsett fra tre (Fridh, Forsberg og Bergbom 2009, Gjerberg et al. 2010 og Volker og Limerick 2007), innehar godkjenning fra etisk komité. I de artiklene som ikke innehar godkjenning fra etisk komité har forfatterne gjort rede for etiske vurderinger og hensyn som ble gjort under forskningene. Når vi leste disse artiklene tok vi utgangspunkt i Helsinkideklarasjonen (Forskningsetiske komiteer 2008), siden artiklene oppfylte kravene Helsinkideklarasjonen har i forhold til prinsipper i forhold til medisinsk forskning, valgte vi og inkluderer disse artiklene.

3.5 Analyse

Evans (2002) viser til fire trinn i et analysearbeid, og var utgangspunktet for analysearbeidet i denne studien.

Første fase var å søke etter relevant litteratur, samle og kvalitetssikre studier. Som beskrevet i datainnsamlingen ovenfor, har vi ut fra kjernes spørsmålet i Nortvedt et al. (2008) funnet databaser tilegnet vårt litteratursøk. Gjennom å lese abstraktene til de forskningsartiklene vi fant i våre litteratursøk, fant vi ut om disse kunne være relevante for vår studie. Et kriterium for relevans, var at forskningsartiklene hadde fellestrekk som kunne bidra til å besvare vår hensikt. For at artiklene skulle bli inkludert, krevdes det også at de oppfylte våre krav til inklusjonskriterier (Evans 2002).

Andre fase var å identifisere nøkkelfunn. Hovedfunnene vi kom fram til var følgende tema: trygghet, integritet, omgivelser, autonomi og åndelige behov. For å kunne identifisere disse temaene ble artiklene lest grundig hver for oss. Etter å ha lest artiklene, kunne vi individuelt identifisere forskjellige funn. Vi valgte her å skrive hver vår liste over sentrale nøkkelfunn med eventuelle undertema som kunne relateres til hensikten. Vi valgte å lese artiklene flere ganger for å utvikle en bedre forståelse av innholdet gjennom en

modningsprosess. Deretter gikk vi gjennom begge listene, og diskuterte oss fram til hva som var relevant, og skrev disse hovedfunnene ned på en ny liste som ble det endelige dokumentet vi valgte å arbeide ut fra. Denne listen ble skrevet i et Word – dokument og ble delt inn etter de fem overstående hovedfunnene (Evans 2002).

Tredje fase var å definere tema og undertema ut fra nøkkelfunn. For å identifisere relevante funn, reflekterte vi først over temaene i artiklene individuelt. Vi skrev også her ned aktuelle funn for hånd, som var knyttet opp mot hver enkelt artikkel. Deretter diskuterte vi funnene i fellesskap, før vi utviklet hovedfunn på tvers av artiklene. Funnene vi i fellesskap kom fram til ble valgt på grunnlag av at vi kunne se et gjennomgående mønster i de valgte forskningsartiklene, da funnene kom tydelig fram i opp til flere av forskningsartiklene, samt at de var relevante opp mot vår hensikt. Vi valgte deretter å bruke fargekoding for å systematisere våre funn. I denne prosessen bestemte vi ut fra våre håndskrevne artikkelfunn hvilke farger som skulle være tilhørende til hvert funn. Fargene vi kom fram til var følgende: Rød = trygghet, grønn = integritet, rosa = omgivelser, autonomi = blå og oransje for åndelig omsorg (vedlegg 4). Vi valgte deretter å lese artiklene på nytt, for å kode funnene ut fra disse fargene. Etter denne fargekodingsprosessen satte vi oss sammen for å trekke ut hoved essensen av vår innsamling (Evans 2002).

Fjerde fase gikk ut på å beskrive tema, dette vil vi gå nærmere inn på i kapittel 4.0. Ut fra prosessen beskrevet ovenfor kunne vi skrive et sammendrag fra hvert hovedfunn. For å systematisere funnene, ble det laget en tabell (Vedlegg 1) hvor hovedfunnene ble presentert, artikkel og artikkelforfatter, samt hvor mange artikler som tok opp det aktuelle temaet. Vi knyttet funnene opp mot den aktuelle forskningsartikkelen, for å sikre at funnene var korrekte (Evans 2002).

4.0 Resultat

Studien vår viste at trygghet, omgivelser, ivaretagelse av autonomi, integritet, og åndelige behov sto sentralt i tilretteleggingen av en verdig død. Disse hovedfunnene vil bli beskrevet i det følgende.

4.1 Å skape trygghet

Ni av våre inkluderte forskningsartikler inneholdt elementer som bidrar til å skape trygghet som en forutsetning for en verdig død (Addicott 2011, Brown, Johnston og Östlund 2011, Casey et al. 2011, Fridh, Forsberg og Bergbom 2009, Goddard et al. 2013, Hov, Hedelin og Athlin 2007, Karlsson og Berggren 2011, McCallum og McConigley 2013 og Volker og Limerick 2007).

Vi fant i vår studie at en faktor som bidro til å skape trygghet var at pasienten skulle få mulighet til å ha familien til stede ved livets slutt (Karlsson og Berggren 2011 og Volker og Limerick 2007). Funn viser at Volker og Limerick (2007) fant at det var hensiktsmessig for pasienten å kunne formidle sine siste tanker, bekymringer eller andre beskjeder til sin familie før de døde. Funnene viser også at hjemmebesøk av en sykepleier som var sikker på seg selv og pleien hun ga, bidro til å skape trygghet i situasjonen (Karlsson og Berggren 2011). Sykepleiere som arbeidet mot et felles mål i pleien ved livets slutt skapte også trygghet hos pasientene (Karlsson og Berggren 2011). Funn fra Goddard et al. (2013) viser at sykepleierne engasjerte seg mer intenst med pasienter ved livets slutt.

Vi fant i vår studie at sykepleierne var bevisste på at de ikke forlot den døende pasienten alene (Addicott 2011, Goddard et al. 2013, Hov, Hedelin og Athlin 2007 og McCallum og McConigley 2013). Dersom en pasient ikke hadde familie til stede, ga sykepleierne uttrykk for at det var viktig ikke å overlate disse pasientene til seg selv, og at det alltid var noen til stede som kunne vise en varm og medfølende pleie (Fridh, Forsberg og Bergbom 2009). Sentralt for en god pleie ved livets slutt var å tilbringe tid med pasienten (Casey et al. 2011).

Et sentralt funn i vår studie var at sykepleierne ofte viste trygghet gjennom berøring og at de snakket til pasienten om dagligdagse temaer, beskrev pleien som ble utført, samt at de fortalte hvem som var til stede i rommet (Casey et al. 2011 og Fridh, Forsberg og Bergbom 2009). Funn viser at sykepleierne brukte hendene til å kommunisere trygghet, respekt og aksept. Berøring kombinert med enkel og rolig kommunikasjon ble brukt når ord ikke lenger var tilstrekkelige. Sykepleie og prosedyrer skulle utføres med gode ferdigheter tilpasset pasientens rytme (Hov, Hedelin og Athlin 2007).

it's,... the simple things, so simple that you nearly overlook them, a sip here, a word of encouragement... hold his hand for a few minutes you know if you get a chance... always cleanly dressed and shaved and that they would look well... it's important (Casey et al. 2011, 1829).

Vi fant i studien vår at det å kjenne pasienten og skape et nært forhold mellom sykepleier og pasient var sentralt for å skape trygghet og god kvalitet på pleien gitt ved livets slutt (Brown, Johnston og Östlund 2011 og Casey et al. 2011). Dette tillot deltakerne å tolke ønsket omsorg og behandling når kommunikasjonen med pasienten ikke lenger var mulig (Casey et al. 2011). Et annet sentralt funn var at det er hensiktsmessig at sykepleieren møter den døende pasienten over tid (Hov, Hedelin og Athlin 2007 og Brown, Johnston og Östlund 2011). På denne måten skapes et forhold som kan hjelpe pasienten til en bedre forståelse av at livet er under forandring (Brown, Johnston og Östlund 2011). Et annet funn var at sykepleieren skulle forstå viktigheten av å være støttende, men på samme tid unngå å ta kontroll over pasienten (Brown, Johnston og Östlund 2011).

4.2 Omgivelser

Sju av våre inkluderte forskningsartikler omhandler omgivelser som en forutsetning for en verdig død (Addicott 2011, Casey et al. 2011, Fridh, Forsberg og Bergbom 2009, Gjerberg et al. 2010, Goddard et al. 2013, Hov, Hedelin og Athlin 2007 og McCallum og McConigley 2013).

Funn fra studien vår viser at tempoet i rommet ble redusert og at pleierne var bevisste over å snakke med lave stemmer når en pasient var ved livets slutt. Medisinsk utstyr ble også fjernet (Fridh, Forsberg og Bergbom 2009). Vi fant ut at et tiltak som ble foretatt som et symbol på respekt, var at radioer og fjernsyn ble slått av (Casey et al. 2011). Et sentralt funn var at sykepleierne trodde at daglige lyder som radio, fjernsyn og sykepleiernes snakk om dagligdagse ting kunne distrahere pasientenes fokus bort fra ventetid og lidelse. Til tross for dette, prøvde sykepleierne å oppnå ro og fred ved å minimere daglige aktiviteter, snakk og lyder fra maskiner. Om natten ble belysningen dempet for å opprettholde døgnrytmen hos den døende pasienten (Hov, Hedelin og Athlin 2007).

En stor hindring som ble funnet var mangel på private rom, noe som førte til at sykepleierne måtte gjøre en stor innsats for å skape en privat atmosfære for pasienten og familien (Casey et al. 2011 og Fridh, Forsberg og Bergbom 2009). Det var også en utfordring å foreta pleie hos pasienter som lå på flersengsstue ved livets slutt, da sykepleierne måtte fokusere på både pasienten og medpasientene (Fridh, Forsberg og Bergbom 2009). Funn viser at det ideelle miljøet for en døende pasient, var på enerom hvor privatliv, ro og plass var faktorer som ble ivaretatt (McCallum og McConigley 2013).

Funnene våre viste at sykepleierne var motvillige til å overføre pasientene ved sykehjemmet til sykehus (Addicott 2011, Casey et al. 2011, Gjerberg et al. 2010 og Goddard et al. 2013). Dette fordi de mente at dersom pasienten fikk bli værende i kjente omgivelser, ville dette bidra til fred og komfort ved livets slutt (Goddard et al. 2013). Vi fant at mangel på ressurser, som blant annet mangel på bemanning, kunnskaper og ferdigheter, påvirket pleien som ble gitt ved livets slutt (Gjerberg et al. 2010 og McCallum og McConigley 2013). Mangel på bemanning hadde også ført til at pasienter hadde møtt døden i ensomhet (Gjerberg et al. 2010). Videre viser funnene våre at omgivelsene var en del av pasientens verdighet, ved at det var godt ventilert, ryddig og rent (Hov, Hedelin og Athlin 2007).

4.3 Retten til selvbestemmelse

Åtte av våre inkluderte forskningsartikler inneholder ivaretagelse av autonomi som grunnleggende for en verdig død (Brown, Johnston og Östlund 2011, Gjerberg et al. 2010, Goddard et al. 2013, Hov, Hedelin og Athlin 2007, Karlsson og Berggren 2011, McCallum og McConigley 2013, Schaffer 2007 og Volker og Limerick 2007).

Funn i vår studie viser at det å få dø på sine egne premisser er essensielt i forhold til en verdig død (Volker og Limerick 2007). Sykepleierne trekker frem at det er viktig å være forsiktig med å fortelle hva man som sykepleier definerer som en verdig død. Dette fordi hver pasient er unik og har en egen mening om hva verdighet defineres som (Volker og Limerick 2007). Vi fant i vår studie er at en forutsetning for pasientens selvstendighet og evne til å ta egne valg er at pasienten skal ha tillit til seg selv og kunne opprettholde egen kognitiv og mental kapasitet (Brown, Johnston og Östlund 2011).

Funn viser at et gjentakende problem i forhold til autonomi er pasientens grad av deltakelse i egen behandling (Gjerberg et al. 2010, Hov, Hedelin og Athlin 2007 og Schaffer 2007). Sykepleierne mente at pasientens autonomi og verdighet var truet da pasientens meninger og ønsker i forhold til behandling ikke ble verdsatt. Dette vil si at avgjørelsene ble utført av enten pårørende eller lege (Gjerberg et al. 2010 og Hov, Hedelin og Athlin 2007). Familien sitt ståsted i forhold til livsforlengende behandling ble ofte mer verdsatt enn pasientens eget ønske (Gjerberg et al. 2010). Et annet funn var at sykepleierens oppgave når uenighet oppstår mellom pasient og pårørende, er å oppfordre dem til å snakke med hverandre. Det er også sykepleierens oppgave å hjelpe pasienten til å forstå at enighet, for eksempel i forhold til behandling, ikke alltid kan oppnås (Schaffer 2007). Våre funn viser at muligheten til å løse etiske problemer i forhold til autonomi er å gi helsepersonell større kunnskap i forhold til etikk og mer tid å diskutere etiske dilemmaer på arbeidsplassen (Gjerberg et al. 2010). Et sentralt funn er at sykepleierens oppgave er å hjelpe pasienten til å finne sine egne meninger slik at han kan ta sine egne beslutninger (Schaffer 2007). For å gi pasientene så stor kontroll over sin behandling som mulig, foreslås det av sykepleiere at man skal gi pasientene tid til å uttrykke sine følelser (Brown, Johnston og Östlund 2011). Et forslag som gis i forhold til å ivareta pasientens integritet er at pasientene kan rangere sine prioriteringer, dette fører til at helsepersonell får skriftlige retningslinjer i forhold til pleie direkte fra pasienten (Karlsson og Berggren 2011). Sykepleieren skal hjelpe pasienten til å uttrykke sine behov og ønsker, samt at det er viktig å respektere pasientens eget ønske i forhold til hvor de ønsker å ende sitt liv (Goddard et al. 2013).

At the end he needed blood transfusions but did not want to go to the hospital, he wished to stay at home as much as possible. So we helped him. It was rather exciting in the rowing-boat with intravenous-drip feed equipment and (chuckle) cooler bags with blood etc. (...) (Karlsson og Berggren 2011, 379).

Funn viser at mange pasienter opplever det som viktig å beholde verdighet foran sine pårørende i den palliative fasen (Brown, Johnston og Östlund 2011 og Volker og Limerick 2007). Mange pasienter i den palliative fasen ønsker å beholde rollene de har hatt i sin familie før sykdom. For at pasienten skal kunne beholde denne rollen kan det være hensiktsmessig å snakke med pasienten om hvilke roller hans eller hennes familiemedlemmer har hatt før pasienten ble syk (Brown, Johnston og Östlund 2011).

4.4 Ivaretagelse av pasientens integritet

Sju av våre inkluderte forskningsartikler inneholdt elementer som omhandler integritet som en forutsetning for en verdig død (Brown, Johnston og Östlund 2011, Casey et al. 2011, Fridh, Forsberg og Bergbom 2009, Hov, Hedelin og Athlin 2007, Karlsson og Berggren 2011, McCallum og McConigley 2013 og Volker og Limerick 2007).

Vi fant at sykepleierne følte at de styrket pasientene ved å snakke om deres hverdagslige ansvar og roller, som hva pasientene gjorde før og hva de ønsker å gjøre nå. Sentralt var også at sykepleierne var støttende til pasientens aksept av fysiske forandringer, samt å forhindre at pasientene mistet funksjonelle kapasiteter gjennom god symptomkontroll. Vi fant også at det var viktig at sykepleierne var imøtekommende, fleksible og at de hjalp pasientene til å oppnå mål. Det var også sentralt at sykepleierne hjalp pasienten til å være aktiv og utføre daglige gjøremål. Sykepleierne mente at når de var mottakene, sensitive, empatiske og tilnærmet pasienten med en passende oppførsel, ville dette bidra til å ivareta pasientens private grenser. I tillegg var det praktiske viktig for å ivareta private grenser, som å ha dørene inn til pasientens rom lukket og være sjenerøs med bruk av håndklær under stellsituasjoner. Et funn var også at sykepleierens holdning var viktig for at pasienten skulle akseptere og føle seg verdig til å motta pleie (Brown, Johnston og Östlund 2011). Vår studie viser at beskyttelse av pasientens privatliv bidro til å opprettholde verdighet (McCallum og McConigley 2013).

Vi fant at sykepleiernes engasjement var avgjørende for å behandle pasienten med respekt og å forstå pasientens behov. Et annet funn var at sykepleieren passet på at pasienten var ren og at deres utseende ble ivaretatt, samt at de behandlet hver enkelt pasient som en våken og unik person (Hov, Hedelin og Athlin 2007 og Volker og Limerick 2007). Respekt for pasientens verdighet var et sentralt funn (Karlsson og Berggren 2011, Volker og Limerick 2007 og McCallum og McConigley 2013):

Just because they're comatose and dying doesn't mean you rip the covers off and throw them over like a sack of potatoes. It means you treat them with respect. It means you treat them as if they're the President of the United States, or your mother (Volker og Limerick 2007, 244).

Funn i vår studie viser til at sykepleierne merket seg det unike hos hver enkelt pasient for å avgjøre hva som ble ansett som verdig hos nettopp denne pasienten (Volker og Limerick 2007). Vi fant at fokuset på en god pleie ved livets slutt var å sørge for at pasienten var så tilfreds og komfortabel som mulig (Casey et al. 2011 og McCallum og McConigley 2013).

He wanted a beer so I just went down to the local bottle shop and got him a couple of Crownies and dipped mouth swabs into him. And the family was so grateful for that and he was sitting there sucking on the mouth swabs with the beer dipped in it. And the joy it... was like a joy for him (McCallum og McConigley 2013, 28).

Sykepleierne mente at det var viktig å forberede pasienten på at de skulle dø, og de understreket at det var sentralt med en holistisk tilnærming til pasienten (Casey et al. 2011). Funn viser også at dersom den medisinske pleien var avsluttet og sykepleierne fortsatte å utøve sykepleie til pasienten, kom en spesiell verdighet inn over pleiesituasjonen (Fridh, Forsberg og Bergbom 2009).

4.5 Åndelige behov

Seks artikler i denne systematiske litteraturstudien omhandler åndelige behov som en forutsetning for en verdig død (Brown, Johnston og Östlund 2011, Casey et. al 2011, Lenherr et.al 2012, McCallum og McConigley 2013, Schaffer 2007 og Volker og Limerick 2007).

Vi fant i vår studie at ikke bare ivaretagelse av åndelige behov er en forutsetning for en verdig død, men at de åndelige aspektene bidrar til å bestemme hvordan omsorgen gis ved livets slutt (Brown, Johnston og Östlund 2011 og Casey et al. 2011). Funnene våre viser at en verdig død handler om å opprettholde verdighet gjennom å finne trøst i religion eller åndelig omsorg. Sykepleierne i hjemmetjenesten forklarte at de ofte møter pasienter som uttrykker åndelige behov. De viste da til at dette er en del av deres yrkeshverdag og at det riktige hjelpetiltaket er å handle i henhold til pasientens eget ønske (Brown, Johnston og Östlund 2011). Funn viser også at det er viktig å respektere pasientens åndelige behov, og handle etter disse (McCallum og McConigley 2013).

Vår studie viser at for å kunne ivareta pasientens åndelige behov er det en forutsetning å ha gode kommunikasjonsevner, da åndelige behov kan være et vanskelig tema å snakke om (Brown, Johnston og Östlund 2011). Funn viser at samtaler mellom sykepleiere og pasienter hvor temaet omhandler åndelige spørsmål er mange, men at sykepleiere sjelden tar initiativ til disse samtalene (Lenherr et al. 2012 og Schaffer 2007). Sykepleierne uttrykte at de syntes åndelig omsorg var et vanskelig tema, og de følte seg ukomfortable med å yte nettopp dette (Lenherr et al. 2012 og Schaffer 2007). Et av funnene vi gjorde er fra Norge, og det viser at sykepleierne oftere ivaretar de åndelige behovene til pasienter fra en fremmed kultur (Schaffer 2007).

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

Vi valgte ikke å inkludere en spesiell del av helsevesenet i hensikten. Dette var et bevisst valg, da vi ønsket å undersøke om det var noen fellestrekk i hvordan sykepleier legger til rette for en verdig død i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Dersom vi ikke hadde funnet noen fellestrekk mellom de ulike helsetjenestene, kunne dette ha blitt ansett som en svakhet, da dette ville bidratt til en lite hensiktsmessig systematisering av litteraturstudiet. Vi velger å påstå at dette også kan anses som en styrke, da resultatene av studien kan være noe som sykepleiere generelt i helsevesenet kan forholde seg til.

For å styrke teorigrunnlaget i denne studien, valgte vi å inkludere en review artikkel (Östlund, Brown og Johnston 2012). Dette mener vi kan være en styrke, da dette bidrar til å styrke validiteten av teorien, da denne review artikkelen er av nyere forskning.

Fem av tolv artikler inkludert i oppgaven er nordiske, hvorav tre norske (Gjerberg, Førde og Pedersen 2010, Hov, Hedelin og Athlin 2007 og Schaffer 2007) og to svenske (Fridh, Forsberg og Bergbom 2009 og Karlsson og Berggren 2011). Dette mener vi er styrkende for oppgaven, da det norske og det svenske helsevesenet har mange fellestrekk. Fra øvrige Europa har vi valgt å bruke to artikler fra England (Addicott 2011, Goddard et al. 2013), en fra Skottland (Brown, Johnston og Östlund 2011), en fra Irland (Casey et al. 2010) og en fra Sveits (Lenherr et al. 2012). Vi valgte på forhånd å inkludere artikler fra Europa, da

den norske kulturen har mange fellestrekk med den europeiske. Vi valgte også å inkludere en artikkel fra USA (Volker og Limerick 2007) og en fra Australia (McCallum og McConigley 2013). Dette fordi disse landene, i likhet med Norge, er moderne samfunn med vestlig kultur, og vi mente derfor at disse forskningsartiklene kunne bidra til å styrke vår oppgave. Vi mener at utvikling av norsk sykepleie er avhengig av impulser fra det internasjonale sykepleiesamfunnet. Med denne oppgaven ønsket vi å bidra til utvikling av sykepleiefaget. For at resultatet skulle være mest mulig overførbart til norske forhold, ble det på forhånd bestemt at artikler som viser store kontraster i forhold til norsk kultur ville bli ekskludert fra vår studie. På grunnlag av dette, kan det være både en styrke og en svakhet i oppgaven at kun tre av de tolv inkluderte artiklene omhandler det norske helsevesenet. Det er mulig at vi hadde funnet flere norske artikler dersom vi hadde hatt større kunnskaper om litteratursøkningsprosessen.

I følge retningslinjene til Høgskolen i Molde, skal ikke artiklene være eldre enn fem år. Vi startet litteratursøkningsprosessen i 2012. På grunnlag av dette valgte vi og inkludere tre artikler fra år 2007 (Hov, Hedelin og Athlin 2007, Schaffer 2007 og Volker og Limerick 2007). Hovedsakelig valgte vi å bruke kvalitativ forskning, noe vi mente var styrkende. Dette fordi hensikten tar for seg et kvalitativt spørsmål: vi ville belyse sykepleieres tilrettelegging av å gi pasienten en verdig død. Til tross for dette, har vi valgt å inkludere en forskningsartikkel (Gjerberg et al. 2010) med kvantitativ metode, med tverrsnittstudie som design. Denne forskningsartikkelen tok i bruk spørsmålsundersøkelse. Her ble det brukt åpne og lukkede spørsmål, og vi har valgt kun å inkludere funn fra de åpne spørsmålene. Denne forskningsartikkelen ble inkludert fordi hovedfunnene var gjentakende også i andre inkluderte forskningsartikler. Vi mener derfor at denne forskningsartikkelen kunne bidra til å styrke vår studie. Vi valgte å bruke sjekklisten til Bahtsevani, Stoltz og Willman (2006) for kvantitativ forskning når vi kvalitetsvurderte denne artikkelen. En av våre inkluderte forskningsartikler (McCallum og McConigley 2013), innehar kun 5 respondenter i sin studie. Dette kan være en svakhet for vår oppgave, da man kan sette spørsmål ved validiteten av forskningsartikkelen.

I prosessen hvor vi kvalitetsvurderte forskningsartiklene, valgte vi å benytte oss av granskningsprotokollen for kvalitativ forskning fra Bahtsevani, Stoltz og Willman (2006). Vi har fra tidligere liten erfaring i forhold til dette, noe som kan ha påvirket resultatet av kvalitetsvurderingen. For å forbedre denne prosessen, valgte vi å kvalitetsvurdere artiklene

hver for oss, før vi deretter gikk igjennom resultatene i fellesskap. I henhold til vårt inklusjonskriterium, måtte forskningsartiklene inneha nivå 1 eller 2 av fagfelle vurderingen, noe som ble undersøkt før vi startet prosessen med kvalitetsvurderingen. Dette ble gjort for å effektivisere vårt arbeid, da kvalitetsvurdering er en tidskrevende prosess. Det viste seg at en av våre inkluderte artikler (Volker og Limerick 2007) var fra et tidsskrift som ikke var blitt fagfelle vurdert. Gjennom å klikke oss inn på nettsiden til tidsskriftet hvor artikkelen ble publisert, fant vi ut at tidsskriftet var blitt tidligere fagfelle vurdert i USA. Derfor valgte vi å inkludere også denne artikkelen i vårt systematiske litteraturstudie, til tross for at den ikke innehar fagfelle vurdering fra Norge. Denne artikkelen var relevant i forhold til våre funn.

Vi valgte å ta utgangspunkt i Evans (2002) fire trinn i forhold til analyse (kapittel 3.5). Gjennom å bruke denne framgangsmåten i analysen, mener vi at studien ble mer systematisert, helhetlig og oversiktlig. Vi mener at dette har bidratt til å styrke vår oppgave. Vi valgte tidlig å ta i bruk fargekoding, da vi mente dette ville gjøre systematiseringen av funn mer oversiktlig. Dette støttes opp av Forsberg og Wengström (2008) sine metoder for koding av materiale. I drøfting av våre resultater, valgte vi å ta i bruk review artikler (Boston, Bruce og Schreiber 2011 og Entwistle et al. 2010) da vi mente dette kunne bidra til å støtte opp under våre funn.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Sykepleie i nærhet og distanse til pasienten

Det at sykepleierne skaper trygghet gjennom tilstedeværelse (Addicott 2011, Goddard et al. 2013, Hov, Hedelin og Athlin 2007 og McCallum og McConigley 2013), må kunne beskrives som positivt. Det man kan sette spørsmål ved, er hvor nær man som helsepersonell bør være pasienten. Som Brown, Johnston og Östlund (2011) skriver i sin studie, er det som sykepleier sentralt å forstå viktigheten av å være støttende, men samtidig unngå å ta kontroll over pasienten. Våre erfaringer viser at prinsippet om å la pasienten ha kontroll over sin egen situasjon, kan være sentralt for at pasienten skal kunne føle seg trygg i situasjonen. Det kan være sentralt å vurdere pasientens grenser, før sykepleieren velger hvor nær hun skal være pasienten, dette både fysisk og emosjonelt. Det kan være viktig at sykepleieren er varsom på hvor mye hun deler av seg selv. Spesielt i en situasjon

hvor pasienten er ved livets slutt, kan det være hensiktsmessig at hovedfokuset er rettet mot pasienten og hans eller hennes ønsker. Vi anser det som en nødvendighet at sykepleieren vurderer hvor mye pasienten ønsker å dele av sine emosjonelle følelser og tanker, samt at sykepleieren ikke krever at pasienten skal dele for mye av seg selv. Dette støttes opp av Løgstrup og Lévinas relasjonsetikk, som bygger på en hovedtanke om at mennesker er et sårbart vesen. Ut fra dette har enhver et moralsk ansvar for at man opptrer hensynsfullt overfor andre mennesker (Eide og Eide 2010). Dette gir oss også assosiasjoner til Endre Førland sine tanker om etikk og inngripen, samt respekt og nærhet for pasienten. Endre Førland var blant de første som drev med palliasjon på fulltid i Norge og vi kan se at hans grunntanker fortsatt står sentralt i den palliative omsorgen (Strømskag 2012).

Casey et al. (2011), Fridh, Forsberg og Bergbom (2009) og Hov, Hedelin og Athlin (2007) refererer til at sykepleierne ofte viser trygghet gjennom varsom berøring. Nettopp når det gjelder berøring, har vi erfart at man som sykepleier bør være aktsom, slik at det ikke utgjør ubehag hos pasienten.

(...) when I stand by his bed I always try to hold his hand, keeping in touch with him physically and telling him that now I am touching you because I am here; such confirmations all the time without being too intimate, because it may be that he finds it uncomfortable (Hov, Hedelin og Athlin 2007, 336).

Dette sitatet fra studien til Hov, Hedelin og Athlin (2007), mener vi representerer egenskaper som er sentralt ved bruk av berøring for å fremme trygghet hos pasienter i den palliative fasen. Sykepleieren viser her omsorg gjennom berøring, samt at hun er bekreftende ved å fortelle pasienten at ”nå berører jeg deg fordi jeg er her”. Berøring kombinert med enkel verbal kommunikasjon vil vi påstå bidrar til at pasienten opplever trygghet i situasjonen ved en bevisstgjøring om at pasienten ikke er alene. Å dø er en ensom prosess, og det å holde i hånden og berøre pasienten, er som medmenneske å hjelpe den døende så langt det er mulig gjennom denne prosessen (Ilkjær 2010). Det sies at hørselen er den siste sansen som svikter hos det døende mennesket, og på denne måten vil verbal kommunikasjon bidra til å skape trygghet hos pasienten (Ilkjær 2010). Addicott (2011), Goddard et al. (2013), Hov, Hedelin og Athlin (2007) og McCallum og

McConigley (2013) støtter i sine studier også opp under viktigheten av ikke å etterlate den døende pasienten alene.

Hov, Hedelin og Athlin (2007) viser at sykepleierne brukte hendene for å kommunisere trygghet, aksept og respekt. Gjennom vår praksis har vi opplevd at berøring fremmer trygghet hos pasienter ved livets slutt. Hvordan sykepleieren tilnærmer seg pasienten ved bruk av berøring, har også utmerket seg i forhold til å fremme respekt for pasienten. Travelbee (1999) skriver at hvert enkelt menneske er unikt og uerstattelig, noe som får oss til å undre oss over hvor de kroppslige grensene går hos hver enkelt pasient. Våre erfaringer tilsier at dersom en pasient ikke lenger har ressurser til å kommunisere verbalt, hvordan kan vi som sykepleiere vite om vår berøring skaper trygghet eller ubehag? Brodtkorb (2008) henviser til at et grunnleggende behov hos mennesket, er nettopp berøring, men dersom dette blir en negativ opplevelse for pasienten, kan dette føre til en krenkelse av personens integritet. Vi mener at dersom sykepleieren krenker pasientens integritet med bruk av berøring, vil dette bli noe som strider i mot sykepleierens oppnåelse av trygghet. Brodtkorb (2008) og Eide og Eide (2010) viser til at berøring kan være et behov som øker med alderen, kanskje spesielt hos pasienter ved livets slutt, da berøring også kan være en sentral form for kommunikasjon. Dette ved at det retter seg mer mot det emosjonelle heller enn det kognitive. En sykepleier som er rolig og utfører sykepleie og prosedyrer tilpasset pasientens rytme, kan virke betryggende for pasienten (Hov, Hedelin og Athlin 2007). Gjennom praksis har også vi erfart at sykepleierens væremåte har hatt stor innvirkning på om sykepleieren har mestret nettopp det å fremme trygghet hos pasienten.

Brown, Johnston og Östlund (2011) og Casey et al. (2011) skriver i sine studier at det er sentralt å skape et godt forhold mellom sykepleier og pasient for å opprettholde trygghet. Dette gir oss assosiasjoner til den femte fasen i Travelbee (1999) sin teori om menneske – til – menneske – forhold, hvor det legges vekt på at forholdet mellom sykepleier og pasient bør være likeverdig, og ikke baseres på roller (Travelbee 1999). Gjennom praksis har vi erfart hvor viktig det er at sykepleieren ikke hever seg over pasienten, i form av en rolle hvor hun setter seg selv høyere enn pasienten. Det at sykepleieren setter seg selv på lik linje med pasienten, kan bidra til å skape en trygghetsfølelse for pasienten. Ut fra våre erfaringer, har vi sett at kontrasten kan være stor i forhold til hvordan sykepleieren tilnærmer seg pasienten. Vi har begge observert tilfeller der sykepleieren setter sine egne

holdninger høyere enn pasientens, og sett at dette skaper utrygghet hos pasienten. For å spinne litt videre på denne tanken, beveger vi oss inn på sykepleierens holistiske tilnærming til pasienten. Dette vil si at sykepleieren lar pasienten fortelle sin egen historie med sine egne ord, i sitt eget tempo (Barker og Buchanan-Barker 2009). I de tilfellene hvor denne metoden er blitt brukt i vår praksis, har vi observert en økt trygghetsfølelse hos pasienten. Det kan også nevnes at den holistiske tilnærmingen kan bidra til å skape et nærmere forhold mellom sykepleier og pasient. Det å ta hensyn til pasientens emosjonelle grenser kan være viktig. I den holistiske tilnærmingen, er det sentralt å la pasienten fortelle i sitt eget tempo, uten at sykepleieren virker påtrengende på pasienten (Barker og Buchanan-Barker 2009). Dette mener vi bidrar til å skape en trygghetsfølelse hos pasienten, da sykepleieren på denne måten kommuniserer respekt for pasientens personlige grenser. På grunnlag av våre erfaringer, ser vi at den holistiske tilnærmingen tilsynelatende kan være et sentralt hjelpemiddel i Travelbees (1999) fem faser for å opprette et menneske – til – menneske – forhold.

5.2.2 Tilstrebe ro og fred rundt pasienten

Når det gjelder sykepleiernes holdninger til pasientens omgivelser ved livets slutt, viser funnene våre flere interessante elementer. Fridh, Forsberg og Bergbom (2009) viser at sykepleierne var hensynfulle i forhold til at tempo og støy ble redusert når en pasient var ved livets slutt. Dette mener vi er et tegn på at sykepleierne viser hensyn og omtanke for den døende pasienten, noe som står sentralt for å bidra til at pasienten opplever verdighet ved livets slutt. Våre funn fra artiklene viste en stor motvilje til å overføre pasienter som var beboere ved sykehjem til sykehus når pasienten var i den palliative fasen (Addicott 2011, Casey et al. 2011, Gjerberg et al. 2010 og Goddard et al. 2013). Dette er et interessant funn, som vi ønsker å gå nærmere i dybden på. I praksis opplevde vi at flere av beboerne ved sykehjemmet hadde bodd der i en årrekke, noe som førte til at de anså sykehjemmet som deres hjem. Dette støttes opp av Goddard et al. (2013) og Ilkjær (2010) som viser i sin studie at dersom en pasient fikk bli værende i kjente omgivelser, ville dette fremme komfort og fred ved livets slutt. Lillestø (2008) viser til at hjemmet er den arenaen som definerer vår tilhørighet, samt at det knytter oss til vår personlighet, identitet og til våre verdier. At mennesket har et hjem å gå til, viser at personen hører til et sted (Goddard et al. 2013 og Lillestø 2008). I praksis observert vi ofte at pasientene hadde sine egne preg på deres omgivelser. Dette spesielt i sykehjem, hvor pasientene med hjelp fra deres

familie og pleiere hadde innredet deres egne rom med sine personlige eiendeler. Det virket til at dette hadde stor betydning for trivsel og verdighet i pasientens hverdag. Mange av beboerne ga uttrykk for at personlige eiendeler, som fotografier, møbler og klær fra eldre tider var sentralt for deres ve og vel. Ofte kunne vi ha samtaler med pasienter som smilende viste fram fotografier fra deres yngre dager. Dersom en pasient ga uttrykk for at han eller hun var opprørt eller hadde et synlig behov for ro og fred, opplevde vi ofte at sykepleierne brukte pasientens eiendeler som et slags verktøy for å fremme nettopp ro og fred. Dette for eksempel ved rolig å sette seg ned med pasienten og vise fram eiendeler fra eldre tider. Det var tydelig at dette var hensiktsmessig for at pasienten kunne oppleve ro og fred ved bruk av omgivelsene. Et av våre funn i Goddard et al. (2013) var at sykepleiere viste motvilje til å overføre pasienter fra sykehjem til sykehus. Vi mener dette er sentrale tanker for å bidra til en verdig død. Dette på grunnlag av at sykehjemmet kan for pasienten være trygge omgivelser. Dersom en pasient har ansett sykehjemmet som sitt hjem de siste årene, mener vi det er viktig å ivareta disse kjente omgivelsene som et element i en verdig død. Dette støttes opp av Lillestø (2008). Vi vil spinne litt videre på denne tanken: hva vil hende med pasientens indre ro og fred, dersom han eller hun blir frarøvet sine kjente omgivelser ved livets slutt? Vi undrer oss også over om det for pasienten vil være ansett som verdig å bli overført mellom forskjellige instanser i helsevesenet. Dersom man legger verdighet til grunn for diskusjon om hvor pasienten skal dø, mener vi at det for pasienten ville vært sentralt om han eller hun kunne velge sitt eget sted å dø. Ilkjær (2010) henviser til at omgivelsene rundt pasienten kan være en sentral del av pasientens velvære, samt at sykepleierne burde tilrettelegge for pasientenes egne ønsker om hvor de ønsker å ende sine dager.

I praksis har vi observert at sykehusene er preget av et relativt høyt tempo, samt at pasientene ofte er nødt til å dele rom med andre pasienter. Vi mener at dette kan være lite hensiktsmessig ved livets slutt, da vi mener at støy og uro kan føre til frustrasjon og mangel på trygghet hos pasienten. Dette støttes opp av Casey et al. (2011) og Fridh, Forsberg og Bergbom (2009) som i sin studie viser at mangel på private rom var en stor hindring ved pleien som ble gitt ved livets slutt. Endre Førland sine tanker om etikk og inngripen dersom helsepersonell trådte over pasientens grenser, mener vi står sentralt i denne sammenhengen (Strømskag 2012). Vi mener at pasientens privatliv er noe som burde respekteres og ivaretas ved livets slutt. Til tross for dette, har vi i praksis også observert at det foreligger en relativt høy grad av respekt for pasientens omgivelser ved

livets slutt. Funn vi har gjort fra studien vår viser også at det kan forekomme at sykepleierne reduserer tempoet dersom en pasient er ved livets slutt (Fridh, Forsberg og Bergbom 2009).

5.2.3 Å ta egne valg

Funnene i denne studien viser til at retten til autonomi er sentralt for pleie ved livets slutt. Ivaretagelse av autonomi er en sykepleieroppgave som framgår av Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, første ledd: ”Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket” (Norsk Sykepleierforbund 2011, 8). Dette støttes også opp av Entwistle et al. (2010), som beskriver at respekten for autonomi som oftest er assosiert med å la pasienten selv ta egne valg og beslutninger angående hvilke helsetjenester de ønsker å motta. Et interessant funn i vår studie var viktigheten av å få mulighet til å dø på sine egne premisser (Volker og Limerick 2007). Entwistle et al. (2010), Tveiten (2009) og Kristoffersen og Nortvedt (2011) viser til at sykepleierens oppgave i henhold til autonomi er å legge til rette for best mulig grunnlag for å ta egne valg. At pasienten kan kjenne igjen og tolke situasjonen, kan øke muligheten til å gjennomføre autonome valg (Kristoffersen og Nortvedt 2011 og Tveiten 2009). Karlsson og Berggren (2011) viser til at en måte å ivareta pasientens autonomi, er å la pasienten selv rangere sine prioriteringer skriftlig. Dette gir oss assosiasjoner til den holistiske tilnærmingen hvor sykepleieren lar pasienten fortelle sin egen historie, med egne ord. Hensikten med dette er at pasienten skal få en bedre forståelse av seg selv og sin livssituasjon. Gjennom dette kan pasienten selv finne ut hva som kreves for å komme ut av den lidende situasjonen (Barker og Buchanan-Barker 2009). Dette gir oss også assosiasjoner til Travelbee (1999) sine fem faser, hvor respekt for individet står sentralt, og at man på denne måten kan se pasientens behov. Goddard et al. (2013) og Schaffer (2007) viser til at sykepleieren bør hjelpe pasienten til å uttrykke sine behov og ønsker. Dette er også sentralt i den holistiske tilnærmingen, og kan bidra til at pasienten får muligheten til å fortelle sin egen historie (Barker og Buchanan-Barker 2009). Dette mener vi er hensiktsmessig for å bidra til ivaretagelse av pasientens autonomi. Gjennom praksis har vi erfart at sykepleieren gjennom den holistiske tilnærmingen, lærer å kjenne pasienten på en relativt nær måte, noe som fører til at det kan bli lagt bedre til rette for pasientens selvbestemmelse. Kristoffersen (2011) viser til at en viss paternalisme kan være aktuelt

ved svekket autonomi, samtidig viser Eide og Eide (2010) til at sykepleieren ikke bør presse eller overtale pasienten til å skape en mening. Eide og Eide (2010) og Entwistle et al. (2010) viser til viktigheten av at sykepleieren tilbyr pasienten en mulighet til å ta sine egne valg, samt at hun støtter opp under pasientens endelige valg, noe som kan bidra til å skape en god omsorg ved livets slutt. På grunnlag av dette mener vi at det å ikke uttrykke et ønske også kan ses som et autonomt valg. I følge Travelbee (1999) vil en pasient som har håp oppleve at han fortsatt har forskjellige valgmuligheter. Travelbee (1999) poengterer at til tross for at valgmulighetene kan være utiltalende ved livets slutt, så er det fortsatt valgmuligheter, og pasienten har frihet til å velge selv. Hun viser til at det å få valgmuligheter, til og med når muligheten for bedring ikke er tilstede, er noe som bidrar til følelse av autonomi og håp.

Eide og Eide (2010) viser til at sykehusinnleggelse eller innleggelse til annen institusjon er noe som kan føre til og redusert følelse av autonomi. Dette på grunnlag av at pasientens trygge tilværelse er truet, og ikke lenger forutsigbar. Forandringen kan for eksempel dreie seg om forandring av fysiske omgivelser, pasientens utseende og posisjon i samfunnet. På grunnlag av at pasienten befinner seg i en sårbar situasjon, mener vi at sykepleieren bør være forsiktig med å fortelle om hva hun legger i begrepet verdig død, da dette kan påvirke pasientens valg. Dette støttes opp av Volker og Limerick (2007). Travelbee (1999) utdyper at god kvalitet på sykepleie er avhengig av sykepleierens syn på sykdom, lidelse og død. Ut fra dette har vi erfart at sykepleierens holdninger i henhold til sykdom og lidelse, kan være avgjørende for pleien som blir gitt til pasienten i den palliative fasen. I forhold til autonomi velger vi på grunnlag av dette å tro at det er hensiktsmessig at sykepleieren er bevisst på sine holdninger i forhold til sykdom og lidelse, men at hun bør utvise forsiktighet med å fortelle til pasienten hva hun legger i begrepet verdig død. Dette støttes opp av Kristoffersen og Nortvedt (2011), som viser til at pasientens ekte mål først kan komme frem når pasienten får mulighet å handle etter sine egne ønsker, og at uekte mål er et produkt av andres påvirkning av pasienten. Entwistle et al. (2010) viser til at helsepersonell kan påvirke pasientens evne til å ta autonome valg gjennom å påvirke deres identiteter, egenverdier og individuelle evner for autonomi.

Et funn i denne studien var at mangel på deltakelse i egen behandling var et gjentakende problem (Gjerberg et al. 2010, Hov, Hedelin og Athlin 2007 og Schaffer 2007). Det viste seg at sykepleieres erfaringer var at pasientenes autonomi og verdighet var truet da

pasientens meninger og ønsker i forhold til behandling ikke ble verdsatt. Dette fordi avgjørelsene angående livsforlengende behandling ble utført av leger og pårørende (Gjerberg et al. 2010 og Hov, Hedelin og Athlin 2007). I noen tilfeller er ikke pasienten i stand til å uttrykke sine egne mål eller ivareta sine egne interesser, men dette betyr ikke at pasienten skal oppleves som et vesen uten rett til selvbestemmelse (Kristoffersen 2011). En utfordring kan være å ta ansvar for pasienten, men samtidig ikke frata pasientens eget ansvar. Selv om pasienten ikke er i stand til å ta alle avgjørelser, betyr ikke dette automatisk at pasienten ikke kan bidra til avgjørelser om sin egen pleie (Kristoffersen 2011).

5.2.4 Å styrke pasientens integritet

Ivaretakelse av kroppslig integritet omhandler å støtte opp grunnleggende reparative og helende prosesser (Kirkevold 2008). Et av våre funn var at sykepleierens oppgave var å hjelpe pasienten til aksept overfor fysiske forandringer (Brown, Johnston og Östlund 2011). I studiene til Hov, Hedelin og Athlin (2007) og Volker og Limerick (2007) poengterer de at sykepleierne så til at pasientens utseende ble ivaretatt. Kirkevold (2008) understreker at det er viktig å være bevisst på at kropp og sjel hører sammen. Sykdom kan bidra til forandring av pasientens utseende og kan oppleves som en trussel mot identitet og selvforståelse. Følelsen av å ha en identitet, bidrar til å styrke pasientens integritet. Ivaretakelsen av pasientens private grenser er nært knyttet til ivaretakelsen av integritet (Kirkevold 2008). I studiet til Brown, Johnston og Östlund (2011) trekker de fram at sykepleiere mente at evnen til å være mottakelig, sensitiv, empatisk og å tilnærme pasienten med en passende oppførsel, ville bidra til å ivareta pasientens private grenser. Et forhold som kan true pasientens integritet er at pasientens personlige rom invaderes (Kirkevold 2008). Brown, Johnston og Östlund (2011) viser til at det er viktig at sykepleiere ivaretar private grenser, dette ved for eksempel å ha dørene til pasientens rom lukket.

Volker og Limerick (2007) og Kirkevold (2008) viser til at det er viktig at sykepleieren merker seg det unike ved hver enkelt pasient, og gjør hva som anses som verdig hos nettopp denne pasienten. Et interessant funn i denne studien var at sykepleieren kunne bidra til å styrke pasientens integritet gjennom å hjelpe pasienten til å ta egne valg (Brown, Johnston og Östlund 2011), denne teori støttes opp av Kirkevold (2008). Kirkevold (2008)

viser til at forutsetningen for ivaretagelse av pasientens integritet er at sykepleieren lærer å kjenne pasienten, for å få et nærmere innblikk i hvilke verdier, mål og holdninger pasienten har. Dette gir oss assosiasjoner til Travelbee (1999) som i sine teorier trekker fram at menneske – til – menneske – forhold er absolutt nødvendig for at sykepleieren skal kunne yte god omsorg. Travelbee (1999) viser til at sykepleieren først kan yte god omsorg når pasienten og sykepleieren står på lik fot og ser på hverandre som individer. Hov, Hedelin og Athlin (2007) og Volker og Limerick (2007) trekker fram at en avgjørende faktor for at sykepleieren skal behandle pasienten med respekt, er engasjement. Gjennom praksis har vi opplevd at organiseringen av helsevesenet kan bidra til utfordringer i forhold til å etablere et menneske – til – menneske – forhold. Vi har opplevd at pasienten kan være nødt å forholde seg til mange forskjellige sykepleiere, noe vi har observert kan føre til frustrasjon hos pasienten, samt redusere muligheten til å etablere et menneske – til – menneske – forhold.

Casey et al. (2011) beskriver i sin studie at en sentral måte å ivareta pasientens integritet var å ta i bruk en holistisk tilnærming til pasienten. Kirkevold (2008) viser til at sykepleierens innsikt i pasientens opplevelse er en forutsetning for å kunne erkjenne og ta hensyn til pasientens valg, vurderinger og holdninger. Dette er sentralt i ivaretagelsen av integritet (Kirkevold 2008). I samtaler med pasienten er det viktig at sykepleieren lar pasienten ha ordet (Eide og Eide 2010). Det er viktig at sykepleieren lytter aktivt og lar pasienten fortelle sin historie og sine tanker. Dette er med på å skape trygghet og tillit, og er i sin tur med på å bidra til ivaretagelse av integritet (Eide og Eide 2010).

Kirkevold (2008) viser til at ivaretagelsen av sosial integritet er sentralt i ivaretagelse av integritet, hun beskriver at en må se på pasienten i en sosial kontekst. I praksis opplevde vi at det var travle hverdager for sykepleierne, noe som kunne ha innvirkning på sykepleierens sosialisering med pasientene. Til tross for dette, observert vi her at mange sykepleiere var flinke til å inkludere pasientene på områder hvor pasienten selv kunne være deltakende, dette spesielt i sykehjem. Her kunne vi se at dette var hensiktsmessig for den daglige sosialiseringen hos pasientene. Gjennom en travel hverdag, mestret samtlige sykepleiere å inkludere pasienten i sosiale sammenhenger. Dette kunne føre til gode samtaler mellom sykepleier og pasient, og vi observert at dette hadde god innvirkning på trivsel og velvære hos pasientene i den palliative fasen. Dersom pasientene hadde reduserte kognitive evner, observert vi ofte at sykepleierne kunne sette seg ned og samtale med

pasienten, og på denne måten styrke pasientens integritet ved å ivareta den hverdagslige sosialiseringen. Funnene våre viste at sykepleierne følte at de styrket pasientenes integritet ved å snakke om deres hverdagslige ansvar og roller, som hva pasientene gjorde før og hva de ønsker å gjøre nå (Brown, Johnston og Östlund 2011).

5.2.5 Åndelige behov ved livets slutt

Et interessant funn i denne studien var sykepleieres motvilje og mangel på initiativ til samtaler som omhandler pasientens åndelige behov (Lenherr et al. 2012 og Schaffer 2007). Boston, Bruce og Schreiber (2011), Brown, Johnston og Östlund (2011), Hjort (2008) og Ilkjær (2007) viser til at god åndelig omsorg er en forutsetning for god pleie og verdighet ved livets slutt. Eksistensielle spørsmål er ofte aktuelle ved livets slutt, og det er blitt diskutert om behovet for åndelig omsorg er aller størst ved livets slutt (Boston, Bruce og Schreiber 2011). Hjort (2008) viser til at samtaler om åndelig omsorg med pasienter som er i livets slutfase, kan bidra til at pasienten opplever trygghet og mestring av sykdom og lidelse. Dette er også noe vi har erfart i praksis. Vi har også observert at det kan være hensiktsmessig at pasienten selv kan legge føringen for innholdet i denne samtalen. Dette gir oss assosiasjoner til den holistiske tilnærmingen til pasienten. Barker og Buchanan-Barker (2009) viser til at den holistiske tilnærmingen vil bidra til å styrke pasientens evne til å samtale om nettopp dette temaet, da det er pasientens historie og tanker som her er i fokus. Travelbee (1999) definerer mestring av sykdom og lidelse som et av sykepleiens hovedmål. Litteraturen tilsier at åndelig omsorg har en god innvirkning på både fysisk og psykisk helse, og at sykepleiere bør ta initiativ til denne typen samtaler (Ilkjær 2007 og Torbjørnsen 2008).

Et annet interessant funn vi vil fremheve, var at sykepleiere viser motvilje og mangel på initiativ til samtaler som omtaler åndelighet (Lenherr et al. 2012 og Schaffer 2007). I våre funn er det ikke begrunnet hvorfor sykepleierne viser motvilje til disse samtalen, derfor er dette noe vi ønsker å gå nærmere inn på. Vi mener at en grunn til dette kan være at sykepleiere ikke har god nok kunnskap i forhold til spørsmål som omhandler åndelig omsorg. Boston, Bruce og Schreiber (2011) viser til at sykepleiere anser den åndelige samtalen som en oppgave som tilhører prester heller enn sykepleiere. Noen pasienter ønsker å snakke med sykepleiere om åndelige spørsmål, noe vi mener er et ønske som bør

tas på alvor. Vi anser det som viktig å få utløp for sine åndelige behov, da dette er noe som kan bidra til mestring av sykdom og lidelse.

En av de inkluderte forskningsartiklene som omhandler motvilje til samtale om åndelig omsorg, er fra Norge (Schaffer 2007). Vi mener at en mulig årsak til at spesielt norske sykepleiere viser motvilje og mangel på initiativ til samtaler som omhandler pasientens åndelige omsorg, kan bero på den økende sekulariseringen av det norske samfunn. Sekularisering av samfunnet betyr at religion får en mindre sentral betydning. Dette betyr i praksis at enkeltmennesket og samfunnet får større makt på områder religionen tidligere dominerte (Store norske leksikon 2012).

Et annet interessant funn i vår studie er at norske sykepleiere oftere ivaretar de åndelige behovene til pasienter fra en fremmed kultur (Schaffer 2007). Vi mener at også dette kan grunnes sekularisering. Rolland (2011) viser til at religion står mer sentralt i livet til innvandrere i Norge enn for etniske nordmenn. Hanssen (2008) viser til at kultur får en mer sentral rolle for personer med fremmed kultur med økende alder.

Travelbee (1999) viser i sine teorier til at sykepleierens åndelige verdier og livssyn vil være vesentlige faktorer for å hjelpe pasienten til å finne mening i sykdom og lidelse. Ilkjær (2007) viser til at sykepleieres egen religiøsitet ikke bør spille noen rolle for å yte åndelig omsorg, hun beskriver at så lenge sykepleier vet hvor hun står i forhold til åndelige verdier og livssyn, bør det ikke være et hinder at sykepleieren ikke er religiøs for å yte god åndelig omsorg.

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne systematiske litteraturstudien var å belyse hvordan sykepleier kan legge til rette for en verdig død til pasienter i den palliative fasen.

Gjennom forskning har vi opplevd at det er likheter for hva som fremmer en verdig død i helsevesenet. Resultatene i denne litteraturstudien viser at ivaretagelse av trygghet, omgivelser, autonomi, integritet og åndelige behov er sentralt i tilretteleggelsen av en verdig død hos pasienter i den palliative fasen. Vi fant at det å vise nærhet gjennom berøring og tilstedeværelse var sentralt for å skape trygghet hos pasienter i den palliative

fasen. Det viste seg også at det var sentralt for pasientens verdighet ved livets slutt, at det ble tilrettelagt for familiens tilstedeværelse. At pasientene fikk bli værende i kjente og hjemmelige omgivelser var sentralt for å tilstrebe ro, fred og komfort ved livets slutt. Det ble i denne litteraturstudien vist at sykepleierne var åpne for tilretteleggelse av gode og rolige omgivelser for pasienter ved livets slutt, og at dette var sentralt for å fremme en verdig død. I forhold til autonomi, viste sykepleierne initiativ til tilretteleggelse for at pasientene skulle kunne ta sine egne valg. En hindring i forhold til ivaretagelse av pasientens autonomi var at pårørendes meninger og ønsker ble vektlagt framfor pasientens egne ønsker. Vi ser ut fra våre funn at å etablere et forhold og å lære å kjenne pasienten er sentralt i forhold til ivaretagelse av trygghet og integritet. Resultatene viste at minimering av følelsesmessig lidelse, samt at pasienten har tilgang til støtte og åndelig omsorg bidrar til å styrke verdigheten.

Funn viser at sykepleieren kan benytte holistisk tilnærming for å ivareta de overnevnte punktene i en verdig død. Dette er en tilnærming vi har sett kan være hensiktsmessig for ivaretagelsen av samtlige funn, som igjen bidrar til en verdig død ved livets slutt.

6.1 Forslag til videre forskning

I starten av arbeidet med denne systematiske litteraturstudien, hadde vi inntrykk av at det fantes mye forskning på vårt valgte tema. Etter hvert som vi utførte litteratursøk, fikk vi inntrykk av at de fleste forskningsartiklene hadde pårørende – og pasientperspektiv. Derfor ser vi for oss at det trengs mer forskning som innehar sykepleieperspektiv på dette temaet. En artikkel i vår studie, viser til at norske sykepleiere var mer opptatt av ivaretagelse av åndelige behov hos pasienter med fremmed kultur, enn hos pasienter med nordisk kultur. Dette syntes vi var et interessant tema, som vi gjerne hadde sett at det kunne vært mer forskning på. Vi ser også at det burde vært mer forskning på hvor deltakende pasienten er i forhold til avgjørelser som omhandler pasienter i den palliative fasen, da vi ser at det kommer fram at familien ofte tar avgjørelser i denne fasen.

Litteraturliste

- Addicott, Rachael. 2011. Supporting care home residents at the end of life. *International Journal of Palliative Nursing* 17(4): 183-187.
- Albers, Gwenda, Richard Harding, H Roeline W Pasman, Bregje D Onwuteaka-Philipsen, Sue Hall, Franco Toscani, Miel W Ribbe, og Luc Deliens. *What is the methodological rigour of palliative care research in long-term care facilities in Europe? A systematic review* 26(5): 722-733.
- Bahtsevani, Christel, Peter Stoltz og Ania Willman. 2006. *Evidensbaserad omvårdnad*. 2.utg. Sverige. Studentlitteratur AB.
- Bahtsevani, Christel, Peter Stoltz og Ania Willman. 2011. *Evidensbaserad omvårdnad*. 2.utg. Sverige. Studentlitteratur AB.
- Barker, Phil, Poppy Buchanan-Barker. 2009. En søgen efter personen: tidal-modellen og holistisk assessment. I *Psykiatrisk sygepleje*, red. Niels Buus, 212-231. København : Dansk Sygeplejeråd.
- Boston, Patricia, Anne Bruce og Rita Schreiber. 2011. Existential Suffering in the Palliative Care Setting: An Integrated Literature Review. *Journal of Pain and Symptom Management* 41(3): 604-617.
- Braastad, Kristine og Vidar Kåristad, Arne Mæhlum, Dag Jacobsen. 2007. Tilrettelegger for en verdig død. *Sykepleien* 95(9): 48-52.
- Brodtkorb, Kari. 2008. Stellet – mulighetens arena. I *Geriatrisk sykepleie God omsorg til den gamle pasienten*, red. Brodtkorb, Kari, Anette Hylén Ranhoff og Marit Kirkevold, 148-156. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brown, Hilary, Bridget Johnston, Ulrika Östlund. 2011. Identifying care actions to conserve dignity in end-of-life care. *British Journal of Community Nursing* 16(5): 238-245.
- Casey, Dympna, Kathy Murphy, Aine Ni Leime, Philip Larkin, Sheila Payne, Katherine A Froggatt og Eamon O'Shea. 2011. Dying well: factors that influence the provision of good end-of-life care for older people in acute and long-stay care settings in Ireland. *Journal of Clinical Nursing* 20(2010): 1824-1833.
- Eide, Hilde og Tom Eide. 2006. *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, Hilde og Tom Eide. 2010. *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Entwistle, Vikki A., Stacy M. Carter, Alan Cribb og Kirsten McCaffery. 2010. Supporting

- Patient Autonomy: The Importance of Clinician-patient Relationships. *Society of General Internal Medicine* 25(7): 741-745.
- Evans, Davis. 2002. Systematic review of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian J og Advanced Nursing*; 20(2), 22-25.
- Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2008. *At göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur og Kultur.
- Forskningsetiskekomiteer. 2008. *Tema: Helsinkideklarasjonen*.
<http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/> (lest 01.03.2013).
- Fridh, Isabell, Anna Forsberg og Ingegerd Bergbom. 2009. Doing one's utmost: Nurses' descriptions of caring for dying patients in an intensive care environment. *Intensive and Critical Care Nursing* 25(2009): 233-241.
- Gjerberg, Elisabeth, Reidun Førde, Reidar Pedersen og Georg Bollig. 2010. Ethical challenges in the provision of end-of-life care in Norwegian nursing homes. *Social Science & Medicine* 71(2010): 677-684.
- Goddard, Cassie , Frances Stewart, Genevieve Thompson og Sue Hall. 2013. Providing End-of-Life Care in Care Homes for Older People: A Qualitative Study of the Views of Care Home Staff and Community Nurses. *Journal of Applied Gerontology* 32(1): 76-95.
- Graverholt, Birgitte, Gro Jamtvedt, Monica W. Nortvedt og Liv Merete Reinart. 2008. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: norsk sykepleierforbund.
- Hanssen, Ingrid. 2008. Etniske minoriteter. I *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. Red. Brodtkorb, Kari, Anette Hylén Ranhoff og Marit Kirkevold, 38-50. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Haugstett, Jorun. 2010. Redaktøren har ordet. *Kreftsykepleie* 26(2): 5
- Hjort, Peter F. 2008. Pleie og omsorg ved livets slutt. I *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*, red. Brodtkorb, Kari, Anette Hylén Ranhoff og Marit Kirkevold, 447-455. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hov, Reidun, Birgitta Hedelin og Elsy Athlin. 2007. Good nursing care to ICU patients on the edge of life. *Intensive and Critical Care Nursing* 23(2007): 331-341.
- Ilkjær, Ingeborg. 2010. Den døende pasienten Døden som sosialt og sosiologisk-biologisk fenomen. I *Sykepleieboken 1 Grunnleggende sykepleie*, red. Mekki, Tone Elin og Søren Pedersen, 673-709. Oslo: Akribe AS.

- Ilkjær, Ingeborg. 2010. Livssyn, verdier og behov for åndelig omsorg. I *Sykepleie boken 1 – Grunnleggende sykepleie*, red. Mekki, Tone Elin og Søren Pedersen, 651-669. Oslo: Akribe AS
- Kalfoss, Mary Harris. 2010. Møte med lidende og døende pasienter – sykepleierens møte med seg selv. I *Klinisk sykepleie 2*, red. Almås, Hallbjørg, Randi Grønseth og Dag-Gunnar Stubberud, 475-499. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Karlsson, Christina og Ingela Berggren. 2011. Dignified end-of-life care in the patients' own homes. *Nursing Ethics* 18(3) 374-385.
- Kirkevold, Marit. 2008. Den gamles integritet. I *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*, red. Brodtkorb, Kari, Marit Kirkevold og Anette Høyen Ranhoff, 91-99. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kristoffersen, Nina Jahren. 2011. Helse og sykdom. I *Grunnleggende sykepleie bind 1 – sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*, red. Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 31-81. Oslo: Gyldendal Akademisk AS
- Kristoffersen, Nina Jahren og Finn Nortvedt. 2011. Relasjoner mellom sykepleier og pasient. I *Grunnleggende sykepleie bind 1 – sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*, red. Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 83-133. Oslo: Gyldendal Akademisk AS
- Lenherr, Gabriel, Barbara Meyer-Zehnder, Reto W. Kressig og Stella Reiter-Theil. 2012. To speak, or not to speak – do clinicians speak about dying and death with geriatric patients at the end of life? *Swiss Medical Weekly* 2012;142:w13563
- Lillestø, Britt. 2008. Krenkende omsorg. I *Sykepleieboken 2 Teoretisk-metodisk grunnlag for klinisk sykepleie*, red. Kamp Nielsen, Birthe og Unni Knutstad, 101-127. Akribe AS.
- Lugton, Jean. 2002. *Communicating with dying people and their relatives*. Oxon: Radcliffe Medical Press Ltd.
- McCallum, Amanda og Ruth McConigley. 2013. Nurses' perceptions of caring for dying patients in an open critical care unit: a descriptive exploratory study. *International Journal of Palliative Nursing* 19(1) 25-30.
- Norsk Sykepleierforbund. 2011. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere – ICNs etiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund
- NSD. 2013. Tema: Publiseringskanaler, <http://dbh.nsd.uib.no/kanaler> (Lest 15.03.2013)
- Rolland, Asle. 2011. *Statistikk om religion, tro og livssyn – en behovsanalyse*. Oslo:
- Romøren, Tor Inge. 2008. Eldre, helse og hjelpebehov. I *Geriatrisk sykepleie – god*

- omsorg til den gamle pasienten*, red. Brodtkorb, Kari, Marit Kirkevold og Anette Hylene Ranhoff. 29-37. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Schaffer, Marjorie A. 2007. Ethical Problems in end-of-life Decisions for Elderly Norwegians. *Nursing Ethics* 14(2) 242-257.
- Statistisk Sentralbyrå,
http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/notat_201107/notat_201107.pdf (Lest 13.03.2013).
- Statistisk sentralbyrå. 2012a. *Tema: Døde og dødelighet. 1961-2011*.
<http://www.ssb.no/dode/tab-2012-04-19-01.html> (Lest 23.01.2013).
- Statistisk sentralbyrå. 2012b. *Tema: Molde. Folkemengde 1. januar og endringer i året*.
<http://www.ssb.no/emner/02/02/folkendrhyst/tabeller/tab/1502.html> (Lest 26.02.2013).
- Statistisk Sentralbyrå. 1998. *Norske verdier og holdninger 1982-1996: Sentrale verdier endrer seg sakte*. Oslo: Statistisk Sentralbyrå, http://www.ssb.no/kultur-og-fritid/artikler-og-publikasjoner/_attachment/69853?_ts=137daf6a410 (Lest 12.03.2013).
- Store norske leksikon. 2012. Tema: Sekularisering, <http://snl.no/sekularisering> (Lest 18.03.2013).
- Strømskag, Kjell Erik. 2012. *Og nå skal jeg dø*. Oslo: Pax forlag AS
- Suhonen, Riitta, Minna Stolt, Veikko Launis og Helena Leino-Kilpi. 2010. Research on ethics in nursing care for older people: A literature review. *Nursing Ethics* 17(3): 337-352.
- Torbjørnsen, Tor. 2008. Åndelig omsorg. I *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. Red. Brodtkorb, Kari, Anette Hylene Ranhoff og Marit Kirkevold, 456-464. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Travelbee, Joyce. 1999. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Tveiten, Sidsel. 2009. *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget AS
- Volker, Deborah L. og Michael Limerick. 2007. What Constitutes a Dignified Death? The Voice of Oncology Advanced Practice Nurses. *Clinical Nurse Specialist* 21(5) 241-247.
- World Medical Association. 2008. *World Medical Association Declaration Of Helsinki*. WMA General Assembly: World Medical Association.
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf> (lest 22.02.2013)

Östlund, Ulrika, Hilary Brown og Bridget Johnston. 2012. Dignity conserving care at End-of-life: A narrative review. *European Journal of Oncology Nursing* 16(2012): 353-367.

Vedlegg 1

Oversiktstabell over inkluderte artikler

Artikkel nr Funnet i databasen	Forfatter År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/instrument	Deltakere/Fr afall	Hovedfunn	<Kvalitet fra sjekklister <Fagfellev urdert til nivå <Etisk vurdering
1 Ovid MEDLINE®	Addicott, Rachael. 2011 England International Journal of Palliative Nursing	Supporting care home residents at the end of life.	Hensikten med denne studien var å se på hvordan aktører fra ulike deler av helsevesenet samhandler for å sikre høy kvalitet i omsorgen ved livets slutt.	Kvalitativ studie. Data ble samlet fra fire forskjellige sykehjem i England, og hvordan disse hjemmene arbeider med beboerne og eksterne helsepersonell ved livets slutfase. 39 muntlige, semi strukturerte intervjuer ble gjennomført. Intervjuene varte mellom 30-60 minutter. De ble tatt opp på tape og transkribert ordrett. Verifikasjon ble	39 deltakere, hvorav 6 sykepleiere med videreutdanning i palliasjon, 6 sykepleiere, 10 hjelpepleiere, 4 omsorgsarbeidere, 8 ledere.	I studien kom det fram at de ansatte ved sykehjemmene delte informasjon om pasientene mellom de ansatte for å ivareta og respektet pasientens ønsker. Flesteparten av pleierne vurderte palliativ omsorg som en viktig del av deres rolle. Pleierne ville at pasienten skulle føle de ble tatt hånd om, og dette viste de gjennom å være til stede for pasienten. Et hovedfunn var at sykepleierne mente at det var viktig å være til stede for og kommunisere med pasienten når det nærmet seg livets slutt, dette for å vise pasienten at han eller hun ikke var alene.	<Grad 1. <Fagfellev urdert nivå 1. <Vurdert av etisk komité.

				oppnådd ved å teste de mottatte opplysningene med respondentene og andre helsepersonell.			
2	Brown, Hilary, Bridget Johnston og Ulrika Östlund. 2011 Skottland British Journal of Community Nursing	Identifying care actions to conserve dignity in end-of-life care	Hensikten med denne studien var å foreslå omsorgshandlinger som ivaretar verdighet ved livets slutt, basert på erfaringer fra sykepleiere i hjemmetjenesten.	Kvalitativt beskrivende design. Metoden som ble valgt var fokusgrupper, da dette tillater innsamling av flere oppfatninger fra interessenter innenfor det spesifikke studieområdet. Intervjuene var semi strukturerte, og spørsmålene var utviklet i henhold til <i>Chochinovs modell of dignity</i> . Fokusgruppene varte i 60 minutter, hvor en representant for studien stilte spørsmål, og en observerte. Alle intervjuene ble	14 sykepleiere fra hjemmetjenesten, 3 distriktssykepleiere, 8 pasienter og 5 pleiere.	Sykepleierne lot pasientene få tid til å uttrykke følelser, samt ivaretagelse av pasientens autonomi. Det var viktig for sykepleierne å hjelpe pasientene med å oppnå mål, og at de var fleksible og imøtekommende. Sykepleierne ga uttrykk for at de vurderte pasientens spirituelle behov, og handlet etter pasientens ønske, her sto gode kommunikasjonsferdigheter sentralt. Sykepleierne anerkjente viktigheten av å være støttende, men også å være forsiktig slik at de ikke "tok over" hele situasjonen. Nyttige handlinger nevnt var i tillegg til kommunikasjon å gi forklaringer, løse mindre problemer og gi pasienten tilgang til tilgjengelige kilder til støtte. Bruk av berøring	<Grad 1. <Fagfellevurdert nivå 1. <Vurdert av etisk komité.

				tatt opp på tape og omskrevet.		var viktige elementer i å formidle respekt og støtte. Sykepleierne mente at de å være sensitiv, mottakelig, empatisk og ved hjelp av egen oppførsel, i tillegg til praktiske handlinger, ville bidra til å redusere krenkingen av personvernet.	
3	Casey, Dympna, Kathy Murphy, Aine Ni Leime, Philip Larkin, Sheila Payne, Kathrine A Froggatt og Eamon O'Shea. 2011 Irland Journal of Clinical	Dying well: factors that influence the provision of good end-of-life care for older people in acute and long-stay care settings in Ireland	Hensikten med denne studien var å undersøke omsorgledernes (sykepleiere) perspektiver på den nåværende omsorgen ved livets slutt i akutt – og langtidsavdelinger i Irland.	Kvalitativ studie Metoden som ble brukt var grounded theory. Semi strukturerte intervjuer basert på intervju guide ble brukt til å samle data. Det ble samlet over seks uker, og intervjuene varte fra 45-60 minutter.	33 deltakere fra akutt- og langtidsavdelinger, hvorav 21 sykepleiere. 12 av sykepleierne hadde kurs i palliativ omsorg.	Hovedfunnene i denne artikkelen var at sykepleierne understreket komfort og verdighet som sentralt. Sykepleierne uttrykte mangel på tid og nedkutting i bemanning som store utfordringer når de skulle yte god omsorg ved livets slutt. Sykepleierne mente det var viktig med rolige omgivelser for pasienter ved livets slutt. Deltakerne uttrykte at dersom de kjente pasienten godt, tillot dette dem til å tolke omsorg og behandling, når det ikke lenger var mulig å kommunisere med pasienten. Sykepleierne brukte berøring og kommunikasjon for å fremme trygghet. Sykepleierne mente at en holistisk tilnærming kunne være sentralt for en god pleie ved livets slutt. Det framkom i studien at åndelige aspekter påvirker hvordan pleien ved livets slutt blir gitt.	<Grad 1. <Fagfellevurdert nivå 2. <Vurdert av etisk komité.

	Nursing						
4	<p>Fridh, Isabell, Anna Forsberg og Ingegerd Bergbom .</p> <p>2009</p> <p>Sverige</p> <p>Intensive and Critical Care Nursing</p>	<p>Doing one's utmost: Nurses' descriptions of caring for dying patients in an intensive care environment</p>	<p>Å utforske sykepleieres oppfatninger og erfaringer med døende pasienter i en intensivavdeling, med fokus på enslige pasienter, miljømessige aspekter og nærhet av familiemedlemmer.</p>	<p>Kvalitativt intervju, med en utforskende design.</p> <p>Metoden som ble brukt var conventional content analysis (konvensjonell innholdsanalyse)</p> <p>Seks intervju ble gjennomført av forfatteren på hennes kontor, to på intensivavdelingen og et i deltakerens hjem.</p> <p>Intervjuet tok form i en dialog, hvor det ble stilt åpne spørsmål, slik at det ble behagelig for deltakerne og de kunne snakke så fritt som mulig om emnet.</p>	<p>Ni sykepleiere (7 kvinner, 2 menn) fra tre forskjellige intensivavdelinger i Sverige med minst tre års erfaring i en intensivavdeling..</p>	<p>Å gjøre sitt ytterste for pasienten. Å sørge for at pasientenes verdighet og komfort ble ivaretatt, samt omsorg for den enslige pasienten. Det var også viktig at sykepleierne viste omsorg for pasientens familie. Et annet hovedfunn var miljømessige hindringer for at sykepleieren kunne gjøre sitt ytterste for pasienten, som mangel på private rom, og en mangel på samarbeid med leger og sykepleiere i beslutningsprosesser, samt at sykepleierne følte at avgjørelser tok urimelig lang tid. Sykepleierne brukte berøring og kommunikasjon for å fremme trygghet hos pasienten.</p>	<p><Grad 1</p> <p><Nivå 1</p> <p><Etisk vurdert.</p>

5	Gjerberg, Elisabeth, Reidun Førde, Reidar Pedersen og Georg Bollig. 2010 Norge Social Science & Medicine	Ethical challenges in the provision of end-of-life care in Norwegian nursing homes	Hensikten med denne studien var å presentere etiske utfordringer i norske sykehjem, og ansattes syn på hvordan de takler disse etiske utfordringene.	Kvantitativ metode, tverrsnittstudie med spørsmålsundersøkelser. Metoden som ble brukt var spørreskjema som ble sendt til 469 sykehjem, totalt 1204 avdelinger. Spørreskjemaet besto av både spørsmål med svaralternativer og spørsmål hvor det var mulighet for å gi åpne svar. Seks norske fagfolk i etisk helse gikk gjennom skjemaet som deretter ble revidert før det ble sendt til sykehjemmene.	24 % av respondentene jobbet som sykepleiere eller hjelpepleiere og 11 % hadde videreutdanning innen palliasjon eller geriatri.	Et etisk problem som ble tatt opp flere ganger var mangel på bemanning som førte til utilfredsstillende sykepleie til pasienter ved livets slutt. Noen sykepleiere nevnte at pasienter dør alene som en konsekvens av dette. Mangel på en-til-en bemanning hos pasienter ved livets slutt ble sett på som et etisk problem. Brudd på pasientens autonomi og integritet ble ofte nevnt av sykepleierne. Dette ofte ved at pasientene fikk medisiner gjennom mat, at pasientene mot sin vilje måtte bruke sengehest eller at de ble vasket mot sin vilje. Dette var ut fra sykepleierne tiltak som ble utført for å ivareta pasientens behov, men som til tross for dette bryter med pasientens autonomi og integritet. Noen sykepleiere nevnte at de opplevde bruk av tvang opp til flere ganger i uken. Et annet etisk problem som ble tatt opp av sykepleierne var at de hadde problemer med å vurdere pasientens kompetanse til samtykke ved livets slutt. Et annet dilemma som ble tatt opp var	<Grad 1. <Fagfellevurdert nivå 2. <Etisk vurdert.
---	---	--	--	---	---	--	---

						uenigheter med de pårørende i forhold til at de aktivt ønsket å gi pasienten mer medisinsk behandling enn sykepleieren og eventuelt pasienten.	
6	Goddard, Cassie, Frances Stewart, Genevieve Thompson og Sue Hall. 2013 England Journal of Applied Gerontology	Providing End-of-Life Care in Care Homes for Older People: A Qualitative Study of the Views of Care Home Staff and Community Nurses	Å utforske synspunktene til ansatte i kommunehelsetjenesten og ved sykehjem angående pleie ved livets slutt i sykehjem.	Semi strukturerte kvalitative intervjuer. Rammeverk metoden for kvalitative analyser ble brukt til og utforske synspunktene til deltakerne. Intervjuene fant sted på forskjellige steder, men tre av deltakerne ønsket å bli intervjuet over telefon. Flest intervju ble tatt opp, men ni deltakere ønsket ikke dette. Detaljerte notater ble da skrevet ned, som senere ble godkjent av deltakeren.	80 deltakere: 18 sykepleiere fra sykehjem, 33 ledere og 29 pleieassistenter.	Hovedfunnene i denne artikkelen var at deltakerne ønsket å gjøre sitt aller beste for at pasienten skulle ha det bra i livets slutfase. Konstant pleie, oppmerksomhet og sikre at pasienten var komfortabel sto her sentralt. Ut over de forskjellige sykehjemmene, var følelsesmessig støtte til familien rundt viktig. Sykepleierne mente at sykehjemmet var det beste stedet for pasienten å være da det gikk mot slutten: pleierne ga uttrykk for at det å bli værende i kjente omgivelser ville hjelpe pasienten til å oppnå ro og komfort. Sykepleierne ga uttrykk for at det kunne vært rom for forbedring i den palliative omsorgen, da det var noe mangler på ferdigheter, erfaringer og selvtilliten i forhold til å arbeide med en døende pasient, dette da spesielt hos pleieassistenter. Mangel på bemanning var også et hinder, da en palliativ pasient krever mer	<Grad 1. <Nivå 1. <Vurdert av etisk komité.

						oppmerksomt, og det ved slike tilfeller ofte ble liten tid til resterende pasienter. Sykepleierne ga uttrykk for at det var viktig at pasienten fikk uttrykke sine ønsker ved livets slutt.	
7	Hov, Reidun, Birgitta Hedelin og Elsy Athlin. 2007 Norge Intensive and Critical Care Nursing	Good nursing care to ICU patients on the edge of life	Hensikten med denne studien var å få en dypere forståelse av hva god pleie for pasienter i lives slutt er, med hjelp av sykepleier fra intensivavdelinger sine erfaringer.	Kvalitativ studie. Metoden som ble brukt var fortolkende fenomenologi, og data ble samlet gjennom fokusgrupper. Intervjuene ble gjennomført i en nings intensivavdeling for voksne.	37 sykepleiere fikk skriftlig informasjon om studien med et tilbud om å delta i gruppeintervjuer. 19 sykepleier meldte sin interesse. 14 sykepleier ble valgt ut til å delta etter nøye gjennomgang av at de hadde relevant erfaring og turnuser som gjorde det mulig for dem å delta.	Hovedfunnene i denne studien var at sykepleierne fokuserte på kontinuitet for å redusere stress for pasienten. Å følge opp den samme pasienten over tid var viktig for kontinuitet, samt tilegnet bemanning, rom og organisering av sykepleie. Sykepleiernes årvåkenhet var viktig for å se pasientens behov og for å behandle pasienten med respekt. Sykepleierne mente at pasientens omgivelser var viktig for å kunne ivareta pasientens verdighet ved lives slutt, dette ved at de ofte eliminerte aktiviteter og reduserte lyder fra maskiner og snakk i avdelingen. Om natten ble lysene dimmet for å oppnå en normal døgnrytme. Sykepleierne beskrev hvordan de brukte forsiktig berøring for å redusere stress, og for at pasienten skulle kunne føle at sykepleierne var til stede. Spesielt når ord var utilstrekkelige, ble berøring brukt	<Grad 1. <Fagfelle urtert nivå 1. <Etisk vurdert.

						<p>som en form for kommunikasjon. Sykepleierne prøvde å redusere pasientenes lidelse ved å fremme komfort.</p> <p>Sykepleierne la vekt på at prosedyrer og sykepleie skulle utføres på en dyktig måte, og at rytmen skulle tilpasses pasientens tilstand.</p> <p>Sykepleierne la også vekt på at pasienten ikke skulle føle seg alene og forlatt, dette ved at de viste at de var der ved at de snakket til og forsiktig berørte pasienten. Å behandle pasienten med respekt var også sentralt.</p> <p>Sykepleierne la vekt på at pasientens omgivelser var et viktig element for å ivareta pasientens verdighet, dette ved at det var rent, god ventilasjon og i orden.</p>	
8	Karlsson, Christina og Ingela Berggren . 2011 Sverige	Dignified end-of-life care in the patients' own homes	Å belyse sykepleieres erfaringer av betydelige faktorer som bidrar til en god pleie ved livets slutt i pasientens eget hjem.	Kvalitativt intervju. Metoden som ble brukt var fenomenologisk hermeneutisk analyse. Spørsmålene i intervjuene var formulert ut fra en	Ti kvinnelige sykepleiere fra fem forskjellige kommuner deltok.	Det var tre hovedfunn som sto sentralt for å bidra til god pleie ved livets slutt i pasientens eget hjem: trygghet, autonomi og integritet. Trygghet tok utgangspunkt i at den døende og familien ble møtt av helsepersonell med respekt i form av regelmessig informasjon, tilgjengelighet, hjelp og støtte,	<Grad 1 <Nivå 2 <Vurdert av etisk komité.

	Nursing Ethics			<p>intervju guide, og var så åpne som mulig. Spørsmålene fokuserte like mye på dårlig som god pleie. Intervjuene ble gjennomført på forskjellige steder, varte i 1-1,5 timer og tatt opp på lydbånd. Intervjuene ble senere nedskrevet og kontrollert.</p>		<p>samt at de selv fikk mulighet til å delta i pleien. Hjemmebesøk var også et sentralt element i trygghet, da pasienten følte at noen med autoritet tok ansvaret for utfallet av situasjonen. Autonomi tok utgangspunkt i at sykepleierne arbeidet sammen med pasienten/familien mot et felles mål, slik at pasienten kunne motta pleie ved livets slutt i eget hjem. Integritet har stor betydning for at den døende pasienten skal oppleve god pleie ved livets slutt. For å ivareta integriteten, krevdes det at sykepleierne behandlet familien med respekt og tillate optimal autonomi for å skape troverdighet og tillitt.</p>	
9	Lenherr, Gabriel, Barbara Meyer-Zehnder, Reto W. Kressig og Stella Reiter-Theil. 2012	To speak, or not to speak – do clinicians speak about dying and death with geriatric patients at the end of life?	Hensikten med studien var å undersøke vilje og vanskeligheter hos sykepleiere og leger i forhold til å snakke om død og døende med geriatriske pasienter.	Kvalitativ utforskende tilnærming. Semi strukturerte intervjuer. Spørsmålene ble utarbeidet etter litteratur og klinisk erfaring og sendt inn for intern gjennomgang. Hvert spørsmål ble formulert tydelig til et skriftlig	17 sykepleiere, 14 leger.	11 sykepleiere viste stor til relativ stor vilje til å snakke om døden. De ga uttrykk for at de var åpne for å snakke om dette emnet, og at de tok initiativ til det når det var hensiktsmessig. 4 sykepleiere hadde lav vilje til å snakke om dette, da de ikke hadde mot til å ta initiativ til dette emnet. 6 sykepleiere tok opp problemer i forhold til tid, sted, og organisatoriske grunner som hindringer til å innlede en slik	<Grad 1. <Fagfellevurdert nivå 1. <Vurdert av etisk komité.

	Sveits Swiss Medical Weekly			intervju, og intervjueren kunne tilpasse spørsmålene til samtalen.		samtale. 6 sykepleiere tok opp personlige problemer som en hindring, og 6 sykepleiere nevnte at pasientene ofte viste motvilje og fornektelse som en hindring for disse samtalenene. 3 sykepleiere nevnte at pasientens kognitive og mentale tilstand ville være avgjørende for om de skulle innlede en slik samtale. 6 sykepleiere tok opp andre type hindringer og vanskeligheter, som for eksempel kulturelle og språklige problemer.	
10 CINA HL	McCallum, Amanda og Ruth McConigley 2013 Australia International Journal of Palliative Nursing	Nurses' perceptions of caring for dying patients in an open critical care unit: a descriptive exploratory study	Hensikten med denne studien var å oppmuntre intensivsykepleiere til å beskrive hvordan de hadde gitt sykepleie til pasienter ved livets slutt i en åpen enhet.	Kvalitativ studie. Beskrivende, utforskende design. Semi strukturerte en til en intervjuer ble brukt. Intervjuene ble holdt på steder foreslått av deltakerne, og varte mellom 20-60 minutter. De ble tatt opp på tape, og transkribert ordrett.	Fem kvinnelige registrerte sykepleiere, med en gjennomsnittserfaring på 10 år.	Hovedfunnene i denne studien var at sykepleierne mente deres rolle var å yte pleie og komfort til pasientene. Det var ansett som viktig å beskytte pasientens verdighet ved å se til at pasienten ble pleiet godt for. Sykepleierne la vekt på munn og øye – pleie som sentralt i verdighet. Sykepleierne beskrev at det var viktig å sørge for at pasienten ikke døde alene, som sentralt i en verdig død. Dersom ingen familie var til stede, anså sykepleierne det som deres ansvar å være til stede for pasienten. Dette også for å forhindre at pasienten var redd, alene og skremt.	<Grad 1. <Fagfellevurdert nivå 1. < Vurdert av etisk komité.

						<p>Sykepleierne mente at det var vel så viktig å ivareta pasientens integritet etter pasienten hadde dødd, som da pasienten var i live. Sykepleierne nevnte viktigheten av at pasienten skulle dø med verdighet, samt å beskytte pasientens privatliv.</p> <p>Det var også viktig å ivareta pasientens egne ønsker ved livets slutt, samt åndelige og kulturelle behov. Sykepleierne mente også at omgivelsene var sentralt i en verdig død: enerom ble ansett som det ideelle miljøet for pasienten, grunnet plass, privatliv og ro.</p>	
11	<p>Schaffer, Marjorie A.</p> <p>2007</p> <p>Norge</p> <p>Nursing Ethics</p>	<p>Ethical problems in end-of-life decisions for elderly Norwegians</p>	<p>Hensikten med denne studien var å utforske de etiske problemene som oppleves av norske helsearbeidere, eldre og familiemedlemmer i beslutningsprosesser ved livets slutt.</p>	<p>Kvalitativ metode.</p> <p>Det ble brukt semi strukturerte intervjuer. Intervjuene ble gjennomført på engelsk, tatt opp på tape og transkribert. Det ble brukt tolk for å assistere to deltakere som følte seg usikre på å kommunisere på engelsk. Tolken oversatte spørsmålene til norsk, og oversatte deretter svarene på</p>	<p>25 helsepersonell, hvorav 17 sykepleiere. 6 eldre pasienter og 5 familiemedlemmer.</p>	<p>Hovedfunnene i denne studien var at det var at sykepleierne mente at palliativ omsorg hadde for lav prioritet i deres organisasjon. Sykepleierne mente at alle pasientene burde få samme behandling. De etiske hovedfunnene i denne studien var at sykepleierne syntes det var vanskelig å ta avgjørelser på vegne av pasienter som ikke lenger kunne respondere verbalt på pleien de mottok. Sykepleierne ønsket å hindre ytterligere skade, samt å verdsette pasientens liv og respektere pasienten og</p>	<p><Grad 1.</p> <p><Fagfelleverurdert nivå 2</p> <p><Vurdert av etisk komité.</p>

				engelsk til intervjueren. Intervjuene fant sted på ulike steder.		hans/hennes families valg. Sykepleierne tok opp at det kunne være vanskelig å involvere pasienten i avgjørelser ved livets slutt. Seks sykepleiere ga uttrykk for at det var en motvilje til å snakke om åndelighet og kulturelle perspektiver. Det ble beskrevet som et kulturelt tabu å snakke om åndelige aspekter. Det var enklere for sykepleierne å snakke om døden med pasienter fra andre kulturer, men at nordmenn er veldig private i sine trosretninger, noe som gjorde dette til et vanskelig tema for de norske sykepleierne.	
12 Ovid MEDLINE®	Volker, Deborah L og Michael Limerick 2007 USA Clinical Nurse Specialist	What constitutes a Dignified Death? The Voice of Oncology Advanced Practice Nurses.	Hensikten med denne studien var å utforske begrepet verdig død fra sykepleiere spesialiserte innen onkologi.	Kvalitativ studie. På grunn av studiens eksistensielle natur, ble hermeneutisk fenomenologisk studie brukt. Intervjuene varte opp til 1 time og ble tatt opp på tape. Respondentene ble bedt om å reflektere over erfaringer innen pleie som de har opplevd gjennom sin	19 kvinnelige sykepleiere med videreutdanning innen onkologi.	Hovedfunnene i denne studien var at mange sykepleiere mente det var viktig at familie var til stede hos pasienten ved livets slutt. Sykepleierne ga også uttrykk for at respekt for individet var vel så viktig etter at pasienten døde, som mens pasienten var i livets slutfase. Alle sykepleierne beskrev betydningen av respekt for den forverrede fysiske kroppen som et viktig element i å ivareta pasientens verdighet. Mange sykepleiere beskrev at de	<Grad 1. <Fagfellevurdert i USA. <Etisk vurdert.

				<p>karriere. Tapene ble transkribert ved hjelp av et tekstbehandlingsprogram. Hvert intervju ble gjennomgått mange ganger, linje for linje, for å finne sentrale elementer, strukturer eller påstander og sammenlignet opp mot hverandre.</p>		<p>merket seg pasientens unikheter og individuelle følelse av verdighet for å ivareta den enkeltes verdighet ved livets slutt. Sykepleierne la fram viktigheten av å opprettholde pasientens følelse av verdighet foran sine familiemedlemmer som svært viktig.</p>	
--	--	--	--	---	--	---	--

Vedlegg 2

PIO – skjema

P: Patient/Problem	I: Intervention	O: Outcome
Pallia* Dying* End of life* End-of-life*	Nurs*	Digni* Dying well Good end of life care Good end-of-life care

Vedlegg 3 A

Søkehistorikk, søk 1.

Søkeord	Dato	Databasetilbyder	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler	Artikkelnavn (År) (Artikkel nr. ihht. Oversiktstabell over inkluderte artikler) (Database)
Pallia* OR dying* OR end of life* OR end-of-life* (limits, yr=2007-current)	20.11.2012	OVID**	248224				
Nurs* (limits, yr=2007-current)	20.11.2012	OVID**	199769				
Digni* OR dying well OR good end of life care OR good end-of-life care(limits, yr=2007-current)	20.11.2012	OVID**	3162				
Pallia* OR dying* OR end	20.11.2012		250	24	12	7	“Supporting care home

<p>of life* OR end-of-life* (limits, yr=2007- current) AND Nurs* (limits, yr=2007- current) AND Digni* OR dying well OR good end of life care OR good end-of-life care (limits, yr=2007- current)</p>							<p>residents at the end of life” (2011) (1) (Ovid MEDLINE®)</p> <p>“Identifying care actions to conserve dignity in end – of – life” (2011) (2) (Ovid MEDLINE®)</p> <p>“Dying well: factors that influence the provision of good end-of- life care for older people in acute and long- stay care settings in Ireland” (2010) (3) (Ovid MEDLINE®)</p> <p>“Doing one’s utmost: Nurse’s descriptions of</p>
---	--	--	--	--	--	--	--

							<p>“caring for dying patients in an intensive care environment” (2009) (4)</p> <p>“Dignified end of life care in the patients own homes” (2011) (8) (Ovid MEDLINE®)</p> <p>“To speak or not to speak – do clinicians speak about dying and death with geriatric patients at the end – of – life?” (2012) (9) (Ovid MEDLINE®)</p> <p>“What constitutes a dignified death? The voice of oncology nurses” (2007)</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

							(12) (Ovid MEDLINE®)
--	--	--	--	--	--	--	-------------------------

**Databaser benyttet: Ovid MEDLINE ®, Ovid Nursing Database og PsycINFO

Vedlegg 3 B

Søkehistorikk, søk 2.

Søkeord	Dato	Databasetilbyder	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler	Artikkelnavn (År) (Artikkel nr. ihht. Oversiktstabell over inkluderte artikler) (Database)
Pallia* OR dying* OR end of life* OR end-of-life* (limits, yr=2007-current)	07.01.2013	OVID**	116103				
Norw* (limits, yr=2007-current)	07.01.2013	OVID**	15432				
Pallia* OR dying* OR end of life* OR end-of-life* (limits, yr=2007-current) AND Norw* (limits, yr=2007-current)	07.01.2013	OVID**	418	22	12	3	“Ethical challenges in the provision of end-of-life care in Norwegian nursing homes” (2010) (5) (Ovid MEDLINE®) “Good nursing

							care to ICU patients on the edge of life” (2007) (7) (Ovid MEDLINE®) “Ethical problems in end-of-life decisions for elderly Norwegians” (2007) (11) (Ovid MEDLINE®)
--	--	--	--	--	--	--	--

**Databaser benyttet: Ovid MEDLINE ®, Ovid Nursing Database og PsycINFO

Vedlegg 3 C

Søkehistorikk, søk 3.

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler	Artikkelnavn (År) (Artikkel nr. ihht. Oversiktstabell over inkluderte artikler)
End of life* OR pallia* AND nurs* AND digni* (limits, yr=2007-current)	21.02.2013	CINAHL	4605	145	23	2	“Providing End-of-Life Care in Care Homes for Older People: A Qualitative Study of the Views of Care Home Staff and Community Nurses” (2011) (6) “Nurses’ perceptions of caring for dying patients in an open critical care unit: a descriptive exploratory

Fargekoding

Hovedfunnene ble kodet etter følgende farger:

TRYGGHET = Rød

OMGIVELSER = Rosa

AUTONOMI = Blå

INTEGRITET = Grønn

ÅNDELIG OMSORG = Oransje