



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Å leve hele livet (A life worth living)

Tone Cecilie Tallaksen

Totalt antall sider inkludert forside: 36

Molde, 26.05.2021



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 URKUND, 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"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Kristin Juvik

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

Dato: 26.05.2021

Antall ord: 8893

Forord

Kjell Erik Strømskag er bosatt i Molde og er sentral i mitt valg av tema. Boken hans *Og nå skal jeg dø, hospicebevegelsen og palliasjonens historie i Norge* er flittig brukt, men han har også inspirert meg på et mer personlig plan. Strømskag ble spesialist i anesthesiologi i 1988 og har siden det oppnådd tre doktorgrader. Han har vært overlege i anesthesiologi ved Molde sykehus. I tillegg har han hatt min far, overlege Finn Reiestad, som sin mentor. Som et resultat av deres samarbeid har jeg kjent Kjell Erik i nesten 40 år, og har privilegiet at jeg kan kontakte han dersom jeg har faglige spørsmål. Det var nettopp Strømskag som introduserte meg til hospice-filosofien over en kopp kaffe, han snakker varmt om vernepleieryrket i omsorg ved livets slutt, og anerkjenner kompetansen vernepleiere har. Gjennom dette har Kjell Erik Strømskag inspirert meg til å forme min bachelor oppgave slik jeg endte opp med å gjøre.

Også jobben jeg har ved siden av studiene har bidratt til å forme interessen for temaet samt å gi erfaring med terminale pasienter. De siste tre årene har jeg jobbet ved et omsorgssenter, og arbeidet der har, hånd i hånd med Kjell Eriks inspirasjon, ført til at denne oppgaven fikk det innholdet den nå har fått. Jeg har opplevd at vernepleierprofesjonen kan spille en viktig rolle i palliativ behandling og omsorg for pårørende og at vernepleieren både kan og skal bidra med kompetanse som har en egenverdi. Mine egne refleksjoner om hvordan min tilnærming vil kunne gi pasienter som er i livets slutfase en best mulig utgang, har sprunget ut fra arbeidet mitt og mine samtaler med Strømskag. Summen disse har vært avgjørende for valg av tema og for min gjennomføring.

Arbeidet med oppgaven har vært krevende i positiv forstand. Jeg har lært mye, både rent faglig og teoretisk. Prosessen har utfordret meg selv som student, både med tanke på det faglige innholdet og på bacheloroppgavens omfang og rammer. Alt i alt er jeg fornøyd med både valg av tema, innsats og sluttproduktet. Profesjonens allsidighet har hele tiden stått klart for meg, men arbeidet som her foreligger har gjort det enda mer tydelig hvor bred vernepleierens kompetanse er, og har forsterket min oppfatning av at vernepleieryrket passer for meg.

Til Øyvind: Takk for gjennomlesing og meget gode råd.

Sammendrag

Fremstillingens tema er palliativ omsorg og vernepleierens rolle i denne. Vernepleiere inntar ulike kjerneroller i sitt virke, ut fra hvilken stilling en har og hvilken kontekst en utøver yrket i. Brobyggerrollen, slik den beskrives som en av vernepleierens kjerneroller, går nettopp inn i samarbeidet mellom (i denne konteksten) pasient, familie og behandlingsapparatet. Derfor har jeg formulert følgende problemstilling:

Kan vernepleieren bidra til å fremme livskvalitet hos pasienter, ivareta pårørendes behov og bistå i det tverrfaglige samarbeidet gjennom brobygger rollen? For å belyse dette har jeg identifisert følgende spørsmål som sentrale, og fremstillingen min søker svar på problemstillingen ved å drøfte disse spørsmålene.

Hvordan kan brobyggerrollen hjelpe den palliative pasienten og dennes pårørende?

En vernepleiers kompetanse i en slik kontekst med sin helhetlige tilnærming til pasienten og dennes pårørende kan være et fint bidrag inn i omsorgen ved livets slutt. Brobyggingen kan bidra til pasienter og pårørendes opplevelse av å bli sett av de som utfører den palliative behandlingen og omsorgen. Gjennom god brobygging kan hensiktsmessig tilrettelegging av omgivelser og god organisering av tjenester bidra til at pasientens siste dager blir bedre.

Hvordan kan brobyggerrollen til vernepleieren styrke det tverrfaglige samarbeidet?

Vernepleieren som brobygger vil i praksis bære preg av anerkjennelse og tillit. Dette kan inviterer andre til deling av kunnskap, samt finne konstruktive og gode løsninger som er til pasientens beste. For å få til en god brobygging kan vernepleieren ta i bruk sin tverrfaglige kompetanse og erfaringsbakgrunn. I et tverrprofesjonelt samarbeid er det likeverdige parter som med den rette innstillingen, i den rette atmosfæren kan spille hverandre gode.

Kan denne brobyggingen fungere som en «rød tråd» i den palliative omsorgen?

Selv om både tverrfaglig samarbeid og behandling kan gå sin gang uten vernepleiere, er det mye som tyder på at profesjonen kan tillegge palliativ omsorg ytterligere kvalitet gjennom sin kompetanse. Over tid vil slike resultater av vernepleierens arbeid også kunne styrke profesjonens posisjon og egenverdi i det tverrfaglige samarbeidet. Vernepleierens brobyggerrolle kan på bakgrunn av dette, og etter min oppfattelse tjene som en slags rød

tråd i en omsorgssituasjon ved livets slutt, og slik sett fungere samlande for pasienten, pårørende og det tverrfaglige teamet.

Innhold

1.0	Innledning	1
2.0	Beskrivelse av metode	2
2.1	Datainnsamling	2
2.2	Resultat av litteraturstudiet	3
3.0	Historisk tilbakeblikk på palliasjon og hospice	3
3.1	Palliativ omsorg	5
4.0	Vernepleierens rolle som brobygger for pasienten og de pårørende	7
4.1	Livskvalitet hos den døende	7
4.2	Samhandlingsmodus	7
4.3	Livskvalitet ved livets slutt – etiske perspektiver	9
4.4	Den pårørende	11
4.5	Kommunikasjon	11
4.5.1	Viktigheten av gode kommunikasjonsprosesser	12
4.5.2	Tørster hun?	13
4.6	Er hospice-filosofien fortsatt gyldig?	14
5.0	Vernepleierens rolle som brobygger i tverrfaglig samarbeid	15
5.1	Vernepleieren i tverrfaglighet	16
5.1.1	Hvorfor kan tverrfaglig samarbeid gå i stå?	17
5.1.2	Vernepleieren som nøkkel i fastlåst tverrfaglig samarbeid	18
6.0	Brobyggerrollen som rød tråd i palliativ omsorg	19
6.1	Vernepleierens bidrag inn i palliativ omsorg	19
6.2	Hospice i handling	20
6.2.1	Å leve et meningsfullt liv	21
6.2.2	Å bli sett og møtt av helsepersonell	21
6.2.3	Tilrettelagte omgivelser	22
6.2.4	Organisering av tjenester	22
6.3	Den røde tråden	23
7.0	Oppsummering og konklusjon	23
8.0	Litteraturliste	26

1.0 Innledning

De siste tre årene har jeg jobbet ved et omsorgssenter. Gjennom mitt virke der har jeg observert hvordan helsepersonell pleier pasienter i terminal fase, og deltatt i denne pleien selv. Møte med døden er vanskelig, selv når den er forventet. Også for pårørende kan døden være fremmed, vond og sjokkartet. I møte med disse menneskene, både den døende, pårørende og i et tverrfaglig miljø, har jeg utviklet en forforståelse av hvilken rolle vernepleieren kan bidra med. Dette «kontinuerlige samspillet mellom forforståelse og erfaringstolkning» (Aadland 2011,189), har ført til refleksjon over hvordan min tilnærming vil kunne gi pasienten i livets slutfase en best mulig utgang. Disse refleksjonene har vært avgjørende for mitt valg av tema for bacheloroppgaven. Oppgavens problemstilling bygger på min egen erfaring fra palliasjon, og min tilegnelse av kunnskap om hospice-filosofien. Profesjoner som leger og sykepleiere er selvskrevne i behandlingen av døende pasienter samt i ivaretagelse av de pårørende. Men, det er min påstand at også vernepleierprofesjonen kan spille en viktig rolle i palliativ behandling og omsorg for pårørende; en rolle som utfyller de ovennevnte og bidrar med en egenverdi.

Vernepleiere inntar ulike kjerne roller i sitt virke, ut fra hvilken stilling en har og hvilken kontekst en utøver yrket i. I partnerrollen samhandler vernepleieren på individnivå. Denne rollen er selvfølgelig relevant for temaet mitt, men er like fullt ikke den bærende rollen. Ansvarsrollen er i palliativ kontekst i større grad overlatt til andre profesjoner, primært leger. Pådriverrollen er mer innrettet mot andre brukergrupper. Brobyggerrollen, slik den beskrives som en av vernepleierens kjerne roller, går nettopp inn i samarbeidet mellom (i denne konteksten) pasient, familie og behandlingsapparatet. Derfor har jeg formulert følgende problemstilling:

Kan vernepleieren bidra til å fremme livskvalitet hos pasienter, ivareta pårørendes behov og bistå i det tverrfaglige samarbeidet gjennom brobygger-rollen?

For å operasjonalisere denne problemstillingen, har jeg brutt den ned til tre underordnede drøftingsspørsmål:

1. Hvordan kan brobyggerrollen hjelpe den palliative pasienten og dennes pårørende?
2. Hvordan kan brobyggerrollen til vernepleieren styrke det tverrfaglige samarbeidet?
3. Kan denne brobyggingen fungere som en «rød tråd» i den palliative omsorgen?

Utfra denne tredelingen, fungerer min hovedproblemstilling som et slags metaperspektiv som jeg vil komme tilbake til i avslutningen. Før jeg kommer til selve drøftingen, gjør jeg rede for valg av metode. I tillegg har jeg valgt å vie plass til å redegjøre for palliasjonens historie og vernepleierens rolle i palliasjonen. Denne delen tjener som et bakteppe til drøftingen. Jeg har valgt å drøfte fortløpende, fremfor å legge frem teori først – og deretter drøfte. Dette gjøres i et forsøk på å unngå for mange gjentakelser, samt for å sikre at jeg faktisk drøfter de teoretiske perspektivene besvarelsen bygger på.

2.0 Beskrivelse av metode

Oppgaven er basert på kvalitativ litteraturstudie og hermeneutiske tilnærminger. Jeg har vurdert og sammenfattet relevant teori og artikler, innenfor palliativ pleie for pasienter som er døende.

2.1 Datainnsamling

I arbeidet med oppgaven har jeg lest skolens vernepleierfaglige litteratur innen geriatri, sykdomslære, vitenskapsteori, forskningsmetoder samt om vernepleierens kjerne roller. I tillegg har jeg gjennom databasesøk funnet frem til artikler. Jeg foretok litteratursøk i helsebiblioteket, og i søketjenesten Oria. Jeg spisset søket mitt ved å kombinere søkeord i en relevant database til mitt tema, omsorg ved livets slutt. Søkeord som ble brukt var: vernepleier, sykepleier, omsorg ved livets slutt, palliasjon, hospice, og omsorgssenter.

2.2 Resultat av litteraturstudiet

I mine søk i teori og empiri om omsorg ved livets slutt, fant jeg lite som omhandler vernepleieren spesifikt som omsorgsperson for pasienter som er alvorlige syke og snart skal dø. Litteratursøket har gitt meg oversikt over mye teori som helt eller delvis er relevant for hvordan vernepleieren kan fungere som brobygger i palliativ behandling. Jeg har forsøkt å sammenfatte de relevante perspektivene jeg har kommet over i faglitteraturen. Likevel har jeg funnet litteratur hvor vernepleierens perspektiv passer spesielt godt inn. Derfor vil jeg her trekke frem de fire bøkene jeg brukte mest i besvarelsen: *Og nå skal jeg dø. Hospicebevegelsen og palliasjonens historie i Norge*, av Kjell Erik Strømskag, *Å fullføre et liv, omsorg for døende og de som står nær* av Astrid Rønsen og Rita Jakobsen, *En verdig alderdom, omsorg ved livets slutt* av Marianne Sætrang Holm og Stein Husebø (red.) og *Vernepleierens kjerne roller, en refleksjonsmodell* av Ole David Brask, May Østby og Atle Ødegård.

3.0 Historisk tilbakeblikk på palliasjon og hospice

Begreper som palliativ behandling, palliativ omsorg historisk og utviklingsmessig sett startet med navnet hospice. Denne tendensen, som muligens skyldes økt fagliggjøring, er gjenkjennelig over hele verden, og er et viktig trekk ved utviklingen. Hospice begrepet, som altså er det eldste, har sitt utspring i det latinske ordet hospes som betyr gjest. Dette har også gitt oss ordet hospital. Hospice betyr ly, eller beskyttelse, for pilegrimer, reisende og fattige. Før i tiden ble hospice gjerne drevet av kloster eller kirker (Strømskag 2012).

Forfatteren skriver så videre at hospice er betegnelsen på palliativ omsorg og behandling, der oppmerksomheten spesielt er viet til de emosjonelle, og åndelige behov hos terminalt syke pasienter. Pasientene er enten innlagt på en institusjon eller de ønsker å dø hjemme. For å komme litt innpå historien, utviklingen av hospicebevegelsen, og det palliative faget, må Cicely Saunders (1918-2005) nevnes. Hun etablerte St. Christophers Hospice i London 1967, og skapte endringer innen medisinen, pleien og omsorgen som ingen annen enkeltperson har gjort. Hun har gjennom hospicefilosofien endret hverdagen for, og behandlingen av, alvorlige syke og døende verden over. Det medisinske målet om smertelindring var hele tiden til stede i Cicely Saunders tilnærming til pasienten. Men perspektivet på dette viktige og plagsomme symptomet utvidet seg raskt. Den psykiske

siden av smerten fanget hennes interesse, og hun brukte gjerne begrepet «mental distress». En viktig uttalelse fra denne tiden er: «Mental stress may be perhaps the most intractable pain of all» Strømskag (2012, 44). Et annet sitat som ble brukt mye av Cicely Saunders var også: «If physical symptoms are alleviated then mental pain is often lifted also» Strømskag (2012, 44). Betydningen av disse sitatene er at smertens forskjellige dimensjoner ble vektlagt og presentert både i, og utenfor fagmiljøet (Strømskag 2012).

Hospice-filosofiens tre hovedprinsipper er respekt for mennesket, god symptomlindring og tverrfaglighet. Cicely Saunders begrep «total smerte» som omfatter smertens fem aspekter, nemlig fysisk, psykisk, åndelig, eksistensielt og sosialt, krevde nettopp en tverrfaglig tilnærming. Tilnærmingen inkluderte ved siden av leger og sykepleiere, prester, psykologer, psykiatere, fysioterapeuter og sosionomer. Dessuten var det helt naturlig at familien skulle inkluderes. Pasientene skulle pleies av personell med spesiell interesse, utdanning og erfaring. På bakgrunn av dette ble alt av personal opplært til en behandlingsskiltur som bar preg av å ha god tid, aktiv kommunikasjon og ærlighet. Saunders tilnærming til pasientene var banebrytende og har blitt stående (Strømskag 2012).

(Husebø 2015,40) skriver at i 1975 kom begrepet «palliative care» på banen. En kanadisk kirurg ved navn Balfour Mount som selv hadde gjennomgått omfattende kreftbehandling, oppsøkte Cicely Saunders og St. Christophers Hospice. Inspirert av hospice-filosofien etablerte han den første hospice-avdelingen på sykehus som fikk navnet «Palliative Care Unit». WHO (Verdens helseorganisasjon) har et eget program for palliative care, og EAPC (European Association of palliative care) ble etablert i 1989. De fleste land har etablert hospice, og egne palliative avdelinger. Palliative care har faglig og politisk annerkjennelse i disse landene, og er den delen av helsevesenet som har vokst mest. Det publiseres mengder av artikler med fokus på palliativ care hvert år, og studenter og fagpersonalet får omfattende kompetansebygging i faget (Ibid)

I Norge var innsatsen for de alvorlig syke og døende spredt, ukoordinerte og personavhengig. Først på slutten av 1970 tallet blir arbeidet mer samkjørt og spres utover i landet. Likevel er det slik at den palliative omsorgen og behandlingen ikke er en definert del av det offentlige helsevesenet. Ved inngangen av 1980 tallet blir holdningene i det

palliative miljøet tydeligere. Særlig blir miljøet i Bergen og Trondheim sentrale (Strømskag 2012).

3.1 Palliativ omsorg

Strømskag (2012) forklarer de ulike begreper for å beskrive omsorgs og behandlingstilbudet til alvorlig syke og døende. Hvordan de brukes, er ikke tilfeldig. Den medisinske profesjonen bruker betegnelsen palliativ medisin, deler av sykepleiergruppen kaller det palliativ omsorg, og noen vil bruke betegnelsen hospice. Graden av presisjon, ivaretagelse av tenkemåte og forståelsen av innhold, vil variere med de ulike begrepene. For en vernepleier som jobber tverrfaglig med palliasjon, opplever jeg «palliativ omsorg» som det mest dekkende begrepet, og derfor har jeg valgt å holde meg til dette der det er naturlig. Palliasjon handler, uavhengig av begrepsbruk, om å dempe smerter, angst og uro, og gi pasientene adekvat omsorg og pleie. Videre innebærer det en aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med livstruende sykdom og kort forventet levetid, samt mennesker som dør av alderdom. Sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige eller eksistensielle problemer, står lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer sentralt. Summen kan sies å være at miljøet som er tilhengere av hospice og palliasjon-filosofien er opptatt av den gode død, og arbeider for et godt liv inn i døden (Strømskag 2012).

Når pasienter dør kan det etableres, og foreligge en plan med beredskap for palliativ behandling. En slik palliativ plan bør være så enkel som mulig, og det er viktig at alt av helsepersonell, hele året og hele døgnet, har en grunnleggende kompetanse til å bidra. Dette vil sikre at pasienten får en optimal lindring av plagsomme symptomer som oppstår. Videre er målet med en palliativ plan å gi pasienten verdighet og livskvalitet den siste tiden. Dette innebærer blant annet å forhindre unødige krenkende gjenopplivningsforsøk. Vårt ansvar som helsepersonell er å gi trygghet og en god, kompetent oppfølging for alle parter døgnet rundt (Husebø og Husebø 2015 ,30).

Kompetansen til en vernepleier kan overføres til arbeidet med ulike målgrupper. I denne oppgaven er fokuset rettet mot pasienter som er alvorlig syke og snart skal dø. Det er derfor hensiktsmessig å trekke den medisinske og helsefaglige kompetansen inn.

Profesjonsrådet for vernepleiere i Fellesorganisasjonen (FO) bekrefter kompetansenivået i en artikkel som sier hvem vi er, hvor vi er og hva vi kan. Jeg har sammenfattet dette kort i dette kapittelet:

Vernepleieren er en profesjon der helse og sosialfaglig kompetanse er kombinert. Vernepleieren har forankring i en helhetlig integrert kompetanse som er basert på helsefag, sosialfag, juss, pedagogikk og psykologi. Videre er vernepleieren autorisert helsepersonell, og «vernepleier» er en beskyttet tittel som krever autorisasjon fra Helsedirektoratet. På bakgrunn av dette har vernepleieren ingen begrensinger i sin autorisasjon eller legemiddelhåndteringskompetanse. Så lenge egnethet og opplæring ligger til grunn, kan vernepleieren i utgangspunktet utføre alle medisinfaglige prosedyrer som ligger til, eller delegeres fra behandlende lege eller virksomhetsleder. Altså kan enhver vernepleier utføre oppgaver knyttet til håndtering og administrering av medikamenter og prosedyrer.

Det vernepleierfaglige arbeidet er dynamisk og består av både et systematisk tiltaksarbeid, samt et kontekstavhengig arbeid. Sistnevnte kan kalles relasjonelt arbeid som kort fortalt handler om å invitere til samhandling. I en setting der pasienten er døende vil en relasjonell tilnærming fra vernepleieren være basert på, i tillegg til den faglige kunnskapen, kjennskap til pasienten sin historie. Dette gjør det mulig å være til stede her og nå, og med pasientens beste i tankene, bidra til at han eller hun opplever seg sett og anerkjent med deltagelse i eget liv (ibid).

Det ligger mye omsorg i lindring med de nødvendige medikamenter. Hos alvorlige syke og døende pasienter som har sterke smerter, stor grad av ubehagelige symptomer, og/eller i økende grad strever med å ta til seg medikamenter på normal måte, bør det prioriteres subkutan tilførsel av alle medikamenter for palliasjon. Forutsetningen er at medikamentene må være vannløselige som igjen innebærer at de har god effekt ved subkutan administrering. Morfin er i slutfasen den absolutt mest aktuelle opioid, og gir best effekt på smerter og dyspnè som er tung pust og åndenød. De aller fleste dør av at hjertet svikter. Det oppstår da ofte akutt dyspnè og pasienter kan oppleve å bli kvalt. Dette ubehagelige symptomet må helsepersonell kjenne godt til. Det er viktig at pasienten får morfin snarlig nettopp fordi det er dette som er det eneste som virkelig lindrer. Til døende bør det velges et morfinpreparat som er enkelt, og som gir optimal effekt med minst mulig bivirkninger. (Husebø og Husebø 2015, 31-32).

4.0 Vernepleierens rolle som brobygger for pasienten og de pårørende

4.1 Livskvalitet hos den døende

Rønsen og Jakobsen (2016) skriver at den døende og hans eller hennes pårørende har sammensatte behov og utfordringer. En helhetlig tilnærming er nødvendig for å møte pasientens behov. Altså først når vi oppnår målet om lindring av smerter og andre plagsomme symptomer, bidrar vi til å bedre pasientens livskvalitet. I tillegg er det pasienten sine nærmeste som skal møtes og støttes gjennom sykdomsperioden. Det er disse menneskene som skal leve videre etter tapet, og skal derfor være omsluttet av omsorg gjennom sorgstøtte. Med hensyn til pasientens livskvalitet, og en best mulig støtte til de nærmeste, er en tverrfaglig innsats nødvendig (Ibid).

Hvem som er de viktige i det tverrfaglige teamet, vil variere ut ifra pasientens og de pårørende sine ønsker. I tillegg til mennesker med medisin og helsefaglig kompetanse kan det også knyttets til ulike sammenhenger. Dette kan være om pasienten ønsker å tilbringe den siste tiden hjemme, om han eller hun er på sykehus eller ved et omsorgssenter.

Poenget er altså at det er viktig at pasienten får så innholdsrike dager som mulig, samt å kunne få leve ut det potensialet den enkelte har ut ifra de muligheter som ligger til grunn, og de evner den enkelte har. Å kunne virke i eget liv ved å påvirke sin egen hverdag er uten tvil viktig (Rønsen og Jakobsen 2016).

4.2 Samhandlingsmodus

Pasienten kan være hjemme eller innlagt ved en institusjon. Pasienten, den døende, er hovedpersonen for alt vi gjør som hjelpere. Det er fra pasienten vi har mandatet, oppdraget, for alt vi gjør for han eller henne i denne fasen av livet. Dette innebærer at pasienten skal være midtpunktet (Husebø og Husebø 2015, 23).

Selv om pasienten er i sentrum for alle involverte parter, både pårørende og helsepersonell, må en ta innover seg at dette sentrum ses fra ulike perspektiver – også internt blant de ulike helsefaglige partene. I en slik situasjon kan vernepleierens samhandlingsmodus være en kompetanse som kan bidra til å skape gjensidig forståelse for de ulike perspektivene, og slik sett bidra til en økt bevissthet og «faglig empati» for de øvriges perspektiv. Det at

denne gjensidige forståelsen kan oppleves som viktig for både pårørende og selvfølgelig for pasienten. Opplevelsen av at det helsefaglige teamet jobber godt sammen og har avklarte roller, vil antagelig styrke tilliten til at behandlingsopplegget er det riktige i en gitt situasjon.

Brask, Østby og Ødegård (2016) forklarer at samhandlingsmodus kan beskrives som en personlig tilstand der vernepleieren er klar for dialogisk samarbeid, enten med pasienten selv eller pårørende. Altså er samhandlingsmodus preget av at vernepleieren går inn i situasjonen med en åpen og lyttende innstilling. Det motsatte er handlingsmodus der vernepleieren utfører et mer løsningsorientert arbeid, og har en besluttosom og målrettet innstilling. Handlingsmodus kan derfor beskrives som monologisk og kan være preget av begrenset åpenhet for innspill og diskusjon (Ibid).

Forfatterne skriver videre at moduskompetansen i stor grad knytter seg til dimensjonen individ-system. I arbeid som har et individrettet fokus kan vi kalle individmodus. I situasjoner der vernepleieren er klar for et nært og direkte arbeid med pasienten er dette typisk enten det handler om samhandling eller handling. Videre handler dette også om å evne å ha et våkent blikk for pasientens behov og reaksjoner, slik at vernepleieren kan tilpasse seg, og justere tilnærmingen til pasienten best mulig. I systemmodus derimot har en vernepleier et bredere og mer sosialt fokus, med et større overblikk der en i et tverrfaglig samarbeid tar inn informasjon fra flere personer (ibid).

Videre skriver Brask, Østby og Ødegård (2016) at den rollerelaterte moduskompetanse kombinert av samhandlingsmodus og systemmodus er nettopp brobyggermodus. Her vil vi finne en åpen og lyttende innstilling, men med et bredere fokus på flere individer, både pasienter, pårørende, kollegaer i det tverrfaglige teamet, og det sosiale samspillet som oppstår dem imellom. Brobyggermodus kjennetegnes av en ekte interesse for de andres perspektiver, et blikk for diskusjonsmuligheter og et felles forståelsesgrunnlag. Videre er det flere forhold som gjør brobyggerrollen viktig for vernepleieren. Familie og nettverk, altså de pårørende vil ofte være viktige støttespillere og bidra til at vernepleieren blir godt kjent med pasienten og dennes historie. Kontakten pasienten har til sine nærmeste vil bety mye, og der det eksempelvis både ligger utfordringer, og muligheter i samarbeid mellom familiemedlemmer og pasienten vil vernepleieren få et tilretteleggingsansvar (Ibid).

«Omsorg kommer best til uttrykk gjennom et helhetsperspektiv på mennesket» (Aadland 2011, 182) Med dette sitatet, og i lys av å kartlegge og lindre de somatiske smertene som nevnt tidligere, kan vi også her trekke inn Cicely Saunders filosofi, at dersom alvorlige syke og døende skal få et verdig liv må smertene kontrolleres. I sine publikasjoner presenterte hun en «holistisk tilnærming», altså en helhetlig forståelse om å ta vare på pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. Målet med all behandling, pleie og omsorg er å kunne gi best mulig livskvalitet for pasienten og pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet Strømskag (2012).

Moduskompetansen som ligger til en vernepleiers utdanning og virke, kan derfor være en viktig komplementær kompetanse som utfyller blant annet legers- og sykepleieres kompetanse. Disse profesjonene har også sine avklarte roller i behandlingen av pasienter og i møtet med de pårørende, men en aktiv, høykompetent og rollebevisst vernepleier vil kunne styrke den viktige brobyggingen mellom alle involverte parter i et holistisk behandlingsopplegg. Gjennom sin moduskompetanse generelt og brobyggerrollen spesielt, kan vernepleieren derfor være til hjelp for både den palliative pasienten og dennes pårørende.

4.3 Livskvalitet ved livets slutt – etiske perspektiver

Når pasienten har samtykkekompetanse, er den etiske plikt å etablere informert samtykke. Som helsepersonell skal vi åpent, reflektert og lyttende introdusere beskrivelsen av situasjonene pasienten er i, presentere aktuelle behandlingsmetoder, konsekvenser av disse og fremtidsutsikter på en måte som pasienten forstår. Samarbeid med pårørende og helsepersonalet der de sammen går inn i forhandling med pasienten for å finne frem til de ønsker, valg og behov han eller hun har, er en viktig del i prosessen. Det er mye verdighet og livskvalitet i det å kunne velge. De små ting i livet som når ønsker jeg å stå opp? Når ønsker jeg å legge meg? Hvilken mat vil jeg spise? Hva ønsker jeg å drikke? Hva gir mening i livet mitt akkurat her og nå? Videre kan disse valgene også være store. Ønsker jeg livsforlengelse for enhver pris? Er min tid kommet? Åpenhet er en forutsetning for at pasienten kan treffe sine valg. Ved å beskrive bare stykkevis og delt av situasjonen og fremtidsutsiktene, krenker vi pasientens verdighet, og frarøver hans eller hennes

muligheten til å ta kompetente valg som igjen vil påvirke livskvaliteten (Husebø og Husebø 2015, 26-28).

For en vernepleier er bruk av en vernepleiers arbeidsmodell, «vera» en metode som er yrkesspesifikk for vernepleierfaget. Denne metoden kan bidra til å analysere en pasient sitt mestringsnivå, samt vurdere muligheter for hvordan selvbestemmelsen ivaretas. Det handler altså om hvordan vernepleier innhenter informasjon, planlegger og organiserer arbeidet, med utgangspunkt i pasientens og pårørende sine ønsker og behov (Brask, Østby, Ødegård 2016).

Denne metoden er et godt eksempel på hvordan en vernepleier kan fungere som en brobygger gjennom å kartlegge og tilegne seg kunnskap om de ulike ønsker og behov som foreligger hos pasienten og de pårørende.

Ifølge Husebø og Husebø (2015, 27) kan mennesker som nærmer seg døden miste kompetansen til å samtykke. I tilfeller der dette skjer må helsepersonell kartlegge formodet samtykke. Enkelte pårørende kan ha en oppfatning av at de bestemmer i slike situasjoner, noe som ikke er tilfelle. Likevel skal de pårørende integreres i gode kommunikasjonsprosesser. De kan bidra til å besvare spørsmål som hva ville pasienten ha ønsket her og nå? Hvilke valg hadde han eller hun tatt? Helsepersonell og nære venner kan også bidra til avklaring om formodet samtykke, men det er legen som har ansvar for etablering av et slikt samtykke. For eksempel er livsforlengende behandlingstiltak som gis uten en grundig kartlegging av informert eller formodet samtykke, en grov krenkelse av etikk og verdighet. Målet med all behandling, pleie og omsorg er å gi best mulig livskvalitet for pasienten, og de pårørende (ibid).

Forfatterne skriver også at pasienter som er kompetente skal orienteres og støttes til informert samtykke. I møte med pasienter med kognitiv svikt er oppgaven å etablere enighet om formodet samtykke. Når vi som vernepleiere og annet fagpersonell skjønner at døden er nær forestående innen timer eller dager har vi et spesielt etisk ansvar. Den døende sin verdighet skal ikke bli krenket gjennom meningsløse og belastende behandlingstiltak som kan forlenge lidelser i dødsprosessen. Videre bør tiltak som medfører at pasienten dør under transport, eller kort tid etter transport til legevakt, sykehus eller omsorgssenter unngås. Likevel er det særs viktig at helsepersonell sikrer at pasienten får den optimale palliative behandlingen som han eller hun trenger frem til døden inntreffer (Husebø og Husebø 2015,28).

4.4 Den pårørende

I Helsedirektoratet sin pårørendeveileder står det at en nærmeste pårørende er den pårørende som pasienten selv peker ut som nærmest. Dette er i stor grad familiemedlemmer, men kan også være en god og nær venn. Det skilles altså mellom pårørende og nærmeste pårørende. Pasienten kan ha mange pårørende, men alle har ikke samme rettigheter og alle bidrar inn på ulike måter. Den som oppgis som nærmeste pårørende har rettigheter og oppgaver etter helselovgivningen med hensyn til informasjon, samtykke, journalinnsyn og klager. Videre har helsepersonell rettslige plikter overfor de pårørende. Som regel er det en person som er nærmeste pårørende, men pasienten kan ha flere om dette er noe han eller hun ønsker og om det er naturlig. Den eller de som blir utpekt som nærmeste pårørende har likevel ingen plikt til å påta seg oppgaven (Helsedirektoratet 2017).

Pårørende er (med rette), ofte omtalt som en ressurs i omsorgsarbeidet. De pårørendes perspektiv er viktig for både å ivareta pasientens behov på best mulig måte, samt med tanke på å ivareta de pårørende selv. Pårørende er pårørende i kraft av at de står ved siden av en annen person, som i dette tilfelle, er alvorlig syk og døende, og som trenger hjelp og omsorg. Pårørende til syke opplever ofte mange store endringer i forhold til sine nære og kjære, og kan være i sorg over å ha mistet viktige deler av forholdet. De er ofte slitne som omsorgsgivere, og helsepersonell må ikke glemme at pårørende kan trenge påfyll av omsorg og omtanke (Ingebretsen 2015, 160).

4.5 Kommunikasjon

Håp er en forventning som er større enn null. Den tsjekkiske forfatteren Vaclav Havel skrev fra et fengselsopphold at «Håp er ikke en forestilling om at noe, eller alt vil ende godt. Håp er forventningen om at noe har en mening, uansett hvordan det ender» (Holm og Husebø 2015, 24)

Forfatterne har overført dette til sine erfaringer med døende pasienter. Fra sengekanten til pasienter kan vi få opplevelsen av at hans eller hennes små eller store håp forsterkes når livet nærmer seg slutten. Pasienten og pårørende må ikke føres bak lyset med mangelfull tydelighet og åpenhet. Det vi forstår kan vi forholde oss til. Det som holdes skjult for oss, gjør oss fortvilte og utrygge. Håp i livets slutfase kan være å få leve til vi dør uten å lide

unødig. Være omgitt av sine nærmeste, i det som oppleves av den enkelte pasient, i trygge omgivelser, og å beholde verdigheten helt til han eller hun dør. Håpet om at en vil bli savnet etterpå er en drøm som er enda bedre når den gjenspeiles i virkeligheten (Holm og Husebø 2015).

Strømskag (2012) introduserer Cicely Saunders sin publikasjon fra 1957 som bygger på fire pasienthistorier fra flere institusjoner. Den diskuterer generell tilnærming til- og pleie av pasienter i terminal fase. Både smertebehandling, viktigheten av egne institusjoner for terminalt syke, og betydningen av spesialtrenet personalet vektlegges. Videre omtaler hun, og dette er viktig, kommunikasjon, involvering av pårørende samt psykologisk og åndelig støtte. I forbindelse med hvordan pasienten skal informeres, formulerer hun seg slik: *“The door of hope must be shut slowly and gently”* (Strømskag 2012, 39).

4.5.1 Viktigheten av gode kommunikasjonsprosesser

Når livets slutt nærmer seg, kan pårørende oppleve engstelse og utrygghet. Dette fordi de kanskje har lite eller ingen erfaring, og de kan ha fantasier om dødens nærhet og hvilke smerter den bringer med seg. Det er helse og fagpersonell som har kunnskapen, som kjenner sykdommer og diagnoser, og ikke minst tidsperspektiv og prognoser. I tillegg vet vi som helsepersonell, at åpenhet til pasient og pårørende er viktig for at målsettingen om det gode liv for pasient før døden, og den «gode» sorg for pårørende skal kunne nås. For å sikre en åpen og god forberedende kommunikasjonsprosess må vi kartlegge hvem som er de pårørende, hvem står spesielt nær, er det andre utenfor familien vi bør inkludere etc. Vernepleiere bruker blant annet sosiogram som kartleggingsmetode. Denne metoden vil som regel gi en grunnleggende støtte når sykdommen og kommunikasjonsutfordringene blir mer krevende. Et sosiogram gir en enkel skisse av pasientens pårørende, sosiale og faglige nettverk (Husebø og Husebø 2015, 25).

Husebø og Husebø (2015, 25) tar opp viktigheten av at forberedende samtaler bør inneholde gode drøftinger av sentrale spørsmål som kan bidra til at pasienten får en verdig tid før og etter dødsfallet. Det er vesentlig at pasient og pårørende har fått tilstrekkelig med informasjon og at de har forstått hva situasjonen og sykdommen innebærer. Som helsepersonell må vi lytte, og ha evnen til å fange opp hvilken kommunikasjon de trenger for å forstå mer og hvilke spørsmål de har (Ibid).

Husebø og Husebø (2015) skriver videre at i en god kommunikasjonsprosess kan vi få mye informasjon som kan bidra inn til å gi pasienten og pårørende en mest mulig optimal omsorg i livets slutfase. Alle mennesker kommuniserer ulikt, og alle samtaler er ulike avhengig av hvem som deltar og hvor de enkelte befinner seg. Noen familier liker åpenhet og vil vite, mens andre familier bekjemper forandring og åpenhet. Tillit og trygghet er en grunnleggende forutsetning for å lykkes med den vanskelige samtalen. Når vi opplever at pasienten eller pårørende lukker seg, er dette et tegn til at vi bør utsette samtalen og ta opp igjen spørsmål som er uavklarte neste gang. Det er ikke alltid at samtalen blir slik vi ønsket, og en god løsning kan være å avtale en ny samtale med konkret planlegging av tidspunkt og deltagere. Om en slik samtale haster og det fortsatt er omfattende og uavklarte spørsmål bør en ny samtale finne sted i løpet av de nærmeste dagene (Husebø og Husebø 2015, 26).

I slike samtaler er pasienten, den døende hovedpersonen. Husebø og Husebø (2015,23) påpeker at pasienten må være midtpunktet. Ved å føre samtaler om hans eller hennes tilstand, uten at pasienten er til stede, kan fort ødelegge balansen i et familiesystem. Med unntak av bevisstløse eller psykotiske pasienter, med alvorlig kognitiv svikt på grunn av demens, eller døende pasienter som er utmattet og svekket, og som gir uttrykk for at de ikke makter eller ønsker å delta, er hovedregelen at pasienten alltid skal være til stede under slike samtaler (Ibid).

Forfatterne nevner også viktigheten av at det skrives referat fra disse møtene. Det skal inneholde hvem som var til stede, innhold, enighet, uenighet, besvarte spørsmål og uavklarte spørsmål. Et slikt referat eller notat skal være tilgjengelig for behandlingspersonalet døgnet rundt. Dette for at andre sentrale aktører er informert, og spesielt dersom det oppstår en akutt situasjon og lege må tilkalles. Videre er slike samtaler og notater et viktig grunnlag for en eventuell palliativ plan (Husebø og Husebø 2015, 23). Vernepleieren kan altså bidra til at kvaliteten på den palliative planen blir bedre.

4.5.2 Tørster hun?

Husebø og Husebø (2015, 32) tar opp det faktum at i slutfasen av livet vil de fleste pasienter ikke makte å ta til seg mat og drikke. En pårørende kan oppleve dette som vanskelig, og kommentarer som «du skal vel ikke la mamma tørste og sulte i hjel?» er ikke uvanlig. Forståelsen av at så lenge det inntas mat og drikke blir alt bedre, er rett og slett

ikke riktig. Vi dør ikke fordi vi slutter å spise og drikke. Vi slutter å spise og drikke fordi vi dør. Dette er en viktig del av dødsprosessen, og vil i liten grad plage den døende. Intravenøs væskebehandling kan medføre en betydelig belastning i slutfasen. Dersom pasienten får i seg mer væske enn hva hjertet tåler de siste dagene og timene, kan inntaket forårsake at hjertesvikten medfører forferdelige plager (ibid).

Forfatterne påpeker at dette må formidles på en slik måte at budskapet ikke setter ytterligere press på de pårørende. Helsepersonell, eksempelvis en vernepleier, kan bidra til å forklare hvordan «naturen» selv har gode løsninger; at i enden av livet slutter pasientene å kjempe for å leve, får frem at motivasjonen for å leve svinner, og at pasienten ikke orker mat og drikke. Dersom de pårørende deretter forstår at med god palliativ omsorg dør pasienten fredelig, har vernepleieren inntatt brobyggerrollen. Lykkes en med dette, er det også grunn til å anta at brobyggerrollen til vernepleieren vil oppleves som nyttig og ønskelig av både pårørende og tverrfaglige samarbeidspartnere.

En praktisk mulighet for brobygging, kan vernepleieren møte nettopp i slike situasjoner. Når pårørende, i den aller beste mening, ønsker «pårørendedryppet» eller «finaledryppet» som Husebø og Husebø (2015,32) skriver om, er det viktig å informere og drøfte med dem om hvorfor dette ikke er nødvendig i en slutfase. Tørsten som pasienten opplever, er ikke den samme som friske mennesker opplever. Ved livets slutt puster vi ikke lenger gjennom nesen, men gjennom munnen. Dette vil føre til at slimhinnene i munn og svelg tørker ut, og denne tørsten kan ikke lindres ved drypp. Den aller beste behandlingen er godt munnstell med fukting av lepper, munn og svelg. I samarbeid med vernepleieren kan pårørende påta seg denne oppgaven. Det å stryke en fuktig klut over leppene, eller dryppe små dråper av vann i svelget med for eksempel en pipette, kan være en takknemlig oppgave for de pårørende å utføre (ibid)

4.6 Er hospice-filosofien fortsatt gyldig?

Rønsen og Jacobsen (2016) stiller spørsmålet om hospice som behandlings- og omsorgsfilosofi fortsatt har gyldighet, eller om Saunders tanker om hva som er gode prinsipper for behandling, og omsorg for alvorlige syke og døende er utrangert. Å lytte til pasientenes historier har eksempelvis blitt et viktig prinsipp i norsk helsetjeneste. Ord som brukermedvirkning har fått et godt grep i norsk helsebyråkratisk språk.

Med nettopp brukermedvirkning i bakhodet, kan vi trekke inn Sandsdalens studie om hospice i handling opp imot vernepleierens kompetanse. Brask, Østby og Ødegård (2016) skriver om den samhandlingsorienterte og handlingsorienterte vernepleieren. Å jobbe samhandlingsorientert i direkte kontakt med pasienten har mange likhetstrekk som det å jobbe samhandlingsorientert, med hans eller hennes pårørende, og andre tjenesteytere. Det å bygge en «samhandlende bro» gjelder altså både når vernepleieren jobber på individnivå og på systemnivå (ibid).

Brask, Østby og Ødegård (2016) skriver videre at samarbeid og likeverdig dialog, aktiv lytting og ressursorientering er noe som legges stor vekt på. En dialogisk tilnærming til pasienten med gjensidig utveksling og turtaking er viktig for å oppnå best mulig kontakt og kommunikasjon. Vernepleieren fremstår altså med åpenhet, er lyttende men engasjert, og kommunikasjonen er åpen med begrenset rom for en enveiskommunikasjon. I praksis representerer dette, som også har en fellesnevner til Sandsdalens studie, vernepleieren sin evne til å sanse, å motta signaler fra pasienten, for så å ha evnen til å respondere på dette. Altså ligger betingelsene for møte mellom pasient og vernepleier i den enkeltes utvikling som grunnlag for væremåte, og handlingsvalg i praksis. Dette handler først og fremst om å innta vernepleierens aktive rolle i samarbeid og samhandling. Ved å ha gode relasjoner til sin pasient, kan vernepleieren i et godt forhold som er basert på respekt, tillit, vennskapelighet, tålmodighet og medfølelse, overføre opplevelsen av å være delaktig i pleien til pasienten. Pasientens behov for medvirkning, kontroll og styring i eget liv er tatt på alvor og ivaretatt (ibid).

Slik sett kan vi hevde at hospice-filosofien fortsatt er gyldig, men ikke bare det; En kompetent, aktiv og rollebevisst vernepleier i tillegg kan styrke dens gyldighet gjennom sin brobyggerrolle.

5.0 Vernepleierens rolle som brobygger i tverrfaglig samarbeid

Vi har altså sett at moduskompetanse kan utgjøre en positiv betydning for pasienter og pårørende, og at vernepleieren slik sett kan styrke den palliative omsorgen gjennom

brobyggerrollen. Men hvordan kan brobyggerrollen bidra til det tverrfaglige samarbeidet i palliativ omsorg?

5.1 Vernepleieren i tverrfaglighet

Skau (2016) skriver at teoretiske kunnskaper om etikk, psykologi, sosiologi, pedagogikk, juss, og vitenskapsteori er alle viktige for vernepleiere, når mål er å fremme selvbestemmelse hos mennesker. Den teoretiske kunnskapen betegnes som faktakunnskap og vitenskap som er forskningsbasert. Altså er dette kunnskap om faget, og kunnskap som er relevant for utøvelsen av det. En god fagperson må være oppmerksom på at teoretiske kunnskaper foreldes, og at vedkommende må holde seg faglig oppdatert innenfor nyere forskning. Vernepleieren må derfor gjennom hele sitt yrkesaktive liv tilegne seg nye teoretiske kunnskaper (Ibid).

Videre skriver Skau (2016) at personlig kompetanse handler om å tenke, og å handle på nye måter i nye situasjoner. Denne formen for kompetanse er ikke yrkesspesifikk, men en unik kombinasjon av menneskelige kvaliteter, egenskaper samt ferdigheter som tilpasses, og benyttes i profesjonelle kontekster. Våre verdier, menneskelige kvaliteter, egenskaper, holdninger, empati, engasjement og forståelse er en del av vår personlige kompetanse. I alle yrker der samspill mellom mennesker er viktig, så er ens personlige kompetanse avgjørende for hva en kan oppnå med teoretiske kunnskaper og yrkesspesifikke ferdigheter (Ibid).

Respekten for pasientens egen kompetanse og personlige valg er står altså sentralt for en vernepleier. I sum innebærer dette at vernepleier må spille på alle disse tre aspektene i kompetansetrekanten for å nå målene for faglig arbeid.

Skau (2016) skriver også at yrkesspesifikke ferdigheter omslutter det profesjonsspesifikke som igjen er et sett av praktiske ferdigheter, teknikker, og metoder som tilhører en bestemt profesjon. Eksempel på dette kan være bruk av faglig skjønn i miljøarbeid som er en prosess bestående av faglig resonering og refleksjon (Ibid).

I hospice-filosofien er målet med all behandling, pleie og omsorg å gi best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. I en vernepleiers perspektiv i møte med mennesker er tilnærmingen viktig. Det å kunne endre modus relativt raskt i situasjoner

med døende pasienter og deres pårørende er ikke uvanlig. Brask, Østby og Ødegård (2016) nevner også den handlingsorienterte vernepleieren. Her kan vernepleieren introdusere verdier hun mener er avgjørende for å fremme livskvaliteten til pasienten. Dette kan for eksempel være, i tillegg til smertelindring, å imøtekomme pasienters ønsker og behov, gi tilstrekkelig med informasjon samt å gi en god oversikt over hvem som kan kontaktes, og hvordan en kan få kontakt med de ulike tjenestetilbudene. Pasienter som er alvorlige syke og i livets slutfase trenger å ha opplevelse av tillit og trygghet. En nevnt betingelse for å oppnå dette er at pasienten til enhver tid vet hvem som er tilgjengelig på vakt, og at de som kan kontaktes er kjente for han eller hun. Med god kommunikasjon som er tydelig og klar, fremstår vernepleieren med tyngde og trygghet, hun er respektfull og tillitvekkende (Ibid).

Dette er helt i tråd med brobyggerrollen en vernepleier inntar. Denne rollen vil være preget av den profesjonelle kompetansen som består av teoretiske kunnskaper, yrkesspesifikke ferdigheter og personlige kompetanse. Brask, Østby og Ødegård (2016) har knyttet kompetansebeskrivelsene direkte til kjernerollene og kalt dem rolleforventninger, disse er perspektiv, modus og praksis. Vernepleierfaglig praksis innebærer at kunnskapen er godt integrert, både faglig og personlig. Dette er viktig for at vernepleieren skal klare å aktivere de personlige ressursene som kreves for å bruke kunnskapen i praksis. Forfatterne skriver som nevnt tidligere at en vernepleiers perspektiv i møte med mennesker er tilnærmingen viktig. Det som er avgjørende for å kunne være en tydelig vernepleier, er evnen til å kunne innta ulike posisjoner. Dette enten det handler om å være bestemt eller romslig, intens eller rolig. Altså det å kunne reflektere over hvilken posisjon en er i til enhver tid, faglig og personlig, for så å kunne kommunisere og samarbeide rundt dette. En slik tydelighet vil ikke bare bety mye for det tverrfaglige samarbeidet, men også for vernepleierens egen rolleforståelse og yrkesidentitet (Ibid).

5.1.1 Hvorfor kan tverrfaglig samarbeid gå i stå?

Den tverrfaglige kompetansen er selvfølgelig ikke forbeholdt vernepleiere, men har avgjørende betydning for et vellykket samarbeid at både den enkelte profesjonsutøver og enheten som helhet forstår sine roller og ansvarsområder. (Rønsen og Jakobsen 2016). tar opp at mangelen på slik forståelse kan føre til uønskede forsinkelser i behandlingen av den døende pasienten, men dette samarbeidet kommer likevel ikke alltid av seg selv. Hos de enkelte profesjonsutøvere kan mangel på anerkjennelse av ny profesjonsrolle føre til engstelse for utvisking av profesjongrensene. Dette kan igjen lede til utvikling av

atferd for å beskytte egen profesjon. For å motvirke dette stilles det krav til den organisatoriske utformingen av tjenestetilbudet om å tydeliggjøre roller og ansvarsområder for tjenesteyterne. Hver enkelt profesjonsutøver må vite hva som er sin rolle og hvilke forventninger som knyttes til rollen. For å unngå at profesjonene klamrer seg til gamle roller og profesjonshierarki er det viktig at de får anerkjennelse for sin egen rolle (Ibid).

5.1.2 Vernepleieren som nøkkel i fastlåst tverrfaglig samarbeid

En nøkkel til et vellykket tverrfaglig samarbeid er høy tverrfaglig kompetanse. Brask, Østby og Ødegård (2016) skriver at en brobyggerpraksis bærer preg av anerkjennelse og tillit, og inviterer de andre i det tverrfaglige teamet til deling av kunnskap der målet er å finne gode tilnærminger i behandlingen og omsorgen for den døende og hans eller hennes pårørende. En vernepleier som tar i bruk sin tverrfaglige kompetanse og erfaringsbakgrunn kan lykkes i å få til en god brobygging, og dermed styrke det tverrfaglige aspektet. Likevel må det legges opp til en åpen kommunikasjonsform som har en interessert og inviterende form. Det å kunne anerkjenne de andre som likeverdige partnere, men som bringer ulike perspektiv inn i diskusjonen kan bidra til at det tverrfaglige teamet kan «spille hverandre gode». Med bakgrunn i dette kan teamet komme frem til den behandlingen og omsorgen som er til det beste for den enkelte pasient. På den andre siden kan det være utfordrende å kommunisere med mennesker med andre synspunkter og erfaringer enn en selv. For å kunne fylle en brobyggerrolle vil vernepleieren trenge kunnskap om pasienten. Det er selvfølgelig også av avgjørende betydning at vernepleieren tilegner seg erfaring i omsorg ved livets slutt (Ibid).

Altså må helsepersonell sette seg inn i pasientens diagnose, behandlingsmuligheter og prognose for å kunne greie å fange opp når nok er nok, og når det sentrale mål er en verdig livsavslutning. En slik beslutningen bør møtes med tverrfaglige etiske diskurser. En åpenhet om begrensinger i slutfasen av livet i form av gode samtaler vil kunne gi pasienten, og hans eller hennes nære, rom for sorgen og nødvendig ro i møte med sluttprosessen (Aakre 2015, 51)

Vernepleieren som med sin tilstedeværelse, forberedelser, kompetanse engasjement, forståelse, gode holdninger, og ansvar vil kunne gi det best tenkelige for at en pasient i terminal fase får optimal og lindrende behandling. Videre kan det som nevnt tidligere i oppgaven foreligge en kompetent og forberedt palliativ plan for pasientens siste dager og timer. Om denne blir kommunisert ut til pårørende slik at de er informert, forberedt, og til

stede, kan dette bidra til at alle er forberedt til livets store mål; en verdig avslutning (Husebø og Husebø 2015).

6.0 Brobyggerrollen som rød tråd i palliativ omsorg

Så langt har jeg påpekt hvordan vernepleieren kan bruke sin moduskompetanse til å bistå både pasienter, pårørende samt legge til rette for- og bidra til det tverrfaglige samarbeidet. Selv om både tverrfaglig samarbeid og behandling kan gå sin gang uten vernepleiere, er det mye som tyder på at profesjonen kan tillegge palliativ omsorg ytterligere kvalitet gjennom sin kompetanse. Gitt at vernepleieren kan ha verdi for de ovennevnte partene, som altså utgjør alle aktørene, er det derfor relevant å spørre: Kan vernepleierens brobyggerrolle tjene som en slags rød tråd i en omsorgssituasjon ved livets slutt, og slik sett fungere samlende for pasienten, pårørende og det tverrfaglige teamet?

6.1 Vernepleierens bidrag inn i palliativ omsorg

Når en pasient dør er det åpenbart at det er behov for medisinskfaglig kompetanse. En vernepleier har en helhetlig integrert kompetanse der ulike faktorer må sees i en sammenheng. I tillegg vil et godt tverrfaglig samarbeid med andre profesjoner, bidra til å gi pasientene en helhetlig palliativ plan, samt et så godt helsetjenestetilbud i livets slutfase som mulig. Rønsen og Jakobsen (2016) skriver at forståelsen av begrepet total smerte er avhengig av hvilket perspektiv man inntar. Forfatterne referer til Strang (2004) som har undersøkt og drøftet hvordan ulike profesjoner gir begrepet eksistensiell smerte ulikt innhold avhengig av teoretisk og faglig ståsted. De viser videre til Metha og Chan (2008) som hevder at selv om vi ofte ser verden og mennesker med ulike briller, er ulikt perspektiv noe som bør verdsettes og etterspørres, samtidig som pasientens perspektiv løftes frem.

Vernepleierens brobyggermodus vil i praksis bære preg av nettopp anerkjennelse og tillit. Dette inviterer andre til deling av kunnskap, samt finne konstruktive og gode løsninger som er til pasientens beste. For å få til en god brobygging kan vernepleieren ta i bruk sin tverrfaglige kompetanse og erfaringsbakgrunn. I et tverrprofesjonelt samarbeid er det likeverdige parter som med den rette innstillingen, i den rette atmosfæren kan spille

hverandre gode. Et annet sentralt tema i alle samarbeid, er evnen til å kommunisere med andre mennesker med andre synspunkt og erfaringer enn en selv (Brask, Østby og Ødegård 2016).

Cicely Saunders innførte begrepet «total smerte» kanskje nettopp for å understreke bredden i perspektiv. I Rønsen og Jakobsen (2016) kan vi lese at det er sjelden bare ett riktig svar på pasientens smertetilstand, og for å kunne møte pasienten og pårørende med en helhetsforståelse av smerten, trengs det ulike tilnærminger og forståelser. Et tverrprofesjonelt samarbeid er helt essensielt for å kunne se behovene som er til stede på en helhetlig måte. I den senere tid understrekes helhetsforståelsen av mennesket på ulike uttrykksmåter som går utover en ensidig biomedisinsk forståelse. Dette kan blant annet være «whole person care» og «personsentrert omsorg». Det å evne å ha et helhetssyn på mennesket fordrer at helsepersonell har en tilnærming der pasienten oppfattes, og som møtes som person. Den alvorlig syke og døende personen er først og fremst et menneske. Det er mer enn en sykdomsdiagnose eller en samling symptomer. Dette er et menneske som lider, og hans eller hennes tilstand og opplevelser må forstås gjennom denne personen sine egne fortellinger. Videre skriver forfatterne at det er nettopp her hospice-filosofien bryter med et tradisjonelt hierarki innen helsetjenesten. Tverrprofesjonell kunnskap ytes til pasient og familien, ikke motsatt slik det ofte kan være, der alvorlige syke må tilpasse seg helsetjenesten sine systemer og rammer (Rønsen og Jakobsen 2016).

6.2 Hospice i handling

I Cicely Saunders hospice-filosofi er det pasientene som er de egentlige «grunnleggerne». Det finnes en betydelig mengde forskningskunnskap som er knyttet til pasientenes preferanser ved livets slutt (Sandsdale 2015, Synnes 2012, Gran-Bøe 2008, Rydahl Hansen 2004, 2005. Refert i Rønsen og Jakobsen 2016). Forfatterne har tatt utgangspunkt i en systematisk litteraturstudie gjennomført av Sandsdalen mfl. i 2015, og teksten deres er en tolkning av funnene som ble gjort. Majoriteten av de 23 studiene som er inkludert, er fra de siste ti årene før 2015, og representerer pasienter fra hele verden. Utgangspunktet for litteraturstudiet var pasienters egne meninger om hva som var viktig for dem når livet skulle fullføres. Studiet utleder fire hovedtemaer ut fra de svarene pasientene ga.

6.2.1 Å leve et meningsfullt liv

For å kunne leve et meningsfullt liv må en kunne være seg selv, og bli møtt og respektert som den en er. Til tross for den vanskelige situasjonen pasienten befinner seg i, vil han eller hun altså leve så normalt som mulig. Pasientene i studien fremhever hvor viktig det er å være sammen med de menneskene som de er glade i. Det er de nære relasjoner som er mest betydningsfull i den siste tiden. Videre fremheves det at denne perioden av livet skal fylles med noe som oppleves som meningsfylt, og som er viktig for den enkelte.

Muligheten til å forberede seg til slutfasen trekkes også frem som et viktig punkt.

Prognose og tilstand til pasienten vil påvirke dette mulighetsrommet, og er ikke alltid like enkelt å forholde seg til. Helsepersonell sine holdninger og forståelser, enten det er profesjonelt eller ikke, vil ha en innvirkning på om pasienten gis en mulighet til å leve et meningsfylt liv med forutsigbarhet og forberedthet (Sandsdalen mfl. 2015, referert i Rønsen og Jakobsen 2016).

Jeg vil også trekke frem betydningen av håpet. I forskning fremheves at det å ha håp for fremtiden er viktig for å kunne leve et meningsfylt liv. Alvorlige syke mennesker som skal dø knytter håpet til lindring og velvære. Altså at det er hjelp å få til smertelindring, og håp om å få fred (Ibid).

6.2.2 Å bli sett og møtt av helsepersonell

Rønsen og Jakobsen (2016) skriver videre at for pasienter er det viktig å bli sett, vurdert og håndtert av helsepersonell på en tilfredsstillende måte. I sin studie trekker Sandsdalen frem det å møte pasientens behov i livets slutt fase ved hjelp av begrepet responsive og responsiveness. Disse to begrepene benyttes når Sandsdalen referer til helsepersonell, omgivelser, og organiseringen av helse og omsorgstjenester. I praksis representerer dette helsepersonellet sin evne til å sanse, å motta signaler fra pasienten, for så å ha evnen til å respondere på dette. Altså betingelsene for møte mellom pasient og helsepersonell ligger i den enkeltes tjenesteyters utvikling som grunnlag for væremåte, og handlingsvalg i praksis. Pasienter som trekker frem et godt forhold til helsepersonell som viktig, sier at dette først og fremst handler om å ha en aktiv rolle i samarbeid og samhandling. Ved å ha gode relasjoner til sine hjelpere opplever de at de selv er delaktige i pleien. Pasientens behov for medvirkning, kontroll og styring i eget liv er viktig, og skal tas på alvor. Altså kan det å ha et relasjonelt godt forhold til fagpersoner beskrives som et forhold basert på respekt, tillit, vennskapelighet, tålmodighet og medfølelse. En annen viktig faktor for den

gode omsorg, er helsepersonellens sine evner til å lytte til pasientens bekymringer, ønsker og behov (Sandsdalen m.fl. 2015, referert i Rønsen og Jakobsen 2016).

Pasienter i studien trakk også frem viktigheten av å motta støtte til seg selv, og familien fra kompetente fagpersoner. Dette gjaldt ikke bare symptomkontroll og smertelindring, men også å bli møtt på sine psykososiale behov som å være sammen med andre, og å bli møtt og støttet i følelsesmessige utfordringer og reaksjoner. Pasienter i vanskelige situasjoner, og som står overfor vanskelig valg, har naturligvis ulike meninger knyttet til grad av involvering. En fellesnevner var ønske om å involvere de nærmeste, og at pårørende hadde en mer aktiv rolle i det tverrfaglige behandlingsteamet som for eksempel deltagelse i diskusjoner og beslutninger som ble tatt ved behandling og pleie. Dette for at pårørende skulle få muligheten til å forstå hva som skjedde. Videre vises det til ulike ønsker når det kommer til behandlingsintensitet som livsforlengende behandling eller ikke. For noen pasienter kan det å snakke om døden, i en fase det planlegges evt. en palliativ plan, og/eller videre behandling, oppleves som ubehagelig og vanskelig. Døden er skremmende og kan av noen fortrennes. Enkelte pasienter uttrykker at de ikke nødvendigvis er klare å snakke om dette før døden er nær (Sandsdalen mfl. referert i Rønsen og Jakobsen 2016).

6.2.3 Tilrettelagte omgivelser

Sandsdalen kaller dette responsive care environment. Altså omgivelsenes svarevne på pasientenes utfordringer og behov. De fysiske omgivelsene og dets atmosfære gir en viktig rammefaktor for pasienter ved livets slutt. Det å leve i ønskede omgivelser, være trygg i en behagelig og rolig atmosfære blir beskrevet som viktig. Å bli møtt med vennlighet, finne roen, samt være i fellesskap med andre blir beskrevet av mange pasienter som en ressurs. Muligheten til å dele erfaringer med andre som kanskje forstår, gir et fellesskap som fremmer velvære og uavhengighet. Mulighet til å snakke om hvor han eller hun ønsker å tilbringe den siste tiden trekkes frem som et håp for mange. Å få ta egne valg til hvor en vil leve den siste tiden, og hvor en vil dø fremheves som ønskelig. For mange er det viktig å være hjemme så lenge som mulig, og for noen er også det å kunne dø hjemme det aller beste (Sandsdalen mfl. referert i Rønsen og Jakobsen 2016).

6.2.4 Organisering av tjenester

Pasienter mottar hjelp fra ulike fagpersoner, og tjenestetilbudets svarevne fordrer en bevissthet rundt organiseringen (Lindseth 2015 i Rønsen og Jakobsen 2016). Rønsen og

Jakobsen (2016) poengterer viktigheten av at for å kunne imøtekomme pasienters ønsker og behov, må det være en god oversikt over hvem som kan kontaktes, og hvordan en kan få kontakt med de ulike tjenestetilbudene. Pasienter som er alvorlige syke, og i livets slutfase, trenger å ha opplevelse av tillit og trygghet. En betingelse for å oppnå dette er for pasienter til å enhver tid vite hvem som er tilgjengelig på vakt, og at de som kan kontaktes er kjente for pasientene. I tillegg er god kommunikasjon mellom tjenestetilbudene særs viktig, spesielt når pasienter flyttes rundt (ibid).

Cicely Saunders prinsipp og byggesteiner for hospice i praksis er lett gjenkjennelig i denne sammenfatningen av pasienters uttalte behov. Sandsdalens systematiske litteraturstudie belyser hva pasienter, som er i en palliativ fase og deres pårørende, ønsker og trenger fra helsetjenesten. Videre viser studien at hospice-filosofien i praksis konkretiseres nettopp med dette i fokus, og resultatet av studien harmonerer med det Saunders beskriver som grunnleggende palliativ omsorg (Rønsen og Jakobsen 2016).

6.3 Den røde tråden

Vernepleieren har altså en mulig nøkkelrolle og spille, i kraft av samhandlingskompetanse og brobygging. Gjennom gode kommunikasjonsegenskaper kan profesjonen bidra til at pasient og pårørende opplever at den siste tiden er meningsfull. Brobyggingen kan også bidra til pasienter og pårørendes opplevelse av å bli sett av de som utfører den palliative behandlingen og omsorgen. Gjennom god brobygging kan hensiktsmessig tilrettelegging av omgivelser og god organisering av tjenester bidra til at pasientens siste dager blir bedre. Over tid vil slike resultater av vernepleierens arbeid også kunne styrke profesjonens posisjon og egenverdi i det tverrfaglige samarbeidet.

7.0 Oppsummering og konklusjon

Min fremstilling har vist at en sentral kjerne rolle for en vernepleier som jobber i mellommenneskelige relasjoner, slik omsorg for døende og deres pårørende er, er brobyggerrollen. En vernepleiers kompetanse i en slik kontekst med sin helhetlige tilnærming til pasienten og dennes pårørende kan være et fint bidrag inn i omsorgen ved livets slutt. Brobyggingen kan bidra til pasienter og pårørendes opplevelse av å bli sett av

de som utfører den palliative behandlingen og omsorgen. Gjennom god brobygging kan hensiktsmessig tilrettelegging av omgivelser og god organisering av tjenester bidra til at pasientens siste dager blir bedre. Brobyggerrollen kan altså hjelpe den palliative pasienten og dennes pårørende på flere ulike måter.

Vernepleieren som bygger broer må la sin praksis bære preg av anerkjennelse og tillit. Slik inviteres andre samarbeidspartnere til deling av kunnskap, samt til å finne konstruktive og gode løsninger som er til pasientens beste. For å få til en god brobygging må vernepleieren ta i bruk hele sin tverrfaglige kompetanse og erfaringsbakgrunn. I et tverrprofesjonelt samarbeid kan likeverdige parter, med den rette innstillingen i den rette atmosfæren, spille hverandre gode. Moduskompetansen som ligger til en vernepleiers utdanning og virke, kan derfor være en viktig komplementær kompetanse som utfyller blant annet legers- og sykepleieres kompetanse. Disse profesjonene har også sine avklarte roller i behandlingen av pasienter og i møtet med de pårørende, men en aktiv, høykompetent og rollebevisst vernepleier vil kunne styrke den viktige brobyggingen mellom alle involverte parter i et holistisk behandlingsopplegg. Gjennom sin moduskompetanse generelt og brobyggerrollen spesielt, kan vernepleieren derfor være til hjelp for både den palliative pasienten og dennes pårørende. Selv om både tverrfaglig samarbeid og behandling kan gå sin gang uten vernepleiere, er det mye som tyder på at profesjonen kan tillegge palliativ omsorg ytterligere kvalitet gjennom sin kompetanse. Men, dette fordrer at vernepleie anerkjennes som en profesjon med en egenverdi i det tverrfaglige teamet. Altså, for at vernepleierens brobyggerkompetanse skal komme til sin rett i det tverrfaglige teamet, må de andre aktørene anerkjenne profesjonens iboende kompetanse ved å vise tillit og slippe vernepleieren til. Da kan brobyggerrollen til vernepleieren styrke det tverrfaglige samarbeidet.

Selv om både tverrfaglig samarbeid og behandling kan gå sin gang uten vernepleiere, er det mye som tyder på at profesjonen kan tillegge palliativ omsorg ytterligere kvalitet gjennom sin kompetanse. Over tid vil slike resultater av vernepleierens arbeid også kunne styrke profesjonens posisjon og egenverdi i det tverrfaglige samarbeidet. Vernepleierens brobyggerrolle kan på bakgrunn av dette, og etter min oppfattelse tjene som en slags rød tråd i en omsorgssituasjon ved livets slutt, og slik sett fungere samlende for pasienten, pårørende og det tverrfaglige teamet.

Gjennom drøftingen av de sentrale spørsmålene jeg har oppsummert ovenfor, kan jeg derfor nå komme til konklusjonen på min primære problemstilling. Med gjensidig respekt for de ulike fagene medlemmene av det tverrfaglige teamet utgjør, kan vernepleieren styrke arbeidet med å fremme livskvalitet hos pasienter og ivareta pårørendes behov. En vernepleier kan også utgjøre en positiv kraft i det tverrfaglige samarbeidet, ikke minst gjennom brobyggerrollen. Min konklusjon er derfor at ja, vernepleieren kan bidra til å fremme livskvalitet hos pasienter, ivareta pårørendes behov og bistå i det tverrfaglige samarbeidet gjennom brobygger rollen.

8.0 Litteraturliste

Brask, Ole David, May Østby, Atle Ødegård (2016). *Vernepleierens kjerne roller, en refleksjonsmodell*. Bergen: Fagbokforlaget.

Fellesorganisasjonen, *Vernepleierens helsefagkompetanse*

<https://www.fo.no/getfile.php/1316995->

[1558343304/Filer/Vernepleiernes%20helsefagkompetanse.pdf](https://www.fo.no/getfile.php/1316995-1558343304/Filer/Vernepleiernes%20helsefagkompetanse.pdf) Lest 15.02.2021

Helsedirektoratet. (2017)

Voksne pårørende. Oppdater 16.januar, 2018.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/avklare-hvem-som-er-parorende-deres-rolle-og-fore-journal/voksne-parorende#avklar-hvem-som-er-naermeste-parorende-til-voksne-pasienterbrukere> Lest: 01.3.2021

Husebø, Bettina Sandgathe, Stein Husebø (2015). *Omsorg ved livets slutt*. I Marianne Sætrang Holm og Stein Husebø (red), *En verdig alderdom, omsorg ved livets slutt*. (s. 21-35) Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Husebø, Bettina Sandgathe, Stein Husebø (2012). *De gamles siste timer og dager*. I Margareth Bondevik og Harald A. Nygaard (red), *Tverrfaglig geriatri en innføring*. (3. utgave s. 409-421) Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Husebø, Stein (2015) *Fra Hospice-bevegelse til palliative care. Hva bør navnet være?* I Marianne Sætrang Holm og Stein Husebø (red), *En verdig alderdom, omsorg ved livets slutt*. (s. 39-46) Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Ingebretsen, Reidun (2015) *Pårørende som ressurs og ressurser til pårørende*. I Marianne Sætrang Holm og Stein Husebø (red), *En verdig alderdom, omsorg ved livets slutt*. (s. 159-168) Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Rønsen, Astrid, Rita Jakobsen (2016). *Å fullføre et liv*. Oslo : Gyldendal Akademiske

Skau, Greta Marie (2011). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. AIT: Otta, Cappelens Akademiske Forlag.

Strømskag, Kjell Erik (2012). *Og nå skal jeg dø hospicebevegelsen og palliasjonens historie i Norge* Oslo: Pax forlag AS

Aadland, Einar (2019). *Og eg ser på deg. Vitenskapsteori i helse og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Aakre, Marie (2015). *Verdig livsavslutning for alle*. I Margareth Bondevik og Harald A. Nygaard (red), *Tverrfaglig geriatri en innføring*. (3. utgave s. 49-52) Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS