



Fordypningsoppgave

VAD750 Omsorg ved alvorlig sykdom og død

Helt inntil døden er det liv.

Totally until death there are life.

Heidi Iren Steinshamn

Totalt antall sider inkludert forsiden: 43

Molde, 13.05.14



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: Else Jørgensen

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: 13.05.14

Antall ord: 9464

Forord

Døden er ikke slik:
En knokkelmann
Som kveiler sitt siste, ville skrik
Med heslig hand.

Døden er ikke angst og ljà
Og djevelkrav,
Ikke måneskygger
rundt ei ribbet grav.

Nei, døden er fjell
Som løfter sin svale snø
Over vegen du drar.
Der skal du stå den siste kveld,
Og se i solfalls-eld
Hvor vakkert livet var.

Hans Børli

Sammendrag

Bakgrunn: Etter mange år som sykepleier på sykehjem, ønsker jeg å finne ut mer om hvordan en kan forbedre pleien og omsorg til pasienter i palliativ fase. For denne pasientgruppen, som alle andre, er det viktig at de får faglig kvalifisert behandling og omsorg i forhold til de behov den enkelte har. Ca. 40 % av alle dødsfall er i sykehjem. Dette stiller store krav til helsepersonell.

Beregninger viser at andelen eldre over 80 år vil fordobles fram mot 2040, og at flere oppnår høy alder på grunn av en generelt bedre helse.

Hensikt: Hensikten med oppgaven var å utforske sentrale elementer i palliativ omsorg. Studien er i hovedsak avgrenset til pasienter i sykehjem.

Metode: Jeg har valgt en systematisk litteraturstudie med forskningsartikler.

Resultat: Det var 6 tema som utkrystalliserte seg, det er behovet for palliativ plan, trygghet for pasienten, behov for samtale, omsorg og behandling, behov for kompetanse og dokumentasjon.

Konklusjon: De sykehjemmene som har en plan sier de gir god pleie og omsorg til pasientene, de kan foreskrive medisiner i forkant, noe som gir en trygghet til sykepleieren og god pleie og behandling til pasienten. Liverpool Care Pathway gjør det lettere å samtale med pasient og pårørende da den inneholder flere punkt for samtalen. Det er også viktig at samtalen blir tatt tidlig slik at pasienten er i stand til å bli med, og det er viktig at samtalen blir dokumentert. En plan/standard har også god symptom og smertelindring, noe som kan gi pasienten trygghet. For å oppnå god kvalitet må en øke kompetansen, også i palliasjon.

Nøkkelord: palliativ plan, helsepersonell, sykehjem, terminal fase, trygghet.

Abstract:

Background: after several years as a nurse at a nursing home, I wish to learn more about how we can improve the care of the patient throughout palliative phase. Like every other patient groups, it is important for these patients to get the best professionally qualified treatment and care relative to the needs that each and every one have. Approximately 40% of all deaths happen in a nursing home, and this gives big demands to health professionals. Calculations shows that the proportion of elders over 80 years old will double before 2040, and that one of the main reasons for this is good palliative care and better health than before in general.

Purpose: The purpose of my task was to explore central elements in palliative care. My studies have been bounded to patients in nursing homes the most.

Method: I've chosen a systematical literature study with research papers.

Result: It was especially six topics that excelled from the others; the need of a plan for palliative care, reassurance and security for the patient, the need of good conversations, treatment, need of good expertise and documentation.

Conclusion: The nursing homes that got a palliative plan says that they give good care and makes the patient and their family feel safe. They can prescribe medicines right away, something that both gives a security for the nurse that gives the treatment and good care and treatment for the patient. Liverpool Care Pathway makes it easier to communicate with patients and their relatives since it contains significant more points of how to go through the conversation. It is also very important that the conversation takes place in an early stage so that the patient becomes capable of being a part of the treatment. It is also important that the conversation gets documented. A plan/standard also has a good relief of symptoms and pain, something that may give the patient the feeling of safety and being taken good care of. To achieve good quality we have to raise our expertise, including in palliative care.

Keywords: palliative plan, helthprofessionals, nursinghome, terminale, safety.

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1.	Hensikt:	2
2.0	Bakgrunnsteori.....	2
2.1	Palliasjon.....	3
2.2.	Omsorg.....	3
2.3	Ulike tilnæringsmåter til pasienter i palliativ fase	4
3.0	Metode	6
3.1	Inklusjon og eksklusjon kriterier	6
3.2	Innsamling av data	6
3.3	Kvalitetsvurdering	7
3.4	Analyse	7
4.0	Resultat	7
4.1	Hvilke erfaringer har helsepersonell med bruk av standardiserte Planer i palliativ fase?	7
4.2	Sentrale områder for pleie og omsorg I palliativ fase	9
	Bevare verdigheten.	9
	Behov for samtale	10
	Behov for omsorg og behandling.	11
4.3	Sentrale forutsetninger for pleie og omsorg i Palliativ fase	12
	Behov for kompetanse.	12
	Behov for dokumentasjon	13
5.0	Diskusjon	13
5.1	Metodediskusjon	13
5.1.1	Innsamling av data og litteratursøk	13
5.1.2	Kvalitetsvurdering og etisk godkjenning	14
5.2	Resultatdiskusjon	14
5.2.1	Hvilke erfaringer har helsepersonell med bruk av standardiserte planer i palliativ fase?	14
5.2.2	Sentrale områder for pleie og omsorg I palliativ fase?	17

5.2.3 Behov for samtale.	19
5.2.4 Behov for omsorg	20
5.2.5 Sentrale forutsetninger for pleie og omsorg i palliativ fase?	23
5.2.6 Behov for dokumentasjon	25
6.0 Konklusjon.	26
Vedlegg : Litteraturliste	27
Søkeord	29
Oversiktstabell	31

1.0 Innledning.

Etter mange år som sykepleier på sykehjem, ønsker jeg å finne ut mer om hvordan en kan forbedre pleien og omsorg til pasienter i palliativ fase. For denne pasientgruppen, som alle andre, er det viktig at de får faglig kvalifisert behandling og omsorg i forhold til de behov den enkelte har. Ca. 40 % av alle dødsfall er i sykehjem (Husebø, 2005). Dette stiller store krav til helsepersonell.

Beregninger viser at andelen eldre over 80 år vil fordobles fram mot 2040, og at flere oppnår høy alder på grunn av en generelt bedre helse (Wille et al 2012).

I løpet av de siste hundre årene har den norske samfunnsstrukturen endret seg, og institusjonaliseringen har flyttet døden fra hjemmet og inn på institusjon. Omsorgen for døende har i større grad blitt overtatt av helsepersonell. Det krever i mange tilfeller spesialkompetanse, og helsepersonell har fått et stort ansvar for å ivareta omsorg og verdigheten til pasienten i siste fase av livet (Holm et al 2013).

Palliativ omsorg er kjent som et helhetlig konsept som skal sikre alvorlig syke og døende et optimalt liv med verdighet til de dør. Palliativ omsorg skal sørge for best mulig aktivitet og livskvalitet inntil døden inntreffer. Det å sikre kvalitet på pleien til den enkelte uten å krenke menneskets verdighet er et stadig tilbakevendende tema både nasjonalt og internasjonalt (Holm et al 2013).

På tross av et godt nivå på velferdstilbudet til eldre, sier WHO at eldres behov i livets slutt fase ikke blir godt nok ivaretatt. Palliativ omsorg skal sørge for best mulig aktivitet og livskvalitet for pasienten inntil døden inntreffer og hjelpetiltakene skal ikke forlenge eller fremskynde avslutningen av livet (Rykkje 2010).

I Norge tilbys palliasjon til pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid og skal hovedsakelig være rettet mot kreftpasienter. Erfaringen en har gjort seg i kreftomsorgen kan overføres til eldre men er ikke alltid direkte anvendbar. De eldre har gjerne et forløp med flere kritiske sykdomsperioder slik at tidspunktet for døden kan være vanskeligere å forutse enn hos pasienter med kreft (Rykkje 2010).

Ved opprettelsen av standard for palliasjon ble det lagt rammer for at palliasjon også kan tilbys i hjemmebasert omsorg og i sykehjem. Standarden beskriver palliasjon som mer enn behandling og pleie av døende, og anses for å være en del av den integrerte behandlingsskjeden for alle mennesker med uhelbredelig sykdom (Rykkje 2010).

Mange kommuner har nå innført standardiserte palliative planer. Noen bruker LCP (Helse Bergen, Liverpool Care Pathway) noen har planer fra Verdighetssenteret, (Verdighetssenteret.no) og andre igjen innfører eller utvikler egne planer eller standardiserte tilnæringsmåter for å ivareta pasienter i palliativ fase.

Som helsepersonell er vi er forpliktet til å respektere livet og verdigheten til alle vi møter, og verdiene barmhjertighet og omsorg skal hjelpe oss til det (Aakre 2011). Denne forpliktelsen gjelder også eldre døende.

1.1.Hensikt:

Hensikten med oppgaven var å utforske sentrale elementer i palliativ omsorg. Studien er i hovedsak avgrenset til pasienter i sykehjem.

1.2Forskningsspørsmål:

1. Hvilke erfaringer har helsepersonell med bruk av standardiserte planer i palliativ fase?
2. Hva er sentrale områder for pleie og omsorg i palliativ fase?
3. Hva er sentrale forutsetninger for pleie og omsorg i palliativ fase?

2.0 Bakgrunnsteori.

Med samhandlingsreformen kommer flere og flere til sykehjemmet for å dø. Våre gamle dør av alder og andre sykdommer ikke av kreft. Da må vi kunne ta oss av pasient og pårørende og gi de en følelse av å bli ivaretatt. I følge Statistisk Sentral Byrå døde 41 913 personer i Norge i 2012.

Antall eldre vil øke fremover og det vil bli flere som trenger hjelp i sykehjem. Dette vil utfordre helsevesenet på flere måter. Da blir presset for å kunne palliativ medisin større (Kaasa 2008).

2.1 Palliasjon.

Palliativ betyr kappe, noe du kan ha rundt deg. Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid.

Lindring av pasientens fysiske smerte og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, åndelige/ekstensielle og sosiale problemer (Verdens Helse Organisasjon og European Association for Palliative Care. WHO/EAPC).

Ca.40% av alle dødsfall skjer i sykehjem og derfor må det være et palliativt tilbud til pasientene. Personalet skal kunne grunnleggende palliasjon (Haugen et al 2006). Pasienter med langtkommen, uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid har en rekke plagsomme symptomer, og god behandling stiller store krav til pleie og medisinsk personell. Målet er å gi best mulig symptomlindring og livskvalitet og ta vare på pasientens og pårørendes behov (Haugen et al 2006). Den eldre palliative pasient har ofte flere symptomer, tretthet, smerte, dårlig appetitt, søvnvansker, angst, depresjon og kognitiv svikt. Smerte er det mest fryktede symptomet (Kaasa 2008).

I standard for palliasjon beskrives palliasjon som mer enn behandling og pleie av døende, og anses å være en del av den integrerte behandlingsskjeden for alle mennesker med uhelbredelig sykdom. Således har palliasjon mulighet for å bli et godt tilbud også til skrøpelige gamle mennesker den siste tiden de har igjen å leve (Husebø et al 2005).

2.2 Omsorg.

Det var Dame Cicely Saunders som startet hospicefilosofien i 1967. Hospicefilosofien ønsker å gi optimal lindrende behandling, pleie og omsorg. Hospice har også blitt brukt som et samlebegrep for den grunnleggende filosofi som bør være retningsgivende for behandling, pleie og omsorg for alvorlig syke og døende mennesker, det vil si et tilbud som retter seg mot pasientens psykiske, fysiske, åndelige og sosiale behov. Cicely Saunders presiserte at folk betydde noe til slutten av sitt liv, og de må få hjelp til å leve godt før de dør. På 90 tallet kom nye uttrykk som lindrende behandling, terminal pleie og Palliativ pleie/behandling. (NOU 1999).

Sentralt i omsorgen for andre står relasjoner og moral, og dette ytrer seg i praktisk handling. Moral, eller hva gode sykepleieholdninger er, må læres. Den faglige dyktige sykepleier har lært ikke bare sakkunnskap, men også moral. Hun viser en standard på sine handlinger som gjør at hun kan bli den andres tillit verdig. Hun utøver omsorgen i sykepleien ut fra en autoritetsstruktur med svak paternalisme. Med det menes at sykepleieren engasjerer seg i den andre med en sensitivitet i relasjonen som tar hensyn til den andres situasjon. (Martinsen.2005).

Benner & Wrubel sier at omsorg er den grunnleggende måten å være i verden på og all sykepleiepraksis går ut fra dette. Et omsorgsforhold gir rom for trygghet, den som blir vist omsorgen verdsetter den hjelpen og føler at noen har omsorg for han/henne (Benner & Wrubel.1989).

2.3 Ulike tilnæringsmåter til pasienter i palliativ fase.

I følge Sosialtjenesteloven§4-3a Rett til individuell plan, den som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan. Planen skal utformes i samarbeid med brukeren, jf.§8-4. Sosialtjenesten i kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den det gjelder. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvem rettighetene gjelder for, og om planens innhold, (Helsedirektoratet 2010).

I lovdata står det at formålet med IP er å kartlegge behovet for tjenester. I de siste årene har det vært diskutert om det er aktuelt at sykehjem skal ha spesielle planer for palliative pasienter, men det er ikke et krav i dag.(Helsedirektoratet 2010).

Det finnes flere typer av slike planer i Norge i dag. De mest kjente er Liverpool Care Pathway (Helse Bergen LCP) og Verdighetssenteret sin plan, utarbeidet av Stein Husebø (Verdighetssenteret.no). I denne oppgaven vil jeg innledningsvis se nærmere på de to planene.

Liverpool Care Pathway.

Liverpool Care Pathway (LCP) gir en evidensbasert rettleiding i forhold til de forskjellige aspektene i terminalomsorgen, slik som pleietiltak, oppstart med behovsmedisin, seponering av faste medisiner, psykisk støtte, åndelige omsorg, pårørende blir ivarettatt.

LCP blir igangsatt uavhengig av diagnose, men det må være flere kriterier for å igangsette LCP (Helse Bergen) LCP ble utviklet på midten av 1990 tallet av professor Shaw og hans team i Liverpool for å gi en hensiktsmessig, evidensbasert, tverrfaglig omsorg for pasienter de siste dagene av livet (Freemantle et al 2012). Dokumentet definerer 18 mål som anses nødvendig for optimal pleie av døende. Disse inkluderer innledende vurdering og omsorg og pågående pleie og omsorg etter døden. Den gir også veiledning om forebyggende forskrivning av medisiner, seponering av upassende intervensjoner, komfort tiltak, psykologisk og åndelig omsorg, samt kommunikasjon og støtte til familien før og etter døden (Freemantle et al 2012).

Plan utarbeidet av Stein Husebø (Verdighetscenteret i Bergen).

Stein Husebø gir i planen uttrykk for at sykehusene og sykehjemmene må bli mye tydeligere på sine oppgaver og hva de kan hjelpe med. Hvilken hjelp en kan gi pasient og pårørende for å oppnå optimal omsorg ved livets slutt. Det optimale innbefatter gjentatte åpne samtaler med pårørende og pasient, pleiepersonell og leger og en må også sette opp en palliativ plan tidlig i forløpet (Verdighetscenteret)

På sykehjemmet er ofte legen bare noen timer i uken, ellers er det pleiepersonalet som er der. De må ofte ta pårørende samtaler. Husebø sier at et spørsmål vi kan starte med er:» Er det noe jeg/vi kan gjøre for deg?» (Husebø et al 2005).

Videre sier Husebø at den største krenkelsen er å sende den terminale pasient til sykehuset, en kan risikere at pasienten dør i ambulansen eller på sykehuset uten de nærmeste rundt seg (Husebø et al 2005).

I dokumentet fra Verdighetscenteret skrives det at mange sykepleiere nok er usikker og sender pasienter til sykehus i stedet for å hjelpe de på sykehjemmet. Har avdelingen en plan kan en følge den og gjøre det beste for pasienten og eventuelt pårørende.

Husebø mener det tidlig i forløpet må planlegges en god forberedende plan, noe som vil bidra til at alle er forberedt og arbeider mot det samme mål, en verdig avslutning (Husebø et al 2005).

3.0 Metode:

Jeg har valgt en systematisk litteraturstudie med forskningsartikler.

3.1 Inklusjon og eksklusjonskriterier.

Inklusjoner:

Pasienter uten spesifikk diagnose.

Nordiske og noen engelske artikler.

Valgte sykehjem og omsorgsbolig da de ofte fungerer som sykehjem i mange land.

Eksklusjoner:

Artikler som inneholdt kreftdiagnoser, ALS, kols og demens.

Artikler som krevde spesiell pålogging og betalingsartikler. Artikler med pårørende eller pasient perspektiv.

3.2 Innsamling av data.

For å finne artikler søkte jeg i SveMed, PubMed, Ovid nursing. Fant til slutt 17 artikler som jeg leste grundig. Mange av artiklene hadde feil perspektiv så jeg måtte søke flere ganger over tid, i tillegg var det mange som ikke svarte på oppgaven min selv om abstractet så bra ut. Søkte også i Helsebiblioteket, med innloggingskode. Søkte i tidsskriftet BMC med enkle søkeord, fikk to treff på artikler der. Etter hvert endte jeg opp med 10 artikler som ble inkludert i oppgaven. 8 var kvalitative, en var en prosjektoppgave og en en nonexperimental undersøkelse.

3.3 Kvalitetsvurdering.

For å kvalitetssikre artiklene brukte jeg kunnskapssenteret sine skjema for å vurdere kvaliteten på artiklene. De 10 artiklene jeg valgte ble alle, ut fra gjennomgangen vurdert som gode.. Det var ikke alle som oppga etisk godkjenning, men jeg går ut fra at de er godkjent da de er store studier og er utgitt i anerkjente tidsskrift.

3.4 Analyse.

Jeg brukte Evans fire punkter for å analysere artiklene (Evans 2002).

1. Samle materiale. Jeg fant 17 artikler som jeg leste flere ganger og vurderte. Kom frem til de 10 jeg har valgt til litteraturstudien (Evans 2002).
2. Identifisere hovedfunnene. Jeg fant det som jeg mente var viktig i artiklene som jeg leste 4-5 ganger for å unngå å miste noe essensielt i artiklene. Markerte det jeg fant med forskjellige farger for å skille temaene. Da blir det lettere å finne det viktigste i artikkelen (Evans 2002). Jeg brukte markeringstusj i 6 forskjellige farger der hver farge representerte sitt tema. I tillegg skrev jeg nummer bak hvert funn. Disse numrene gjentok jeg på artikkelens forside, da hadde jeg oversikt over antall funn i hvert tema for alle artiklene.
3. Identifisere temaene på tvers av artiklene. Fant samme tema i alle artiklene som så ble markert med samme farge. Så noterte jeg nummer på hvert funn for å skille mellom hvert tema og artikkel.
4. Fenomenet beskrives gjennom tema med referanser til artiklene eller det datamaterialet jeg fikk (Evans 2002). Funnene ble delt inn i hovedtemaer og undertemaer. Det var 6 temaer som ble framhevet i de 10 artiklene jeg hadde valgt, med noen undertemaer da forfatterne hadde ulik tilnærming til temaet, disse er presentert i resultat delen.

4.0 Resultat.

Etter analysen utkrystalliserte det seg 6 tema som beskrives under.

4.1 Helsepersonells erfaringer med bruk av standardiserte planer i palliativ fase.

Et funn som flere hadde, var at det å ha en omsorgsplan ga trygghet for hva som skal gjøres (Seymour et al 2011, Freemantle et al 2012, Hall et al 2011).

Seymour sier at å ha en end of life omsorgs plan som GSF(The Gold Standards Framework) eller LCP(Liverpool Care Pathway) ble beskrevet som god/godt. Dette blir forsterket av det neste funnet Seymour har som sier at de sykehjemmene som hadde LCP, GSF eller en egenutviklet plan mente de hadde god omsorg, eller utmerket omsorg. De to sykehjemmene som ikke hadde en plan mente de hadde middels eller kunne bli bedre i omsorgen. Noe som var negativt var at noen funn fra sykepleierne viste at det var mer utbredt EOL omsorg for pasienter med kreft, enn for andre sykdommer som til eksempel

demens. Et annet funn hos Seymour var at gjennomføringen av LCP ble oppfattet å ha «glattet ut» standarder for end of life omsorg, noe som gjør dem mindre avhengige av de spesielle ferdighetene og kunnskapen om ansatte sine relasjoner med beboerne (Seymour et al 2011).

Freemantle understreker at det at legene kunne foreskrive medisiner i forkant, ble presentert som noe av de nyttige sidene av LCP. Det hindret unødvendige forsinkelser i medisin administrasjonen (Freemantle et al 2012). Et funn Hall mente var viktig var at mange av verktøyene og oppgavene til GSFCH (Gold Standards Framework for Care Homes) fokuserer på å forbedre kommunikasjonen, også med legene, spesialsykepleiere, hjemmesykepleien, fysioterapeuter, psykiatrisk sykepleier, sosialarbeidere og andre terapeuter. Sykepleierne følte også at de kunne gi en bedre symptomkontroll, også til demente pasienter (Hall et al 2011).

Freemantle siterer en sykepleier som sier: *«Jeg tror det er godt å vite at LCP ikke er den siste tingen, du kan stoppe den og starte ting på nytt, du kan faktisk snu den om nødvendig»*(Freemantle et al 2012).

Funn viste at 5 artikler så viktigheten av å ha en omsorgsplan (Volker et al 2007, Oosterveld- Vlug et al 2013, Tyree et al 2005, Wille et al 2012, Sandvoll et al 2012). Sandvoll mente at ved å innføre kvalitetskrav for pleie ved livets slutt kan dette bidra til å høyne kvaliteten på omsorgen til døende pasienter i sykehjem. Et annet funn hos Sandvoll var at selv om de ansatte vet om retningslinjer for eldre menneskers behov for innflytelse, er ikke disse alltid implementert i daglig praksis (Sandvoll et al 2012). Wille et al (2012) mener at standard for palliasjon legger opp til at alle sykehjem skal beherske grunnleggende palliasjon og ha kvalitetssikrede prosedyrer for smerte- og symptomlindring og terminalpleie. Dette understreker ved at standarden fokuserer på symptomlindring, pårørende samarbeid, kommunikasjon og ivaretagelse av åndelige og ekstsensuelle behov, samt brukermedvirkning. Wille sier også at arbeidsgruppen la til grunn erfaringsbasert kunnskap, anbefalinger fra forskning og områdene fra ESAS skjemaet for å definere domeneene som ble ansett som sentral for standarden. En standard med 10 domener og mål ble utviklet (Wille et al 2012). Tyree skriver at om sykepleierne hadde en plan for pleien og samtalen ville denne planen gjøre samtalen lettere(Tyree et al 2005). Volker mener at når vi skal lage en plan for end of life omsorg, må vi ta hensyn til pasienten og ikke oss selv (Volker et al 2007). Oosterveld-Vlug fant i sin studie at legene

og sykepleierne trengte en plan for å gi mer verdighet og trygghet til pasienten (Oosterveld-Vlug 2013).

4.2 Sentrale områder for pleie og omsorg i palliativ fase.

Bevare verdigheten.

Det utkrystalliserte seg 3 områder. Et funn som gikk igjen i 6 av artiklene var behovet for å bevare verdigheten (Gjerberg et al 2007, Freemantle et al 2012, Wille et al 2012, Hall et al 2012, Oosterveld- Vlug et al 2013, Volker et al 2007). Dette behovet hadde flere nyanser. Gjerberg skriver at en grunnleggende forutsetning for å gjøre den siste fasen så god som mulig er personalets respekt for pasient og pårørende. At pasienten blir sett og verdsatt er ekstra viktig i den siste fasen, ellers kan samarbeidet bli vanskelig (Gjerberg et al 2007). Oosterveld-Vlug utdyper dette med konkrete eksempler, et er om en pasient plutselig mister uavhengigheten kan det medføre større problemer med å beholde verdigheten enn gradvis tap. Et annet er at i arbeidet med å opprettholde eller fremme verdighet til pasienten ønsket personalet å «behandle andre som man ønsker at andre skal behandle en selv» Her nevnes tre former for verdighet som er viktige: banke på døren før vi går inn, dekke til pasienten under stell og ikke diskutere pasienter som andre pasienter hører. Siste eksempel Oosterveld- Vlug trekker frem er uverdige situasjoner er når en har dårlig tid, må gjøre alt fort og at det blir mangel på tid til å ta seg av pasientene (Oosterveld-Vlug et al 2013). Wille skriver at å ivareta enkeltmenneskets opplevelse av verdighet er derfor en sammensatt og viktig oppgave som krever innsikt og stor grad av forståelse og kunnskap (Wille et al 2012). Andre skriver spørsmål om man skal starte eller avslutte livsforlengende behandling i den siste fasen av livet kan ha betydning for muligheten for å få til en verdig avslutning (Gjerberg et al 2007, Freemantle et al 2012, Wille et al 2012, Hall et al 2012). I artikkelen til Wille legges det vekt på at verdighetsgarantien § 3 sier at vi skal gi lindrende behandling og legge til rette for en verdig død (Wille et al 2012). Volker skriver at pasienten er redd for å dø med smerte, og av den grunn må pasienten kjempe for å få det verdig (Volker et al 2007). Hall nevner viktigheten med å hindre at pasienten blir unødig innlagt på sykehus, når han kan behandles der han er kjent (Hall et al 2012).

Behov for samtale

Et annet viktig funn var samtalen med pasient og pårørende.⁴ av forfatterne mente samtalen var viktig for å bygge et godt forhold mellom pasient og pleiepersonalet (Wille et al 2012, Tyree et al 2005, Leherr et al 2012, Gjerberg et al 2007). Wille mener at når livet går mot slutten bør pasient og pårørende tilbys samtale der man formidler at døden er nær forestående og om hvilke fysiologiske forandringer man kan forvente fram mot at døden inntreffer og hva avdelingen vil gjøre for å lindre plagsomme symptomer (Wille et al 2012). Gjerberg mente at når pasienten ikke var kontaktbar hadde noen god erfaring i å spørre pårørende om hva de trodde mor eller far hadde ønsket (Gjerberg et al 2007).

Et annet funn Leherr hadde var at de fleste leger/sykepleier inkluderte åndelige, religiøse, mentale og følelsesmessige spørsmål i samtalen. «*Da kan vi finne ut om pasienten er redd, vil snakke med prest eller andre viktige spørsmål*» (Lenherr et al 2012). Dette mener Leherr og Tyree er veldig viktig, men det å snakke om døden til en pasient eller pårørende kan være vanskelig. Sykepleierne/legene som hadde spesialutdanning eller kurs i End of Life var tryggere på dette enn de som ikke hadde kurs/utdanning (Lenherr et al 2012, Tyree et al 2005).

Et funn som gjorde det vanskelig å samtale med pasient og pårørende om døden var barrierer i oss selv som helsepersonell. Dette ble nevnt av 4 forfattere (Tyree et al 2005, Leherr et al 2012, Hall et al 2011, Freemantle et al 2012). Tyree fant i sin studie at de nyutdannede sykepleierne hadde mer vanskelig for å snakke om EOL og bruke ordet døden. Sykepleierne med mange års erfaring følte seg tryggere på dette. Enda et viktig funn av Tyree er at dataene viser at det er lite EOL opplæring i grunnutdanningen til sykepleiere (Tyree et al 2005). Hall sier at en barriere for noen sykepleiere er å snakke om døden og involvere pårørende i samtalen om døden. Et annet funn av Hall var at barrierer for kommunikasjonen er at det er stor arbeidsbelastning, personalmangel, mange pleieassistenter, språkvansker, mer papirarbeid og at de ikke var trygg på hva de skulle rapportere (Hall et al 2011). Freemantle og Leherr hadde et funn der noen få av sykepleierne/legene ønsket ikke å snakke om døden. «*Det er for personlig, vekker andre minner eller innser vår egen dødelighet.*» Noen få nevnte pasientens kognitive tilstand som barriere mot samtalen (Lenherr et al 2012, Freemantle et al 2012).

Behov for omsorg og behandling.

Viktigheten av god omsorg. Dette var funn i 4 av artiklene (Freemantle et al 2012, Wille et al 2012, Gjerberg et al 2007, Seymour et al 2011). Wille, Seymour og Gjerberg mente at god omsorg ved livets slutt starter allerede ved innleggelsen i sykehjemmet der det første møtet danner grunnlaget for et trygt opphold og videre samarbeid med pasient og pårørende (Wille et al 2012. Gjerberg et al 2007. Seymour et al 2011). Dette blir støttet av Freemantle som sier at grunnleggende verdier i alt omsorgsarbeid er forankret i et tillitsforhold mellom pasienten og helsetjenesten slik at respekten for den enkeltes liv, integritet og menneskeverd blir ivaretatt (Freemantle et al 2012).

Lindring av symptomene. Dette ble nevnt av 5 forfattere (Wille et al 2012, Volker et al 2007, Gjerberg et al 2007, Freemantle et al 2012, Seymour et al). Wille, Seymour og Gjerberg mener at sykehjemmene skal beherske grunnleggende palliasjon for alle pasienter i sykehjemmet og utarbeide og kvalitetssikre prosedyrer for smerte- og symptomlindring. (Wille et al 2012. Seymour et al 2011. Gjerberg et al 2007).

Volker mente at EOL omsorg kan forbedres. Spesialsykepleiere som jobber med døende må administrere og levere omsorg som er konstruert for å lindre fysiske og eksistensielle plager som kan hindre en god død. Vi må også utvikle og anvende kunnskapsbaserte tiltak for døende (Volker et al 2007) .Gjerberg og Freemantle fant i sine studier at det å lindre symptomer i hele sin bredde ble ansett som viktig, god væskebehandling, godt munnstell, passe på å snu pasienten ofte, og sette inn tiltak for best mulig måte å redusere for eksempel pustebesvær og dødsralling (Gjerberg et al 2007, Freemantle et al 2012). Noe annet som er viktig er at mange pasienter er ikke i stand til å formidle subjektiv smerteopplevelse. Disse personene er avhengige av at omsorgspersonalet har evne til å tolke ikke-verbale tegn som kan tyde på smerte, og at dette blir fulgt opp med tiltak og behandling (Wille et al 2012). Seymour understreker dette med forskning som viser at eldre med kognitiv svikt sjeldnere får smertestillende behandling enn kognitiv velfungerende. (Seymour et al 2011).

Trygghet i omsorgen. 5 artikler støttet dette. Wille et al 2012, Volker et al 2007, Gjerberg et al 2007, Freemantle et al 2012, Hall et al 2011. Wille, Gjerberg og Freemantle mener at grunnleggende verdier i alt omsorgsarbeid er forankret i et tillitsforhold mellom pasienten og helsetjenesten slik at respekten for den enkeltes liv, integritet og menneskeverd blir ivaretatt (Wille et al 2012. Gjerberg et al 2007. Freemantle et al 2012). Wille og Volker mener viktigheten av god lindrende behandling må være basert på et helhetlig omsorgsprinsipp, som ikke bare innebærer medisinsk behandling, men også nærvær, støtte og forståelse i en krevende livssituasjon (Wille et al 2012. Volker et al 2007).

4.3 Sentrale forutsetninger for pleie og omsorg i palliativ fase.

Behov for kompetanse.

Et funn som kom frem var behov for kompetanse. I 5 av artiklene fokuseres det på at det er nødvendig med økt kompetanse i sykehjemmet. Dette mener Seymour et al 2011, Wille et al 2012, Gjerberg et al 2007, Freemantle et al 2012, Sandvoll et al 2012). Dette underbygger Seymour, Wille, Gjerberg og Freemantle med at kompetanse er en forutsetning for å sikre høy faglig kvalitet i sykehjem. Kunnskaper om forbedringsarbeid og systematiske planer for kontinuerlige kompetanseheving blant ansatte er viktig, spesielt palliativ behandling (Wille et al 2012. Seymour et al 2011 Gjerberg et al 2007 Freemantle et al 2012). Gjerberg mener at sykehjem som innehar nødvendig kompetanse og ressurser anses for å være en god arena for omsorg for døende. I livets siste fase vil det som regel være til pasientenes beste å få dø ved sykehjemmet (Gjerberg et al 2007). Wille støtter dette med at i kraft av sin kompetanse og profesjon skal sykepleieren lære opp andre faggrupper for å sikre god kvalitet på pleien til døende i sykehjem (Wille et al 2012). Legemangel på sykehjem er et tilbakevendende tema i artiklene og Seymour og Wille konkluderer med at mye ansvar tilfaller sykepleieren da det er vanskelig å få tilgang på lege i sykehjemmet (Seymour et al 2011. Wille et al 2012).

Behov for dokumentasjon.

Det siste funn jeg vil trekke frem er knyttet til dokumentasjon. I flere artikler er viktigheten av dokumentasjon for at legen kan gi adekvat hjelp trukket frem (Hall et al 2011, Freemantle et al 2012, Gjerberg et al 2007, Wille et al 2012).

Freemantle begrunnet det med å si at LCP viser en forbedring i dokumentasjonen og fikk bedre tilgang til effektive tiltak for symptomkontroll (Freemantle et al, 2012). Gjerberg underbygger dette med sitt funn som sier at for at man skal oppnå god symptomlindring må personalet observere systematisk og dokumentere og registrere (Gjerberg et al 2007). Hall sier i sin artikkel at GSFCH anbefaler bruk av en rekke vurderingsverktøy for å vurdere fysiske og psykiske symptomer, inkludert et verktøy spesielt for beboere med demens. (Hall et al 2011). Wille mener også at kompetanse for å kunne implementere teori til praksis er også nødvendig. Vi må ha en kompetanse som sikrer god systematisk dokumentasjon og kartlegging av pasientens behov og ønsker, sier hun. Sjansen for at pasienten blir innlagt på sykehus er større der pasienten er tilsett av en ukjent legevakt og der dokumentasjonen er mangelfull. Det siste funnet til Wille er at kunnskapen som de etter hvert opparbeidet seg gjorde det lettere å vurdere symptombildet, begrunne og dokumentere funnene slik at pasientene fikk raskere lindring mot sine plager (Wille et al 2012).

5.0 Diskusjon.

5.1 Metodediskusjon.

Hele tiden når jeg har arbeidet med denne oppgaven har jeg notert alt i en egen loggbok. Dette for å ha en oversikt over hva og hvordan jeg har gått frem, og som en sikkerhetskopi av de viktigste delene i oppgaven.

Innsamling av data.

Innledningsvis hadde jeg en del problemer med å finne nok artikler. Det hadde vært enklere om jeg hadde skrevet fra pasient eller pårørende perspektiv, der var det mange flere artikler. Jeg ønsket å finne artikler uten diagnose, bare gamle på sykehjem, men måtte velge en artikkel med demens da det er vanlig med den diagnosen i sykehjem. Jeg startet med sykepleier perspektiv men måtte utvide til helsepersonell perspektiv for å få nok

artikler. Da jeg startet søket på artiklene satte jeg krav på 5 år, der måtte jeg utvide ganske tidlig. Den eldste artikkelen er fra 2005 men jeg mente den var så god at den ble valgt til min litteraturstudie. En artikkel er et kvalitetsutviklingsprosjekt med utvikling av standard for omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem. Dette er ikke en forskningsartikkel, men den var den beste av alle og svarte på alle forskningsspørsmålene mine. Jeg har i søkene ikke avgrenset til alder på pasientene, da oppgaven handler om sykehjem var alle artiklene om eldre personer. De fleste artiklene var på engelsk, så jeg må ta ansvar for eventuelle feiltolkninger.

Kvalitetsvurdering og etisk godkjenning.

For å kvalitetssikre artiklene brukte jeg Kunnskapssenteret sine vurderings skjema. 7 av artiklene var kvalitative studier med dybde intervjuer. 1 artikkel var et kvalitetsutviklingsprosjekt med utvikling av standard for omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem. Prosjektet er basert på egne erfaringer samt nasjonale faglige anbefalinger. 1 er en dobbelt studie, kvalitativt studie og en postal undersøkelse, der bruker jeg bare den kvalitative delen. Den siste er en nonexperimental beskrivende, et spørreskjema ble utdelt på National Conferance for Nurse i 2001, der sykepleierne ble spurt om hvordan de snakker om end of life med pasientene. I og med det var et spørreskjema som ble delt ut til mange sykepleiere på en konferanse, er det en kvantitativ artikkel. Det å finne skjemaene og bruke de gikk greit, det vanskeligste var å finne ett som passet til kvalitetsutviklingsprosjektet, men endte opp med skjemaet til en oversiktsartikkel. Ikke alle artiklene hadde etisk godkjenning, men jeg tror de er godkjent da det er store studier og utgitt i anerkjente tidsskrifter.

5.2 Resultatdiskusjon.

5.2.1 Helsepersonells erfaring med bruk av standardiserte planer i palliativ fase.

Mine funn viser at end of life omsorgs plan som GSF(The Gold Standards Framework) eller LCP (Liverpool Care Pathway) ble beskrevet som god/godt. 46 boliger hadde en plan,

GSF/LCP eller en egen utviklet plan. De mente de på grunn av bruk av standardisert planer hadde god eller utmerket omsorg. De 4 som ikke hadde en plan mente de kunne bli bedre (Seymour et al 2011). Det at legene kunne foreskrive medisiner i forkant, ble presentert som noe av de nyttige sidene av LCP.

Det hindret unødvendige forsinkelser i medisin administrasjon også utenom vanlig arbeidstid (Freemantle et al 2012). Helse Bergen skriver at pleietiltak og oppstart av behovsmedisin, seponering av faste medisiner, psykisk støtte åndelig omsorg og at pårørende blir bedre ivaretatt med LCP (Helse Bergen). Hall sier at mange av verktøyene og oppgavene til GSFCH fokuserer på å forbedre kommunikasjonen mellom legene, spesialsykepleiere, hjemmesykepleien, fysioterapeuter, psykiatrisk sykepleier, sosialarbeidere og andre terapeuter. Sykepleierne i denne undersøkelsen følte også at de kunne gi en bedre symptomkontroll, også til demente pasienter. Videre mener hun at å ha en palliativ koordinator fungerer som et bindeledd mellom alle personene (Hall et al 2011). Jeg ser at en lege kan fungere som koordinator der det ikke er et palliativt team. Han kan forordne medisiner på forhånd så sykepleieren kan gi medikamenter når det er behov. Det å ha medisiner klare til eventuelt bruk, gjør sykepleieren tryggere. Da kan en sette i gang behandling når det er behov, uten å ringe legevakten først. Legene på legevakten kjenner ikke pasienten og noen er skeptisk til å sette i gang medisiner uten å se pasienten. Har vi en standard så er det en mye større sjans for at pasienten får det han har behov for. Har vi ikke en standard kan det være avgjørende hvilken sykepleier som er på arbeid og slik skal det ikke være.

Seymour skriver at gjennomføringen av LCP ble oppfattet å ha «glattet ut» standarder for end of life omsorg, noe som gjør dem mindre avhengige av de spesielle ferdighetene og kunnskapen om ansatte sine relasjoner med beboerne. Videre sier hun at LCP gjør dem mindre avhengige av spesielle ferdigheter og kunnskap (Seymour et al 2011).

Min erfaring tilsier at når en sykepleier har lært om palliativ behandling og pleie, og har oppøvd det kliniske blikk vet hun hva hun skal se etter i forhold til forandringer hos pasienten, om det er mer uro, virker han kvalm, smertepåvirket eller noe annet. De egenskapene kan forsvinne litt når en har en plan, en følger planen ikke egen intusjon. Allikevel mener jeg det er viktig at vi bruker en plan, men ikke bruke den ukritisk. Den er til hjelp, ikke en fasit for liv og død.

Hall mener at en barriere for kommunikasjonen er at det kan være stor arbeidsbelastning, personalmangel, mange pleieassistenter, språkvansker, mer papirarbeid og at de ikke var

trygg på hva de skulle rapportere. De fleste mente at LCP gjorde det lettere å kommunisere med pasient og pårørende. Spesielt gjelder dette når det var mange pleieassistenter på arbeid og mange snakket dårlig engelsk (Hall et al 2011).

Dette er et problem mange steder i Norge også. Det er mange med dårlig norskkunnskaper som jobber på sykehjem, pasienter ikke forstår hva de sier, da kan det lett bli misforståelser. I verste fall kan språkproblemer medføre at viktig informasjon går tapt mellom pasient og sykepleier, og at pasienten kan føle seg lite ivaretatt.

Noen funn viste at det var mer end of life omsorg for pasienter med kreft, enn for andre sykdommer som til eksempel demens (Seymour et al 2011).

Fortsatt tror mange at palliasjon er bare for kreftpasienter, men prinsippet kan overføres på alle (Rykkje 2010).

De fleste tror altså at palliasjon er for kreftpasienter, men det begynner å bli mer vanlig for andre pasientgrupper også. I praksis ser jeg at flere pasienter får medikamenter mot uro og smerter men utover det er det lite kunnskap. Med en palliativ plan kan vi ivareta de andre behovene også, åndelige og eksistensielle og psykiske behov.

Ved å innføre kvalitetskrav for pleie ved livets slutt kan dette bidra til å høyne kvaliteten på omsorgen til døende pasienter i sykehjem. Standarden fokuserer på symptomlindring, pårørende samarbeid, kommunikasjon og ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov, samt brukermedvirkning (Wille et al 2012).

Husebø mener det tidlig i forløpet må planlegges en god forberedende plan, noe som vil bidra til at alle er forberedt og arbeider mot det samme mål, en verdig avslutning (Husebø et al 2005).

En konsekvens av dette må bli at praksis må bli flinkere til å ta den samtalen før pasienten blir for dårlig til å komme med sine ønsker. Har avdelingen en plan kan en følge den og gjøre det beste for pasienten og eventuelt pårørende. Dette kan sikre kvaliteten på pleien og omsorgen som gis, og pasienten er med på å bestemme hvordan han vil ha det den siste perioden.

Nasjonale helsereformer for å forbedre omsorgen i sykehjem er gjennomført i mange land, også Norge. Brukerinvolvering blir sett på som særlig viktig (Sandvoll et al 2012).

Standard for palliasjon legger opp til at alle sykehjem skal beherske grunnleggende palliasjon og ha kvalitetsikrede prosedyrer for smerte- og symptomlindring og terminalpleie. Dette kravet gjelder også legene (Wille et al 2012).

Wille skriver at arbeidsgruppen i hennes prosjekt la til grunn erfaringsbasert kunnskap, anbefalinger fra forskning og områdene fra ESAS skjemaet for å definere domeneene som ble ansett som sentral for standarden. En standard med 10 domener og mål ble utviklet. Standarden ble integrert i kommunens kvalitetssystem og er gjort gjeldende som faglig standard for alle sykehjemmene i byen.

De 10 domeneene er: Kommunikasjon med pårørende, åndelige og eksistensielle behov, smerte, kvalme, angst/uro/delirium, pustebesvær og ralling, munntørrhet-ernæring og væsketilførsel, eliminasjon, sengeleie, når døden inntreffer rituale. Etter hvert domene er det mål for å gjøre det best mulig for pasienten (Wille et al 2012).

Disse domeneene er sentrale i den planen som helsepersonell ønsker å utvikle på det sykehjemmet jeg arbeider. Ved å sette opp disse domeneene kan vi komme langt i prosessen med å gjøre det bedre for pasienten, og ta vare på flere behov.

5.2.2 Sentrale områder for pleie og omsorg i palliativ fase.

Spørsmål om å starte eller avslutte livsforlengende behandling er viktig (Freemantle et al 2012, Gjerberg et al 2007, Wille et al 2012, Hall et al 2012). Her er det legen som skal bestemme om en skal behandle eller avslutte. Husebø mener at dette kan være etisk vanskelig for legen og det kan være at de behandler litt lenger enn det er behov for. For pasienten kan denne behandlingen f.eks. føre til mer ødem, lungeødem, pustevansker og smertefull behandling (Husebø et al 2005). Som sykepleiere må vi på den ene siden prøve å forhindre at pasienten blir utsatt for unødvendige belastende tiltak som livsforlengende behandling, transport til sykehus og at pasienten dør under transport til legevakten. På den annen side må vi passe på at pasienten får optimal palliativ behandling frem til han dør. Forberedende samtaler og en palliativ plan vil kunne være med på å ivareta dette (Verdighetssenteret).

Noen sykepleiere kan bli usikker og velger å legge inn pasienten når han er dårligere. En må hele tiden vurdere om pasienten er døende, er pasienten det skal han ikke på sykehuset. Foreligger det en plan ser en om pasienten ønsker en tur på sykehuset eller ikke. Stiller en spørsmålet til pasienten ønsker han oftest å få dø der han er kjent.

Gjerberg mener at pleiepersonalet må vise respekt for pasienten og pårørende. Pasienten skal også bli sett og verdsatt. Respekt kan vises ved å gi seg god tid under stellet, stemmebruk og håndlag, gjøre det fint rundt pasienten, skape ro inne på rommet og på avdelingen. Men det handler også om respekt for livssyn og pasientens og pårørendes ønsker for hvordan den siste fasen skal være (Gjerberg et al 2007). Respekten viser vi om det blir behandling der pasienten er kjent, ikke blir fraktet til sykehus de siste timer. Alle medisiner som ikke er for god palliasjon skal seponeres (Verdighetssenteret, Hall et al 2010).

En annen side ved det å vise respekt er at det er noen der når pasienten skal dø, gir trygghet (Wille et al 2012). Pasienten skal ha mulighet til å ha noen rundt seg når han skal dø (Verdighetssenteret). Avdelingen på sykehjemmet har mulighet til å leie inn en fastvakt som sitter hos pasienten når det går mot slutten. Ofte er det pårørende som ønsker å sitte der, men det er ikke alltid de sitter om natten. Jeg har erfaring med at dette er helt sentralt for at pasienten skal føle seg trygg. I tillegg anser jeg det som en menneskerett at en i Norge ikke er alene når en ligger for døden.

Pasienten ønsker ikke masse uro rundt seg, han ønsker fred og at han slipper å dø i smerte (Volker et al 2010). Flere er inne på at det å sikre optimal smerte og systemlindring er viktig (Verdighetssentralen, Gjerberg et al 2007). Det er ikke alle leger som tør å sette pasienten på nok medisin for å lindre smerten (Husebø et al 2005). Der tilgangen til lege var vanskelig, kunne de sette opp medikamenter på eventuelt medisiner, da fikk pasienten det han trengte når han hadde behov (Freemantle et al 2012).

Verdighetssenteret skriver at » *Legen har nøkkelen til himmelen eller helvete* ». Det verst tenkelige scenario er: fravær av kompetanse, engasjement, forståelse, gode holdninger og ansvar (Verdighetssenteret).

Oosterveld- Vlug sier at legen har ansvaret, men det er ofte sykepleieren som utfører handlingen. Det er viktig at en gjør det på en respektfull måte, da gir vi trygghet til pasienten.

Uverdigg kan det være for pasienten når en ikke får legestøtte eller når det er mangel på rett medisin eller mangel på informasjon og støtte (Seymour et al 2011). Freemantle trakk frem et eksempel på dette. En lege satte en pasient på LCP, en annen seponerte LCP for han trodde ikke på den, pasienten døde dagen etter (Freemantle et al 2012). En slik situasjon kan lett bli uverdigg for pasienten.

Uverdigg blir det også når en avdeling har lite bemanning eller dårlig tid til beboerne (Oosterveld-Vlug et al 2013). Et mål er å ha nok personale til å skape ro rundt pasienten (Hall et al 2011).

På et sykehjem er det viktig å ha tid til pasient og pårørende, dette har en blitt flinkere til ved å leie inn ekstra vakter når noen er kronisk syk eller døende. Da kan en unngå å gjøre det uverdigg for pasienten når de er i en slik situasjon.

5.2.3 Behov for samtale

Når livet går mot slutten bør man ta en samtale der man formidler at døden er nært forestående (Wille et al 2012). Det at en som helsepersonell informerer pårørende og pasient om hva som skjer er viktig. Har vi en struktur på samtalen gir det trygghet til pårørende og oss selv, vi vet hva som er informert om, pårørende vet hva som kommer til å skje (Dalene 2011). Det at sykepleieren hadde et skjema med punkter til samtalen, gjorde det lettere (Hall et al 2011). Funnene viste at det var lettere for sykepleierne som hadde videreutdanning eller kurs i EOL å snakke med pasient og pårørende om hva som kom til å skje (Tyree et al 2005). Husebø sier at vi må kunne videreformidle erkjennelsen om at pasienten er døende, da blir det lettere for pårørende å være til stede når døden inntreffer. Videre sier Husebø at når vi tar samtalen om hva som vil skje, informerer vi om hva vi kan gjøre for å hjelpe (Husebø et al 2005).

I forbindelse med slike samtaler er det viktig at sykepleieren har opparbeidet seg en trygghet for å videreggi en trygghet, og at hun bruker norske ord for at pårørende skal forstå. Vi kan informere om at får pasienten smerter, kan vi gi noe for smertene, er han urolig kan han få noe å roe seg på, er han kvalm kan han få noe for det (Dalene 2011, Husebø 2005). Det å inkludere åndelige og eksistensielle spørsmål i samtalen gjør oss flinkere til å høre om pasienten ønsker å snakke med prest (Leherr et al 2012). Klarer ikke pasienten å formidle dette må vi spørre pårørende om de tror pasienten ønsker dette (Husebø 2005, Dalene 2011).

Jeg ser det som viktig at praksis innfører en inkomstsamtale. Har vi en liste med punkt til samtalen kommer vi langt i forhold til at alle pasienter får likeverdigg omsorg, alle pasienter og pårørende får samme informasjon som individualiseres ut fra deres situasjon. Da har vi

et utgangspunkt når pasienten blir dårligere, og det blir lettere å vite hva pasienten ønsker av behandling.

Funn fra litteraturstudien viser at det er lite EOL opplæring i grunnutdanningen, noe som kan gjøre det vanskelig for sykepleieren å snakke om døden (Tyree et al 2005, Hall et al 2011, Leherr et al 2012). Leherr sier også at lite erfaring eller dårlig erfaring gjorde det vanskeligere å snakke om døden enn for de med lengre erfaring (Leherr et al 2012).

I følge Rykkje var de fleste pårørende fornøyd med omsorgen og pleien pasienten fikk, men ønsket mer informasjon og kommunikasjon (Rykkje 2010). Et av målene for verdighetscenteret er å sikre optimal kommunikasjon mellom pårørende, pasient og pleiepersonalet (Verdighetscenteret).

De fleste sykehjem har ikke tilgang på lege på kveld, natt og helg, da står ofte sykepleieren alene og må tørre å informere om pasientens tilstand og hva som kommer til å skje. Pårørende har ofte spørsmål om hva som kommer til å skje og hva vi kan gjøre. Det er viktig at vi som sykepleier kan svare på spørsmålene og at vi er trygg på det vi gjør.

Leherr, Freemantle og Hall mener det er flere årsaker til at det kan oppleves som vanskelig å samtale om døden. Et av funnene viste at det ikke er alle sykepleiere som ønsker å snakke om døden av personlige grunner (Leherr et al 2012, Freemantle et al 2012). Pasient og pårørende kan miste muligheten for å ta farvel hvis ikke sykepleieren er trygg på samtalen (Tyree et al 2005, Leherr et al 2012). En må da sørge for at andre kan ta denne samtalen. Økt arbeidsbelastning og dårlig bemanning kan også bidra til dårlig tid til samtalen (Hall et al 2011).

Helsepersonell må bli flinkere til å sette av tid til samtaler når en pasient er dårlig. Med en plan for samtalen vet en hvilket tema en skal snakke om, og da kan kanskje også den som mener det å snakke om døden er vanskelig, delta på samtalen. Noen mener det er vanskelig med spørsmål fra pårørende.

5.2.4 Pleie og omsorg.

Enda et viktig funn i litteraturstudien viser at grunnleggende verdier i alt omsorgsarbeid er forankret i et tillitsforhold mellom pasienten og helsetjenesten slik at respekten for den enkeltes liv, integritet og menneskeverd blir ivaretatt (Wille et al 2012, Gjerberg et al 2007, Freemantle et al 2012). Et tillitsforhold mellom pårørende og helsepersonell blir til

når pårørende ser at en gjør alt en kan for at pasienten skal ha det best mulig (Husebø et al 2005). God omsorg ved livets slutt starter allerede ved innleggelsen i sykehjemmet der det første møtet danner grunnlaget for et trygt opphold og videre samarbeid med pasient og pårørende (Wille et al 2012, Gjerberg et al 2007 Seymour et al 2011). Husebø skriver at hvordan pasienten blir møtt, kan ha mye å si for hvordan resten av oppholdet blir (Husebø et al 2005) Å bli møtt med respekt er viktig, vi kan vise at vi hører på det de har å si og respekterer deres valg (Freemantle et al 2012). Med en innkomstsamtale kan vi vise respekt for pasienten og gi han trygghet videre. Tillit er viktig i alle forhold, også når livet går mot slutten. Som sykepleier ser jeg nytten i å gjøre pasienten trygg for å kunne gi god omsorg. Er ikke pasienten trygg kan omsorgen bli vanskelig å få til på best mulig måte.

Sykehjem som innehar nødvendig kompetanse og ressurser anses for å være en god arena for omsorg for døende. I livets siste fase vil det som regel være til pasientenes beste å få dø ved sykehjemmet (Gjerberg et al 2007). I dokumentet fra Verdighetssenteret skrives det at mange sykepleiere nok er usikker og sender pasienter til sykehus i stedet for å hjelpe de på sykehjemmet. Den optimale omsorgen innbefatter gjentatte åpne samtaler med pårørende og pasient, pleiepersonell og leger (Verdighetssenteret). Volker mener at EOL omsorg kan forbedres. Spesialsykepleiere som jobber med døende må administrere og levere omsorg som er konstruert for å lindre fysiske og eksistensielle plager som kan hindre en god død. Vi må også utvikle og anvende kunnskapsbaserte tiltak for døende (Volker et al 2007). Sykepleieren viser en standard på sine handlinger som gjør at hun kan bli den andres tillit verdig. Hun utøver omsorgen i pleien ut fra en autoritetsstruktur med svak paternalisme. Med det menes at sykepleieren engasjerer seg i den andre med en sensitivitet i relasjonen som tar hensyn til den andres situasjon. (Martinsen.2005). Som sykepleier skal en utøve god sykepleie, det er kanskje ekstra viktig når pasienten er døende.

Det å lindre symptomer i hele sin bredde, godt munnstell, snu pasienten, og tiltak mot pustebesvær og dødsralling (Gjerberg et al 2007, Freemantle et al 2012). Godt munnstell lindrer tørste og snuing av pasienten forebygger sår (Husebø et al 2005). Rykkje skriver at norske leger og sykepleiere enda ikke er gode nok på symptomlindring og helhetlig omsorg (Rykkje 2010).

For at en skal bli best mulig vil jeg ha en plan på hva som skal gjøres og hvor ofte vi skal gjøre det. Da blir pleien og behandlingen dokumentert og pasienten vil ha et bedre utgangspunkt til å få optimal omsorg og behandling, noe som gir trygghet. Har vi ikke en

plan kan pasienten i verste fall få liggesår, føle ubehag med tørr munnhule og ønske å snakke med prest uten å få tilbud om det.

Mange pasienter er ikke i stand til å formidle subjektive smerteopplevelser (Wille et al 2012). Ved smertelindring hos eldre i livets slutfase bør en starte med små doser analgetika fordi de har mindre toleranse (Rykkje 2010). Husebø mener at opoider skal måles i effekt ikke i mg (Husebø 2005).

Det er også viktig å gi medisiner for dyspne, uro, kvalme og surkling. Alle medisiner bør og skal settes s.c (Dalene 2011, Verdighetscenteret).

God lindrende behandling er helhetlig omsorg, vi skal ta vare på alle problem, fysisk, åndelig, psykisk og eksistensielt (Wille et al 2012, Volker et al 2007).

Å gi helhetlig omsorg og trygghet er også at pasienten får snakket med sine nære, at han får mulighet til å få gjort opp sine tanker og kan dø i fred (Volker et al 2007).. Gjerberg mener at å leie inn fastvakt som kjenner den døende pasient gir trygghet. Kjent personell kjenner også behovene til den døende (Gjerberg et al 2007).

Dette ser jeg på mitt arbeidssted også, ikke alle kjenner oss på navn men de kjenner oss likevel. Dette gjør at de stoler på oss. Vi har tilbud om å få besøk av prest, men ser ofte at pasienten ikke har behov for dette. Det at vi kan sitte ned å prate litt kan være nok. Eller at de prater med sine pårørende.

De fleste er ikke redd for det å dø, men hvordan de skal dø er det de tenker på (Gjerberg et al 2007, Volker et al 2007). Benner & Wrubel sier at omsorg er den grunnleggende måten å være i verden på og all sykepleiepraksis går ut fra dette. Et omsorgsforhold gir rom for trygghet, den som blir vist omsorgen verdsetter den hjelpen og føler at noen har omsorg for han/henne (Benner & Wrubel.1989).

Husebø mener at de fleste eldre mennesker vet at det går mot slutten (Husebø 2005).

Har selv opplevd at pasienten sier de vet at de skal dø. Når de sier det er det greit å gå videre med en samtale om hvordan de ønsker det, om de ønsker samtale med prest, om de tenker på noe spesielt eller om de er redd for hva som skal skje. Jeg har bare positive erfaringer med denne samtalen. Pasienten blir ofte mer åpen om det en tenker på når en vet en skal dø. Som sykepleier må en bli flinkere til å snakke med pasienten og fange opp signaler og tegn som viser når det passer seg best.

5.2.5 Sentrale forutsetninger for pleie og omsorg i palliativ fase.

Et funn som utkrystalliserte seg her er at kompetanse er en forutsetning for å sikre høy faglig kvalitet i sykehjem. Kunnskaper om forbedringsarbeid og systematiske planer for kontinuerlige kompetanseheving blant ansatte er viktig, spesielt palliativ behandling (Wille et al 2012, Seymour et al 2012, Gjerberg et al 2007, Freemantle et al 2012).

« *Vi kan få det beste ut av legene, vi kan få de til å skrive opp hva vi ønsker å gi pasienten, så de siste dagene blir så smertefri som mulig*» (Freemantle 2012).

Siden mye ansvar tilfaller sykepleieren da det er vanskelig å få tilgang på lege i sykehjemmet (Seymour et al 2011, Wille et al 2012) mener jeg at for at pasientene skal få god pleie og behandling er det sentralt at det skjer en kompetanseheving på alle sykehjemmene i Norge. Dette støttes av at Seymour som skriver at 61,5 % av sykepleierne mente de ikke fikk den støtten de trengte fra legene for å få nok og god smertelindring. De som hadde LCP fikk mye bedre støtte av legene (Seymour et al 2012).

I Norske sykehus er det ett legeårsverk for hver annen seng, i sykehjem er det ett legeårsverk for 167 senger (Husebø et al 2005).

På den avdeling jeg jobber er det ikke lege på kveld, helg eller natt, men en kan ringe legevaktsentralen. Da oppleves det at en står som sykepleier alene med ansvaret. Har avdelingen en palliativ plan for pasienten kan en igangsette den når det er behov for det, uansett når på døgnet det måtte være.

Sykehjemmene skal beherske grunnleggende palliasjon for alle pasienter i sykehjemmet og utarbeide og kvalitetssikre prosedyrer for smerte- og symptomlindring (Wille et al 2012, Seymour et al 2011, Gjerberg et al 2007). Wille mener at noen sykepleiere har en vent å se holdning til smerteopplevelsen (Wille et al 2012). Jeg mener en slik holdning kan komme av for lite utdanning innen palliasjon. Flere sykepleiere mente de hadde gode rutiner på en opptrappingsplan med medikamenter, dette gjorde det lettere selv om de ikke hadde legen i nærheten (Gjerberg et al 2007). Seymour fant i sin forskning at lederen på sykehjemmet støttet sine ansatte til å gå kurs i EOL omsorg, selv om det ikke var kurs i nærheten (Seymour et al 2011).

Oppgaven å kunne legge til rette for å gi god symptomlindring og omsorg for alle pasientene på sykehjemmet er ett ledelsesansvar, og siden alle sykehjem skal beherske

grunnleggende palliasjon er det nødvendig at det utdannes nok kvalifisert pleiepersonell og at sykehjemmene utarbeider og kvalitetssikrer prosedyrer for smerte og symptomlindring og terminal pleie (Standard for palliasjon 2004).

Forskning viser at eldre med kognitiv svikt sjeldnere får smertestillende behandling enn kognitiv velfungerende (Wille et al 2012, Seymour et al 2011). Også her kan en spekulere i om årsaken skyldes manglende kompetanse om symptomlindring og symptomregistrering og at personalet derfor ikke kan beskrive, fortolke og begrunne smerteuttrykk (Wille et al 2012). Seymour har et funn som sier at det virker som det blir best EOL omsorg når det er kreftpasienter, og at blant annet blir pasienter med demens litt forbigått (Seymour et al 2011).

Her må en gjøre noe for at pasienter med demens også får god symptomlindring. Det er flere tegn til smerte som en kan observere, eller at en kan bruke et kartleggingsverktøy for å observere smerter på denne pasientgruppen. Alle har samme rett til god smertelindring. Når en ikke kan spørre pasienten om hva han vil, kan en spørre pårørende og jeg ser en er mer bevisst på dette. Det viser seg i mange tilfeller at pasienten, mens han var frisk, fortalte pårørende hva han ønsker. Med en slik tilnærming viser sykepleieren at hun ønsker å gjøre det beste for pasienten.

Wille påpeker at i kraft av sin kompetanse og profesjon skal sykepleieren lære opp andre faggrupper for å sikre god kvalitet på pleien til døende i sykehjem (Wille et al 2012).

I prosjektet til Wille lærte de uten erfaring mye av å se på de med erfaring, hvordan en snakket med pasient og pårørende. Jo mer en øver seg på å snakke med pasient og pårørende, jo tryggere blir man. En måte å gjøre dette på kan være rollespill, der de uerfarne kan lære av de erfarne.

5.2.6 Behov for dokumentasjon.

Et siste funn som utkrystalliserte seg var dokumentasjon.

For at man skal oppnå god symptomlindring må personalet observere, systematisk og det observerte må dokumenteres og registreres (Gjerberg et al 2007).

I en av artiklene stod det at i 66 % av tilfellene var ikke eventuell medisinen dokumentert med effekt. Ved ikke å dokumentere effekten kan pasientens sikkerhet trues. Når vi dokumenterer effekten, kan det gjennomføres medisinendringer og individuell medikament behandling. Freemantle mener at LCP viser en forbedring i dokumentasjonen og fikk bedre tilgang til effektive tiltak for symptomkontroll (Freemantle et al 2012).

Rønningen sier at behovslegemidler skal deles ut til pasienten ved akutte behov, Det er veldig viktig at det deles ut rett medisin, i rett dose, til rett tid. Sykepleierne dokumenterer at det er gitt medikament, men ikke alltid effekten av den. Når effekten var registrert, ble det brukt mange ulike ord som en kunne bli usikker på hva betydde. En bør ha enkle retningslinjer for hvilke ord en skal bruke. F.eks god, middels eller dårlig (Rønningen et al 2013).

Kunnskapen som sykepleierne i Wille`s undersøkelse etter hvert opparbeidet seg gjorde det lettere å vurdere symptombildet, begrunne og dokumentere funnene slik at pasientene fikk raskere lindring mot sine plager (Wille et al 2012).

Når en dokumenterer medikamentbruk kan legen se om det er behov for mer eller mindre av ulike medisiner. I tillegg slipper pasienten eventuelt å få flere små doser for å få god lindring.

Kompetanse for å kunne implementere teori til praksis er også nødvendig. Vi må ha en kompetanse som sikrer god systematisk dokumentasjon og kartlegging av pasientens behov og ønsker. Sjansen for at pasienten blir innlagt på sykehus er større der pasienten er tilsett av en ukjent legevakt og der dokumentasjonen er mangelfull (Wille et al 2012).

Jeg tror at innføring av en eller annen form for palliativ plan vil gi bedre dokumentasjon av pasientens problemer og behov og dermed vil gi en bedre palliativ pleie. Den dokumentasjon som er gitt i de ulike artiklene støtter dette.

6.0 Konklusjon.

De sykehjemmene som har en plan sier de gir god pleie og omsorg til pasientene, de kan foreskrive medisiner i forkant, noe som gir en trygghet til sykepleieren og god pleie og behandling til pasienten. Liverpool Care Pathway gjør det lettere å samtale med pasient og pårørende da den inneholder flere punkt for samtalen. Det er viktig at samtalen blir tatt tidlig slik at pasienten er i stand til å bli med, og det er viktig at denne samtalen dokumenteres. All medisinbruk må dokumenteres for bruk og effekt, dette er viktig for å oppnå god behandling.

Viser sykepleieren pasienten respekt, blir pasienten trygg. En plan/standard har mulighet for god symptom og smertelindring, noe som også kan gi pasienten trygghet, men vi må være ekstra oppmerksomme på demente pasienters behov, da de ikke kan gi uttrykk for smerte på samme måte. Som sykepleier er det også viktig å ta vare på verdigheten til pasienten helt til siste slutt.

Pasienten har også et behov for god omsorg og behandling. Pasienten ønsker ofte å dø på sykehjemmet der de er kjent i stedet for å bli sendt til sykehuset og det må vi ta hensyn til.

Helsepersonell må også bli flinkere til å snakke om døden og unngå livsforlengende behandling, da kan pasienten være trygg på at vi ønsker det beste for denne.

For å oppnå god kvalitet må en øke kompetansen til helsepersonellet, også i palliasjon.

Etter å ha lest og analysert artiklene, ser jeg viktigheten i å ha en plan for palliativ omsorg på den avdeling jeg arbeider på.

Litteraturliste:

Aakre, Marie.2011. Verdighet I praksis. *Tidsskriftet Helse Medisin Etikk* nr.4-2011.

Dalene, Ronny.2011. *Den døende pasient – pårørendesamtale*. Sykehuset Telemark.

Evans, David. 2002. Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal Of Advanced Nursing* 20(2):22-26

Freemantle, Allison., Seymore, Jane.2012 Why is LCP used for some dying cancer patients and not others? *Bio Med Central* 5;-524 (lest15/1)

Gjerberg, Elisabeth, Bjørndal, Arild. 2007. Hva er en god død i sykehjem? *Sykepleien Forskning* 2(3):174-180 (Lest 18/2-14)

Hall, Sue; Goddard, Cassie; Stewart, Frances; Higginson, Irene. 2011. *Bio Med Central. Geriatr.*; 11:31 (lest 13/3-14).

Haugen, Dagny F., Jordhøy, MS., Engstrand, P., Hessling, SE., Garåsen, H. 2006. Organisering av palliasjon i og utenfor sykehus. *Tidsskriftet Den Norske Lægeforening* , 126:329-32 . (lest 15/1)

Helse Bergen:Liverpool Care Pathway.(lest 15/1)

www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/klb/Sider/liverpool-care-pathway.aspx

Helsedirektoratet. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon I kreftomsorgen.

www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen/Sider

Helse og omsorgsdepartementet. NOU 1999

Holm, Marianne; Solvang, Ellinor; Sollesnes, Kari; Husebø, Stein. 2013. Lære for å gå videre. *Tidsskriftet Omsorg* . Nr. 1. (lest 17/1-14)

Husebø, Stein; Husebø, Bettina S.2005 Sykehjemmene som arena for terminal omsorg-hvordan gjør vi det i praksis? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening.*; 125:1352-4 (lest 15/1-14)

[Kaasa, Stein. \(red\) 2008. Palliasjon. Oslo. Gyldendal akademiske.](#)

[Lenherr, G; Meyer- Zender, Barbara; Kressig, Reto W; Reiter- Thell, Stella.2012. To speak or not to speak – do clinicans speak about dying and death with geriatric patients at the end of life? .*Swiss Medical Weekly*, 142:w13563 \(lest 13/3-14\).](#)

Lillemoen, Lilian., Velund, Ragnhild Ulseth., Østensvik, Elisabeth. Tiltaksplan for døende pasienter. *Sykepleien*.2011.(lest 15/2-14)

Lovdata. [www.lovdata](http://www.lovdata.no) .no

Martinsen, Kari. 2005. Samtalen, Skjønnnet og Evidensen. Akribes, Oslo. 1.utgave 4.opplag

Oosterveld-Vlug, Mariska; Pasma, H Roeline; van Gennip, Isis; Willems, Dick; Onwuteaka-Philipsen, Bregje D. 2013. Nursing home staff's views on resident's dignity – a qualitative interview study. *BMC Health Services Research* (lest 13/3-14).

Rykkje, Linda.2010. Gi eldre en verdig død. *Sykepleien, Fag palliasjon*. Nr.2.2010. (lest 15/2-14)

Rønning, Stine Wang; Bakken, Kjersti; Granås, Anne Gerd. 2013. *Sykepleien Forskning* 8(1):14-24. (lest 15/2-14)

Sandvoll, Anne Marie., Kristoffersen, Kjell., Hauge, Solveig. 2012. New quality regulations versus established nursing home practice: a qualitative study. (lest 16/1-14)

Seymour, Jane E, Kumar, Arun., Froggatt, Katherine. 2011. Do nursing home for older people have the support they need to provide end of life care? A mixed Methods enquiry in England. *SAGE Palliative Medicine* 25(2);125-38 (lest 15/1-14)

Statistisk Sentral Byrå . [www . ssb.no](http://www.ssb.no)

Steindal, Simen; Sørbye, Liv Wergeland. 2010. Er sykehjemmet et verdig sted å dø? *Tidsskriftet Sykepleien Forskning nr.2,2010;5:138-145* (lest 25/1-14)

Tyree, Tammy; Long, Carol ; Greenberg, Edward. Nurse Practitioners and end of life care Beliefs, Practices, and Perceptions. 2005. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. Volume 7 (1), January/February 2005, s.45-51 (lest 13/3-14).

Verdighetssenteret: Palliativ plan(Lest15/1)

www.verdighetssenteret.no/uploads/files/file_000133

www.verdighetssenteret.no/uploads/files/file_000131

Volker, Deborah L; Limerick, Michael. 2007. What constitutes a dignified death? The voice of oncology advanced practice nurses. *Clinical Nurse Specialist*. Volume 21(5), September/October 2007 pp 241-247 (lest 13/3-14).

Wille, Inger – Lise; Nyrønning, Signe. 2012. Omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem. *Geriatrisk Sykepleie* nr.3(Lest 18/2-14)

Søkeord	Treff	Dato	Database	Booler	Leste abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler
terminale	652	15/1-14	PubMed				
dying	24996						
Palliative care	48231						
End of life	45061						
Nursing home	68580						
Liverpool Care Pathway	168				1	1	1
Dying AND nursinghome	52	«	«	5 år, free full text	3	0	
Liverpool Care Pathway AND terminale AND nursinghome	0	«	«	«			
Dying AND end of life AND nursinghome	32	“	“	“	3	1	1
Samme søkeord som ovenfor.		19/2-14	SveMed				
Palliative care AND nursing home	52				14	11	1
		10/3-14	PubMed				
experience	435162						
Health professionals	49904						
Palliative plan	760						
End of life	45865						
nursinghome	68580						
dying	24996						
Health prof. AND pall.plan OR end of life AND dying	236						
La til nursinghome:	32	“	“		32	2	2
		11/3-14	Ovid				

			Nursing				
experience	440						
Health professionals	158096						
Palliative plan/end of life	7179						
lcp	12672						
End of life OR lcp AND exper.	454	“	“		74	4	1
End of life AND exper. AND health prof. OR nurse	37664				0		
End of life AND exper. AND nurse	92				25	6	2
		12/3_14	Manuelle søk I BMC (Bio Med Central)				
Dying and terminale					25	4	1
Dignity and end of life					24	3	1

Forfatter Tidsskrift År land	Tittel	Hensikt	Metode/ instrument	Deltaker e/ frfall	Hovedfun n	Kval itet	Et ikk
. Nr.1 Wille, Inger Lise; Nyrønning , Signe Geriatrisk sykepleie. Nr3.2012 Norge	Omsorg og behandlin g ved livets slutt i sykehjem	Implemente re standard for omsorg og behandling ved livets slutt i den hensikt å sikre kvalitet på tjenesten.	Kvalitetsutvikli ngsprosjekt ,sy kehjemsansatt e og en palliativ enhet utviklet en standard for omsorg ved livets slutt i sykehjem. De var med i kurs og fikk en kompetansehe ving som ble formidlet til de andre.	10 sykepleie re og hjelpeple iere var med fra Trondhei m (Bergen var også med.)	Kunnskap en de tilegnet seg gjorde det lettere å vurdere symptomb ilde. De klarte å formidle når pasienten hadde det vondt. Ble flinke å dokument ere, så legen kan gi god behandlin g.	Vel dig god	?
Nr.2 Volker, Deborah; Limerick, Michael. Clinical Nurse Specialist. Volum 21(5) 2007 USA	What concitutes a didnified death? The voice of oncology advanceed practice nurses.	Formålet var å utforske begrepet verdigg døende fra onkologi sykepleiere.	Kvalitativ studie med intervju. Dette ble kombinert med to store studier fra data om end of life omsorg.	19 onkologi sykepleie re med et snitt på 17 års erfaring.	Vi må kjempe for å beholde verdighete n til pas. Pas. Ønsker ikke oppstyr, vil ha det rolig med familien rundt seg når døden kommer.	God	?

					Helhetlig omsorg.		
Nr.3 Sandvoll, Anne Marie; Kristoffersen, Kjell. Hauge, Solveig. BMC Nurse 2012. USA	New quality regulation versus established nursing home practice: a qualitative study.	.Bruk av foreskrifter og kvalitetsindikatorer i norske sykehjem. Sykepleiepraksis og impletering av det nye regelverket	Kvalitativ studie med et etnografisk design. Deltakende observasjon ble gjort i to sykehjem.	45 Sykepleiere og hjelpepleiere ble observert, 10 ble intervjuet på slutten	Mye av pleien utføres av rutine. Ansatte kjenner alle rutinene og pas.behov. Rutinen gjør dagen forutsigbar for pas.og personalet	God	Ja
Nr.4 Seymour, Jane. Kumar, Arun. Froggart, Katherine. 2011. Palliative Medicine . England	Do nursing homes for older people have the support they need to provide end of life care? A mixed methods enquiry in England.	Identifisere ytre påvirkninger på kvaliteten av end of life omsorg i sykehjem.	2 kvalitative case studier, og en postal undersøkelse.	I case studien ble det intervjuet 7 ansatte og 10 ekstern ansatte. Postal undersøkelsen er av ledere av 180 sykehjem, 82 ble med. (46%)	Behov for trygghet og erfaring er viktig. Rett medisin og god støtte av leger også. De som hadde LCP hadde flest «gode»opplevelser. Dårlig opplæring, dårlig støtte av almenne leger til rett medisin og støtte	God	Ja

					til end of life.		
Nr.5 Gjerberg, Elisabeth. Bjørndal, Arild. Sykepleien Forskning, 2007 Norge	Hva er en god død i sykehjem?	Ønsket mer kunnskap om hva som betegner en god død og hva som må ligge til rette for å få det til.	Intervjuguide med 5 åpne spørsmål. 5 sykehjem i 4 helseregioner har deltatt.	8 sykepleiere, 3 hjepepleiere, to leger og en prest.	At pasient og pårørende blir sett er viktig og grunnleggende. God smertelindring, også en opptarappingsplan ved behov. Trygghet med at pasienten ikke var alene siste tiden. Samtaler om hva som skjer.l	God	Ja
Nr.6 Tyree, Tammy; Long, Carol; Greenberg, Edward. Journal of Hospice & Palliative Nursing. Volume 7(1) 2005. USA	Nurse Practitioner and End of Life Care: Beliefs, Practices and Perceptions.	.Ville se om sykepleiere var flink til å snakke om End of Life.	Nonexperimentel beskrivende forskningsdesign. Et spørreskjema ble utdelt på National Conference for Nurse i 2001.	607 sykepleiere fikk skjemaet, 333 svarte.	Utdanning eller lang erfaring gjør sykepleieren tryggere til å snakke om døden med pasientene. Personlige dårlige erfaringer kan gjøre det vanskelig.	God	Ja

Nr.7 Oosterveld- Vlug, Mariska; Pasman, H Roeline; van Gennip, Isis; Willems, Dick; Onwuteaka- Phillipsen, Bregja. BMC Health Services Research 2013:13: 353 USA	Nursinghomes staff's views on resident's dignity- a qualitative interview study.	Målet er å studere ansatte på sykehjem, hvordan de fremmer verdigheten til pasienten, og hvordan den bevares.	.Kvalitativt studie med spørreskjema.	.13 leger og 15 sykepleiere.	Det kan være vanskelige å miste selvstendigheten brått enn gradvis. Sykepleieren må vise respekt for pas. under stell o.l. Dårlig bemanning og lite tid kan gi uverdighet.	.God	Ja.
Nr.8 Leherr, G; Meyer- Zehnder,B ; Kressig, Reto, Reiter- Theil, Stella. Swiss Medical Weekly 2012. 142:w135 63 Sveits	To speak or not to speak- do clinicals speak about dying and death with geriatric patients at the end of life?	Er sykepleiere og leger flinke nok til å snakke med døende pasienter om hva som skal skje.	Intervju studie.	.14 leger og 17 sykepleiere.	Sykepleier /leger er ganske flinke til å snakke med døden. Tar også vare på pas. åndelige og følelsesmessige nivå. Pasientens kognitive tilstand kan være en barriere.	God	Ja.

Nr.9 Freeman t,Allison Seymour, Jane 2012 Bio Med Central 5;524 England	Why is the LCP used for some dying cancer patients and not others?	4 av 6 pasienter hadde LCP. Studien viser at det er behov for en beredskap splan for å sikre pasienten e. Identifiser e faktorer som påvirker helsearb.v edtak om gjennomfø ring av LCP. Om LCP støtter/ikk e støtter omsorg til døende.	Kvalitativ metode. Brukte intervju for å komme I dybden . 11 leger/sykepleier e ble dybde intervjuet. En til en intervju.	6 case, med døde pasienter . 11 leger/syk epleiere .	LCP gir trygghet de siste dager/tim er. Man kan ta en pasient av LCP. Det er en trygghet for helsepers onell. Uten LCP ble legetilsyne t mer tilfeldig.	God . Lite n stu die me d 6 cas e.	Ja

Nr.10 Hall, Sue; Goddard, Cassie; Stewart, Frances ;Higgins on, Irene. BMC Geriatric	.Implenti ng a quality improve ment program me in palliative care in care homes- a qualitativ e study.	Fordeler og hindringer for gjennomfø ring Gold Standard Famework for Care Homes.	Semistrukturert e intervju med ansatte i omsorgsboliger/ sykehjem. 9 omsorgsboliger med GSFCH.	9 sykehjems ledere, 8 sykepleier e og 9 pleieassist enter.	GSFCH ga fordeler. Forbedret symptomko ntroll. Økte kompetans en. Snakket mer seg imellom og med pasientene.	God	Ja
---	--	---	--	--	---	-----	----

c 2011;1 1:31 USA							
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--