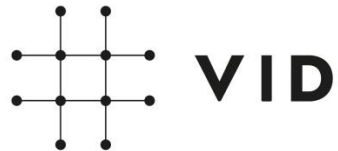


Kandidatnummer: 8.
Tittel på oppgaven: Omsorg til siste slutt.
Emnekode: AG 7040 – 1.
Innleveringsfrist: 06.05-20.
Antall ord: 8743.



**«Omsorg til siste slutt»**

VID vitenskapelig høyskole

Campus Haraldsplass

Kandidatnummer: 8.

Fordypningsoppgave - Systematisk litteraturstudie

Videreutdanning i Avansert Gerontologi

Kull: 2018/2020 - Deltid

Antall ord: 8743.

Dato: 06.05.2020.

## **Forord**

*” Det betyr ikke så meget  
hvordan man er født,  
men det har uendelig meget å si hvordan man dør.”*

*- Søren Kierkegaard*

## **Sammendrag**

**Tittel:** Omsorg til siste slutt

**Hensikt:** Formålet med denne litteraturstudien var å undersøke sykepleiernes erfaringer med døende beboere i sykehjem. Ved å belyse tema gjennom et sykepleieperspektiv får jeg innblikk i deres arbeidshverdag. Erfaringene kan bidra til økt kunnskap om hvilke forutsetninger som må ligge til grunn for å kunne gi en optimal pleie og omsorg til beboere ved livet slutt i sykehjem.

**Forskningsspørsmål:** Hvilke erfaringer har sykepleiere med utførelse av pleie og omsorg til beboere ved livets slutt i sykehjem.

**Metode:** En systematisk litteraturstudie ble gjennomført. Åtte forskningsartikler ble funnet gjennom søk i ulike databaser. Seks av artiklene er kvalitative, og to er kvantitative.

**Hovedfunn:** Seks Hovedfunn belyser sykepleiernes erfaring med utførelse av pleie og omsorg til beboere ved livets slutt i sykehjem; *Kompetansebehov, Tidspress, emosjonell påvirkning, ressursmangel, ivaretagelse av pårørende og kommunikasjon*. Sykepleierne beskrev et felles ønske om at pleien til den døende pasienten skal være av ypperste kvalitet: men ulike utfordringer innenfor disse områdene gjør dette arbeidet vanskelig.

**Konklusjon:** Sykepleierne ga uttrykk for å ha et svært sammensatt ansvarsområde og et stort faglig ansvar mot slutten av pasienten liv. Sykepleierne ønsket å bruke mer tid på den døende pasienten og deres pårørende, men funn viser at krav om effektivitet, tidspress og mangel på ressurser oppleves som et hinder for å gi pleie og omsorg av god kvalitet.

**Nøkkelord:** Sykepleiere, erfaring, pleie og omsorg , livets slutt, sykehjem og pårørende.

## **Summary**

**Title:** Caring to the end

**Purpose:** the purpose of this study literature study was to examine the experiences of nurses with dying residents in nursing homes. By illuminating topics through a nursing perspective, I gain insight into their workday. These experience can contribute to increased knowledge of the preconditions that must be used in order to provide optimal care and care to residents at end of lives in nursing homes.

**Research question:** What experiences do nurses have with the performance of care and care to residents at the end of live in nursing homes.

**Method:** A systematic literature study was conducted. Eight research articles were found through searches in various databases. Six of the articles are qualitative, while two are quantitative.

**Study contribution:** The nurses expressed a very complex area of responsibility and a great professional responsibility towards the end of the patient's life. The nurses wanted to spend more time on, dying patients and their relatives, but findings showed that demands for efficiency, time pressure and lack of resources are perceived as an obstacle to providing good quality care and care.

**Key words:** Nurses, experience, nursing home, nursing and care, Communications and relatives.

## INNHALDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING .....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	2
1.2	Problemstilling .....	3
1.3	Begrepsavklaring.....	3
1.4	Avgrensing .....	3
2	TEORI .....	4
2.1	Sykepleiers rolle ved livets slutt .....	5
2.2	Hvordan ivareta beboer og pårørende.....	6
2.3	Lover og retningslinjer ved livets slutt.....	7
2.4	Organisatorisk kompetanse og ledelse.....	7
3	METODE .....	9
3.1	Litteratursøk .....	9
3.2	Kritisk vurdering.....	10
3.3	Metodekritikk .....	10
4	RESULTAT .....	11
4.1	Dying patients in nursing homes: nurses provide «more of everything»,and are «left to deal with everything on their own». ....	11
4.2	What is it so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses' experiences. ....	11
4.3	Ethical Challenges in nursing homes - staff's opinions and experiences with systematic ethics meetings with participation of residents' relatives.....	12
4.4	Nursing care for patients on the egde of live in nursing homes: obstacles are overshadowing opportunities.....	12
4.5	Caring for dying patients in the nursing home: voices from frontline nursing home staff. 13	
4.6	Knowledge of palliative care and attitudes towards nursing in the dying patient. ....	13
4.7	Palliative Care culture in nursinghomes: the relatives`perspective.....	13
4.8	Omsorg under press i sykehjemspasienters siste livsfase.....	14

4.9	Sammenfatning.....	15
5	DISKUSJON.....	16
5.1	Sykepleiers kompetansebehov ved livets slutt .....	16
5.2	Sykepleieres følelsesmessige reaksjoner i møte med døende.....	18
5.3	Sykepleiers faglige ansvar under Tidspress .....	19
5.4	<i>Sykepleiers ansvar i møte med forberedende samtale.....</i>	21
5.5	Kommunikasjon i relasjon mellom sykepleier, beboer og pårørende .....	23
6	KONKLUSJON.....	26
6.1	Forslag til videre forskning.....	27
	LITTERATURLISTE.....	28

**VEDLEGG 1 – Søketabeller**

**VEDLEGG 2 – Resultattabell**

## 1 Innledning

Denne fordypningsoppgaven handler om sykepleiers erfaringer med utøvelse av pleie og omsorg til beboere ved livets slutt i sykehjem. På bakgrunn av min praksis som sykepleier opplever jeg at mine arbeidsoppgaver i større grad enn tidligere omhandler å gi pleie og omsorg til døende beboere. Å følge mennesker til døden er både en meningsfull og krevende oppgave. Når vi arbeider med mennesker, gjør vi oss delaktige i deres liv, og kvaliteten av våres delaktighet kan derfor ikke tas lett på (Skau, 2013, s.15). I pleie og omsorg for den døende pasienten har sykepleiere lover, retningslinjer og prinsipper som er førende for den kompetansen som skal utøves (Bondevik, 2012, s. 409).

I de Yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2018, s. 8) står det: «Sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse. Sykepleieren deltar aktivt i beslutningsprosesser om livsforlengende behandling, og bidrar til at pasientens stemme blir hørt, og sykepleieren bidrar til en naturlig og verdig død, og at pasienten ikke dør alene.»

Som sykepleiere har vi en særskilt rolle i arbeidet med døende og deres pårørende, fordi vi har en døgnkontinuerlig oppfølging av beboere og må håndtere komplekse problemstillinger knyttet til sykdom og død (Svendsen, Landmark & Grov, 2017, s.2). Gjennom faglig kompetanse og forsvarlighet, samt med den omsorg som blir gitt, skal sykepleiere bidra til at den siste tiden av livet til beboeren blir best mulig (Bondevik, 2012).

FN har utarbeidet en erklæring om den døendes rettigheter, «The Bill of Rights» (NOU 1999: 2, 1999). Disse rettighetene omhandler å få sine meninger hørt, hvordan bli behandlet rett og til å få dø i fred med verdighet.

Jeg ønsker at denne oppgaven skal kunne bidra med kunnskaper om hvilke forutsetninger som må ligge til grunn for at døende beboere skal få en optimal, pleie og omsorg ved livets slutt i sykehjem.



## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Omsorg ved livets slutt innebærer å ta hensyn til individets individuelle behov slik at respekten for den enkeltes liv, integritet og menneskeverd blir ivaretatt (Hjort, 2013, s. 447). Dette er verdier som kan påvirkes når krav om effektivitet og økonomi står i spissen, da en daglig må gå på akkord med sine faglige vurderinger av beboere sine behov og ikke får mulighet til å følge opp disse behovene (Kirkevold, 2013, s.176). Ifølge Orvik (2015, s.131) «er tidspresset den enkeltfaktoren som i størst grad truer integriteten til de ansatte». Dette kan føre til flere utfordringer og vanskelige dilemma der vi som sykepleiere må veie faglige, menneskelige og etiske forhold (Orvik, 2015, s.130).

Sitatet som jeg innledet oppgaven med avslutter med «Det har uendelig meget å si hvordan man dør.» Sykehjemmet kan for mange være et godt sted frem til det siste, dersom beboere blir møtt med respekt, gode holdninger og en helhetlig omsorg (Kirkevold, 2013, s.226). Som sykepleier ønsker jeg å kunne yte den beste mulige omsorgen, slik at beboerne føler seg sett, hørt og trygg. For å kunne støtte og hjelpe mennesker på sitt mest sårbare, med medmenneskelighet og omsorg må en allerede under det første møte, lytte til beboers historie. Da vil den som hjelper vise at en er interessert, engasjert og tillit verdig (Hummelvoll, 2014, s.431). Har sykepleier en interesse for deres livshistorie kan de bidra til at identitet og verdighet hos pasienten opprettholdes på slutten av livet (Rykkje, 2010).

De siste viktige valgene en gjør som menneske, blir gjerne gjort mot livets slutt. Da er det viktig hvordan et menneske blir møtt den siste tiden, da det vil være avgjørende for opplevelsen omsorg ved livets slutt (Hjort,2013).

Temaet anser jeg som sykepleiefaglig relevant etter som pleie og omsorg er en sentral oppgave i sykepleierens kjernekompetanse som kliniker (Orvik, 2015).

## **1.2 Problemstilling**

Med utgangspunkt i studiens hensikt har følgende problemstilling vært ledene:

*«Hvilke erfaringer har sykepleierne med utførelse av pleie og omsorg til beboere ved livets slutt i sykehjem?»*

## **1.3 Begrepsavklaring**

Et uttrykk som brukes mye, er terminal omsorg. Ifølge Hjort (2013) er dette et uttrykk som lyder for teknisk, og mange skjønner ikke hva ordet betyr. Det er også min erfaring når det gjelder beboere og pårørende. Jeg ønsker å bruke uttrykket pleie og omsorg i livets slutfase, da det ifølge Hjort (2013, s.448) dekker sider ved livets slutt som: Helhetlig pleie og sykepleie menneskelig omsorg. Det at en beboer er døende betyr at døden nærmer seg, og vil inntreffe i løpet av timer eller dager (Helsedirektoratet, 2019). Noen kliniske observerbare trekk: Personen blir sengeliggende, slutter å ta til seg mat og drikke, og etter hvert mindre kontaktbar. Overfladisk respirasjon, opphør av urin og tarmaktivitet og synlig redusert blodsirkulasjon (Brenne og Dalene, 2016, s. 638).

## **1.4 Avgrensing**

Opgaven er begrenset til beboere i en avklart slutfase i sykehjem, når døden nærmer seg og tiden er inne for å innlede pleie og omsorg ved livets slutt. Det er registrert 16 494 personer i alder fra 80 – 89 år som bor på sykehjem (Statistisk Sentralbyrå, 2018). Jeg vil ikke avgrense til en spesifikk alder. Det blir ikke fokus på diagnoser eller legemidler, men dødsfall som skjer av naturlige årsaker. Sykepleie menneskelig omsorg, og pårørende vil følge oppgaven da det er en naturlig del og oppfølging av sykepleien til beboerne. Jeg har valgt å bruke Kari Martinsen sin omsorgsfilosofi i oppgaven, da den vektlegger at sykepleiere skal ha et reflektert forhold til verdier og prioriteringer i helsevesenet, der sykepleier er henvist til beboer med en fordring om å gjøre den enkeltes situasjon best mulig (Martinsen, 2009, s.164).

## 2 Teori

Sykepleierteori som knytter oppgaven til problemstillingen vil være en teori som omhandler relasjoner mellom sykepleier og beboer. Gjennom forskningsartiklene og egen praksis har jeg sett hvor viktig det er å kunne «lese» pasienten når de ikke selv er i stand til å uttrykke sine behov. Jeg har derfor valgt å legge vekt på Kari Martinsens omsorgsfilosofi og om nødvendigheten av at sykepleier møter den andre ved å være sansende og sårbart til stede (Martinsen, 2009, s.153).

Martinsen (2009) beskriver i sin omsorgsfilosofi selve omsorgen som er et grunnleggende fenomen ved den menneskelig eksistens og samhandling. Uten omsorg har menneskeverdet liten verdi (Martinsen, 2009, s. 137). Martinsens sykepleietenkning, baserer seg i hovedsak på en verdioppfatning der det er fundamentalt at et menneskeliv består av relasjoner. Vi mennesker er avhengige av hverandre, og dette blir fremtredende når den ene parten trenger hjelp (Martinsen, 2009, s.138). I flere av sine bøker omtaler Martinsen filosofen Løgstrup som en inspirasjonskilde. Løgstrup stilte spørsmål om hvordan man kunne bekjempe en samfunns lidelse, og hva som kan gjøres for at helsevesenet i Norge ikke skal bli helt rasert ved økonomiske innsparinger og hjelpe de som selv ikke har en stemme til å bli hørt (Martinsen, 2008).

Martinsens (2018, s. 21) skriver: «Det er først når en lar seg stanse, at det hellige kan få rom». Tidsrelate krav, og skyldfølelse av å ikke strekke til, der hverken pasienten eller sykepleiers tid blir akseptert, er farlig på mange måter hevder Martinsen (2018, s.45). Dermed kan sansingen for det hellige møte bli satt i en trengt posisjon i dagens moderne samfunn (Martinsen, 2018, s. 37). Tempoforøkelsen sammen med ny teknologi gir ikke en utvidet tid som kan senke livstempoet, slik at en som hjelper får mere tid til pasientene, men gir heller et påbud om at helsepersonell må skynde seg enda mer, og det er det som er den paradoksale effekten hevder Martinsen (2018, s.42). Men hvis vi ikke forsøker å se eller erfare en situasjon på andre og nye måter klarer vi heller ikke å endre rom der pleien kan finne «samklang med pasientens kropp og forme tiden til en tilstedeværende tid» (Martinsen, 2018 s.110). Det er noe annet enn bare å dokumentere at du har vært der (Martinsen, 2018). Det forutsetter en vilje til å la seg «rope opp av fordringen fra den andre», være åpen for de inntrykk situasjonen gir i å vinne andre eller nye erfaringer (Martinsen 2018, s. 99). Tidspress og krav til effektivitet preger hverdagen. Tidsakslerasjon kan

føre til at det blir liten oppmerksomhet mot at noe kan være hellig. Helsepersonell får vanskelig utført det de ønsker: omsorgen for pasienter og pårørende (Martinsen, 2018, s. 46).

## **2.1 Sykepleiers rolle ved livets slutt**

Ifølge Martinsen (2015, s. 82) vektlegger hun særlig sykepleiers ansvar for personer som lider, er svake eller er avhengig av omsorg på grunn av sykdom og alder. Pleie og omsorg ved livets slutt reiser store utfordringer og kan romme mange vanskelige etiske dilemma for sykepleierne. Viktig kompetanse kan utvikles gjennom refleksjon etter inntrykksfulle møter med beboere. Slik utvikler sykepleiere god kunnskap om hva som skjer i livets slutt (Brenne & Dalene, 2016, s. 324). Integritetsbevarende sykepleie er ikke bare avhengig av den enkelte sykepleiers holdninger, kunnskap og ferdighet, men også av en ledelse som må skape rom for å virkeliggjøre den i en hektisk hverdag (Kirkevold, 2013, s. 99). Integritet og arbeidsmiljø må tas alvorlig, da de helsemessige konsekvensene kan bli betydelige, hvis sykepleierne opplever at de ikke får nok tid til å gi den omsorg beboer har behov for (Orvik, 2015, s. 130).

For å kunne yte en god sykepleie «må utgangspunktet være å forstå beboers lidelses- og livshistorie, og fremme hans livsmot» (Martinsen, 2015, s.84-85).

En må hele tiden huske på den menneskelige omsorgen for beboer og pårørende. Kommunikasjon er avgjørende, og en bør hele tiden forklare hva en gjør og hvorfor for å formidle trygghet. Det vil alltid være vanskelig å se mennesker lide og dø. Hvert eneste dødsleie er unikt. Pasient og pårørende må oppleve at de er spesielle og får omsorg på sine premisser (Hjort, 2013, s. 454). Det er i disse situasjoner sykepleiere berøres på det emosjonelle plan. Erfarne sykepleiere må også huske på at personale kan trenge menneskelig omsorg, spesielt i sykehjem der det ofte jobber unge og uerfarne pleiere. Særlig viktig er å sørge for at ingen dør aleine, selv om det noen ganger ikke er til å unngå, fordi pasienten dør brått og uventet. Det er derfor viktig å tidlig registrere åndelige /eksistensielle behov da beboer fremdeles har krefter til å svare på disse spørsmål. Slik kan tiltak tidlig iverksettes og beboers ønsker og behov ivaretas (Hirsch & Røen, 2016, s. 322). Sykepleiere har ansvar for at beboeres åndelige og eksistensielle behov ivaretas, og vi må selv

være villige til å ta disse personlige samtaler selv om vi ikke er troende selv. Dette kan være med å formidle trygghet i livets slutfase (Hirsch & Røen, 2016, s. 322).

## **2.2 Hvordan ivareta beboer og pårørende**

Pleie og omsorg ved livet slutt har alltid to sider. Den ene er selve døden og tap av et familiemedlem som nesten alltid har pårørende eller nære venner. Den andre siden er måten dødsfallet skjer på, både for den døende og pårørende (Hjort, 2013). En god omsorg til beboer og familien ved livet slutt må være grunnleggende for å sikre at den som dør forlater livet så fredfylt som mulig (Brenne & Dalene, 2016, s. 638). Mange ganger enda viktigere for de pårørende, da det er de som skal leve videre med minnene (Hjort, 2013, s.449). Den døende og de pårørende må få utrykke sine behov og ønsker. God kommunikasjon om selve dødsprosessen har derfor stor betydning for at beboer og pårørende skal føle seg trygg nok til å kunne utrykke sine behov. Men da må vi huske på at kommunikasjon er noe mer enn informasjon. Informasjon er å snakke til folk, mens kommunikasjon er å snakke med dem (Eide & Eide, 2012, s.292). For en god del av beboere på sykehjem er tidlig kartlegging viktig for en optimal livskvalitet ved livet slutt. For at beboer og de pårørende sine ønsker, verdier og preferanser skal ivaretas planlegges det forhåndsamtaler som det kalles på norsk, advance care planning på engelsk (Brenne & Dalene, 2016, s. 639). Slike samtaler kan være vanskelig og krever et avskjermet rom for å oppnå en god kontakt. Som sykepleiere må vi også tenke over håpet og hva det betyr for det enkelte menneske. Da er det viktig å følge beboer og pårørende på denne siste reise, ved å sørge for at det alltid er noe å håpe på. «Det siste håp er håpet om en god og smertefri død» (Hjort, 2013, s. 450). Ved å snakke åpent om døden og om uopplarte eksistensielle spørsmål kan den døende og pårørende få mulighet til å rydde opp i eget liv, samtidig som helsepersonell støtter beboer i sin søken etter fred (Brenne og Dalene, 2016, s. 641).

### **2.3 Lover og retningslinjer ved livets slutt**

Pasient og brukerrettighetsloven formål er: «Å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter ovenfor helse- og omsorgstjenesten» (Pasient og brukerrettighetsloven, 2018).

Som sykepleiere er vi forpliktet til å følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleieforbund (NSF), 2016). De etiske retningslinjer sier blant annet at sykepleiere skal ivareta retten til medbestemmelse, lindre lidelse og bidra til en verdig og naturlig død.

I FNs erklæring om den døendes rettigheter, står det at døende har rett til å bli behandlet som et levende menneske til døden inntreffer, og delta i avgjørelser rundt egen behandling. En har rett til å slippe å dø alene og få en verdig og fredfull død. Den døende har rett til kontinuitet i sin behandling, og til å bli behandlet av omsorgsfulle, medfølede og kyndige mennesker (NOU 1999:2, s. 34-35).

Ved siden av de yrkesetiske retningslinjer er den enkeltes sykepleieres egne verdier også basis for etisk refleksjon. Man kan skille mellom egne verdier som er lett å anerkjenne, og verdier som er vanskelig å akseptere. Viktig å reflektere over, for i praksis er det ikke gitt hvilke verdier som styrer sterkest (Molven, 2012, s. 70).

### **2.4 Organisatorisk kompetanse og ledelse**

Som sykepleiere på sykehjem jobber vi og møter på mange og ulike rolleforventninger. Sykepleierne har også store forventninger til seg selv om hva de skal kunne og mestre (Kirkevold, 2013). Økende kompleksitet i helsetjenesten påvirker den kliniske hverdagen (Svendsen, Landmark & Grov, 2017). For helsepersonell er pasientens behov den fremste autoriteten i arbeidet, og det krever et våkent kritisk, klinisk blikk, koordinering og samarbeid på tvers med andre profesjoner (Orvik, 2015, s. 62-63). Rollekonflikter kan oppstå når pasient og pårørende forventer at sykepleiere skal ha god tid, vise forståelse og empati, mens arbeidsgiver forventer at vi er effektive, med et høyt tempo. Da vil vi som sykepleiere ha behov for en god organisatorisk kompetanse. Orvik (2015, s. 17) skriver: den kliniske kompetanse er en kjernekompetanse, men

aleine ikke nok for å utøve en god sykepleie. En organisatorisk kompetanse er nødvendig for å kunne forstå helseorganisasjonen som system, og gir innsikt i hvordan organisasjonen fungerer, samt kunnskap om gjeldende lovverk og internkontroll, slik at en kan håndtere avvik ved uforsvarlig og ulovlig praksis (Kirkevold, 2013, s. 234).

Men en organisatorisk kompetanse innebærer ikke å bare tilpasse seg de økonomiske krav, med tanke på en leders verden, med krav om å overholde et stramt budsjett. Som sykepleiere er vi beboernes advokat, samtidig som vi må sette grenser for oss selv. Dette vil kreve reflekterte sykepleiere som har kunnskap og oversikt når det gjelder forhold som økonomi og makt (Orvik, 2015, s. 125). Manglende kompetanse i arbeidet med døende kan virke inn på sykepleiers tro på egen kompetanse (Almås, Stubberud, & Grønseth, 2010, s. 483). For å kunne ivareta den døende pasienten på sykehjem, må sykepleier i tillegg til å være klinisk dyktig, ha kompetanse innen ledelse, veiledning av studenter, og samarbeid med pårørende (Skau, 2012, s.15). Forventet organisatorisk kompetanse innebærer at sykepleier har evne til blant annet; organisatorisk innsikt, forståelse for politiske målsettinger, evne til tverrprofesjonelt samarbeid og anvendelse av kvalitetsmetoder (Orvik, 2015, s. 25). Organisatorisk kompetanse kommer dermed til uttrykk på ulike måter som påvirker det kliniske arbeidet (Orvik, 2015, s. 26). Utvikling av kompetanse kan også styrke arbeidsgleden hos helsepersonell som har stor betydning for trivsel (Orvik, 2015, s. 38).

Personlig kompetanse er ikke noe vi kan utvikle aleine, vi trenger sosiale samspill og tid til å reflektere over å lære av våre erfaringer. «Gode fagfolk vokser ikke på trær- men de vokser gjennom hele sitt yrkesaktive liv» (Skau, 2012, s. 80).

### 3 Metode

Oppgaven er en systematisk litteraturstudie. Litteraturstudie som metode er en av hovedmetodene som brukes innenfor sykepleieforskning (Dalland, 2018). Metoden forteller hvordan vi skal gå frem når en skal utføre en undersøkelse for å kunne belyse det spørsmålet vi trenger svar på (Dalland, 2018, s. 51). Når funn og teori i forskningsartiklene settes sammen skapes en ny forståelse av tema (Aveyard, 2014, s. 4). Ved kvalitativ metode ønsker en å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg måle i tall. Kvantitativ metode gir oss data i form av målbare enheter. Tall gir oss muligheter til å foreta regneoperasjoner som kan brukes til statistikk og kan vises gjennom bruk av tabeller (Dalland, 2018). Kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode vil gi en bedre dybde forståelse og innsikt av funnene i studien (Avery, 2014). På hver sin måte bidrar både kvantitativ og kvalitativ metode til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2018, s.52).

#### 3.1 Litteratursøk

Jeg brukte VID oversikt av databaser og nettressurser for å finne databaser som kunne inneholde relevant forskning for å besvare min problemstilling (VID, 2018). I Cinahl er det gjort flest søk og funn. I tillegg er PubMed og SveMed+ brukt. Dette er databaser som fokuserer på artikler rettet mot sykepleiefaget. Nevnte databaser er anerkjente og publiserer artikler som er peer reviewed. Ved søk, har jeg kombinert søkeordene for å finne frem til relevante artikler. Søkene ble strukturert ved hjelp av MeSH terms, dette for å finne frem til flere ord som har en sammenheng med søkeordet. For å utvide søket ble bindingsordene AND og OR brukt.

Jeg brukte ulike sammensetninger av søkeord. I alle databasene ble søkeordet «nursing» brukt.. Jeg har deretter brukt ulike kombinasjoner av søkeord, deriblant: « nurses experience», «staff», «nursing care», «Dying patients», « relatives perspektives», « obstacles », «communication», «ethical challenges», « AND» «nursinghome».Det var varierende antall funn. Søkeperioden varte fra November 2019 til Mars 2020. Artikler fra tidsperiode 2010- 2019 er prioritert, de fleste er publisert etter 2015, med et unntak, der artikkelen er fra 2010. Åtte artikler ble valgt. Jeg utførte også noen manuelle søk, ut fra referanselister til artikler som jeg leste underveis.



### 3.2 Kritisk vurdering

Forskningsartikler kan ikke brukes ukritisk. Viktig å kontrollere at innholdet er gyldig (Aveyard, 2014, s. 107). Det stilles krav til hvordan en søker etter kilder, vurderer dem, og gjør rede for hvordan en bruker dem (Dalland, 2018, s. 149). Dette betyr at kildene må gå igjennom en prosess for å se om de er brukbare. Jeg har kvalitetsvurdert artiklene i henhold til sjekklister utarbeidet av Folkehelseinstituttet (2016) og kommet frem til at jeg velger å stole på resultatene de har kommet frem til, da resultatene etter sjekklisene var bra. Jeg har lest hva formålet med studien var, og om resultatene var relevant for min oppgave. Jeg mener at de inkluderte artikler er relevant for min oppgave. Artiklene er fagfellevurdert, som betyr at de er vurdert og godkjent (Dalland, 2018, s. 163).

### 3.3 Metodekritikk

Jeg opplever at jeg har funnet relevant forskning og litteratur. Både kvalitative og kvantitative forskningsartikler er brukt for å kunne belyse problemstillingen. En svakhet kan likevel være måten jeg har tolket artikler med engelsk språk. Ordbok har vært flittig brukt under arbeidet med artiklene. Pensumlitteratur og selvvalgt litteratur er brukt i teoridelen. Den eldste boken er fra Martinsen, K. (2008). Ellers er litteraturen av nyere dato. Alle kilder i et akademisk arbeid må oppgis. Forfatteren fremstår som redelig når det oppgis hvor kildene er hentet fra (Søk & skriv, 2018). Mitt fokus er sykepleieperspektivet, men beboere på sykehjemmet den den sårbare parten. Derfor er det viktig med etiske overveielser som betyr å tenke igjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet våres medfører (Dalland, 2018, s. 239). Artikkelen *Ethical Challenges in nursing homes* er tatt med fordi den har fokus på etiske dilemma som forekommer og diskuteres i sykehjem. Alle forskningsartiklene som jeg har funnet til nå er etisk og faglig godkjent, og det er tatt hensyn til anonymisering, samtykke, taushetsplikt og integritet (Dalland, 2018).

## 4 Resultat

I denne delen av besvarelsen presenterer jeg en oppsummering av utvalgte forskningsartikler:

### 4.1 **Dying patients in nursing homes: nurses provide «more of everything»,and are «left to deal with everything on their own».**

Hensikten med studien til Svendsen et al. (2017) var å identifisere sykepleiernes erfaringer med hva som er nødvendig for optimal behandling, pleie og omsorg ved livets slutt. Det ble benyttet kvalitativ innholdsanalyse som metodisk tilnærming, og studien ble gjennomført i Norge. Resultatene viser at sykepleierne har en rekke funksjoner og roller å ivareta. I rapporten «Underbemanning er selvforsterkende» (NOVA-rapport; 6/2016). Poengteres det at mangel på sykepleiere i sykehjem går ut over kvaliteten på tjenestene og arbeidsmiljøet til de ansatte. Det er behov for kompetanse både på individnivå: å ivareta den døende i sykehjem, og på systemnivå: roller og ansvar i arbeidet med døende pasienter på sykehjem.

### 4.2 **What is it so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses' experiences.**

Peterson et al. (2010) Undersøker i denne kvalitative studien sykepleiernes erfaringer og deres bekymringer i utøvelse av omsorg for en døende pasient. De rekrutterte 15 sykepleiere og sykepleierstudenter, 8 deltagere ble intervjuet personlig og 7 gjennom online. Resultat: Tre kategorier, var vektlagt «Personlige bekymringer», «Bekymringer for pasienten» og «Bekymring for pårørende». Tid var en felles bekymring hos sykepleierne, de hadde mange pasienter å ta vare på, og det var derfor ofte vanskelig for dem å gi nok av sin tid til den døende. Manglende tid, og for lite personale gjorde at de var bekymret for hvordan dette påvirket omsorgstilbudet for den eldre pasienten.

#### **4.3 Ethical Challenges in nursing homes - staff's opinions and experiences with systematic ethics meetings with participation of residents' relatives.**

Bolling, Schmidt, Rosland og Heller (2015) har gjort en blandet studie med både kvalitativ og kvantitativ tilnærming. De har i sin fremgangsmetode hovedsakelig brukt spørreundersøkelser til sykehjems ansatte. De har ved å bruke en blandet tilnærming, fått et større og rikere bilde av etiske utfordringer.

Målet med studien var å undersøke sykehjems ansattes meninger og erfaringer med etiske utfordringer og å finne ut hvilke typer etiske utfordringer og dilemmaer som forekommer og diskuteres i sykehjem.

Studien konkluderte med at etiske utfordringer rapportert av sykehjems personale var mangel på ressurser (79%), og utfordringer ved avslutningen på livet (39%).

#### **4.4 Nursing care for patients on the edge of live in nursing homes: obstacles are overshadowing opportunities.**

Hov et al. (2012) beskriver sykepleiernes oppfatning av god omsorg, og hvordan dette kan utføres for pasienter i siste delen av livet i sykehjem. Forfatterne har brukt en fenomenografisk tilnærming som er opptatt av kvalitative forskjeller. De intervjuet 14 sykepleiere fra to sykehjem i Norge. Studien fant to hovedkategorier; Den første var «God sykepleie er å møte pasientens behov for verdighet» herunder tre underkategorier; «Behov for kompetanse», «Menneskelige forhold» og «Kroppslig komfort og sikkerhet». Den andre var «Muligheter ble overskygget av hindringer», herunder fant de tre underkategorier; «Organisatoriske faktorer», «Relasjonsfaktorer» og «Personlige faktorer».

#### **4.5 Caring for dying patients in the nursing home: voices from frontline nursing home staff.**

Studien til Cagle et al. (2017) undersøkte sykepleieres kunnskap, holdninger og meninger om hvordan de erfarte pleie og omsorg ved livets slutt i sykehjem. Forfatterne har brukt Kvalitativ studie med åpne spørsmål. Studien beskriver positive og negative sider ved det å arbeide med døende på sykehjem. Funn viser at ansatte på sykehjem har en viktig rolle i møtet med den døende. Mange av de ansatte mente det var positivt og personlig utviklende å jobbe med døende. Men studien viser også at de ansatte sitter igjen med sorg. Dette er sider som ikke alltid kommer frem når vi snakker om sykepleie.

#### **4.6 Knowledge of palliative care and attitudes towards nursing in the dying patient.**

Studien til Wilson et al. (2016) undersøker sykepleiers holdninger og kunnskap rundt det å arbeide med døende pasienter på sykehjem i Irland. Kvantitativ studie med to ulike spørreskjemaer: PCQN består av 20 spørsmål som besvares med «sant», «usant» eller «vet ikke». Dette er et populært, internasjonalt verktøy hvor maksimal poengsum er 20. Resultat viste Betydelig høyere kunnskapsnivå hos sykepleiere som har tatt European Certificate in Essential Palliative Care (ECEPC) sammenlignet med dem som kun har hatt opplæring på eget arbeidssted. Ifølge studien vil yngre og mer uerfarne sykepleiere vil tjene på å arbeide med eldre og mer erfarne sykepleiere i arbeidet med døende pasienter. Studien belyste også at det kunne oppleves utfordrende at pasienter ønsker å ta «farvel» med sykepleierne. God kunnskap gir gode holdninger var også vektlagt.

#### **4.7 Palliative Care culture in nursinghomes: the relatives`perspective**

Reitinger et al. (2018) ønsker i denne studien å få viktige innblikk i hva pårørende mener er en god pleie kultur ved sykehjem. Kvalitativ metode ble benyttet og data ble innhentet via fokusgrupper. I studien var det 17 pårørende som deltok fordelt på fire ulike sykehjem. Alle som deltok i studien, var pårørende til en døende ved et sykehjem. Hovedfunn: Det kom fram gjennom intervjuene viktigheten å snakke om døden sammen med personalet og at pårørende får komme med sine tanker rundt døden og det å dø. Pårørende ønsker å bli sett på som en som sørger, man

samtidig bli involvert og være en del av omsorgsteamet rundt pasienten. Resultat viser at en god kommunikasjon mellom helsepersonell og pårørende er helt avgjørende for at pasient og pårørende skal få en god avslutning på livet.

#### **4.8 Omsorg under press i sykehjemspasienters siste livsfase.**

Hansen (2018) har i sin studie sett på hvilke utfordringer sykepleierne står ovenfor mot avslutningen av pasientens liv i sykehjem. Studien har en fenomenologisk tilnærming hvor det ble brukt kvalitative individuelle intervjuer. Studiens hensikt var å få en bedre forståelse av sykepleiernes erfaringer med den siste fase i pasientens liv på sykehjem. Forfatterne belyser at på sikt vil dette kunne øke kunnskapsgrunnlaget om de utfordringer sykepleierne står ovenfor i møte med beboere og deres pårørende. Hovedfunn: Sykepleiere ga uttrykk for å ha et svært sammensatt ansvarsområde og et stort faglig ansvar mot slutten av pasientens liv. Nok tid til å utøve omsorg var vektlagt som viktigst. Et annet viktig funn var at det ofte ikke var tatt en samtale om pasientens ønsker for behandling og pleie i livets siste fase, noe som kan føre til dårlig beslutningsgrunnlag og unødvendige sykehusinnleggelse.

## 4.9 Sammenfatning

Tre perspektiver ble presentert som ledende for å kunne ivareta døende beboere på sykehjem. Pasient, pårørende og sykepleiersperspektivet. Tilstedeværelse hos den døende beboer og behov for kompetanse blant sykepleierne ble fremhevet som en forutsetning for å kunne utøve en optimal pleie og omsorg ved livets slutt i sykehjem. Mangel på sykepleiere i sykehjem går ut over kvaliteten på tjenestene og arbeidsmiljøet til de ansatte. Sykepleierne følte seg ofte aleine om arbeidet da det ofte er ufaglærte kollegaer og lite tid. Dette førte til et høyt stress som økte dersom det ikke var tid til å være hos den døende og pårørende. Et annet resultat var at arbeidet med døende pasienter i sykehjem kan oppleves som en emosjonell påkjenning hos sykepleierne og de sitter igjen med sorg. Ethiske utfordringer var rapportert og oppleves som en stor byrde. Forberedende samtaler og kommunikasjon mellom sykepleier- pasient og pårørende var essensielt, da dette hadde stor innvirkning på utfallet av pleien og omsorgen som ble gitt av sykepleierne.

Etter analyse og funn i forskningsartikler blir disse overskrifter styrende for diskusjonen:

I Kapittel 5:

- *Sykepleiers kompetansebehov ved livet slutt*
- *Sykepleiers følelsesmessige reaksjoner i møte med døende*
- *Sykepleiers faglige ansvar under tidspress*
- *Sykepleiers ansvar i møte med forbedrende samtale*
- *Kommunikasjon i relasjon mellom sykepleier, beboer og pårørende*

## 5 Diskusjon

Jeg vil i denne delen av oppgaven diskutere studiens funn i lys av tidligere forskning, egne erfaringer og teoretisk rammeverk slik det ble presentert i kapittel 2. Hensikten med diskusjonen er å besvare problemstillingen. Jeg viser til sammenfatning og analyse av resultatene i kapittel 4 som danner grunnlaget for diskusjonen. Ved å diskutere funn ser vi resultat fra de inkluderte studiene i en større kontekst (Aveyard, 2014, s. 160).

### 5.1 Sykepleiers kompetansebehov ved livets slutt

Sentrale funn som går igjen i artiklene til Svendsen et al. (2017) og Wilson et al. (2016) er mangel på kompetanse og et tydelig behov for å heve kompetanse til helsepersonell som utøver pleie og omsorg til beboere ved livets slutt i sykehjem. Ifølge Orvik (2015, s. 15) krever sykepleierrollen i dag, en profesjonell kompetanse, der ferdigheter som å organisere sitt eget og andres arbeid, i tillegg også ha blikk for hvilke faktorer som påvirker det kliniske arbeidet en stor rolle. I henhold til de yrkesetiske retningslinjene (NSF, 2016), er sykepleiere forpliktet til å holde seg faglig oppdatert. Det betyr at vi må ta ansvar for at egen kompetanse er i takt med fagets utvikling. Min erfaring er at man kan bidra selv til faglig utvikling og heve kompetanse ved å gjøre ledelsen oppmerksom på egne behov for økt kompetanse.

Ved å ha gode faglige diskusjoner og jevnlig etisk refleksjon i arbeidsgruppen bidrar også til et godt læringsmiljø. Men uavhengig av dette, er det leders ansvar å sørge for at rammene for god kvalitet i tjenesten er oppfylt, og dermed at hvert enkelt sykehjem innehar den faglige kompetansen som er nødvendig for en forsvarlig drift (Helsepersonelloven, 1999, § 17). Den døende pasienten har ifølge FN rett til å bli behandlet av helsepersonell som ønsker å forstå pasientens behov (NOU 1999:2, s. 34-35). Å møte et sårbart menneske kan være noe som oppfattes som «hellig» (Martinsen, 2018, s. 35-36). Slik jeg forstår Martinsen er det det hellige noe unikt som skjer i møte mellom to mennesker. Som sykepleier er det viktig å ha evnen til å kunne sett sette seg inn i den andres situasjon og liv – se den andre der den andre er (Hummelvoll, 2014). For å utføre sykepleie av god kvalitet, har sykepleier et lovverk å forholde seg til. Lovverket

skal sørge for at sykepleier yter faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, § 1).

I forskningen til Peterson et al. (2010, s. 183) delte sykepleierne en felles personlig bekymring når det kom til det å ha omsorg for en døende pasient. De fryktet at de ville være uegnet til å kunne gi den beste omsorgen for sine pasienter, på grunn av manglende kompetanse og erfaring. Når man jobber med mennesker er det vanskelig å legge fra seg arbeidet når man går hjem for dagen, spesielt hvis man føler en ikke har fått gjort det en skulle. Økende krav til effektivisering pålegger sykepleier flere oppgaver, og når man står alene kan en kjenne på at sykepleien blir oppgavefokuseret og man gjør det man kan for å «komme i mål» (Martinsen, 2018, s. 46) .

Helsepersonelloven stiller krav, som etter min erfaring ikke alltid er overkommelig med den organiseringen som finnes i dagens helsevesen, og jeg undrer meg over, hvordan kan sykepleierne løse dette i dagens praksis ? I studien til Wilson et al. (2016) viste et betydelig høyere kunnskapsnivå hos sykepleiere som har tatt European Certificate in Essential Palliative Care (ECEPC) sammenlignet med dem som kun har hatt opplæring på eget arbeidssted. Studien viste også at yngre og mer uerfarne sykepleiere vil tjene på å arbeide med eldre og mer erfarne sykepleiere i arbeidet med døende pasienter. Som sykepleiere har vi plikt til å videreformidle kunnskapen vi innehar, slik at vi som «team» kan bli bedre. Sykepleier har en lederfunksjon hvor organisering, prioritering og delegering er viktig for å kunne ivareta beboerne på sykehjem (Orvik, 2015, s. 309). Ifølge Wilson et al. (2016) må sykepleiere som skal ha ansvar ha mot til å stå i denne rollen. Personlig vekst innebærer oppriktighet, både ovenfor oss selv og i vårt forhold til andre (Skau, 2012, s. 147). Men da må vi dele våre tanker, spørsmål, følelser og behov, og det viktigste være villig til å lytte (Skau 2012, s. 148). Vi blir ikke reflekterte sykepleiere gjennom forskning, men den reflekterte sykepleier kan dra nytte av kunnskapen forskeren legger frem, sammen med kunnskapen sykepleier selv løfter frem gjennom egen refleksjon (Martinsen, 2009, s. 157).

Dette er faktorer som påvirker det kliniske arbeidet, da det setter grenser for utøvelsen av dyktig sykepleiepraksis (Orvik, 2015).



## 5.2 Sykepleieres følelsesmessige reaksjoner i møte med døende

Som sykepleier er det ifølge Martinsen (2018) viktig å ha evnen til å kunne sett sette seg inn i den andres situasjon og liv – se den andre der den andre er. Men lydigheten mot klokketiden kan presse sykepleieren bort fra lydigheten mot pasienten hjertelag (Martinsen, 2018 s. 46).

Deltagere i studien til Cagle et al. (2017), Svendsen et al. (2017) og Peterson et al. (2010) nevner flere positive erfaringer med å arbeide med døende i sykehjem. Deltakerne mente det var positivt, personlig utviklende, og opplevdes som ærefullt og et privilegium å ivareta den døende. I disse situasjoner ga sykepleierne uttrykk for at de føler seg verdsatt.

Til tross for dette, skriver både Svendsen et al. (2017), Cagle et al. (2017) og Hov et al. (2012) at arbeidet med døende pasienter i sykehjem kan oppleves som en emosjonell påkjenning. Deltakerne sitter igjen med sorg og gir uttrykk for at ansvaret for døende i sykehjem er overveldende. Dette er sider ifølge Cagle et al. (2017) som ikke alltid kommer frem når vi snakker om sykepleie. Kalfoss (2010, s. 484) skriver at det er normalt å føle sorg og personlig tap dersom en har kjent beboer og pårørende lenge, og det kan oppleves tungt å miste en rekke beboer over tid. Hvert eneste dødsleie er unikt, og pasient og pårørende må oppleve at de er spesielle og får omsorg på sine premisser (Hjort, 2013, s. 454). Jeg har lyst å trekke frem noe som sykepleiere i studien til Svendsen et al. (2017) beskrev:

*«Man gir alt man har når man har omsorg for noen som skal dø. Da ligger jeg og tenker på det etterpå og evaluerer meg selv: 'Har jeg sagt de riktige tingene? Gjorde jeg alt jeg kunne for at de hadde godt leie? Hadde jeg gode hender?' Jeg tar det veldig alvorlig.»*

Min erfaring er at vi er flinke til å ivareta pårørende etter dødsfall med oppfølgingsamtaler noe som er viktig, men jeg undrer meg om vi er gode nok til å ivareta personale, før og etter et dødsfall. Wilson et al. (2016) skrev at de ansatte opplevde det viktig med god støtte fra arbeidsgiver i forbindelse med døende i sykehjem, og tid og rom til å uttrykke sin sorg. Ønsket om å reflektere over hendelser som skjer i hverdagen og tilbudet om samtale etter en vanskelig situasjon, opplever jeg i egen praksis som mangelfull. Det kreves ifølge Kvalfoss (2010, s. 495) en kontinuerlig selvrefleksjon for å bli en god sykepleier, og muligheter, tid og rom for å utvikle oss.

Ifølge studien som Bolling et al. (2015) har gjort om etiske utfordringer rundt palliativ omsorg, opplevde 90 % av pleierne etiske dilemma daglig, og 91% opplevde det som en byrde. Aakre (2016, s. 107) skriver at når en arbeider med mennesker bør etisk refleksjon innlemmes som en naturlig del av fagutviklingen og kvalitetsarbeidet i pleie- og omsorgstjenesten.

En god personalpolitikk bør ligge hos arbeidsgiver (Orvik, 2015, s. 121). Det er hjemlet i lov at “arbeidet skal legges til rette slik at arbeidstakers integritet og verdighet ivaretas” (Arbeidsmiljøloven, 2005, § 4-3). Ifølge Atle Dyregrov referert i Orvik (2015, s. 121), skriver: «Det er rett og slett uetisk hvis ikke hjelperne tilbys hjelp når det røyner på». Men på den andre siden har den enkelte sykepleier også et eget ansvar til å bidra og delta aktivt i etisk refleksjon med sine kollegaer (Aakre, 2016). Deltakerne i studien til Cagle et al. (2017) beskriver et høyt stress, og dette stresset økte dersom det ikke var rom og tid for å være hos den døende på grunn av for lite bemanning. Martinsen (2018, s.46) skriver: grunnet høyt press i hastighetskulturen får ikke helsepersonell utført den omsorgen for pasientene og pårørende som de ønsker i helsevesenet rom. Sykepleiere som arbeider med døende over tid, kan med tiden komme til å føle seg utslitt (Hansen, 2018). Dette er ikke en god travelhet hevder Martinsen (2018, s. 47) fordi når en stadig må prestere, og ikke kommer i mål, sitter skyldfølelsen seg som en feber i kroppen. For å klare å stå i slike situasjoner over tid, må en i følge Kalfoss (2010, s. 482) ha en ledelse, som åpner opp for en god og trygg kommunikasjon, samt tid til å reflektere med andre. I følge Orvik (2015, s.122) er det flere grunner til å ta vare på personale. Han skriver: «En refleksiv organisatorisk kompetanse styrker forutsetningene for å ta vare på egen og andres integritet og arbeidshelse». Som sykepleier på sykehjem, kan en i henhold til helsepersonelloven (1999, § 16-17), forvente at arbeidsgiver gir rammevilkår som muliggjør omsorgsfull og faglig forsvarlig helsehjelp.

### **5.3 Sykepleiers faglige ansvar under Tidspress**

Studiene i artiklene til Cagle et al. (2017), Hov et al. (2012), Svendsen et al. (2017) og Peterson et al. (2010) viser til sykepleiere sine bekymringer relatert til tidspress, krav om effektivitet og økonomi. Tidspress og mangel på ressurser skriver informantene fører til at sykepleiere ikke har

tid til å lytte til de ulike problemene de enkelte pasientene kan ha, og dette oppleves som et hinder for å gi omsorg av god kvalitet. Ifølge Orvik (2015, s. 91) er tid en nøkkelverdi i både pasient og profesjonsperspektiv, samtidig som knapphetsressurs er avhengig av bemanning og prioritering. Dette kan sees i sammenheng med studien til Svendsen et al. (2017), hvor en av deltagerne beskriver at hun var eneste sykepleier for 100 pasienter, hvor to-tre av dem var døende samtidig. I Martinsens siste bokutgivelse «Bevegelig berørt» (2018) skriver hun nærmere hva tidsforståelse betyr for profesjonelles arbeidshverdag, samt hva tidsforståelsen gjør med sykepleierens forhold til pasientene (Martinsen, 2018, s. 40). Som følge av tidspresset kan sykepleiers faglige skjønn bli satt under press (Martinsen, 2018). Martinsen beskriver presset som at kroppen, tiden, kulturen og naturen sammenstøtes (Martinsen, 2018, s. 46). Slik jeg tyder Martinsen (2018) utfordrer hastigheten sykepleier i å være til stede i pasientrommet, og beboers behov for å bli sett og hørt uteblir.

Bolling et al. (2015) skriver: «It is striking that the lack of resources is the most frequently mentioned ethical challenge in a wealthy country such as Norway». Jeg undrer meg over og stiller meg kritisk til hvor omsorgen skal få plass i kravet til dagens effektivisering. I Cagle et al. (2017) sier en informant «When they die with no family or anyone present-that is the ultimate worst for me. I do not think anyone deserves to die alone». I følge FN (NOU 1999:2, s. 34-35), har en rett til å slippe å dø alene og få en verdig og fredfull død. Skau (2013, s.15) skriver at opplevelser som gjør inntrykk gjør noe med oss fagfolk, da det kan dukker opp i vår bevissthet lenge etter at samhandlingen er over. Min erfaring er at dette kan skape en uro innvendig, og noen ganger kan slike spørsmål holde meg våken om natten.

Tempo og travelhet kan hindre sykepleier i å se klart (Martinsen, 2018). Men på den andre siden hevder Martinsen (2018) kan også travelhet skjule en ansvarsfraskrivelse. Jeg tenker at kan møte med døden, oppleves som en personlig og faglig redsel, som gjør det vanskelig for sykepleiere å forholde seg til døden? Hos Peterson et al. (2010), uttrykte informantene store utfordringer knyttet til å trøste og håndtere pasienter og pårørende sine lidelser. Bolling et al. (2015), konkluderte med at en av de topp tre etiske utfordringer rapportert av sykehjems personale var

mangel på bemanning og utfordringer ved avslutningen på livet. I følge Kalfoss (2010, s. 476) kan for stor distansering bidra til økt belastning på sykepleieren i form av økt tvil på seg selv, skyldfølelse i tillegg til en følelse av personlig og profesjonell utilstrekkelighet.

Beboere i sykehjem har rett til å få ivaretatt sine ønsker og behov ved livets slutt. Det er sykepleier på vakt sitt ansvar å sørge for at omsorgen som utøves har forsvarlige rammer. Men fungerer det i praksis? Jeg tenker at sykepleiere har et eget ansvar for å organisere, da det er de som arbeider nærmest beboerne, og kan utale seg om hvordan dette oppleves i praksis. Dermed må sykepleiere våge og ha mot til å gi tilbakemeldinger som kan heve kvaliteten på tjenestene. Hvis en stadig arbeider i travelhet så er det også min erfaring at det kan frata en arbeids glede. Dette finner jeg støtte for hos (Kvalfoss, 2010, s. 497) som skriver at hvis sykepleier ikke har det godt med seg selv, vil ord og handling være uten virkning.

#### ***5.4 Sykepleiers ansvar i møte med forberedende samtale***

For å kunne gi en helhetlig sykepleie, hvor pasientens integritet blir ivaretatt, må det etableres en god relasjon mellom pasient og sykepleier (Kirkevold, 2013, s. 99). Det er sykepleiers ansvar å åpne opp og ta initiativ til dialog. Slik kan en åpne opp for at beboer forteller om sitt liv og gjennom refleksjon forberede seg på hvilke behov som er viktig for han i den siste fase i live. På bakgrunn av dette og FN (NOU 1999:2, s. 34-35) har beboere rett til å ikke dø alene, og sykepleiere må tidlig arbeide for en god planlegging når beboere nærmer seg livets slutt. Brenne og Dalene (2016, s. 639), skriver at tidlig planlegging er viktig. I studien til Hansen et al. (2018) kom det frem ønske om at forberedende samtale mellom pasient, pårørende, sykepleier og lege bør innføres som en fast ordning, slik at pasientens ønsker og beslutningsgrunnlag ved livets slutt respekteres og unødvendige sykehusinnleggelse unngås. Det samsvarer med Helsedirektoratets (2013) anbefaling om bruk av forhåndssamtaler med pasienter som nærmer seg døden. Dette kan gjøres ved innleggelse i sykehjem. Da får en innsikt i beboers tanker og preferanser omkring livsforlengelse og behandling før den aktuelle situasjon oppstår, slik at beboere som kan, får mulighet til å gi uttrykk for sitt syn og sine behov (Saltvedt & Wyller, 2016, s. 269). For å bygge opp en god relasjon til pasienten er utforskende ferdigheter og aktiv lytting sentralt (Eide & Eide,

2012). Mange pasienter kan ha et religiøst behov når døden nærmer seg, og for mange vil samtale med prest være et sterkt behov. Sykepleier må derfor være villig og ha mot til å stå i disse samtaler (Brenne & Dalene, 2016). Bare slik kan vi finne ut hvilken religiøs eller kulturell bakgrunn den enkelte har. Å være der for en annen er et etisk påbud i følge (Skau, 2013, s.16). Hun skriver: «at noe av det som gjør det vanskelig, er nødvendigheten av å prøve å se verden fra den andres perspektiv, av å virkelig se ham eller henne». Jeg tenker at dette er viktig, også når vi ikke lenger får kontakt med beboere. En informant studien til Hansen (2018) uttrykte seg slik: «For oss er det kjempeviktig at en ikke ser på pasienten som en ting». Jeg tenker at vi alltid må behandle beboere som at de følger med, det gjelder også å ikke snakke om den døende beboer, til pårørende i beboers gehør om hvor lenge beboer har igjen å leve. Ved slike samtaler må en gå ut av rommet. Slik opprettholdes også den enkeltes autonomi og en viser at etikken er integrert i praksis (Hansen, 2018).

Ved at det tidlig legges til rette for samtale rundt tema kan man kartlegge den enkelte pasient behov i livet siste fase. Det må utvises takt og empati. Hvis det bare blir en prosedyre som skal hakes av på et skjema, da er det stor fare for at slike samtaler kan virke skremmende for pasienten og derfor anbefales bare forberedende samtaler hvis nødvendige forbehold og presiseringer er gjort (Saltvedt & Wyller, 2016 s. 270). Funn i studien til Hansen (2018) viste at avklarende samtaler ofte ikke var tatt, og det kunne resultere i at sykepleier måtte ta valg for beboers aleine. Bolling et al. (2015) skriver at i fremtiden bør pasienter oppmuntres til å delta på møter som omhandler pasienten, slik at autonomi ivaretas. Dette støttes opp av FNs erklæring om den døendes rettigheter. Der står det at døende har rett til å bli behandlet som et levende menneske til døden inntreffer, og delta i avgjørelser rundt egen behandling (NOU 1999:2, s. 34-35). Beboer og pårørende vil alltid kunne føle hva som er god eller dårlig omsorg, «da det er sykepleier som slår an tonen i samspillet med dem» (Kalfoss, 2010, s. 497).

## 5.5 Kommunikasjon i relasjon mellom sykepleier, beboer og pårørende

Funn fra Bollong et al. (2015), Reitinger et al. (2018) og Peterson et al. (2010), viser til at sykepleiere opplever kommunikasjons vanskeligheter ovenfor døende pasienter og pårørende. Noen informanter trekker særlig frem, at det er vanskelig å vite hva en skal si, og når en skal overbringe dårlige og krisefull informasjon. I følge Kalfoss (2010, s. 492) er en av de største feilene sykepleier kan gjøre i møte med syke og døende, er å tro at de ønsker å bli behandlet annerledes enn mennesker som lever videre, eller at deres behov er annerledes enn andres. I Reitinger et al. (2018) sin studie skriver de at det er viktig at personale snakker om døden sammen med beboere og pårørende, slik at de får komme med sine tanker rundt døden og det å dø. Både den døende og de pårørende har behov for informasjon, og god kommunikasjon har stor betydning for om den siste fasen av livet oppleves som trygt (Brenne og Dalene, 2016, s. 639). Ifølge Reitinger et al. (2018) ønsker pårørende å bli sett på som en som sørger, samtidig bli involvert og være en del av omsorgsteamet rundt pasienten.

Hansen (2018) hevder: Når pasienten blir «møtt» som en person, reduseres angst og utrygghet og det blir enklere å etablere tillit. Tid må til for at jeg som sykepleier skal bli kjent med beboer og pårørende, og det krever tid for å etablere tillit, og gi beboer og pårørende mulighet til å åpne seg. Løgstrup referert i Martinsen (2018, s. 31) peker på at når et menneske blir møtt med tillit, legger han mer eller mindre sitt liv i den andres hender. Pårørende vil gjerne oppleve å være i en tung prosess hvor man kan strebe med ulike følelser og tanker knyttet til sine pårørende, og dette er noe som må tas høyde for. I studien til Peterson et al. (2010) beskriver sykepleierne at de ofte kunne føle stor medlidenhet til de pårørende. Noen ganger følte de seg mer berørt av pårørendes smerte og sorg, enn pasienten og uttrykte at dette var vanskelig. Min erfaring er at når vi selv er sårbar vil vi enklere kunne kjenne på den andre sin. Men våger vi som sykepleiere å være sårbart tilstede? og klarer vi å møte de pårørende på en måte hvor de føler seg anerkjent og respektert? I studien til Svendsen et al. (2017), fremhevet informantene kompetanse som en forutsetning for å føle seg trygg i egen rolle, både når det gjaldt å håndtere den døende pasientens behov, ivareta den koordinerende funksjonen og kommunisere med pårørende.

Ifølge Skau (2012, s. 75) er vår personlige kompetanse nær knyttet til våre erfaringer, og er et resultat av bearbeidet livserfaring. En viktig side ved denne kompetansen tenker jeg er å kunne observere beboeres og pårørende sin situasjon, i tillegg til å ha evnen til å reagere og handle hensiktsmessig. Som sykepleiere må vi derfor stoppe opp og lete aktivt der beboer og pårørende befinner seg, noe som krever at man viser omsorg og en empatisk forståelse. «Det er først når en lar seg stanse skriver Martinsen (2018, s. 21) at det hellige kan få rom». På denne måten vil man kunne være mottakelig for å ta imot det ukjente og hellige (Martinsen, 2018, s. 33).

I Wilson et al. (2016) sin studie, opplevde sykepleierne det utfordrende at pasienter ønsket å ta farvel. Jeg tenker at mange sykepleiere i en presset situasjon i møte med døende beboere og pårørende har stilt seg selv spørsmål som: «hva kan jeg gjøre? hva kan jeg si»? Men det viktigste spørsmålet er i følge Kalfoss (2010, s.492) «Hvordan kan jeg være der for den andre»? Jeg tenker at både beboere og pårørende fort vil merke og kjenne på om man kun har fått «tildelt tid» og min erfaring tilsier at det ikke vil gi grobunn for tillit hos beboere og pårørende.

Å ta seg tid til å lytte aktivt og kommunisere godt er en forutsetning for å kunne identifisere hva beboer og pårørende har behov for. Bare slik kan vi som sykepleiere forebygge at det oppstår fare for profesjonelle feil og mangler (Eide & Eide 2012, s.21). Involvering krever målrettet informasjon, og informasjonen må dessuten ofte gjentas (Brenne & Dalene, 2016, s. 639). Mange pårørende ønsker å være delaktig. Det samstemmer med studien til Reiting et al. (2018) som skriver at pårørende ønsker å bli sett på som en som sørger, men samtidig bli involvert og være en del av omsorgsteamet rundt pasienten. Samtaler med pårørende til døende i sykehjem, kan føles som en stor belastning, men som sykepleiere må en våge å stå i det. Min erfaring er at pårørendes behov ofte er ulike; noen trenger tett oppfølging og mye tilstedeværelse fra sykepleier, mens andre synes det er greit å være alene med tilsyn innimellom. Men vi må tydeliggjøre at ansvaret ligger hos sykepleierne (Wilson et al., 2017). Sykepleier bør strebe etter å bli trygg på egen kommunikasjon, både med beboer, pårørende og andre profesjoner, slik at den døende beboer og pårørende får den omsorgen de har behov og rett på. Men noen ganger må vi huske på, at det ikke alltid er noe man kan si eller gjøre, og kanskje er det nettopp det man skal si i møte med pårørende om man kjenner på dette (Falk, 2016, s. 26). Det kan være tungt å informere beboer og pårørende, om at døden nærmer seg. Men vi må huske på at det en sier må

være sant. Dette er også nedfelt som en av rettighetene til den døende pasienten (NOU, 1999:2, s.34-35).

I den offentlige utredningen, NOU 2017: 16 (2017, s. 51) står det at helsepersonell jevnlig burde stille spørsmål som hva trenger du nå? Kommunikasjon kan bli mer utfordrende med økende alder, samtidig langsommere. Derfor må vi sette av god tid, ro og hjelpemidler som høreapparat, når vi kommuniserer med beboer og deres pårørende. Slik blir gode kommunikasjonsferdigheter spesielt viktig i møte med beboere og pårørende i livets slutt (Saltvedt & Wyller, 2016, s. 263).



## 6 Konklusjon

Oppgavens hensikt var å få en økt kunnskap og bedre forståelse av sykepleiernes erfaringer med den siste fasen i beboerens liv på sykehjem. Funn viste: Ivaretagelse av den døende innebærer tilstedeværelse av sykepleier og involvering av pårørende. Sykepleierne har mye ansvar og mange roller å fylle og kompetanse identifiseres som en forutsetning for å ivareta den døende beboers behov. Forskningen viser ønske om og behov for kompetanse heving hos personale i sykehjem. Rammefaktorer og organisatoriske forhold som lav bemanning og fagdekning gjør ivaretagelsen av den døende beboer utfordrende. Samtidig ga det økt grad av etiske utfordringer og en økt emosjonell belastning. Det vektlegges at den døende og de pårørende har behov for informasjon, og god kommunikasjon har stor betydning for om den siste fasen av livet oppleves som trygt.

Ut fra disse erfaringer tenker jeg at sykepleiere må bruke sitt faglige skjønns, der vi også stiller oss kritisk til arbeidsforhold og strukturer som hindrer oss i å utøve tillitsfull omsorg og som rutinerer arbeidet vårt. Når ressursene er begrenset, må vi argumentere for at ressurser tilføres våres sektor slik at sykepleiere kan arbeide under trygge og gode arbeidsforhold, og sykepleien kan praktiseres på en omsorgsfull måte. En god ledelse er viktig, men vi trenger støtte fra det offentlige. Tiltakene må settes i sammenheng. Økt kompetanse må følges av økte ressurser, slik at en har rammer til å utføre en god pleie og omsorg ved livets slutt. En ledelse som åpner opp for etisk refleksjon bør inngå som en naturlig del av fagutviklingen og kvalitetsarbeidet i pleie- og omsorgstjenesten.

## **6.1 Forslag til videre forskning**

Forhåndsamtaler er et tema jeg ville forsket videre på fordi: dersom samtalen startes tidlig nok, og følges godt nok, kan den bidra til at beboers autonomi og verdighet opprettholdes i sykehjemsbeboeres siste livsfase.

Jeg vil rette en takk til veileder. Gode refleksjoner sammen med deg under veiledning har vært til stor hjelp for meg i arbeidet med denne oppgaven.

## LITTERATURLISTE

Almås, Hallbjørg, Dag - Gunnar Stubberud & Randi Grønseth. (2010). *Klinisk sykepleie 2*. (4.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Aakre, M. (2016). *Jakten på dømmekraft- praksisnært etikkarbeid I helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Andersen, T. K. (2015) *Rom for alderdommens sårbarhet*. I Andersen, T. K. & Martinsen, K. (Red.), *Utenfor tellekantene: Essays om rom og rommelighet* (s. 77- 85). Oslo: Fagbokforlaget.

Arbeidsmiljøloven. (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeistid, og stillingsvern mv. (LOV-2005-06-17-62). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>

Aveyard, H. (2014). *Doing A Literature Review In Health And Social Care: A Practical Guide*. Maidenhead: McGraw-Hill Education.

Bollong, G., Schmidt, G., Rosland, J. H. & Heller, A. (2015). Ethical Challenges in nursing homes - staff's opinions and experiences with systematic ethics meetings with participation of residents' relatives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29 (4)810-23.  
<http://dx.doi.org/10.1111/scs.12213>

Bondevik, M (2012). *Pleie og omsorg mot livets slutt*. I Bondevik, M & Nygaard, H. A. (Red.), *Tverrfaglig geriatri: en innføring* (s. 416 -419). Bergen: fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Brenne, A. T. & Dalene, R. (2016) *Symptomlindring av den døende pasienten*. I: kassa, S. & Loge, J.H. (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg.). s. 639-652). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Cagle, J.G., Unroe, K.T., Bunting, M., Bernard, B.L. & Miller, S.C. (2017). Caring for dying patients in the nursing home: voices from frontline nursing home staff. *Journal of pain and symptom management*, 53, (2), s. 198-207. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2016.08.022

Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Eide, H., & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, Konfliktløsning, Etikk* (2utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Falk, B. (2016). *Å være der du er: Oppmerksomhet, grenser og kontakt i den hjelpende samtale* (2. utg.). Bergen Fagbokforlaget

Hansen, M. I. (2018). Omsorg under press i sykehjemspasienters siste livsfase. *Geriatrisk sykepleie*, 10(2), 18-23 hentet fra: [https://static.sykepleien.no/sites/default/files/gs\\_2018\\_2.pdf#page=18](https://static.sykepleien.no/sites/default/files/gs_2018_2.pdf#page=18)

Helsebiblioteket (2016). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor#>

Helsedirektoratet (2013) *Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsepersonelloven (2018). Tilgjengelig fra: <https://Lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet den 19/1-20)

Hjort, P. F. (2013) Pleie og omsorg ved livets slutt. I :Kirkevold, M., Bortdkorb, K., Ranhoff, A, H., (Red.), *Geriatrisk sykepleie-God omsorg til den gamle pasienten* (s. 447 -463). Oslo: Gyldendal Akademisk

Hov, R., Hedelin, B. & Athlin, E. (2012). Nursing Care for patients On The Edge of Life in nursing Homes: *obstacles are overshadowing opportunities*. *International Journal of Older People, Nursing*, 8 (1) ss. 50-60. Doi org/10.1111/j.1748-3743.2011.00306.x

Hirsch, A., & Røen, I. (2016). *Ivaretakelse av åndelige behov og eksistensielle behov*. I: Kaasa, & J.H. Loge (Red.), *Palliasjon*: Nordisk lærebok (3. utg.), s. 315-325). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hummelvoll, J. K., (2014). *Helt – Ikke stykkevis og delt*. (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kaasa, S., & Loge, J. H. (2016). *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (2013) *Geriatrisk sykepleie*. Gyldendal Akademisk

Kvalfoss, M. H. (2010). Møte med lidende og døende pasienter-sykepleierens møte med seg selv. I: Stubberud, D-G., Grønseth, R., Almås, H. (Red.). *Klinisk sykepleie bind 2* (s.476-479). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Martinsen, K. (2018). *Bevegelig berørt*. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS. Fagbokforlaget

Martinsen, K. (2008). *Fra Marx til Løgstrup: Om etikk og sanselighet i sykepleien*. (2. utg.). : Oslo Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2009). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. ( 4. oppl.). : Oslo Akribe AS

Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus*. (4.utg.). Norsk Gyldendal Forlag

NSF (2016) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Internett). Oslo: Norsk sykepleierforbund. Tilgjengelig fra: [https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske -retningslinjer](https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer) (Lest 28 April 2020).

NOU 1999: 2. (1999, Januar 20). Livshjelp- behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende. Hentet fra sosial – og helsedepartementet:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/30dbabb28fcbaa027317b4acb4918/n/pdfa/nou19991999000dddpdfa.pdf>

NOU 2017: 16. (2017). *På liv og død-Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Oslo: Helse-og Omsorgsdepartementet.

Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2.utg.). Oslo: Cappelen Damm AS

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2018). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63) Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>  
(Hentet den 19.01.20)

Peterson, J, M Johnson, B Halvorsen, L Apmann, Pi-Ching Chang, S Kershek, Scherr, Ogi & Pincon, (2010). What is so stressfull about carring for a dying patients? A qualitative study of nurses`experiences. *International Journal of palliative Nursing*, 16, (4 ) 2013  
<https://doi.org/10.12968/lipn.2010.16.4.47784>

Reitinger, E., Schuchter, P., Heimerl, K. & Wegletiner, K. (2018). Palliative care culture in nursing homes; the relatives` perspective». *Journal of Reserch in Nursing*, 23(2/3), 239-251. Doi: 10.1177/1744987117753275

Rykke, L. (2010). Gi eldre en verdig død Hentet fra:  
<https://sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/326187.pdf>

Salttvedt, I., & Bruun Wyller, T. (2016). *Palliativ behandling av den gamle*. I : Kaasa, & J.H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg.), s. 262-273). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Skau, G. M. (2012). *Gode fagfolk vokser: Personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (4.utg.). Cappelen Damm: Akademisk.

Skau, G. M. (2013). *Mellom makt og hjelp-om det flertydige forholdet mellom klient og hjelper* (4.utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS

Svendsen, S. J., Landmark, B.T. & Grov, E.K. (2017). Dying patients in nursinghome: nurses provide «more of everything» and are «to deal with everything on their own. *Sykepleien forskning*, 12 DOI:10.4220/Sykepleienf.2017.63396

VID Vitenskapelige Høyskole (2019). Databaser og nettressurser. Hentet fra <https://www.vid.no/bibliotek/databaser-og-nettressurser/>

Wilson, O., Avalos, G. & Dowling, M. (2016). Knowledge of palliative care and attitudes towards nursing in the dying patient. *British journal of nursing*, 25 (11), s. 600-620.  
DOI:10.12968/bjon.2016.25.11.600,

Wyller, T. B. (2018). *Geriatrici: medisinsk lærebok* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

## VEDLEGG 1 – Søketabeller



### SØKEHISTORIKK

Problemstilling: «Hvilke erfaringer har sykepleierne med utførelse av pleie og omsorg til beboere ved livets slutt i sykehjem?»

Database/ Søkemotor/ nettsted	Søke nr	Søkeord/ Emneord/ søkekombinasjoner	Antall treff	Kommentarer til søket/treffliste:
<b>Cinahl</b>  <b>Søkedato:29/1-20</b>	1	«Nurses experience AND dying AND nursinghome»  S1 Nurses exsperience  S2 Dying  S3 Nursinghome  S4 S1 AND S2 AND S3	892  9,529  26,193  4	Dying patients in nursinghome: nurses provide «more of everything» and are « to deal with everything on their own.  Skrevet av: Svendsen, S.J., Landmark, B.T., og Grov, E.K. (2017).  Artikkel nr: 1
	2	«Nurses experience AND care AND dying patients»  S1 Nurses experience  S2 care  S3 dying patients  S4 S1 AND S2 AND S3	724  309,666  1,683  41	What is so stressfull about carring for a dying patients? A qualitative study of nurses`experiences.  Skrevet av: Peterson, Johnson, Halvorsen, Apmann, Chang, Kershek, Scherr, Ogi & Pincon, (2010)  Artikkel nr 17



	3	<p>«nurses exsperience AND ethical challenges AND relatives»</p> <p>S1 Staff</p> <p>S2 exsperience</p> <p>S3 Etichs</p> <p>S4 S1 AND S2 AND S3</p>	<p>90,933</p> <p>260</p> <p>38,194</p> <p>459</p>	<p>Ethical Challenges in nursing homes - staff's opinions and experiences with systematic ethics meetings with participation of residents' relatives. Scandinavian Journal of Caring Sciences, Skrevet av: Bollong, G., Schmidt, G., Rosland, J. H., &amp; Heller, A. (2015).</p> <p>Artikkel nr 40</p>
	4	<p>«relatives perspektive AND end of live OR palliative care»</p> <p>S1 Relatives perspektives</p>	74	<p>Palliative care culture in nursing homes; the relatives` perspective»</p> <p>Skrevet av: Reitinger, E., Schuchter, P., Heimerl, K., &amp; Wegletiner, K. (2018)</p> <p>Artikkel nr : 6</p>
	5	<p>«nurses AND Obstacles AND challenge AND nursinghome»</p> <p>S1 Obstacles</p> <p>S2 Nursing</p> <p>S3 Nursinghome</p> <p>S1 And S2 AND S3</p>	<p>8,452</p> <p>306,820</p> <p>26,208</p> <p>83</p>	<p>Nursing Care for patiens On The Edge of Life in nursing Homes: obstacles are overshadowing opportunities</p> <p>Skrevet av: Hov, R., Hedelin, B. &amp; Athlin, E. (2012).</p> <p>Artikkel nr:25</p>

<b>PUBMED</b>  <b>Søkedato : 3/2-20</b>	1	«Dying patients AND nursinghome AND staff».  S1 uten full tekst  S2 Fri full tekst	32  90  32	Caring for dying patients in the nursing home: voices from frontline nursing home staff. Journal of pain and symptom management. 53, (2), s. 198-207.  Skrevet av: Cagle, J.G., Unroe, K.T., Bunting, M., Bernard, B.L. og Miller, S.C. (2017).  Artikkel nr: 2
	2	«Dying patients AND nursinghome AND staff».  S1 uten full tekst  S2 Med full tekst	90  90  88	Care and attitudes towards nursing in the dying patient. British journal of nursing, 25 (11), s. 600-620.  Skrevet av: Wilson, Avalos, G. & Dowling, M. (2016).  Artikkel nr:4
<b>SveMed +</b>  <b>Søkedato: 3/2-20</b>	1	S1 «nurses AND care»  S2 Limit :mesh en: «nurse -pasient relation» AND  Språk:»Norsk»	1209  67	Omsorg under press i sykehjemspasienters siste livsfase.  Skrevet av: Hansen, M. I. (2018).  Artikkel nr: 4

## VEDLEGG 2 – Resultattabell

	Artikkel	Hensikt og kontekst	Design og metode	Datasamling og utvalg	Resultat og konklusjoner
1	<p>Cagle, J.G., Unroe, K.T., Bunting, M., Bernard, B.L. og Miller, S.C. (2017). Caring for dying patients in the nursing home: voices from frontline nursing home staff. <i>Journal of pain and symptom management</i>. 53, (2), s. 198-207.</p> <p>DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2016.08.022</p>	<p>Studien undersøker generell kunnskap, holdninger og meninger vedrørende livets slutt til pasienter på sykehjem.</p> <p>forskningsspørsmål utført i USA og gjennomført på sykehjem.</p> <p>Beskriver positive og negative sider ved det å arbeide med døende på sykehjem.</p>	<p>Kvalitativ studie med åpne spørsmål. Studien brukte en åpen undersøkelsesdata fra NH-ansatte i frontlinjen- inkludert registrerte, lisensierte sykepleiere og sertifiserte sykepleieassistenter.</p> <p>den ene kjeden fikk hardkopier under et personalmøte, mens den andre kjede fullførte undersøkelse ved hjelp av Survei Monkey (Online vektty).</p>	<p>707 ansatte ved 52 sykehjem i USA svarte på følgende Spørsmål:</p> <p>Beskriv en positiv og en negativ erfaring i møte med pleien av en døende pasient.</p> <p>Studieprosedyrer ble godkjent av Indiana University IRB.</p>	<p>Ansatte på sykehjem har en viktig rolle i møtet med den døende. De blir berørt av møtet med den døende pasienten, og danner tette og følelsesmessige bånd til pasient og pårørende. .</p> <p>Studien viser muligheter for forbedring av de ansattes sin kompetanse, tverrfaglig arbeid, generell kommunikasjon og støtte til den døende pasienten.</p>

2	<p>Hansen, M. I. (2018). Omsorg under press i sykehjemspasienters siste livsfase.</p>	<p>Hensikten med studien var å få en bedre forståelse av sykepleiers erfaringer med den siste fasen i pasientens liv på sykehjem.</p>	<p>Studien har en fenomenologisk tilnærming, hvor det ble brukt kvalitative individuelle interjue.</p> <p>Interjuquide hadde følgende hovedtema: Ivaretagelse av pasientens behov i livets siste fase og beslutningsgrunnlag vedrørende videre pleie og behandling.</p> <p>Systematisk tekstkondensering, som analyse metode. Systematisk kryssløsning ble gjort for å rekontekstualisere resultatene opp mot materialet.</p>	<p>Gjennom et variert utvalg søker fenomenologisk forskning forståelse for informantens livsverden. For å sikre at deltakerne hadde et variert erfaringsgrunnlag, ble det inkludert sykepleiere med mindre enn to og mer enn ti års arbeidserfaring fra sykehjem. Det ble gjennomført seks intervjuer med sykepleiere ved tre avdelinger i to store og ett mindre sykehjem i en Norsk bykommune.</p> <p>Avdelingslederne rekrutterte informanter. Det ble innhentet skriftlig informert samtykke fra samtlige informanter. Studien er klaret av Norsk samfunnsvitenskapelig datasenter (nr. 35589).</p>	<p>studiens funn viser at nok tid til å utøve omsorg er viktigst.</p> <p>En større anerkjennelse av sykepleiernes viktige rolle i denne fasen vil kunne bidra til at de kjenner seg verdsatt og derfor også orker å stå i arbeidet over tid.</p> <p>Dette fordrer imidlertid at sykepleierne må sikres gode arbeidsvilkår.</p>
3	<p>Hov, R., Hedelin, B., &amp; Athlin, E. (2012). Nursing Care for patients On The Edge</p>	<p>Studien undersøker sykepleiernes opplevelse av utførelse god</p>	<p>Forfatterne brukte en fenomenografisk tilnærming som er opptatt av kvalitative</p>	<p>De brukte en målrettet prøvetakning til å rekruttere deltagere, med hensyn til forskjeller i kjønn, utdanningsnivå, arbeidserfaring</p>	<p>I studien kommer det frem at sykepleierne var tydelige på at god omsorg er viktig for å bevare pasientens</p>

	<p>of Life in nursing Homes: obstacles are overshadowing opportunities</p>	<p>omsorg, og hvordan dette kan utføres for pasienter i siste delen av livet i sykehjem.</p>	<p>forskjeller. De intervjuet 14 sykepleiere fra to sykehjem i Norge (ss. 51-52). Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert ordrett</p>	<p>og skift. Det var 14 sykepleiere som hadde disse kriteriene, og alle valgte å delta i studien (s. 52).</p> <p>En av forfatterne intervjuet deltagerne individuelt to ganger, og samtalene varte omtrent 1 time hver gang. Samtalene ble tatt opp på bånd og senere transkribert</p>	<p>verdighet, men at denne omsorgen kunne bli hindret av organisatoriske, relasjonelle og personlige faktorer. Forfatterne mener at sykepleierforvaltninger og lærere bør engasjere seg i kompetanseutvikling om sykepleie for døende pasienter i sykehjem. De skriver at det bør fokuserer mot tilstrekkelig kompetente personell, åpen kommunikasjon, samarbeid og støttende systemer for å understøtte sykepleieres faglige makt og styrke (s. 58).</p>
4	<p>Wilson, o., Avalos, G. &amp; Dowling, M. (2016). Knowledge of palliative care and attitudes towards nursing in the dying patient. British journal</p>	<p>Studien undersøker Sykepleieres kunnskap og holdninger rundt palliativ pleie og det å arbeide med døende pasienter</p>	<p>Kvantitativ studie med to ulike spørreskjemaer:  The palliative care quiz for nursing (PCQN) og</p>	<p>TS er en likert-skala som består av 7 spørsmål hvor sykepleieren svarte i hvilken grad hun/han var enig i en gitt uttalelse rundt arbeidet med en døende pasient</p>	<p>Studien viser at god kunnskap gir gode holdninger. Yngre og mer uerfarne sykepleiere vil profitte på å arbeide med eldre og mer erfarne sykepleiere i</p>

	<p>of nursing, 25 (11), s. 600-620.</p> <p>DOI:10.12968/bjcn.2016.25.11.600</p>	<p>på sykehjem i Irland.</p>	<p>Thanatophobia scale (TS).</p> <p>PCQN består av 20 spørsmål som besvares med «sant», «usant» eller «vet ikke». Dette er et populært, internasjonalt verktøy hvor maksimal poengsum er 20.</p>		<p>arbeidet med døende pasienter.</p>
5	<p>Svensden, S.J., Landmark, B.T., og Grov, E.K. (2017). Dying patients in nursing homes: nurses provide «more of everything», and are «left to deal with everything on their own». Sykepleien forskning.</p> <p>DOI:10.4220/Sykepleienf.2017.63396</p>	<p>Studien beskriver sykepleieres erfaring med døende pasienter i sykehjem.</p> <p>Forsknings spørsmål: Hva er nødvendig for å kunne gi optimal pleie, omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem.</p>	<p>Studien har et deskriptivt- og et kvalitativt eksplorativt design. De benyttet fokusgruppeintervju. s. 3.</p>	<p>Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste. De har fulgt forskningsetiske prinsipper slik de er nedfelt i Helsinki - deklarasjonen.</p>	<p>Artikkelen beskriver sykepleiere sin komplekse rolle, og at det er en tydelig forskjell på om en arbeider på sykehjem vs. sykehus. Studien belyser hvordan rammefaktorer som bemanning og kompetanse har innvirkning på sykepleierens funksjon og ansvar.</p>

6	<p>Reitinger, E., Schuchter, P., Heimerl, K., &amp; Wegletiner, K. (2018)</p> <p>Palliative care culture in nursing homes; the relatives` perspective</p>	<p>Denne Studien undersøkte hva pårørende så på som essensielt for en god palliativ pleie og kultur ved sykehjem. Studien tok også for seg, hvilke utfordringer som kunne hindre en god kultur.</p>	<p>I studien ble det brukt en kvalitativ tilnærming, med fokusgruppe intervju. Fokusgruppene ble tilrettelagt, dokumentert og spilt inn av to forskere. Alle fokusgruppe intervjuene fant sted på de respektive sykehjemmene. Pårørende fikk invitasjon fra lederne som døråpnere på hvert sykehjem. Totalt 17 pårørende (10 kvinner og 7 menn deltok i fokusgruppene).</p>	<p>Det var totalt 17 deltakere i studien fra fire ulike sykehjem i Tyskland.</p> <p>De valgte sykehjem som forskningsmål som allerede hadde erfaring med palliativ omsorg. Der en palliativ kultur hadde vokst over flere år, Mente forskerne forbedret sjansene til innovative funn, spesielt de pårørende.</p> <p>Forskningen var basert på Helsinki- erklæringen` (World Medical Association (WMA), 2013).</p>	<p>I følge pårørende som deltok i studien var det to ting som var essensielt for at de skulle oppleve at det var kultur for god palliativ pleie ved sykehjem. Det første var å ha gode retningslinjer i forhold til kommunikasjon, dette var for at pårørende skulle få mulighet til å delta i pleien og i avgjørelser. Det andre var at ledelsen måtte være bevisst på å skape et nettverk mellom sykehjem og samfunnet.</p>
7	<p>Bollong, G., Schmidt, G., Rosland, J. H., &amp; Heller, A. (2015).</p> <p><i>Ethical Challenges in nursing homes - staff's</i></p>	<p>Studien undersøker sykehjems ansattes meninger og erfaringer med etiske utfordringer og dilemmaer som</p>	<p>Det ble brukt både kvantitativ og kvalitativ metode. De har i sin fremgangsmetode hovedsakelig brukt</p>	<p>Alle ansatte på et norsk sykehjem, inkludert- ikke medisinsk personell. Godkjent av regionale komitee for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Ref. 2009/1339.</p>	<p>Personalet uttrykte at de ville satt pris på systematisk etikkarbeid, for å hjelpe på beslutningstaking. I</p>

	<i>opinions and experiences with systematic ethics meetings with participation of residents' relatives. Scandinavian Journal of Caring Sciences,</i>	forekommer og diskuteres i sykehjem.	spørreundersøkelser til sykehjems ansatte. Ved å bruke en blandet tilnærming, har de fått et større og rikere bilde av etiske utfordringer.	Kvalitetsvurdert i henhold til sjekklister utarbeidet av folkehelse -instituttet.	fremtiden bør pasientenes egen deltagelse på møter som omhandler pasienten, oppmuntres når det er mulig.  Studien er relevant da den har fokus på etisk refleksjon. Det kan vi som helsepersonell alltid bli bedre på.
8	Peterson, Johnson, Halvorsen, Apmann, Chang, Kershek, Scherr, Ogi & Pincon, (2010).  <b>Tittel:</b> What is it so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses' experiences.	Studien Undersøker sykepleiernes erfaringer og deres bekymringer i utøvelse av omsorg for en døende pasienter.	Kvalitativ metode: Forfatterne rekrutterte 15 sykepleiere og sykepleierstudenter. 8 deltagere ble intervjuet personlig og 7 gjennom online. Intervjuene ble tatt opp lydbånd, og transkripsjonene ble deretter nøye undersøkt sammen med de nettbaserte undersøkelsene.	De rekrutterte deltagerne ved hjelp av snøballprøveteknikk ved å bruke både ansikt-til-vegg- intervjuing og online. For elektrosnik rekruttering ble forespørslers sendt til kjente kontakter og grupper. Undersøkelsen ble levert gjennom en On-line undersøkelsestjeneste (ss. 182- 183).	Forfatterne mener det er nødvendig med mer forskning for å få utforske flere aspekter ved omsorg for døende pasienter, og hvilken bekymring dette gir. De mener at slik forskning kan føre til utvikling av programmer som kan hjelpe sykepleiere å minke stresset (s. 186).