



# Eldre pasienters siste



■ Av Simen A. Steindal, Høgskolelektor/Stipendiat Institutt for sykepleie og helse ved Diakonhjemmet Høgskole.

## Innledning

I Norge skjer cirka 35 % av alle dødsfall i sykehus. Andelen eldre over 80 år som dør ved sykehus har økt de siste tretti årene, mens liggetiden ved den siste sykehusinnleggelsen har blitt betraktelig redusert (1). Det forventes at sykehusavdelinger som har pasienter som er alvorlig syke skal være i stand til å tilby grunnleggende palliativ pleie og behandling. Pasienter som har komplekse

plager skal henvises til palliativt team, palliative enheter eller til vurdering ved andre typer spesialavdelinger. Artikkelen bygger på erfaringer fra et doktorgradsarbeid (2, 3). Hensikten er å belyse sykepleiefaglige utfordringer i møte med eldre døende pasienter i sykehus. Det presenteres kasuistikker som beskriver pårørendes opplevelse av omsorg for døende pasienter i sykehus.

**Sammendrag:** Ubehagelige symptomer forekommer hyppig hos eldre pasienter innlagt i sykehus de siste levedager. For at eldre pasienter skal få en verdig død, er det en forutsetning at sykepleiere lindrer symptomer av fysisk, psykologisk, åndelig og eksistensiell karakter. Det kan være utfordrende for sykepleiere å åpne opp for samtaler med eldre pasienter om det å

ha kort forventet levetid og døden. Behandling og tiltak som kun fører til at dødsprosessen forlenges bør avsluttes. Det kan være følelsesmessig vanskelig for både pasientens pårørende og sykepleiere at døende pasienter ikke får kunstig ernæring og væske. En verdig død er forbundet med at døende pasienter har noen hos seg i dødsøyeblikket.



#### FLERE PÅ SYKEHUS:

Andelen eldre som dør når de ligger på sykehus har økt de siste årene.

# levedager i sykehus

## Palliativ omsorg

Palliativ omsorg har i stor grad vært et tilbud til pasienter som dør av kreftsykdom. Hospice filosofien var en viktig forløper til palliativ omsorg slik den framstår i dag. Hospice filosofien oppsto fordi kreftpasienter ofte døde med sterke smerter, og det var manglende åpenhet om det å ha en uhelbredelig sykdom og døden (4). Det er ofte enklere å identifisere når kreftpasienter har begrenset med levetid enn andre pasientgrupper. Det kan være utfordrende å forutse forventet levetid hos skrøpelige eldre pasienter med hjerte-karlidelse eller kronisk obstruktiv lungesykdom. De eldste gamle kan være så skrøpelige at de dør i forbindelse med sykehusinnleggelse på grunn av akutte hendelser som hoftebrudd eller lungebetennelse (5). Eldre pasienter har udekkete palliative behov. Sentrale behov som helsepersonell bør være oppmerksom på er: Smerter, det å dø av andre sykdommer enn

kreft, problemer relatert til aldring og bekymring rundt kommunikasjon (6).

## Symptomlindring

Palliativ omsorg er en aktiv helhetlig behandling av pasienter som ikke lengre responderer på kurativ behandling. Lindring av fysiske plager er viktig (7). Det er indikasjoner for at eldre pasienter ikke er redd for døden, men frykter ubehagelige symptomer og plager under dødsleie (8). Pustebesvær, feber, smerter og slim i luftveiene forekommer hyppig hos pasienter over 75 år som dør i sykehus (9). En studie som sammenliknet symptomer og behandling i de tre siste levedager ved sykehus hos unge gamle (65-84 år) og eldste gamle (85-100 år) pasienter fant få forskjeller mellom gruppene. Smerter, pustebesvær og urininkontinens var de hyppigste symptomene i begge aldersgruppene. I dette aktuelle studiet hadde 35 % av de eldste

gamle falt i løpet av de 30 siste levedager (3). Disse resultatene stemte ikke med andre funn som hevdet at fall ikke er et stort problem hos eldre pasienter ved livets slutt (10).

### Smerte

*En pårørende fortalte at hun tilkalte sykepleier på grunn av at moren hadde smerter. Sykepleieren sa nei, at moren ville få for mye og at hun allerede fikk nok smertestillende. Datteren fortalte at hun ble rasende og opplevde det som nedverdiggende at moren ikke skulle få lindring. Datteren ga seg ikke, sykepleier ringte legen og fikk gi mer morfin. Datteren poengterte at døende skal ikke ha smerter og må få nok lindring og morfin. Morfin er viktig for å gi et «langt frikvarter», sa datteren.*

Smarter er et fryktet symptom ved livets slutt. Pasienter, pårørende og sykepleiere forbinder en god død med frihet fra smerter (11). Hos eldre palliative pasienter kan smerte være et hinder for å avdekke psykososiale og åndelige behov (12). Frykt for smerter er gjerne forbundet med det å skulle dø av en kreftsykdom. Likevel har forskning vist at smerter også forekommer hyppig hos eldre pasienter innlagt i sykehus de siste levedager uavhengig av diagnose. En studie fant at 74 % av pasientene hadde smerter, 10 % av pasientene mottok ikke

eller Verbal Rang Skala (VDS) kan bidra til en mer systematisk kartlegging av smerteintensitet (13, 14). Hos eldre pasienter med mild til moderat kognitiv svikt er VDS anbefalt (14). Kartlegging av kroniske smerter krever flerdimensjonale instrumenter som for eksempel The Brief Pain Inventory (BPI) (13). Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) er verktøy som kartlegger smerte og andre symptomer hos palliative pasienter på enkel og hensiktsmessig måte. Pasienten vurderer sin smerteintensitet på en skala der 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelig smerte (15). ESAS kan også benyttes hos pasienter med andre sykdommer enn kreft.

Det kan være utfordrende å vurdere om pasienter med kognitivsvikt eller redusert bevissthet er smertepåvirket. Sykepleier kan observere non-verbale tegn som rynker i pannen, agitasjon, og stønning for å vurdere om pasienten er smertepåvirket. Disse tegnene er ikke helt sikre siden de også kan være tegn på delirium som forekommer hyppig i de siste levedager (16).

En studie som utforsket hvordan omsorg for døende pasienter har utviklet seg gjennom 30 år ved et sykehus, fant indikasjoner for at det har skjedd en endring i smertebehandling ved livets slutt. Det har vært en jevn økning i administrering av smertestillende medikamenter fra 51 % i 1977 til 92 % i 2007. I 1977 ble opiat administrert til 38 % av pasientene, mens i 2007 ble opiat administrert til 78 % av pasientene de siste levedager (1). Morfin er det opiatet som administreres hyppigst til pasienter med sterke smerter (2, 17). Smådoser med morfin vil som oftest være tilstrekkelig for å oppnå tilfredsstillende smertelindring (17). Hos pasienter med svært sterke smerter de siste levedager er det ikke begrensning på mengden opiat som kan administreres til pasientene. Målet er å lindre (18). Erfaringer fra kreftpasienter viser at dersom kliniske retningslinjer for smertelindring blir fulgt, kan opptil 97 % av pasientene bli tilfredsstillende smertelindret (19).

### Pustebesvær

*En datter fortalte at hun opplevde farens pustebesvær som forferdelig på slutten. Det rallet og han pustet tungt, og hun hadde behov for å gå ut av rommet flere ganger.*

Det skjer ofte endringer i pasientens respirasjon når pasienten blir mindre kontaktbar og til slutt komatøs. Hurtig overfladisk respirasjon, apnéperioder og cheyne stokes respirasjon er vanlig. Det

## «Dødsralling kan være svært ubehagelig for de pårørende å være vitne til.»

tilstrekkelig med smertelindring, og at helsepersonell i liten grad dokumenterte smerteintensitet (2).

Mangelfull smertekartlegging kan være en årsak til at smerter ikke blir tilstrekkelig lindret ved livets slutt i sykehus. Smarter er et subjektivt fenomen og er alltid det pasienten sier at det er. Eldre pasienter unnlater ofte å rapportere at de har smerter. Det kan skyldes at mange eldre tror at smerter er en del av det å bli gammel, eller at de er redde for å være til bry for sykepleierne. Sykepleiere har en tendens til å undervurdere eldre pasienters smerteintensitet. Det er derfor viktig at sykepleiere spør eldre pasienter om de har smerter og benytter smertekartleggingsinstrumenter for å kartlegge smerteopplevelsen. Endimensjonale smerteinstrumenter som Numerisk Rang Skala (NRS), Visuell Analog Skala (VAS)



**UENIG:** Sykepleiere vil møte pårørende som er uenig i beslutningen om å avslutte behandling av den døende.

kan være en stor påkjenning for pårørende å sitte ved sengen og være vitne til dette (16). Det er viktig at sykepleiere bidrar til at pårørende sitter igjen med en opplevelse av at deres nære ikke hadde store plager og at dødsleiet var verdig. Et viktig sykeplei-tiltak er å kommunisere til de pårørende at deres nære ikke er plaget av dette. Kunnskap tilsier at den komatøse pasienten ikke opplever åndenød og er plaget av respirasjonsendringene (20). Der- som de pårørende ikke slår seg til ro med dette, kan administrering av små doser med opiat- eller benzodiazepiner senke respirasjonsfrekvensen slik

at pårørende opplever at respirasjonen roer seg (21).

Rallende respirasjon, også kalt dødsralling, er et annet symptom som det kan være svært ubehagelig for de pårørende å være vitne til. Når pasienten ikke klarer å hoste opp eller svelge slimet, blir det liggende i luftveiene som skaper den rallende lyden i respirasjonens inspiratorisk og ekspiratorisk fase (22). For sykepleiere kan det være fristende å bruke sug for å fjerne slimet, og sug blir trolig brukt for ofte hos eldre døende pasienter i sykehus (3). Bruk av sug i øvre luftveier anbefales ikke da det kan være ubehagelig for pasienten,

er lite hensiktsmessig om slimet sitter nedenfor sugekaterets rekkevidde, og det korrigerer ikke de underliggende årsakene. Det er mer hensiktsmessige å snu pasienten for å mobilisere slimet, å heve pasientens hode for å drenere slim og å administrere legemidler med antikolinerg effekt som morfin scopolamin eller robinul (21, 22). På grunn av pasientens redusert bevissthetsnivå antas det at pasienten ikke er plaget av dødsrallingen. Et viktig fokus for sykepleier vil være å ivareta de pårørende slik at de opplever situasjonen minst mulig belastende (22).

### Åpenhet om døden

*Datteren opplevde at avdelingen var redd for å sette ord på at faren skulle dø. Hun hadde ikke trodd selv at han skulle leve så lenge. Familien viste ikke når faren ville komme til å dø, men det var klart at det ikke fantes en annen utgang. Datteren spurte: «Hva er de redd for?».*

Palliativ omsorg legger vekt på døden som en naturlig del av livet (7). Det kan være utfordrende for sykepleiere å snakke med eldre pasienter om det å skulle dø og døden. Usikkerhet rundt prognose kan være en forklaring på det (5). En studie som utforsket sykepleieres erfaringer med sykepleie til eldre døende pasienter ved sykehus, fant at pårørende fikk informasjon om at deres nære var døende, mens pasientene fikk ingen informasjon. Begrunnelsen for å unnlate å informere pasientene var at sykepleiere og annet helsepersonell fryktet at den allerede sårbare pasienten skulle påføres ytterligere skade og ubehag (23).

En norsk studie fant indikasjoner for at det ikke har blitt mer åpenhet og lettere å snakke om døden de siste 30 årene. I 1997 mente pårørende som ble intervjuet at 49 % av deres nære var fullt orientert om at døden nærmet seg, mens i 2007 var det 26 %. En stor andel av pårørende mente at de var fullt orientert om at næres nære kom til å dø på sykehuset innen kort tid. Pårørende uttrykte at personalet hadde snakket om døden på en indirekte måte og at personalet kunne vært enda tydeligere på at døden var nært forestående. Pårørende ønsket at personalet i større grad kunne tatt initiativ til å snakke om døden med dem (1).

Det er en ekstra utfordring å kommunisere med eldre som har sterkt nedsatt hørsel eller har problemer med å gjøre seg forstått på grunn av hjerne slag eller andre nevrologiske skader. Erfaringer viser at nonverbal kommunikasjon og støttende

kroppskontakt kan formidle en felles forståelse mellom den gamle og omsorgspersonen at nå er tiden inne til å ta farvel.

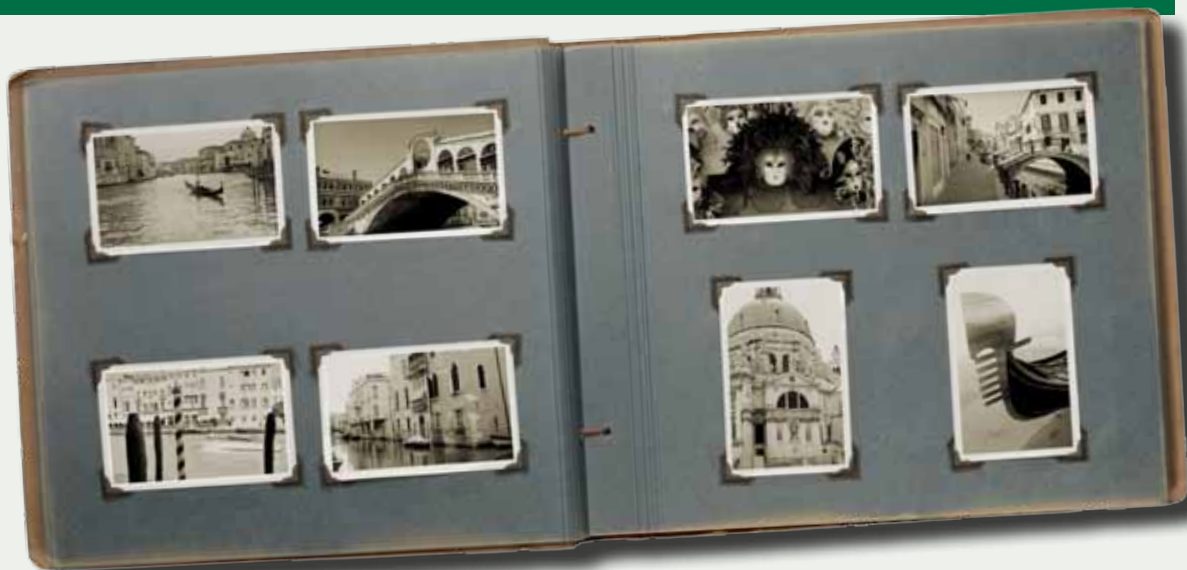
### Psykologiske, åndelige og eksistensielle behov

Ved livets slutt er det også viktig å lindre plager av psykologisk, åndelig og eksistensiell karakter og å optimalisere pasientenes livskvalitet (7). I en studie rapporterte 16 % av pasientene at det var de eksistensielle plagene som bekymret dem mest. Pasientene uttrykte emosjonell lidelse, håpløshet, frustrasjon og ensomhet. Bekymringer relatert til troen på Gud, livet etter døden og eksistensiell lidelse som «Hva er meningen med dette?» eller «Jeg kan ikke tro at alt dette skjer», ble også framhevet (24). Pasienter kan ha behov for å minnes det livet de har levd, snakke med andre om hvordan livet har vært og finne mening med livet (12). Sykepleiere som jobber med eldre døende pasienter i sykehus har kunnskap og vet hvor viktig det er å dekke disse behovene. Likevel tyder mye på at sykepleiere først og fremst ivaretar pasientens fysiologiske behov som smertelindring (23).

Det er sykepleieres ansvar å åpne opp for samtaler om åndelige og eksistensielle spørsmål ved livets slutt. En studie fant at kreftpasienter ønsket ikke nødvendigvis å snakke med sykepleier om vanskelige følelser og tanker om framtiden, mens de var innlagt i sykehus. Likevel ønsket pasientene at sykepleier tok initiativ til å snakke med dem om dette, men pasientene ville bestemme selv hvem de ville snakke med, når de ville snakke om dette og hvordan det skulle skje (25). Åpne spørsmål som «Hva er det som holder deg oppe?», «Hva er det viktigste i livet ditt?» eller «Hva synes du er vanskelig?», kan åpne opp for samtaler mellom sykepleier og pasient (26). Mange eldre pasienter er uansett religiøstilhørighet, mer bundet til ritualer enn mange av dagens unge sykepleiere. I terminalfasen er pasientenes allmentilstand ofte svært redusert. Det å gi pasienten tilbud om nattverd kan virke vanskelig. Der en kjenner pasientens livssyn kan pasienten oppleve det positivt å bli velsignet og bedt for av en prest eller en annen religiøs leder. Ofte kan siste sykehusinnleggelse bare vare et par dager og plagsomme symptomer som åndenød kan gjøre at det ikke er mulig å snakke om åndelige og eksistensielle behov (27).

### Avslutning av livsforlengende behandling

*Datter fortalte at moren som nærmet seg 100 år bare vill dø. Moren fikk væske intravenøst, ble mobilisert og*



**MINNER:** Pasienter kan ha behov for å snakke om livet og dele minner.

*utredet grundig: tromler og overvåkning av hjerte. Moren fikk ikke smertelindring. Sykehusets mål var å finne en diagnose. Verken moren eller familien var opptatt av å få en diagnose eller at hun skulle bli frisk. Datter sa at sykehuset må tenke på pasientens alder.*

Palliativ omsorg framhever at døden skal verken framskyndes eller forlenges (7). I de siste levedagene kan det være utfordrende å avslutte nødvendig og livsforlengende behandling (28). Resultatene fra en studie ved et australsk sykehus viste at 60 % av pasientene mottok aktiv behandling da de døde. Væske intravenøst ble administrert til 49 %, 5 % mottok sondeernæring, mens antibiotikabehandling ble gitt til 27 % fram til døden inntraff. Hos 88 % av pasientene var det dokumentert at hjerte- og lungeredning ikke skulle iverksettes. Denne beslutningen ble ofte tatt kort tid før pasientene døde (29). Dersom antibiotika, væske eller andre medisinske tiltak kun fører til at dødsprosessen forlenges uten at den eldre pasientens livskvalitet bedres, bør behandlingen seponeres. For alle sykepleie- og medisinske tiltak bør det gjøres en vurdering av tiltakets nytteverdi (28).

#### Næring og væske

*Ektefellen fortalte at hun ble informert av lege om at væskebehandling ville bli avsluttet. Hun opplevde at det var sykehuset som tok denne avgjørelsen. Ektefellen fortalte at hun var glad for at det ikke var hun som skulle ta denne beslutningen. Det hadde jeg aldri klart, la hun til.*

Når pasienten ikke lengre er i stand til å spise

og drikke selv, kan pårørende være redde for at deres nær skal føle tørste og sult (30). Ved tidligere sykehusinnleggelse har trolig den eldre pasienten fått væske eller ernæring intravenøst. Pårørende kan også ønske overflytting fra sykehjem til sykehus for at deres nær skal få væskebehandling (31). Forskning har vist at sult forekommer sjelden de siste levedager, og at pasienter i terminalfasen ikke eller i liten grad opplevde tørste som et problem (30). Pasienter som er i stand til å drikke skal alltid få tilbud om det (32). Derimot kan det å gi væske per os til pasienter som ikke lengre er i stand til å svelge, føre til at pasienten aspirerer væske til lungene (22). Munntørrethet i terminalfasen skyldes i større grad medikamenter, og det at pasienter puster med åpen munn, enn mangel på væske. Godt og hyppig munnstell anses som det mest effektive tiltaket for å lindre munntørrethet og tørste (33). Det å avstå fra å gi væske kan redusere slim i luftveiene og dødsralling. Dehydrering i livets siste timer kan

## «Pasienter, pårørende og sykepleiere forbinder en god død med frihet fra smerter.»

gi pasienten en mer komfortabel dødsprosess (22).

Det kan være følelsesmessig vanskelig for både pårørende og helsepersonell å akseptere at det ikke gis væske og ernæring (32). For sykepleiere kan det være utfordrende å endre pårørendes oppfatning av at deres nær dør fordi han ikke spiser til at

deres nære er døende derfor spiser han ikke (30). Sykepleiere vil møte pårørende som er uenig i beslutningen om å avstå fra eller avslutte behandling. Uenighet mellom pårørende og helsepersonell kan oppstå på bakgrunn av kommunikasjonssvikt, uenighet om det medisinske faglige grunnlaget for beslutningen, ulikt verdisyn eller manglende til-

## «En verdig død er forbundet med at døende pasienter har noen hos seg i dødsøyeblikket.»

lit til helsepersonell. Pårørende kan ha behov for informasjon om bakgrunn for vurderingen og hvilke verdier som lå til grunn. Det å lege foretar en ny vurdering av pasientens tilstand eller avdelingen henvender seg til klinisk etisk-komité ved sykehuset kan være hensiktsmessig for å løse uenighet med pårørende (32).

### Å dø alene

En verdig død er forbundet med at døende pasienter har noen hos seg i dødsøyeblikket. Pasienten skal slippe å være alene står det i ulike standarder for palliativ omsorg (34). En norsk studie fra sykehus fant at 14,5 % av pasientene døde alene. Sykepleierne i studien framhevet at ingen pasienter som selv ikke ønsker det, skal dø alene. Det at pasienter døde alene var en følelsesmessig påkjenning for flere av sykepleierne. Når det var tydelig at dødstidspunktet nærmet seg, organiserte som oftest familien seg slik at det alltid var noen til stede hos den døende. Enkelte pårørende reiste hjem og sykepleierne lovet at de skulle tilkalle pårørende ved endring i den døendes helsetilstand. Endringer i helsetilstanden kan skje raskt eller uventet, og sykepleiere rakk derfor ikke alltid å varsle de pårørende slik at de rakk fram i tide (35). Sykepleierne har et stort ansvar for å opparbeide seg den kompetansen det skal til for å forstå at døden nærmer seg. Det hender likevel at selv om sykepleier vet at pasienten er døende, kan selv dødsøyeblikket komme uventet. I slike situasjoner kan verken pårørende eller sykepleiere klandres.

### Oppsummering

Palliativ omsorg til døende pasienter i sykehus må baseres på pasientenes individuelle behov som forekomst av plagsomme symptomer og ikke alder i seg

selv. Systematisk kartlegging av smerter er viktig for at eldre pasienter skal bli tilfredsstillende smertelindret. Det er sykepleieres ansvar å tilrettelegge for at eldre pasienter kan snakke om sine psykologiske, åndelige og eksistensielle behov, og ved den siste sykehusinngjøelsen vil pasienten som oftest ikke være i stand til å snakke om dette. Derfor må dette skje ved en tidligere innleggelse. Som en del av behandlingsteamet bør sykepleier være med å vurdere nytteverdien av tiltak som iverksettes. Der som dødsprosessen forlenges uten at den døendes livskvalitet forbedres, bør behandlingen seponeres. Pårørende kan være uenige i beslutningen om å avslutte eller avstå fra behandling. Sykepleiere framhever at ingen pasienter som selv ikke ønsker det, skal dø alene. Allikevel vil det være situasjoner der dødsøyeblikket kommer uventet og det er viktig at sykepleiere ikke klandrer seg selv. ■

### Litteratur

1. Sørbye LW, Steindal SA. Omsorg for døende og deres pårørende – hva har endret seg i løpet av en 30 års periode? Omsorg for døende og deres pårørende – hva har endret seg i løpet av en 30 års periode? 2009(4):37-42.
2. Steindal SA, Bredal IS, Sørbye LW, Lerdal A. Pain control at the end of life: a comparative study of hospitalized cancer and noncancer patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2011;25(4) 771-779.
3. Steindal SA, Ranhoff AH, Bredal IS, Sørbye LW, Lerdal A. Last 3 days of life in the hospital: a comparison of symptoms, signs and treatments in the young old and the oldest old patients using the Resident Assessment Instrument for Palliative Care. *International Journal of older people nursing*. 2012. doi:10.1111/j.1748-3743.2012.00313.x.
4. Clark D. History and culture in the rise of palliative care. I: Payne S, Seymour J, Ingleton C, editors. *Palliative care nursing Principle and evidence for practice*. Open University Press; 2009.
5. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *BMJ*. 2005;330 (7498):1007-11.
6. Davies E. What are the palliative care needs of older people and how might they be met? WHO Europe, 2004.
7. WHO. WHO Definition of Palliative Care. 2012 nedlastet 08.04.12 fra <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
8. Hallberg IR. Death and dying from old people's point of view. A literature review. *Aging Clin Exp Res*. 2004;16(2):87-103.
9. Seah S, Low J, Chan Y. Symptoms and care of dying elderly patients in an acute hospital. *Singapore Med J*. 2005;46(5):210-4.
10. Kapo J, Morrison LJ, Liao S. Palliative care for the older adult. *J Palliat Med*. 2007;10(1):185-209.
11. Steinhilber KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulskey JA. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA*. 2000;284 (19):2476-82.
12. Wijk H, Grimby A. Needs of elderly patients in palliative care. *Am J Hosp Palliat Care*. 2008;25(2):106-11.
13. Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Hals EK, et al. Assessment of pain. *Br J Anaesth*. 2008;101(1):17-24.
14. Herr KA, Spratt K, Mobily PR, Richardson G. Pain intensity assessment in older adults: use of experimental pain to compare psychometric properties and usability of selected pain scales with younger adults. *The Clinical journal of pain*. 2004;20(4):207-19.

# Søk stipend

**NSF FGD Lokalgruppe i Oslo/Akershus** utlyser utdanningsstipend 2012. Styret lyser ut fire utdanningsstipend på kr 5000 hver for 2012. To tildeles vår og to tildeles høst med søknadsfrist 1. april og 1. oktober. Stipendene gjelder all utdanning etter fullført bachelor i sykepleie som er relevant for fagfeltet geriatri og demens.

Alle medlemmer i NSF FGD Oslo og Akershus som er ajour med medlemskontingenten og som har vært medlem i NSF FGD Oslo og Akershus de siste seks måneder før søknadsfristen for stipendet kan søke.

Søknaden skal inneholde navn, postadresse, e-postadresse, medlemsnummer i NSF, samt arbeidsgiver. I søknaden skal det gjøres rede for hvilken utdanning det søkes støtte for, hvor langt du er kommet i utdanningsløpet og noen ord om bakgrunnen for søknaden. Søknad sendes på e-post til leder for faggruppen, Cecilie Olsen. E-post: [sovolve@online.no](mailto:sovolve@online.no)

Eller den sendes i tre eksemplarer til: Cecilie Olsen, Sælenveien 59 A, 5143 Fyllingsdalen.

Søknadene blir behandlet av NSF FGD Oslo og Akershus styre, og søkere vil få svar innen 1. mai og 1. november.



Foto Colourbox

## Vi gratulerer Swe-Med

Swe-Med er en svensk database der studenter, sykepleiere og annet helsepersonell kan finne data som kan øke kunnskapsnivået. Databasen fyller i disse dager 30 år. Swe-Med inneholder artikler fra skandinaviske tidsskrifter. Folk som søker på Swe-Med får også opp artikler fra Geriatrisk sykepleie. Swe-Med har registrert fagbladet vårt siden 2009, og det står det respekt av! Faggruppen vil med dette gratulere Swe-Med med dagen.

For å søke i artikler, gå inn på: <http://svemedplus.kib.ki.se/>

15. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsper P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care*. 1991;7(2):6-9.
16. Plonk WM, Jr., Arnold RM. Terminal care: the last weeks of life. *J Palliat Med*. 2005;8(5):1042-54.
17. Klepstad P, Kaasa S, Cherny N, Hanks G, de Conno F. Pain and pain treatments in European palliative care units. A cross sectional survey from the European Association for Palliative Care Research Network. *Palliat Med*. 2005;19(6):477-84.
18. Fineberg IC, Wenger NS, Brown-Saltzman K. Unrestricted opiate administration for pain and suffering at the end of life: knowledge and attitudes as barriers to care. *J Palliat Med*. 2006;9(4):873-83.
19. Allard P, Maunsell E, Labbe J, Dorval M. Educational interventions to improve cancer pain control: a systematic review. *J Palliat Med*. 2001;4(2):191-203.
20. Thomas JR, von Gunten CF. Management of dyspnea. *J Support Oncol*. 2003;1(1):23-32.
21. Kongsgaard U-E. Behandling av dyspne i terminal fasen hos kreftpasienter. Omsorg – Nordisk tidsskrift for palliativ medisin. 2010;27(4):7-9.
22. Hipp B, Letizia M. Understanding and responding to the death rattle in dying patients. *Medsurg Nurs*. 2009;18(1):17-21.
23. Costello J. Nursing older dying patients: findings from an ethnographic study of death and dying in elderly care wards. *J Adv Nurs*. 2001;35(1):59-68.
24. Shah M, Quill T, Norton S, Sada Y, Buckley M, Fridd C. «What bothers you the most?» Initial responses from patients receiving palliative care consultation. *Am J Hosp Palliat Care*. 2008;25(2):88-92.
25. Kvale K. Do cancer patients always want to talk about difficult emotions? A qualitative study of cancer inpatients communication needs. *Eur J Oncol Nurs*. 2007;11(4):320-7.
26. Murray SA, Pinnock H, Sheikh A. Palliative care for people with COPD: we need to meet the challenge. *Prim Care Respir J*. 2006;15(6):362-4.
27. Steindal SA, Sørbye LW. The last stay in an acute hospital – is existential need a topic for documentation? 20th Nordic congress of gerontology; Reykjavik, Iceland: Nordisk Gerontologisk forening; 2010.
28. Rosland J, Von Hofacker S, Paulsen Ø. Den døende pasienten. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2006;4 (123):467-70.
29. Middlewood S, Gardner G, Gardner A. Dying in hospital: medical failure or natural outcome? *J Pain Symptom Manage*. 2001;22(6):1035-41.
30. Nordøy T, Thoresen L, Kvikstad A, Svensen R. Ernæring og væskebehandling til pasienter med ikke-kurabel kreftsykdom. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2006;126(5):624-7.
31. Steindal SA, Sørbye LW. Er sykehjemmet er verdig sted å dø? *Sykepleien Forskning*. 2010(2):138-45.
32. Helsedirektoratet. Nasjonal veileder for beslutningsprosesser for begrenning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende. 2009; Nedlastet 24.01.12 fra: [http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-veileder-for-beslutningsprosesser-for-begrensning-av-livsforlengende-behandling-hos-alvorlig-syke-og-doende/Publikasjoner/Nasjonal\\_veileder\\_f\\_117069a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-veileder-for-beslutningsprosesser-for-begrensning-av-livsforlengende-behandling-hos-alvorlig-syke-og-doende/Publikasjoner/Nasjonal_veileder_f_117069a.pdf).
33. Thorns A, Garrard E. Ethical issues in the care of the dying In: Ellershaw J, Wilkinson S. Care of the Dying A pathway to excellence. Oxford: Oxford University Press; 2011.
34. NFPM. Standard for palliasjon. 2004; Nedlastet 24.01.12 fra [http://www.legeforeningen.no/asset/24404/2/24404\\_2.pdf](http://www.legeforeningen.no/asset/24404/2/24404_2.pdf).
35. Rønning ER, Svartvassmo A, Carlsen LB. Noen dør alene. Omsorg – Nordisk tidsskrift for palliativ medisin. 2010;27(3):29-33.