



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Folkehelsefag
4 BACH1D

Karianne Nesseth og Irene Røsteggen

Veileder: Toril Merete Nysæter

Verdig omsorg til den eldre pasienten

Care for the elderly patient in dignity

Antall ord: 13 609

Bachelor i sykepleie deltid kull 2010

8. Mars 2013

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Forord

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

(Søren Kierkegaard).

Innhold

Forord	2
Vedlegg 1: Sammendrag	
Vedlegg 2: Ekskluderende og inkluderende forskningsartikler	
1.0 Innledning.....	5
1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling	5
1.2 Presentasjon av problemstillingen.....	6
1.3 Presisering av problemstillingen og avgrensning av oppgaven	6
1.4 Anonymisering og Ethiske overskridelser	8
1.5 Oppgavens oppbygging.....	8
1.6 Hensikten med oppgaven	9
2.0 Metode.....	10
2.1 Generelt om metode	10
2.2 Litteraturstudie	10
2.2.1 Formålet med forskningsspørsmålet	11
2.2.2 Kvalitetskriterier.....	11
2.2.3 Faglitteratur	12
2.2.4 Kildekritikk	13
2.2.5 Utdypning av forskningsartiklene	13
3.0 Teoretisk referanseramme	18
3.1 Sykepleieteoretiker Kari Martinsen	18
3.1.1 Kari Martinsens omsorgsteori	18
3.2 Terminale kreftpasienter	20
3.3 Palliativ omsorg.....	20
3.3.1 Palliativ enhet i sykehjem	21
3.4 Den terminale fasen.....	22
3.4.1 Fysiske utfordringer	22
3.4.2 Psykiske utfordringer	23
3.4.3 Psykososiale utfordringer.....	24
3.4.4 Kommunikasjon til pasienter i terminalfase.....	24
3.5 Sykepleierens rolle	26
3.5.1 Sykepleierens kompetanse og kvaliteter	27
3.6 Verdig omsorg til pasienten	28
3.6.1 Sykepleiens tillit til den døende	29

3.6.2 Sykepleierens trygghet til den døende	30
3.6.3 Sykepleierens respekt til den døende	30
4.0 Drøfting	32
4.1 Verdig omsorg på sykehjem.....	32
4.1.1 Sykehjemmet som arena.....	32
4.1.2 Helhetlig omsorg for det syke mennesket	32
4.2 Sykepleiers omsorgskvaliteter	35
4.2.1 Sykepleierens kompetansen	36
4.3 Den terminale kreftpasienten	38
4.3.1 God kommunikasjon til en verdig omsorg.....	38
4.3.2 Betydningen av trygghet, tillit og respekt i terminal omsorgen.....	40
5.0 Konklusjon	44
Bibliografi	46

1.0 Innledning

I denne bachelor oppgaven ønsker vi å belyse hvordan sykepleieren kan bidra til en verdig omsorg til en terminal kreftpasient og da må vi anvende oss av kunnskap fra flere områder.

Opplevelsen av sykdommen som pasienten har bør være sentral i sykepleiesammenhengen (Dalland, 2010). Som menneske er vi omgitt av ting som har betydning. Vi er et vesen som har håp, drømmer, er redd og unngår eller bestreber seg på noe. Vi er målrettet det er derfor viktig å forstå den hjelpesøkende i enhver hjelperelasjon (ibid).

Ved hjelp av fag- og forsknings litteratur og Kari Martinsens omsorgsteori skal vi legge grunnlaget for oppgaven, belyse temaet og problemstillingen vår, samt presentere funn og drøfting fra relevant litteratur.

1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Kreft er en av de store folkesykdommene i Norge (Kreftregisteret, 2012). Mer enn 28 271 mennesker får kreft i året viser tall fra 2010. I 2005 ble det diagnostisert 25 606 ny tilfeller av kreft. Dette vil si at forekomsten har økt med 2665 i året på 5 år (ibid). Kreft er den hyppigste dødsårsaken i Norge, det dør ca. 10 000 av kreft hvert år (Bruland, 2007).

Antall nye tilfeller har økt det siste tiåret (Kreftregisteret, 2012). Kreftdiagnoser har økt, dette har en sammenheng med befolkningsvekst og en høyere gjennomsnittsalder (ibid).

Livsstilvanene har stor innvirkning, det antas at 2/3 av kreftdødsfallene er knyttet til livsstil (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes, & Røise, 2009). Det er fortsatt mangelfull kunnskap om relativ betydning, men tobakks vaner og kostholdsendringer er det viktigste for å forebygge kreft(ibid).

Hvert tredje menneske i Norge vil få en kreftdiagnose i løpet av livet (Bruland, 2007). Før eller senere vil vi alle bli konfrontert med kreft enten som pasient eller som nær pårørende (ibid). Det forskes mye på kreft og slik det ser ut er dette en sykdom som vil kreve mye kompetanse i årene framover på grunn av at kreft er en av de vanligste dødsårsakene i Norge (Grasdahl, 2010).

Temaet vi har valgt for oppgaven falt naturlig på plass siden vi begge har erfaringer i møte med kreftpasienter i terminalfase. Kunnskap om hvordan vi sykepleiere kan bidra til at kreftpasienten opplever tilfredsstillende omsorg ved terminal fase er et vanskelig og utfordrende tema i sykehjem (Gjerberg & Bjørndal, 2007). Vi har erfart at kunnskap, holdninger og ferdigheter er nyttig for at pasienten kan få muligheten til å oppleve verdig omsorg i den terminale fase. Det å bygge videre på sin kompetanse og erfaringer er viktig for å imøtekomme pasientens grunnleggende behov.

Gi trygghet, tillit og respektere pasienten er noe vi synes er grunnleggende for å gi en verdig omsorg, disse begrepene vil vi belyse i teoridelen samt drøfte opp mot problemstillingen. Vi vil også si noe om hvilke egenskaper og utfordringer i samhandling med pasienten vi har som sykepleier i møte med kreftsyke pasienter og deres rettigheter.

Gjennom arbeidet med problemstillingen og tematikken vil vi få økt faglig kompetanse og kunnskap ved hjelp av litteratur og nyere forskning og dermed kan være mer forberedt i møte med kreftpasienter i den terminale fasen. Vi vil øke vår kunnskap om hvordan vi kan ta vare på pasientens behov for omsorg når en selv på grunn av sykdom ikke er i stand til det. Vi bruker Kari Martinsens omsorgsteori, den sier noe om hva som er viktig i forhold til våres problemstilling i denne oppgaven.

1.2 Presentasjon av problemstillingen

«Hvordan kan vi som sykepleier bidra til en verdig omsorg gjennom kommunikasjon til kreftpasienter i terminalfase?»

1.3 Presisering av problemstillingen og avgrensning av oppgaven

Vi har valgt å begrense omfanget i oppgaven til den terminale fasen, kreftpasienten vi skriver om i oppgaven har fått beskjed om uhelbredelig kreft og den kurative behandlingen er avsluttet. Det blir derfor naturlig for oss å velge bort årsaker, symptomer og behandling ved en kreftdiagnose. Vi var tidlig sikker på at det var viktig å avgrense oppgaven til en bestemt pasientgruppe ut i fra oppgavens krav om ord og tidsbegrensning.

Vi ønsker ikke å knytte problemstillingen opp mot en bestemt kreftdiagnose, eller kjønn, grunnen er at vi ser omsorgen som likeverdig uansett diagnose og pasienten er i en terminal

fase. På bakgrunn av egne erfaringer fra sykehjem velger vi å omfatte eldre mennesker. I følge WHO (2013) betegnes eldre mennesker de over 60 år. Pasient er inne på en sykehjemsavdeling som fungerer som en palliativ enhet.

Pasienter som er i den terminale fasen blir ofte omtalt som den ”døende pasienten” (Kaasa & Loge, 2011). Det er stor individuell variasjon på terminalfasen fra pasient til pasient (ibid). I oppgaven skal vi fokusere på hvordan vi som sykepleiere kan bidra til en verdig omsorg, med begrepene som trygghet, tillit og respekt som vi ser på som grunnleggende for å bidra til en god omsorg.

Vi har valgt Martinsens omsorgsfilosofi fordi den bygger på en verdioppfatning der relasjoner mellom mennesker er det fundamentale i menneskets liv. Denne omsorgsteorien viser til at omsorg er grunnlaget i sykepleie, og utformes gjennom forholdet til omgivelsene og hvordan vi viser omsorg for hverandre (Kristoffersen N. J., 2005). Forholdet mellom sykepleier og pasient og hvordan vi som sykepleier viser en verdig omsorg er fokuset i vår oppgave. Det typiske for omsorgen er uegennyttig gjensidighet, sykepleieren sørger for den andre uten å forvente noe tilbake (ibid).

Vi er bevisst på at familien er en viktig ressurs i pasientens liv. De sitter med mye kunnskap, ferdigheter, erfaringer og ønsker som har betydning for den palliative og terminale fasen. De største utfordringene innenfor palliasjon er å finne balansen mellom støtte og hjelp til fortvilende familiemedlemmer, slik at de kan bruke sine ressurser (Schjødt, Haugen, Straume, & Værholm, 2011). Vi har valgt å nevne pårørende i oppgaven på grunn av at de er viktige støttespillere, men fokuset vårt er relasjonen mellom sykepleieren og pasienten.

Vi er sikker på at en god kommunikasjon vil være en viktig brikke og hjelpe sykepleieren til og forstå hvordan pasienten har det. Sykepleierens empati og omsorgsevne blir reflektert i den terminale fasen, dette gir sykepleieren mulighet til å opparbeide seg tillit og skape en god samhandling (Moesmand & Kjøllesdal, 2011).

Pasienten er i en fase hvor han kommuniserer lite. I denne fasen er det viktig at sykepleieren er observant på ansiktsuttrykk og signaler pasienten sender ved hjelp av den non verbale kommunikasjonen (Reitan A. M., 2010). Vi har derfor valgt å utdype mer hva en god

kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er i den terminale fasen, fordi kommunikasjon har mye å si hvordan kontakten mellom oss mennesker er (ibid).

Vi ønsker ikke å fokusere på den medikamentelle delen. Vi mener at omsorgen er mer enn å behandle pasienter med medisiner, omsorgen pasienten opplever kan være like viktig for å gi han den tryggheten, tilliten og respekten en trenger.

Vi ønsker å bruke ordet pasient fordi oppgaven kommer fra flere erfaringer fra praksis og det er ikke en bestemt person vi tenker på. Vi velger å bruke begrepet pasient istedenfor bruker, fordi pasient er mer hjelpetrengende og har ikke en så aktiv rolle (Fjørtoft, 2009). Vi definerer også pasienten som "han" i oppgaven. Dette faller naturlig for oss, men vi tenker på terminal omsorg til begge kjønn.

1.4 Anonymisering og Etske overskridelser

Vi vil i oppgaven bruke egne erfaringer fra pasient opplevelser fra praksis. Vi vil ta hensyn til at pasientene blir anonymisert og overholde vår taushetsplikt. Det er ikke bare pasienten vi skal holde vår taushetsplikt ovenfor, men også det miljø og den institusjonen vi bruker eksempler fra. Ingen opplysninger som kommer frem i teksten skal kunne gjøre det mulig å spore tilbake til enkeltpersoner.

I bachelor oppgaven har vi fulgt høgskolens retningslinjer. Når det gjelder referanser vil vi holde oss tro til de kildene som blir brukt og ære den som æres bør og bruke kildehenvisning etter APA- standarden.

Vi skal holde oss nøytral mot den kilden vi bruker, ikke plagiere eller kopiere direkte fra en tekst, men formulere i egne setninger. Er det direkte avskrift fra teksten, skriver vi det som et sitat og opplyser om hvor teksten kommer fra.

1.5 Oppgavens oppbygging

Vi har delt oppgaven inn i 5 kapitler. Vi starter oppgaven med innledningen som forteller grunnlaget for valg av tema og problemstilling, og sier litt om hva som er sentralt i oppgaven og presenterer innholdet med avgrensning og hensikter.

Metodedelen sier hvor vi har innhentet litteraturen og hvor vi har foretatt kilde søkene. Der står det også omfattende kildekriterier for hver enkelt forskningsartikkel vi har funnet.

Oppgaven er basert på en litteraturstudie av pensum og selvvalgt litteratur.

Teoridelen omhandler teoretikeren Kari Martinsen, tematikken og det vi legger vekt på i forhold til problemstillingen. Vi vil videre gå innpå kreft, palliativ pleie og den terminale fasen. Kommunikasjon og sykepleierollen er også noe vi vektlegger i oppgaven. Under det siste kapittelet i tematikken kommer begrepet verdig omsorg og definisjon av begrepene tillit, trygghet og respekt. Disse begrepene har en sammensatt betydning.

I drøftingsdelen drøfter vi forskning og relevant litteratur opp i mot vår problemstilling og egne erfaringer. Vi har valgt å drøfte funn fra tematikken og forskningsartiklene, samt lover og retningslinjer vi har som sykepleiere. Drøftingen er også underbygd med nye relevante forsknings artikler. Strukturen på drøftingen er bygd opp etter oppgavens fokus, først arena som er sykehjem, deretter sykepleieren og dens kvaliteter og tilslutt pasienten og kommunikasjonen som er hovedfokuset i vår oppgave.

Konklusjonen oppsummerer den nye kunnskapen vi har tilegnet oss og gir et konkret svar på problemstillingen.

1.6 Hensikten med oppgaven

Det finnes mye relevant forskning og litteratur rundt dette temaet, derfor forventes det ikke at vi skal oppdage nye aspekter under skrive prosessen. Vi ønsker at oppgaven bidrar til at vi blir mer reflekterte, oppmerksomme og tilhenger oss ny kunnskap for hvordan vi som sykepleiere kan utøve en verdig omsorg til terminale kreftpasienter.

2.0 Metode

Metoden forteller noe om den veien vi har gått for å skaffe kunnskapen som vi kommer fram til i oppgaven (Dalland, 2010).

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland 2010:83).

2.1 Generelt om metode

Metode er en systematisk fremgangsmåte å undersøke virkeligheten på, det er viktig å vurdere metodens begrensninger (Dalland, 2010). Våre sanser kan ha en betydning for hvordan vi opplever situasjonen, vi må være oppmerksom på at dette ikke er identisk for hvordan andre mennesker opplever situasjonen på (ibid).

2.2 Litteraturstudie

Bachelor oppgaven er basert på en systematisk litteraturstudie etter skolens retningslinjer, dette innebærer at oppgaven baseres på eksisterende faglitteratur, forskningsartikler, fagartikler, lovverk, retningslinjer og sykepleieteori. Besvarelsen skal bygges på minst 400 sider selvvalgt litteratur, som vi har funnet. Selvvalgt litteratur er merket med * i litteraturlisten.

Man skiller mellom kvantitative metoder og kvalitative metoder innenfor samfunnsvitenskapen (Dalland, 2010). Kvantitativ metode former informasjonen til målbare enheter. Kvalitativ metode tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg måles eller tallfeste. Primærlitteratur er når forfatteren presenterer sitt eget forskningsarbeid gjennom originalartikler og teoretiske artikler. Sekundærlitteratur er oversiktsartikler som inneholder tolkning av andres arbeid (ibid).

2.2.1 Formålet med forskningsspørsmålet

Formålet med studiet er å finne ut hvordan samhandlingen mellom sykepleieren og pasient kan føre til en verdig omsorg gjennom kommunikasjon, trygghet, tillit og respekt til kreftpasienter i en terminalfase.

2.2.2 Kvalitetskriterier

Skolens retningslinjer for bacheloroppgaven krever at vi må anvende minst fire forskningsartikler, hvor av to er engelskspråklige. Vi velger å ekskludere artikler som er eldre enn 8 år. Artikler før dette blir lite relevant for oppgaven på grunn av at vi må være kritiske til funn fra tidligere tid så lenge sykepleiefaget er i utvikling. Vi valgte å begrense søkene med årstall for å ekskludere. Den eldste artikkelen vi benytter er fra 2005, vi anser den som valid siden nyere studier underbygger deres funn. De artiklene vi har sett på og som var rettet mot problemstillingen har vi lest abstraktet på for å finne ut om innholdet var relevant og om det kunne gi oss kunnskap innen temaet.

Noen av inklusjonskriteriene våre var artikler som var norsk og engelsk, nyere enn 8 år. Artiklene skulle omhandle pasienter som var i en palliativ eller terminal fase. Pasientene skulle være innlagt på en palliativ enhet eller på sykehjemmet. Søkeordene vi brukte var: eldre pasienter, kreft, sykehjem, omsorg, sykepleier, terminal cancer, quality of life, elderly patients, terminal care, cancer patients, end of life, good death, palliative care, a good death, elderly, palliative care needs AND cancer.

Eksklusjonskriterier vi brukte under søket var artikler på andre språk enn norsk og engelsk, eldre enn 8 år, ikke barn og ungdom. Artikler som ikke ga tydelig svar på vår problemstilling.

Vi synes det har vært tidskrevende å søke etter forskning og utfordrende å se på kvaliteten på artiklene på grunn av lite erfaring. Det å oversette engelske artikler har også tatt en del tid og kan føre til feiltolkning. Artiklene vi har valgt mener vi er aktuelle for vår problemstilling og det har blitt brukt kvalitetsvurderingsskjema fra boken *Jobb kunnskapsbasert* (2012). Dette skjema har vi valgt å legge med som vedlegg til oppgaven.

2.2.3 Faglitteratur

Målet med litteratursøk er å finne relevant litteratur og svar på oppgavens tema og problemstilling. Før vi startet med oppgaven brukte vi nødvendig tid på litteratur søkning og startet orienteringen i den litteraturen som fantes og som ville gi oss viktig og god kunnskap om tema. På pensumlisten fra bachelor utdanningen var det flere relevante bøker for oppgaven.

Vi brukte biblioteket som et naturlig utgangspunkt for litteratursøking og fant en bok som omhandler tema kreftsykepleie. *Kreftsykepleie* boken er en av de bøkene som har vært sentral under besvarelsen på teoridelen. Dette er et redaktørverk med et tverrfaglig samarbeid mellom sykepleiere, leger, fysioterapeut, genetiker, sosionom og fysiker, Reitan og Schjølberg er redaktør (Reitan & Schjølberg, 2010). Boken omhandler de utfordringene som pasienter og pårørende vil stå ovenfor i møte med kreftsykdommen og behandlingen, behandlingsprinsipper, behandlingsformer, kreftsykepleierens funksjons- og ansvarsområde. Vi kan stille oss litt kritisk til boken når den er fra forskjellige profesjoner om sykepleierollen blir borte. Det er redaktørene selv som bestemmer de ulike kapitler forfatterne, men boken er fra 2010 og bygger på forskning som igjen styrker validiteten.

Ved valg av sykepleieteoretiker Kari Martinsen ble *Grunnleggende sykepleie 4* av Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2005) benyttet. Kristoffersen som har skrevet dette kapitlet skriver om Kari Martinsen omsorgsfilosofi som har betydning for vår bachelor oppgave. Dette er en sekundærlitteratur, ulempen med det er at den allerede har blitt bearbeidet, tolket og presentert av en annen forfatter enn den opprinnelige kilden.

Vi har søkt i ulike databaser via bibliotekets søkemotor BIBSYS. Vi søkte etter litteratur som var relevant for besvarelsen av oppgaven vår, her fant vi boken *Palliasjon*. Bokens redaktør er Dr. med. Stein Kaasa. *Palliasjon* tar for seg palliativ behandling og pleie av pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid (Kaasa, 2011). Denne boken er også et redaktørverk og redaktøren er lege. Boken er fra 2011 og blir bygd opp av mye relevant forskning for vår oppgave, så vi ser den som valid.

2.2.4 Kildekritikk

I følge Dalland (2010) er kildekritikk de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann, det innebærer at man må vurdere å karakterisere de kildene som benyttes.

2.2.4.1 Forskningssøk

Vi søkte gjennom BIBSYS i databaser for å finne fram til relevante og oppdaterte fag- og forskningslitteratur for temaet på besvarelsen. Vi gjorde søk etter artikler i Cinahl, Swemed+, Google scholar, EbscoHost og Science Direct.

På denne måten ble det samlet inn pensum litteratur og annen litteratur, samt forskningsartikler som er aktuelt for temaet og problemstillingen. Dette vil gi oss en god, viktig og faglig kunnskap. Kildekritikken kommer under hver enkelt utdypning av artiklene.

2.2.5 Utdypning av forskningsartiklene

Her vil vi vise til funn og innholdet av forsknings artikler vi har funnet frem til. Vi har tolket og oversatt disse artiklene på egenhånd så det er rom for feiltolkning.

2.2.5.1 Forskning

For å finne frem til studien *Hva er en god død i sykehjem?* skrevet av Gjerberg og Bjørndal begge forskere innen for nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten benyttet vi oss av SweMed+. Litteratursøket startet på høyskolens hjemmeside BIBSYS, hvor vi søkte på engelsk. Søke ordene vi brukte her var good death AND palliative care. Grunnet dette var søkeord som er relevant for oppgaven vår. Søkeresultatet ble filtrert med å vise kun de norske artiklene, resultatet viste 2 treff.

Studien var utgitt i 2007 og designet i studien er en kvalitativ forskningsstudie og basere seg på intervju av 14 informanter. Informantene kommer fra 4 forskjellige helseregioner i Norge og blir intervjuet om sine erfaringer med sykehjemspasienter i en livsavslutning.

Utgangspunktet i studien viser til liten kunnskap om dette tema i sykehjem her i Norge. Hva som karakteriserer en god død og hvilke behandling, pleie og omsorg ved livets slutt de fleste ønsker.

2.2.5.1.1 Kildekritikk

Denne forskningsartikkelen ser vi på som aktuell for våres problemstilling på grunn av at 2 av informantene jobber på en palliativ enhet, og det drøftes i artikkelen om hva en «God død» er og hva informantene legger i hva god terminal pleie og omsorg på sykehjem bør være. Forskningsartikkelen er fagfellevurdert. Studien omhandler 14 informanter og vi ser på studien som interessant og kommer med påstander som for oss er betydelig i drøftingen for å komme frem til en god konklusjon på oppgaven. Artikkelen er norsk, det er god geografisk spredning og antall informanter er dekkende.

2.2.5.2 Forskning

For å finne studien *Factors that affect quality of dying and death in terminal cancer patients on inpatient palliative care units: perspectives of bereaved family care givers* brukte vi BIBSYS som søkeverktøy, her ble Science Direct brukt som database. Vi brukte søkeordet terminal care som ga for mange treff, la til Cancer patients og satte årstall til etter 2008, dette ga fortsatt for mange treff. Vi begrenset søket med søkeord som palliative care AND cancer patient og fikk da 13 treff.

Studien er skrevet av Choi, Chang, Song, Jho og Lee, studien er utført i Korea fra desember i 2009 til juni 2010 og publisert i april 2012. Kvaliteten av studie er bedømt av Care evaluation Scale.

Artikkelen tar utgangspunkt i pårørendes perspektiv om hvordan dødssyke pasienter skal oppleve en god død. Vurdering av omsorg og livskvalitet de dødssyke kreftpasientene opplever i en palliativ enhet basert på pårørendes erfaringer. Studien består av 570 informanter og informantene er pårørende til kreftpasienter.

Designet i studien er kvantitativ forskningsmetode og viser til en nøyaktighet og forståelse. Det var totalt 1873 potensielle som var kvalifisert til å delta i studien, det var flere som ikke ønsket å delta, flere som ikke svarte innen fristen, og flere som ikke var fullstendig svart og

som ble eliminert fra studien for og ikke by på noen problemer og skjevheter. Dette viser til en kritisk vitenskap. Det betyr at de svarene som har kommet inn og ikke er fullstendig svart og inneholder mangler har blitt ekskludert for å få et nøyaktig resultat i forskningen.

2.2.5.2.1 Kildekritikk

Studien er aktuell for vår problemstilling for de fleste pasientene som ble analysert var eldre enn 60 år. Resultater viser tydelig at det bør fokuseres på hvordan de palliative enhetene som for eksempel sykehjem med den kompetansen som kreves bør kunne tilby for noe omsorg for terminale pasienter.

Forskningen kan overføres til norske forhold. Vi kan ikke kvalitetssikre denne kunnskapen, men utover det vi har lest i faglitteratur og forskning er det ikke de store forskjellene. Vi ser derfor på denne studien som valid og velger å bruke den i vår oppgave.

2.2.5.3 Forskning

Forskningsartikkelen *Can a Good Death and Quality of Life Be Achieved for Patients with Terminal Cancer in a Palliative Care Unit?* skrevet av Leung, Tsai, Cheng, Liu, Chiu, Wu og Chen i Taiwan 2010. Forfatterens tilknytning er innen helse og skole.

Denne artikkelen ble lokalisert i databasen EbscoHost. Vi startet med søkeordene A good death ga oss et søkeresultat på 23 046 treff, ved å skrive AND terminal cancer fikk vi et resultat på 120 treff, la til søke ordet AND palliativ care dette ga oss et resultat på 68 treff, ved å legge til AND Quality of life fikk vi 20 treff, her ble artikkelen funnet.

Studien ble basert på pasienter med terminal kreft som var innlagt på palliativ enhet National Taiwan University Hospital fra oktober 2002 til desember 2003. Hensikten med studien var å undersøke om palliativ omsorg kan forbedre livskvaliteten og fremme god død hos pasienter med kreft i terminale fase. Studien er basert på 281 pasienter. Innhentning av data ble hentet fra pasientene og deres journaler samt fra pårørende. Helsepersonellet vurderte livskvaliteten daglig etter innleggelse som inneholdt fire dimensjoner: fysiske symptomer, psykiske plager, åndelighet behov og sosial støtte.

2.2.5.3.1 Kildekritikk

Studien er relevant for vår problemstilling på grunn av at gjennomsnittsalderen på de pasientene som deltok i studien var 64 år. Studiets design er kvantitativ. Forskjeller på den palliative behandlingen i Norge og Taiwan er ikke så ulik hvis vi sammenligner de forskningene og faglitteraturen vi har, vi kan ikke kvalitetssikre dette med sikre kilder, men etter det vi forstår er ikke forskjellene så store og ser på den som valid.

2.2.5.4 Forskning

Via databasen SweMed+ fant vi forskningsartikkelen *Er sykehjemmet et verdig sted å dø*, denne er skrevet av Steindal og Sørbye (2010) i Norge. Vi startet med søkeordet Death patient og krysset av på fagfelleverdert, dette ga oss 24 treff, her fant vi den aktuelle artikkelen. Prosjektet er godkjent av forskningsutvalget ved Diakonhjemmet sykehus.

Artikkelen hensikt er å belyse hvordan pårørende opplever at deres nære får en verdig død på sykehjem. Det ble rapportert fra pårørende at de så en rekke utfordringer ved den omsorgen pasienten mottok under terminal fasen på sykehjemmet. Det viste seg at kommunikasjonen mellom helsepersonell, pasient og pårørende også var en utfordring, pårørende fryktet også at pasienten skulle dø alene. Artikkelen benytter kvalitativ data fra de åpne innledningsspørsmålene som ble stilt under intervjuene med de nærmeste pårørende til pasientene. 50 av 116 pårørende deltok i undersøkelsen. Tjue pårørende trakk frem holdninger og erfaringer til sykehjemmet som mangelfullt.

Funnene i artikkelen viser at pårørende hadde klare forventninger til egenskapene sykehjems personale måtte ha, kompetanse, kommunikasjon og god kvalitet på omsorgen ble nevnt som viktig. Mange ga utrykk for at dette ikke hadde blitt innfridd. Pårørende mente at kommunikasjonen mellom pasienten og de ansatte var for dårlig. Iverksette tiltak for å øke livskvaliteten til pasienten ble også sett på som mangelfullt.

2.2.5.4.1 Kildekritikk

Denne artikkelen er relevant for vår problemstilling, selv om vi ikke har fokuset på pårørende i denne oppgaven ser vi på pårørende som en viktig resurs i den siste tiden og de kjenner til pasientens behov. Selv om artikkelen består av intervjuer med pårørende fra sykehus, vurdere

vi denne artikkelen som relevant på grunn av det belyser hvordan helsepersonell på sykehjemmet kan gi pasienter en verdig død.

2.2.5.5 Forskning

For å finne fram til studien *Den omsorgsfulle sykepleier- slik pasienten ser det*, benyttet vi oss av SweMed+. Vi startet med søkeordet *omsorg og sykepleier*, krysset av for fagfelleverdert og norsk artikkel, dette ga oss 19 treff. Denne studien er skrevet av Kirsti Kvåle, juni 2005. Hun er førstelektor ved Diakonale Høyskole. Informantene var 20 pasienter som var innlagt for behandling i en kreftavdeling, for utredning, kurativ eller palliativ behandling.

Kriterier var at de var i alderen 25-80 år, informert om at de hadde en kreftdiagnose, klar og orientert og vurdert av en medisinsk- og sykepleierfaglig i avdelingen. Metoden som ble brukt var Giorgis fenomenologisk forskningsmetode og hensikten med studie var å belyse erfaringer av vanlige mennesker i den daglige verden

Designet på studien er kvalitativ forskning og det ble brukt intervju i forskningen.

Hovedmålet var å finne ut hva pasienter liggende på en kreftavdeling mener er viktig for å oppleve en god omsorg. Funn viser at de omsorgsfulle sykepleierne viste at de brydde seg om pasientene som enkeltindivider og medmennesker og ikke bare som pasienter (Kvåle, 2005). Denne forskningsartikkelen belyser tydelig hva en god omsorg er til kreftpasienter og det blir brukt noen eldre pasienter i intervjuet, noe som er vesentlig for våres oppgave.

2.2.5.5.1 Kildekritikk

Vi ser på forskningen som relevant for oppgaven vår for det leter etter kreftpasientens mening om hva omsorg er og deres syn på dette. Det å bruke erfaringer og pasientens egne synspunkter er evidensbasert sykepleie (Gran, 2012). Disse erfaringene fremskaffes fra forskning, klinisk erfaringer, pasientens erfaringer og informasjon fra kolleger (ibid).

3.0 Teoretisk referanseramme

I den teoretiske referanserammen skal vi presentere bakgrunns teori som har til hensikt å gi en innføring i de områdene som er aktuelle i forhold til problemstillingen.

3.1 Sykepleieteoretiker Kari Martinsen

Vi har valgt å støtte oss til Kari Martinsens omsorgsteori, da vi mener at omsorg er en grunnleggende forutsetning for utøvelsen av god sykepleie (Lillestø, 2010). Martinsen legger vekt på at omsorgen er et mål i seg selv, dette gjøres gjennom konkrete mål og handlinger basert på å gjøre det så godt som mulig for pasienten i den situasjonen han befinner seg i (Kristoffersen N. J., 2005).

3.1.1 Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsen ble født i 1943, og er en norsk sykepleier (Mathisen, 2006). Gjennom et langt forfatterskap har hun utviklet sin omsorgsfilosofi (Kristoffersen N. J., 2005).

Martinsen bygger på en verdiopfatning der relasjoner mellom mennesker er det fundamentale i menneskelivet (Kristoffersen N. J., 2005). Martinsen beskriver omsorg som det mest grunnleggende fordi omsorg utgjør en forutsetning for alt menneskelige liv og omhandler hvordan vi forholder oss til et annet menneske og hvordan vi i dagliglivet viser omtanke for hverandre (ibid).

Martinsen vektlegger menneskers likeverd og fremhever at hvert enkelt menneske kan komme i den situasjonen at de har behov for hjelp av andre, på grunn av sykdom eller skade (Kristoffersen N. J., 2005). Kari Martinsen beskriver tre sider ved omsorgsbegrepet som spesielt viktig. Selv om begrepene blir presentert hver for seg mener hun at det er umulig å skille omsorgens relasjonelle, praktiske og moralske side fra hverandre (ibid).

3.1.1.1 Omsorg som en relasjon

Yrkesmessig omsorg består av relasjon mellom to mennesker, der den ene trenger hjelp og den andre er forpliktet til å hjelpe ut i fra den situasjonen den hjelpetrengende er i

(Kristoffersen N. J., 2005). Martinsen mener at hvis sykepleieren skal klare å finne ut hvilke behov den hjelpe trengende har, må sykepleieren vise interesse og være villig til å sette seg inn i pasientens situasjon (ibid).

Tillit er en grunnverdi i omsorgen som vi blir født med, tillit er spontant til stede i forholdet mellom pasient og sykepleier (Kristoffersen N. J., 2005). En pasient vil ofte vise sykepleieren tillit, pasienten våger seg fram og gir uttrykk for det som er viktig for han og har en forutsetning av å bli møtt av sykepleieren. Det er da en forutsetning for tillitsforholdet at sykepleieren innfrir forventningen til pasienten, blir ikke dette overholdt vil pasienten oppleve at hans tillit er misbrukt. Misbrukt tillit er grobunn for mistillit. Skal det vokse fram tillit mellom sykepleier og pasient, må pasienten oppleve sykepleierens interesse som ekte og i tillegg forutsettes det at sykepleieren har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse som gjør at pasienten opplever å bli møtt der han er (ibid).

3.1.1.2 Omsorg som en praktisk side

Omsorg er mer enn en grunnholdning, sykepleieren viser også omsorg gjennom konkrete handlinger i dagligdagse situasjoner som både pasienten og sykepleieren kjenner (Kristoffersen N. J., 2005). Sykepleieren skal som medmenneske forstå den syke ved selv prøve å sette seg inn i den situasjonen pasienten befinner seg i ved hjelp av å gjenkjenne situasjoner ut fra egen erfaring. Sykepleieren skal også tilrettelegge og gjennomføre omsorg på en måte som gjør at pasienten ikke blir umyndiggjort, men opplever anerkjennelse. Det er viktig å formidle informasjonen som gjør at pasienten forstår og ikke et fagspråk (ibid).

3.1.1.3 Omsorg som en moralsk side

Omsorg og moral er nært forbundet ifølge Martinsen (Kristoffersen N. J., 2005). Martinsen fremhever også at sykepleieren må lære seg å handle moralsk, det er å handle ut i fra det en tror er riktig for den andres beste. Hun sier også at moralen er fundert i kjærligheten dette uttrykkes i handlingen. Det er først når det har oppstått en krise i moralen at vi trenger normer og regler for å ta vare på kjærligheten. Moralens har to sider, den primære er den spontane handlingen som er til det beste for pasienten. Den sekundære moralen viser til regler og prinsipper som er skapt av mennesket og samfunnet. Dersom spontaniteten svikter, må man forholde seg til normene. Sykepleiesituasjoner kan være kompliserte og uoversiktlige dette kan være grunner til at spontaniteten uteblir. Martinsen sier at i sykepleieryrket kreves det

både spontane moral og normmoral, og for å utøve god sykepleie må disse to spille på lag(ibid).

«Martinsen beskriver omsorg som et relasjonelt, et praktisk og et moralsk begrep. I det relasjonelle ligger en gjensidighet i forholdet, hvor det grunnleggende er at vi er avhengig av hverandre. Forholder en seg likegyldig til den andre, er omsorgen uekte».

(Kvåle, 2005, s. 15)

3.2 Terminale kreftpasienter

Det å kunne skille kreftpasienter fra andre sykdomsgrupper kan være vanskelig, flere helsepersonell med lang erfaring mener at det er mulig (Valand & Fodstad, 2007). På folk flest har ordet kreft en angstskapende virkning. Det å få en kreftdiagnose er for mange ensbetydende med fremtidsplaner som blir knust, samt en smertefull og snarlig død (ibid).

Skyldfølelsen er svært utbredt blant kreftpasienter, noen føler at de selv har skyld i sykdommen (Valand & Fodstad, 2007). Skyldfølelsen de føler kan være røykevaner og liknende, eller at det er en straff fra gud. Mange kreftpasienter kan ha et komplisert forhold til behandlerne sine, kreftsykdommen vekker takknemmelighet og tillit hos pasienten (ibid).

Reaksjonen pasientene får under sykdomsperioden avhenger av hvilke erfaringer en har med sykdommen (Valand & Fodstad, 2007). De har mye angst som knytter seg opp mot smerter, avhengigheten av andre, miste det psykiske og fysiske selvilde, for framtiden og ikke minst det å dø (ibid).

3.3 Palliativ omsorg

Palliativ pleie omfatter behandling, pleie og omsorg for alvorlige og døende pasienter (Kaasa, 2011). Hovedmålene for palliativ behandling er sykdomsopplevelsen der og da og det andre er framtiden (Schjølberg, 2010). Palliativ eller lindrende behandling er symptomlindring, symptomforebygging, forlenget overlevelse eller enn kombinasjon av faktorene. De fysiske, psykiske, sosiale og åndelige eller eksistensielle behovene må ivaretas på en faglig god måte

(ibid). Behovene og problemene er ofte sammensatte og påvirker totalsituasjonen, og et tverrfaglig samarbeid på tvers av yrkesgruppene sammen i et team er viktig for å gi pasienten den tilstrekkelige hjelpen en har krav på (Skorpen, 2012).

Bidra til at kreftpasienten får det best mulig selv om en har en uhelbredelig sykdom, det å være til hjelp og støtte betyr mye for pasienten (Skorpen, 2012).

WHO`s definisjon fra 1990:

«Palliativ omsorg (care) er den totale aktive omsorg for pasienter med en sykdom som ikke responderer på kurativ behandling. Kontroll av smerter og andre symptomer og lindring av psykologiske, sosiale og åndelige problemer står i høysetet».

(Kaasa, 2011, s. 37).

Den sykepleien de døende får er ikke ulikt det andre som har behov for hjelp og omsorg får (Ilkjær, 2008). Men sykepleie til døende er spesielt på grunn av at tiden er begrenset for livsutfoldelse å skape mening i livet. Det WHO (2013) definerer i sin definisjon om palliativ pleie gjelder alle døende pasienter, samme hvilke sykdom eller sted pasienten tilbringer den siste tiden. Som sykepleier er våres oppgave å hjelpe den døende med å føle velvære og bevare sin identitet og autonomi ved å ivareta de menneskelige behov (WHO, 2013). Palliativ fase gjelder fra sykdommen ikke lenger kan helbredes og inn til døden (Skorpen, 2012). En god palliasjon er noe vi alle kan bidra med, lindrende behandling gjelder der hvor mennesker lever og dør(ibid).

3.3.1 Palliativ enhet i sykehjem

En enhet som kvalifiseres som en palliativ enhet i sykehjem er en avdeling som er øremerket for å ta seg av palliative pasienter og deres pårørende (Haugen, Jordhøy, & Hjermsstad, 2011). Avdelingen skal kunne gi tilbud til pasienter ved å yte palliativ behandling, pleie og omsorg med kompetanse utover det en vanlig sykehjemsavdeling kan tilby(ibid).

Grunnleggende palliasjon og god lindring i terminalfase bør alle sykehjem tilby sine pasienter (Haugen, Jordhøy, & Hjermsstad, 2011). Halvparten av kreftpasientene er eldre, og krever

kompetanse og ressurser, dette vil påføre sykehjemmene større utfordringer når det gjelder palliativ pleie(ibid)

Flere kommuner har sykehjem med palliative enheter (Skorpen, 2012). Det er utarbeidet et Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Helsepersonell som arbeider med kreftpasienter har noen krav i den grunnleggende palliasjon, det omfatter kartlegging og behandling av symptomer og plager, informasjon til pasienter og pårørende, ivaretagelse av pårørende, terminal pleie og sorg- og etterlatte arbeid (ibid).

3.4 Den terminale fasen

Her vil vi gi en utdypende kunnskap om den terminale fasen, fasen tilsier at livet går mot slutten (Skorpen, 2012).

En terminal pasient er en betegnelse av en «døende pasient», med kort forventet levetid (Kaasa & Loge, 2011). Pasienten er mer eller mindre sengeliggende, spiser og drikker ikke, tar ikke medisiner per oralt og periodevis eller konstant uklar (ibid).

Døden er en naturlig del av livet, men helsepersonell opplever ofte at det å miste en pasient er et nederlag, en følelse av og ikke strekke til (Skorpen, 2012). Pasienten dør ikke passivt fra sykesengen, men fra selve livet og noen som betyr noe (Reitan & Schjølberg, 2010).

3.4.1 Fysiske utfordringer

Døden kommer sjelden uventet, og kan strekke seg over lengre tid (Ilkjær, 2008). Terminale fasen kan vare i uker, men det kan også dreie seg om minutter eller timer. Det er vanskelig å angi hvor lenge en pasient har igjen, ofte har pasienten ekstra krefter som utsetter dødstidspunktet. Pasienten kan selv beslutte hva som skal gjennomføres før en gir slipp på livet, det kan være at noen skal komme eller en viktig begivenhet. Annet som kan utsette det er når pårørende ikke klare å slippe den døende. Til tross for denne innflytelsen observeres fysiologiske tegn som sier oss noe med den nærforstående døden. Dette kan vi se på bevissthet, sanser, respirasjon, huden, muskler og agoni(ibid). Vanlige fysiske symptomer til døende pasienter er kvalme/brekninger, smerte, hikke, dyspne og obstipasjon eller diaré (Sæteren, 2010).

3.4.2 Psykiske utfordringer

Indre og ytre forandringer av kroppen kan føre til endret selvbilde, og gjør pasienten mer sårbar (Reitan A. , 2010). Situasjonen til pasienten påvirkes ofte av hvor en befinner seg, hjemme, på sykehus eller sykehjem. Det er viktig for tryggheten til pasienten og pårørende at de får uttrykke ønske om hvordan de vil ha det den siste tiden og legge til rette for dette (ibid).

Mennesket fungerer som en helhet, en kropp bestående av sjel og ånd (Sæteren, 2010). En pasient som lever med en uhelbredelig kreftdiagnose, kan kjenne konsekvensene både kroppslig, åndelige, sosialt og sjelelig på hele kroppen med mange sammensatte problemer (ibid). Vi mennesker møter døden på forskjellig måte, og i møte med mennesker som er døende kan vi som sykepleier få flere spørsmål om meningen av det som har skjedd når alt føles meningsløst (Mathisen, 2005). Det kan være en utfordring å hjelpe pasienten i leting etter mening, men noen kan finne meningen med livet ved å oppleve at noen bryr seg, og få omsorg fra andre mennesker (ibid).

Alle møter en følelsesmessig reaksjon når de får vite at en har en dødelig sykdom og begrenset levetid (Mathisen, 2005). Tanken på å dø og at livet snart er slutt fører til følelsesmessige reaksjoner. Sinne er en typisk reaksjon, det går ofte utover pårørende som de har størst tillit til. Sykepleierens utfordringer blir å hjelpe pasienten til å få uttrykke sinnet uten at det går utover de nærmeste. Depresjon er også en vanlig opplevelse hos pasienten, sørge er en viktig del og som sykepleier må vi være gode lyttere. Angst og frykt kan alle reagere med foran døden, informasjon som kan redusere problemene for pasienten blir viktig når de er i denne sårbare situasjonen. Kjøpslåing, regresjon, resignasjon og opplevelse av tap er også noen typiske reaksjoner under denne fasen. Pasienten må få leve ut sine følelser og reagere, og forberede seg på sin egen måte (ibid).

FN har en erklæring om hvilke rettigheter de døende har, også kalt «The Bill og Rights» (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Rettighetene omhandler sentrale verdier i livets slutfase. Rettighetene sier konkret hva vi som sykepleiere bør legge vekt på i våre vurderinger i møte med den døende pasienten(ibid).

3.4.3 Psykososiale utfordringer

Dødens følgesvenn er frykt, angst, ensomhet og meningsløshet (Sæteren, 2010). Kübler- Ross snakker om fem reaksjoner som utpeker seg hos døende pasienter under sitt sykdomsforløp. Disse reaksjonene omhandler fornektelse, sinne, kjøpslåing, depresjon og akseptasjon (ibid).

Fornektelse er en reaksjon pasientene kan få ved beskjeden om en dødelig sykdom (Sæteren, 2010). Dette kan ses som en forsvarsmekanisme og sykepleieren bør behandle pasientens fornektelse med varsomhet, og respektere den indre tilstanden pasienten befinner seg i (ibid).

Sinne er en reaksjon som kan oppstå når sannheten går opp for pasienten, de kan oppleve sykdommen som urettferdig (Sæteren, 2010). Pasienten kan oppleve sinne på grunn av at de føler seg krenket fra de personene rundt seg, i form av bitterhet og raseriutbrudd. Det er viktig å lytte til pasienten, være åpne for en samtale og vise tillit. En døende pasient vil være avhengig av andre, maktesløshet for den situasjonen han befinner seg i kan være bakgrunn for sinnet (ibid).

Når sykdommen kan føre til døden vil pasienten forsøke å utsette det unngåelige, og reagere med kjøpslåing (Sæteren, 2010). Sykepleieren må prøve å finne den underliggende årsaken til kjøpslåingen slik at han kan få hjelp til bearbeide det og forberede seg til døden (ibid).

Depresjon kan karakteriseres med følelsene som indre smerte, sorg og tristhet (Sæteren, 2010). Det pasienten trenger er noen rundt seg som forstår og kan hjelpe til å bevisstgjøre hans sorg (ibid).

Akseptasjon for at en skal dø er en lang prosess å komme til (Sæteren, 2010). Akseptasjons holdning ses ofte bare mot slutten av livet, pasienten er gjerne trett, døsig og sover mye og er klar til å forlate livet. Det er viktig å gi pasienten trygghet og nærvær, pårørende opplever også en vanskelig tid med å miste en de har kjær. I omsorgen for den døende ligger det et ønske at den enkelte skal akseptere og forsones seg med døden. Alle har rett til å bli behandlet med verdighet og respekt for den måten de ønsker å forlate livet på (ibid).

3.4.4 Kommunikasjon til pasienter i terminalfase

Angst og uvisshet kan føre til at pasienten miste kontrollen over seg selv, derfor er kommunikasjon viktig (Schjølberg, 2010).

Eide & Eide (2008) forklarer kommunikasjon som en måte å utveksle tegn og signaler mellom to parter. Mellom sykepleier og pasient foregår det alltid en kommunikasjon (Eide & Eide, 2008). Det kan være både verbal og nonverbal kommunikasjon, gjennom kroppsspråk, holdninger og uttrykk. Det nonverbale formidler best hva den andre føler, og det gjøres gjennom ansiktsuttrykk, kroppsholdninger, bevegelse, pust og stemmebruk (ibid).

Kommunikasjon bruker vi for å komme i kontakt med hverandre og utveksler tanker, følelser og meninger (Reitan A. M., 2010). Kommunikasjon er et viktig redskap for å få videreført informasjon, et verktøy som gjør at en blir kjent med pasientens behov og hjelpe en til å mestre sykdom, lidelse og ensomhet. Kommunikasjon og samhandling med pasient og pårørende er grunnleggende for å kunne utøve en god sykepleie(ibid).

Det å leve seg inn i et annet menneske er en viktig kunnskap (Slettebø, 2009). Sykepleieren er avhengig av å ha erfaringer med den syke for å kunne vise empati, det er en grunnleggende sykepleie ferdighet (Eide & Eide, 2008). Evnen til å sette seg inn i andres situasjon, forstå andres følelser og reaksjoner er viktig for å kunne kommunisere på en god måte. En følelsesmessig forståelse av den å kommunisere med, og kommunisere tilbake til gjennom nonverbal, verbal eller handling er viktig at en sykepleier har(ibid). Sykepleieren skal møte pasienten med respekt og åpenhet (Hummelvoll, 2012). Samtalen en sykepleier har med pasienten er annerledes enn med pårørende. Sykepleieren må sette pasienten i fokus og lytte til de følelsene pasienten har, vise interesse er viktig for å hjelpe pasienten til å uttrykke sine følelser og tanker(ibid).

Kommunikasjon med den døende kan by på flere utfordringer. Det å formidle at prognosen er dårlig og at det går mot døden er en samtale en engste seg for, men de fleste er forberedt og synes det er greit å få vite utsiktene (Hjort, 2010). Hos den terminale pasienten kan kommunikasjonen foregå nonverbalt, det vil si at man ser og forstår (ibid). Pasienten klarer kanskje ikke å bruke det verbale språket sitt så da må vi observere om pasienten har smerter eller ubehag, ansiktsuttrykket er et viktig hjelpemiddel for å innhente informasjon (Schjølberg, 2010).

3.5 Sykepleierens rolle

Som sykepleier forholder vi oss til pasient, pårørende og andre profesjoner (Mekki, 2008). Situasjonene vi kommer opp i kan være mange steder, alt fra stabile og forutsigbare til de akutte og ustabile situasjonene. Tverrfaglig samarbeid utøves i sykepleiefaget og i arenaer som sykehjem, sykehus, hjemmesykepleie og andre steder hvor sykepleie utøves (ibid).

Ansvar og funksjonsområdene blir tydeliggjort under sykepleierutdanningen og beskriver nasjonale formål og oppgaver, omfang, innhold og retningslinjer vi som sykepleier må følge (Mekki, 2008). En skal fremme yrkesetisk holdning og en forståelse for flerkulturelt samfunn av helse og omsorg, kunnskap om helsepolitiske prioriteringer og juridiske rammer for yrkesutøvelse (ibid).

I vår oppgave som handler om omsorg og pleie til terminale kreftpasienter er vår funksjon og ansvar som sykepleier styrt av juridiske, etiske og faglige retningslinjer som helsepersonell loven, pasientrettighetsloven, yrkesetiske retningslinjer og kommune- helsetjenesteloven (Reitan A. , 2010).

Sykepleien vi utøver skal gjøres med respekt for pasientens og pårørendes integritet, ressurser og opplevelser av å ha en kreft sykdom (Reitan A. , 2010). Omsorg for døende pasienter som er kreftsyk handler om å hjelpe til en verdig død (Sæteren, 2010). En møter døende pasienter i alle aldersgrupper, og det kreves kompetanse for å redusere omfanget av lidelsen pasient og pårørende opplever. Leve med kreft hvor døden er det eneste alternativet kan få kroppslige, sjelelige, åndelige og sosiale konsekvenser. Angst, frykt, meningsløshet og ensomhet er ofte problemer som påfører pasient og pårørende mye lidelse. Sykepleierens mål er å lindre lidelse og ivareta de grunnleggende behov. Hvor lenge pasienten klare å ivareta sin egen omsorg vil variere, sykepleierens oppgave er å kartlegge pasientens ressurser og behov og utføre tiltak ut fra disse observasjonene. Lindring er en viktig del vi sykepleiere gjør til kreftpasienter, på grunn av symptomer som truer tilfredstillelsen av fysiske behov gjør at pasienten ikke klare å få frigjort energi til det livet en ønsker den siste tiden (ibid).

3.5.1 Sykepleierens kompetanse og kvaliteter

Sykepleierens kompetanse om den terminale fasen er viktig for å kunne gi en god kvalitet på sykepleien vi utfører (Reitan A. , 2010). Sykepleieren blir ofte vitne til at pasienter river all trygg grunn vekk ved en menneskelig lidelse (Kalfoss, 2007). Det som skiller de døende fra andre pasienter, er at de døende har en begrensende faktor for livsutfoldelse og muligheten for å skape mening i livet (Ilkjær, 2008). Pasienten befinner seg i en situasjon der ressurser ikke lenger er tilstrekkelig for å kunne ivareta sine grunnleggende behov (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2005).

Pasienter og pårørende forventer at sykepleieren har tilstrekkelig med kunnskaper, ferdigheter og holdninger som situasjonen krever (Reitan A. , 2010). For å kunne gi omsorg til det syke mennesket må vi ha fagkunnskap og bakgrunnsopplysninger om pasienten (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2005).

Det kreves tilstrekkelig med kunnskap, ferdigheter og holdninger (Reitan A. , 2010). Holdningen sykepleieren har kan beskrives som personlighetstrekk (ibid). Verdiene som barmhjertighet og nestekjærlighet er grunnleggende for personlig og faglig kompetent sykepleieomsorg (Reitan, 2010; Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005). I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet (Norsk sykepleier forbund, 2011).

I følge Bjørk kan sykepleiefaglig kompetanse beskrives både som personlig kvalifikasjoner og oppgaver sykepleieren skal mestre (Reitan A. , 2010). Kompetanse innebærer at sykepleieren må tilpasse generell teoretisk kunnskap, slik at sykepleieren kan møte spesielle situasjoner. Sosial kompetanse dreier seg om evnen og viljen til å etablere, gjennomføre og være tilstede i mellommenneskelige forhold. Elementer i sosial kompetanse er orientering mot andre ved å vise situasjonsforståelse, empati, samhandlings- og kommunikasjonsferdigheter. Den yrkesetiske kompetansen er viktig for å kunne handle på en moralsk forsvarlig måte. Sykepleieren møter mange pasienter i sårbare situasjoner, det er viktig at sykepleieren har vilje til å handle til pasientens beste. Sykepleieren har en makt som må brukes slik at pasientens tillit ikke blir brutt (ibid).

Om døden er ventet eller uventet skal sykepleieren hjelpe pasienten til å få avslutte livet på en verdig måte (Mathisen, 2005). Sykepleieren må ha kunnskaper om prosessene ved livets slutt, men holdningene sykepleieren har er enda viktigere (ibid). God omsorg til terminale pasienter krever også interesse, engasjement og erfaring (Hjort, 2010). Den viktigste oppgaven sykepleieren gjør i møte med mennesker i den siste fase er å være medmenneske (ibid), mennesket som dør er den eneste personen som har kunnskap om det å skulle dø (Ilkjær, 2008).

Innlevelse er en viktig sykepleie verdi, også kalt empati som er en viktig del av sykepleierens kompetanse (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2005). Det å ha empati for andre mennesker, sette seg inn i andres situasjon, lytte, forstå andres følelser og reaksjoner er viktig for å kommunisere godt med pasienten (Eide & Eide, 2008). Er pasienten ved nedsatt bevissthet eller bevisstløs kan sykepleieren vise empati ved å gjøre en handling til pasientens beste (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2005). Ved hjelp av sansene våre, observasjon av ansiktsuttrykk, kroppsholdning, blikk kontakt og stemmebruk kan vi gjennomføre omsorgen på en verdig måte (ibid).

Å vise respekt for pasienten er en grunnverdi i sykepleie (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2005). Måten sykepleieren henvender seg og snakker til pasienten på, formidle interessen for den pasienten er og sykepleierens holdning og væremåte viser at hun respekterer pasienten som en unik person (ibid).

3.6 Verdig omsorg til pasienten

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og verdighet, dette står i de yrkesetiske retningslinjene (Knutstad, 2010). Sikre at omsorgen er basert på etiske standarder og bidra til å ivareta pasientens verdighet er en stor oppgave sykepleierne har (ibid).

Hvert menneske er unikt (Knutstad, 2010). Verdighet har en atferds dimensjon, det handler om hvordan vi skal opptre for å være verdig og hvordan andre skal oppføre seg for å ivareta vår verdighet. Verdigheten til pasienten er avhengig av hvordan de oppfatter seg selv, hvordan

vi som sykepleier opplever dem og oppfører oss. Det å være avhengig av hjelp kan være nedverdiggende for pasienten (ibid).

Eldre pasienter bør føle seg verdifulle, verdsatt og ikke føle seg til bry (Knutstad, 2010). Tilbudet må være tilpasset den enkelte, slik at omgivelser og situasjonen er tilpasset pasientens ressurser (ibid). Det å hjelpe pasienten til en verdig og fredfull død er viktig i sykepleien (Sæteren, 2010). Hos alvorlige syke er omsorg for døende pasienter et spørsmål om livshjelp (ibid).

3.6.1 Sykepleiens tillit til den døende

Møte den døende som person, gi oppriktig informasjon, medvirke i pleie og behandling, gi emosjonell støtte under følelsesmessige reaksjoner og opprettholde kontakt med pårørende er viktig for å skape tillit (Moesmand & Kjøllesdal, 2011).

Sykepleien anbefales med begrenset personalet, mangel på kontinuitet kan bli en opplevelse av at ingen er forpliktet til å følge opp og ta vare på pasienten (Moesmand & Kjøllesdal, 2011). Skal pasienten utvikle et tillitsforhold til sykepleieren må de bli møtt som person. At noen kjenner en kan øke følelsen av sikkerhet og velvære. For å skape et tillitsforhold til pasienten har væremåten hos sykepleieren mye å si, følelsen av avhengighet og sårbarhet kan minske (ibid).

Tillit skapes ofte i det første møte med pasienten og har mye å si (Moesmand & Kjøllesdal, 2011). Tillit blir sett på som en kompetanse til å ta vare på seg når en ikke er i stand til å gjøre det selv. Informere, orientere og berolige og gjenta informasjon som er uklar er en viktig del av sykepleierens arbeid for å skape et tillitsforhold (ibid).

I menneskelig samvær er tillit fundamentalt og nødvendig forutsetning for all menneskelig eksistens og samkvem (Lillestø, 2010). Den hjelpetrengende forventer at noen tar vare på seg, ligger det en usikkerhet i det, blir pasientens tillit til sykepleieren brutt. Tillit og omsorg kan bygges på gjensidighet mellom mennesker. Bli tatt på alvor og stole på hverandre er en forutsetning for å føle seg trygg (ibid).

3.6.2 Sykepleierens trygghet til den døende

Pasienten skal kunne leve på en trygg og tillitsfull måte (Thorsen, 2005). Trygghet handler om å gi omsorg. Omsorgen vokser frem når vi bekymrer oss over andre mennesker, omsorgens vugge er kjærlige bekymringer (ibid).

Trygghet har en tilknytting til forhold vi har med andre mennesker (Segesten, 2010).

Ærlighet, pålitelighet og trofasthet er egenskaper som ønskes hos en sykepleier for å skape en trygghet hos pasienten. Det å ha en forståelse for hva trygg eller utrygg betyr kan få pasienter og pårørende til å føle trygghet i forholdet med sykepleieren. Trygghet blir ikke direkte nevnt i pasientrettighetsloven, men det blir fremhevet i flere paragrafer ved å koble det til opplevelsen av trygghet. Trygghet blir også nevnt i etiske prinsipper, sykepleieren har oppdrag i å skape trygghet for pasientene (ibid).

Opplevelsen av å være kreftsyk og skille mellom fantasi og virkelighet kan variere, dette kan skape en uvisshet og utrygghet (Moesmand & Kjøllesdal, 2011). Trygghet og nærhet når det er behov har en stor betydning for de som er eldre og syk (Hauge, 2010). Sykepleieren bør være oppmerksom på hvordan pasienten blir møtt og det som gir trygghet til en pasient ikke trenger og fungere hos en annen pasient (Thorsen, 2005). Respekt og ydmykhet for andres liv er viktig (ibid).

3.6.3 Sykepleierens respekt til den døende

Sykepleierens holdninger er viktig i møte med pasienten (Kristoffersen & Nortvedt, 2005). Å møte pasienten innebærer å vise respekt for hans grunnleggende verdier og mål, og kunne se det som betyr noe (Kjøllesdal, 2011). Sykepleieren må vite hvordan man skal oppføre seg og hva man skal se etter hos en pasient (Fjørtoft, 2009). Respekt er mer enn fine ord og holdninger, det kreves også kunnskap og ferdigheter (ibid).

Mennesker som er i den terminale fasen har behov for å få bekreftelse og bli møtt med respekt og omsorg (Fjørtoft, 2009). Respekt bruker vi i en overført betydning som å ta hensyn til, ha aktelse for og vise ærbødighet (ibid).

Ærbødighet, ærefrykt og aktelse er begreper som kjennetegner respekt, dette trekker Moseby frem i boken til Fjørtoft (2009):

«... Ærbødighet er å være til stede, lytte, gi tid, gi pasienten medbestemmelse og vise tålmodighet.... Ærefrykt er å vise at andre er betydningsfulle, vise varsomhet og ta hensyn. Og aktelse er å vise oppmerksomhet, verdsette og gjøre mennesker synlige»

(Fjørtoft, 2009, s.31).

Sykepleieren må tilpasse seg i situasjonen de befinner seg i (Kjøllesdal, 2011). Situasjoner hvor pasienten ikke lenger klarer å ta vare på seg selv er pasienten avhengig av sykepleierens faglig kyndighet, evnen til medfølelse og gode holdninger (ibid).

4.0 Drøfting

I dette kapitlet vil vi drøfte funn vi mener er viktig opp mot oppgavens problemstilling.
«Hvordan kan vi som sykepleier bidra til en verdig omsorg gjennom kommunikasjon til kreftpasienter i terminalfase?»

Omsorg er et vidt begrep, vi har valgt å fokusere på behovene en kreftpasient kan trenge ved en god omsorg ved livets slutt. Vi mener også at målene for oss sykepleiere er å yte en helhetlig sykepleie, og de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige sidene ved mennesket blir sett på som en helhet. Dette støttes av Sæteren (2010).

4.1 Verdig omsorg på sykehjem

Haugen, Jordhøy & Hjernstad (2011) viser til at cirka 40 prosent dør på sykehjem i Norge, Steindal & Sørbye (2010) og Gjerberg & Bjørndal (2007) støtter dette.

4.1.1 Sykehjemmet som arena

Erfaringsmessig er det flest eldre på et sykehjem, mange flytter inn dit når de blir syke og trenger praktisk bistand. Kreftforeningen (2012) viser til at antall eldre øker i Norge. Antall krefttilfeller er også i økende vekst og halvparten av kreftpasientene er eldre i følge Haugen, Jordhøy & Hjernstad (2011). Etersom gjennomsnittsalderen øker vil det dø flere på sykehjemmene framover. Dette vil kreve god kompetanse og ressurser fra sykehjemmene samt de vil stå ovenfor større utfordringer når det gjelder palliativ pleie (Haugen, Jordhøy, & Hjernstad, 2011).

4.1.2 Helhetlig omsorg for det syke mennesket

Kari Martinsen mener omsorg må skje på den sykes premisser og sykepleien skal utføres på uegennyttig gjensidighet. Vi mener den eldre terminale pasienten bør få ro og hvile den siste tiden. Kari Martinsen sier vi må se pasienten i den situasjonen han befinner seg i, og dette er utgangspunktet for den sykepleien vi utøver (Kristoffersen N. J., 2005). Vi mener hvis ikke pasienten gir utrykk for noe tegn til smerter, er det flere ikke- medikamentelle tiltak som kan være betydningsfullt for han, som å vise han oppmerksomhet og gi han en god hånd å holde i.

I artikkelen til Leung, et al., (2010) kommer det frem at de fysiske symptomene forverret seg, men den psykiske tilstanden kan forberede seg gjennom helhetlig omsorg, sosial støtte og åndelig utvikling. På denne måten kunne pasienten oppleve en fredfull død (Leung, et al., 2010). Egne opplevelser fra døden er at det kan være vanskelig for helsepersonell å være på rommet til en pasient å dekke de behovene dem har uten kunnskap og erfaringer med en døende pasient.

Vi har erfaringer av å følge en døende pasient til sin siste vei ende. Det å kjenne roen i rommet og hos pasienten. Holde pasienten i hånden når en tar sitt siste åndedrag, mens pårørende er på vei for å kunne ta avskjed. Denne pasienten forlot verden uten smerter og pasienten slapp å dø alene. Pårørende var svært takknemlig for at det var noen som hadde sittet inne hos pasienten og sovnet inn med noen rundt seg. Vi mener å være tilstede hos pasienten, sitte der, lytte og vise medfølelse har stor betydning for hvordan de psykiske plagene hos pasienten i den terminale fasen utvikler seg.

Helhetlig omsorg mener vi er viktig til kreftpasienter når de lever med en uhelbredelig kreftdiagnose og de vet de kommer til å dø om ikke lenge. Vi forstår da at det ikke er tilstrekkelig å gi en pille til pasienten og tro alt ordner seg. Plagene kan være av psykisk karakter og smerte- og symptomlindrende behandling er ikke tilstrekkelig i denne situasjonen. Dette forklarer Sæteren (2010) som en indre smerte, ingen medikamentell behandling kan hjelpe pasienten. Vi tolker en slik følelsesmessig reaksjon og psykisk smerte som angst, frykt, sinne, depresjon, meningsløshet og sårbarhet. Som sykepleier må vi begrense lidelsen og vurdere alle pasientens behov, både fysiske, psykiske, åndelige og sosiale og få pasienten til å oppleve en god avslutning på livet. For å dekke disse behovene kreves det tilstrekkelig tid og planlegging i den palliative enheten, dette støtter (Choi, Chang, Song, Jho, & Lee, 2012) oss i.

Kjenne til pasientens ønsker og behov, finne ut hva som passer hver enkelt best og etterkomme disse ønskene så langt det er mulig er god planlegging. Vi mener da at pasienten får muligheten til å bestemme og medvirke over sitt eget liv, verdighet kan da oppleves. Martinsen vektlegger virkeligheten med å gå inn i hver enkelt pasientsituasjon, vurdere behovene og hjelpe ut i fra situasjonen pasienten er i (Kristoffersen N. J., 2005).

Vi mener symptomer hos pasienter som er delvis eller helt bevisstløse kan bli tolket på ulike måter av sykepleierne i forhold til deres holdninger og kunnskap. Vi har erfaringer med at

pasienter føler at smertelindringen ikke er tilstrekkelig og at pasienter ikke ønsker å være helt smerte lindret og sløv den siste tiden. Det er uverdigg at pasienter skal dø med smerter og hindres så langt det er mulig, men dette må være etter pasientens ønske. Vår kunnskap sier at smerter kan komme av psykisk karakterer, som kan forsterke de fysiske smertene. I FN's erklæring om terminale pasienters rettigheter står det at man har rett på tilstrekkelig smertelindring og medisinsk behandling for å lindre symptomene og plagene (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999).

I studien *Er sykehjem et verdig sted å dø?* kommer det fram at kompetansen hos helsepersonell på sykehjem bør være et krav for å kunne gi en verdig død (Steindal & Sørbye, 2010). Haugen, Jordhøy & Hjermstad (2011) belyser også dette og sier at alle sykehjem bør tilby grunnleggende palliasjon og god lindring i terminalfase til sine pasienter. Begrenset med ressurser og kompetanse ved sykehjem bidrar ofte til sykehusinnleggelse, og den fredelige døden blir ikke som en hadde tenkt, viser Steindal & Sørbye (2010) til. Studien til Steindal & Sørbye (2010) belyser at sykehus innleggelse ikke hadde vært en belastning for pasienten og pårørende, men pårørende var mer fornøyd når den gamle døde ved sykehjem.

Vi ser fordeler med pasienter som har vært innlagt på sykehjemmet over en tid kan tilbringer siste tiden her. Pasienten er avhengig av at sykepleieren klare å dekke deres behov og ønsker, og at pasienten og sykepleierne kjenner hverandre. Dette vil gi sykehjemmet muligheten til å skape en god relasjon til pårørende før pasienten går inn i de siste dager. Vi mener at sykepleieren skal klare å bygge en relasjon som fremmer verdigheten hos pasienten, det har en betydning for pårørende hvordan de blir møtt når de kommer på besøk og deres oppfatning av hvordan deres nære blir behandlet på sykehjemmet. Dette støtter Steindal & Sørbye (2010) oss i og sier fordelen med å behandle pasienter på sykehjemmet hvor de har tilstrekkelig kompetanse og ressurser gjør det mulig at pasienten får være i kjente omgivelser. Det kommer også fram i denne studien at pårørende krever at sykehjems personale har tilstrekkelig kompetanse, snakker og behersker det norske språket (Steindal & Sørbye, 2010).

I følge Helsetilsynet er de bekymret over at det er en stor andel av ansatte ved sykehjemmene med fremmedspråklig bakgrunn og flere viser utilstrekkelig språkforståelse (Helsetilsynet, 2009). Vi har erfart at språkproblemer kan føre til svikt i overføringen av viktig informasjon, men også at lite bemanning av personell på sykehjemmet er sårbart dersom pasientene får dårligere almenntilstand og akutte hendelser oppstår.

Vi synes det er grunnleggende å gjøre den siste tiden til pasienten så god som mulig og som sykepleiere vise respekt for pasient og pårørende. Dette støtter studie *Hva er en god død i sykehjem* oss i, de sier at respekt kan vises på forskjellige måter, for eksempel bruke god tid i stellet og skape ro rundt pasienten (Gjerberg & Bjørndal, 2007).

Vi har erfaringer med at en pasient har sovnet inn uten noen hos seg på sykehjemmet, dette var ikke et forventet dødsfall og var derfor vanskelig å forutse. Pårørende hadde mange tanker om denne situasjonen. FN's erklæring om den døendes rettigheter sier at pasienten har rett til å slippe å dø alene (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Vi mener dette ikke er lett å forutse hvis det er mangel på kunnskap og ressurser hos personalet.

I følge Gjerberg & Bjørndal (2007) blir ordet trygghet brukt i mange sammenhenger, for terminale pasienter kan ordet knyttes opp til at dem slipper å være alene den siste tiden. Som den ene sykepleier sier i artikkelen:

”Jeg tror trygghet for pasientene er det viktigste, et nøkkelord, at de har en visshet for at det er noen her for meg, noen som kjenner meg, vet hvilke behov jeg har”

(Gjerberg & Bjørndal, 2007, s. 4).

Vi støtter sykepleierens utsagn og egne erfaringer tilsier at pasienten opplever trygghet og ro med kjent personalet eller pårørende ved sin side. Vi har tilegnet oss kunnskap om at pårørende kan ha lite kunnskap om den terminale fasen og når døden er nær, er det viktig med god kompetanse og ressurser på sykehjemmene for å ta hånd om pasient og pårørende i denne fasen.

4.2 Sykepleiens omsorgskvaliteter

Det står beskrevet i de yrkesetiske retningslinjene at sykepleien skal basere på omsorg, respekt og barmhjertighet for menneskerettighetene (Norsk sykepleier forbund, 2011). Pasienten skal bli respektert for det mennesket en er, og sykepleieren skal ivareta pasientens verdighet og barmhjertighet (ibid). For å oppnå en god og verdig død er personalets respekt for pasient en grunnleggende forutsetning viser forskningen av Gjerberg & Bjørndal (2007).

Vår oppgave som sykepleier er å hjelpe den døende med å føle velvære og bevare sin identitet og autonomi ved å ivareta de menneskelige behov (Ilkjær, 2008). Med autonomi mener vi selv bestemmelse. Erfaringer viser til at pasienter som er terminale ikke er i stand til å bestemme selv, det er derfor viktig å kjenne til pasientens behov og ønsker. Vi mener i denne sammenhengen at pårørende er en viktig ressurs for sykepleieren, de kjenner som regel til pasientens tidligere behov.

4.2.1 Sykepleierens kompetansen

God og verdig omsorg krever kompetanse (Hjort, 2010). Sykepleier skal gi omsorg i livets slutfase, som omhandler lindrende behandling og omsorg. Kunnskap, ferdigheter og holdninger er viktig for terminal omsorgen og krever interesse, erfaringer og engasjement (ibid).

Forskningen *Hva er en god død i sykehjem?* viser til at kompetanse for å utøve god terminal pleie og omsorg kan bli en utfordring i fremtiden på grunn av mangel på faglærte (Gjerberg & Bjørndal, 2007). Sykepleien til kreftpasienter handler om omsorg og pleie, og den tjenesten sykepleierne gjør blir styrt av juridiske, etiske og faglige retningslinjer (Reitan A. , 2010). Vi mener den omsorgen vi gir skal hjelpe pasienten til en livskvalitet som gjør det best mulig den siste tiden. Det vi må tenke på i en situasjon som dette er å ha respekt for den døende og hjelpe den kreftsyke til en verdig død. Når pasienten står i en vanskelig situasjon og det ikke finnes noen utvei, mener vi at kompetansen til sykepleieren er viktig for å redusere lidelsen til den døende kreftpasienten.

Vi forstår det å komme i en situasjon hvor døden er eneste utvei får noen utfordringer. Hvordan pasienten mestrer dette er individuelt, men som sykepleier er det vår oppgave å kartlegge pasientens behov og hjelpe pasienten igjennom sykdomsforløpet (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes, & Røise, 2009). Vi mener kunnskap er noe alle som arbeider med mennesker bør ha. Det kommer frem i forskning at kompetanse er et mangelfullt felt på flere sykehjem (Gjerberg & Bjørndal, 2007; Steindal & Sørbye, 2010). Wille & Nyrønning (2012) støtter dette med å si at god kvalitet på omsorgen i sykehjem er kompetanse. Ivareta pasientens opplevelse av verdighet krever innsikt og kunnskap, og som sykepleier har en et ansvar for opplæring og veiledning til andre profesjoner (ibid). Vi forstår med dette at sykepleierne er nødt til å formidle kunnskap som kan være til fordel for pasienten til andre

profesjoner for å oppnå en verdig omsorg. Studien til Leung et.al., (2010) støtter dette ved å si at de fleste pasienter har mulighet til å oppnå en god død med støtte av et tverrfaglig team.

I de yrkesetiske retningslinjene under sykepleieren og profesjonen punkt 1 står det:
«Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og setter seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten»

(Norsk sykepleieforbund, 2011, s.8).

Med dette forstår vi at sykepleieren må ha faglig kompetanse og vise selvstendighet over den sykepleien en utfører ovenfor pasienten. Vi mener at pleie og omsorg skal baseres på lovverk og retningslinjer sykepleierne jobber etter. De yrkesetiske retningslinjene blir preget av grunnleggende verdier som tillit, respekt, integritet, menneskeverd og ansvar (Brodtkorb, 2008). Definisjonen til Virginia Henderson uttrykker hva som er sykepleierens ansvar (Mathisen, 2008):

«Sykepleierens enestående funksjon består i å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død)...»
(Mathisen, 2008, s.73).

Vi mener at Henderson viser en god definisjon på sykepleie og tydeliggjør det som er mest grunnleggende i sykepleien. Slik vi forstår definisjonen skal sykepleierne hjelpe pasientene med de helseutfordringer de ikke mestrer på grunn av manglende ressurser. Vi må da kjenne til pasienten og den omsorgen sykepleieren utøver må være i samsvar med pasientens ønske. Dette samsvarer med vår oppfattelse av de yrkesetiske retningslinjene, at vi skal møte pasienter med respekt, tillit, nestekjærighet og barmhjertelighet.

Gjerberg & Bjørndal (2007) viser til at grunnleggende respekt for pasienten, god symptomlindring, trygghet, samarbeid med pårørende å avstå fra unødvendig livsforlengende behandling er viktig for å gi en god død. Dette støtter vi med egne erfaringer. Vår forståelse av sykepleien vi gir til de terminale kreftpasientene er ikke så ulik den sykepleien andre får, men når pasienten er terminal er det begrenset mulighet for å skape noen mening med livet. Det er her vi ser det krever kompetanse og god fagkunnskap for å yte en verdig omsorg. Vi har lest og erfart at sykepleierens holdninger, kunnskap og ferdigheter ovenfor den døende kan være avgjørende for hvordan pasienten opplever verdig omsorg i den terminale fasen. Vi

mener at erfaringer spiller også inn her, målet med sykepleien vi utfører må være rettet mot hver enkelt pasient og være til hjelp for å styrke pasienten til å oppleve en fredfull død.

Medmenneskelighet er en viktig oppgave sykepleieren gjør den siste tiden (Mathisen, 2005). Da tenker vi på tid sammen med familie, nærhet og trygghet. Skape et tillitsforhold så respekten, integriteten og menneskeverdet blir ivaretatt. Vår kunnskap sier at empati er en viktig egenskap hos en sykepleier, dette for å kunne sette seg inn i pasientens situasjon, forstå pasientens følelser og utføre omsorg som skape en god relasjon. Dette samsvarer med Kari Martinsens omsorgsteori (Kristoffersen N. J., 2005).

4.3 Den terminale kreftpasienten

Det kan være en utfordring å møte pasienter som er rammet av uhelbredelig kreft (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes, & Røise, 2009). Vi mener at den kvaliteten på omsorgen vi utøver som sykepleier krever høy kompetanse og kommunikasjonsevne. Egne erfaringer sier at det er vanskelig å fremme meningen med livet i den terminale fasen, de utrykke at ønske er å forlate livet, de orker ikke mer og dette er kanskje det håpet de har.

I følge FNs erklæring om terminale pasienters rettigheter har pasientene en rettighet og krav for å bli behandlet med respekt og god omsorg (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Medfølelse, omsorgsfulle, og kompetent helsepersonell er også viktig for å forstå pasientens behov i den situasjonen han befinner seg i (ibid). Hvis sykepleieren mangler evnen til å vise empati, sympati, medfølelse og respekt ovenfor pasienten for den han er, mangler sykepleieren viktige kvaliteter for å kunne utøve sykepleie mener vi.

4.3.1 God kommunikasjon til en verdig omsorg

Eide & Eide (2008) sier at evnen til å sette seg inn i andres situasjon, forstå andres reaksjoner og følelser er det grunnleggende for å kommunisere på en god måte. I følge Reitan (2010) er kommunikasjon også et redskap og verktøy for å bli kjent med pasientens behov.

Det står skrevet i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere under punkt nr. 2, at sykepleieren skal ivareta den enkeltes pasientens integritet og verdighet, under helhetlig

omsorg, retten til medbestemmelse og unngå krenkelse (Norsk sykepleier forbund, 2011). I tillegg skal sykepleieren fremme pasientens mulighet til å ta selvstendig avgjørelser, dette kan gjøres ved at sykepleieren gir tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen (ibid). Informantene er ofte pårørende for det er de som kjenner pasientene best og ser deres behov (Reitan A. M., 2010). Pasienter i den terminale fase kan være for svake til å formidle hva de forbinder med en god død (ibid).

Vi har erfart at mennesker som befinner seg i pasientrollen kan være sårbare. Møte med helsetjenesten kan ha stor betydning for hvordan den døende kreftpasienten opplever situasjon. I følge Martinsens omsorgsteori oppstår tilliten spontant i forholdet mellom pasienten og sykepleieren (Kristoffersen N. J., 2005). Pasienten kan vise denne tillitserklæringen og uttrykker det som er viktig. Martinsen mener hvis ikke sykepleieren innfrir forventningene til pasienten vil det utvikle seg en mistillit (ibid). Vi ser på det som viktig at tilliten mellom pasient og sykepleier oppstår under kommunikasjonen, og at pasienten blir sett og hørt som person og ikke en pasient med en bestemt sykdom. I følge Kristoffersen (2005) bekrefter Martinsens omsorgsteori dette og det forutsetter at sykepleieren har tilstrekkelig kompetanse og kunnskap som gjør at pasienten opplever å bli møtt som den han er. Schjølberg (2010) sier at kreft sykdommen kan føre med seg angst og uvisshet, pasienten kan oppleve å miste kontrollen over seg selv, evnen til å kommunisere er da viktig for å skape en relasjon.

Sætre (2010) mener at det krever kompetanse for å redusere omfanget av den lidelsen pasienter med kreft opplever, for å oppnå en fredfull og verdig død. Reitan (2010) bekrefter dette og sier at kvaliteten på det vi utfører er viktig for pasienten, det å kunne gi omsorg til en kreftpasient krever høy kompetanse av personalet på grunn de utfordringene det medfører. For at vi som sykepleiere kan yte en god omsorg til terminale kreftpasienter krever det fagkunnskap om pleie, symptomlindring og livserfaringer (Reitan A. , 2010). Sykepleieren må også være engasjert og interessert i den helhetlige omsorgen, men vi kan ikke dekke behovene til pasienten alene (ibid). Våre erfaringer er at pasienter i den terminale fasen kan kommunisere nonverbalt siden de kan være for svake til å uttrykke seg med ord, de kan ha behov for å formidle de psykiske og fysiske plagene som oppstår. Pasientene er da avhengig av at sykepleieren har gode nonverbale kommunikasjonsferdigheter og observerer ansiktsuttrykket eller kroppen, slik at angst, smerter eller uro blir oppdaget (Eide & Eide, 2008).

I artikkelen *Er sykehjemmet et verdig sted å dø?* forstår vi at pårørende mener deres kjæres behov ikke ble godt nok ivaretatt (Steindal & Sørbye, 2010). De mente at sykehuset var et symbol på verdig død, på grunn av deres kunnskap og behandlingsmuligheter. Tilstrekkelig kompetanse og evne til god kommunikasjon hos personalet på sykehjemmet kan pasientene som ligger der få en verdig avslutning i kjente omgivelser mener vi, dette kommer også fram i denne forskningsartikkelen (Steindal & Sørbye, 2010). De sier hvis pasienten skal få en verdig død avhenger det av sykepleierens evne til å kommunisere og kunnskap innen smertelindring, dette kommer frem i studien (ibid).

Gjerberg og Bjørndal (2007) legger til at personalets respekt for pasienten og pårørende er viktig i den siste fasen, det kan vises ved den måten sykepleieren snakker til pasienten på, tar seg tid til, stemmebruk og godt håndlag. Vi tror den nærheten pasienten får den siste tiden skaper en relasjon mellom pasient og sykepleier. I følge Kristoffersen (2005) legger Martinsen stor vekt på relasjoner i sykepleiefaget og for å kunne utføre optimal sykepleie til den pleietrengende må omsorgen og mellommenneskelige relasjoner være til stede.

Kunnskapen vi sitter med tilsier at det er vanskelig å dekke alle behovene til pasienten alene, i noen tilfeller vil det være nødvendig med et samarbeid mellom andre profesjoner. I følge Steindal & Sørbye (2010) kommer det fram at kommunikasjonen mellom helsepersonell, samt helsepersonell og lege er en utfordring, pårørende føler at legen er fraværende. Det er viktig for pårørende å bli holdt orientert av helsepersonell når døden er nær hos sine kjære, de har ofte lite kunnskap om terminalomsorg og at frykten for at deres nære skal dø alene er der (Steindal & Sørbye, 2010).

Kommunikasjon er som sagt viktig mellom pasienten og sykepleier, det handler ikke bare om å ha livserfaring, men også som medmenneske har vilje og mot nok til å snakke med pasienter og pårørende i en utfordrende situasjon. Vi mener det ofte er en utfordring å møte pasienten der han er, for så å skape en god kommunikasjon. Vi har erfaringer med at dårlig kommunikasjon kan føre til misforståelser mellom pasient, helsepersonell og pårørende hvor tilliten kan bli brutt.

4.3.2 Betydningen av trygghet, tillit og respekt i terminal omsorgen

I følge Martinsen består omsorg av en relasjon mellom to mennesker, pasienten er i den situasjonen at en trenger hjelp og sykepleieren er forpliktet til å hjelpe ut fra den situasjonen den hjelpetrequende er i (Kristoffersen N. J., 2005). Vi forstår med dette at som sykepleier er en pliktig til å hjelpe pasienten uansett hvilken situasjon. Vi viser her til pasient- og brukerrettighetsloven (2013):

”Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforhold mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd”

Vi tolker denne loven med hvordan vi som sykepleier skal utøve våre oppgaver og ivareta pasientens omsorg ved hjelp av tillit, trygghet og respekt. Respektere pasienten for den en er og fremme trygghet og tillit.

Følge Sæteren (2010) er trygghet og nærvær noe av det viktigste for å kunne møte den terminale kreftpasienten. Vi mener at den terminale pasienten har behov for medfølger som gir nærvær og trygghet i form av tilstedeværelse, for å oppnå dette må sykepleieren tørre å stå i situasjoner med pasienten som er uvant og krevende. I følge Bjørndal & Gjerberg (2007) er trygghet for pasienten å vite at noen er tilstede og kjenner til sine behov. Det mest grunnleggende i menneskers liv omhandler hvordan vi forholder oss til hverandre og viser omtanke. Når en pasient befinner seg i en situasjon hvor en trenger hjelp på grunn av sykdom kommer avhengigheten tydelig frem mener Martinsen (Kristoffersen N. J., 2005).

For å kunne bidra til å redusere omfanget av lidelsen pasient opplever når de står ovenfor døden, kreves personlig og faglig kompetanse av sykepleieren (Sæteren, 2010). Vi forstår at en beskjed om begrenset tid igjen og det å vite at en skal dø må være en stor påkjenning, og at det er vanskelig å holde de følelsesmessige reaksjonene i sjakk uten støtte og trygghet fra de rundt seg. Vi har erfaringer med å være inne hos pasienten hvis en ikke ønsker å være alene. Vi mener det er viktig for å få pasienten til å føle seg trygg, avtale med pårørende om eventuell fastvakt når de ikke er tilstede, og erfaringer med dette er at pårørende setter veldig pris på at den døende slipper å være alene. Det er viktig at noen som kjenner pasienten er tilstede mener vi. I forskningen til Bjørndal & Gjerberg (2007) sier en sykepleier at «pasientens angst for den ukjente aktiviseres ofte når de merker at det går mot slutten».

Fastvakt og fast personalet mener vi er viktig på grunn av at det skaper en mer trygghet til pasienten når en ikke er nødt for å skape et nytt tillitsforhold til nye hele tiden. Dette fører også til en forutsigbarhet for pasienten og trenger ikke å bekymre seg over og ikke få den omsorgen en trenger. I følge Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (2012) kreves det god organisering av palliasjon for at pasienten skal få den kompetansen de har krav på. Alle aktører som deltar i arbeidet rundt pasienten skal ha den nødvendige kunnskapen om palliasjon (Helsedirektoratet, 2012). Med disse retningslinjene tror vi pasienten vil føle seg verdifull og oppleve trygghet.

Vi mener at omsorgsbegrepet handler om relasjoner mellom mennesker, vi støtter oss til filosofen Heidegger (Kvåle, 2005). Kristoffersen (2005) forstår Martinsens beskrivelse av omsorg som det mest grunnleggende fordi omsorg utgjør en forutsetning for alt menneskelig liv. I forskningen *Den omsorgsfulle sykepleier* beskriver pasientene den gode omsorgen som individualisert, pasientfokusert og at sykepleieren er opptatt av deres behov (Kvåle, 2005). Vi tror med denne beskrivelsen av pasientene at det er viktig at vi som sykepleier er til å stole på, observante på pasientens behov, positiv og gir de en følelse av å være verdifulle. Som sykepleiere har vår væremåte mye å si for den gode omsorgen. Med dette tenker vi på hvordan en forholder seg til pasienten, om en er blid, imøtekommende, møte pasienten med innlevelse, engasjement og medmenneskelighet.

Det er pasienten selv som først og fremst kan vurdere om hva som er en god eller verdig død, viser Gjerberg og Bjørndal (2007) til. Denne forskningen viser til at «en god død» defineres forskjellig, men at det er viktig kjennetegn som sier hva det er. Følelsen av å bestemme selv, god smerte- og symptomlindring, føle seg verdsatt, tillit til de som gir omsorg, ta farvel, god tid med pårørende og bli respektert for den han er. Bjørndal og Gjerberg (2007) sier at respekt kan vises på mange måter, ta seg god tid til pasienten, kommunisere og skape en god atmosfære er med på å bidra til en god tid for den døende. Studien til Leung, et al., (2010) sier at pasienter med uhelbredelig kreft kan ha god livskvalitet og oppleve en god død selv om tiden er kort. Dette tolker vi som at sykepleieren er med på å bidra til en verdig omsorg den siste tiden pasienten har igjen, ved å gi omsorg som er rettet mot mennesket, ikke bare sykdommen, men helheten som innebærer også pårørende.

Tillit er en grunnverdi i sykepleien for å kunne utføre omsorg til andre mennesker (Kristoffersen N. J., 2005). Vi har kunnskaper og erfaringer med at når sykepleieren møter

pasienten der en er må en respekter de ønsker og behov pasienten har å beholde tillitsforholdet ved å innfri pasientens forventninger så langt det er mulig. Viser ikke sykepleieren interesse for pasienten kan det oppstå mistillit (Kristoffersen N. J., 2005).

Følelsesmessige reaksjoner er vanlig hos døende pasienter (Mathisen, 2005), de indre og ytre forandringene som skjer i kroppen kan føre til at pasienten blir mer sårbar (Reitan A. , 2010). Vi tror pasienten er redd for å dø fra de man er glad i, med dette få en reaksjon ovenfor pårørende på grunn av at det er de pasienten har størst tillit til. Pasienten kan reagere med følelser som avvisning ovenfor pårørende. Derfor mener vi det er viktig at sykepleieren har kunnskap om denne reaksjon som kan oppstå hos en kreftpasient i terminalfase, slik at pårørende får den informasjonen de trenger og en samtale om sine tanker. Med dette tror vi at tillitsforholdet mellom pasient, pårørende og sykepleieren blir tilstrekkelig for å utføre den verdige omsorgen.

I sykepleien har det å hjelpe pasienten til en verdig og fredfull død alltid vært viktig (Sæteren, 2010). For å oppnå denne verdigheten og redusere omfanget av lidelsen kreves det personlig og faglig kompetanse (ibid). Når pasienten er alvorlig syk og døende mener vi at det er de dagene pasienten har igjen som er fokuset i sykepleien. Det er her vi som sykepleiere skal vise den verdige omsorgen og støtte pasienten i de utfordringene som oppstår. En kreftsyk pasient kan oppleve følelsesmessige reaksjoner den siste tiden, fornektelse, sinne, kjøpslåing, depresjon og akseptasjon er reaksjoner som utpeker seg (Sæteren, 2010).

”Jeg er redd for å dø, tror du jeg kan bli frisk igjen?” (Blix & Breivik, 2006, s.362).

Dette synes vi var et utsagn som sier mye om hva en følelsesmessig reaksjon kan være hos en terminal kreftpasient. Det kommer tydelig frem en redsel og et sinne over det å måtte forlate livet og ønsker ikke å forlate det rundt seg. Som sykepleier kan vi komme opp i slike situasjoner og forstår at vi her må være en støtte spiller som respekter pasientens ønske om å bli frisk, selv om vi vet at det ikke er et ønske som kan oppfylles. Den siste tiden i terminalfase er det omsorgen til den eldre kreftpasienten sykepleieren skal vise, og den siste tiden kan fylles med mening for den døende og pårørende (Sæteren, 2010).

5.0 Konklusjon

Arbeidet med oppgave har vært en lærerik prosess. Vi har tilegnet oss økt kunnskap om hvordan vi som sykepleier kan gi en kreftpasient verdig omsorg i terminal fase. Vi har forsøkt å belyse hvilke faktorer som kan skape en verdig omsorg, dette med hjelp av fag- og forskningslitteratur.

Forskningsartiklene vi har funnet belyser sykepleierens kompetanse og kunnskap, som er mangelfullt til alvorlig syke og dødende. Det å bli sett, hørt, tatt på alvor er noe pasienten og pårørende verdsetter høyt i terminal fasen.

Nærheten den siste tiden skaper en relasjon mellom sykepleier og pasient. Små ting som en god samtale, en hånd å holde i eller bare nærhet kan være en god støtte for den terminal pasienten. Kommunikasjon kan være en utfordring, å tørre å stå i situasjoner, tåle stillheten og vise trygghet i nærvær med pasienten kan være krevende og en gjensidig tillit må være tilstede.

Den fysiske smerten kan bli forsterket av den psykiske påkjenningen ved å ha en uhelbredelig kreftdiagnose. På en sykehjemsavdeling med dårlige ressurser og mangel på kompetanse kan føre til følelsesmessige reaksjoner hos pasienten. Sykepleieren administrerer gjerne medikamenter for å lindre symptomene, i noen tilfeller er det dette som skal til, men for å lindre indre smerte har dette en liten betydning. Nærvær og trygghet kan i denne situasjonen gi pasienten det behov en har for å oppnå en verdig avslutning.

Holdningen til sykepleieren har mye å si for den gode omsorgen pasienten opplever. Være blid, imøtekommende og møte pasienten med innlevelse, engasjement og medmenneskelighet er god sykepleie. Kari Martinsens verdioppfatning er relasjonen mellom mennesker og det fundamentale i menneskelivet, måten vi forholder oss til hverandre viser ærbødighet, ærefrykt og aktelse.

For å komme i mål med omsorgen til den terminale kreftpasienten er det grunnleggende for sykepleieren å samarbeide med andre profesjoner. Utøve sin kunnskap og kompetanse til

andre kan være med å øke den faglige delen som må til i et sykehjem for å ivareta kreftpasienter i en terminal fase.

Pasienter som er i en terminal fase kan ofte være for svake til å formidle behov gjennom verbal kommunikasjon. Pårørende er de som kjenne pasientens ønsker best, og de har en relasjon til pasienten som er en unik ressurs i terminal omsorgen.

I følge Martinsen er det viktig som sykepleier å ha vilje og engasjement til å sette seg inn i pasientens situasjon. På denne måten kan vi se hvilken hjelp pasienten er best tjent med og vi som sykepleier kan yte den omsorgen pasienten trenger. Observere pasientens behov kan hjelpe han til å oppleve en verdig omsorg og en god avslutning på livet.

*Men engste deg ikke for døden,
Som oftest er den lett:
Du vil bare hvile en liten stund,
Fordi du er så trett.
Du sover inn og du sover.
Da er det over.*

Arnulf Øverland

Bibliografi

- **Helse- og omsorgsdepartementet*. (1999, Mars 12). Hentet Februar 15, 2013 fra FN`s erklæring om de døendes rettigheter NOU 1999:2:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-2/6/2.html?id=351017>, Antall sider=1
- **Helsetilsynet*. (2009, februar 10). Hentet Mars 1, 2013 fra Rapport fra tilsynet med Hovseterhjemmet. 2008.:
<http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Oslo/2008/Hovseterhjemmet-2008/> , Antall sider= 5
- Norsk sykepleier forbund*. (2011, August 9). Hentet Februar 18, 2013 fra Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere:
https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- **Helsedirektoratet*. (2012, August). Hentet Februar 20, 2013 fra Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorg:
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen-/Publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-palliasjon-2012.pdf> ,Antall sider=156
- **Kreftregisteret*. (2012, September 11). Hentet Januar 23, 2013 fra 28 271 tilfeller av kreft i 2010: <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Nyheter/Cancer-in-Norway-2010/> , Antall sider=1
- Pasient- og brukerretighetsloven*. (2013, 01 01). Hentet 03 05, 2013 fra LOV 2012-12-14-86. §1-1: <http://www.lovdatabank.no/all/nl-19990702-063.html>
- *Blix, E. S., & Breivik, S. (2006). *Basisbok i sykepleie, om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlaget., Antall sider=376
- Brodtkorb, K. (2008). Yrkesetikk. I T. E. Mekki, *Sykepleieboken 1* (ss. 191-214). Oslo: Akribe.
- *Bruland, Ø. S. (2007). Kreft- årsaker og behandling. I K. O. Åmås, *Livet med kreft* (ss. 122-145). Oslo: H. Aschehoug & Co. , Antall sider=23
- *Choi, J. Y., Chang, Y. J., Song, H. Y., Jho, H. J., & Lee, M. K. (2012, Oktober 24). *Journal of Pain and Symptom Management*. Hentet Februar 12, 2013 fra Factors That Affect Quality of Dying and Death in Terminal Cancer Patients on Inpatient Palliative Care Units: Perspectives of Bereaved Family Caregivers:

- <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392412004009>, Antall sider=11
- Dalland, O. (2010). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Eide, H., & Eide, T. (2008). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fjørtoft, A. K. (2009). *Hjemmesykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.
- *Gjerberg, E., & Bjørndal, A. (2007, 2(3)). *Hva er en god død i sykehjem?* Hentet Februar 13, 2013 fra Sykepleien forskning:
<http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/118309/hva-er-en-god-dod-i-sykehjem?> ,Antall sider=6
- *Gran, S. V. (2012). *Sykepleien*. Hentet 02 05, 2013 fra Sykepleieteori i møte med pasienten:
<http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/832846/sykepleieteori-i-mote-med-pasienten> ,Antall sider=6
- *Grasdal, A. (2010). *Hva er kreft?* Hentet Februar 20, 2013 fra Kreftforeningen:
<https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/> , Antall sider=1
- Hauge, S. (2010). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie* (ss. 219-236). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Haugen, D. F., Jordhøy, M. S., & Hjermstad, M. J. (2011). Organisering av palliative tilbud. I S. Kaasa, *Palliasjon* (ss. 197-211). Oslo: Gyldendal Akademisk. ,Antall sider=14
- Hjort, P. F. (2010). Pleie og omsorg ved livets slutt. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie* (ss. 447-455). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hummelvoll, J. (2012). *Helt- ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- *Husebø, B. S., & Husebø, S. (2001). *De siste dager og timer*. Oslo: Norsk helseinformasjon. ,Antall sider=1
- Ilkjær, I. (2008). Den døende pasienten. I T. E. Mekki, *Sykepleieboken 1* (ss. 671-709). Oslo: Akribe AS.
- Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., Buanes, T., & Røise, O. (2009). *Sykdomslære*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Kaasa, S. (2011). Hva er palliasjon. I S. Kaasa, *Palliasjon* (ss. 31-47). Oslo: Gyldendal Akademisk., Antall sider=16
- *Kaasa, S. (2011). *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- *Kaasa, S., & Loge, J. H. (2011). Diagnostikk innen palliasjon -generell innføring. I S. Kaasa, *Palliasjon* (ss. 75-88). Oslo: Gyldendal Akademisk. ,Antall sider=13

- *Kalfoss, M. H. (2007). Møte med lidende og døende pasienter- sykepleierens møte med seg selv. I H. Almås, *Klinisk sykepleie 1* (ss. 48- 64). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS., Antall sider=16
- *Kjøllesdal, A. (2011). Operasjonspasienten. I A. M. Moesmand, & A. Kjøllesdal, *Å være akutt kritisk syk* (ss. 207-236). Oslo: Gyldendal akademisk., Antall sider=29
- Knutstad, U. (2010). Pasienten i sentrum i helsetjenesten. I U. Knutstad, *Sentrale begreper i klinisk sykepleie, Sykepleieboken 2* (ss. 19-25). Oslo: Akribe.
- *Kristoffersen, J. N., Nortvedt, F., & Skaug, E. A. (2005). Om sykepleie. I J. N. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie bind 1* (ss. 13- 27). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS., Antall sider=14
- *Kristoffersen, N. J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. Kap 23. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie 4* (ss. 13- 99). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS., Antall sider=86
- *Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, P. (2005). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie bind 1* (ss. 137- 183). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS., Antall sider=46
- *Kvåle, K. (2005, Juni 7). *Vård i Norden*. Hentet Februar 21, 2013 fra Den omsorgsfulle sykepleier- slik pasienten ser det:
[http://svemedplus.kib.ki.se/Default.aspx?queryparsed=\(Den%20AND%20omsorgsfulle%20AND%20sykepleier\)%20AND%20granskning:"peer%20reviewed"&query=Den%20omsorgsfulle%20sykepleier%20Limits:%20granskning:"peer%20reviewed"&start=0&searchform=simple&prevDok_ID=&Do](http://svemedplus.kib.ki.se/Default.aspx?queryparsed=(Den%20AND%20omsorgsfulle%20AND%20sykepleier)%20AND%20granskning:) ,Antall sider=4
- *Leung, K. K., Tsai, J. S., Cheng, S. Y., Liu, W. J., Chiu, T. Y., We, C. H., et al. (2010). *JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE*. Hentet Februar 12, 2013 fra Can a Good Death and Quality of Life Be Achieved for Patients with Terminal Cancer in a Palliative Care Unit?: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=3&sid=4d2ad7b3-9270-46b3-8de4-09d38b901fae%40sessionmgr111&hid=122&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=2010881900> ,Antall sider=7
- Lillestø, B. (2010). Sykepleiens tre dimensjoner. I U. Knutstad, *Sentrale begreper i klinisk sykepleie, Sykepleieboken 2* (ss. 393-416). Oslo: Akribe.
- *Mathisen, J. (2005). Livets avslutning. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie bind 3* (ss. 271-318). Oslo: Gyldendal Akademisk. ,Antall sider=47

- Mathisen, J. (2006). *Sykepleiehistorie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Mathisen, J. (2008). Hva er sykepleie? I T. E. Mekki, *Sykepleieboken 1* (ss. 67-85). Oslo: Akribe.
- Mekki, T. E. (2008). Sykepleie som fag og yrke. I T. E. Mekki, *Sykepleieboken 1* (ss. 59-66). Oslo: Akribe AS.
- *Moesmand, A., & Kjøllesdal, A. (2011). *Å være akutt kritisk syk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert*. Oslo: Akribe.
- *Reitan, A. (2010). Kreftsykepleie. I A. Reitan, & T. K. Schjølberg, *Kreftsykepleie* (ss. 21-32). Oslo: Akribe AS., Antall sider=11
- *Reitan, A. M. (2010). Kommunikasjon. I T. K. Schjølberg, & A. M. Reitan, *Kreftsykepleie* (ss. 102-120). Oslo: Akribe AS., Antall sider=18
- *Reitan, A. M., & Schjølberg, T. K. (2010). *Kreftsykepleie*. Oslo: Akribe.
- *Schjødt, B., Haugen, D. F., Straume, M., & Værholm, R. (2011). Familien. I S. Kaasa, *Palliasjon* (ss. 89- 114). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS., Antall sider=25
- Schjølberg, T. K. (2010). Sykepleie til pasienter med kreft. I U. Knutstad, *Sykepleieboken 3* (ss. 81-129). Oslo: Akribe AS.
- Segesten, K. (2010). Trygghet og utrygghet ved uklar og/eller alvorlig sykdom. I U. Knutstad, *Sentrale begreper i klinisk sykepleie, Sykepleieboken 2* (ss. 125-135). Oslo: Akribi.
- *Skorpen, G. (2012, 2). *Hva er en lindrende behandling?* Hentet Februar 14, 2013 fra Sykepleien:
<http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/873959/Hva%20er%20lindrende%20behandling.pdf>, Antall sider=5
- Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Norske forlag AS.
- *Steindal, S. A., & Sørbye, L. W. (2010, 5(2)138-145). *Sykepleien.no*. Hentet Februar 12, 2013 fra Er sykehjemmet et verdig sted å dø?:
<http://www.sykepleien.no/ikbViewer/forskning/forskningsartikkel/396250/er-sykehjemmet-et-verdig-sted-a-do?> ,Antall sider=7
- *Sæteren, B. (2010). Omsorg for døende pasienter. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg, *Kreftsykepleie* (ss. 235-255). Oslo: Akribe AS., Antall sider=20
- *Thorsen, R. (2005). Trygghet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie bind 3* (ss. 13-38). Oslo: Gyldendal Akademisk., Antall sider=25

*Valand, E., & Fodstad, G. (2007). Generell onkologisk sykepleie, kap 12. I H. Almås, *Klinisk sykepleie, bind 1* (ss. 247- 270). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS., Antall sider=23

WHO. (2013). *World Health Organization*. Hentet Februar 13, 2013 fra Defination of an older or elderly person:

<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html#>, Antall sider=2

*Wille, I.-L., & Nyrønning, S. (2012, nr.3). *Omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem*. Hentet 02 27, 2013 fra Sykepleien:

<http://www.sykepleien.no/Content/1011993/Geriatrisk%20hel.pdf> , Antall sider=7

*Antall selvvalgt litteratur er 1022 sider.