

Kandidatnummer 1537 og 1538

BSYBAC-6 23H

Bacheloroppgave i Sykepleie

Sykepleier sin rolle ved livets siste dager på sykehjem



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 01.01.2024

Vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn: Livets siste dager er den tiden pasienten har fra dødsbudskapet mottas, til vedkomne er død. Sykepleiere på sykehjemmet står da overfor mange ulike utfordringer, samtidig som de har en viktig rolle for å bidra til en verdig død. Forekomsten av dødsfall på sykehjem øker i takt med økt levealder og bedre helsetilbud, og dermed fremtrer nye utfordringer for pasienten, pårørende og de ansatte. I praksis, på jobb og i løpet av studietiden har vi både opplevd og lest at flere sykepleiere føler seg utrygg i arbeid med pasienter i livets siste dager. Dette har ført til at pasienter ikke har fått hjelpen de har krav på i noen tilfeller.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å belyse sykepleierens funksjon, ansvar og utfordringer ved livets siste dager på sykehjem.

Metode: Vi brukte tre kvalitative forskninger og en kvantitativ forskning i en litteraturbasert studie for å svare på problemstillingen vår. De kvalitative forskningene bygger på:

- Tre fokusgrupper ved hjelp av intervju av 12 sykepleiere som hadde en gjennomsnittlig erfaring på tolv år
- Seks intervju av sykepleiere ved tre avdelinger på tre forskjellige sykehjem (palliativ- korttids- langtidsavdeling)
- Intervju av 11 sykepleiere som tok i bruk Liverpool Care Pathway (LCP) på sykehjem

De kvalitative forskningsrapportene ga en god analyse av erfaringer, meninger, opplevelser og utfordringer sykepleierne sto ovenfor ved utførelse av yrket. Den kvantitative forskningen kombinerte en deskriptiv analyse ved bruk av fokusgrupper for å fange opp tanker og refleksjoner. Begge metodene svarte godt på problemstillingen.

Resultat: Resultatene viser at det er utfordrende å ta vare på pasienter i livets siste dager på sykehjem, noe som skyldes ressursmangel og fagdekning. Tilstedeværelse og observasjon er viktig for å oppnå kvaliteten i pleie, omsorg og behandling både for pasient og pårørende. Kartleggingsverktøy er et godt hjelpemiddel til å fremme en verdig død i livets siste dager. Sykepleierne skal være dyktige klinikere, utøve lederskap og ha ansvar for pleie for å sikre kvaliteten.

Nøkkelord: Omsorg, livets slutt, sykepleier, sykehjem, terminalpleie, livet siste dager og palliasjon.

Innhold

1.0 INNLEDNING	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Problemformulering	5
1.3 Hensikt med oppgaven	5
2.0 TEORIDEL	6
2.1 Hva er livets siste dager.....	6
2.1.1 Forekomst.....	6
2.1.2 Symptomer og kjennetegn ved livets siste dager	6
2.1.3 Viktighet av tidlig oppdagelse	6
2.1.4 Observasjoner og faglig vurdering	7
2.2 Kartleggingsverktøy	7
2.2.1 ESAS	7
2.2.2 MOBID-2.....	7
2.2.3 «Advance care planning» (ACP).....	8
2.2.4 Tiltaksplan og behandlingsplan ved livets siste dager	8
2.3 Yrkesetiske retningslinjer.....	8
2.3.1 Yrkesetiske retningslinjer for palliasjon.....	9
2.4 Omsorgsteori	9
2.4.1 Kari Martinsen	9
2.4.2 Cicely Saunders	10
2.4.3 Knud Ejler Løgstrup.....	10
3.0 METODE	10
3.1 Valg av metode.....	10
3.2 Litteratursøk	11
3.3 Inklusjons og eksklusjonskriterier	11
3.4 Analyse.....	12
4.0 RESULTATER	13
4.1 Sykepleieres kunnskap og ferdigheter.....	14
4.1.1 Pleie, omsorg og behandling	14
4.1.2 Pårørendeomsorg.....	15
4.1.3 Retningslinjer for palliasjon.....	15
4.2 Observasjon.....	16
4.2.1 Kartleggingsverktøy	16
4.3 Erfaring ved livets slutt	17
4.3.1 Sykepleieres ansvar og funksjon.....	17

Kandidatnummer 1537 og 1538

4.3.2	<i>Sykepleieres utfordring</i>	18
5.0	DISKUSJON	19
5.1	Metodediskusjon	19
5.2	Resultatdiskusjon.....	20
5.2.1	<i>Sykepleieres kunnskap og ferdigheter</i>	20
5.2.2	<i>Observasjon og kartleggingsverktøy</i>	21
5.2.3	<i>Sykepleieres ansvar og funksjon</i>	23
5.2.4	<i>Sykepleieres utfordringer</i>	24
6.0	ANVENDELSE I PRAKSIS	26
	LITTERATUR	27
	Vedlegg 1 ESAS skjema	30
	Vedlegg 2 MORBID-2 skjema	31
	Vedlegg 3 Livet siste dager eksempeleutgave	32
	Vedlegg 4 SØKELOGG	40

Antall ord: 7640

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tema for oppgaven ble valgt på bakgrunn av at vi på jobb og i praksis har opplevd flere situasjoner som kan beskrives som både positiv og negativ opplevelse for pasient, pårørende og de ansatte. Å undersøke sykepleiers rolle i livets siste dager kan gi oss konkrete eksempler på hvilken funksjon og ansvar en sykepleier har, men også hvilke utfordringer som kan oppstå. Det er hensiktsmessig lærdom da vi som 3.års studenter snart skal inn i denne rollen. Oppgaven hjelper oss med å være forberedt på de utfordringer som vi vet vil komme og dermed kan vi utføre jobben i forhold til yrkesetiske retningslinjer. Vi har opplevd kontrasten mellom dødsfall der pasienten gikk bort i henhold til best praksis og med takknemlige pårørende, mot et dødsfall som ikke gikk helt etter planen og der pårørende uttrykte misnøye.

1.2 Problemformulering

Livets siste dager skjer når levetid er betydelig begrenset, ofte definert som uker eller dager (Norsk Palliativ Forening, 2023). Palliativ omsorg har som mål å gi aktiv behandling, pleie og omsorg rettet mot både pasient og deres pårørende (Ranhoff, 2020, s. 539). Problemstillingen vår er aktuell på grunn av økende antall mennesker som dør på sykehjem med komplekse sykdomsbilder, noe som gir sykepleierne mange ulike utfordringer (Ranhoff, 2020, s.273). Tidlig oppdagelse av en døende pasient er viktig for å sikre en verdig død. Sykepleier trenger kunnskap for å tilpasse behandling og omsorg i livets siste fase (Helsedirektoratet, 2018). Ved å finne ut hva sykepleierens funksjon og ansvar innebærer i livets siste dager på sykehjem, kan vi få et godt helhetsbilde av hvilke utfordringer som kan oppstå. På jobb og under praksis har vi opplevd at arbeid med livets siste dager kan være utfordrende for sykepleier. Vår opplevelse er at disse utfordringene og generell manglende erfaring, gjør det vanskelig å utføre jobben i henhold til de yrkesetiske retningslinjer.

1.3 Hensikt med oppgaven

Hensikt med oppgaven er å belyse sykepleierens funksjon, ansvar og utfordringer ved livets siste dager på sykehjem.

2.0 TEORIDEL

2.1 Hva er livets siste dager

Livets siste dager kan defineres som: «Når det er overveiende sannsynlig at gjenværende levetid er betydelig begrenset, ofte definert som uker eller dager» (Norsk Palliativ Forening, 2023).

Palliativ fase handler om å gi den døende pasienten og dens pårørende en verdig avslutning på livet, noe som også inkluderer pleie, omsorg og behandling. Symptomlindring og optimalisering av livskvalitet er hovedmålet i livets siste dager (Ranhoff, 2020, s.539-540).

2.1.1 Forekomst

Den norske befolkning blir stadig eldre, samtidig som et stadig bedre helsetilbud gjør oss eldre. Statistisk sentralbyrå viser til at av de 37000 personene i alderen 60 år og eldre som i 2019 døde i Norge, var det i underkant av 20% som ikke fikk helsetjenester på sykehjem eller hjemmetjeneste. 44% var pasienter på sykehjem (Statistisk sentralbyrå, 2020).

Forekomsten av dødsfall på sykehjem øker, og kompleksiteten av sykdomsbildet på denne pasientgruppen har gitt sykepleiere mange ulike utfordringer som må løses. Tilpasset omsorg av fysisk, psykisk og åndelig karakter er en del av pleien. En sykepleier må forholde seg til to prinsipielt ulike prosesser innen død på et sykehjem; naturlig død grunnet alder eller død grunnet sykdom. Skrantende helse og høy alder innebærer ofte at de eldre blir sengeliggende, slutter å spise, drikke og lignende. Noen pasienter sovner rolig og fredfullt inn, mens andre opplever en død med komplikasjoner (Ranhoff, 2020, s.273).

2.1.2 Symptomer og kjennetegn ved livets siste dager

Ifølge Helsedirektoratet er følgende symptomer og tegn fremtredende nær døden:

Søvnbehovet øker, økende behov for sengeleie, bevisstheten sløres, mindre inntak av næring og drikke. Videre beskrives følgende symptomer og tegn på at pasienten er døende som: endring i hudfarge, endring i respirasjon, endringer i sirkulasjon og at pasienten ikke er kontaktbar (Helsedirektoratet, 2018).

2.1.3 Viktighet av tidlig oppdagelse

For å kunne sikre en verdig død, er det viktig å oppdage at en pasient er døende i en så tidlig fase som mulig. Det er derfor en forutsetning at helsepersonell har kunnskap om pasientens sykdomshistorie og gjenkjenner mulige vendepunkter i sykdomsforløpet. Med verdig død menes å gi tilpasset behandling og omsorg i livets slutfase. (Helsedirektoratet, 2018).

2.1.4 Observasjoner og faglig vurdering

Observasjoner foretas på bakgrunn av klinisk erfaring, sansing og teoretisk kunnskap. Observasjoner danner grunnlag for videre datainnsamling og klinisk vurderinger (Stubberud et al., 2016, s. 24). Florence Nightingale, en pioner innen moderne sykepleie hevder i sin teori at observasjonskompetanse er den viktigste praktiske kunnskap som kan gis til sykepleie (Karoliussen, 2011, side 146). I sitt forskningsarbeid sier Nightingale at observasjoner er en essensiell del av sykepleieutøvelse, og at god observasjon er avgjørende for at pasienten får den nødvendige behandlingen og pleie (Karoliussen, 2011, side 33-24).

For å konkludere at en pasient har gått inn i en ny fase av livet og skal bli sett på som dødende, må både lege og sykepleier ha samme tverrfaglige vurdering. Det er viktig å innhente informasjon fra forskjellige kilder før konklusjon, slik som pårørende, andre i pleieapparatet og hvis mulig, pasienten. Man skal altså ikke konkludere med at pasienten er dødende før den samlede vurderingen tilsier dette (Helsedirektoratet, 2018).

2.2 Kartleggingsverktøy

Kartleggingsverktøy er et godt hjelpemiddel for å identifisere symptombelastning og endringer ved bruk av en skala. I tillegg til å registrere tilstedeværende symptomer, vil registrering over tid kunne vise tiltakseffekt på iverksatte lindringstiltak. Kontinuerlig registrering av symptombelastning over tid er en fordel, da dette gir en referanseramme å vurdere ut fra (Ranhoff, 2020, s. 542).

2.2.1 ESAS

For å få en oversikt over symptomer som smerte, døsighet tung pust, kvalme og forstoppelse, er «Edmonton Symptom Assessment System» (ESAS) et nyttig kartleggingskjema.

Registrering kan gjøres av pasienten, pårørende eller helse personell» (Ranhoff, 2020, s.542).

2.2.2 MOBID-2

Kartleggingsverktøyet som norsk helsevesen benytter i dag for å avdekke smerte er MOBID-2 (Mobilisation-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia). Verktøyet avdekker smerte nivå og lokasjon ved å gjennomføre fem øvelser. Første del tar for seg smerter i muskel, skjelett og ledd og tas gjerne under morgenstellet. Andre del tar for seg smerter i hud, hode og indre organer. Dette utføres ved hjelp av observasjoner gjort i løpet av vekten og en uke tilbake i tid. Dette er det eneste verktøyet i bruk i dag som systematisk går over hele kroppen, for å kartlegge lokalisasjon og intensitet (Aldring og helse Nasjonalt senter, u.å.).

2.2.3 «Advance care planning» (ACP)

Advance Care Planning (ACP) som på norsk kalles forberedende samtale, er anerkjent internasjonalt som en effektiv strategi for å bedre omsorg ved livets slutt. Samtalen skal tas mellom pasient, pårørende og helsepersonell (Groeneboom, 2016).

Forberedende samtale (ACP) skal gjennomføres før pasienten er for redusert til å delta. Samtalen skal gi felles forståelse og trygghet, være informerende og bidra til fordeling av roller og ansvar. Det er legens ansvar å gjennomføre samtalen, men andre kan utføre denne etter gitt opplæring (Husebø, 2021).

2.2.4 Tiltaksplan og behandlingsplan ved livets siste dager

Tiltaksplan/behandlingsplan for en pasients i livets siste fase kalles «Livets siste dager», tidligere kalt Liverpool Care Pathway (LCP). Tiltaksplanens hensikt er å hjelpe helsepersonell med å ivareta dødende pasienter og deres pårørende. Tidsrommet for planen er de siste dager/timer der pasienten er oppfattet som dødende, til de første timene etter dødsfallet (Helsebiblioteket, 2020).

Tiltaksplanen skal kun brukes på dødende pasienter, der alle reversible årsaker er vurdert og behandlingsteam, bestående av minimum lege og sykepleier, er enig i at pasienten er dødende. Videre bruk av plan skal fortløpende vurderes og alltid revurderes dersom faktorer som bedret helsetilstand, tvil/uenighet/bekymring oppstår eller planen er brukt over tre døgn (Helse Bergen HF, 2016).

Livets siste dager inneholder mål for å ivareta fysiske, psykiske, åndelige/eksistensielle og sosiale behov hos pasient og pårørende. Bruk av Livets siste dager forutsetter kommunikasjon med pasienten og deres pårørende for å kartlegge behov og ønsker, samt informere om at pasienten er døende. Planen inneholder overordnet plan for behandling, fortløpende observasjoner og ivaretagelse av etterlatte og personalet. Dette er del av en prosess som bør være startet med en forberedende samtale med ansvarlig lege på et tidligere tidspunkt i sykdomsutviklingen (Helse Bergen HF, 2016).

2.3 Yrkesetiske retningslinjer

Yrkesetiske retningslinjer er et rammeverk for sykepleiere med formål om å sikre etisk sykepleiepraksis og beslutningstaking. Retningslinjene skal hjelpe alle sykepleiere til å

Kandidatnummer 1537 og 1538

overholde faglige normer fastsatt av lover, forskrifter, veiledere og ulike tilsynsorganer. Etisk veiledning om roller, plikter, ansvar, atferd, faglig skjønn og forhold til andre mennesker finnes i retningslinjene (Norsk sykepleierforbund, 2023).

Yrkesetiske retningslinjer i Norsk sykepleierforbund sier:

- Sykepleierens primære ansvarsområde er rettet mot mennesker som har behov for sykepleie og helsetjenester
- Sykepleieren bidrar til utforming og gjennomføring av faglig forsvarlig og omsorgsfull sykepleie
- Sykepleieren skal ta ansvar for å definere og iverksette evidensbasert, akseptable standarder for klinisk sykepleiepraksis, ledelse, forskning og utdanning
- Sykepleiere er i et internasjonalt felleskap og utgjør om lag 50% av helsepersonell globalt

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv, iboende verdighet og retten til å ta egne valg. Sykepleie bygger på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (Norsk sykepleierforbund, 2023).

2.3.1 Yrkesetiske retningslinjer for palliasjon

Helsedirektoratet skriver at faglige råd skal bistå ansatte i helse- og omsorgstjenestene for å:

- Gjenkjenne når pasienten nærmer seg livets slutt, om tilstanden stabiliserer seg eller om pasienten er døende
- Ivaretar kommunikasjon og pasient medvirkning
- Gjøre vurderinger innen ernæring og væskebehandling
- Gi omsorg og lindrende behandling som er forsvarlig og kunnskapsbasert
- Involvering av og støtte til pårørende

Disse nasjonale faglige rådene omhandler lindrende behandling i livets slutfase til personer over 18 år, uavhengig av diagnose (Helsedirektoratet, 2018).

2.4 Omsorgsteori

2.4.1 Kari Martinsen

Kari Martinsen født i 1943 i Norge og har bidratt til teoriutviklingen i sykepleievitenskapen med sin omsorgsteori på 1980-tallet. Kari Martinsen vektlegger i sin tilnærming at omsorg handler om relasjonen mellom to mennesker. Denne relasjonen bygger på

felleskap, solidaritet og gjensidighet uten at det foreligger forventninger om gjenytelser. Omsorgen viser seg gjennom praktisk handling og må bygge på en bevisst holdningsmessig begrunnelse (Kirkevold, 2020).

2.4.2 *Cicely Saunders*

Cicely Saunders født i 1918 i England, regnes for å være den moderne palliative pleiens grunnlegger og pioner. Saunders lansert «total pain», og tilnærmet seg omsorg for døende på en helt ny måte. Hennes ideer omhandlet at smertelindring hos døende pasienter er mer omfattende enn bare den fysiske smerten (Sykepleien, 2016).

2.4.3 *Knud Ejler Løgstrup*

Knud Ejler Løgstrup var en dansk teolog og religionsfilosofi, professor i etikk ved Aarhus Universitet fra 1943 til 1976 (Svendsen & Elstad, 2023). Løgstrup beskriver i sin omsorgsteori at: «Når mennesker bli møtt med tillit, legger han mer eller mindre sitt liv i den andres hender» (Hansen, 2018, s. 22).

3.0 METODE

3.1 Valg av metode

Metoden er redskapet man benytter mot det man skal undersøke. Metoden hjelper med å samle inn den informasjon man søker til undersøkelsen (Dalland, 2020, s. 54). Metoden forteller om fremgangsmåten for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2020, s. 53). Vi har valgt litterær oppgave som metode i denne bacheloroppgaven. Vi har basert oss på fire vitenskapelige forskningsartikler, og i tillegg trekker vi inn relevant litteratur og egen erfaring i oppgaven. Litterær oppgave er basert på kvantitative og/eller kvalitative metoder. Vi har valgt artikler som inneholder begge metodene. Kvantitativ metode har den fordel at de gir data i form av målbare enheter, mens kvalitativ metode tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke la seg tallfeste eller måle (Dalland, 2020, s. 54).

Ifølge den svenske sykepleieforskeren Friberg, følger litteraturbaserte studier en strukturert arbeidsflyt. Friberg har utarbeidet en systematisk tankemodell som beskrives som en spiralbevegelse som omfatter ulike faser. Spiralbevegelsen er en tankeprosess hvor en fase må fullføres før en ny kan finne sted. Tankeprosessene fører til at det stadig dannes nye tanker, selv etter at en oppgave er ferdigskrevet. Tankeprosessen blir dermed en kunnskapsprosess da den inspirerer til videre utforskning av spørsmål knyttet til det leste arbeidet (Friberg, 2022, s.

41). Modellen hjalp oss videre til å identifisere mulige forslag for å kunne gi kontinuerlig forbedring i pleie av døende pasienter. Vi har tatt i bruk modellen i vår metodiske tilnærming i oppgaven, gjennom at vi i datainnsamlingen har sett på ulike artikler som omhandler sykepleierens rolle ved livets siste dager på sykehjem, og sammenlignet dataen for å komme fram til ny kunnskap om temaet.

3.2 Litteratursøk

Vi brukte følgende databaser for å finne artikler: Idunn, Oria og Cinahl. Disse databasene er tilgjengelig på UiS biblioteket sin nettside og har en del forskning som hjelper oss å finne relevant kunnskap og resultater i helseområde. Vi brukte systematiske søkeord for å finne relevante artikler relatert til livets siste dager. Vi brukte søkeordene «livets siste dager», «omsorg», «sykehjem», «sykepleier», «terminalpleie», «palliasjon», «smerter», «livets slutt».

3.3 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Vi valgte artikler som omhandlet pasienter ved livets siste dager på sykehjem. Dette gjorde vi for å begrense oss til kommunehelsetjenesten og ikke involvere arenaer fra spesialisthelsetjenesten. Artikkene vi valgte var alle skrevet ut ifra et sykepleiefaglig perspektiv. Ingen av artikkene var eldre enn 10 år og alle var fagfellevurdert.

I søkeprosessen valgte vi å avgrense til forskning som ble utført i Norge, på grunn av at organisering av helsevesen i andre land kan i stor grad avvike fra det Norske helsevesenet. Oppgaven sin hensikt var bakgrunnen ved søk på artikler. Kriteriene vi brukte vises i tabellen under.

Tabell 1 – Oversikt over inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Døende pasienter på sykehjem	Pasienter på sykehus
Fagfellevurderte artikler	
Artikler utgitt de siste 10 årene	Artikler eldre enn 2013
Litteratur som er relevant til problemstillingen	Litteratur som er irrelevant i forhold til problemstillingen
Studier som er relevant for sykehjem (kommunehelsetjenesten)	Spesialisthelsetjenesten
Livets siste dager	

3.4 Analyse

Friberg (2022, s.176) beskriver sin analysemodell som en bevegelse fra helheten til delene, og derfra til en ny helhet. Vi benyttet Friberg analysen ved å identifisere sammenfallende funn fra valgte artikler, for på den måten å konkludere funnene som anerkjente for formålet. Den nye helheten skapes gjennom den beskrivende sammenslåingen av støttende nøkkelfunn, med andre ord de såkalte resultatene (Friberg, 2022, s.176). Vi startet analyseprosessen med å identifisere resultatene til artiklene vi hadde valgt ut. Dette gjorde vi for å se etter sammenfallende funn og om temaene som ble belyst var sammenlignbare. Resultatene fra de ulike artiklene ble lagt inn i en tabell for å gjøre det oversiktlig. Vi kom frem til fire hovedkategorier med forskjellige underkategorier. Resultatene vi kategoriserte som relevant, ble så benyttet i resultatdiskusjonen for å konkludere hvordan dette kan brukes i praksis.

Tabell 2 - Litteratormatrise

Forfatter Årstall Tidsskrift Land	Artikkel- tittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/ pasient/ pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
Svendsen, S. J.; Landmark, B. T.; Grov, E. K. 2017 Sykepleien forskning Norge	Døende pasienter i sykehjem: sykepleiere gjør "mer av alt" og er "alene om alt"	Beskrive sykepleiernes erfaringer med døende pasienter i sykehjem	Sykepleier	Kvalitativ innholds-analyse som metodisk tilnærming	Tre fokusgruppe-intervjuer med til sammen tolv sykepleiere fra tre kommuner. De hadde gjennomsnittlig tolv års erfaring som sykepleiere, med en variasjon fra to til 31 år. Seks av sykepleierne hadde videreutdanning.	Sykepleierne erfarer at kompleksiteten i pleie, omsorg og behandling av døende pasienter i sykehjem fordrer mer av alt, noe som innebærer betydelig kunnskap, ferdigheter og holdninger for å møte den døendes behov for lindrende behandling, pleie og omsorg.
Hansen, M. I. T. 2018 Geriatrisk sykepleie Norge	Omsorg under press - i sykehjemspasienters siste livsfase	Studiens hensikt var å få en bedre forståelse av sykepleiernes erfaringer med den siste fasen i pasientens liv på sykehjem.	Sykepleier	Fenomenologisk tilnærming hvor det ble brukt kvalitative individuelle intervjuer	Det ble gjennomført seks intervjuer med sykepleiere ved tre avdelinger i to store og ett mindre sykehjem i en norsk bykommune. En av avdelingene var en palliativ enhet, de to andre en korttids- og en langtidsavdeling. To av sykehjemmene hadde over 100 beboere og det tredje cirka 30 beboere. Sykehjem med og uten døgnkontinuerlig legetjeneste ble inkludert.	Resultatene beskriver informantenes erfaringer og utfordringer med å utøve omsorg til døende pasienter og deres pårørende.

Kandidatnummer 1537 og 1538

Forfatter Årstall Tidsskrift Land	Artikkel- tittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/ pasient/ pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
Sørbye, L. W.; Vibe, O, E. 2020 Geriatrisk sykepleie Norge	I livets siste dager – forbli i sykehjem eller overføres til sykehus?	Hensikten med denne studien var å vurdere om overflytting til sykehus kunne vært unngått.	Sykepleier	Studien har benyttet longitudinell kvantitative metode kombinert med en deskriptiv analyse, i tillegg ble brukt fokus-grupper for å fange opp tanker og refleksjoner.	Analyse av sykepleiedokumentasjon fra beboers siste levedager.	Utfordring å gi omsorg til døende pasienter på sykehjem. Behov til kvalifisert medisinkompetanse helsepersonell kommer til sykehjem.
Brattgjerd, M.; Olsen, R. M. 2016 Omsorgs-forskning Norge	Omsorg ved livets slutt – En kvalitativ studie av sykepleieres erfaringer med bruk av Liverpool Care Pathway i sykehjem	Hensikten med denne studien var å utforske hvilke erfaringer sykepleierne har med bruk av LPC i omsorgen for døende pasienter i sykehjem.	Sykepleier	Kvalitativ design med fenomenologisk tilnærming.	Det ble gjennomført intervju med elleve sykepleiere ansatt ved sykehjem	Sykepleiernes erfaringer med LCP kan sammenfattes i to hovedtema: «LCP bidrar til god omsorg ved livets slutt» og «utfordringer knyttet til bruken av LCP»

4.0 RESULTATER

Resultater kan være sammensatt av hva som ble funnet hos forskere, i litteraturen og eget innsamlet materiale (Dalland, 2020, s. 246). I analysen av artiklene kom vi frem til fire hovedkategorier med flere underkategorier, som var relevant for problemstillingen i denne oppgaven. Disse presenteres i tabell 3.

Tabell 3. Oversikt over hovedkategorier og underkategorier

Hovedkategori:	Underkategori:
Sykepleieres kunnskap og ferdigheter	Pleie, omsorg og behandling Pårørendeomsorg Retningslinjer for palliasjon
Observasjon	Kartleggingsverktøy
Erfaring ved livets slutt	Sykepleieres ansvar og funksjon Sykepleieres utfordring

4.1 Sykepleieres kunnskap og ferdigheter

Artiklene vi bruker i denne bacheloroppgaven, viser at sykepleiere må ha nødvendig kunnskap og ferdighet for å kunne ivareta pasienter og deres pårørende i livets siste dager innenfor de yrkesetiske retningslinjer.

4.1.1 *Pleie, omsorg og behandling*

I den norske studien til Svendsen et al. (2017, Sammendrag) kommer det frem at kompleksiteten i pleie, omsorg og behandling av døende pasienter i sykehjem krever «mer av alt», noe som innebærer at sykepleierne må ha vesentlig kunnskap, nødvendige ferdigheter og holdninger for å imøtekomme pasientens behov for lindrende behandling, pleie og omsorg. Sykepleierne vurderte det som en forutsetning å være til stede hos den døende pasienten for å kunne gi helhetlig pleie og behandling (Svendsen et al., 2017, Å ivareta den døende pasienten i sykehjem). Kompetanse var en forutsetning i den hensikt at sykepleierne skulle føle seg trygge i egen rolle, både når det gjaldt pasientens behov, ivareta den koordinerende funksjon og samhandle med andre yrkesgrupper (Svendsen et al., 2017, Roller og ansvar i arbeidet med døende pasienter i sykehjem).

Sykepleierne i studien til Hansen (2018, s. 22) viser respekt for den enkelte pasient gjennom sine holdninger, også når de ikke lengre får kontakt med vedkomne. De mener det er viktig å behandle pasienten på samme måte uavhengig om de er ved bevissthet eller ikke. Knappe ressurser å forholde seg til i hverdagen går ut over omsorgen. Sykepleierne føler seg skviset mellom å ivareta pasientens behov for verdighet og selvbestemmelse, og å ta vare på pårørende og de andre pasientene som trenger omsorg og behandling (Hansen, 2018, s. 22).

Liverpool Care Pathway er et verktøy som skal sikre kvalitet i arbeidet med pleie og omsorg ved livets slutt (Brattgjerd & Olsen, 2016, s. 189). Studien har avdekket at etter oppstart med LCP har den åndelige/eksistensielle dimensjonen kommet mer inn i omsorgen (Brattgjerd & Olsen, 2016, s. 194). En av informantene i studien forteller at etter innføringen av LCP, har synet på pleien og omsorgen endret seg på den måten at målet ikke lenger er å legge flest mulig dager til pasientens liv, men isteden sikre at pasienten har det så godt som mulig de dagene som er igjen (Brattgjerd & Olsen, 2016, s. 195). Sykepleierne opplever at LCP bidrar til verdig og forsvarlig omsorg for den døende. LCP-skjemaet sikrer kontinuitet i pleien da den er en påminnelse over gjøremål. Sykepleierne kan observere og være i forkant med lindrende behandling på grunn av at tiltaksplanen gir et helhetssyn på pasienten (Brattgjerd & Olsen, 2016, s. 199).

4.1.2 *Pårørendeomsorg*

I studien til Svendsen et al. (2017, Å ivareta og involvere pårørende) kommer det frem at sykepleierne ser hvor viktig det er å inkludere pårørende i avklaringer og planlegging før pasienten er døende. Sykepleierne mener at slik involvering krever målrettet informasjon som ofte må gjentas. Flere har erfart at pårørende ønsker å være til hjelp og gjøre noe mer enn å bare være tilgjengelig. Noen setter pris på tett oppfølging og tilstedeværelse av sykepleier, mens andre trives best alene med pasienten med tilsyn av og til. Sykepleierne erfarte at deres tilgjengelighet påvirket tryggheten til pårørende (Svendsen et al., 2017, Å ivareta og involvere pårørende). Realiteten om at sykehjemmet ofte er pasientens siste permanente adresse blir tydeliggjort i studien til Sørbye & Vibe (2020, s. 36). Flere pårørende ønsker til tross for dette sykehusinnleggelse når pasientens tilstand forverres. Overflytning til sykehus kan være traumatisk (Sørbye & Vibe, 2020, s. 36).

Flere av sykepleierne i artikkelen til Hansen (2018, s. 21) ga også uttrykk for at omsorg for pårørende er en viktig del av sykepleien mot livets slutt. Trøst, informasjon og medbestemmelse var punkter som ble trukket frem. Sykepleierne fremhevet at pårørende nesten alltid ønsket å prate med sykehjemslegen for å avklare om pasienten bør legges inn på sykehus eller ikke ved forverring i sykdomstilstanden (Hansen, 2018, s. 21). Brattgjerd & Olsen (2016, s. 191) avdekket at pårørende opplever å få bedre oppfølging knyttet til praktiske spørsmål ved institusjoner som benytter seg av LCP. LCP har gjennom flere studier vist seg å fremme kommunikasjonen mellom helsepersonell og pårørende. Brattgjerd & Olsen (2016, s. 195) skriver videre at gjennom samtaler tidlig i forløpet og god informasjonsflyt får pårørende ta del i endringer som finner sted ved pasientens tilstand. Det har en positiv effekt, da pårørende blir mer forberedt på hva som kommer til å skje fremover. Ivaretagelse av pårørende gjør det mulig for sykepleierne å bli bedre kjent med pasientens ønsker. Pårørende er dermed en god ressurs (Brattgjerd & Olsen, 2016, s. 195).

4.1.3 *Retningslinjer for palliasjon*

I henhold til nasjonale retningslinjer, skal sykehjemsavdelinger gi tilbud som ivaretar pasientens behov for grunnleggende lindrende behandling, pleie og omsorg (Svendsen et al., 2017, innledning). Ifølge Hansen (2018, s. 22) sin studie, er viktigheten av prinsippet om å behandle pasienten med respekt nedfelt i sykepleiers yrkesetiske retningslinjer. Hansens studie refererer til Løgstrup og Martinsen, som konkluderer at viktighet av å behandle pasienten med respekt for det enkelt menneskets egenverd kommer fra omsorgsfilosofien der

Kandidatnummer 1537 og 1538

de vektlegger en individuell tilnærming til pasienten og poengterer det relasjonelle møtets betydning:

«Det kan være at når pasienten blir «møtt» som en person reduseres angst og utrygghet» (Hansen, 2018, s.22).

Sykepleiernes yrkesutøvelse vil ved hjelp av omsorgsfilosofien, kombinert med etiske prinsipper og høy faglig standard, føre til god ivaretagelse av pasienten ved livets siste dager (Hansen, 2018, s. 23). Pasientrettigheter har fått et økt fokus internasjonalt og nasjonalt, både innen forskning og lovverk (Hansen, 2018, s.18). I Norge fastslår «lov om pasient- og brukerrettigheter» pasientens rett til å bli informert om egen helsetilstand og har medvirkningsrett i beslutningsprosessen om sin videre behandling, slik at informasjon om pasientens ønsker kommer frem (Hansen, 2018, s.18). For at pasientens autonomi skal bli respektert, trenger helsepersonell å gi pasienten verdighet, samt rett til medbestemmelse og samtykke i sine beskrivelser (Hansen, 2018, s.20). En studieundersøkelse utført i Tyskland, viste at ingen av pasientene som ble overført til sykehuset hadde mottatt behandlingsavklaring. Dette kunne blant annet føre til at pårørende fikk en større beslutningsmyndighet enn det de burde hatt. Dette kan føre til inngrep som strider mot beboerens vilje og beste interesser. Studien belyste viktigheten av behandlingsavklaring (Sørbye & Vibe, 2020, s.42).

Ifølge Brattgjerd & Olsen (2016, s.194) skal pasientens liv preges av verdighet, og at omsorgen skal være etisk forsvarlig. I dette ligger et viktig premiss:

«At overgangen fra kurativ til lindrende behandling skjer tidsnok til at en unngår overbehandling inn i den døende fasen» (Brattgjerd & Olsen, 2016, s.194)

4.2 Observasjon

Tilstedeværelse er en forutsetning for å kunne ivareta pasienten gjennom kliniske observasjoner, vurdering og iverksettelse av nødvendige tiltak, viser studien til Svendsen et al. (2017, Å være til stede). For å følge med på smerte, angst og andre symptomer kan ikke sykepleieren bare være innom en sjelden gang. Resultatene viste at det ikke alltid er like enkelt å vurdere når en pasient er døende, og at sykepleierne sine vurderinger ikke alltid er sammenfallende (Svendsen et al., 2017, Å være til stede).

4.2.1 Kartleggingsverktøy

Ifølge Hansen (2018, s.18) sin studie er det utviklet ulike tiltaksplaner som hjelpemidler i omsorgen. «Liverpool Care Pathway» (LCP) er en internasjonalt anerkjent tiltaksplan som ble

utviklet for å bedre omsorgen ved livets slutt i sykehjem. Hensikten til LCP er at den helhetlige omsorgen som den døende og familien kan bli møtt med på en lindrende enhet eller hospits, blir overført til andre helsetjenester (Hansen, 2018, s.18). Norge tok i bruk LCP fra 2007, men denne ble i mai 2015 erstattet av en videreutviklet norsk versjon «livets siste dager- plan for lindring i livets slutfase». I mai 2018 ble «livets siste dager» tatt i bruk ved 358 norske sykehjem (Hansen, 2018, s.18). For å individualisere pleien konkluderte sykepleierne med at tiltaksplaner for «livets siste dager» kan være nyttige hjelpemidler. Planen gir et rammeverk for en individuell tilnærming til den enkelte pasient og pårørende ut i fra viktige prinsipper for behandling og pleie av døende (Hansen, 2018, s. 22).

Brattgjerd & Olsen (2016, s. 193) viser i sin studie at LCP er godt verktøy som bidrar til at pasienten får en mer forsvarlig pleie og omsorg. Studieresultatene er delt inn i fem positive undertema: «se hele pasienten», «være i forkant», «lindre og ikke overbehandle», «se og involvere pårørende» og «sikre kontinuitet i pleien». Samtidig opplever sykepleiere utfordringer knyttet til bruken av LCP, og disse kan sammenfattes i fire undertemaer: «vanskelig å diagnostisere pasienten som døende», problematisk dokumentasjon», «rigid tiltaksplan krever bruk av kjønn» og «vanskelig å oppnå kontinuitet i samarbeid med lege» (Brattgjerd & Olsen, 2016, s. 193). Resultatene av studien viser at LCP er et forsvarlig redskap som bidrar til å kvalitetssikre den individuelle praksisutøvelsen, selv om samtlige intervjuede opplevde planen som rigid og uklar på enkelt områder. «Forberedende samtaler» eller «advance care planning» (ACP) brukes ved mange norske sykehjem for å avklare pasientens holdning til spørsmål i livets slutfase. Med dette ønskes det å føre pasient, pårørende og personale sammen for å få en felles forståelse av muligheter, mål og verdier og ut fra dette lage en plan for livets slutfase (Hansen, 2018, s.18).

4.3 Erfaring ved livets slutt

Alle de fire artiklene beskriver sykepleiers erfaringer rundt funksjon, ansvar og utfordringer ved å gi omsorg i livet siste dager til pasient og pårørende.

4.3.1 *Sykepleieres ansvar og funksjon*

I studien til Hansen (2018, s.22) påpekte sykepleierne at arbeidshverdagen er travel, og at det må prioriteres mellom ulike arbeidsoppgaver, men at arbeidserfaring hos både sykepleiere og lege allikevel gir en trygghet. Det er legen som har det medisinske ansvaret, men sykepleierne har det øverste ansvaret for å sikre kvalitet i pleien (Hansen. 2018, s. 22). Sykepleiere skal bringe pasientens ønsker videre til legen, derfor må det være et tillitsforhold mellom pasient

og sykepleier (Hansen, 2018, s.21). Det er forventet at sykepleierne skal være dyktige klinikere og utøve lederskap, gi råd og veiledning til pårørende og medarbeidere. I tillegg skal de reflektere over egen praksis i lys av holdninger og verdier (Svendsen et al., 2017, Konklusjon).

Terminalpleie omfatter avklaring og planlegging før pasienten er døende (Svendsen et al., 2017 Å ivareta den døende pasienten i sykehjem). Den døende pasienten i sykehjem har komplekse behov, noe som krever en tett oppfølging fra sykepleier slik som observasjon, vurdering og iverksettelse av ulike lindrende tiltak (Svendsen et al., 2017, Å være til stede). Sykepleiere brukte klinisk skjønn til å tilpasse LCP til den enkelte pasient og at LCP støtter klinisk skjønn under vurdering (Brattgjerd & Olsen, 2016, s. 197). Sykepleiers mål er å gi best mulig symptomlindring, noe som krever at sykepleieren behersker klinisk vurderingskompetanse og kan iverksette tiltak. I tillegg til målsetting med symptomlindring ivaretar sykepleiere pårørendes behov (Hansen, 2018, s.21).

4.3.2 Sykepleieres utfordring

I studien til Svendsen et al. (2017, Resultater) viste det at kompleksiteten i pleie, omsorg og behandling av pasienter i livet siste dager i sykehjem krever «mer av alt» fordi det kreves vesentlig kunnskap, ferdigheter og holdning. Lav bemanning og medarbeidere med manglendefull kompetanse gjør at sykepleierne ofte er «alene om alt» (Svendsen et. al., 2017, Resultater). Det er utfordrende for sykepleierne å gi en forsvarlig og helhetlig tjeneste både på faglig og organisatorisk nivå. Grunnen til dette er kompleks. Manglende faglærte, oppgaver som ikke kan delegeres, organisering og oppgave delegering tar av tiden sykepleier kan bruke på sykepleieroppgaver. (Svendsen et. al., 2017, Utfordrende for sykepleierne å ha overordnet ansvar). Det er utfordrende å gi omsorg til døende på sykehjem da sykepleierne ofte har et stort ansvar og kan oppleve at de ikke strekker til (Sørbye & Vibe 2020, s. 43). Sykepleiernes ønske om å ivareta autonomi hos pasient og pårørende på en omsorgsfull måte er utfordrende, de møter begrensninger i form av tidspress og ressursmangel, mens arbeidserfaring hos sykepleiere og lege kan gi trygghet (Hansen, 2018, s. 22). Sykepleierens ansvar for kvaliteten er utfordrende under tidspress, noe de mente skyldtes ressursmangel. Sykepleierne trekker frem at de har et delegerende ansvar for pasienter i terminalfase, da legen store deler av døgnet ikke er til stede ved institusjonen (Hansen, 2018, s.21).

Ved innleggelse ved sykehjem har pasientene ofte nedsatt almenntilstand, noe som gjør det vanskeligere å oppdage symptomer på andre lidelser. Dette skaper usikkerhet og kan føre til

unødige sykehusinnleggelse og det blir utfordrende å sikre tilstrekkelig medisinsk behandling og pleie. (Sørbye & Vibe, 2020, 2.36). Ifølge studien til Svendsen kan det være en utfordring at sykepleiere uttrykker ulik oppfatning av samme situasjon og at det er utfordrende å være til stede når en pasient er døende (Svendsen et al., 2017. Ærefullt å ivareta døende og pårørende).

«Det ikke alltid er like enkelt å vurdere når pasient er døende, og at sykepleiernes vurdering ikke alltid er sammenfallende» (Svendsen et. al., 2017, Å være til stede: observere, vurdere og handle).

Det å diagnostisere en pasient som døende oppleves vanskelig for sykepleiere i henhold til bruk av LCP, da kriteriene for igangsetting av LCP oppleves uklare. Dokumentasjonen er tungvint og tidskrevende når tiltaksplanen foreligger i papirversjon. Dobbeltføringer gir dårlig oversikt over forløpet (Brattgjerd & Olsen, 2016, s. 196). Det kan være problematisk for sykepleierne når det er vanskelig å få tak i lege, dette gjør at sykepleierne må ta viktige avgjørelse uten kompetent personell å diskutere med (Svendsen et. al., 2017. Mangelfull legedekning gir mer ansvar til sykepleierne). Det er en utfordring å oppnå kontinuitet i samarbeid med lege. Sykepleierne opplevde at legene hadde det travelt og at noen av dem var lite positivt innstilt til bruken av LCP. (Brattgjerd & Olsen, 2016, s. 197).

5.0 DISKUSJON

5.1 Metodediskusjon

De utvalgte studiene ble utført i Norge. Vi ønsket å finne ut hvordan en norsk sykepleier arbeider med døende pasienter i livets siste dager på sykehjem. Alle artiklene er skrevet i et sykepleiefaglig perspektiv. Valg av arena ble sykehjem, da dette er en arbeidsplass hvor sykepleiere ofte møter/ivaretar pasienter i livets siste dager. Det som kan være en svakhet i oppgaven er at alle studiene er norske. Vi tok utgangspunkt i artikler som omhandlet sykepleiere på norske sykehjem. Tanken bak var at helsesektoren i utlandet fungerer på et annet vis enn den i Norge. Dette kan ha ført til færre treff på artikler og dermed mindre informasjon om emnet. Flere av artiklene vi fant var ikke spesifisert mot det ville skrive om. Ved å bruke litteraturbasert metode har vi økt kunnskapen vår om emnet. Vi har lest både forskning og litteratur, som gjør oss i stand til å svare godt på problemstillingen vår.

En av styrkene i oppgaven er at vi tok i bruk flere databaser i søkeprosessen for å finne ulike artikler. I oppgaven brukte vi tre kvalitative artikler og en kvantitativ artikkel som er kombinert med deskriptiv analyse og fokusgruppeintervju. Artiklene ga oss ny kunnskap

innenfor temaet og belyste erfaringene til sykepleierne i møte med pasienter i deres siste levedager. Med hjelp av artiklene har vi fått en bedre forståelse av utfordringer knyttet til sykepleierrollen. Kunnskapene vi har oppnådd i løpet av sykepleierstudiet, i sammen med erfaringene til sykepleierne i artiklene, gjør at vi kan tenke oss til at det som blir formidlet stemmer. Vi synes at valg av tilnærming kan ses på som en styrke for vår oppgave.

Artiklene vi har valgt er fagfellevurdert, skrevet av kvalifiserte forskere, og fulgte en IMRAD-struktur (Introduction, Methods, Results, and Discussion). Deltakerne har gitt samtykke, ettersom opplysningene er anonymisert. Det gir oss trygghet at artiklene er vitenskapelige solide, og at etiske hensyn blir tatt vare på.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Sykepleieres kunnskap og ferdigheter

Sykepleierens rolle er viktig ved ivaretagelse av døende pasienter ved livets siste dager. Yrkesetiske retningslinjer for palliasjon sier at sykepleiere skal gi omsorg og lindrende behandling som er forsvarlig og kunnskapsbasert (Helsedirektoratet, 2018). Sykepleierne i studien til Svendsen et al. (2017, Mer av alt og alene om alt) beskriver arbeidet med døende som faglig, personlig og organisatorisk komplekst, og at kompleksiteten krever kunnskap og erfaring for å gi en forsvarlig og helhetlig tjeneste. «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 4). Uten kunnskap og ferdigheter blir omsorgen begrenset, og det blir vanskeligere å oppnå god pleie og behandling. Å identifisere og lindre smerter krever kunnskap og ferdigheter, og er viktig for å oppnå best mulig livskvalitet.

Smertelindring hos døende pasienter er mer omfattende enn «bare» den fysiske smerten. Dame Cicely Saunders la merke til hvordan pasienter som fikk omsorg rundt åndelige spørsmål, trengte mindre smertestillende medisiner (Sykepleien, 2016). Studien til Brattgjerd & Olsen (2016, s. 194) har avdekket at etter oppstart med LCP, har den åndelige/ekstensielle dimensjonen kommet mer inn i omsorgen. Synet på pleien og omsorgen har endret seg slik at målet ikke lengre er å legge flest mulig dager til pasientens liv, men isteden sikre at pasienten har det så godt som mulig den siste tiden (Brattgjerd & Olsen, 2016, S. 195). Sykepleierne i studien til Hansen (2018, s. 22) synes det er viktig å behandle pasienten på samme måte uavhengig om de er ved bevissthet eller ikke. Dette tyder på at etikken er integrert i praksis.

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelt menneskets liv, iboende verdighet og retten til å ta egne valg (Norsk sykepleierforbund, 2023). Palliativ omsorg er omsorg med et helhetlig perspektiv. Det betyr at sykepleieren skal styrke integriteten og optimalisere livskvaliteten til pasienten. For å oppnå dette kan man ikke begrense omsorgen kun til pasienten, men man også ivareta pårørende (Geriatrisk sykepleie, s. 540).

«I Norge fastslår Lov om pasient- og brukerrettigheter pasientens rett til informasjon om sin helsetilstand og medvirkning i beslutning om videre behandling. Dersom pasienten ikke er i stand til det, skal pårørende bli inkludert i beslutningsprosessen, slik at de kan gi informasjon om hva pasienten selv ville valgt» (Hansen, 2018, s. 18).

Flere av studiene understreker viktigheten av å involvere pårørende. Det kommer frem at jo raskere en klarer å involvere pårørende desto bedre er det for pasienten. Sykepleierne i studien til Svendsen et al. (2017, Å ivareta og involvere pårørende) ønsker å inkludere pårørende i avklaringer og planlegginger før pasienten er døende, da de har erfart at pårørende ønsker å være til hjelp og dermed kan være en god ressurs. En sykepleier i studien til Brattgjerd & Olsen (2016, s. 195) uttrykket at i mange tilfeller kan man kanskje bare forstå pasienten – hva han vil, eller hva han ikke vil – bare når man snakker med pårørende. Dette er spesielt hvis pasienten har demens eller redusert bevissthet. Det er mange positive aspekter ved å inkludere pårørende i sykepleien mot livets slutt. Noe som derimot kom frem både i studien til Hansen (2018) og Sørbye & Vibe (2020), var at flere pårørende ønsket til tross for god behandling på sykehjemmet – innleggelse på sykehus. Usikkerhet hos pårørende, men også hos helsepersonellet virker som årsaken bak dette. Begge studiene påpeker viktigheten av god kommunikasjon og samarbeid med pårørende.

5.2.2 Observasjon og kartleggingsverktøy

Som tidligere beskrev i teori kapittelet, Nightingale viser viktigheten av observasjoner i sykepleieutøvelse. Observasjon er avgjørende for at pasienten får den nødvendige behandlingen og pleien som de trenger. I Svendsen et al. (2017, Å være til stede) sin studie beskrev sykepleierne at de trenger tilstedeværelse for å kunne ivareta pasienten gjennom observasjon og vurdering, og at dette gir grunnlaget til iverksettelse av nødvendige tiltak. Studie viste at det ikke alltid er like enkelt å vurdere når en pasient er døende og at pleieres vurdering ikke alltid er sammenfallende (Svendsen et al., Å være til stede). For å konkludere at en pasient er døende, må minst lege og sykepleier ha samfallende tverrfaglig vurdering (Helsedirektoratet 2018). Det er viktig å innhente informasjon fra forskjellige kilder for å kunne gi en samlet vurdering. Tidlig oppdagelse av at pasienten går inn i livet siste dager, er

Kandidatnummer 1537 og 1538

viktig for å sikre en verdig død (Helsedirektoratet, 2018). Pasienten har krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 4). Å være bevist på sine plikter gjør at sykepleier gjør arbeidsoppgaver i forhold til yrkesretningslinjer ber om assistanse på de oppgaver hun er usikker på eller når det oppstår dilemmaer.

Hansen (2018, s.22) sin studie viste at observasjoner og tilstedeværelse skaper tillit mellom sykepleier og pasient. Lønstrup beskriver i sin omsorgsteori at:

«Når menneske bli møtt med tillit, legger han mer eller mindre sitt liv i den andres hender» (Hansen, 2018, s. 22).

Sykepleiers ansvar for kvaliteten er utfordrende, noe som blant annet skyldtes ressursmangel (Hansen, 2018, s.22). Det er vanskelig å oppnå kontinuitet i samarbeid med leger og derfor oppleves dårlig kontinuitet. Det er umulig å utføre gode observasjoner under tidspress, sykepleier er ofte alene og har ikke det tverrfaglige samarbeidet som kreves for utførelse av en kontinuerlig jobb for pasienter (Brattgjerd & Olsen, 2016, s.197). Ifølge Verdighetsgarantien § 3 (2010), har pasienter krav på faglig forsvarlig oppfølging av leger og annet relevant personell, for å sikre kontinuitet i behandlingen.

LCP er et forsvarlig redskap som bidrar til å kvalitetssikre den individuelle praksisutøvelsen, men kan oppleves som rigid og uklar på enkelte områder. Sykepleierne bruker det kliniske kjønn til å tilpasse LCP til den enkelte pasient (Brattgjerd & Olsen, 2016, s.197). Observasjon er viktig og nødvendig i det kliniske kjønn. Et eksempel på dette er at sykepleier kan finne informasjon fra tonefall, ansiktsuttrykk og kroppsholdning, og tilpasser så den enkeltes behandling ved hjelp av LCP. Sykepleierne erfarte at tiltaksplaner for «livets siste dager» kan være nyttig for å individualisere pleien. Planen gir et rammeverk for en individuell tilnærming for behandling og pleie av den enkelte døende pasient og deres pårørende (Hansen, 2018, s.22). Som tidligere nevnt i teorien bruk av «livets siste dager» forutsettes kommunikasjon med pasienten og de pårørende, slik at deres behov og ønsker blir kartlagt og at de informeres når pasienten er døende. Yrkesetiske retningslinjer for palliasjon beskriver at sykepleie skal gjenkjenne når pasienten nærmer seg livets slutt, om tilstanden stabilisere seg eller om pasienten er døende. Uten observasjon blir det vanskelig for sykepleier å gjenkjenne livets siste dager eller å se en forbedring av tilstanden. Helsedirektorat (2018) sier at symptomer og kjennetegn som vanligvis er fremtredende nær døden vil kunne variere, men at observasjon hjelper sykepleier til å konkludere om pasienten er døende eller ikke. (Helsedirektorat, 2018). Som nevnt i teori er kartleggingsverktøy et godt hjelpemiddel for å identifisere symptombelastning og endring ved bruk av en skala. For å bedre omsorg ved livets siste dager

finnes det kartleggings skjema og samtaler som hjelper pasienten til å få en bedre livskvalitet på slutten av livet. ESAS – MORBID -2 og Advance Care Planning (ACP), bidrar med å gi en oversikt over symptomer, smerter basert på observasjoner og en effektiv strategi for å bedre omsorg ved livets slutt gjennom samtaler. Ifølge Verdighetsgarantien § 2 (2010), har sykepleier plikt til å legge til rette for en eldreomsorg som sikrer et verdig og så langt som mulig meningsfylt liv, i samsvar med sine individuelle behov.

5.2.3 *Sykepleieres ansvar og funksjon*

Ansvar og funksjon for sykepleiere innen palliativ omsorg er: behandling, pleie og omsorg rettet mot både pasienter og dens pårørende. Hovedmålet er symptomlindring og optimalisering av livskvalitet (Ranhoff, 2020, s. 539- 540). Sykepleier forteller at arbeidshverdagen er travel og at det må prioriteres mellom ulike oppgaver. Det er legen som har det medisinske ansvaret, men sykepleier har ansvar for å sikre kvalitet i pleien (Hansen, 2018, s. 22). Sykepleier har plikt til å gi et tjenestetilbud som skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel og sikre at medisinske behov blir ivaretatt (Verdighetsgarantien, 2010, § 3). Sykepleiers jobb er å bringe pasientens ønsker videre til legen, noen som forutsetter at det er et tillitsforhold mellom pasient og sykepleier (Hansen, 2018, s.22). Tillitsforhold er viktig mellom pasient og sykepleier, dette skaper trygghet og godt samarbeid mellom dem. Sykepleierne skal være dyktige klinikere og utøve lederskap, gi råd og veiledning til pårørende og medarbeidere (Svendsen, et al., Konklusjon). LCP støtter klinisk vurdering, så når sykepleiere bruker LCP forsvarlig, forutsettes vurdering, kontinuerlig refleksjon, klinisk tenkning og kliniske ferdigheter (Brattgjerd & Olsen, 2016, s.197). LCP hjelper helsepersonell med å ivareta den døende pasienten og deres pårørende (Helsebiblioteket, 2020). Ifølge yrkesetiske retningslinjer skal sykepleier bidra til gjennomføring av faglig forsvarlig og omsorgsfull sykepleie (Norsk sykepleierforbund, 2023). Døende pasienter i sykehjem trenger tett oppfølging fra sykepleier ved observasjon, vurdering og iverksettelse av ulike lindrende tiltak (Svendsen et al., Å være til stede). For å gi helhetlig pleie og behandling, må sykepleierne være til stede hos den døende pasienten (Svendsen et al., Å ivareta den døende pasienten i sykehjem). Helhetlig pleie og behandling handler om å se pasienten på alle aspekter og gi pasient den hjelpen han trenger både innen fysisk og åndelig omsorg. Cicely Saunders lasert «total pain». Hennes ideer om smertelindring hos døende pasienter er mer omfattende enn bare den fysiske smerten (Sykepleien, 2016).

Kandidatnummer 1537 og 1538

Legg din hånd under min, da blir det ikke tungt, for meg [...] Åndelig, eksistensiell og psykososial lidelser er former for smerter som vanskelig lar seg skille fra tristhet, tap, sorg og fortvilelse.

Sykepleieren trenger mot til å være nærværende og aktiv lyttende. Den eksistensielle smerten er vanskelig å sette ord på (Geriatrisk sykepleie, 2020, s. 541).

Ifølge Martinsen handler omsorg om relasjon mellom to mennesker. Hvis en relasjon mellom to mennesker ikke er bygget på solidaritet og gjensidighet, blir det vanskelig for sykepleier å gi pasienten hjelp som er mer omfattende enn bare den fysiske smerten. Å være bevist på sine holdninger og prinsipper er noe som bidrar til en bedre forståelse for situasjonen og behovet pasienten opplever. Å være til stede for pasienten kan bety mye i den tunge tiden pasienten har. «Livets siste dager» ivaretar fysisk, psykiske, åndelige, eksistensielle og sosiale behov hos pasient og pårørende (Helse Bergen HF, 2016). Sykepleierne konkluderte med at tiltaksplaner for livets siste dager kan være nyttige hjelpemidler for å individualisere pleien (Hansen, 2018, s.22). Individualisering av pleien hjelper sykepleier med å finne hvilke konkrete behov pasienten har. Terminalpleie handler også om avklaringen og planlegningen før pasienten er døende (Svendsen et al., Å ivareta den døende pasienten i sykehjem). Som nevnt i teori er Advance care planning (ACP) forberedende samtale. Dette hjelper pasienten til å motta en effektiv strategi for å bedre omsorgen ved livets slutt.

5.2.4 Sykepleieres utfordringer

Kompleksiteten i pleie, omsorg og behandling av pasienter i livets siste dager i sykehjem, krever mer av alt og sykepleier er alene om alt. Det er en krevende jobb for sykepleier som trenger gode kunnskaper, ferdigheter og holdninger for å ivareta pasienten når bemanningen er for lav og medarbeidere har manglende kompetanse (Svendsen et al., 2017, Resultater). Sykepleiere står ovenfor mange utfordringer i arbeidet med pasienter som ligger på det siste, som for eksempel skrøpelige pasienter, sengeliggende pasienter, pasienter som slutter å spise og drikke (Ranhoff, 2020, s. 273). Disse utfordringene blir det vanskelig å dekke med en lav bemanning og helsepersonell med manglende kompetanse. I de yrkesetiske retningslinjer for palliasjon står det at sykepleier skal gjøre forsvarlig og kunnskapsbaserte vurderinger innen ernæring og væskebehandling, gi omsorg og lindrende behandling samt involvere og støtte pårørende (Helsedirektorater, 2018). Rammefaktorer som bemanning og kompetanse ved sykehjem har stor innvirkning på sykepleiers funksjon og ansvar. Grunnet manglende bemanning og kompetanse er det en utfordring for sykepleiere å gi en forsvarlig og helhetlig tjeneste, der de inkluderer pasienten og deres pårørende (Svendsen et al., 2017, konklusjon). Sykepleiers ansvar for en pasient i terminalfase er utfordrende, der de trekker frem tidspress

Kandidatnummer 1537 og 1538

og at legen store deler av døgnet ikke er til stede ved institusjonen (Hansen, 2018, s.21). Ifølge helse og omsorgsdepartementet § 3. (2020), har pasienter krav på en lindrende behandling, en verdig død og faglig forsvarlig oppfølging av lege og annet relevant personell, som sikrer kontinuitet i behandling.

Det er også utfordrende å sikre pasienten tilstrekkelig med medisinsk behandling og pleie. Pasienten har ofte ved innkomst på sykehjemmet nedsatt almenntilstand, noe som gjør det vanskeligere å oppdage symptomer på andre lidelser. Dette skapet usikkerhet og kan føre til unødig innleggelse på sykehus eller feil behandlinger i siste livets dager (Sørbye & Vibe, 2020, s.36). Sykepleiers utfordringer kan være stor når det gjelder innleggelse på sykehjemmet, mangel av behandlingsavklaring, pårørende sine ønsker og fallskader (Sørbye & Vibe, 2020, s.38).

Utfordringer som mangel av behandlingsavklaring og pårørende ønsker, kunne ha vært unngått hvis Sykehjemmet hadde hatt forberedende samtaler ved bruk av Advance Care Planning (ACP) eller hadde tatt i praksis LCP eller livets siste dager tiltak. I noen tilfeller er det vanskelig å fullføre tiltakene, men disse tiltak er viktige og bør blitt tatt i bruk i de tilfeller de lar seg gjøre. Svendsen et al. (2017, Å være til stede: observere, vurdere og handle) viste at det ikke er enkelt å vurdere om en pasient er døende og at en vurdering ikke alltid er mulig å gjennomføre. Videre forteller Svendsen at det er vanskelig for sykepleier å utføre en riktig og verdig vurdering når pasienten ikke har tilstrekkelig informasjon som kan møte ønsker og forventninger til både pasient og pårørende. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 (1999), har pasientens rett til informasjon. Sykepleier synes det var vanskelig å diagnostisere pasienten som døende ved bruk av LCP, da det kreves tid siden tiltaksplanen foreligger i papirversjon og at det er vanskelighet å få tak i lege. Dette gjør at sykepleier må ta viktig avgjørelse alene uten kompetent personell til stede som de kan diskutere med (Svendsen et al., 2017, Mangelfull legedekning gir mer ansvar å oppnå kontinuitet i samarbeid med lege). Igjen peker dette på manglende kompetanse som nevnt tidligere.

6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS

For god og forsvarlig ivaretagelse av pasienters siste dager på sykehjem, har sykepleier en avgjørende rolle. Studier viser utfordringene en sykepleier har for å ivareta pasienten i henhold til funksjon og ansvar. Sykepleieren har ofte det overordnede ansvaret og må derfor ha nødvendig kunnskap og ferdigheter. Utfordringer som tidspress og manglende kompetanse kan påvirke den faglige forsvarligheten i det som blir utøvet. Av den grunn er det hensiktsmessig å vite hva som kreves for å yte god kvalitet innen pleie, omsorg og behandling. Å være bevist på utfordringer i livets siste dager kan hjelpe sykepleieren til å være i forkant av de problemer som kan oppstå. Utfordringer som tidspress og mangel av personell er noe vi ikke kan påvirke, men ved å være bevist på dette vil en sykepleier være bedre forberedt til å håndtere jobben. Sykepleierne skal være bevist på sin funksjon og ansvar for å yte en forsvarlig yrkesutøvelse og fremme en verdig død.

Følgende forslag kom vi frem til som bidrag til å øke sykepleiers kunnskap og ferdighet innen, funksjon, ansvar og utfordring i livets siste dager:

- Kontinuerlig forbedring av pasientbehandling. Vi mener at sykepleier som går av vakt alltid må inkludere hva pasienten og deres pårørende responderte positivt og negativt til i dagligrapporten, slik at sykepleier som går på vakt får et verktøy til kontinuerlig forbedring i pleien.
- Vi foreslår at avdelingen strukturerer sine rutiner når det gjelder bruk av Kommunal palliativt team (KPT).
- «Livets siste dager» bør implementeres på alle sykehjem slik at døende pasienter og deres pårørende blir ivaretatt fysisk, psykisk, åndelig/eksistensielt og sosialt.
- Sykehjem som ikke har palliativ avdeling utarbeider rutiner til å ivareta døende pasienter med gode eksempler på utfordringer, ansvar og funksjoner. Sykehjem uten palliativ avdeling har uerfarne sykepleiere innen området. Disse sykepleierne trenger et verktøy til å håndtere en situasjon de ikke står i daglig, slik at de er forberedt når situasjonen oppstår.
- Kartleggingsverktøy for livets siste dager skal være tilgjengelig, ikke være kompleks i bruk og være kjent for fremtidige brukere.

Denne bacheloroppgave ble skrevet i henhold til Friberg's systematiske tankemodell, der kontinuerlig forbedring i forhold til dagens praksis var det sentrale i prosessen vår. Forslagene over vil derfor ikke være noe annet enn et tilskudd i det kontinuerlige forbedringsarbeidet.

LITTERATUR

1. Aldring og helse Nasjonalt senter. (u.å.). *Morbid-2*. Hentet 26 november 2023 fra <https://www.aldringoghelse.no/aldring/utviklingshemning/helse-og-sykdom/smerter-og-smartekartlegging/mobid-2/>
2. Brattgjerd, M. & Olsen, R. M. (2016). Omsorg ved livets slutt – En kvalitativ studie av sykepleieres erfaringer med bruk av Liverpool Care Pathway i sykehjem. *Omsorgsforskning*, 189-201. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2016-03-05>
3. Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg). Gyldendal
4. Friberg, F. (Red.). (2022). *Dags for oppsats* (4. utg.). Studentlitteratur.
5. Groeneboom, E. F. (2016). Senter for alders- og sykehjemsmedisin. *ACP på sykehjem-et forsømt forskningstema*, Universitetet i Bergen. <https://www.uib.no/sefas/95500/acp-p%C3%A5-sykehjem-et-fors%C3%B8mt-forskningstema>
6. Hansen, M. I. T. (2018). Omsorg under press – i sykehjemspasienters siste livsfase. *Geriatrisk sykepleie*, (2), 18-23. [Omsorg under press – i sykehjemspasienters siste livsfase \(sykepleien.no\)](https://www.sykepleien.no/omsorg-under-press-i-sykehjemspasienters-siste-livsfase)
7. Helse Bergen , Haukeland universitetssykehus. (2023, 29 august). *Livets siste dager-plan for lindring i livets slutfase*. <https://www.helse-bergen.no/kompetansesenter-i-lindrande-behandling/palliasjon-verktoy-for-helsepersonell/livets-siste-dagar-plan-for-lindring-i-livets-slutfase>
8. Helse Bergen, Kompetansesenter i lindrende behandling, Helseregion Vest. (2015). *Eksempelutgave Livets siste dager, plan for lindring i livets slutfase, til bruk i sykehjem*. https://www.helse-bergen.no/4afe31/siteassets/seksjon/klb/documents/livets-siste-dagar/eksempelutgave_livets-siste-dager_sykehjem.pdf
9. Helse Bergen, Haukeland universitetssykehus (2016). *Kort orientering om Livets siste dager, plan for lindring i livets slutfase*. https://www.helsebergen.no/4a6e84/siteassets/seksjon/klb/documents/livets-siste-dagar/brosjyre_kort-orientering-om_livets-siste-dager.pdf

Kandidatnummer 1537 og 1538

10. Helsebiblioteket. (2020, 02 april). *Verktøy og ressurser knyttet til palliativ omsorg*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/omsorgsbiblioteket/verktoy-og-ressurser/verktoy-og-ressurser-knyttet-til-palliativ-omsorg>
11. Helsedirektoratet. (2018, 18. september). *Lindrende behandling i livets slutfase*.
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/innledning>
12. Helsedirektoratet. (2018, 18. september). *Vurder om pasienten er i livets siste dager og om døden er nært forestående*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/erkjennelse-av-at-livet-gar-mot-slutten-og-at-doden-naermer-seg/vurder-om-pasienten-er-i-livets-siste-dager-og-om-doden-er-naert-forestaende#135d19f1-d1a9-43aa-955e-01bb7b133cbe-praktisk-informasjon>
13. Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_4
14. Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2
15. Husebø, B. (2021). *Omsorg i livets slutt*. Aldring og helse.
<https://www.aldringoghelse.no/wp-content/uploads/2021/03/omsorg-i-livets-slutt-endig.pdf>
16. Kirkevold, M. (2020, 30 mars). *Sykepleieteori*. Store medisinske leksikon.
<https://sml.snl.no/sykepleieteori>
17. NHI.NO. (2023, 15 august). *ESAS symptomskjema*. <https://nhi.no/skjema-og-kalkulatorer/skjema/lindrende-behandling/esas-symptomskjema>
18. Norsk Palliativ Forening. (2023). *Begrep*. <https://palliativ.org/publikasjoner/begrep>
19. Norsk sykepleierforbund. (2023). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>
20. Pasient- og brukerrettighetsloven (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3
21. Ranhoff, A. H. (Red.), Kirkevold, M. & Brodtkorb, K. (2020). *Geriatrisk sykepleie* (3.utg). Gyldendal Norsk Forlag.

Kandidatnummer 1537 og 1538

22. Statistisk sentralbyrå. (2020, 21. juni). *Fire av fem eldre som dør, mottar omsorgstjenester i kommunen*. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/fire-av-fem-eldre-som-dor-mottar-omsorgstjenester-i-kommunen>
23. Svendsen, L. F & Elstad, H. (2023). *Knud Ejler Løgstrup*. Store norske leksikon. https://snl.no/Knud_Ejler_L%C3%B8gstrup
24. Svendsen, S. J., Landmark, B. T. & Grov, E. K. (2017). Døende pasienter i sykehjem: Sykepleiere gjør «mer av alt» og er «alene om alt». *Sykepleien Forskning*, 12(63396), Artikkel e63396. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.63396>
25. Sykepleien. (2016, 19 august). *Palliasjonens mor*. <https://sykepleien.no/2016/08/palliasjonens-mor>
26. Sørbye, L. W. & Vibe, O. E. (2020). I livets siste dager – forbli i sykehjem eller overføres til sykehus? *Geriatrisk sykepleie*, (1), 36-34. [S%C3%B8rbye.pdf \(unit.no\)](#)
27. Verdighetsgarantiforskriften (2010). *Lov om en verdig eldreomsorg* (FOR-2010-11-12-1426). Lovdata. <https://lovdata.no/pro/#document/SF/forskrift/2010-11-12-1426>

Vedlegg 1 ESAS skjema (NHI.NO, 2023).

Edmonton Symptom Assessment System (revidert versjon) (ESAS-r)

Vennligst sett ring rundt det tallet som best beskriver hvordan du har det NÅ:

Ingen smerte	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig smerte
Ingen slapphet <i>(slapphet = mangel på krefter)</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig slapphet
Ingen døsighet <i>(døsighet = å føle seg søvrig)</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig døsighet
Ingen kvalme	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig kvalme
Ikke nedsatt matlyst	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig nedsatt matlyst
Ingen tung pust	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig tung pust
Ingen depresjon <i>(depresjon = å føle seg nedstemt)</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig depresjon
Ingen angst <i>(angst = å føle seg urolig)</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig angst
Best tenkelig velvære <i>(velvære = hvordan du har det, alt tatt i betraktning)</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig velvære
Ingen _____ Annet problem (f.eks. forstoppelse)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig _____

Pasientens navn: _____

Dato: _____

Tidspunkt: _____

Fylt ut av (sett ett kryss):

- Pasient
- Pårørende
- Helsepersonell
- Pasient med hjelp fra pårørende eller helsepersonell

Vedlegg 2 MORBID-2 skjema (Aldring og helse Nasjonalt senter, u.å.).

APPENDIKS

MORBID-2 smerteskala
 MOBILISATION – OBSERVATION – BEHAVIOUR – INTENSITY – DEMENTIA

Pasientens navn: _____ Dato: _____ Tid: _____ Avdeling: _____

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd relatert til muskulatur, ledd og skjelett under morgenstell. Observer pasienten før du starter mobilisering. Forklar forståelig det du vil gjøre. Led pasienten, og gjennomfør bevegelsene (1–5) med forsiktighet. Stopp bevegelsen om du observerer smerteatferd. Fyll ut skjemaet umiddelbart etter hver bevegelse:

Smerteatferd



Sett et eller flere kryss for hver observasjon: smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon, som kan være relatert til smerte

Smertelyd
 «Aul»
 Stønner
 Ynker seg
 Gisper
 Skriker

Ansiktsuttrykk
 Grimaserer
 Rynker pannen
 Strammer munnen
 Lukker øynene

Avvergereaksjon
 Stivner
 Beskytter seg
 Skyver fra seg
 Endringer i pusten
 Krymper seg

Smerteintensitet

Basert på observert smerteatferd; tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0–10

SETT GJERNE FLERE KRYSS I RUTEN(E) FOR DIN(E) OBSERVASJONER

1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
	→			0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	→			0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Led til å bøye og strekke ankler, knær og hoftelødd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	→			0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Led til å snu seg i sengen til begge sider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	→			0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Led til å sette seg opp på sengekanten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	→			0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

APPENDIKS

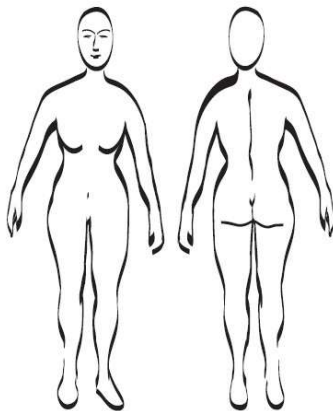
Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd, som kan være relatert til indre organer, hode og hud. Smerte kan oppstå på grunn av en sykdom, sår, infeksjon eller ulykker. Inkluder alle dine observasjoner fra i dag og de siste dagene (siste uken).

Smerteatferd

Bruk front- og baksiden av kroppstegningen aktivt. Sett kryss for dine observasjoner relatert til smerteatferd (smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon)

Smerteintensitet

Basert på observert smerteatferd; tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0–10



6. Hode, munn, hals	→	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. Bryst, lunge, hjerte	→	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Mage – øvre del	→	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Bekken, mage – nedre del	→	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Hud, infeksjon, sår	→	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Vedlegg 3 Livet siste dager eksempeleutgave (Helse Bergen, 2015).



Kompetansesenter i
lindrende behandling
Helseregion Vest

Pasientdata

Livets siste dager

Plan for lindring i livets slutfase, til bruk i sykehjem

Bruksveiledning:

- Alle mål er skrevet med **uthevet skrift**. Tiltak, som er en hjelp til å nå målene, er skrevet med vanlig skrift.
- Retningslinjer for symptomlindring er tilgjengelig på www.helse-bergen.no/palliasjon.
- Helsepersonell står fritt til å gjøre sine egne faglige vurderinger, men enhver endring i forhold til anbefalinger i denne planen skal dokumenteres på siste side.

Bruk av denne planen forutsetter kommunikasjon med pasienten og de pårørende slik at deres behov og ønsker er kartlagt og de er informert om at pasienten er døende.

Kriterier for å bruke denne planen for lindring til døende:

1. Alle mulige reversible årsaker til pasientens tilstand er vurdert.
2. Behandlingsteamet, minimum lege og sykepleier, er enige om at pasienten er døende.

I tillegg vil minst to av følgende punkter vanligvis være oppfylt:

- Pasienten er senneliggende Pasienten er i lengre perioder ikke kontaktbar
- Pasienten klarer bare å drikke små slurker Pasienten kan ikke lenger svelge tabletter

Når denne planen settes i gang, erstatter den annen dokumentasjon og blir den eneste form for rapport som brukes.

Dokumentasjon av medikamentordinasjon og -utlevering følger sykehjemmets vanlige retningslinjer.

Bruk av planen skal vurderes fortløpende og alltid revurderes dersom:

- pasientens tilstand bedres
- det uttrykkes tvil, bekymring eller uenighet knyttet til bruken av planen
- planen er brukt i inntil tre døgn

Dato/klokkeslett:

Avd.:

Lege:

Sykepleier:

International
Collaborative
for Best Care
for the Dying Person

Dette dokumentet er utarbeidet i henhold til anbefalinger fra International Collaborative for Best Care for the Dying Person

Referanser:

Beslutningsprosesser ved begrenning av livsforlengende behandling. Oslo: Helseidirektoratet, revidert utgave 2013. IS-2091.

Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. Oslo: Helseidirektoratet, revidert utgave 2019. IS-2800.

Ellershaw JE, Wilkinson S, red. Care of the dying: A pathway to excellence. 2. utgave. Oxford: Oxford University Press, 2011.

International Collaborative for Best Care for the Dying Person

<https://www.bestcareforthedying.org/>

Nasjonale faglige råd: Lindrende behandling i livets slutfase. Helseidirektoratet, 2018.

<https://www.helseidirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase>

EKSEMPEL

Kandidatnummer 1537 og 1538

Navn.....

Avd.....

Dato:

Del 1	Første vurdering (vurdering ved inklusjon)			
Diagnose og personopplysninger	Hoveddiagnose:	Bidiagnoser:		
	Personnummer:	<input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Kvinne Nasjonalitet:		
	Innlagt dato:			
Symptomer og funn	Er i stand til å svelge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Våken	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Kvalm	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Bevisst	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Brekninger, oppkast	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Vannlatingsbesvær, UVI	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Obstipert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Kateterisert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Forvirret	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Surkling i luftveiene	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Urolig, agitert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Dyspne	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Rastløs	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Smerte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Anspent, engstelig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Annet (f.eks. ødemer, kløe)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Delmål ved første vurdering	Mål 1 Aktuell medikasjon er vurdert og ikke-essensielle medikamenter seponert Hensiktsmessig peroral medikasjon er endret til subkutan, og subkutan pumpe er satt i gang hvis hensiktsmessig. Uhensiktsmessig medikasjon er seponert.			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Mål 2 Behovsmedikasjon til subkutan administrasjon er ordinert for følgende symptomer etter avdelingens prosedyrer:			
	Smerte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Uro, agitasjon	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Surkling i luftveiene	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Kvalme og brekninger	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Dyspne	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
	Mål 3 Uhensiktsmessige tiltak er seponert Beslutningene bygger på grundig vurdering av alle aktuelle tiltak.			
	Blodprøver	<input type="checkbox"/> ikke aktuelt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Antibiotika	<input type="checkbox"/> ikke aktuelt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Væskebehandling	<input type="checkbox"/> ikke aktuelt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Ernæringsbehandling	<input type="checkbox"/> ikke aktuelt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Journalført at hjerte-lungeredning ikke er aktuelt (HLR-)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Ev. andre tiltak seponert:	
	Deaktivering av implantert defibrillator (ICD)	<input type="checkbox"/> ikke aktuelt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Kontakt pasientens kardiolog	
Henvis til lokale retningslinjer og prosedyrer		Gi ev. Informasjonsbrosjyre til pasient/pårørende		
Legens underskrift:	Dato:			
Mål 3a Det er tatt en avgjørelse om å avslutte uhensiktsmessige pleietiltak Skal en ha et regime for å snu pasienten, eller gjøre det bare ved behov, vurdere antidecubitusmadrass, vurdere huden, skal en fortsette med å ta BT, puls og temp, osv.			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
Mål 3b Subkutan pumpe er satt i gang innen 4 timer etter at den ble forordnet av legen			<input type="checkbox"/> ikke aktuelt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
Sykepleierens underskrift:	Dato:	Klokkeslett:		

Kandidatnummer 1537 og 1538

Navn.....

Avd.....

Dato:

Del 1	Første vurdering – fortsettelse		
Innsikt/forståelse	Mål 4 Evne til å kommunisere på norsk er vurdert som adekvat hos pasienten <input type="checkbox"/> komatøs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei hos de pårørende (familie eller andre) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Mål 5 Innsikt i pasientens tilstand er vurdert: Pasienten er klar over diagnosen <input type="checkbox"/> komatøs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei De pårørende er klar over diagnosen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Pasienten er klar over at han/hun er døende <input type="checkbox"/> komatøs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei De pårørende er klar over at pasienten er døende <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Behov hos barn/ungdom som pårørende er vurdert <input type="checkbox"/> ikke aktuelt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
Åndelig/eksistensiell omsorg	Mål 6 Åndelige/eksistensielle behov er vurdert hos pasienten <input type="checkbox"/> komatøs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei hos de pårørende <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Pasienten eller de pårørende kan være engstelige for seg selv eller andre. Vurder spesielle behov i forhold til familiens kulturelle bakgrunn. Vurder støtte fra prest eller annen åndelig veileder. Pas. trosretning eller livssyn er kjent <input type="checkbox"/> ikke aktuelt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Hvis ja, hvilken/hvilket: Gitt tilbud om kontakt med prest / annen kontaktperson <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Navn: tlf: dato: Kommentarer (spesielle behov nå, i forbindelse med dødsfallet, etter dødsfallet):		
Kommunikasjon med de pårørende	Mål 7 Det er avtalt hvordan pårørende skal informeres ved forandring i pasientens tilstand <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei - uansett tidspunkt på døgnet <input type="checkbox"/> - ikke om natten <input type="checkbox"/> - pårørende overnatter på sykehjemmet <input type="checkbox"/> Nærmeste pårørende: tlf: Relasjon til pasienten: Evt. annen pårørende: tlf: Relasjon til pasienten:		
Kommunikasjon med primærhelsetjenesten	Mål 8 Pårørende er gitt informasjon om sykehjemmet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Skriftlig informasjon om parkering, telefon, mat og drikke, overnatting og annen praktisk informasjon. Mål 9 Pasientens fastlege er klar over pasientens tilstand <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Hjemmesykepleien er informert dersom de er tjenesteyter <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Målet er kun aktuelt dersom korttidsopphold.		
Sammendrag	Mål 10 Plan for videre behandling og pleie er forklart for og drøftet med pasienten <input type="checkbox"/> komatøs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei de pårørende <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Mål 11 De pårørende gir uttrykk for at de forstår hva som er planen videre <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei De pårørende er klar over at videre behandling og pleie har fokus på at pasienten er døende. De pårørende har fått komme frem med sine ønsker og bekymringer, og disse er dokumentert. Selve plandokumentet kan drøftes hvis dette vurderes som hensiktsmessig. Skriftlig informasjon kan være aktuelt, ev. tilpasset alder og språk.		
Hvis du har svart «nei» på et av delmålene, bør du utdype svaret på siste side.			
Underskrift:		Stilling:	
		Dato:	

Kandidatnummer 1537 og 1538

Navn.....

Avd.....

Dato:

Del 2	Fortløpende vurderinger: Pasienten bør tilses jevnlig, hyppigheten vurderes individuelt. Vurderinger gjort til andre tidspunkt, beskrives fortløpende på siste side.					
Fortløpende vurderinger	Kryss "ja" (mål oppnådd) eller "nei" (mål ikke oppnådd). Hvis svaret er nei, beskrives tiltak og resultat på siste side.					
	Er målet oppnådd?					
Delmål	04:00	08:00	12:00	16:00	20:00	24:00
Smarter Mål: at pasienten er smertefri - Pasienten sier det - Pas. er smertefri ved bevegelse - Pas. virker fredfull - Vurder behov for leieforandring	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Uro/forvirring Mål: at pasienten er rolig og avslappet - Pasienten frembyr ikke tegn på delirium, dødsangst eller rastløshet ("plukker") - Utelukk smerter/urinretensjon som årsak - Vurder behov for leieforandring	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Surkling i luftveiene Mål: at pasienten ikke er plaget med surkling - Medikament skal gis så snart symptomer oppstår - Vurder behov for leieforandring - Symptomet er drøftet med de pårørende	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Kvalme og oppkast Mål: at pasienten ikke er kvalm/ikke kaster opp - Pasienten sier det - Pas. virker fredfull	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Dyspne (tung pust) Mål: at pasienten ikke er plaget av tung pust - Pasienten sier det - Pas. virker ikke tung i pusten - Vurder behov for leieforandring	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Andre symptomer Mål: at pasienten ikke er plaget (f eks av ødemer, kløe)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Behandling/prosedyrer						
Munnstell, drikke Mål: at munnen er fuktig og ren - Tilby drikke til pas. som er i stand til å svelge - Se retningslinjer for munnstell - Munnen vurderes minst hver 4. time - Pårørende kan gjerne delta i munnstell	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Vannlatingsbesvær Mål: at pasienten er ubesværet - Legg inn kateter hvis retensjon - Bruk kateter eller bleier hvis pas. generelle tilstand fører til inkontinens	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Medikamenter Mål: at alle medikamenter er gitt korrekt i forhold til legens forordning - Subkutan pumpe kontrollert minst hver 4. time	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Underskrift						
Bruk et nytt ark for hvert døgn						

Kandidatnummer 1537 og 1538

Navn.....

Avd.....

Dato:

Del 2	Fortløpende vurderinger – fortsettelse: Er målet oppnådd?		
Kryss "ja" (mål oppnådd) eller "nei" (mål ikke oppnådd). Hvis svaret er nei, beskrives tiltak og resultat på siste side.			
Delmål		08:00	20:00
Liggestilling/ trykkområder	Mål: at pasienten ligger godt i trygge omgivelser - Klinisk vurdering av: Hud, ev. trykksår, behov for leieforandring, spesialmadrass, personlig hygiene, sengebud, stell av øynene	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Tarmfunksjon	Mål: at pasienten ikke er plaget av obstipasjon eller diaré	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Innsikt/forståelse	Mål: at pasienten er klar over situasjonen - Pasienten får nødvendig informasjon og støtte gjennom ord, berøring og nærvær Mål: at de pårørende er forberedt på at døden er nær forestående - Vurder forståelsen hos de pårørende, inkludert barn og ungdom og de som ikke var til stede ved første vurdering - Forviss dere om at de forstår at pasienten er døende og hvilke tiltak som blir gjort for å lindre - Tilby støtte fra sykehjemspresten eller annen kontaktperson	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Åndelig/ eksistensiell omsorg	Mål: at behovet for åndelig/eksistensiell omsorg er ivaretatt - Pasienten eller de pårørende kan være engstelige for seg selv eller andre - Støtte fra sykehjemspresten kan være til hjelp - Vurder spesielle behov i forhold til familiens kulturelle bakgrunn	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Ivaretagelse av de pårørende	Mål: at pårørendes behov er ivaretatt - Vurder pårørendes behov for helsehjelp eller sosial støtte - Forviss dere om at de er kjent med sykehjemmets lokaliteter og tilbud	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Andre behov/ hensyn	Mål: at spesielle behov/hensyn er ivaretatt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> ikke aktuelt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> ikke aktuelt
Underskrift:			
Underskrift av sykepleier:		Dag:	Kveld: Natt:
Bruk et nytt ark for hvert døgn			
Utfyllende kommentarer om forløpet (fra alle yrkesgrupper):			

Kandidatnummer 1537 og 1538

Navn.....

Avd.....

Dato:

Del 3	Ved dødsfallet
--------------	-----------------------

Dato:

Klokkeslett:

Klokkeslett attestert av lege:

Hvem var til stede:

Pårørende varslet dersom ikke til stede: ikke aktuelt ja nei

Rapport:

Underskrift:

Delmål etter dødsfallet	
Hvis svaret er nei, beskrives tiltak og resultat på siste side	
Rutiner/prosedyrer	<p>Mål 12 Fastlegen er informert om dødsfallet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Ta kontakt neste arbeidsdag hvis dødsfallet skjer utenom arbeidstiden Hjemmesykepleien er informert om dødsfallet dersom de er tjenesteyter <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Målet er kun aktuelt dersom korttidsopphold</p> <p>Mål 13 Avdelingens prosedyrer ved mors og ved stell av døde er fulgt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei (spesielle religiøse/kulturelle behov ivare tatt)</p> <p>Mål 14 Avdelingens prosedyrer etter dødsfall er fulgt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Sjekk følgende punkter: - syning av liket - fjerning av ev. pacemaker eller ICD på kremsjon - obduksjon - registrering av dødsfallet / dødsattest fylt ut - journalen avsluttet og epikrise diktet - beskjed formidlet til ev. andre offentlige instanser</p>
Ivaretagelse av etterlatte	<p>Mål 15 De pårørende er gitt informasjon om rutiner ved dødsfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Brosjyre med praktisk informasjon ved dødsfall er gitt til de pårørende</p> <p>Mål 16 Avdelingens prosedyrer vedr. pasientens verdisaker og eiendeler er fulgt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei - Eiendeler og verdisaker er signert for av identifisert person - Gjenstander er pakket for senere avhenting - Verdisakene er registrert og lagret på et trygt sted</p> <p>Mål 17 Nødvendig informasjon er gitt til rette vedkommende <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei - Heftet: "Når en av våre nærmeste dør" er utlevert</p> <p>Mål 18 Skriftlig informasjon til etterlatte er gitt til de pårørende <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei - Informasjonshefte om sorg og aktuell oppfølging i lokalmiljøet delt ut ("etterlattemappe")</p>
Ivaretagelse av personell	<p>Mål 19 Personalet er ivare tatt etter dødsfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei - Formell/uformell refleksjon/debriefing (tilgjengelig mal: "Refleksjon etter dødsfall")</p>
	<p>Underskrift: Dato:</p>

Kandidatnummer 1537 og 1538

Navn.....

Avd.....

Når målet ikke er oppnådd:

Analyse av problem, tiltak og resultat:

Hvilket delmål ble ikke oppnådd?	Tiltak for å oppnå målet (Dokumentasjon av medikament- utlevering skal føres på kurve)	Effekt/resultat (Ble målet oppnådd?)
Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:
Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:
Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:
Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:
Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:

Vedlegg 4 SØKELOGG

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
24.10.23	Idunn	palliasjon AND sykehjem	2013-2023 Forskningsartikkel	14	14	2	1
24.10.23	CINAHL	livets AND slutt	2013-2023 Forskningsartikkel	3	2	2	1
24.10.23	Oria	omsorg AND sykepleier	2013-2023 Forskningsartikkel	75	15	2	1
24.10.23	Oria	Sykehjem AND terminalpleie	2013-2023 Forskningsartikkel	140	30	1	1