

Hva tilfører denne artikkelen?

Funnene i undersøkelsen tyder på at pårørende ser behov for mer faglært personell, bedre norskkunnskaper og økt kompetanse innen palliasjon blant de ansatte ved norske sykehjem.

Mer om forfatterne:

Simen A. Steindal er sykepleier, høgskolelektor og PhD kandidat ved Diakonhjemmet Høgskole, avdeling for sykepleie. Liv Wergeland Sørbye er sykepleier, PhD

og førsteamanuensis ved Diakonhjemmet Høgskole, avdeling for sykepleie. Kontaktperson: steindal@diakonhjemmet.no.



Foto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

Studiens bakgrunn: Et sentralt mål for palliativ omsorg er å unngå overflytting av pasienter i palliativ fase fra sykehjem til sykehus. Likevel skjer dette relativt ofte. Få studier har utforsket faktorer som bidrar til sykehusinnleggelse. Artikkelen omhandler pårørendes vurdering av sin næres siste levedager

Hensikt: Å belyse overflytting fra sykehjem til sykehus ved livets slutt og drøfte faktorer som kan bidra til at de pårørende opplever

at deres nære får en verdig død ved sykehjem.

Metode: Semistrukturerte intervjuer av nærmeste pårørende til pasienter som døde ved et sykehus. Det ble gjort en deskriptiv innholdsanalyse av to åpne spørsmål fra intervjueskjema.

Resultater: Pårørende etter 50 (43 prosent) dødsfall deltok i undersøkelsen. Tjue pårørende (40 prosent) trakk frem erfaringer og holdninger

til sykehjem. Tre hovedtema gikk igjen i datamaterialet: Forventninger og tillit til personalet, pårørende som den gamles advokat og sykehuset som symbol på en verdig død.

Konklusjon: En verdig død ved sykehjem fordrer mer personell med tilstrekkelig kompetanse innen palliasjon. Det er behov for språkkopplæring blant de ansatte slik at alle snakker tilstrekkelig godt norsk. God kommunikasjon mellom pårørende og ansatte er essensielt.

» Er sykehjemmet et verdig sted å dø?

Forfatter: **Simen A. Steindal**
og **Liv Wergeland Sørbye**

NØKKELORD

- Palliasjon
- Sykehjem
- Pårørende
- Død

INTRODUKSJON

I Norge dør 38 prosent i sykehus og cirka 41 prosent i sykehjem. Den gjennomsnittlige liggetiden i sykehjem er cirka to år, mens liggetiden i sykehus er fem døgn (1–3). Sykehjem som innehar nødvendig ressurser og kompetanse anses for å være en god arena for omsorg for døende. I livets siste fase vil det som regel være til pasientenes beste å få dø ved sykehjemmet (4). Ranhoff & Linnsund (5) hevder at det bare er hensiktsmessig å overflytte døende sykehjemspasienter til sykehus, dersom sykehjemmet ikke kan gi adekvat lindrende behandling. Menec, Nowicki, Blandfords m.fl. (6) fant at 19,1 prosent av sykehjemspasientene døde ved sykehus i Canada. Sørbye & Steindal (7) fant at 21,6 prosent av de som døde, i deres sykehusmateriale, var overført fra sykehjem. Disse to studiene antyder at døende sykehjemspasienter overflyttes relativt ofte til sykehus.

Flere studier har avdekket at pårørende ser en rekke utfordringer ved omsorgen deres nære mottok ved livets slutt i sykehjem (8–12). Det rapporteres at pasienters behov ikke ble tilstrekkelig ivaretatt av personalet. Pårørende opplevde at symptomlindring ikke var optimal (9, 10). For å avklare spørsmål om sin næres helsetilstand ønsket pårørende å snakke med lege, men mange opplevde at legen var fraværende og etterlyste hyppigere legetilsyn (9, 11). Pårørende fremhever behov for økt bemanning og kompetanseheving innen symptomlindring hos personalet (11, 12). Kommunikasjon med helsepersonell og kommunikasjon mellom helsepersonell og lege er også en utfordring. Det er vanskelig for pårørende å forutse når døden er nær. De ønsker i større grad å bli holdt orientert av personalet. Pårørende frykter ofte at deres nære skal dø alene (13, 14).

Andre studier har identifisert faktorer som kan fremme eller være til hinder for palliativ omsorg i sykehjem (15–18). Sentrale tiltak for å fremme opplevelsen av en god død er kommunikasjon mellom pårørende og personalet, og at det ikke iverksettes unødvendige livsforlengende tiltak (15, 17).

Det kan være utfordrende å vurdere om sykehjemspasienter er i livets siste fase (19). Studier har avdekket at flere pasienter hadde en eller flere sykehusinnleggelse siste seks levemåneder (6, 10, 20). For pasienter med alvorlig demens tas ofte beslutningen om ikke å overflytte til sykehus rett før døden inntreffer. Lambert m.fl. (20) fant at det var større sjanse for at det var tatt stilling til at pasienter ikke skulle overflyttes til sykehus, dersom hovedpårørende ikke var pasientens barn. Menc m.fl. (6) fant at det var mindre sjanse for at pasienter ved offentlige, enn ved private sykehjem, døde på sykehus.

HENSIKT OG PROBLEMSTILLINGER

Artikkelen omhandler pårørendes vurderinger av sin næres siste levedager. Hensikten er å belyse overflytting fra sykehjem til sykehus ved livets slutt og drøfte faktorer som kan bidra til at pårørende opplever at deres nære får en verdig død ved sykehjem.

- Hvilke faktorer mener pårørende kan bidra til at deres nære overflyttes fra sykehjem til sykehus i livets siste fase?
- Hva skal til for at pårørende opplever sykehjemmet som et verdig sted å dø?

METODE

Materialet henter data fra et større forskningsprosjekt som har kartlagt hvordan omsorg for døende pasienter har endret seg i løpet av de siste 30 år ved et norsk sykehus. I 1976/77 tok Hjort og Sørbye utgangspunkt i Cartwrights m.fl. (21) undersøkelse i England «Life before death» og utviklet skjemaet «Intervjuskjema til etterlatte til pasienter som dør i sykehus». Skjemaet har tidligere blitt benyttet i 1977, 1987, 1997 og i 2007 for å samle data om pårørendes vurdering av kvaliteten på omsorg til døende ved sykehus (22–24). Kaarbø (17) benyttet skjemaet i forhold til dødsfall i sykehjem. Intervjuskjemaet er semistrukturert med 44 spørsmål og har i tillegg fire åpne spørsmål. Artikkelen benytter kvalitative data fra de åpne innledningsspørsmålene «Kan du fortelle litt om hvordan du opplevde den siste tiden før innleggelse i sykehus, og hvordan de siste dagene på Diakonhjemmet sykehus var?»

Totalt døde 116 pasienter i en gitt periode høsten 2007 ved

Diakonhjemmet sykehus. Nærmeste pårørende ble definert som den personen som sto oppført som hovedpårørende på hovedkortet i elektronisk pasientjournal. Leder for palliativt team ved sykehuset sto ansvarlig for brevet som ble sendt til pårørende åttotolv uker etter dødsfallet. Først etter at samtykke fra vedkommende var innhentet, tok en person fra forskerteamet kontakt. Femti (43 prosent) pårørende bekreftet at de ønsket å bli intervjuet. Tjue (40 prosent) av de pårørende som ble intervjuet ga beskrivelser av egne erfaringer og holdninger til sykehjem ved å besvare de åpne innledningsspørsmålene. Intervjuene av disse 20 pårørende utgjør artikkelens datamateriale.

Pårørende ble fortrinnsvis intervjuet hjemme hos seg selv. Noen ble intervjuet på vårt kontor eller per telefon. Intervjuene tok fra 20 til 120 minutter. Pårørendes beskrivelser ble notert av forskerne under intervjuene, og notatene ble renskrevet etter hvert intervju. Det ble gjort en deskriptiv innholdsanalyse (25). Førsteforfatter

ter leste igjennom notatene fra intervjuene og identifiserte tema ut fra datamaterialet. Temaenes relevans og aktualitet ble diskutert med andreforfatter. Tekst med den samme meningen ble samlet. Teksten ble lest linje for linje og setningenes mening ble kodet. Kodene ble lest for å finne mønstre og gjentakelse. Kodene som omhandlet det samme, ble samlet og abstrahert til underkategorier og kategorier som igjen dannet temaer. Førsteforfatter foretok dataanalysen, mens andreforfatter har lest utdrag av analysen og vært med i diskusjonen om kategoriernes og temaenes gyldighet. Det at en stor andel av de pårørende selv brakte opp sykehjem som tema, til tross for at intervjuskjemaet ikke inkluderte spørsmål om sykehjem, ble vurdert som et viktig funn. Vi valgte å lage en egen artikkel om dette. Andre tema vil bli publisert senere.

Prosjektet er vurdert av personvernombudet og godkjent av forskningsutvalget ved Diakonhjemmet sykehus. Regional komité for medisinsk og helsefag-

TABELL 1: Bakgrunnsdata for de døde: pårørende som ble intervjuet vs. ikke-intervjuet (N=116).

	Intervju, n=50	Ikke-intervju, n=68	Totalt	P<0,05
	Mn ¹ (SD ²)	Mn (SD)	Mn (SD)	
Alder	81,7 (11,46)	79,6 (11,99)	80,6 (11,72)	0,351
Liggetid	12,6 (10,87)	9,6 (9,78)	10,9 (10,32)	0,131
	n (%)	n (%)	n (%)	P<0,05
Menn	27 (54)	29 (43,9)	56 (48,3)	0,283
Bodde alene	16 (32)	27 (40,9)	43 (37,1)	0,325
Overflyttet fra sykehjem	10 (20)	15 (22,7)	25 (21,6)	0,724
Kreft	20 (40)	24 (36,4)	44 (37,9)	0,689
Død om få dager	14 (28)	21 (31,8)	35 (30,2)	0,657

¹Mn = gjennomsnitt
²SD = Standardavvik

lig forskningsetikk hadde ingen innvendinger mot gjennomføring av prosjektet. Pårørende ga skriftlig informert samtykke til å la seg intervjuet.

RESULTATER

Tabell 1 viser bakgrunnsdata for de døde. Det ble ikke funnet noen signifikant forskjell ($p > 0,05$) mellom døde i gruppen av de pårørende som ble inter-

vjuet sammenlignet med avdøde til pårørende som ikke ønsket å bli intervjuet.

Hos avdøde til pårørende som ønsket å bli intervjuet var det en høyere gjennomsnittsalder og i gjennomsnitt flere liggedøgn. Når det gjaldt slektskap til den avdøde var 16 (32 prosent) ektefelle, 30 (60 prosent) barn av avdøde og fire (8 prosent) var andre slektninger eller venner.

Tabell 2 viser en oversikt over innleggelsesdiagnosen til de pasientene som ble overflyttet fra sykehjem.

Pårørende trakk frem erfaringer og holdninger til sykehjem. Det gjaldt både pårørende til pasienter som ble innlagt fra sykehjem og pårørende til pasienter der overflytting til sykehjem ble vurdert fra sykehuset side. Tema som pårørende tok opp var: forventninger til personalet, pårørende som den gamles advokat og sykehuset som symbol på en verdig død (tabell 3).

PÅRØRENDES FORVENTNINGER

De pårørende hadde klare forventninger til hva slags egenskaper sykehjemspersonalet bør inneha for at deres nære skal få en verdig død ved sykehjemmet. Flertallet av pårørende trakk frem at deres forventninger til sykehjemmet ikke var blitt innfridd. Pårørende ga derimot i liten grad uttrykk for at den gamle delte deres syn. Datter til en 89 år gammel kvinne fortalte at hun var sjokkert over forholdene som var ved sykehjemmet. Moren sa derimot at hun hadde det greit. Datteren sa at hun var irritert på brukerundersøkelser og mente at en må spørre pårørende, siden de gamle klager så lite.

Pårørende stilte krav til personalets kompetanse og til kvaliteten på omsorgen deres nære mottok. Flere pårørende viste til utstrakt bruk av ufaglært arbeidskraft. Pårørende trakk frem at økt kompetanse hos personalet kan bidra til at de gamles behov i større grad blir

TABELL 2: Diagnose: pasienter overflyttet fra sykehjem til sykehus (N=25)

Diagnose	N	%
Brystkreft	1	4
Hjerneslag	1	4
Lårhalsbrudd	3	12
Hjertesvikt	6	24
Lungeødem	4	16
Pneumoni	6	24
Andre	4	16
Totalt	25	100

TABELL 3: Tema, kategorier og underkategorier som er identifisert hos pårørende

Tema	Kategorier	Underkategorier
Forventninger og tillit til sykehjemspersonalet	Personalets egenskaper Ha tillit til og kunne stole på at behov blir ivare tatt Utfordringer i kommunikasjon	Faglighet og høy kompetanse hos personalet Flere faglærte blant personalet Ivaretagelse av grunnleggende behov Fremme livskvalitet Tilstrekkelig ivaretagelse av behov Utfordringer i kommunikasjon mellom personalet og den gamle Forståelse for den gamles situasjon Språkbarrierer, personalet må beherske det norske språket Mange ufaglærte
Pårørende som den gamles advokat	Sin næres advokat Overvåker endring i sin næres helse-tilstand Tilsyn fra legevakten Sykehusinnleggelse	Pårørendes rolleskifte, tilstede, observerer og gir tilbakemeldinger Press fra pårørende Legevakten legger inn den gamle Pårørende fornøyd med beslutningen om å legge inn den gamle i sykehus Til den gamles beste
Sykehuset som symbol på en verdig død	Pårørende og sykehjem ønsker sykehusinnleggelse ved akutt sykdom Sykehuspersonalets kompetanse	Akuttsykdom Sykehjem mangler ressurser Mange ufaglærte Trygghet Lindrende behandling Verdig død

dekket. Pårørende så utfordringer i forhold til kommunikasjon mellom deres nære og de ansatte ved sykehjemmet. Det ble forventet at sykehjemspersonalet hadde tilstrekkelig norskkunnskaper, og de pårørende trakk frem at det var flere av personalet som ikke snakket godt nok norsk. En datter fortalte at sykehjemspersonalet viste liten forståelse for

ikke gjorde nok for den gamle. To pårørende opplevde at deres nære ble overdosert med beroligende medikamenter under sykehjemsoppholdet. Datter fortalte at den 86 år gamle moren rev av seg bandasjen fra operasjonsåret etter lårhalsbrudd. Datteren spurte personalet om det ikke var noe de kunne gjøre for at moren ikke skulle klø i såret.

” Flertallet av pårørende trakk frem at deres forventninger til sykehjemmet ikke var blitt innfridd.

morens (75 år) situasjon. Datteren beskrev moren som gammel og redd. Personalet syntes nok at moren var utidig. Moren var nok det, men de burde opptrådt profesjonelt og burde forstått at hun ikke var slik i utgangspunktet. Moren var nå i en krise, fortalte datteren.

Det ble forventet at personalet skulle ivareta beboernes behov utover personlig hygiene og ernæring. Sykehjemspersonalet burde også iverksette tiltak som kunne heve beboernes livskvalitet. Pårørende så ressurser ved sykehjemmet som personalet ikke tok i bruk. Ifølge en pårørende, hadde sykehjemmet en flott hage, men pasientene ble i liten grad aktivisert og var aldri ute. Datter til 88 år gammel kvinne fortalte at moren hadde det greit, men ikke noen mer enn det. Moren var aldri ute. Hun trengte følge for å gå, men ble ikke aktivisert av personalet.

For pårørende var det viktig å ha tillit til og kunne stole på at personalet ivaretok deres næres behov. Flere pårørende opplevde at behov ikke ble tilstrekkelig ivaretatt og at personalet

Familien opplevde at personalet ikke gjorde noe med dette. En pårørende som var fornøyd med sykehjemsoppholdet trakk frem relasjonen til sykepleierne og sykepleiernes holdninger. Moren hadde hatt to sykepleiere som var helt spesielle omsorgspersoner som gjorde langt mer enn det som kunne forventes.

PÅRØRENDE SOM ADVOKAT

Da pårørende opplevde endring i den gamles helsetilstand, påpekte de endringene ovenfor sykehjemspersonalet. Personalet vurderte pasienten og valgte ofte å se an situasjonen. Pårørende opplevde ikke alltid at personalet tok deres bekymring på alvor. Pårørende fortsatte å følge nøye med og inntok rollen som den gamles advokat. Dersom pasienten ikke ble bedre eller pårørende var uenige i vurderingen, sto pårørende på sitt og presset på for at legevakt skulle tilkalles. En pårørende fortalte at faren (89 år) hadde vært syk en stund med lungeproblemer. Personalet hadde ringt legevakten, men det kom ingen lege. Da datteren kom på besøk, fikk faren

et akutt illebefinnende. Datteren lagde mye oppstyr og forlangte at det ble ringt etter lege. Personalet gjorde som datteren krevde. Det virket som at i tilfellene der legevakt ble tilkalt, endte det med sykehusinnleggelse. Ingen av de pårørende som ble intervjuet opplevde legevaktlegens avgjørelse om å legge inn deres nære på sykehus som uheldig eller negativ. Pårørende var fornøyd med at den gamle kom på sykehus. Legevaktens handlinger og væremåte ble fremhevet. Ifølge pårørende handlet legen raskt, viste respekt, var villig til å gjøre alt for moren (87 år) og la henne inn på sykehus.

VERDIG DØD PÅ SYKEHUS

Flere av sykehjemspasientene var akutt syke på innleggelses-tidspunktet. For både sykehjem og pårørende var sykehuset et symbol på god behandling og lindring. Datter fortalte at hennes 77 år gamle mor fikk lungebetennelse og ble dårlig. Ifølge datteren kunne ikke sykehjemmet pleie henne fordi de ikke hadde medisinsk kapasitet til det. Moren ble innlagt på sykehus. Pårørende rapporterte om utstrakt bruk av ufaglært arbeidskraft. Sykehuspersonalets kompetanse og profesjonalitet bidro til at de pårørende opplevde å bli godt ivaretatt. Datter fortalte at hennes 89 år gamle far ble «væsket opp» og fikk ernæring slik at han våknet til igjen. Familien opplevde å få god kontakt med ham igjen før han fikk en verdig død på sykehuset.

DISKUSJON

Hensikten med artikkelen har vært å få mer kunnskap om faktorer som kan bidra til overflytting fra sykehjem til sykehus i livets siste fase. I tillegg vil vi


drøfte hva som skal til for at pårørende opplever at deres nære får en verdig død ved sykehjemmet. Kvalitative data om tema framkom spontant under intervju med pårørende til avdøde pasienter ved et sykehus. Disse resultatene ble vurdert både som overraskende og interessante.

Akutt sykdom og skade er faktorer som kan bidra til sykehusinnleggelse. I materialet vårt hadde de fleste som ble innlagt fra sykehjem hjertesykdom, lungebetennelse og lungeødem. Diagnoser som kan behandles i sykehjem med tilstrekkelig lege- og sykepleiedekning. Tre av pasientene som ble overflyttet hadde lårhalsbrudd som stort sett er en indikasjon for sykehusinnleggelse (5). Begrensede behandlingsressurser ved sykehjem bidrar trolig til innleggelse i sykehus ved akutt sykdom. I datamaterialet vårt rapporterte flere pårørende om deres opplevelse av et stort antall ufaglærte ved sykehjem. En punktundersøkelse ved sykehjem i fire norske kommuner fant at andelen ufaglærte utgjorde 48 prosent av bemanningen i helgene og 29 prosent på hverdagene (26). Flere av pasientene ble innlagt av andre enn sykehjemets tilsynslege. Ifølge Travis m.fl. (27) ble sykehjemspasienter innlagt på sykehus når pasienten ble tilsett av andre enn primærlegen og når dokumentasjonen var mangelfull. Legevakten befinner seg trolig i en utfordrende situasjon siden kjennskap til pasienten er begrenset. Det kan være vanskelig å få svar på hva pasienten selv ønsker, og det kan være vanskelig å motstå press fra pårørende som ønsker sykehusinnleggelse.

Pårørendes ønske om sykehusinnleggelse kan være en annen medvirkende faktor. Det

kan være vanskelig å akseptere at døden er en naturlig utgang ved det å flytte inn på sykehjem (28). Selv når pårørende er innforstått med at deres nære er i livets siste fase, kan akutte endringer føre til ønske om endring i behandlingsregime og sykehusinnleggelse (27). Sykehus har behandlingsmuligheter som sykehjem ikke innehar. Sykehuset ble sett på som symbolet på god behandling og en verdig død. Det kan antas at pårørende mente at sykehuset er bedre i stand til å lindre ubehagelige symptomer enn sykehjemmet. Studier har avdekket at pårørende ikke er tilfreds med symptomlindring ved sykehjem (9, 10). Et overraskende funn i vår studie var at ingen av pårørende ga uttrykk for at sykehusinnleggelsen hadde vært en belastning for den gamle eller familien. Derimot har andre studier funnet at pårørende var mer fornøyd, når den gamle døde ved

Utilstrekkelig språkforståelse kan føre til kommunikasjonsproblemer mellom helsepersonell og pasienter og svikt ved overføring av informasjon mellom helsepersonell. Gamperiene (32) har undersøkt språkproblemer hos ufaglærte. Kulturelle forhold kan medføre at det å svare nei anses som uhøflig opptreden. Noen svarer derfor positivt uten å ha forstått hva det innebærer og handlingsforløpet kan dermed bli galt (33). Kommunikasjon mellom personalet og pårørende har blitt identifisert som en utfordring med stort forbedringspotensial i sykehjem. Pårørende som var misfornøyd med dødsleiet, trakk frem at de følte seg misforstått av personalet. Pårørende var ikke orientert om at døden var nær og opplevde at de var overlatt til seg selv (17). Dessuten kan mangel på kunnskap om hva man kan forvente seg under et dødsleie være en

 Sykehuset ble sett på som symbolet på god behandling og en verdig død.

sykehjem (8, 11). Fordelen med å behandle pasienter i sykehjem som har tilstrekkelig kompetanse og ressurser, kan være at pasientene får være i kjente omgivelser. Her kan det være lege og pleiere som har hatt kontakt med dem over tid som kjenner deres behov og ønsker. Dette kan fremme kontinuitet i den palliative pleien (14, 29).

Pårørende forventet at sykehjemspersonalet var faglig kompetent og behersket det norske språket godt. Helsetilsynet (30, 31) er bekymret over at en stor andel ansatte i sykehjem har fremmedspråklig bakgrunn.

kilde til angst for pårørende (9). De pårørende etterlyste mer informasjon som var tilpasset deres behov (14). Tillit til personalet og det å kunne stole på at personalet ivaretok deres næres behov var fremtredende i vårt materiale. Flertallet av pårørende i vår studie ga uttrykk for negative erfaringer. Mindretallet var derimot godt fornøyd og trakk frem betydningen av relasjonen til sykepleierne.

Pårørendes inntreden i rollen som den gamles advokat er en faktor som i stor grad kan ha bidratt til sykehusinnleggelse. Pårørende opplevde trolig at personalet ikke

tok deres bekymring på alvor. Det førte til at de nærmest overvåket sin nære og påpekte hva de så ovenfor personalet. Vohras m.fl. (11) studie hadde tilsvarende resultat. Her inntok pårørende, som opplevde at deres forventninger til sykehjemmet ikke ble oppfylt og at deres nære fikk mangelfull omsorg, denne rollen. Pårørende ble mer sensible for endringer i den gamle helsetilstand enn personalet. Det er mye som tyder på at spørsmål om sykehusinnleggelse tas opp for sent med pårørende. I en studie hadde et fåtall av legene innkomstsamtale med pårørende ved sykehjemsinnleggelsen. Spørsmål om sykehusinnleggelse ble ofte tatt opp i forbindelse med akutt sykdom (18).

Et sentralt spørsmål er hva sykehjemspasienten ønsker. I vårt materiale kom kun pårørendes ønsker frem. Pårørende sa ingen ting om hva deres nære hadde ønsket. Det kan være vanskelig å avdekke hva svært skrøpelige

pasienter selv ønsker. Grabowski m.fl. (34) har i sin studie av demente i sykehjem reist spørsmålet «whether families with greater oversight tend to make decisions that promote worse quality of care, or whether worse quality of care promotes greater family oversight.» Vohra m.fl. (12) fant en signifikant forskjell på dokumentasjonen i journalen til sykehjemspasienter som ble overført til sykehus, og de som ikke ble det. I journalen til dem som ikke ønsket sykehusinnleggelse kom pasientenes eget ønske klart frem og var godt dokumentert. Bedret dokumentasjon kan lette arbeidet til både legevaktlege og ansvarlig sykepleier når det skal tas stilling til overflytting til sykehus.

En begrensning ved datamaterialet vårt er at vi ikke benyttet båndopptaker. Det kan ha medført at vi har oversett data og at notatene som ble skrevet, kan representere tolkninger av det pårørende fortalte. For å fore-

bygge dette skrev vi ut notatene etter hvert intervju. I denne delen av datamaterialet fra pårørendeintervjuene er det kun kvinner som har fortalt om sine opplevelser i forhold til sykehjem. Det kan ha medført at vi ikke har fått frem alle sidene ved de ulike faktorene. Dataene våre sier ingen ting om pasientens opplevelse, men det var heller ikke hensikten med studien.

KONKLUSJON

Funnene i vårt materiale tyder på at pårørende ser behov for mer faglært personell ved sykehjem. Dessuten er det indikasjoner for at det er behov for språkopplæring blant de ansatte slik at alle snakker tilstrekkelig godt norsk. Det er behov for økt kompetanse innen palliasjon hos sykepleiere og leger. Kunnskap innen symptomlindring og god kommunikasjon mellom pårørende og personalet er viktig for at pårørende skal oppleve at deres nære får en verdig død ved sykehjem.

REFERANSE

1. Vibe O, Sørbye LW, Grue EV. Hvordan vet du det? – Dokumentasjon i sykehjem. Sykepleien 2003;91:36-9.
2. SSB. Dødsfall av underliggende dødsårsak, etter dødssted. 2007. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/emner/03/01/10/dodsarsak/arkiv/tab-2006-06-01-19.html>. [Nedlastet 21.09.09].
3. SSB. Døgnopphold, liggedager og gjennomsnittlig liggetid, etter kjønn. 1989–2008. 2008. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/emner/03/02/pasient/tab-2009-04-23-05.html>. [Nedlastet 21.09.09].
4. Husebø BS, Husebø S. Sykehjemmene som arena for terminal omsorg – hvordan gjør vi det i praksis? Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125:1352-4.
5. Ranhoff AH, Linnsund JM. Når skal sykehjemspasienter legges inn i sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125:1844-7.
6. Menec VH, Nowicki S, Blandford A, Veselyuk D. Hospitalizations at the end

- of life among long-term care residents. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2009;64:395-402.
7. Sørbye LW, Steindal S. Death and dying in hospital – using the resident assessment instrument for palliative care. Nordisk gerontologisk forening, Oslo. 2008.
8. Wilson SA. Family perspectives on dying in long term care settings. Journal of Gerontological Nursing 1999;25:19-25.
9. Shield RR, Wetle T, Teno J, Miller SC, Welch L. Physicians «missing in action»: Family perspectives on physician and staffing problems in end-of-life care in the nursing home. J Am Geriatr Soc 2005; 53:1651-7.
10. Reynolds K, Henderson M, Schulman A, Hanson LC. Needs of the dying in nursing homes. Journal of Palliative Medicine 2002;5:895-901.
11. Vohra JU, Brazil K, Hanna S, Abelson J. Family perceptions of end-of-life care in long-term care facilities. Journal of

- Palliative Care. 2004;20:297-302.
12. Vohra JU, Brazil K, Szala-Meneok K. The last word: Family members' descriptions of end-of-life care in long-term care facilities. J Palliat Care 2006;22:33-9.
13. Forbes S. This is Heaven's waiting room: end of life in one nursing home. J Gerontol Nurs. 2001;27:37-45.
14. Goodridge D, Bond JBJ, Cameron C, McKean E. End-of-life care in a nursing home: a study of family, nurse and healthcare aide perspectives. International Journal of Palliative Nursing 2005;11:226-32.
15. Travis SS, Bernard M, Dixon S, McAuley WJ, Loving G, McClanahan L. Obstacles to palliation and end-of-life care in a long-term care facility. Gerontologist 2002;42:342-9.
16. Gjerberg E, Bjørndal A. Hva er en god død i sykehjem? Sykepleien Forskning 2007;2:174-80.
17. Kaarbø E. Omsorg og behandling for

sykehjemspasienten i livets slutfase. Bergen: Høgskolen i Bergen. 2007.

18. Husebø BS, Husebø S. Ethiske avgjørelser ved livets slutt i sykehjem. Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124:2926-7.

19. Mitchell SL, Kiely DK, Hamel MB. Dying with advanced dementia in the nursing home. Arch Intern Med 2004;164:321-6.

20. Lamberg JL, Person CJ, Kiely DK, Mitchell SL. Decisions to hospitalize nursing home residents dying with advanced dementia. J Am Geriatr Soc 2005;53:1396-401.

21. Cartwright A, Hockey L, Anderson JL. Life before death. London. 1973.

22. Sørbye LW, Steindal S. Omsorg for døende og deres pårørende – hva har endret seg i løpet av en 30-årsperiode? Omsorg – Nordisk tidsskrift for palliativ medisin 2009;4:37-42.

23. Sørbye LW, Hjort PF, m.fl. Nøkkel-spørsmål i dødspleien: når er tiden inne?

Tidsskr Nor Lægeforen 1979;99.

24. Sørbye LW. A longitudinal study on dying in a Norwegian hospital. International Journal of Palliative Nursing; 2000;6:71-9.

25. Polit DF, Beck CT. Nursing research. Principles and methods. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. 2004.

26. Dolonen KA. Ikke etter planen. Sykepleien.no, 2009: Tilgjengelig fra: http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-nyhet?p_document_id=257704 (Nedlastet 25.01.10).

27. Travis SS, Loving G, McClanahan L, Bernard M. Hospitalization patterns and palliation in the last year of life among residents in long-term care. Gerontologist 2001;41:153-60.

28. Munn JC, Dobbs D, Meier A, Williams CS, Biola H, Zimmerman S. The end-of-life experience in long-term care: five themes identified from focus groups with residents, family members, and staff.

Gerontologist 2008;48:485-94.

29. Wette T, Shield R, Teno J, Miller SC, Welch L. Family perspectives on end-of-life care experiences in nursing homes. Gerontologist 2005;45:642-50.

30. Helsetilsynet. Tilsyn ved Majorstutunet bo- og behandlingssenter i bydel Uranienborg Majorstuen. Oslo. 2002.

31. Helsetilsynet. Rapport fra tilsyn med Hovseterhjemmet. Oslo: Helsetilsynet i Oslo og Akershus. 2008.

32. Gamperiene M. «Health and work environment among women in unskilled occupations». Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin: Universitetet i Oslo. 2008.

33. Selnes E. Vasker seg syke. Oss tilittsvalgte informasjonsblad for tilittsvalgte, 2008.

34. Grabowski DC, Stewart KA, Broderick SM, Coots LA. Predictors of nursing home hospitalization: A review of the literature. Med Care Res Rev 2008;65(1): 3-39.

Les kommentaren på side 147 >>

Les flere anmeldelser på nett



- Alle bokanmeldelser i Sykepleien legges også ut på nett.
- Let og les i vårt bokarkiv på www.sykepleien.no
- Anmeldelsene ligger under menyknappen «**fagutvikling**» øverst til venstre på siden.
- Sykepleien anmelder mest fagbøker innenfor sykepleie, medisin og samfunnsfag, men også noe skjønnlitteratur.