

UNIVERSITETET I
NORDLAND

[Nystad, Lill J.
Jensen, Wanlapa]

Bacheloroppgave

Kandidat nr: 53, 55

Tema: "Den siste fasen"

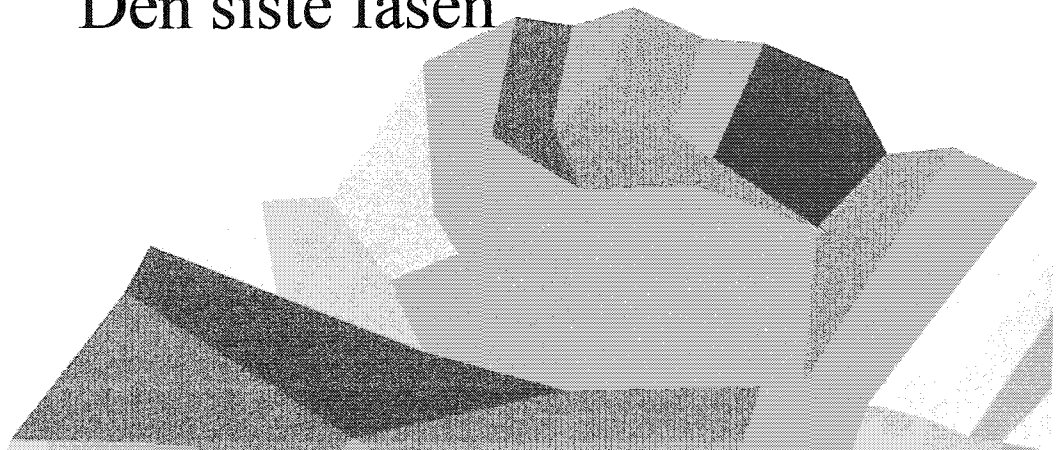
Kurskode: SYN180H

Antall: 8148 ord Total: 29 sider

Innleveringsdato: 25.10.2013

Tema:

"Den siste fasen"



“Hvordan mennesker dør, forblir som viktige minner hos dem som lever videre. Både av hensyn til dem og til pasienten, er det vår oppgave å kjenne til hva som forårsaker smerte og plager, og hvordan vi kan behandle disse plagene effektivt. Det som skjer de siste timene før et menneske dør, kan lege mange tidligere sår, eller forbli som uutholdelige erindringer som forhindrer veien gjennom sorg.”

Cicely Saunders i Husebø, 2001

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	3
1.1 Begrunnelse for valg av tema.....	3
1.2 Problemstilling	4
1.3 Avgrensning	4
1.4 Formålet med bacheloroppgaven	5
1.5 Begrepsforklaring.....	5
1.6 Oppgavens oppbygging.....	7
2.0 Metode.....	8
2.1 Hva er metode?.....	8
2.2 Valg av metode.....	8
2.3 Forskjell på kvalitativ og kvantitativ metode?	8
2.4 Begrunnelse for valg av metode og metodekritikk	9
2.5 Innsamling av data	10
2.6 Presentasjons av artikler.....	11
2.7 Etske overveielser	12
3.0 Teori om Kari Martinsen.....	13
3.1 Kari Martinsens omsorgsteori	13
3.1.1 Avhengighet og omsorg	15
3.1.2 Menneskesyn.....	16
4.0 Teori om kroppen i den siste fasen.....	17
5.0 Drøfting	20
5.1 Sykepleiers rolle.....	20
5.2 Når er døden nært forestående?.....	20
5.3 Medikamenter.....	21
5.4 Omsorg for pasienten.	22
5.5 Hvordan ivareta de pårørende?	23
6.0 Avslutning.....	26
7.0 Litteraturliste	27
7.1 Pensumlitteraturliste.....	27
7.2 Selvvalgt pensum/litteraturliste.....	27
8.0 Vedlegg	29
8.1 Logg for Bacheloroppgaven kandidatnr.:53, 55. Kull 10V.....	29

1.0 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Som sykepleiestudenter har vi i praksisfeltet opplevd og erfart terminalsykepleie samt palliativ behandling tett på oss som menneske og yrkesutøver. Vi har jobbet nært den døende og deres pårørende både igjennom vår praksis som sykepleiestudent, men også vår tidligere jobb som hjelpepleier. Vi har også erfart at terminalomsorgen står ofte overfor etiske dilemmaer, og det blir stadig diskutert hvordan vi som helsepersonell kan gi en best mulig omsorg og pleie til den døende pasient, slik at både pasienten og deres pårørende opplever en helsetjeneste av god kvalitet.

Det vi har med oss fra tidligere yrkespraksis, samt den nye kunnskapen vi har tilegnet oss gjennom sykepleiestudiet, har satt i gang en prosess i oss. Som kommende sykepleiere ser vi terminalsykepleie og palliativ behandling med nye øyne og ønsker derfor å fordype oss på dette området. Vi har sett og erfart hvilke ulike problemstillinger man kan stå overfor fra de ulike perspektivene. Palliativ behandling er en stor utfordring fordi mennesker er ulik også når det kommer til hvilke behov de har i den siste fasen. Det finnes ingen fasitsvar. Vi vil derfor forsøke å få en bedre innsikt gjennom forskning- og faglitteratur.

I tillegg leste vi en historie i media som gjorde inntrykk. Kronikken handler om en person som mistet sin gamle far, og hvor han i sin fortelling antyder at hans far ikke døde av alderdom men av mangel på væske og ernæring (Westerveld, 2012). Er pårørende egentlig godt nok opplyst om hva som skjer med menneskekroppen i det man nærmer seg døden? Hvilke konsekvenser vil det medføre for den døende om pårørende, og alle de som arbeider rundt den døende ikke har en god dialog?

1.2 Problemstilling

Vi har valgt følgende problemstilling:

“Hvordan kan sykepleier styrke kvaliteten ved livets slutt?”

Vi vil fokusere på hva sykepleier kan gjøre for å styrke kvaliteten på det arbeidet som blir gjort rundt den døende og deres pårørende.

1.3 Avgrensning

Terminalsykepleie er et stort og omfattende område som handler om god omsorg og lindrende behandling ved livets slutt. Det krever god kunnskap og tett samarbeid med annet helsepersonell, men også pasientens pårørende. Godt og ofte munnstell, god kroppsvask, snueregime for å forebygge eller avlaste trykksår, smerte- og kvalmelindring, være tilstede, berolige og skåne pasienten for inntrykk fra omgivelsene rundt, som kan gi negativ påvirkning som for eksempel lyder og lukt for å nevne noen.

Vi avgrenser vår oppgave til terminalsykepleie hos eldre over 80 år i sykehjem samt, ivaretagelse av de menneskene som står pasienten nærmest. Pårørende er den personen som pasienten selv har oppnevnt som sin nærmeste. Ofte er pårørende i nær familie med pasienten for eksempel ektefelle, barn eller barnebarn. Men pårørende kan også være en nær venn eller kjæreste. Ettersom vår oppgave begrenses til eldre over 80 år, vil det her være mest naturlig at det er ektefelle og barn som er pårørende. De pårørende vil i vår oppgave bli nevnt der det faller seg naturlig. I denne oppgaven vil vårt hovedfokus dreie seg omsorg og ivaretagelse av den døende pasienten og deres pårørende. Dokumentasjon vil ikke bli nevnt, da det ikke ville vært forenlig med antall ord og tid vi har til rådighet. Vi har valgt å ta med bare de symptomer som viser seg hyppigst, og som oppleves mest ubehagelig for døende pasienter, grunnet oppgavens omfang og tid til rådighet. Medikamenter som en del av den lindrende behandlingen vil ikke være et hovedpunkt, men vi vil likevel berøre temaet siden det er sentralt ved livets slutt.

1.4 Formålet med bacheloroppgaven

Vi ønsker å tilegne oss mer kunnskap om den terminale fasen, palliativ omsorg og ivaretagelse av pasient og deres nærmeste. Vår hensikt er at vi som fremtidige sykepleiere skal kunne møte den døende pasient og deres pårørende på en best mulig faglig- og etisk forsvarlig måte. I tillegg bør vi forholde oss til pasientrettighetsloven for å bidra til å sikre pasienten og pårørende en tjeneste av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Det vil si at loven bidrar til å fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd (Lovdata, 2013).

1.5 Begrepsforklaring

Pasientens pårørende er i pasient- og brukerrettighetslover (§ 1-3 bokstav b) den som pasienten oppgir nærmeste pårørende (Lovdata, 2013).

Helhetlig omsorg er viktig del av det å gi profesjonell omsorg. Det innebærer at du ivaretar hele mennesket som tar utgangspunkt i fire dimensjoner som består av; den fysiske dimensjonen, den psykiske dimensjonen, den sosiale dimensjonen og den åndelige dimensjonen (Brinchmann, 2008).

Smertelindring er en måte å behandle fysisk smerter for å lindre smerter, angst og uro. Smertelindring kan skje på flere måter; medikamentelle eller ikke-medikamentelle (Blix et al., 2006).

Kommunikasjon dreier seg om å utveksle meningsfulle signaler mellom to eller flere parter (Eide et al., 2007).

Terminal fase oppstår når pasienten på grunn av alderdom eller alvorlig sykdom svekkes og den medisinske behandling ikke kan helbrede pasienten (Blix et al., 2006).

Etisk dilemma handler om verdi som står på spill, eller om konflikt mellom ulike verdier. Det utgjør en valgsituasjon mellom to eller flere verdier der begge alternativer er ønsket eller alternativer som begge medfører uønskede konsekvenser (Brinchmann, 2008).

Respekt. Grunnlaget for at alle mennesker skal ha respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Respekt for det enkelte menneskets egenverd innebærer at pasientens individuelle verdisystem og livsstil alltid må tas i betraktning når omsorgen planlegges og gjennomføres (Yrkesetiske retningslinjer, 2011).

Personlig hygiene. Menneskets allmenntilstand er i stor grad avhengig av hvordan personlig hygiene blir tatt hånd om. Personlig hygiene innebærer å fremme helse, forebygge sykdom og oppleve velvære (Blix et al., 2006).

Sorg er en universell og naturlig prosess, en spontan reaksjon på viktig tap, og for noen kan det oppleves som en krise (Bredland et al., 2011).

Krise oppstår når personer står overfor en alvorlig og vanskelig livshendelse. De har behov for støtte, medmenneskelig kontakt og noen å dele tanker og følelser med (Eide et al., 2007).

Håp innebærer positive forventinger til hva som er mulig på kort eller lengre sikt (Eide et al., 2007).

1.6 Oppgavens oppbygging

Oppgaven består av 6 deler: Innledning, metode, teori, drøfting, avslutning og litteraturliste.

Innledningsdel har vi redegjort for bakgrunn for valg av tema, problemstilling, avgrensning, formålet med bacheloroppgaven, begrepsforklaring og oppgavens oppbygning. På denne delen kan leserne få et innblikk i hva oppgaven handler om. Deretter legges oppgaven til en standardisert oppgaveteknisk utforming som består av metodedel, teoridel, drøfting, avslutning, litteraturliste og logg.

I metodedelen er det gjort rede for hva metode er, valg av metode, forskjell på kvalitativ og kvantitativ metode, begrunnelse for valg av metode og metodekritikk, innsamling av data, presentasjon av artikkel og etiske overveielser. Videre følger teoridelen. Her gjør vi rede for aktuell teori, knyttet opp mot valg av tema og problemstilling. Dette blir drøftet i drøftningskapittelet som følger etter teoridelen.

Deretter kommer en avslutningsdel hvor vi får frem hovedpoenger. Vi reflekterer over det vi har skrevet for å formulere dette kortfattet. Helt til slutt en oversikt over pensum- og selvvalgt litteratur, samt artikler og funn på internett som har vært med på å bygge opp om oppgaven. Vi har et ønske om å ha en rød tråd mellom de ulike delene av oppgaven, for å skape et så helhetlig og oversikkelig resultat som mulig.

2.0 Metode

2.1 Hva er metode?

I følge Tranøy i Dalland (2008:83) defineres metode som en fremgangsmåte for å frembringe ny kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare. Metoden vi benytter skal fortelle oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Grunnen til at vi velger en metode er i følge Dalland (2008) at den skal gi oss gode data og belyse problemformuleringen vår på en faglig interessant måte.

Vilhelm Aubert i Dalland (2008) definerer hva en metode er slik:

“En metode er enn fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metode” (1985: 195).

2.2 Valg av metode

Vi benytter litteraturstudium som Dalland (2008) sier er å skrive oppgave bygd på kunnskap fra bøker og andre skriftlige kilder som allerede er tolket av andre. Det vil si at uansett om vi bygger på data fra egen undersøkelse, egne erfaringer, data fra skriftlige kilder eller en kombinasjon av disse, vil vi alltid måtte forholde oss til litteraturen i faget. Litteraturgjennomgangen hjelper oss til å finne teori som kan hjelpe oss til å forstå vårt problem eller kanskje gi arbeidet vårt en ny retning (Dalland, 2008).

2.3 Forskjell på kvalitativ og kvantitativ metode?

I følge Dalland (2008) er kvantitativ metode en metode hvor man tar for seg tall og det som er målbart. Kvantitativ metode er mer omfattende enn kvalitativ metode, det vil si at man benytter spørreskjema med svaralternativer. Informasjonene man får ut av å bruke kvalitativ metode kan hverken tallfestes eller måles, i motsetning til den kvantitative. Kvalitativ metode brukes for og karakteriserer et bestemt fenomen og vektlegger situasjoner og opplevelse fra feltet. Kvalitativ metode går dypere i litteraturen, er mer fleksibelt og har ikke faste svaralternativer. Både kvantitativ og kvalitativ metode tar i følge Dalland (2008) sikte på å bidra til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, samt hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler.

2.4 Begrunnelse for valg av metode og metodekritikk

Vi har valgt å bruke litteraturstudium, fordi vi mener at denne metoden passer best til å belyse vår problemstilling. Bakdelen med et litteraturstudium kan være at materialet først er tolket av forfatteren og så blir tolket av oss. Dette gjør at det finnes rom for misforståelse og feiltolkninger eller at oppgaven vår kan bli farget av våre erfaringer og meninger (Dalland, 2008). Derfor mener vi at det er viktig at vi er kritisk til innholdet. Vi vil også bruke vår erfaring fra praksisfeltet.

Vi bruker kvalitativ metode som er en fremgangsmåte for å løse et problem og komme frem til ny kunnskap. Kvalitativ metode hjelper oss til å samle inn data. Det vil si all informasjon som vi trenger til undersøkelsen vår (Dalland, 2008:83). Her bruker vi pensumlitteratur, bibliotek, artiklene, database til vår undersøkelse. Vi tenker også på hvem som kan ha nytte av den nye kunnskapen. Det kan være studenter, informanter, institusjoner eller en organisert gruppe. Vårt arbeid kan bringe nye perspektiver inn i utdanningen og vise eksempler fra det som foregår i praksisfeltet.

Hver enkelt del av oppgave har vi benyttet både pensum- og selvvalgt litteratur, samt artikler, medier og database gjennom universitetets bibliotek database bibsys. I innledningsdelen har vi tatt frem viktige begrep som er fra pensumlitteraturen som vi mener er relevant for vår problemstilling. I metoddelen benytter vi oss for det meste av boka Dalland (2008), som handler om metode og oppgaveskriving for studenter. Boken hjelper oss oppgaveteknisk, samt forteller oss hvordan vi skal skrive en bacheloroppgave. I teoridelen bruker vi sykepleieteoretiker Kari Martinsens bok. Hennes bok handler om omsorg og ble publisert i år 2003. Boken er 10 år gammel og vi er derfor kritisk til litteraturens alder, men vi har allikevel vurdert boken som relevant for vårt tema. Vi har derfor valgt å bruke den i vår oppgave. Den andre handler om sykepleie for menneskets grunnleggende behov og er publisert år 2006, av Støre Blix og Breivik. Vi har valgt et kapittel som omhandler kroppen i den siste fasen fra denne boken. Vi bruker også en hefte som er skrevet av Husbø og Husbø, publisert i år 2001. Vi mener at den har nyttig informasjon om kroppen i den siste fasen og har derfor valgt å ta den med i teoridelen. I drøftingsdelen har vi benyttet lærebøker, fagbøker og artikler som inngår i vårt pensum, i tillegg har vi benyttet universitetets database bibsys. Her knytter vi diskusjon til studiet og kan gi oversikt over de mest innflytelsesrike forfatterne innenfor faget.

2.5 Innsamling av data

I vår oppgave tar vi utgangspunkt i kvalitativ metode som pensumlitteratur, bibliotek, artikler, database og selvvalgt litteratur. Det er nyttig å innhente kilder som er utenom vår pensumlitteratur for å fordype oss i vår problemstilling.

Vi har ved innsamling av data benyttet informasjonskilder som Universitetets nettbibliotek BIBSYS, SveMed+, lovdata og tidsskriftet sykepleien.no/forskning. Vi har funnet flere artikler som inngår i vårt tema. Vi benytter også vår yrkeserfaring fra tidligere og har forskjellige argumenter fra vår tidligere erfaring som vi bruker i forhold til diskusjonsdelen. Vi har brukt BIBSYS til å se over selvvalgt litteratur som vi benytter i oppgaven. Vi brukte SveMed+ gjennom Universitetets nettbibliotek for å søke etter artikler. Der benyttet vi søkeordet: "Livets slutt" som gav 20 treff. 9 av artiklene var fra og med år 1990 til og med år 2000. Mens resten var frem til år 2013. Søkeordet: "Sykehjemmet" resulterte i 6 treff hvor den eldste artikkelen var publisert i år 2001 og den nyeste var fra år 2012. Søkerord: "Terminal fase" gav 6 treff. Eldste artikkel her var fra år 2002 og nyeste år 2013. Søkeord: "Palliativ behandling" gav 836 treff hvorav de første 50 treffene var fra år 2013. Søkeord: "Omsorg ved livets slutt" gav 13 treff. Eldste artikkel var fra år 1990 mens den nyeste var fra år 2012.

Vi har valgt ut følgende artikler som vi finner relevant i forhold til vår problemstilling. Ved å benytte søkeordet "Livets slutt" i databasen SveMed+ fant vi en internasjonal artikkel som handler om "Omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem". Den andre artikkelen vi valgt å bruke fant vi også i database SveMed+. Vi brukte søkeordet "Terminal fase". Det er en forskningsartikkel som handler om "Sykehjemmene som arena for terminal omsorg – hvordan gjør vi det i praksis". Begge artiklene er godkjent av vår veileder.

Vi har benyttet både primærlitteratur og sekundærlitteratur i oppgaven vår. Primærlitteratur er originalartikler og teoretiske artikler. Det betyr at originalartikler er forskningsartikler som presenterer nye studier for første gang, mens teoretiske artikler handler gjerne om nye teorier med utgangspunkt i forskning som allerede er publisert. Sekundærlitteratur er oversiktsartikler som inneholder tolkning av andres arbeid. Det vil si artikler som tar opp og vurderer kritisk forskning som allerede er presentert i vitenskapelige tidsskrifter, eller de gir en oppsummering av forskning innenfor et felt (Dalland, 2008: 80-81). Primærlitteraturen vi benytter i oppgaven er pensumlitteratur, pasient- og brukerrettighetslover (§ 1-3 bokstav b), internasjonal- og

forskningsartikler. Sekundærlitteraturen vi benytter er fra Universitetets bibliotek hvor vi lånte noen bøker og søkte i databaser.

2.6 Presentasjon av artikler

Vi har gjennomgått flere artikler vi mener er relevant i vår oppgave. Det er to hovedartikler som vi synes at det er relevant for å bruke i vår diskusjons del.

Artikkel "*Omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem*" (Wille og Nyrønning, 2012) er en internasjonal artikkel som tar utgangspunkt i omsorg og behandling ved livets slutt. Bakgrunn for artikkelen er at det i dag er mange eldre som har bedre helse og kan være selvhjulpne i lang tid. Dette kan føre til at eldre har store hjelpebehov på grunn av sykdom og skrøpeligheit. I dag er det 20,000 pasienter som dør i norske sykehjem. 40 % av disse utgjør alle dødsfall i Norge. Wille og Nyrønning sier at kunnskap og kompetanse er en viktig forutsetning for de ansatte som jobber i sykehjem fordi den kan sikre kvaliteten i pleie og omsorg av døende pasienter i sykehjem. Det er ikke bare medisinsk- og symptomlindring som er god lindrende behandling, men også nærvær, støtte og forståelse i en krevende livssituasjon. Det blir brukt prosjektmedarbeidere som hjelper de ansatte til å oppdatere kunnskap og kompetanse ved livets slutt. Prosjektet er basert på egne erfaringer, samt nasjonale faglige anbefalinger der det ble utarbeidet et veiledningshefte som inneholder råd og anbefaling for omsorg og behandling ved livets slutt i kommune sykehjemmene. Men det er ikke tiltrekkelig å oppdatere kunnskap og kompetanse, det må også legges til rette for kompetanseheving og muligheter for kontinuerlig faglig oppdatering som en integrert del av virkesomheten.

Artikkelen "*Sykehjemmene som arena for terminal omsorg – hvordan gjør vi det i praksis?*" (Husbø og Husbø, 2005). Bakgrunn for denne artikkelen er at det hvert år er stadig flere dødsfall, noe som gjør at det kreves flere plasser, både i sykehus og sykehjem. I dag har Norge 39 000 på sykehjem og 13 700 i sykehus. I 2002 døde 44 401 personer i Norge, derav 17 867 i sykehus og 17 275 i sykehjem. I 1998 ble det gjennomført et femårig nasjonalt prosjekt: *Hospice og palliative care for gamle*. Prosjektet har til hensikt at alle gamle skal bli møtt med optimal lindrende behandling. Det ble utført undervisning og konferanser som hadde over 6000 deltakere. I tillegg har Husbø og Husbø (2005) utgitt brosjyren på fem språk "*De siste dager og timer*" som blir brukt som veileder til lindrende behandling i eldreomsorgen i flere kommuner. Husbø og Husbø (2005) sier at sykehjem er et sted som

egner seg godt til omsorg ved livets slutt for de gamle. Her skal pasientene bli møtt med nødvendig kompetanse og ressurser for lindrende behandling i den siste fasen. Det er et stort flertall av døende pasienter som krever lindrende behandling med morfin. Ikke minst er kommunikasjon, etiske avgjørelser og smertebehandling til de døende pasientene viktig for et godt grunnlag i forberedelse til den siste fasen. De døende får ofte dyspne og dødsralling i den terminale fasen. Det er derfor Husbø og Husbø i denne artikkelen beskriver legens sentrale utfordringer i møte med døende pasienter i eldreomsorgen for å sikre at dødsprosessen ikke blir belastende forlenget. Et mål i norske sykehjem er å gi lindrende behandling som unngår unødige og sterkt belastende sykehusinnleggelse for de eldre som er døende.

2.7 Etiske overveielser

Når en anvender litteraturstudium stilles det ingen krav til anonymisering og taushetsplikt. Dette er allerede gjort av forfatterne av den litteraturen vi benytter. Det er viktig at man gjengir det man bruker av litteratur. Vi skal gjøre rede for alle de kildene som vi har brukt i arbeidet. Da er det viktig med henvisning til forfatternavn, utgivelses år, tittel på bøker/artikler (Dalland, 2008: 281-282).

Sykepleiere opplever ofte situasjoner der de må foreta valg mellom to eller flere verdier der begge alternativer er ønsket eller alternativer som begge medfører uønskede konsekvenser (Brinchmann, 2008: 43). Etikk er viktig for sykepleieres yrkesrolle. Derfor skal sykepleier være kjent med yrkesetiske retningslinjene som omhandler sykepleierens forhold til pasienten, pårørende, profesjonen, medarbeidere, arbeidssted og samfunn (NSF 2007 i Brinchmann, 2008: 99). Yrkesetiske retningslinjene skal være sykepleierens viktigste verktøy i møte med etiske dilemma, og at de skal ha høy grad av anvendbarhet og legitimitet i klinisk praksis, i utdanning og overfor myndighetene (s.98).

Noen situasjoner som vi har opplevd gjennom praksis, vil være fortalt i vår oppgave. Da er det viktig å anonymisere erfaringene våre slik at det ikke kan spores tilbake til en aktuell situasjon og involverte personer (Dalland, 2008: 282).

3.0 Teori om Kari Martinsen

Vi har valgt Kari Martinsen som sykepleieteoretiker. Hun er en norsk sykepleier som har skrevet mest om sykepleiens natur og hun har magistergrad i filosofi. Hennes magistergradutdanning gjelder sykepleiens historie hvor hun utvikler sin omsorgsfilosofi gjennom et langt forfatterskap (Kristoffersen, 2008: 59). Når hun har skrevet en magistergradsavhandling i filosofi, trekker hun fenomenologi og Marx' tenkning inn i sykepleiefeltet som gjelder det praktiske feltet. Etter hvert velger hun Løgstrup som er utdannet teolog og arbeider med Løgstrups tekster (Martinsen, 2003). Hennes utgangspunkt er å arbeide med Løgstrups tenkning for å studere hvordan mennesker påvirker hverandre ut fra situasjoner som sykepleiere er involvert i med pasienter, pårørende og medarbeidere (Martinsen, 2012: 11-14). Martinsens arbeid tar utgangspunkt i sykepleiefaget som er bygd opp omkring begrepet omsorg. Hun mener at mennesker ikke kan leve i isolasjon fra andre. og det mest grunnleggende i menneskets tilværelse er at mennesker er avhengig av hverandre (Kirkevold, 2012: 169).

3.1 Kari Martinsens omsorgsteori

Martinsen (2012) fremhever at omsorg er et ontologisk fenomen. Det vil si at omsorg er en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv, og at vi er avhengig av hverandre. Martinsen (2012) sier i situasjonene som både grunnvilkår og bærende, livsbekreftende fenomener, som begge kan betegnes som ontologiske. Det vil si at vi er avhengige hverandre som er et grunnvilkår vi lever under. I tillegg er forståelsen av den andres situasjon en forutsetning for å kunne handle omsorgsfullt (Kirkevold, 2012: 171). Martinsen (2003) forklarer dette slik at

“For at vi skal kunne forstå hverandre, må det være noe som binder oss sammen i en type fellesskap, for eksempel felles normer, regler, behov eller virksomheter. Vi må dele en dagligverden hvor vi har noe felles (s.69)”

Sykepleie som omsorg er viktig fordi den kan skape sanselig åpenhet og nærvær, slik at sykepleieren kan forstå pasientens lidelseshistorie. Derfor må sykepleieren ha et personlig forhold mellom pasient og sykepleier som kan kjenne og forstå pasientens livs- og lidelseshistorie. Dette fører til god omsorg og det kan lindre lidelse og gir rom for og frigjør pasientens livsmot (Kirkevold, 2012: 176).

Omsorg handler også om hvordan vi forholder oss til hverandre. Hvordan en kan være med eller sørge for andre. Dette bør ha med forståelse å gjøre. Det vil si at vi skal kunne forstå hverandre og dele dagligverden hvor vi har noe felles (Martinsen, 2003 : 69). Fundamentale kvaliteter ved omsorgen kan oppsummeres i tre punkter:

- Omsorg er en sosial relasjon
- Omsorg har med forståelse for andre å gjøre
- Skal omsorgen være ekte, må en forholde seg til den andre ut fra en holdning som anerkjenner den andre ut fra hans/hennes situasjon (Martinsen, 2003: 71).

Martinsen (2003) sier at omsorg er et overgripende og samlende begrep for alle. Det er ulike sider ved omsorgsbegrepet som Martinsen forklarer; omsorg i dagliglivet og omsorg som yrkeskompetanse (Martinsen, 2003: 14). Omsorg i dagliglivet kan forklares på tre måter. For det første er omsorg et relasjonelt begrep som tar utgangspunkt i et kollektivt basert menneskesyn hvor det grunnleggende er at vi er avhengige av hverandre. Prinsippet om ansvaret for svake kan begrunnes ut fra at vi alle er avhengig av hverandre. Martinsen (2003) sier vi kan komme i den situasjonen at vi vil kunne komme til å ha behov for hjelp av andre. For det andre er omsorg et praktisk begrep som betyr at vi gir omsorg til, og tar vare på den andre uten å forvente noe tilbake. For det tredje har omsorg en moralske side som har med livsførsel å gjøre, og hvordan vi er i relasjonen gjennom det praktiske arbeidet. Det vil si at omsorg må læres gjennom verdifull erfaring som for eksempel; prinsippet om ansvaret for svake må læres gjennom praksis (Martinsen, 2003: 14-17). Martinsen sier at å lære omsorg som yrkeskompetanse forutsetter en bevissthet om praktikerkunnskapens betydning. Praktisk erfaring er en viktig del av modellbyggende kunnskap. Det vil si at erfaring er et nøkkelord for den kyndige som handler om å ha evne til å se situasjonen som en helhet (Martinsen, 2003: 21-24).

3.1.1 Avhengighet og omsorg

Mange mennesker har perioder i livet der risikoen for å kunne bli avhengig av andre oppstår. Det kan være sykdom, svekkelse og at man forfaller på ulike måter. Avhengighet blir forstått som det og ikke være selvhjulpen og det kan føre til mangel på respekt og anseelse hos andre og også til lav selvrespekt. Begrep "Avhengighet" er blitt forstått i nær sammenheng med omsorg. Omsorgen settes oftest i sammenheng med en form for avhengighet som består i at man ikke er selvhjulpen. Dette fører til mangel på respekt og anseelse hos andre og også til lav selvrespekt (Martinsen, 2003: 43-44).

"Men det er ikke alltid det er avhengigheten i seg selv som er så lavt verdsatt, for den viser til relasjoner til medmennesker på ulike plan. Men når avhengighet blir forbundet med det å ikke være selvhjulpen, vil man nettopp mangle det som i vår kultur er sett på som verdifullt, slik som arbeid, helse og rikdom. Det er overveiende positive størrelser som det er negativt å være foruten" (Martinsen, 2003: 44).

Omsorgarbeidet har ulike karakteristiske sider; mottakeren befinner seg i en ikke-selvhjulpen situasjon, omsorgrelasjon innebærer ansvar og forpliktelse fra omsorgsutøverens side og omsorgsrelasjonen er basert på generalisert gjensidighet, det vil si at vi gir omsorg til andre uten å forvente noe tilbake. Oppgaven i omsorgarbeidet er å ta vare på mennesker som ikke kan ta vare på seg selv, og hvor omsorg som kvalitet er til stede i forholdet til dem som det skal sørges for (Martinsen, 2003: 75). Vi gir omsorgen overfor ikke selvhjulpne mennesker. Det kan være barn, syke, gamle, funksjonshemmede. For å gi omsorg til andre, tar vi utgangspunkt i mottakerens situasjon, ikke av tjenestens karakter i og for seg (Martinsen, 2003: 73).

3.1.2 Menneskesyn

Martinsen sier at menneskets liv er forbundet med andre menneskers liv. Det vil si at menneskesyn bygger på en verdioppfatning der relasjoner blir sett på som det fundamentale i menneskelivet. Hun betegner sitt menneskesyn som kollektivistisk som inneholder fellesskapet og ikke enkeltindividet. For å utvikle sin selvstendighet og realisere seg selv er mennesker avhengig av andre mennesker, mener Martinsen (Kristoffersen et al, 2008: 61). I tillegg mener hun også at humanismen vektlegger individet på bekostning av fellesskapet. "Menneskets vesenstrekk er at det er til for andres skyld – for sin egen skyld" (Martinsen, 2003: 69).

Dette menneskesynet er en del av betydningen for synet på omsorg. For å forstå omsorg positivt, forutsetter det et kollektivistisk menneskesyn. Martinsen sier at et kollektivistisk menneskesyn gjør avhengigheten til andre på en positiv måte som setter rammene for hennes frihet. Hvis det er en misforståelse, vil det kunne føre til passivitet (Martinsen, 2003: 47). Kollektivistisk menneskesyn er ikke bare omsorg for et relasjonelt, men også et moralsk begrep som Uffe Juul Jensen sier:

"Det moralske ansvar udspringer af, at vi som mennesker altid er afhængige af andre mennesker. Denne afhængighed beyder, at nogle mennesker (som enkeltindivider eller grupper) får magt over andre mennesker. Det moralske ansvar kommer til udtrykk, når vi sørger at værne den svage part i et afhængighedsforhold mod en magtudøvelse, der tilsidesætter den svage parts interesser" (Jensen i Martinsen, 2003: 47).

For at mennesker skal forstå hverandre, kreves det situasjonsforståelse av menneskets livssituasjon, i grupperes vilkår og i hva som er menneskelige muligheter og begrensninger i situasjonen. Omsorg vil hjelpe til å forstå den andre ut fra en situasjonsforståelse og å møte den andre ut fra tillit i samhandlingssituasjoner hvor begge parter blir deltakere (Martinsen, 2003: 51-52).

4.0 Teori om kroppen i den siste fasen

De døende har omfattende fysiske, psykososiale og sjelelige behov (Husebø og Husebø, 2005). I sluttfasen av livet ligger utfordringen ofte i å vurdere hva som er riktig behandling og vurdere når pasienten er døende. Hos mennesker med alvorlige sykdommer ser man en gradvis reduksjon i allmenntilstanden ettersom sykdommen utvikler seg. Når døden nærmer seg, finner det sted en del typiske endringer hos den syke.

Støre Blix og Breivik (2006) sier at omsorg for den døende er en krevende oppgave for sykepleieren. Hva ligger i begrepet en god død, er antakeligvis svært individuelt og avhenger av situasjonene vedkommende befinner seg i.

”Det betyr ikke så meget hvordan man ble født, men det har endelig meget å si hvordan man dør”
(Søren Kierkegaard i Husebø og Husebø, 2005).

Den lindrende behandlingen tar sikte på en god og verdig død og starter når den medisinske behandlingen ikke kan helbrede pasienten, og varer helt til døden inntreffer (Støre Blix og Breivik, 2006).

Som fremtidige sykepleiere skal en vite hva som skjer i kroppen når døden nærmer seg, samt gjenkjenne de symptomer som oppstår. Vi må forstå hva som skjer i kroppen for å vite hvordan en skal utføre en god palliativ behandling til den døende og gi god informasjon til de pårørende (Støre Blix og Breivik, 2006).

Husebø og Husebø i Støre Blix et al. (2006) viser til en del grunnleggende forutsetninger som kan være til hjelp når en skal vurdere om pasienten er døende.

- Pasienten lider av alvorlig progressiv sykdom med dårlig prognose
- Pasienten er sengeliggende og svært redusert
- Pasienten viser tiltakende forvirring og/eller bevisstløshet
- Pasienten viser mindre interesse for å ta til seg næring
- Pasienten viser lite interesse for sine omgivelser
- Pasienten utsettes for en eller flere livstruende komplikasjoner

Når pasienten kommer i den terminale fasen vil symptomer på sirkulasjonssvikt gradvis fremtre. Dette gir følger for alle organene i kroppen etter hvert som oksygentilførselen blir redusert. Huden blir kaldere samt leppene og negler cyanotiske. Det vil si at huden vil bli blek og blålig. I ansiktet kan en ofte se et annet ”drag”, øynene blir mer innsunket og nesene mer fremtreden. Det vil oppstå cheyne-stokes respirasjon, som betyr at pasienten puster dypt og rask for deretter å ha en pustestopp. En kan høre surklelyder fra luftveiene fordi pasienten ikke lenger har krefter til å hoste opp sekret på egen hånd (Støre Blix og Breivik, 2006).

Pasienten ligger ofte i en døs, tap av bevisstheten skjer som regel gradvis. Enkelte pasienter er rolige mens andre er urolige og strever med angst. Den døende er også som oftes klar over hva som skjer rundt han, de både hører og oppfatter selv om en ikke kan se tydelige tegn på at de gjør det. I følge Støre Blix og Breivik (2006) er hørselssansen den siste som svekkes. Pulsene blir stadig svakere helt til den opphører. Musklene blir gradvis slappere og kontrollen over lukkemuskler opphører. Dette vil ofte føre til inkontinens for urin og avføring. Etter hvert vil også produksjon av urin opphøre. Ødemer i huden er ikke uvanlig og det kan lukte annerledes enn det normale på grunn av at metabolismen forandrer seg (Støre Blix og Breivik, 2006).

Terminal hjertesvikt er i følge Husebø og Husebø (2001) et av symptomene som oppstår når døden er nært forestående. Denne fasen kan vare over timer eller dager og medfører ofte ubehag for pasienten. De vil plages av dyspnoe, angst, panikk og smerter fordi de opplever en følelse av å bli kvalt dersom ikke god lindrende behandling gis. Den eneste lindrende behandlingen er å gi morfin som gjør at en rask og overfladisk respirasjon forandrer seg til en jevn og normofrekvent og dyp respirasjon som vil gjøre at O₂-opptaket blir forbedret og dermed gir avlastning på hjertets arbeid (Husebø og Husebø, 2005).

Dødsralling er et av de hyppigste symptomer som oppstår og forekommer som regel de siste timene før døden inntreffer. Det kjennetegnes av en støyende respirasjon som oppstår når pasienten er bevisstløs eller bevissthetsreduert og ikke lenger er i stand til å hoste opp eller svelge slim fra de store luftveiene. Symptomet sees hos 2 av 3 døende. På grunn av at pasienten har nedsatt bevissthet er det noe usikkert hvor stor grad de plages av dette. Lindrende behandling vil fremfor alt være bruk av antikolinerge midler, væskerestriksjoner og informasjon (Husebø og Husebø, 2005).

Støre Blix og Breivik (2006) sier at det skal fokuseres bare på lindrende behandling og ikke sette i verk livs forlengende behandling. Mange døende pasienter slutter å ta til seg mat og drikke når de har nådd terminalfasen. Venborg og Forman (2000):I Støre Blix og Breivik (2006), sier at som hovedregel skal ikke væske gis intravenøst eller i sonde da dette vil kunne forlenge og forverre dødsprosessen. Rosland et al. (2006) sier at en avklaring angående væske og er næring er viktig i den terminale fasen. Videre sier de at det ikke er indikasjon for å gi enteral eller parenteral ernæring til den døende. Støre Blix og Breivik (2006) sier at tilførsel av væske eller ernæring vil øke problemene til pasienten ved at det kan oppstå økt produksjon av sekret, hjertesvikt og blærekateter. Husebø og Husebø (2005) sier at det ikke foreligger noen studier som viser at den subjektive opplevelsen av tørste kan lindres gjennom intravenøs eller subkutan væsketilførsel.

Husebø og Husebø (2005) mener at sykehjemmene har gode forutsetninger for å sikre de gamle den lindrende behandlingen og omsorgen de trenger i deres siste fase, men at både leger og pleiepersonalet må ha nødvendig kompetanse og hensiktsmessige holdninger. Husebø og Husebø (2005) sier at det er et stort behov for etter- og videreutdanning innenfor palliativ behandling. De mener den fremtidige satsningen bør skje mot eldreomsorgen og kommunehelsetjenesten. Dette fordi at de har ansvaret for mer enn 50 % av de døende og mer enn 80 % av de døende gamle.

5.0 Drøfting

I denne delen tar vi utgangspunkt i vår problemstilling og drøfter den opp mot den litteraturen, artiklene og egne erfaringer vi fant relevant i forhold til vår tema. I gjennom drøftingen belyser vi områder og tema ved vår problemstilling som vi selv mener er viktig for å styrke kvaliteten i den siste fasen.

5.1 Sykepleiers rolle.

Om vi som fremtidige sykepleiere skal kunne bidra til å styrke kvaliteten i livets slutfase må vi ha evnen til og utøve god omsorg og pleie. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) sier at vi har ansvar for å lindre lidelse, og bidra til en naturlig og verdig død. Men vi må også forstå viktigheten av det tverrfaglige samarbeidet. Som kommende sykepleiere skal vi holde oss oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen vårt fagområde, og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011). Vi mener et tett og åpent samarbeid med legen, pasienten selv og de pårørende kan bidra til å styrke kvaliteten ved livets slutt. Som sykepleiere skal vi fremme åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011).

5.2 Når er døden nært forestående?

Hos gamle sykehjemspasienter med ulike diagnoser, vil tilsynslegen som kjenner pasienten godt, kunne forutsi at dødsfallet er nært forestående. Dette viste seg i en undersøkelse der man for 85 % av dødsfallene kunne dokumentere at det var forventet (Husebø og Husebø, 2005). Tegn på at døden er nært forestående kan vise seg i mange forskjellige symptomer. Som student i praksis kunne vi observere at den døende pasienten ofte var søvnig, hadde økt fysisk svekkelse samt at interessen for å ta til seg næring og væske avtok. I følge Rosland m.fl (2006) mister pasienten også interessen for omgivelsene og bevisstheten sløres. En ser også at orienteringsevnen reduseres med tiltagende forvirring. I praksis så vi at pasienten ofte ble cyanotisk på negler og lepper samt blåmarmorert på hender og bena. Årsaken til dette er sirkulatorisk svikt. Et annet symptom man ser når døden er nært forestående er cheyne stokes respirasjon som vil si at pasienten har pustestopp over kortere eller lengre tid. Rosland m.fl. (2006) sier at huden blir kald og blek og pulsen uregelmessig. Videre sier de at pusten forandrer seg til hurtig og langsom eller dyp og overflatisk med pustestopp.

Hos mange døende ser en respirasjonsproblemer som følge av terminal hjertesvikt, hvor pasienten kan oppleve at han ikke får nok luft. Respirasjonen kan øke i frekvens (tachypnoe) noe som for pasienten kan oppleves som smertefullt (Blix og Breivik, 2006). En slik tilstand oppleves svært skremmende for den døende og kan derfor gi pasienten panikk og dødsangst. Denne fasen med terminal hjertesvikt kan vare over timer eller dager. Det er i følge Husebø og Husebø (2005) svært viktig at disse pasientene blir møtt med kompetent behandling da en undersøkelse viste at hos hele 80 % av de døende oppstår dette symptomet. Riktig medisinsk behandling og god omsorg vil kunne gi disse pasientene en stille og fredelig død uten åndenød, angst, panikk eller smerter.

Når pasienter ligger for døden er det ikke uvanlig at de opplever smerter som følger av dødsprosessen. Vi kan da gjennom god observasjon av både ansiktsuttrykk, lyder og non-verbal kommunikasjon kunne se dette. For eksempel har vi som studenter observert at det i en stillesituasjon vil smertene kunne bli tiltagende og komme til uttrykk i pasientens ansikt eller i form av lyder. Hos den døende vil smerten ofte kunne forårsake angst. Hos døende pasienter ser man to typer smerte, den indre smerten som er psykisk og den fysiske smerten forårsaket av dødsprosessen. Disse plagene vil kunne gi pasienten reaksjoner både fysisk og psykisk som depresjon, angst og apati. Da trenger pasienten nærhet og å ha noen tilstede hos seg, samt smertestillende eller angstdempende medikamenter (Karoliussen et al., 2004: 858).

5.3 Medikamenter.

Når det gjelder lindrende behandling i form av medikamenter, må sykepleieren ha en god dialog med legen. Han er den eneste som kan forordne medikament ut i fra pasientens behov og symptombylde. I praksis er det legen som delegerer denne oppgaven til oss som sykepleier. Som sykepleiere har vi i følge Simonsen et al.(2004) da også ansvaret for å observere effekten av behandlingen. Som sykepleiere er det vårt ansvar og effektivere legens ordinasjon. I praksis betyr dette at vi er ansvarlige for at rett legemiddel gis til rett pasient, i rett legemiddelform, i rett dose, på rett måte, til rett tid og med rett informasjon (Simonsen et al., 2004). God lindrende behandling må i følge Nyrønning og willie (2012) være basert på et helhetlig omsorgsprinsipp, som ikke bare innebærer medisinsk behandling og symptomlindring, men også nærvær, støtte og forståelse i en krevende livssituasjon

5.4 Omsorg for pasienten.

Helhetlig omsorg er et mål for pasientens livskvalitet. Omsorgen tar utgangspunkt i et kollektivt basert menneskesyn hvor vi er avhengig av hverandre. Vi kan alle komme i den situasjon at vi vil komme til trengte hjelp fra andre (Martinsen, 2003: 14-15). I livets slutfase skjer det mange ting som virker skremmende. Det krever evne til innlevelse i pasientens og pårørendes situasjon. Som fremtidige sykepleiere må vi bruke empati, som er å bruke følelsene som en ressurs for å forstå en annens situasjon (Brinchmann, 2008: 151).

I praksis er det å kunne anvende empati helt nødvendig for å kunne kommunisere godt. Det er viktig for å kunne oppfatte pasientens bekymringer og andre følelsesmessige anliggender, som ofte kommuniseres valgt og indirekte (Butow mfl i Eide 2004 i Eide og Eide, 2007: 37). Vi har som sykepleierstudenter i praksis gjort oss den erfaring at døende pasienter sover mye i den siste fasen. Dette synes pårørende er veldig trist og vanskelig fordi de ikke kan snakke med den døende. Vi vet ikke hva bevisstløse personer kan høre, men bevisstheten hos den døende kan være større enn evnen til å svare. Derfor er det viktig å snakke til han/hun fordi bevisstløse sannsynligvis kan høre alt vi sier. Vi vet ikke hva pasienten vil men vi kan gi god omsorg gjennom empati som vi viser ved å snakke til han/hun. Slik kan vi bidra til at pasienten ikke føler seg alene.

Når pasienten er engstelig og redd er vårt ansvar som sykepleier å gi god omsorg og behandling til pasienten, samt å bruke vår kunnskaper og ferdigheter på å sørge for pasientens velvære. Å stille og hjelpe pasienten å ha godt sengeleie er viktig i den siste tiden.

Stellesituasjonen kan hjelpe oss til å forstå pasientens tilstand bedre og at vi kan forstå hvordan vi kan være til hjelp. Fra praksisfeltet har vi erfart at døende pasienter som har fått godt stell, opplever velvære når vi som sykepleierstudenter under stellesituasjon brukte våre sanser for å observere pasientens tilstand. Martinsen (2000) sier at vi bruker våre sanser til å se, lukte, høre og tale i pleien. Vi ser hele kroppen, vi ser og kjenner samtidig. Slik observasjon er viktig for oss som kommende sykepleiere fordi det hjelper oss til å avdekke tegn på smerter, angst, fortvilelse, ensomhet og redsel. Dette er etter vår mening en svært viktig evne å ha for å kunne yte helhetlig omsorg og gi god lindrende behandling. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) sier at det er vårt ansvar som sykepleiere å ivareta den enkeltes pasients behov for helhetlig omsorg. Å gi omsorg er en forutsetning for å kunne forstå andre og å kunne handle omsorgfullt (Kirkevold, 2012:171). Noen døende pasienter opplever ensomhet og fortvilelse som kan føre til isolasjon, samt reduserer nærhet. Vi mener at vi kan unngå en slik situasjon ved at vi som sykepleiere er tilstede hos pasienten og tørr å

snakke til og tilnærme oss den døende. Noen døende kan ha et sterkt ønsket om ikke å være døende, eller motsatt, noen kan ha et ønske om å være død. Den hjelpen en kan gi døende, består i å la dem få være seg selv, slik de er nå (Karoliussen et al,2004: 861-862).

Vi mener at den gode omsorgen som vi gir gjennom det praktiske arbeidet kan gjøre at arbeidssituasjonene blir mest mulig helhetlig. I tillegg har vi som sykepleiestudenter lært den teoretiske kunnskapen som igjen blir synlig for oss i den praktiske arbeidssituasjonen ved å handle og å praktisere sammen med pasientene. Erfaringen og kunnskapen vi tilegner oss som sykepleiere samt det å være et godt medmenneske, vil kunne gjøre oss enda bedre i stand til å sørge for den syke (Martinsen, 2003: 76-77).

5.5 Hvordan ivareta de pårørende?

Pårørende er de som kjenner pasienten fra før av og dermed har en helt spesiell relasjon til hun/han. Ved hjelp av denne relasjonen kan pårørende være med på å skape trygghet ved bare å være tilstede. For de pårørende er det mange følelser som er i sving og mange opplever at dette er en stor belastning. De er sårbare, fortvilet og i sorg. Det er her svært viktig at vi som fremtidige sykepleiere opptrer på en hensynsfull måte og viser de pårørende respekt. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) sier at vi for de pårørende skal vise respekt, omtanke og påse at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt.

Det å være nærmeste pårørende til døende pasienter har vi som sykepleiestudenter ute i praksisfeltet erfart er en krevende situasjon. Det at det oppstår mange forandringer i kroppen som inntreffer de siste timene kan for noen pårørende oppleves som skremmende hvis de ikke har kunnskap og forutsetninger til å forstå dette. Vår erfaring fra praksis er at de ofte er opptatt av og har spørsmål omkring ernæring og smertelindring. Her vil det kunne oppstå konflikter mellom pårørende og sykepleieren. For eksempel når pårørende opplever at sin nærmeste er tørst og sulten, vil de ønske å gi ernæring og drikke. Vår oppgave som sykepleiere ligger her på å gi god og ikke minst riktig informasjon til de pårørende. I følge Rosland m.fl. (2006) er åpen informasjon om dødsprosessen avgjørende, der det ofte må gjentas til de pårørende at døden nærmer seg og, at manglende inntak av mat ikke vil påvirke livslengden.

Det vil si at den døendes pasients kropp utsettes for en stor belastning etter å ha spist for eksempel en skål med grøt. Grunnen til dette er fordi kroppens organer gradvis går i svikt og et inntak av væske eller ernæring vil øke belastningen på kroppens organer. Som sykepleierstudent i praksis opplevde vi en gang at en pårørende gav grøt til en døende pasient. Det resulterte i en plutselig forverring i pasientens tilstand. Pasientens respirasjon ble uregelmessig og overflatisk, han hadde tungt for å puste og en kunne høre en støyende surklelyd fra luftveiene. Pasienten ble deretter også urolig, fordi han antakeligvis opplevde dette som skremmende. For de pårørende var det naturligvis også en ubehagelig opplevelse å være vitne til. Pasienten døde kort tid etter.

Sammen med leger og pårørende mener vi som sykepleiere det er viktig at unødvendige behandlingstiltak som faste medikamenter, ernæring og væske seponeres. Husebø og Husebø (2005) sier at i pasientens siste levedager bør alle behandlingstiltak rundt pasienten gjennomdrøftes og at bare den behandlingen som bidrar til økt livskvalitet skal fortsettes. Intravenøs væsketilførsel eller ernæring i den siste fasen vil være langt større belastning for pasienten enn til nytte. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) sier at vi skal delta aktivt i beslutningsprosesser om livsforlengende behandling. Husebø og Husebø (2005) sier videre at i mange tilfeller er de pårørende engstelige for at pasienten skal føle plagsom tørste eller sult og de nødig vil gi opp håpet på at pasienten skal kvikne til igjen. Det er derfor vi mener det er så viktig at pårørende får støtte og veiledning. Vi mener at de har behov for noen som står ved deres sider og hjelper dem til å holde ut, og at de trenger fortløpende og riktig informasjon om pasientens tilstand. Husebø og Husebø (2005) understøtter vår påstand om at hvis pårørende møtes med åpenhet, forberedende kommunikasjon også om lindring av tørste og den forestående død, vil eventuelle konflikter unngås eller løses av seg selv.

“Hvordan et menneske dør har stor betydning for de etterlatte som må leve videre med minnene. Det som skjer de siste timene før dødsfallet kan lege mange sår, eller forbli som uutholdelige minner” (Saunders 1986 i Husebø og Husebø, 2001).

Fra vår erfaring er det ofte diskusjon om smertelindring for den døende pasienten. Pårørende har ofte spørsmål om sin nærmeste. Denne diskusjonen har vi som sykepleierstudenter noen ganger erfart at kan finne sted på pasientens rom. Da bør man vise hensyn fordi den døende pasienten fremdeles kan høre selv om de er ved bevisstløs tilstand. Diskusjon mellom sykepleiere og pårørende burde derfor etter vår mening skje i et eget rom hvor etiske spørsmål

kan tas opp til diskusjon. For å ha god kommunikasjon sammen med pasienten og pårørende må sykepleieren bruke enkle ord og kommunisere på en tydelig måte (Eide og Eide, 2007: 18).

Når døden er inntrådt er det sårbart for pårørende. De må få den tiden de trenger til å ta farvel med den som er død. Som sykepleiere skal vi vise respekt for pårørende og ta hensyn til pårørendes integritet og gi dem tid og hjelp slik at de kan finne ut hva som er det riktige for dem (Karoliussen et al, 2004: 890). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) sier også at vi skal vise respekt for den dødes kropp. Slik vi ser det kan en oppnå det ved at man opptrer på en rolig og respektfull måte når vi i praksis møter både den døende og deres pårørende. Å gjøre i stand rommet, stille den dødes kropp samt la pårørende få god tid sammen med den døde er etter vår mening å vise respekt både for den døde pasienten og deres etterlatte. Pårørende har behov for omsorgen fra sykepleier og han/hun bør gi den omsorgen ut fra tilstanden til den hjelpetrequende (Martinsen, 2003: 16). Det vil si at sykepleieren bør samhandle med pårørende og behandle deres opplysninger med fortrolighet (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011).

Vi mener at når sykepleieren har forståelse for pasientens og pårørendes situasjonen, vil det kunne bidra til å styrke god livskvalitet til begge parter. Det vil si at omsorg vil hjelpe oss å forstå den andre ut fra en situasjonsforståelse og å møte den andre ut fra tillit i samhandlingssituasjoner hvor begge parter blir deltakere (Martinsen, 2003: 51-52). Kristoffersen (2008) sier at mennesker deler en dagligverden der de har noe til felles som utgjør grunnlaget for den forståelsen mennesker har for hverandre, og for omsorg mellom mennesker. Å gi god omsorg og behandling ved livets slutt er en verdig avslutning på pasientens liv, både pasienten og pårørende opplever da etter vår mening, god kvalitet i helsetjenesten.

6.0 Avslutning

I denne oppgaven har vi rettet fokus mot hva vi mener sykepleier kan bidra med for å styrke kvaliteten ved livets slutt for pasienten og de pårørende. Vi har gjennomgått faglitteratur, forskningsartikler og vår erfaring fra praksis og deretter drøftet våre funn opp mot vår problemstilling.

Vi mener at vår rolle som sykepleier i stor grad går ut på å gi god omsorg å pleie til pasienten. For å kunne bidra til at pasienten får en verdig avslutning, må vi ha evne til og se å observere symptomer, noe vi mener er helt nødvendig i forhold til iverksettelse av lindrende tiltak. For å kunne sette i verk tiltak ser vi også viktigheten av et tett og godt samarbeid med legen. Vi skal vite hvordan vi administrerer medikamenter som ordineres av legen samt observere og rapportere effekten.

Etter vår mening er ikke god lindring bare medisinsk behandling. Å være døende er en stor psykisk belastning for pasienten og de nærmeste rundt. Som sykepleieteoretiker Kari Martinsen sier, er sykepleie som omsorg også viktig for å skape sanselig åpenhet og nærvær (Martinsen, 2003). Ved at sykepleier og pasient har en nær relasjon, vil vi kunne få en forståelse for pasientens situasjon. Dette mener vi er viktig for å gi god omsorg, og som igjen vil lindre ubehag.

Vi mener at pårørende må bli sett på som en ressurs for den døende, fordi fornøyde pårørende viser seg å være en del av en god lindrende behandling ved livets slutt. Når konflikter oppstår mellom fagpersonell og de pårørende, kan det gi negative konsekvenser i den forstand at fokuset faller bort fra den døende. Pårørende kan bli sittende igjen med en negativ opplevelse noe som vil gjøre sorgprosessen tyngre. Den siste tiden sammen med sin syke mor eller far mener vi må være en tid preget av respekt, ro, forståelse og omsorg. Det må være rom for å stille spørsmål og ha gode samtaler. Gjennom å skape en god relasjon til de pårørende, kommunisere tydelig og fortløpende mener vi at sykepleieren kan bidra til at den siste fasen blir verdig for den døende og de etterlatte.

7.0 Litteraturliste

7.1 Pensumlitteraturliste

Blix, E.S. et al. (2006) *Basisbok i sykepleie. Om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlaget.

Bredland, E.L. et al. (2011) *Det handler om verdighet og deltakelse. Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brinchmann, B.S. (red.) (2008) *Etikk i sykepleien 2. utgave*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2008) *Metode og oppgaveskriving for studenter 4. utgave*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H. et al. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal.

Kristoffersen, N.J. et al. (2008) *Grunnleggende sykepleie bind 4*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lovdata (2013) tilgjengelig fra <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-063-001.html#1-1>
[15.06.13]

Simonsen, T. Aarbakke, J. Lysaa, R. (2004) *Illustrert farmakologi. 2 utgave*. Fagbokforlaget.

7.2 Selvvalgt pensum/litteraturliste

Husebø, S. et al. (2001) *De siste dager og timer*. Oslo: MEDLEX Norsk Helseinformasjon. 32 sider.

Karoliussen, M. et al. (2004) *Eldre, aldring og sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
(s.847-891) 44 sider.

Kirkevold, M. (2012) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo. Gyldendal akademisk.
(s. 168-182) 15 sider.

Martinsen, K. (2000) *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget. (s.9-46) 37 sider.

Martinsen, K. (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk- filosofiske essays 2. utgave*. Universitetsforlaget. (s. 5-83) 78 sider.

Martinsen, K. (2012) Med bidrag fra Tom A.Kjær. *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe. (s.9-26) 18 sider.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) tilgjengelig fra

https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

[12.10.13] 46 sider.

Media:

Westervel, J. (2012) *Min far sovnet ikke stille inn, han tørstet og sultet i hjel*.

http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/-Min-far-sovnet-ikke-stille-inn_-han-torstet-og-sultet-ihjel-6739876.html#.UaMf0ag4XMw [27.05.13] 3 sider.

Artikkel:

Husebø et al. (2005) *Sykehjemmene som arena for terminal omsorg – hvordan gjør vi det i praksis?* <http://tidsskriftet.no/article/1192785> [24.08.13]. 5 sider.

Rosland, J.H. Hofacker, S.V. Paulsen, Ø. (2006) *Den døende pasient*. Tidsskrift for Den norske legeforening. Nr. 4 – 9. februar 2006. [17.09.13] 7 sider.

Wille, I.L. et al. (2012) *Omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem*.

<http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/1012038/Geriatrisk%20omsorg%20ved%20livets%20slutt%20i%20sykehjem.pdf> [26.05.13]. 8 sider.

Sum 293 sider.

8.0 Vedlegg

8.1 Logg for Bacheloroppgaven kandidatur.:53, 55. Kull 10V.

Mandag 12. August 2013

Vi møtes for å diskutere og komme i gang med metodedelen. Vi har allerede prosjektbeskrivelsen godkjent og klar. Denne tar for seg noen av oppgavens innledningspunkter, samt 300 sider selvvalgt litteratur. Dermed har vi et godt grunnlag for å komme i gang med videre oppgaveskriving.

Vi har bestemt at vi skal bruke litteraturstudium som metode i vår oppgave. Vi diskuterer hva metodedelen vår skal inneholde av punkter, og fordeler arbeidsoppgaver som hver av oss skal jobbe med hver for oss til neste møte. Vi utarbeider metodedelen vår etter Dalland (2008) som er pensumlitteratur på sykepleiestudiet.

Vi har også sammen vært innom vårt lokale bibliotek og undersøkt hva de har inne av litteratur som er relevant i forhold til tema for vår oppgave, samt bestilt litteratur av sykepleieteoretiker som vi har bestemt oss for å bruke, Kari Martinsen.

Vi avtaler nytt møte Mandag i uke 34.

Mandag 19. August 2013.

Vi møtes kl. 10:00 og ser over hva vi har fått gjort i forhold til metodedelen, samt får en oversikt hva som gjenstår. Vi har fortsatt en del punkter som gjenstår.

Vi velger en internasjonal artikkel og en forskningsartikkels, som vi har funnet ved å søke i databaser. Begge artiklene fant vi på SveMed+. Vi skal sende disse inn til vår veileder for godkjenning.

Vi ser også på hva vi ønsker å ta med i teoridelen. Vi blir enige om å bruke teori om Kari Martinsen i den ene delen, og i den andre skal vi ha teori om kroppen i den siste fasen. Da den ene av oss reiser til utlandet på ferie f.o.m. 22.08.13 t.o.m. 05.09.13 må vi fortsette arbeidsfordelingen. Den av oss som reiser bort skal ta med pc og litteratur for å jobbe derfra.

Vi blir enige om at vi kommuniserer per sosiale medier og e-post. Etter hvert som vi er ferdigskrevet, sender vi dokumentene til hverandre for evt. Innvendinger og godkjenning.

Vi er også i kontakt med vår veileder per e-post for å klarere når vi har anledning til å ha vår første veiledning på oppgaven. Dette vil ikke bli før 12.09.13 siden den ene av oss er bortreist.

Nytt fysisk møte blir Fredag 06.09.13. Til da skal vi ha gjort ferdig metodedelen og teoridelen av oppgaven.

Fredag 06.09.13.

I dag skulle vi egentlig møtes for å forberede oss til første veiledning som er i neste uke, 12.09.13. Men da den ene av oss som venter barn er innlagt i sykehus, ser vi oss nødt til å avlyse dette. Vi tar kontakt med veileder og forklarer situasjonen. Veiledning i neste uke blir avlyst, og vi blir da satt opp til ny veiledning Torsdag 26.09.13.

Tirsdag 17.09.13.

Vi møtes for første gang etter at den ene av oss fikk ei velskapt lita jente. Vi går over innledningsdel, metodedel og teoridelen. Vi sjekker henvisninger og rydder i oppgaven for å forberede oss til veiledning i neste uke. Grunnet at den ene studenten har et lite spedbarn og på grunn av geografisk avstand skal veiledning med lærer skje over telefon. Vi blir enige om hvem av oss som sender inn oppgaven til veileder neste Tirsdag 24.09.13, og at vi avventer med videre jobbing til vi har hatt første veiledning.

Tirsdag 24.09.09.

Innledningsdel, metodedel og teoridel blir sendt til vår veileder per e-post sammen med spørsmål i forhold til hva vi lurer på.

Torsdag 26.09.13.

Vi møtes 30 min i forkant av veiledningen for å forberede oss litt, avtalt veiledning er kl. 12:00. Veileder ringer oss fra Universitetets kontor.

På innledningsdelen må vi jobbe mer med avgrensningen, vi må være mer presis på hva vi mener. Vi må også se over de andre punktene for å se at vi ikke har gjentatt oss selv. Vi får tilbakemelding på at vi må jobbe mer med oppbygging av setninger samtlige steder i innledningen og metodedelen. Vi må forandre på en av begrepsforklaringene som vi har satt opp, samt henvisningen til et annet begrep.

Valg av metode er for tynn og vi burde derfor få inn mer om hva et litteraturstudium er. I forhold til bruk av media og internett bør vi vise oss mer kritiske. Når det gjelder innsamling av data må vi få frem mer nøyaktig hvor mye/ lite vi fant og utdype om dette var primær eller sekundær litteratur. Sammendraget på de to artiklene vi har valgt å bruke, må skrives om. Vi må bruke egne ord og få med bakgrunn, material og metode. Vi har tatt med for mye teori om Kari Martinsen, her må vi kutte ned i minst 2 sider. Vi må ta med bare det som er relevant for oppgavens tema.

Til neste veiledning skal vi ha rettet opp oppgaven i forhold til den tilbakemeldingen vi i dag har fått. Vi avtaler ny veiledning Torsdag 03.10.13 kl 11:50 via telefon. Nytt utkast av oppgaven sendes til veileder per e-post Onsdag 02.10.13. innen kl 10:00.

Vi diskuterer og fordeler hvem som skal jobbe med hva. Deretter drar vi hjem og skriver hver for oss i helgen. Vi kommuniserer per telefon og e-post. Hvis vi ser det nødvendig skal vi møtes i løpet av helgen. Vi bor heldigvis på samme plass, med en gåavstand på 5 minutter til hverandre.

Onsdag 02.10.13

Oppgaven er rettet opp i forhold til tilbakemelding fra forrige veiledning. Den sendes til vår veileder per e-post i dag innen kl. 10:00.

Torsdag 03.10.13.

Vi møtes 30 min før avtalt veiledning for å forberede oss.

Innledning og metodedelen blir godkjent. Men vi må fortsatt se litt over formulering og skrivefeil. Sammendrag av artiklene må vi jobbe enda bedre med. Vi skal nå gå videre til drøftningsdelen i oppgaven. Vi skal ta tak i vår problemformulering og diskutere den opp mot litteraturen vi har brukt. Kari Martinsen skal gå som en rød tråd gjennom hele oppgaven.

Vi skal til neste veiledning være i gang med påbegynt drøfting. Neste veiledning vil bli Torsdag 10.10.13. kl. 12:00. Påbegynt drøftingsdel skal sendes lærer på e-post Onsdag 09.10.13. innen kl. 10:00. Etter veiledning avtaler vi at vi skal ha fysisk møte lørdag kveld og søndag denne uken.

Lørdag 05.10.13.

Fysisk møte på kvelden. Vi drøfter rundt vår problemstilling for å få en oversikt over hva vi ønsker å ta med men grunnet at det er sent på kvelden kommer vi ikke så langt med drøftingen. Vi avtaler nytt møte i morgen formiddag.

Søndag 06.10.13.

Vi møtes fra formiddagen kl. 10:00 og diskuterer drøftingsdelen frem til ca. kl. 13:00. Deretter drar vi hvert til vårt og skriver. Vi kommuniserer over telefon, og sender dokumenter per e-post til hverandre etter hvert som vi skriver.

Mandag 07.10.13. og Tirsdag 08.10.13.

Vi fortsetter å jobbe med drøftningsdelen.

Tirsdag kveld redigerer vi den påbegynte drøftinga slik at den er klar til å sendes på e-post til veileder i morgen.

Onsdag 09.10.13.

Vi sender påbegynt drøfting til veileder per e-post kl. 10:00. Vi er veldig usikre i forhold til drøftingen. Vi synes ikke at teksten er god nok, og den mangler den ”røde tråden”.

Vi er spente på veiledning i morgen.

Torsdag 10.10.13.

Vi møtes 30 min. før avtalt drøfting, kl 12:00. Tilbakemeldingen vi får i dag på drøftningsdelen er som forventet. Den er ikke bra nok. Den er lite strukturert, og mangler sammenheng. Vi må sette oss ned sammen, og ta tak i problemstillingen, og besvare denne ut i fra at det er sykepleiere vi skal bli.

Vi har frist frem til Tirsdag 15.10.13, kl 15:00 på forbedre/lage ny drøftingsdel.

Vi setter av hele helgen til drøftingen. Den ene av oss som er i jobb, tar fri fra vaktene frem til neste veiledning.

Fredag 11.10.13.

Jobber med drøftningsdelen hjemme hver for oss. Møtes i morgen.

Lørdag 12.10.13.

Vi møtes kl. 10:00. Vi kommer frem til at det beste vil være å starte helt pånytt. Vi forsøker å fokusere på problemstillingen, og at vi virkelig skal tenke som sykepleiere.

Vi blir enige om at vi må få inn mer yrkesetiske retningslinjer, og være nøye med at det vi skal drøfte skal henge sammen med resten av oppgaven, fra begynnelse til slutt. Vi ser også at vi må trekke frem det med problemstillingen som er mest relevant i sykepleiefaget. Vi føler at vi nå har fått en litt annen forståelse for hvordan vi skal gripe dette fatt, og er helt klar på hva som skal inn i drøftingsdelen.

Søndag 13.10.13.

Fysisk møte i dag også kl. 10:00. Vi diskuterer og skriver sammen på drøftingsdelen ca. 2 timer. Deretter drar vi hver til vårt og jobber videre for oss selv. Vi sender tekst til hverandre på e-post for evt. Innvendinger og godkjenning.

Mandag 14.10.13.

Arbeidet med drøftingsdelen fortsetter. Vi snakkes per telefon. Vi leser flere ganger over drøftingsdelen høyt både til oss selv og til familiemedlemmer. Vi har tilslutt lest så mange ganger at vi nesten ikke hører hva vi selv sier. Godt å ha noen utenforstående som kan høre og lese teksten da.

Underveis i drøftingen har vi også blitt oppmerksom på at vi må sjekke at det er samsvar i forhold til oppgavens innledning og avgrensning. Vi tilføyer en del på avgrensningen, da vi også ser det svært tydelig i drøftingen at det vil være lett og skrive seg "av veie" om ikke en skikkelig avgrensning er på plass.

Vi bruker en del tid på redigering av teksten. Sjekker skrive- og komma feil. Ser på setningsoppbygning, forsøker å formulere bedre der vi ikke er helt fornøyde.

Tirsdag 15.10.13.

Arbeidet med drøftingsdelen fortsetter. Vi har det ferdige utkastet klart, men vi må ta et siste overblikk på det oppgavetekniske før vi sender drøftingsdelen inn til veileder på e-post. Vi har frist til kl. 15:00. Veiledning senere i dag kl. 18:30 per telefon.

Vi møtes som vanlig ca. 30 min. før avtalt veiledning for å gjøre oss klar. Veldig spente på tilbakemelding. Vi føler begge to at den nye drøftingen vår ble bedre enn den første.

Under veiledning i dag er det små ting vi må justere på. Vi ser da mest på skrivefeil, samt vi tar bort tekst som er overflødig pga gjentakelser.

Til neste veiledning skal avslutning være på plass og alle oppgavens deler skal være satt sammen og sendt inn til veileder innen Mandag 21.10.13. kl.14:00.

Neste og siste veiledning blir Tirsdag 22.10.13. kl.09:00. Vi ringer.

Vi ordner oss en oversikt på hva som gjenstår. Vi har noen punkter i metoddelen som må redigeres. I tillegg gjenstår å se over litteraturlisten, oppgavens oppbygning samt avslutningen. Metodedel og innledningsdel fordeler vi de oppgavene som gjenstår. Avslutningen skriver vi sammen.

Vi møtes i morgen kl. 12:00.

Onsdag 16.10.13.

Vi har lest i Dalland (2008). Vi diskuterer om vi skal ha med oppsummering, konklusjon og avslutning. Eller om vi bare skal ta med en avslutning. Vi blir til slutt enige om at vi bare tar avslutning, da vi er redd det blir mye gjentakelse hvis vi tar med alle tre punktene.

Vi leser oppgavens innledningsdel, samt drøftningsdelen og skriver kortfattet ned hva vi har kommet fremt til igjennom arbeidet med oppgaven. Vi leser avslutningen flere ganger høyt til hverandre og mener den nå svarer godt på innledningen.

I morgen skal vi lese korrektur på oppgaven.

Torsdag 17.10.13.

Skriver ut oppgaven i papirformat for å bruke resten av uka på å lese korrektur. Merker med blyant alle skrivefeil, kommafeil samt dårlige formuleringer vi ser.

Klokkeslettet for neste veiledning blir endret fra kl. 09:00 til kl. 12:00.

Lørdag 19.10.13.

Retter opp alle feilene som ble funnet ved korrekturlesingen. Finner da enda flere skrive- og kommafeil. Vi skjønner at det kan være lurt og lese over oppgaven minst en gang hver dag frem til den skal sendes inn til veileder på e-post. Vi leser oss "blind" og legger derfor stadig merke til nye detaljer vi må rette opp.

Får også en utenforstående til å se over oppgaven i forhold til skrivefeil, men også på oppgavens innhold. Dette for å finne ut hvilken opplevelse leseren satt igjen med etter å ha lest hele oppgaven.

Søndag 20.10.13.

Vi går over oppgaven enda en gang. Finner nye feil og retter opp. Vi begynner og bli ganske fornøyde og føler oss klar for siste veiledning.

Mandag 21.10.13.

Vi tar i dag et siste overblikk på oppgaven før den sendes til veileder på e-post.

Tirsdag 22.10.13.

Vi møtes i dag ca 30 min før siste veiledning for å gjøre oss klare. Som vanlig er vi spente. Kl. 12:00 ringer veileder til oss. Vi forteller begge at vi har jobbet mye med avslutning og finpuss siden sist veiledning. Vi føler begge at oppgaven nå har en rød tråd fra innledning til avslutning.

Vi har, til tross for mange dager med nøye korrekturlesing, oversett noe noen skrivefeil. Disse må rettes opp. Vi har fremdeles en setning vi må formulere om. Vi får også tilbakemelding på at det burde være underpunkter på drøftningsdelen. Og vi retter opp på en setning.

Vi har også glemt å nevne under innsamling av data at artiklene vi har brukt i oppgaven er godkjent av veilederen vår.

Etter veiledningen bestemmer vi oss for å ordne det som gjenstår på oppgaven med det samme. Vi går over litteraturlisten og setter den opp i alfabetisk rekkefølge. I tillegg retter vi opp alt som kom frem under veiledningen. Vi går over oppgaven en siste gang, og sier oss fornøyde med slik vi ser den i dag.

Vi skriver ut de 4 eksemplarer skal sendes inn til eksamenskontoret, og binder dem inn. Vi tenker at det er greit å være ute i god tid i tilfelle det skulle oppstå noe teknisk med skriver og lignende. I tillegg har vi skrevet ut skjema for registrering og tillatelse for publisering av bachelor oppgave. I morgen skal vi fylle ut skjema og dra sammen til postkontoret for å postlegge oppgavene.