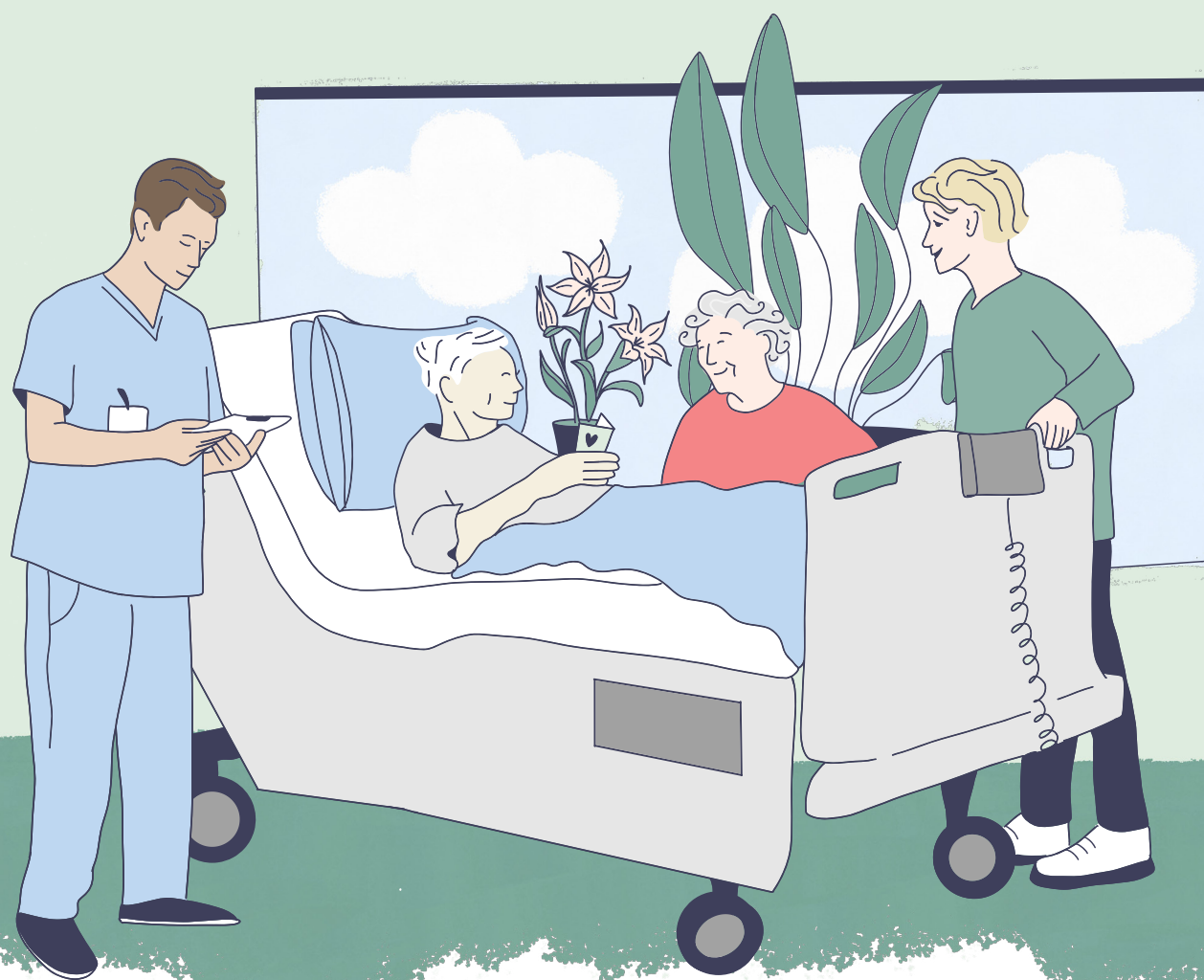


Lindrende behandling og omsorg 2



© Forlaget aldring og helse, 2025

ISBN: 978-82-8470-088-5 (pdf)

ISBN: 978-82-8470-087-8 (trykt)

1. utgave, 1. opplag 2025

Redaktør: Heidi Solum Hermansen

Layout: Linn Lundsvoll / Aldring og helse

Trykk: Flisa Trykkeri



Illustrasjonsikon: Linn Lundsvoll / Aldring og helse og Jenny Gran

Illustrasjonsfoto: Martin Lundsvoll / Aldring og helse (hvis ikke annet er oppgitt)

Hftet er utarbeidet av Aldring og helse på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Eksemplene i hftet handler ikke om virkelige personer, men er basert på historier fra vårt arbeid med eldre mennesker og deres pårørende.

Takk til alle som har stilt opp som modeller for illustrasjonsfotoer i dette hftet. Personene på illustrasjonsfotoene har ingen sammenheng med teksten.

Forlaget aldring og helse

Postboks 2136, 3103 Tønsberg

Tlf. 33 34 19 50, e-post: post@aldringoghelse.no

www.aldringoghelse.no

Lindrende behandling og omsorg 2

Heidi Solum Hermansen (red.)
Eva Saltrøe

Forlaget aldring og helse
2025

Lindrende behandling og omsorg 2

Målet med dette heftet	6	KAPITTEL 4	
Innledning	7	Lindring i sen fase	21
KAPITTEL 1		Delirium	21
Helhetlig kartlegging	8	Angst og uro	23
Forebygging – ikke vent til det blir vanskelig	9	Hva om vi ikke klarer å lindre?	23
Kartlegging av symptomer	9	Tiltaksplan ved livets siste dager	24
Total symptombelastning	9	KAPITTEL 5	
Kartleggingsverktøy	9	Den døende pasienten	25
KAPITTEL 2		Når er en pasient døende?	25
Samtalen som kartlegging og lindring	12	Tegn på at døden nærmer seg	27
Kartlegging gjennom samtale	13	«Hvor lang tid er det igjen?»	27
Betydningen av empati og åpne spørsmål	13	Hva som har betydning nå	28
Tilpasset kommunikasjon	13	Hjemmedød	29
Hvordan fange opp smerte og ubehag når ordene mangler?	13	KAPITTEL 6	
KAPITTEL 3		Symptomlindring av døende	30
Vanlige symptomer	15	Medikamentell lindring i livets siste dager	30
Endret matlyst	15	Smerte i livets siste fase	31
Munnplager	16	Terminal uro (delirium)	31
Tung pust (dyspné)	16	Pustebesvær i livets slutfase	31
Smerte	17	Surkling (dødsralling)	32
Legemidler	18	KAPITTEL 7	
Videre tiltak ved utilstrekkelig smertelindring	19	Det gode stellet – en viktig del av lindring	33
Kvalme	20	Kroppsspråk, berøring og tilstedeværelse	33
Forstoppelse (obstipasjon)	20	Å skape trygghet for pasient og pårørende	34
		Stell av døende	34
		Munnstell	35
		Stillingsendring forebygger trykksår, lindrer pustebesvær og gir økt komfort	36
		Leiring av den døende pasient	36

KAPITTEL 8

Å være til stede når livet slutter	38
Når døden kommer brått	38
Stell av den døde	40
Tilrettelegging for pårørende	40
Ritualenes betydning for pårørende	41

KAPITTEL 9

Sorg, sorgreaksjoner og bearbeiding	42
Vanlige reaksjoner i sorg	43
Når sorgen blir langvarig	43
Hvordan kan vi hjelpe mennesker i sorg?	43
Rutiner for oppfølging	43
Samtale med etterlatte – hva kan vi si?	44

KAPITTEL 10

Profesjonalitet i møtet med lidelse, sorg og tap	45
Omsorg for helse- og omsorgspersonell	46
Oppsummering	47
Refleksjonsoppgaver	48
Referanser og videre lesning	49

Målet med dette heftet

Etter å ha lest dette heftet skal du kunne

- kartlegge, vurdere og rapportere vanlige symptomer hos alvorlig syke og døende, og bidra til lindring
- identifisere tegn på at en pasient er døende, og ha kunnskap om hva som kjennetegner livets siste fase
- kjenne til hvordan pleie og stell tilpasses i livets siste dager, og utøve pleie som lindrer og fremmer velvære
- bidra til å ivareta pårørende gjennom kommunikasjon, støtte og tilrettelegging, og ha kunnskap om hvordan etterlatte kan møtes og følges opp i tiden etter dødsfallet
- reflektere over egen rolle og profesjonell praksis i møte med død og sorgreaksjoner, og ha bevissthet om hvordan støtte kan bidra til å bearbeide emosjonelt krevende situasjoner

Innledning

Dette heftet bygger på innholdet i heftet *Lindrende behandling og omsorg 1*. For å få fullt utbytte av innholdet av hefte 2, forutsettes det at du har lest hefte 1 først.

I hefte 2 skal vi se nærmere på kartlegging og lindring av symptomer samt pleie når pasienten nærmer seg livet slutt.

Å pleie døende krever faglig kunnskap, trygghet og sensitivitet. Det handler ikke bare om å lindre fysiske plager, men også om å skape ro, verdighet og nærvær i en situasjon som er unik for hver pasient og familie. Heftet belyser derfor hvordan

vi kan møte både pasientens og pårørendes behov, og hvordan vi best kan støtte familien videre i sorgprosessen.

Målet er å gi en helhetlig forståelse av hva som kjennetegner god lindrende behandling og omsorg, og ruste deg som helse- og omsorgspersonell til å stå stødig i disse situasjonene.

KAPITTEL 1

Helhetlig kartlegging

Heidi Solum Hermansen

Eva Saltrøe

Når behovet for lindring øker, må vi finne ut hva pasienten trenger, ikke bare medisinsk, men også emosjonelt. Dette krever grundig kartlegging gjennom observasjon og samtale der det er mulig.

I tillegg til de fysiske symptomene må vi være åpne for pasientens psykiske, sosiale, eksistensielle og åndelige behov: uro, håp, mening, frykt og relasjoner (se heftet *Lindrende behandling og omsorg 1*).

Mye av det vi trenger å vite, får vi kjennskap til gjennom observasjoner. Virker pasienten mer sliten? Spiser vedkommende mindre? Er hen mer stille, mer urolig eller mer avhengig av hjelp? Endringer kan skyldes tilstander som kan behandles eller korrigeres, som infeksjon, smerte eller dehydrering, men endringer kan også bety at livet går mot slutten.

Vi kan bruke ulike kartleggingsskjemaer for å få oversikt over pasientens behov, men hvordan pasienten har det, klargjøres best i samtalen.

Vi må stille spørsmål som:

- «Hva er viktig for deg nå?»
- «Hva gjør dagen til en god dag?»
- «Hvordan har du (ev. dere) det?»

Kartlegging og samtale er med og danner grunnlag for en individuell palliativ plan (se mer om dette i heftet *Lindrende behandling og omsorg 1*).

Forebygging – ikke vent til det blir vanskelig

Lindrende behandling handler både om å lindre det som allerede har blitt vondt, og om å være i forkant. Vi vet at mange plager kan oppstå, og disse må vi forsøke å forebygge. Kanskje unngår vi da unødvendig lidelse, og kanskje vinner vi verdifull tid.

Et konkret eksempel: Opioider, for eksempel morfin, kan gi forstoppelse. Starter pasienten med morfinbehandling, bør det derfor også startes behandling med avføringsmiddel – før pasienten får avføringsproblemer.

Ved å gripe fatt i små tegn tidlig kan vi kanskje forhindre større belastninger og skape trygghet. Når pasient og pårørende forstår og har tillit til at vi følger med, blir det også mulig for dem å finne en slags ro midt i det uforutsigbare.

Kartlegging av symptomer

Et tegn er det vi som helse- og omsorgspersonell kan observere eller måle, som temperatur, puls eller blodtrykk.

Et symptom er det pasienten selv opplever og kan fortelle om, som smerte, trøtthet, kvalme eller uro. Det er subjektivt og kan ikke alltid observeres direkte av andre. Hva som oppleves som plagsomt for den enkelte pasienten, vil variere. Noen symptomer krever øyeblikkelig vurdering og oppfølging fra lege. Andre ganger kan små justeringer gi stor lindring.

Mange med alvorlig sykdom har flere symptomer samtidig – en såkalt symptomklynge. Et vanlig eksempel er tung pust, angst og søvnproblemer. Disse henger ofte sammen og forsterker hverandre. Tung pust kan gi angst. Angst kan føre til dårlig søvn, og søvnmangel kan gjøre både angsten og pustebesværet verre.

Total symptombelastning

For å finne den beste behandlingen må *hvert symptom* kartlegges grundig (se tekstboks SOKRATES på side 10). Samtidig må vi se på den totale symptombelastningen. Det handler ikke bare om styrken på hvert enkelt symptom, men summen av alt pasienten kjenner på samtidig. Flere milde symptomer kan sammen føre til en stor belastning. Det mest sentrale spørsmålet er derfor ikke hvor vonde eller plagsomme symptomene oppleves, men hvordan de påvirker hverdagen og livskvaliteten. Spør gjerne når på døgnet det kjennes verst, hva som gjør det verre eller bedre, og hvordan plagene påvirker søvn, matlyst eller humør.

Når vi gjør tiltak, må vi vite hvorfor, hva som er forventet effekt, og vi må følge med på hvordan tiltakene virker. Å kartlegge og dokumentere effekten av tiltakene er en sentral del av omsorgen. Snakk med pasienten om hvordan det oppleves, hvis det er mulig, og diskuter med kolleger. Når vi jobber sammen, kan vi bedre vurdere hva som hjelper, og hva som ikke gjør det.

Kartleggingsverktøy

Den beste praksisen er ofte en kombinasjon av samtale og systematisk datainnsamling, gjerne ved bruk av kartleggingsverktøy.

Gode spørsmål til pasienten kan være:

- Hva gjør at du velger dette svaret eller tallet (når pasienten har skåret smerteopplevelse ved hjelp av en visuell analog eller numerisk rangeringsskala (VAS/NRS))?
- Hvordan påvirker dette deg i hverdagen og i livet ditt?
- Hva håper du aller mest at jeg kan hjelpe deg med?
- Hva bekymrer du deg mest for?
- Hva gir deg glede?
- Hva tror du gir deg disse symptomene?

Eksempler på kartleggingsverktøy er:

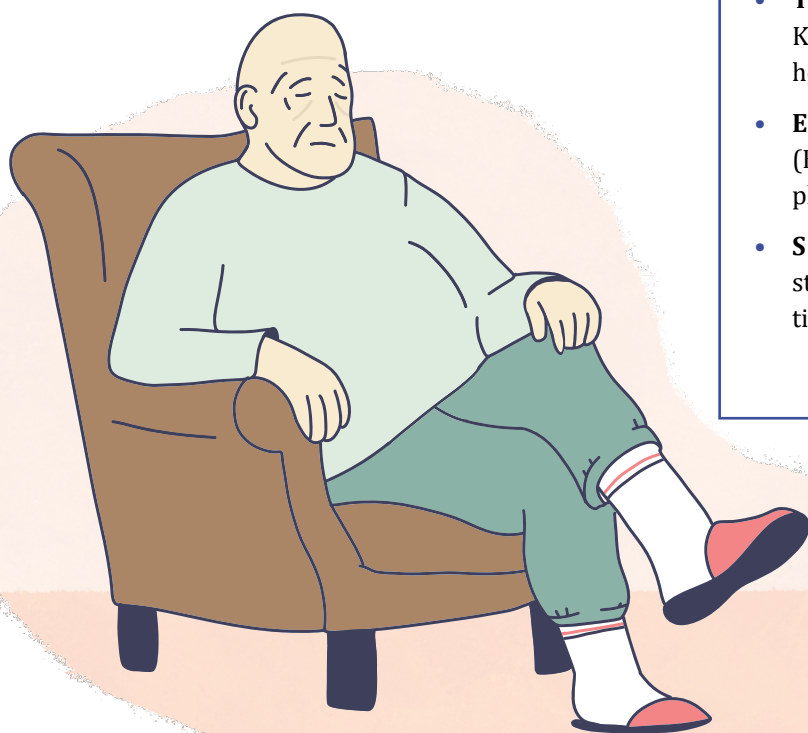
- **Edmonton Symptom Assessment System, ESAS** – pasientrapporterte symptomer (skala 0–10)
- **ESAS sekundærobserveasjonsskjema** – for pasienter med utviklingshemming eller demens
- **DisDAT** – for å oppdage ubehag hos ikke-verbale pasienter; skjemaet registrerer pasientens vanlige tilstand, slik at endringer lettere oppdages
- **MOBID-2** – for vurdering av smerte ved demens og kommunikasjonsvansker

Kartleggingsskjemaene nevnt i dette kapittelet finnes på nettsidene *Palliasjon – verktøy for helsepersonell* – Helse Bergen HF eller *Skalaer og tester* – Nasjonalt senter for aldring og helse.

SOCRATES – en hjelp til å kartlegge symptomer grundig

Huskeregelen kan hjelpe deg med å stille spørsmål som gir innsikt i hvordan pasienten opplever plager, f.eks. smerte, og vurdere hva symptomet kan skyldes:

- **S** – Sted (Site): Hvor i kroppen gjør det vondt? Kjenner du smerte ett eller flere steder?
- **O** – Start (Onset): Når kom smerten? Skjedde det plutselig eller gradvis?
- **C** – Karakter (Character): Kan du beskrive hvordan det føles? Kjennes smerten klemmende, murrende, stikkende, brennende eller verkende?
- **R** – Stråling (Radiation): Stråler smerten ut til andre områder i kroppen?
- **A** – Andre symptomer (Associations): Kommer smerten sammen med andre plager, som kvalme, feber eller uro?
- **T** – Tid (Timing): Når er smerten verst? Kommer og går den, eller kjennes den hele tiden?
- **E** – Lindrende/forverrende (Exacerbating/relieving): Hva gjør plagene dine bedre eller verre?
- **S** – Alvorlighetsgrad (Severity): Hvor sterk er smerten, f.eks. på en skala fra 0 til 10? Hvordan påvirker den dagliglivet?



Arne (68 år) har alvorlig leversvikt og får lindrende behandling og omsorg hjemme. De siste dagene har han kjent økende kvalme og trøtthet, og han har dårlig matlyst. Helsefagarbeider Steffen kartlegger med ESAS og stiller oppfølgingsspørsmål. Arne forteller han er redd kvalmen og trøttheten skyldes at leveren svikter helt, og at han snart kommer til å dø. Han har ikke sagt det til noen, men frykten for å dø gjør at han ikke sover godt, og kvalmen blir enda mer plagsom når han er trøtt og urolig. I tillegg har han ikke hatt avføring på fire dager og føler seg oppblåst.

Steffen melder fra til en sykepleier, som igjen kontakter fastlegen. Fastlegen vurderer at kvalmen kan skyldes obstipasjon, bivirkning av legemidler eller sykdommen. Arne får hjelp med behandling mot obstipasjon fra hjemmesykepleien og samtidig tilbud om en samtale med kreftkoordinatoren om bekymringene sine. Det takker han ja til. Etterpå sier han: «Det hjalp faktisk bare å få snakket om det.»

Hva bidro til lindring i Arnes situasjon?

- **Kartlegging og oppfølging:** Steffen brukte ESAS og stilte åpne spørsmål. Arne fikk satt ord på både plager og bekymringer. Bare det å bli lyttet til fungerte lindrende.
- **Behandling av fysisk årsak:** Fastlegen vurderte mulige årsaker til kvalmen, og hjemmesykepleien satte i gang tiltak mot forstoppelsen. Det reduserte både fysisk ubehag og usikkerhet.
- **Samtale om bekymringer:** Samtalen med kreftkoordinatoren ga Arne mulighet til å dele frykten for å dø, som han hadde båret på alene. Dette ga ham en følelse av trygghet, forståelse og lettelse.
- **Trygghet og kontroll:** Arne fikk forklart at kvalmen kunne ha flere årsaker, og at den ikke nødvendigvis betydde at døden var nær. Dette reduserte angsten og ga bedre søvn og mindre opplevelse av kvalme.

Hvordan kan systematisk kartlegging bidra til bedre symptomlindring?

Hva risikerer vi hvis pasientens bekymringer ikke blir fanget opp og fulgt opp på en god måte?

Hva betyr det i praksis å jobbe forebyggende i møtet med alvorlig syke pasienter?

Hvem i din kommune vil du samarbeide med for å sikre nødvendig kartlegging, slik at dere jobber forebyggende med pasientene?



KAPITTEL 2

Samtalen som kartlegging og lindring

Heidi Solum Hermansen

Eva Saltrøe

Alvorlig sykdom, økende skrøpelighet og det at døden kommer nærmere, kan føre til usikkerhet, frykt og sterke følelser både for pasient og pårørende. I møtet med mennesker i sårbare livssituasjoner kan små nyanser bety mye. En trygg stemme, et rolig nærvær, et oppriktig spørsmål og en vilje til å lytte til svaret kan ha stor betydning.

Selv om samtaler kan føles trygge og naturlige, finnes det også situasjoner der det blir vanskelig. Hva sier vi når noen spør: «Kommer jeg til å dø snart?» Eller når pårørende forventer svar vi ikke har, eller ber om hjelp vi ikke kan gi?

For å skape trygghet for andre, må vi først forstå litt mer av oss selv. Hva skjer i meg når noen blir lei seg eller opprørt? Hvordan reagerer jeg når jeg føler meg usikker? Først når vi tør å se våre egne reaksjoner, blir det lettere å møte andres.

Fire gode vaner er en kommunikasjonsmetode som er utviklet for å bedre kommunikasjonen mellom helse- og omsorgspersonell og pasienter og pårørende.

Fire gode vaner i kommunikasjonen

1 **Invester i begynnelsen**

Skap trygghet og gi pasienten en opplevelse av å bli sett og hørt. Skaff deg oversikt over det viktigste pasienten har på hjertet, og prioriter det som kan gjøres, sammen med pasienten.

2 **Utforsk pasientens perspektiv**

Hvordan forstår pasienten sin sykdom, og hvordan påvirker sykdom og symptomer hverdagen? Spør: Hva er viktig for deg akkurat nå? Hva bekymrer deg mest? Ta deg tid til å lytte uten å avbryte.

3 **Vis empati**

Vær åpen for pasientens følelser, og anerkjenn det som er vanskelig. Gi tydelig uttrykk for empati både verbalt og ikke-verbalt.

4 **Invester i avslutningen**

Oppsummer det dere har snakket om, og sjekk at pasienten forstår eventuell informasjon ved å be hen gjenta det viktigste du har sagt. Pass på at pasient og pårørende vet hva som skal skje videre.

Kartlegging gjennom samtale

Samtaler med pasient og pårørende kan gi oss mye verdifull informasjon, ikke bare om symptomer, men om hele situasjonen til pasienten: bekymringer, ønsker og håp. Det som virkelig berører, kommer gjerne frem når noen opplever at vi bryr oss og merker det er trygt å åpne seg. Derfor er det viktig å legge til rette for samtaler der pasienten får fortelle med egne ord og i sitt tempo.

Betydningen av empati og åpne spørsmål

Noen ganger avgjør *måten* vi spør på, hva pasienten forteller. Empati formidles både gjennom ord, kroppsspråk, tonefall og det å ta seg tid. Nettopp dette kan gjøre at pasientene våger å dele det som er viktig, eller at pårørende kjenner seg sett og hørt.

Forskjellen mellom «Er det smertene i skulderen som plager deg mest?», og «Hva er det som plager deg mest?», er tydelig: Det første spørsmålet leder svaret i én retning. Det andre åpner for det pasienten selv opplever. Kanskje handler det om noe helt annet: kvalme, redsel eller ensomhet? Bruk åpne spørsmål som ikke kan besvares med et ja eller nei. De inviterer pasienten inn i samtalen. Noen ganger kan *et enkelt* spørsmål stilt på riktig måte gi oss innsikt som utgjør hele forskjellen.



Tilpasset kommunikasjon

Pasienter har rett til å få informasjon om helse-tilstanden sin og behandlingen de får. Informasjonen skal tilpasses den enkelte, for eksempel ut fra alder, modenhet, erfaring, språk og kultur. Vi har ansvar for å formidle informasjon slik at pasienten både forstår og kan bruke den i egne valg og vurderinger.

Å tilpasse kommunikasjonen betyr blant annet å bruke ord som pasienten og eventuelt pårørende forstår, og snakke litt saktere eller stoppe opp og sjekke om det vi har sagt, blir forstått. For eksempel kan medisinske begreper være forvirrende. De fleste pasienter og pårørende vil lettere forstå «lungebetennelse» enn «pneumoni» eller «vi følger med på blodtrykk og puls» i stedet for «vi tar NEWS-målinger».

Noen pasienter bruker hjelpemidler for å kommunisere, for eksempel personer med utviklingshemming. Andre, som pasienter med Parkinsons sykdom, kan trenge tid til å formulere et svar. Da må vi vise tålmodighet og bruke et kroppsspråk som viser at vi har tid og er til stede i samtalen.

Hvordan fange opp smerte og ubehag når ordene mangler?

For mange pasienter kan smerte og ubehag vise seg gjennom endret kroppsholdning, ansiktsuttrykk eller atferdsendringer. Kanskje blir de urolige, trekker seg unna eller reagerer sterkere enn vanlig med for eksempel irritasjon på det som for andre kan oppleves som bagateller. I slike situasjoner kan pårørende utgjøre en ressurs. De kjenner ofte pasienten godt og kan si noe om forandringer. Kolleger som kjenner pasienten fra før, kan bidra til å se hva som er nytt, og hva som er normalt for denne personen.

Ellinor (41 år) har en moderat grad av utviklingshemming og har bodd i en bemannet bolig de siste ti årene. For noen år siden fikk hun diagnosen brystkreft med metastaser til blant annet skjelettet. Hun har ikke verbalt språk, men kommuniserer med Tegn til tale og billedkort. Personalet kjenner henne godt og har de siste dagene merket en betydelig endring i atferden hennes.

Ellinor hadde vanskelig for å sitte eller ligge stille og vandret hvileløst mellom kjøkkenet, rommet og toalettet. Hun hadde ikke feber, men personalet la merke til at pulsen var litt høyere enn vanlig, og at hun pustet litt raskere. De forsøkte å gi henne smertestillende i tilfelle hun hadde smerter, men det hadde ingen effekt på uroen.

Etter en undersøkelse hos fastlegen viste det seg at Ellinor hadde nesten seks dl urin i blæra, som hun ikke hadde klart å tømme (urinretensjon). Videre undersøkelse på sykehuset viste at dette skyldtes forverring av kreftsykdommen.

Ellinors palliative plan ble oppdatert med økt oppmerksomhet rundt atferdsendringer i symptombehandlingen. Nye symptomer og endringer hos Ellinor ble videre dokumentert og fulgt opp i samarbeid med fastlegen slik at planen forble relevant.

Hva kan vi lære av caset om Ellinor:

- God kjennskap til pasienten gjør det lettere å oppdage små, men viktige endringer.
- Alternative kommunikasjonsformer og systematisk observasjon er avgjørende når pasienten har vansker med å uttrykke behov eller plager. Endringer i puls, pust, uro eller appetitt kan gi viktige signaler.
- Atferdsendringer kan ha mange årsaker og kan være uttrykk for smerter eller andre symptomer. De må tas på alvor og utredes i samarbeid med lege.
- Dokumentasjon sikrer at kunnskapen om pasienten blir delt og fulgt opp, og gjør det mulig å justere den palliative planen når behovene endrer seg.

KAPITTEL 3

Vanlige symptomer

Eva Saltrøe

Dette kapittelet gir en kort oversikt over noen av de vanligste plagsomme symptomene vi kan se hos pasienter med behov for palliativ behandling. Oversikten er ikke fullstendig.

For noen plager er behandling med legemidler avgjørende, men ofte kan andre pleie- og omsorgstiltak vise seg lindrende og kanskje mer effektive. Av og til må vi være litt kreative og prøve ulike løsninger for å finne det som lindrer best for den enkelte pasient.

Endret matlyst

For at pasienten skal ha tilstrekkelig energi og oppnå et godt resultat av medisinsk behandling, er det nødvendig med nok og næringsrik mat. Felles måltider og sosialt fellesskap med familie, venner, naboer eller beboere og ansatte i sykehjem eller omsorgsbolig kan bidra til økt matlyst og livskvalitet. I et sykdomsforløp kan pasienten oppleve nedsatt matlyst, rask metthetsfølelse, endret smaksopplevelse, kvalme, smerter, munntørrehet, forstoppelse osv.

Målet for ernæringen kan endre seg gjennom sykdomsforløpet. I en tidlig fase kan det gå ut på å dekke personens energi- og proteinbehov. Senere i forløpet kan det å oppleve gode smaker uten å tenke på mengden som spises, være det viktigste. Når målet er tilstrekkelig ernæring, men pasienten ikke kan spise, bør sondenæring og/eller intravenøs næring vurderes. Slike tiltak bør alltid ses i sammenheng med pasientens helsetilstand, behandlingsmål og prognose. Behandlingsavklaringer omtales nærmere i heftet *Lindrende behandling og omsorg 1*.

Kartlegg: Utfør MST-risikovurdering (se *Forebygging og behandling av underernæring – Helsedirektoratet.no*) for underernæring, og kartlegg årsaker dersom pasienten har nedsatt matlyst og/eller har gått ufrivillig ned i vekt. Spør pasienten hva som gjør at hen ikke orker å spise.

Beregne døgnd behov: Avklar hvor mye pasienten bør spise per døgn, normalt er det 28–30 kalorier per kg kroppsvekt og 1,2–1,5 g protein per kg kroppsvekt. Lag en plan for måltider sammen med pasienten. Rådfør deg med klinisk ernæringsfysiolog og/eller logoped (for å vurdere og kartlegge tygge- og svelgefunksjon) ved behov.

Pleie og omsorgstiltak: Tilstrekkelig smertelindring og kvalmestillende legemidler før måltidene kan øke matlysten. Godt munntell kan øke matlysten og bedre smakssansen. Pasienten bør oppfordres til å spise når hen føler seg mest opplagt.

Porsjonene bør være små og tilpasset pasientens behov. La pasienten spise i sitt eget tempo med riktig sittestilling og eventuelt spisehjelpemidler. Omgivelsene bør være rolige og hyggelige. Unngå støy og sterke lukter.

Når pasienten ikke kan gi uttrykk for matvaner og ønsker, kan pårørende ofte fortelle hvilken mat pasienten liker eller misliker. Gi pårørende informasjon om hva som er viktigst i pasientens situasjon når det gjelder mat og måltider, enten det er næring, matglede eller lindring.

Munnplager

Munnplager, særlig munntørrhet, utgjør et betydelig problem for mange pasienter. Det kan være smertefullt, redusere matinntaket og gjøre det vanskelig å prate. Det kan også gi økt fare for tannskader, sårhet i slimhinnene og sopp i munnen (på tunga).

Kartlegg: Undersøk munnhulen og kartlegg årsaken til munntørrhet. Vurder om munntørrhet påvirker inntak av mat og drikke, og om det er smertefullt. Sopp på tunga synes best om morgenen.

Pleie og omsorgstiltak:

- munntell én eller flere ganger per dag, eventuelt etter smertelindring
- såpefri tannkrem, fluorskyllevann og myk tannbørste
- regelmessig sukkerfri drikke, gjerne med tilsatt frukt i vannet for å stimulere spyttsekresjonen

- sukkerfrie pastiller eller salivaspray
- smøring av leppene
- rikelig med fukt i maten, bruk gjerne saus og supper

Tiltak som øker spyttproduksjonen, kan forebygge og dempe plager med sopp i munnen. Sopplager kan også behandles med soppdrepende legemidler lokalt.

Tung pust (dyspné)

Opplevelse av pustebesvær eller tung pust er vanlig hos palliative pasienter og kan ha ulike årsaker. Angst og redsel kan også påvirke pusten. Akutt nyoppstått eller akutt forverret tung pust kan være en følge av blant annet infeksjon, væske i lungene eller blodpropp i lungene og skal undersøkes av lege. Dersom pasienten opplever å ikke få puste, er blå på leppene eller har akutt åndenød, må du raskt vurdere situasjonen.

Hvis pasienten fortsatt mottar livsforlengende behandling, kan det være aktuelt å ringe 113. Hva som er nødvendig å gjøre, avhenger av pasientens plan for den palliative fasen, behandlingsavklaringene som er gjort, og legemidler som er foreskrevet (se heftet *Lindrende behandling og omsorg 1*). Hvis det er usikkerhet rundt symptomlindringen, skal lege kontaktes for å sikre best mulig lindring.

Kartlegg: Opplever pasienten tung pust i aktivitet, i hvile eller under samtale (taledyspné)? Blir pasienten verre av å ligge flatt i senga, og er det nødvendig å støtte opp ryggen med puter eller heve hodeenden av senga for å få lindring? Observer bruk av hjelpemuskler, hever magen eller skuldrene seg når pasienten puster inn? Lager pasienten hveselyder ved utpust? Spør pasienten om det kjennes verst å puste inn eller ut.

Pleie- og omsorgstiltak: Hjelp pasienten til en god sittestilling som gjør det lettere å puste. Vis hvordan en kan puste rolig med leppene halvåpne (leppepusteteknikk), eller bruk en enkel pustehjelp (for eksempel PEP-fløyte).

Avspenning kan virke lindrende. Be pasienten puste rolig inn gjennom nesen og sakte, sakte ut gjennom munnen. Tell gjerne rolig til tre på innpust og fem på utpust. Dette roer kroppen og kan redusere følelsen av panikk eller puste-besvær.

Formidle trygghet og gi beroligende informasjon. Sørg for frisk luft, for eksempel ved å åpne et vindu eller bruke en bordvifte. Noen pasienter kan oppleve god lindring gjennom avledning som berøring, massasje eller visualisering.

Legemiddelbehandling: Morfin kan redusere tung pust i hvile. Dersom uroen skyldes angst, kan angstdempende legemidler være til hjelp. Oksygenbehandling skal være forordnet av lege og gis vanligvis til pasienter med dokumentert lavt oksygennivå i blodet som tåler det (vis forsiktighet ved KOLS).

Smerte

Smerte kan beskrives som en sammensatt, ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse. Målet for smertelindring er minst mulig smerte, best mulig livskvalitet og opprettholdelse av fysisk og psykisk funksjon. Vi kan ikke love pasienten fullstendig smertefrihet, men skal alltid tilstrebe best mulig lindring. En pasient er ikke tilstrekkelig smertelindret dersom hen ofte har sterke smerteanfall, kun er smertefri i ro eller opplever at smerten begrenser livsutfoldelsen. Ubehandlet eller underbehandlet smerte kan gi tilleggsplager som forstoppelse, kvalme, angst, depresjon og søvnproblemer.

Bare pasienten kan beskrive egen smerteintensitet og hvordan smertelindrende tiltak har effekt.

Smertelindring av pasienter som ikke kan kommunisere med ord, krever derfor systematisk vurdering og evaluering basert på observasjon av funksjon og vurdering av ulike målinger og tegn.

Kartlegg: Bruk SOCRATES-akronymet (side 10), kartleggingsverktøy og observasjon. Hvor er smerten lokalisert? Hvordan kjennes smerten? Er den konstant eller ikke? Hvordan kan smerten beskrives, er den verkende, stikkende, dunkende osv.? Vurder om det kan finnes andre årsaker til smerteuttrykk, som obstipasjon, angst eller redsel.

Pleie- og omsorgstiltak: Bruke avspennings-teknikk, varme- eller kuldepakninger, avledning gjennom musikk eller annet, tilstedeværelse eller trygging og berøring og vurder å endre stilling, bruke fysisk aktivitet, gi psykologisk støtte eller å tilrettelegge hjemmet.

Legemiddelbehandling: Har du ansvar for legemiddelbehandling, må du kjenne virkning, opptak, varighet og bivirkninger. Du må vite at depotmedikamenter gir jevn effekt i opptil tolv timer (plaster opptil ei uke), mens behovsmedikamenter virker raskt, men kortvarig (ofte tre–fem timer).

Observer og vurder effekten av legemidler: Reduseres smerten? Hvor hurtig skjer det? Hvor raskt må pasienten ha mer smertestillende? Har medikamentet bivirkninger? Dersom pasienten ikke oppnår tilstrekkelig smertelindring, bør følgende vurderes i samarbeid med fastlege eller tilsynslege:

- Er medikamentdosen tilstrekkelig?
- Hindrer noe opptak av legemiddelet, som kvalme, oppkast eller kraftig diaré?
- Kan det være andre årsaker til pasientens smerteuttrykk?
- Bør legemidler justeres, byttes ut eller suppleres?

Legemidler

All legemiddelbehandling gjøres i samarbeid med lege. Noen av de vanligste legemidlene innenfor palliasjon er paracetamol, glukokortikoider og opioider.

Paracetamol er et smertestillende og febernedssettende legemiddel som benyttes for lette til moderate smerter. Det gis fast og regelmessig for de fleste pasienter med smerte da det utfyller effekten av opioider. Paracetamol har få bivirkninger ved riktig dosering, men overdosering (mer enn 4 gram/døgn) kan gi alvorlig leverskade.

Glukokortikoider, for eksempel Prednisolon eller Medrol (metylprednisolon), kan bidra til smertelindring som er knyttet til hevelse eller trykk på vev i området rundt en kreftsvulst. De virker ved å dempe betennelse og redusere væskeansamlinger. Glukokortikoider kan også brukes for å lindre pustebesvær ved forverrelse av KOLS, lindre kvalme og bidra til økt appetitt og vektøkning for noen pasienter. Bivirkninger henger sammen med varighet av behandlingen og dose og kan omfatte søvnløshet, økt blod-sukker og tynn hud.

Opioider er en gruppe naturlige og syntetiske stoffer som benyttes både til smertelindring (analgesi) og som beroligende midler (sedativa). Opioider inkluderer morfin, oksykodon, fentanyl og metadon. Styrken varierer betydelig mellom de ulike typene, og effekten kan variere stort fra person til person. Noen pasienter får god smertelindring med små doser, mens andre kan trenge langt høyere doser for å oppnå samme resultat. Toleranse for opioider er vanlig ved langvarig bruk, og pasienten kan etter hvert trenge høyere doser for å få samme effekt. Opioider har flere bivirkninger, noen vil være forbigående ved oppstart eller økning av dose.

Kjente bivirkninger av opioider

- **forstoppelse:** Pasienter som settes på opioider, bør også settes på forebyggende lakserende avføringsmiddel.
- **munntørrehet**
- **kvalme, oppkast:** Vær oppmerksom på at dette kan medføre at pasienten ikke tar opp medikamentet i kroppen.
- **sløvhets (sedering):** Ved oppstart av opioider eller økning i dose opplever mange sløvhets eller søvnighet som forsvinner innen et par døgn. Det kan også være et symptom på overdosering. Kontakt lege dersom pasienten observeres sløvet.
- **forvirring, hallusinasjoner**
- **problemer med å urinere:** Urinblæra er fylt, men pasienten klarer ikke å tømme den (urinretensjon). Dette krever rask behandling, som regel innsetting av urinkateter.
- **kløe, hudirritasjon**



Det er ulike måter å administrere legemidler på:

- 1 Kan pasienten svelge, er hovedregelen å gi tabletter, kapsler eller mikstur.
- 2 Har pasienten svelgevansker, kaster opp, har diaré eller av andre årsaker ikke klarer å ta eller beholde legemiddelet i kroppen, kan smertestillende gis via et plaster eller subkutan.

Hvis smertelindringen fra punkt 1 eller 2 ikke er tilstrekkelig eller gir for store bivirkninger, bør spesialisert helsepersonell i smerteteam eller palliativt team på sykehus kontaktes.

- 3 En smertepumpe sørger for at legemidler gis kontinuerlig under huden (subkutan) eller direkte i blodet (intravenøst).
- 4 Smertelindrende legemidler kan gis gjennom et kateter i ryggkanalen (epidural- eller spinalsmertelindring) eller ved å bedøve en spesifikk nerve lokalt uten å påvirke hele kroppen (blokade).

Videre tiltak ved utilstrekkelig smertelindring

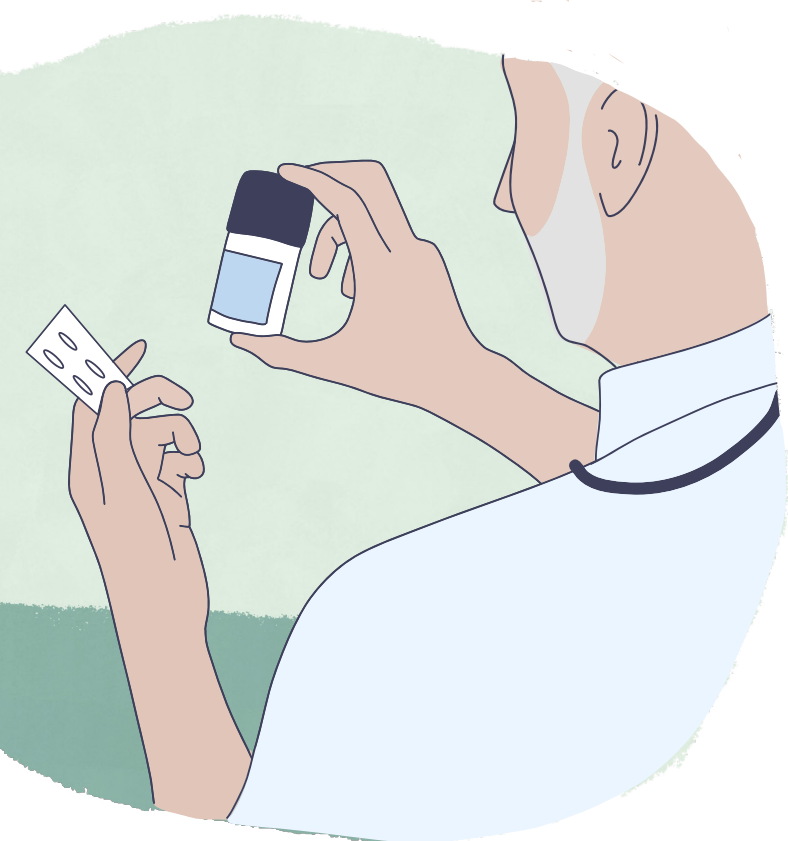
Dersom pasienten ikke oppnår tilstrekkelig smertelindring, bør man vurdere både administrasjonsmåte, dosering og muligheten for å bytte eller kombinere ulike legemidler. Selv om opioider ofte brukes ved moderate til sterke smerter, vil ikke alle pasienter ha tilstrekkelig nytte av dem. En kombinasjon med andre smertelindrende legemidler kan gi økt effekt og bedre lindring. I tillegg kan noen legemidler ha smertelindrende effekt som *bivirkning* som kan utnyttes i behandlingen.

Ved vedvarende sterke smerter (NRS > 4) eller plagsomme bivirkninger til tross for optimal behandling bør det vurderes henvisning til mer spesialisert smertebehandling.

Strålebehandling er særlig effektivt for pasienter med skjelettmetastaser. Målet med strålebehandlingen er å smertelindre, bevare funksjon og/eller forebygge plagsomme symptomer.

Palliativ kirurgisk behandling kan utføres med mål om å lindre plager eller forhindre at plager oppstår. Dette kan bestå i å legge inn en stent for å holde passasjer åpne, stomi for å avlaste eller kirurgi av skader i nervesystemet.

Lotta (65 år) har langtkommen kreft og opplever brennende og skytende smerter i beina. Til tross for økende opioiddoser får hun ikke tilstrekkelig lindring. Kartlegging tyder på nevropatiske smerter, som opioider har begrenset effekt på. Legen legger til legemiddelet gabapentin, som i utgangspunktet ble utviklet for behandling av epilepsi. Ei uke senere merker Lotta betydelig bedring.



Grundig smertekartlegging er avgjørende for riktig behandling. I tillegg til å skille mellom ulike smertetyper må man vurdere psykiske, sosiale og eksistensielle faktorer som kan forsterke smerteopplevelsen. Nevropatiske smerter krever ofte andre medikamenter enn opioider, men god lindring forutsetter ofte en helhetlig tilnærming.

Kvalme

Kvalme forekommer hos mange palliative pasienter og kan ha ulike årsaker. Det er viktig å finne ut hva som forårsaker kvalmen, slik at riktig behandling kan startes. Grundig kartlegging av kvalmen er avgjørende, og det er særlig vesentlig å skille mellom kvalme og oppkast og se hvordan disse henger sammen. Hvis pasienten kaster opp blod eller oppkastet er svart (som kaffegrut), må lege kontaktes.

Kartlegg: Bruk «SOCRATES-akronymet». Når oppstår kvalmen? Er den knyttet til matinntak, smerter, bevegelse eller økning av opioider? Er pasienten forstoppet eller dehydrert? Har pasienten andre symptomer, som smerte eller angst? Bruker pasienten legemidler som kan gi kvalme som bivirkning?

Behandle eller fjern underliggende årsak hvis mulig. Se ellers tiltak ved munntørrhet og ernæring.

Legemiddelbehandling: Flere legemidler kan lindre kvalme. Legen ordinerer legemiddel basert på antatt årsak. Hvis pasienten kaster opp, bør kvalmestillende legemiddel gis som injeksjon.

Forstoppelse (obstipasjon)

Et vanlig symptom hos palliative pasienter er forstoppelse. Ved forstoppelse med akutte magesmerter og fekalt oppkast (oppkast av avføring) bør lege kontaktes raskt.

Kartlegg: Utforsk hva som kan være årsaken til forstoppelse. Ofte skyldes det bruk av opioider, dehydrering, inntak av fiberfattig kost eller sykdom som gir trang tarmpassasje eller redusert tarmbevegelse.

Pleie og omsorgstiltak: Informer om tiltak som å holde seg i bevegelse, drikke tilstrekkelig og spise fiberrik mat, eller bruk forebyggende avføringsmidler ordinert av lege. Sørg for gode og tilrettelagte toalettforhold.

Legemiddelbehandling: Avføringsmidler gis enten som mikstur, dråper eller klyster. Dersom effekten uteblir til tross for tiltak, må pasienten vurderes av lege.



Hvilket ansvar har du for å bidra til at pasientene der du jobber, er godt lindret?

Hvordan utfører du dette ansvaret i praksis? Hvilke faglige vurderinger må du gjøre?

Hvordan håndterer du situasjoner hvor du er usikker på administrering av legemidler eller dose?

Hva er viktig i kommunikasjonen med pasienter og pårørende om symptomlindring?

KAPITTEL 4

Lindring i sen fase

Eva Saltrøe

Mange pasienter opplever plagsomme og belastende symptomer gjennom et sykdomsforløp. Behandlingsmålene og tiltakene varierer ut fra hvor i forløpet pasienten befinner seg. Tidlig i et sykdomsforløp kan målet være både å lindre symptomer og å legge til rette for best mulig behandlingsresultat for å forlenge livet. Mot slutten av et sykdomsforløp legges det hovedsakelig vekt på lindring. For personer med alvorlig skrøpelighet eller uhelbredelige, livsbegrensede sykdommer som alvorlig grad av demens eller Parkinsons sykdom vektlegges lindring og målrettede, forebyggende tiltak som kan bidra til bedre funksjon og livskvalitet.

Mot slutten av livet vil de fleste oppleve en viss grad av skrøpelighet. Særlig eldre med skrøpelighet kan leve med flere sykdommer samtidig og ha redusert reservekapasitet som gjør dem ekstra sårbare for selv små belastninger (se heftet *Lindrende behandling og omsorg 1*). Skrøpelige pasienter i livets slutfase har ofte en høy og sammensatt symptombyrde med flere samtidige plager som virker sammen og forsterker hverandre. Dette kan føre til betydelig lidelse og redusert funksjon og krever tett oppfølging og nøye vurdering av tiltak.

Når symptombyrden er høy, kreves det av og til tiltak som iverksettes av spesialisthelsetjenesten, og som følges opp av helse- og omsorgspersonell i hjemmet eller på institusjonen. I dette kapittelet vil vi beskrive to vanlige symptomer hos palliative pasienter som kan opptre i sykdomsforløpet, uavhengig av diagnose eller behandling. Se ellers heftet *Lindrende behandling og omsorg 1*.

Delirium

Palliative pasienter kan ha økt risiko for delirium, også kalt «akutt forvirring». Delirium er en klinisk diagnose som ofte er lett å stille hvis en er oppmerksom på den.

Døende pasienter har økt risiko for delirium de siste levedagene, også kalt terminal uro. Med mindre forvirringen er en del av den døende fasen (se kapittel 6), må lege kontaktes for vurdering.



@ Adobe Stock

Delirium kan utløses av legemidler, somatisk sykdom eller skade. Stress eller økt nivå av hormonet kortisol kan også være en medvirkende, utløsende årsak. Tilstanden kan utvikle seg i løpet av noen timer eller ta lengre tid. Symptomer på delirium er redusert oppmerksomhet, konsentrasjonssvikt, dårlig korttidshukommelse og innlæringsevne, orienteringsproblemer og vansker med å gjøre rede for seg. I tillegg kan pasientens døgnrytme være forstyrret, og det samme gjelder evnen til å tenke og forstå hva som skjer. Deliriet kan være hyperaktivt (uro og rastløshet), hypoaktivt (sløvhhet og tiltaksløshet) eller blandet (varierer gjennom døgnnet).

Det kan være utfordrende å identifisere utløsende faktorer, men det er nødvendig for å kunne starte riktig behandling. Delirium er en vanlig tilstand hos eldre med alvorlig skrøpelighet, spesielt hos dem med kognitiv svikt.

Tiltak: Det viktigste tiltaket mot delirium er forebygging og pleie og omsorgstiltak. Pasienter med delirium trenger ro og trygghet. Oppretthold døgnrytmen, sørg for tilstrekkelig søvn, reduser stimuli, sørg for nok mat og drikke, og lindre plagsomme symptomer. Delirium kan være skremmende, så gi pasienten og pårørende informasjon om tilstanden og hvordan den håndteres.

Det finnes ingen legemidler som fjerner delirium, men noen kan redusere symptomer som søvnløshet og indre uro. Ved vandring og fallfare om natta kan legen vurdere beroligende eller sederende medisin.

Verktøy for å kartlegge delirium

4AT er et enkelt skjema som raskt kan oppdage delirium og kognitiv svikt. Skjemaet kan fylles ut på bare et par minutter og krever ikke mye spesialopplæring. Det kan lastes ned på the4AT.com. Vi bruker 4AT

- fordi delirium kan være vanskelig å oppdage uten systematisk kartlegging
- fordi tidlig oppdagelse kan bidra til at årsaken til delirium blir oppdaget og riktig behandling satt i gang

Angst og uro

Palliative pasienter kan oppleve angst, depresjon eller indre uro både i tidlig og sen fase av en sykdom. Det er naturlig å føle tristhet, håpløshet eller frykt når sykdommen gir mange plager og kortere levetid. Sosiale, familiære, økonomiske eller eksistensielle utfordringer og bekymringer kan også bidra til slike følelser. For noen pasienter kan dette utvikle seg til psykiske plager eller angst som krever behandling. Angst kan beskrives med ulike ord som diffus uro, nervøsitet, frykt eller panikk. Angst kan også gi konsentrasjonsvansker, søvnproblemer, hjertebank og uro.

Tiltak: Det viktigste tiltaket er samtale. Målet er å skape trygghet og forutsigbarhet gjennom god kommunikasjon, der pasienten får informasjon, veiledning og omsorg i møtet med helse- og omsorgstjenesten. For å lindre psykiske, åndelige og eksistensielle plager kan opplevelsen av kontroll være nødvendig for mange. Da må pasienten få muligheten til å medvirke og ta beslutninger om eget liv og behandling. Samtaler kan gjennomføres av ulike fagpersoner. Hvem som best kan hjelpe pasienten, bør vurderes tverrfaglig.

Dersom samtale og pleie- og omsorgstiltak ikke er tilstrekkelige, kan en lege vurdere bruk av lindrende legemidler for å redusere angst og uro.

Hva om vi ikke klarer å lindre?

Moderne palliativ behandling er effektiv, og det finnes ofte tiltak som har effekt og lindrer pasientens plager. Selv om vi sjelden kan fjerne alle plagene, kan vi sørge for at symptomene blir mer håndterbare, slik at pasienten opplever bedre livskvalitet i den siste tiden. For å lykkes med legemiddelbehandling av fysiske plager handler det ofte om å gi rett legemiddel eller en passende kombinasjon av ulike legemidler i tilstrekkelige doser og i den riktige administrasjonsformen. Dette kan kreve sykehusinnleggelse og spesialiserte tiltak, som smertepumper eller nerveblokader.

Dersom en døende pasient tross omfattende smertelindringstiltak har en så omfattende lidelse at den ikke er til å holde ut, kalles det en refraktær lidelse. Det kan her dreie seg om en kroppslig, psykisk eller eksistensiell lidelse hvor ingen metoder gir tilstrekkelig lindring innen rimelig tid eller uten uakseptable bivirkninger for pasienten. I slike tilfeller hender det at pasienten gis lindrende sedering ved hjelp av legemidler. Dette innebærer en reduksjon av bevissthets og skal normalt bare gis til pasienter som antas å ha få dager igjen å leve.



I noen land er dødshjelp lovlig, enten som eutanasi, der helse- og omsorgspersonell aktivt forårsaker pasientens død på pasientens forespørsel, eller assistert selvmord, der legen gir pasienten dødelige legemidler som pasienten inntar selv. I Norge er dødshjelp ulovlig og defineres som drap eller medvirkning til selvmord. Målet med god palliativ behandling er å fjerne lidelsen, ikke personen som lider. Dette målet oppnår vi best ved å jobbe i tverrfaglige team, inkludere pasienten og eventuelt pårørende i behandlingen og aldri gi oss i vårt arbeid for lindring.

Tiltaksplan ved livets siste dager

Tiltaksplanen «Livets siste dager – plan for lindrende behandling» er aktuell når det blir vurdert at personen vil dø i løpet av dager eller timer. Da endres behovene, og det blir nyttig med en plan som setter pasientens velvære, symptomlindring og verdighet i sentrum og gir pårørende støtte og informasjon i en sårbar tid.

Mer informasjon kan du finne på nettsidene til Kompetansesenter i lindrende behandling – Helse Bergen HF.



Hvilke observasjoner gjør du for å kartlegge om en pasient er urolig eller har smerter?

Hva gjør du når du vurderer at en pasient ikke er godt nok lindret?

Hvilke lindringstiltak kan du foreta, og hvilke tiltak må du få annet helse- og omsorgspersonell til å vurdere og iverksette?



KAPITTEL 5

Den døende pasienten

Heidi Solum Hermansen

Livets slutfase er perioden hvor det med stor sannsynlighet gjenstår begrenset tid å leve, ofte definert som uker eller dager. Med døende menes at pasienten vil dø i løpet av kort tid, det vil si i løpet av noen timer eller noen få dager.

Tiden i livets siste fase kan være verdifull. Den kan romme sorg og smerte, men kan også være preget av kjærlighet, nærhet og samhold.

Når livet nærmer seg slutten, starter en unik og uopprettelig fase. Helse- og omsorgspersonellet har kun én sjanse til å bidra til at den siste fasen oppleves så trygg og god som mulig for pasient og pårørende. Hvordan vi møter, lindrer og ivaretar i denne tiden, vil ikke bare prege pasientens siste dager, men også påvirke minnene, sorgen og opplevelsen til de etterlatte.

Når er en pasient døende?

Hvis vi ser bort fra plutselig og uventet død, er de fleste dødsfall forventet med timers, dagers eller måneders varsel.

Det krever både faglig kompetanse, erfaring og tverrfaglig samarbeid for å vurdere om en plutselig forverring er forbigående eller et tegn på at livet går mot slutten, og legen har det medisinske ansvaret. Noen ganger er det åpenbart at pasienten er døende. Andre ganger kan symptomene fremstå på en måte som tyder på at døden er nær, men så viser det seg at pasienten har en forbigående tilstand som kan snus, i alle fall midlertidig. En grundig vurdering – og i noen tilfeller en kortvarig, prøvende behandling – kan gi svar på om pasienten faktisk er døende eller ikke.

Ragnhild (86 år) bor på sykehjem. Hun har alvorlig grad av demens og kjent nyresvikt. En dag etter å ha sittet lenge ute i sola får hun en tydelig forverring av helsetilstanden. Hun ligger i senga, responderer lite og vil ikke drikke. Personalet vurderer henne som mulig døende.

Legen og sykepleieren foretar en helhetlig vurdering av situasjonen. De kjenner pasientens sykehistorie og vurderer at dehydrering kan være en mulig årsak til forverringen. Det tas hensyn til hennes generelle helsetilstand, livskvalitet og tidligere forløp. Pårørende informeres og blir spurt om de kjenner til hva Ragnhild selv kunne ønsket i en slik situasjon.

Etter faglig drøfting og med tanke på muligheten for reversibel årsak, beslutter legen å forsøke intravenøs væskebehandling i en tidsavgrenset periode på 48 timer. Allerede etter det første døgnet viser pasienten tydelig bedring, og etter to dager er hun tilbake til sin vanlige tilstand. Det viser seg at hun var dehydrert – ikke døende.

Hva viser caset om Ragnhild?

- Helhetlig vurdering er avgjørende: Akutt forverring hos alvorlig skrøpelige pasienter betyr ikke nødvendigvis at døden er nært forestående, vurder alltid mulige reversible årsaker.
- Samarbeid i team: Legen og sykepleieren brukte ulik fagkunnskap og erfaring og vurderte sammen, noe som styrket beslutningsgrunnlaget.
- Pasientens historie teller: Kjennskap til sykehistorien, funksjonsnivået og tidligere forløp gir et bedre grunnlag for å ta riktige avgjørelser.
- Pårørende som ressurs: De kan bidra med viktig kunnskap om hva pasienten selv kunne ønsket.
- Tidsavgrenset behandling: Å prøve behandling i en kort og avklart periode kan være nyttig når man er usikker på årsaken til forverringen.
- Unngå forhastede konklusjoner: En akutt forverring må ikke automatisk tolkes som at pasienten er døende.



@ Adobe Stock

Tegn på at døden nærmer seg

Symptomer og tegn som er vanlige når døden nærmer seg, kan være ulike. Når en pasient er sengeliggende, har redusert bevissthet og ikke lenger klarer å svelge mat eller tabletter, kan det tyde på at pasienten kan dø i løpet av få dager.



Vanlige tegn på at døden nærmer seg

- Tidlige tegn (dager før døden) kan være redusert fysisk svekkelse med uttalt trøtthet og økt behov for søvn og sengeleie. Orienteringsevnen svekkes, og forvirring kan oppstå eller forsterkes. Svelgebesvær og mindre inntak av mat og drikke er vanlig.
- Sene tegn (fra få dager til få timer før døden) kan være redusert bevissthet der pasienten i lengre perioder ikke er kontaktbar. Sirkulasjonen endres og gir svak eller fraværende puls i håndleddet og marmorering eller endring i hudfargen. Respirasjonen endres og kan medføre surkling (dødsralling) eller Cheyne-Stokes' respirasjon (pusten veksler mellom dype, raske åndedrag og perioder med svært svak eller ingen pust).

«Hvor lang tid er det igjen?»

Ofte hører vi pasienter og/eller pårørende spørre hvor lang tid pasienten har igjen å leve. Når en pasient spør, handler det kanskje ikke bare om å få et konkret svar. Det kan være uttrykk for både bekymring og et ønske om å kunne forberede seg. Noen har behov for å vite mest mulig for å kunne planlegge og ta farvel. Andre ønsker å holde blikket på dagene som fortsatt gjenstår, uten å vite nøyaktig hvor mange de er.

Når pårørende spør hvor lenge pasienten har igjen å leve, kan det handle om at de ønsker å være til stede ved dødsleiet, at de gjerne vil planlegge og prioritere, eller at de ønsker å forberede seg mentalt på avskjeden.

Det er vanskelig å forutsi nøyaktig når en pasient vil dø. Erfaring viser at dersom pasientens allmenntilstand svekkes måned for måned, kan pasienten ha måneder igjen å leve. Skjer endringen fra uke til uke, kan pasienten ha uker igjen. Hvis forverringen skjer dag for dag, kan døden være nært forestående. Hver person, hvert sykdomsforløp og hver situasjon er unik. Noen lever lenger enn forventet, andre dør tidligere enn noen hadde trodd.

Hva kan vi si når døden nærmer seg?

Når vi ser tegn på at døden kan være nær (dager til timer), bør dette formidles til pasient og/eller pårørende på en varsom måte. Vi kan for eksempel si: *«Det er vanskelig å vite helt sikkert. Men vi ser tegn på at tiden igjen kan være kort. Vi vet ikke nøyaktig, men vi tror (navn på personen) vil dø snart.»*

Hva som har betydning nå

Når en pasient er i ferd med å dø, handler omsorgen først og fremst om å skape ro, trygghet og nærvær for både pasienten og eventuelle pårørende.

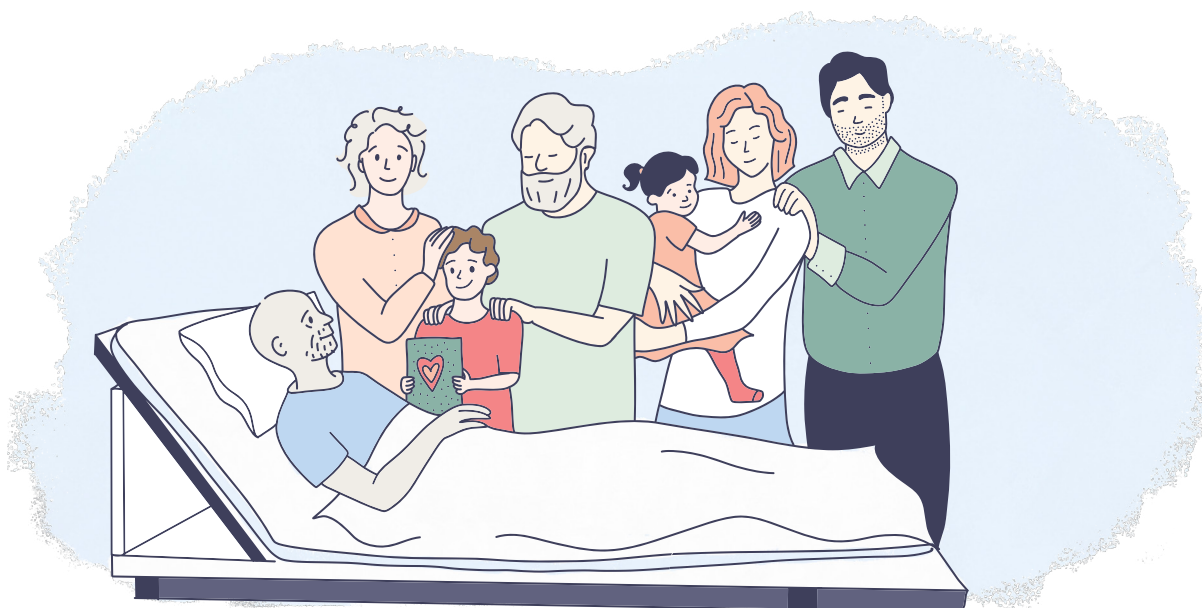
Vi må tilrettelegge for at pasient og pårørende forstår hva som skjer. At livet går mot slutten, kan oppleves vondt, både for den det gjelder, og for nærstående. Samtidig kan det gi en slags lettelse fordi det gir tid til å forberede seg, snakke sammen og ta avskjed. Helse- og omsorgspersonellet bør være åpne om hva som skjer, og om hva som kan forventes videre. Spesifikke ønsker fra pasienten bør respekteres så langt det lar seg gjøre.

Pårørende kan i denne fasen være bekymret for at pasienten ikke får i seg næring. Her må vi formidle varsomt at pasienten har sluttet å spise fordi kroppen dør – det er ikke slik at pasienten dør fordi vedkommende slutter å spise. Sondemat eller intravenøs næring har ingen effekt nå fordi kroppen er i en nedbrytningsfase, og det kan i verste fall gi økte plager.

Unødvendig behandling, prosedyrer og undersøkelser avsluttes. Vi skal vurdere hvilke tiltak som fortsatt lindrer, og hva som bare skaper ubehag. Legemidler, væsketilførsel, oksygen og målinger som ikke gagnar pasienten, kan avsluttes. Noen pårørende kan spørre etter blodtrykksmåling eller blodprøver for å føle at noe blir gjort, eller for å bevare en form for kontroll. Møt dem med forståelse og forklar at vi i stedet følger med på kroppslige signaler som pust, ansiktsuttrykk og uro for å gi best mulig lindring og omsorg.

Pårørende trenger støtte og inkludering. Å ha kjente personer rundt seg gir ofte ro for pasienten. For pårørende kan denne tiden være full av motstridende følelser som sorg og hjelpeløshet, men også lettelse over at pasientens snart får fred. Pårørende kan ha behov for både praktisk og emosjonell støtte. Gi dem mulighet til å være til stede, delta i pleien eller ta farvel på sin egen måte. Gi informasjon og svar på spørsmål. Tilby hyppig tilsyn, men husk også å respektere eventuelle ønsker om privatliv.

Symptomer skal lindres. Pasienten skal ha det så komfortabelt som mulig. Ofte trengs legemidler, men god pleie og tilstedeværelse bidrar også i stor grad til pasientens velvære.



Hjemmedød

Flere alvorlig syke og eldre med alvorlig skrøpelighet ønsker å tilbringe sine siste dager hjemme. Å få dø i kjente omgivelser, gjerne omgitt av sine egne, kan oppleves som en trygg og verdig avslutning.

Å legge til rette for hjemmedød krever ofte at pårørende deltar aktivt i omsorgen. Det krever også tilgang til lege og hyppig tilsyn fra hjemmetjenesten, inkludert nattlige tilsyn.

Tidlig planlegging og godt samarbeid med pasienten og pårørende er essensielt for at hjemmedød skal bli faglig forsvarlig. Nødvendig utstyr og legemidler må finnes i hjemmet, og det må avklares hvem som kan være til stede, og hvilke tiltak som skal settes inn for å gi pasienten best mulig lindring døgnet rundt. Når pårørende ønsker å bidra aktivt i den siste fasen, kan praktiske og økonomiske forhold være avgjørende. Pleiepenger kan da være en god støtteordning for pårørende som er i arbeid.

En palliativ plan bør være tilgjengelig for alle involverte med tydelig beskrivelse av hvem som kontaktes ved akutte symptomer eller forverring. Selv om det er planlagt at pasienten skal dø hjemme, kan det oppstå endringer eller behov som gjør at planen må endres. Hvis symptomene blir svært krevende eller pårørende ikke lenger klarer omsorgsbyrden, kan det være best å overføre pasienten til et sykehjem eller en lindrende avdeling.



Hvordan kan en best ivareta pårørendes behov når pasienten er døende?

Hva kan du gjøre for å sikre at unødvendig behandling unngås, og at lindrende tiltak prioriteres?

Hvordan møter du pårørendes ønske om «å gjøre noe»?

Hvilke fordeler og utfordringer ser du ved å tilrettelegge for hjemmedød?

KAPITTEL 6

Symptomlindring av døende

Heidi Solum Hermansen

De vanligste plagene i livets siste fase er smerter, pustebesvær, slim i luftveiene (dødsralling), kvalme eller oppkast, angst, uro og delirium. Flere av symptomene er beskrevet tidligere i heftet, og her vil vi gi en utdyping av symptomene som gjelder livets aller siste timer og dager, og legemidlene som kan lindre plagene.

Medikamentell lindring i livets siste dager

En håndfull nøye utvalgte legemidler er ofte tilstrekkelig for å oppnå god lindring i livets slutfase. Disse legemidlene kan lindre flere symptomer samtidig, som smerte, angst, pustebesvær og kvalme.

Et «lindrende skrin» kan inneholde utvalgte legemidler og nødvendig utstyr, slik at lindring kan gis raskt og uten forsinkelser. Legen ordinerer legemidlene, og sykepleieren kan bruke disse etter avtalt plan dersom pasienten får akutte eller forverrede symptomer.

Når legemidlene er lett tilgjengelige og brukes etter hensikten, kan man ofte unngå unødvendige sykehusinnleggelser. Det bidrar til at pasienten får en rolig og verdig avslutning på livet, enten det er i eget hjem eller på sykehjem. For pårørende og helse- og omsorgspersonell er det betryggende å vite at lindring alltid er innen rekkevidde.

Legemidler i et «lindrende skrin»

- **Morfin** lindrer smerte og tung pust.
- **Midazolam** reduserer uro og angst, dyspné og kramper.
- **Haloperidol** brukes mot kvalme og forvirring.
- **Glykopyrrolat** demper surkling (dødsralling) og lindrer smerte forårsaket av ileus (tarmslyng) eller kolikk.

Når pasienten ikke lenger kan svelge medisiner, brukes ofte subkutane injeksjoner.

Smerte i livets siste fase

I løpet av de siste levedøgnene vil mange døende pasienter ha behov for sterke smertestillende legemidler, som opioider. Enkelte kan trenge høyere doser enn tidligere for å oppnå tilstrekkelig lindring, mens andre kan klare seg med lavere doser. Dosebehovet må vurderes individuelt og justeres etter pasientens tilstand og respons.

Dersom smertene vedvarer til tross for smertestillende behandling, bør man vurdere om smerten kan skyldes noe annet enn en fysisk tilstand. Smerte kan også være uttrykk for psykiske eller eksistensielle plager, som angst, uro eller sorg. I slike tilfeller kan det være aktuelt med samtalestøtte, beroligende legemidler eller at pårørende er til stede.

Ubehag og smerter må kartlegges og lindres helt frem til døden inntreffer. Det kan være vanskelig for pasienten å uttrykke hvor i kroppen smerten sitter. Vær oppmerksom på at andre plager også kan gi betydelig ubehag, for eksempel ei full urinblære. Dette kan kreve tiltak som innlegging av kateter for å sikre velvære.

Etter hvert som pasienten ikke lenger kan uttrykke seg med ord, blir observasjon avgjørende for å vurdere tilstanden. Tegn som stønn, grimaser eller rynker i pannen kan være uttrykk for smerte eller ubehag. Samtidig trenger ikke slike reaksjoner å skyldes fysisk smerte – de kan også være uttrykk for uro, sorg eller behov for trygghet og nærhet. Lyder og bevegelser kan også være pasientens måte å forsikre seg om at noen er til stede.

Ved tegn til ubehag bør man vurdere om pasienten trenger en ny stilling, berøring eller en hånd å holde i. Dersom det fortsatt hersker usikkerhet om pasienten har smerter, bør det vurderes å gi smertelindrende legemidler for å sikre at pasienten er lindret. Målet er alltid lindring og verdighet.

Terminal uro (delirium)

Mot slutten kan pasienten bli urolig, forvirret eller angstpreget. Det kan skyldes ubehag som smerte eller pustebesvær, vansker med å tømme blæra eller angst og eksistensiell lidelse. Det kan være aktuelt å prøve ulike tilnærminger for å se hva som demper uro.

De fleste døende har symptomer på delirium og kan veksle mellom klare og forvirrede øyeblikk. Å redusere sanseinntrykk rundt pasienten i den siste fasen kan bidra til å forebygge og lindre. Hvis uroen blir for sterk, kan vi i tillegg lindre med legemidler som Haloperidol eller Midazolam.

Pustebesvær i livets slutfase

Tung pust er et vanlig symptom hos døende. Ofte skyldes det utvikling av hjertesvikt og væske i lungene. Når pasienten ligger flatt, kan derfor pustebesværet bli verre. Pustebesværet kan lettes hvis pasienten hever hodeleiet som i Fowlers leie (se beskrivelsen senere).

Opplevelsen av pustebesvær kan føre til uro og også dødsangst og kan oppstå selv om pasienten ikke nødvendigvis har lavt oksygeninnhold i blodet. Morfin kan redusere opplevelsen av tung pust, og et beroligende legemiddel kan lindre plagene hvis pasienten viser tegn på indre uro eller angst. Også enkle tiltak som leieendringer, godt munnstell, en vifte med sirkulerende luft, en kald klut på pannen eller et åpent vindu kan hjelpe.

Når døden nærmer seg, er det vanlig at pusten blir mer uregelmessig, med pauser og dype drag. Dette kalles Cheyne-Stokes' respirasjon og skyldes at hjernens funksjon begynner å svikte. I denne fasen har pasienten redusert bevissthet og opplever sjelden ubehag av dette pustemønsteret. Pårørende kan derimot bli bekymret og trenge en forklaring på hva som skjer. Fortell da at det er en naturlig del av prosessen og et tegn på at døden nærmer seg.

Surkling (dødsralling)

Når pasienten ikke klarer å hoste eller svelge lenger, kan det samle seg slim og spytt i svelg og luftveier som kan lage en gurgende lyd.

Tilstanden er sjelden ubehagelig for pasienten, men den kan virke skremmende for pårørende. Sugning av svelget bør unngås da det ofte gir ubehag og kan skape mer slim. I stedet kan vi forsøke å heve pasientens overkropp (Fowlers leie) og/eller legge pasienten i sideleie (se side 36). I tillegg vil et legemiddel som reduserer slimet, (som Glycopyrron subkutan) minske dødsrallingen. Dette legemiddelet reduserer ikke slim bare i luftveiene, men også spyttproduksjonen. Dette kan gi munntørrrhet, som kan krever hyppig fukting og smøring av munnhulen og leppene (se side 35).

?

Hva kan gjøres for å sikre god smertelindring hos pasienter som ikke lenger kan uttrykke smerte verbalt?

Hvordan møter du pårørende som blir urolige eller engstelige for pasientens pust, surkling eller endringer i bevissthet?

Hvordan opplever du det å gi lindrende behandling i pasientens aller siste timer?

Hva er utfordrende, og hva gir deg trygghet i rollen?



KAPITTEL 7

Det gode stedet – en viktig del av lindring

Heidi Solum Hermansen

«Det gode stedet» handler ikke bare om å ivareta kroppslige behov. Gjennom det vi gjør og måten vi gjør det på, kan vi bidra til den døendes velvære, ro og opplevelse av verdighet.

Kroppsspråk, berøring og tilstedeværelse

Et mildt blikk, en rolig tilstedeværelse og en forsiktig hånd på skulderen kan formidle mer enn ord. Pasienter som ikke lenger kan svare med ord, kan fortsatt oppfatte stemningen og merke om vi er stresset eller rolige. Når vi steller, forflytter eller gir pleie, må vi gjøre det varsomt og i et rolig tempo. Skjør hud, smerter og økt følsomhet kan gjøre at selv lette berøringer oppleves som ubehagelige hvis vi ikke er varsomme nok. Selv når det virker som pasienten ikke reagerer tydelig, kan personen likevel oppfatte nærværet. For noen pårørende og for helse- og omsorgspersonell kan det være naturlig å ville fylle stillheten med ord, men det kan ha vel så stor betydning å bare være der. Andre ganger kan det å holde en hånd eller stryke forsiktig på armen for å fortelle pasienten at hen ikke er alene, være rett.

For mange pasienter kan berøring ha en beroligende effekt, mens andre trekker seg unna. Vær oppmerksom, slik at den enkeltes grenser blir respektert. Se etter og vær oppmerksom på små signaler: et ansiktsuttrykk, et rykk i kroppen eller en ro som brer seg.

Selv om pasienten virker ubevisst eller ikke responderer, kan hørselen være intakt. Derfor skal vi alltid snakke til pasienten som om vedkommende er våken og hører alt som blir sagt. Det gjelder både det vi sier direkte til pasienten, og det vi sier i rommet. Dette bør formidles til pårørende. For mange kan det være godt å vite at hørselen ofte er den siste sansen som forsvinner. Kanskje finnes det ord som fortsatt trenger å bli sagt? Å sette på rolig musikk som har betydd mye for pasienten, synge, spille et instrument eller lese høyt fra ei bok pasienten har likt, kan også ha beroligende effekt. Observer hvordan pasienten reagerer på ulike stimuli.

Å skape trygghet for pasient og pårørende

Når døden nærmer seg og pårørende ikke har mulighet til å være til stede, kan det være aktuelt å sette inn fastvakt. Dette kan bidra til å skape ro, nærvær og opplevelse av omsorg for pasienten i livets siste fase. Selv om vi bør tilstrebe at ingen dør alene, er det også verdt å huske at for noen kommer døden mest fredelig i stillhet, uten andres nærvær.

De siste levedøgnene handler om å skape en verdig og fredfull avslutning både for pasienten og pårørende. Pårørende som er til stede, trenger støtte og en opplevelse av at det er rom for dem. Vi vet at ikke alle pårørende ønsker eller orker å være til stede hele tiden, og dette skal vi respektere. Noen har ikke anledning til å være tilgjengelig døgnet rundt, mens andre igjen ønsker og har mulighet til å være mest mulig til stede.

Uansett må vi sørge for at pårørende opplever situasjonen som et godt og trygt sted å være på tross av det tunge som skjer. Vær oppmerksom på pårørendes behov. Pass på at de får mulighet til å hvile og spise. Hold rommet ryddig, og sørg for frisk luft og behagelig temperatur. Tilby samtaler og tilpasset informasjon, omsorg og praktisk støtte.

Dersom pasienten har mindreårige barn eller søsken, har helse- og omsorgspersonellet plikt til å ivareta barnas behov for støtte og informasjon. Tilrettelegg for at de også føler seg inkludert, avhengig av deres alder og behov.

Stell av døende

God pleie og godt stell gir velvære for den sengeliggende pasienten og kan bidra til å redusere smerte og annet ubehag. Kalde hender og føtter kan få lindring ved å bli vasket i et vaskevannsfat på sengekanten eller i senga. Å kjenne myke, varme kluter som vasker og lett



masserer ryggen, kan gi fysisk velvære og samtidig bidra til nærhet og en følelse av verdighet. Jo nærmere døden pasienten kommer, desto mer reduseres og tilpasses stellet ut fra hva som er hensiktsmessig, og som gir pasienten minst mulig grad av ubehag.

Når livet er i ferd med å ebbe ut, kan kroppens evne til å opprettholde en stabil temperatur svekkes. Både høy og lav kroppstemperatur kan skape ubehag for pasienten. Pass på at pasienten ikke fryser under stell. Samtidig er det ikke uvanlig at kroppstemperaturen kan øke nær døden. Hvis pasienten forsøker å fjerne dyna eller løfte opp klær, kan det være et tegn på at personen føler seg for varm. I slike situasjoner kan et tynt teppe være mer behagelig enn ei dyne, og kjølige kluter kan gi lindring.

Tørr hud kan føre til ubehag, kløe og sprukne områder. Dette kan være et problem når pasienten har redusert væskeinntak eller får legemidler som påvirker huden. Bruk myke håndklær eller kluter for å unngå å irritere huden, og klapp huden forsiktig tørr i stedet for å gni. Påfør milde fuktighetskremer eller hudoljer for å hindre at huden blir tørr og sprø. For mange pasienter betyr det mye å bruke produkter de er vant til og kjenner lukten av. For andre kan produkter som inneholder alkohol eller parfyme, irritere en hud som nå er ekstra sensitiv, så observer dette nøye. Mange døende pasienter taper kontroll over urinlating eller avføring, spesielt de siste dagene. Huden bør rengjøres regelmessig for å unngå irritasjon og infeksjon. Bruk fuktige kluter eller spesialiserte våtservietter som er skånsomme mot huden. Påfør barrierekremer eller salver for å beskytte huden mot urin eller avføring og for å hindre utvikling av sår eller irritasjon.

Mange pårørende ønsker å bidra i stell, men kan være usikre på hvordan de skal utføre det. Å delta i stell kan gi en god opplevelse for pårørende og bidra til nærhet i den siste tiden, men det bør tilpasses hva den enkelte føler seg komfortabel med. Veiledning i å gi for eksempel enkel hud-

pleie og munnstell på en skånsom måte kan hjelpe den pårørende til å oppleve nærhet og mestring av situasjonen. For andre pårørende kan det føles overveldende å skulle gjøre dette. Det er heller ikke sikkert at pasienten ønsker at pårørende skal delta i den kroppsnære pleien. Ønsker og grenser må respekteres og råd og veiledning tilbys dem som ønsker det.

Munnstell

Mange døende pasienter opplever munntørrrhet, sårhet, belegg og ubehag i munnen. Dette skyldes ofte redusert væskeinntak, bivirkninger av legemidler og endringer i pustemønsteret. Døende pasienter puster ofte bare gjennom munnen, og dette tørker fort ut slimhinnene. For å sikre pasientens velvære og gjøre det lettere for personen å snakke og svelge må vi bidra til å holde munnhulen fuktig og ren.

Se inn i munnen for å oppdage tegn på tørrhet, sår eller infeksjon. Start og avslutt alltid munnstellet med å smøre leppene med en fuktighetsgivende leppepomade. Bruk en myk tannbørste eller en fuktet skumsvamp til å rense tennene og tannkjøttet forsiktig. Fjern belegg og slim. Det anbefales at tjenestestedene har prosedyrer for munnstell for døende pasienter lett tilgjengelig for alle. På kompetansebroen.no kan du finne informasjon om dette.

Munnstellet må tilpasses pasientens bevissthetsnivå. For bevisstløse pasienter må vi fjerne eventuelle tannproteser og rense munnhulen med en fuktig tupfer på en låsbar pinsett (arteriepinsett). For å hindre at væske renner ned i halsen på pasienten, legges hodet litt mot siden, og tupferen må ikke være for fuktig. En fuktende munnsspray eller glyserol kan også være nyttig. Munn og lepper må fuktes og smøres regelmessig etter behov, minimum to–fire ganger daglig. Erfaringsmessig kan noen døende trenge fuktiggjøring av munnen hvert kvarter gjennom hele døgnet på slutten av livet.

Stillingsendring forebygger trykksår, lindrer pustebesvær og gir økt komfort

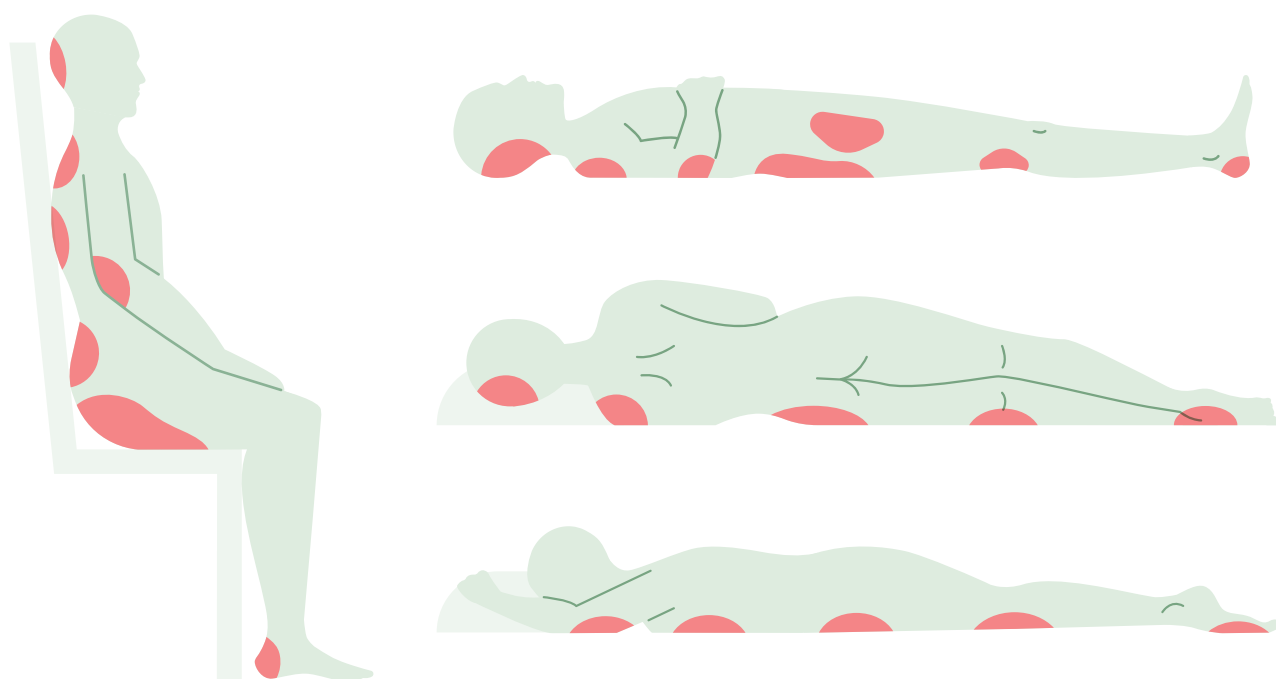
Døende pasienter ligger ofte lenge i ro, noe som kan gi smerter og trykksår. Stillingsendring hver andre eller tredje time er nødvendig for trykkavlastning, men må alltid tilpasses pasientens tilstand og behov. Hvis pasienten viser tegn på ubehag (grimaser, uro, økt pusting) ved stillingsendring, bør en være ekstra forsiktig og gjøre endringer langsomt. Noen ganger kan det være hensiktsmessig å gi smertestillende før større leieendringer eller stell.

Svært svekkede pasienter kan ha smerter ved bevegelse, selv om vi er aldri så forsiktige. Da kan det være hensiktsmessig å vurdere små endringer for å avlaste trykkpunkter i stedet for full vending. For eksempel kan en løfte opp madrassen på den ene siden og legge puter under slik at pasientens ene side blir løftet lett opp.

For velvære og for å forebygge trykksår bør en bruke puter for støtte samt plassere puter under trykkutsatte områder (se figur 1). Hælene bør være frie fra trykk ved å la dem hvile i luften, for eksempel ved å plassere ei pute under leggene. Når døden er svært nær, kan det være best å la pasienten ligge i en behagelig stilling og kun gjøre små justeringer for komfortens skyld, som å rette på puter under hodet, knærne eller hælene.

Leiring av den døende pasient

For døende pasienter kan Fowlers leie være en nødvendig stilling for lindring, spesielt når pasienten opplever pustebesvær eller ubehag. Å heve overkroppen reduserer trykket på mellomgulvet og gjør det lettere å puste. Noen pasienter har nytte av Semi-Fowlers leie, hvor overkroppen er hevet i en vinkel på 30–45 grader, mens pasienter med alvorlig tung pust kan ha behov for høyt Fowlers leie med en vinkel



Figur 1. Trykkutsatte områder

på 60–90 grader. Denne posisjonen er særlig nyttig for pasienter med lungesykdom, hjertesvikt eller problemer med sekresjon da den bidrar til bedre oksygenering (tilførsel av oksygen til kroppen) og kan redusere risikoen for surklete pust.

En lett hevet overkropp i senga kan også gi bedre trykkavlastning og generelt velvære. I tillegg kan en mer oppreist stilling gjøre det lettere for pasienten å se og kommunisere med sine nærmeste.

Puter kan brukes som støtte under rygg, armer og knær. Hvis pasienten blir mer urolig, kan en lavere vinkel eller sideleie være et bedre alternativ.

Sideleie kan være nyttig ved opphopning av slim eller for å avlaste trykk på lungene, men det er ikke alltid ideelt. Valg av stilling bør alltid baseres på pasientens tilstand og symptomer. Et eksempel er lungebetennelse eller lungekreft i den ene lungen. Sideleie på den syke siden kan i noen tilfeller forverre tungpusten. Hvis én lunge er syk, kan pasienten ofte få bedre oksygenering ved å ligge på den friske siden. Observer, kartlegg og spør om mulig for å undersøke om pasienten virker avslappet eller plaget, og vurder om leiet bør endres.



Hvordan vil du i stellet av den døende pasienten legge til rette for å skape trygghet og god lindring?

Har du opplevd en situasjon da du var nær en døende pasient?

Tenk tilbake: Hva ble gjort bra, og hva kunne vært gjort annerledes for å ivareta behovene til pasienten og pårørende bedre?

KAPITTEL 8

Å være til stede når livet slutter

Heidi Solum Hermansen

Eva Saltrøe

Når pusten har stilnet og hjertet ikke lenger slår, senker det seg ofte en stillhet i rommet. Det er et øyeblikk som kan oppleves både fredfullt og sterkt. Selv om praktiske forhold etter hvert må utføres, som å varsle ansvarlig sykepleier eller lege, er ikke dette noe tidspunkt for hastverk. Vår tilstedeværelse er fortsatt av betydning, og vi skal ivareta pasientens verdighet og pårørendes behov.

For pårørende er øyeblikket når døden inntreffer, noe de ofte bærer med seg resten av livet. Selv når døden er ventet, kan reaksjonene være mange og ulike. Noen vil gråte, andre stille spørsmål eller bli sittende i stillhet. Andre kan ønske å trekke seg unna og forlate stedet så raskt som mulig. Alt dette er normale måter å reagere på.

Når døden kommer brått

Når vi har fulgt en person og sykdomsforløpet over en viss tid, vil vi ofte vite og kunne vurdere når døden nærmer seg. Vi har forberedt oss, og pasient og pårørende har kanskje også fått tid til å ta farvel. Av og til skjer det likevel plutselig og uventet, selv om vi har fulgt godt med.

Noen sykdommer kan gi akutte forverringer som kan føre til plutselig død. Personer med hjertesvikt har økt risiko for akutt hjertestans eller lungeødem som kan fylle lungene med væske på kort tid. KOLS-forverring kan føre til alvorlig respirasjonssvikt, og kronisk syke er ofte mer sårbare for alvorlige infeksjoner som kan utvikle seg raskt.

I slike øyeblikk gjelder det å være forberedt. Å ha gode rutiner for akuttberedskap og å ha trent på hva vi skal gjøre, gir ro og handlekraft.

Mange spørsmål må være avklart på forhånd hvis det brått oppstår en kritisk situasjon:

- Hvilken behandling er ønsket og avtalt? Skal en for eksempel starte med gjenoppliving? (Se kapittel 3 i heftet *Lindrende behandling og omsorg 1.*)
- Hvilke legemidler er tilgjengelige, og hva kan vi gi umiddelbart uten å kontakte lege først?
- Hvem skal vi kontakte? Hvis pasienten utvikler akutt lungeødem i hjemmet uten tilgang til et «lindrende skrin», kan det være nødvendig å kontakte akuttmedisinske tjenester via 113 for å få rask tilgang til lindrende behandling.

Selv om en vet at døden nærmer seg, kan et brått dødsfall oppleves dramatisk og sette dype spor hos pårørende. Når vi vet hva vi skal gjøre i en uventet og kritisk situasjon, slik at vi ikke blir handlingslammet, kan vi bidra til å gjøre situasjonen mindre overveldende. Din tilstedeværelse, rolig og fokusert, kan bidra til at pårørende senere sitter igjen med minnet om at situasjonen ble håndtert med kompetanse og omsorg: «De var der, de visste hva de gjorde, og vi ble aldri overlatt til oss selv.»

Caset om Vera viser hvordan forberedthet kan bidra til å gi en dramatisk situasjon et preg av kompetanse og omsorg, til tross for alvorlet:

*Helsefagarbeider Markus har jobbet mange år på en lindrende enhet på sykehjemmet. Han husker særlig pasienten **Vera** (72 år), som hadde langtkommen spiserørskreft med spredning. En kveld Markus kom inn til Vera for å se til henne, så han at hun var svært blek og virket forvirret. Plutselig begynte hun å hoste opp store mengder friskt blod. Hun hadde store, redde øyne, gispet etter luft og ropte: «Hjelp meg, jeg dør!»*

Markus forsto at dette var en massiv blødning, sannsynligvis fra et sprukket blodkar i kreftområdet. Dette hadde de vært forberedt på i avdelingen. Han trykket på alarmknappen for å tilkalle hjelp samtidig som han ropte ut etter en kollega. Veras sønn, som var på besøk den kvelden, ble vitne til det dramatiske forløpet. Markus møtte blikket hans og sa rolig: «Vi er her med henne, og hun skal ikke være alene.»

Han la Vera forsiktig på siden for å hindre at blodet blokkerte luftveiene. «Det kommer snart mer hjelp, Vera, jeg går ikke fra deg», sa han, mens han støttet hodet hennes med ei pute og tørket bort blod med et mørkt

håndkle. En kollega som hørte Markus varsle, hadde gitt beskjed til sykepleieren.

Vera ble raskt mindre kontaktbar. Sykepleieren kom og administrerte lindrende legemidler for å sikre at hun ikke opplevde unødvendig lidelse. Noen få minutter senere døde Vera, med Markus, sykepleieren og sønnen sin rundt seg.

Etter dødsfallet ble sønnen godt ivaretatt av personalet. Han ønsket å delta i deler av stellet og fikk deretter sitte i ro og fred hos moren. Senere hadde han og Markus en samtale hvor Markus forklarte hva som hadde skjedd, og forsikret ham om at Vera hadde fått lindring. For Markus var det viktig å møte sønnen med ro og nærvær, slik at han ikke ble stående alene i sjokket, men opplevde støtte og trygghet i en svært dramatisk situasjon.



@ Adobe Stock

Stell av den døde

Stell av den døde er i de fleste kulturer en meningsfull og symbolsk handling som hører sammen med oppfatningen av en verdig død. Stellet skal gjennomføres med respekt for den avdøde, og det skal bidra til å skape ro, slik at de pårørende får mulighet til å sørge.

Dersom den døde ligger i ei uoppredd seng eller rommet er rotete, kan det trekke oppmerksomheten bort fra sorgen og gi inntrykk av at personen «kjempet» og hadde en urolig død. Stell av den døde handler derfor om langt mer enn de praktiske handlingene, som å lukke øynene, vaske kroppen og sørge for at den ligger i en naturlig stilling.

Det bør finnes detaljerte, lokale rutiner eller sjekklistor for å sikre et verdig stell av døde samt ivareta krav til dokumentasjon.

Dokumentasjonen inkluderer gjerne klokkeslett for dødsfallet, hvem som var til stede, et kort hendelsesforløp og hvilken lege som har bekreftet dødsfallet. Legen må konstatere dødsfallet ved å «syne».

Hensyn til livssyn og pårørende

- Avklar tidlig om det er spesielle hensyn knyttet til livssyn eller religion, og om prest, imam eller annen trosveileder bør kontaktes.
- Pasienter og pårørende kan ha spesifikke krav eller ønsker i forbindelse med dødsfallet basert på livssyn, religion eller tradisjon, som ritualer, bønner eller bestemte prosedyrer.
- Spør pårørende om de ønsker å delta i stellet av den døde, og om de har spesielle ønsker for klær den døde skal ha på seg (dette kan også koordineres med begravelsesbyrået).

Tilrettelegging for pårørende

Ikke alle pårørende ønsker å se den døde, og dette skal respekteres. Likevel bør vi informere om hvorfor det kan være til hjelp, og gi dem muligheten til å ta en veloverveid beslutning. Å se den døde kan være en del av sorgprosessen og bidra til bearbeiding av tapet. Det gir en mulighet til å ta farvel på en konkret måte. Å se den døde kan hjelpe pårørende med å forstå og akseptere at personen faktisk er død. Dette kan ha særlig betydning i situasjoner der dødsfallet kom brått eller uventet. Pårørende som ikke har sett den døde, kan senere få tanker om at det kanskje har skjedd en feil, eller de kan ha vansker med å forstå at personen virkelig er borte. Å se den døde kan forhindre slike grublerier. Hvis dødsfallet skjedde under en smertefull eller traumatisk prosess, kan det å se den døde etter stellet bidra til at de pårørende får et fredeligere bilde av den de har mistet. Det er mulig å ombestemme seg og heller se den døde på et senere tidspunkt før begravelsen. Samtidig er det viktig å være klar over at kroppen til den avdøde vil gjennomgå forandringer i løpet av de første dagene etter dødsfallet, som en del av den naturlige nedbrytningsprosessen. Dette kan påvirke hvordan den avdøde ser ut, slik at det kan være nyttig for pårørende å snakke med begravelsesbyrået om hva man kan forvente.

Før pårørende skal se den døde:

Vi har en viktig rolle i å sikre en verdig håndtering av den avdøde, samtidig som vi ivaretar pårørende med omtanke og respekt. Husk før pårørende skal se den døde:

- Kompresser over øynene og hakestøtte eller hakebind bør fjernes midlertidig hvis øyne og munn forblir lukket. Det går eventuelt an å brette ett eller to hvite håndklær som et

skjerf eller som en høyhalset genser under pasientens hake, bak nakken og ned mot skuldrene.

- Forbered pårørende på hvordan den døde ser ut.
- Tilby å være til stede med pårørende. Spør om de ønsker å være alene eller å ha en fra personalet hos seg.
- Undersøk om pårørende har noen spørsmål, og del telefonnummeret til tjenestens kontaktperson. Informer om muligheten for en etterlattesamtale etter begravelsen.
- Del gjerne ut en brosjyre med informasjon, for eksempel *Når en av våre nærmeste dør*. Denne kan lastes ned fra helsedirektoratet.no eller bestilles fra Helsedirektoratet.

Slik kan vi sikre en verdig håndtering av den døde, ivareta pårørende og opprettholde profesjonalitet i vårt arbeid.

Ritualenes betydning for pårørende

Også etter at dødsfallet har inntruffet, kan ritualer være en kilde til trøst for de pårørende. Noen familier åpner et vindu etter dødsfallet, som et symbol på at sjelen får slippe fri. Andre vil tenne et lys, synge en salme eller bare sitte stille ved senga. Ritualer i forbindelse med stellet av den døde kan være tett knyttet til religiøse eller kulturelle tradisjoner og oppleves som en viktig del av avskjeden.

Senere kan pårørende finne mening i bisettelsen eller begravelsen, i en minnesamling eller i årlige minnemarkeringer på spesielle datoer. Symbolske handlinger som å lage ei minnebok eller sette frem bilder og lys er for mange en måte å uttrykke sorg og minnes den døde på.



Hvordan kan ulike kulturelle og religiøse hensyn påvirke hvordan stellet av den døde utføres?

Hva kan du gjøre for å tilrettelegge for en best mulig opplevelse for pårørende i møtet med den døde?

Hvordan kan du kommunisere med pårørende som er usikre på om de ønsker å se den døde?



KAPITTEL 9

Sorg, sorgreaksjoner og bearbeiding

Heidi Solum Hermansen

Sorg er en naturlig, men krevende del av livet. Den oppstår når noe dyrebart går tapt, og selv om den er smertefull, forteller den også noe om opplevelsen av kjærlighet og tilknytning.

Når døden er ventet, starter ofte sorgen lenge før selve tapet skjer. Pasienter kan kjenne på både ro og uro, aksept og redsel. De skal gi slipp på livet, ta farvel med dem de er glad i, og kanskje kjenne på usikkerhet rundt det som venter. For pårørende kan forholdet være like sammensatt. De sørger over den de er i ferd med å miste, samtidig som de prøver å være sterke og til stede. Mens flere finner trøst i forberedelsene, kan andre kjenne seg ensomme i det som nærmer seg.

Det finnes ikke en riktig eller gal måte å sørge på. Hvordan vi sørger, varierer fra menneske til menneske avhengig av blant annet livserfaring, personlighet, kultur og støtte fra andre.

Sorgen kan påvirkes av flere faktorer, for eksempel

- om en har hatt et nært forhold til den avdøde
- om dødsfallet skjedde brått eller traumatisk
- om en opplever lite støtte fra omgivelsene

Reaksjoner på sorg og tap varierer fra person til person og fra situasjon til situasjon. Følelser kan komme umiddelbart eller i etterkant, og uttrykkene kan være ulike: tårer, sinne, uro eller stillhet. Tilpasning skjer i forskjellig tempo, og behovet for å snakke eller trekke seg tilbake kan endre seg over tid. Sorg er ikke én bestemt følelse, men et mangfold av reaksjoner som kan utvikle seg og endres. Å møte dette med åpenhet og forståelse er en viktig del av god palliasjon.

Flere snakker om en sorg som kommer som bølger. Den kan skylle inn plutselig og føles overveldende, så trekke seg tilbake bare for å vende tilbake på uventede tidspunkter. Med tiden blir bølgene sjeldnere og bølgedalene mindre dype. Sorgen blir lettere å håndtere. Den avdøde fyller ikke lenger tankene like mye, og hverdagen tar mer plass. Likevel kan minner, for eksempel en sang på radioen, utløse sterke følelser.

Vanlige reaksjoner i sorg

Sorg krever mye energi og kan gi både fysiske og psykiske plager. Særlig ved plutselige dødsfall har sorg vist seg å øke risikoen for sykdom og sykehusinnleggelser for de etterlatte.

Noen vanlige reaksjoner er

- søvnproblemer og tap av matlyst
- tristhet, uro, fortvilelse og sinne
- skyldfølelse og isolasjon
- konsentrasjonsvansker og utmattelse

Samfunnets forventninger til hvordan og hvor lenge en «bør» sørge, kan også gjøre sorgen vanskeligere.

Når sorgen blir langvarig

For noen går ikke den første sterke sorgen over, men fortsetter å være like sterk i lang tid. Hvis sorgen fortsetter å prege hverdagen i lang tid, kan det være et tegn på komplisert eller forlenget sorglidelse.

Det kan vise seg ved at den sørgende

- har store vansker med å akseptere tapet
- lar den avdødes ting stå urørt i lang tid
- unngår eller oppsøker hyppig steder som minner om avdøde
- sliter med å fungere i dagliglivet

Hvordan kan vi hjelpe mennesker i sorg?

Som helse- og omsorgspersonell kan vi være en verdifull støttespiller for mennesker i sorg. For mange betyr imidlertid nærhet og hjelp fra familie og venner mest.

Når pasienten dør, trer en ny sorgfase inn for de etterlatte. Mange oppsøker ikke hjelp, selv når sorgen varer lenge eller oppleves overveldende. Samtidig avsluttes som regel kontakten med helse- og omsorgstjenesten ved dødsfallet, og pårørende kan bli stående alene i sin sorg. Dette gjør det utfordrende å tilby støtte, særlig når den etterlatte ikke selv tar initiativ til kontakt og den daglige oppfølgingen fra helse- og omsorgstjenesten er borte.

Rutiner for oppfølging

For å bidra til støtte og forebygging av komplisert sorg bør tjenesten etablere rutiner for oppfølging etter dødsfall. En måte er å dele ut en brosjyre ved avslutning av tjenester etter dødsfall med informasjon om hva som kan være vanlige reaksjoner ved sorg, når det kan være grunn til å søke hjelp, og kontaktinformasjon til aktuelle tilbud (som sorgstøtte eller sorggrupper lokalt). Informasjonen kan være til hjelp når de etterlatte kjenner seg klare for det.

Flere steder finnes det rutiner for å tilby en samtale med pårørende etter dødsfallet (etterlattsamtale). Dette kan være en enkel telefonsamtale, og det kan være nok til at den etterlatte åpner for å ta imot hjelp. Det kan også foregå som et møte hvor pårørende får mulighet til å sette ord på det som har skjedd, stille spørsmål og dele hvordan de har det. Ved uventede eller traumatiske dødsfall, eller når pårørende har strevd mye under sykdomsforløpet, kan det være riktig å anbefale at de tar kontakt med fastlegen for videre oppfølging.

Ofte er det lurt å vente noen uker etter bisettelsen eller begravelsen med oppfølgingssamtale.

Da har de praktiske spørsmålene i forbindelse med dødsfallet roet seg litt, og følelsene tar mer plass. Dette er også en tid hvor mange etterlatte begynner å kjenne på ensomheten. For mens de fleste har gått videre med sitt, står de etterlatte igjen med tomrommet.

Sjekk rutineene på ditt tjenestested, for det kan gjøre en stor forskjell at noen ringer for å høre hvordan det går. Kanskje utviklet dere et nært bånd i den siste tiden, og da kan det å bli husket på, bety mer enn vi tror.

Samtale med etterlatte – hva kan vi si?

Det er ikke alltid lett å finne de rette ordene når vi møter mennesker i sorg. Vi vil gjerne trøste, men ofte er det nok å være til stede, vise at vi bryr oss, og lytte til det de forteller.

Du kan stille åpne spørsmål som:

- Hvordan opplevde du tiden før og rundt dødsfallet?
- Sitter du igjen med noen spørsmål i etterkant?
- Ønsker du å fortelle litt om begravelsen eller bisettelsen?
- Hvordan ser dagene dine ut nå?
- Har noe vært ekstra vanskelig i det siste?



På hvilke måter kan samfunnets normer og forventninger påvirke hvordan mennesker uttrykker og håndterer sorg?

Hvordan kan kulturelle og religiøse tradisjoner påvirke hvordan sorg uttrykkes og bearbeides?

Hvordan møter du selv mennesker i sorg?

Hva kan du gjøre for å bli mer bevisst på din egen rolle i møte med etterlatte?

KAPITTEL 10

Profesjonalitet i møtet med lidelse, sorg og tap

Heidi Solum Hermansen

Å arbeide med mennesker i livets siste fase krever at vi evner å vise medfølelse og omsorg i møtet med lidelse, sorg og død. Det kan oppleves dypt meningsfullt når vi får være der, midt i det sårbare, og vite at det vi gjør, betyr noe for pasienten og pårørende. Samtidig kan det være krevende, enten vi har gjort dette i mange år eller er nye i rollen.

Det skjer noe i møtet mellom mennesker når livet går mot slutten. Vi kommer gjerne tett på i palliasjonen, og relasjonene til pasienten og pårørende kan bli nære. Når pasienter eller pårørende minner oss om noen vi er glad i, som er på vår egen alder eller på andre måter minner oss om vårt eget liv, hender det at vi berøres ekstra. Hva gjør det med oss når jobben berører oss personlig?

Når vi følger mennesker over tid, er det naturlig å kjenne på sorg når de dør. I slike øyeblikk kan det være nødvendig å sette egne behov til side for å være til støtte for de etterlatte. Kanskje gråter vi litt sammen med pårørende, men involveringen må ikke bli så sterk at rollene snus. Pårørende skal ikke føle at de må trøste oss. Profesjonalitet i møte med lidelse og sorg handler om å være til stede både som fagperson og medmenneske, ved å kombinere empati med det faglige ansvaret vi har for å gi omsorg.

Balansen kan være krevende da det utfordrer både våre profesjonelle holdninger og eget følelsesliv. Noen investerer så mye av seg selv at de blir utmattet, mens andre beskytter seg ved å trekke seg tilbake. Begge reaksjonene kan påvirke både omsorgen vi gir, og vår egen trivsel. Vi skal ta vare på oss selv samtidig som vi skal opptre profesjonelt, vise empati og gi støtte.

Omsorg for helse- og omsorgspersonell

Å gi god, lindrende omsorg ved livets slutt krever også at vi selv blir ivaretatt. Mange arbeidsplasser tilbyr derfor veiledning, refleksjonsgrupper og kollegastøtte, og det kan være nyttig å benytte seg av disse tilbudene. Å snakke med andre som forstår situasjonen, styrker evnen til å stå i krevende situasjoner. Å søke støtte handler ikke om svakhet, men om å ta vare på evnen vår til å gi god omsorg, også i det lange løp.

Egenomsorg er en forutsetning for å kunne gi omsorg videre. Kanskje handler det om noe så enkelt og samtidig vanskelig som å stoppe opp og spørre seg selv: Hvordan har jeg det egentlig? Hva er arbeidsglede for meg? Hva gir meg påfyll?

Små grep kan gjøre en forskjell:

- Søk støtte når noe oppleves overveldende eller du føler du ikke mestrer arbeidet slik du ønsker.
- Ta vare på kroppen og sinnet gjennom fysisk aktivitet, god søvn, sunn mat og meningsfulle pauser og aktiviteter.
- Styrk arbeidsgleden ved å reflektere over positive opplevelser. Å skrive ned tre gode hendelser fra arbeidsdagen kan styrke arbeidsgleden og opplevelsen av mening.



Hvordan kan arbeidsplassen støtte ansatte i emosjonelt krevende situasjoner?

Hvilke strategier kan hjelpe oss med å håndtere vår egen følelsesmessige belastning?

Oppsummering

Å følge mennesker i livets siste fase er noe av det mest krevende, men samtidig også noe av det mest meningsfulle vi kan gjøre som helse- og omsorgspersonell. Å være til stede og legge til rette for en best mulig avslutning på livet for pasienten og støtte pårørende krever kunnskap, slik at vi kan gi lindrende behandling på en trygg og god måte.

Samtidig handler det også om å være til stede som medmenneske når et levd liv nærmer seg slutten. Det krever respekt for den enkeltes verdighet og livshistorie. Vi er til stede i det som er avslutningen på et menneskes liv, et liv som har hatt betydning og satt spor.

Gjennom dette heftet har du forhåpentligvis fått nye perspektiver på hva det innebærer å gi god omsorg i en sårbar tid, både for pasienten, de pårørende og deg selv. Å balansere profesjonalitet med nærhet, håndtere egne reaksjoner og samtidig stå stødig i rollen krever både faglig trygghet og personlig innsikt.

Ved å møte pasienten og pårørende med åpenhet, varme og faglig kunnskap kan vi gjøre en forskjell som kan ha stor betydning for dem vi er der for.

Refleksjonsoppgaver

- 1 Hva betyr det i praksis å se helheten i pasientens situasjon og ikke bare hvert enkelt symptom for seg? Har du et eksempel på hvordan totalbelastningen av sykdommen har påvirket pasientens situasjon?
- 2 Har du opplevd at en pasient ikke klarte å uttrykke sine symptomer med ord? Hvordan gikk du frem for å forstå hvilken hjelp pasienten trengte?
- 3 Hvordan samarbeider du med kolleger for å sikre at symptomene blir oppdaget, vurdert og fulgt opp på en systematisk måte?
- 4 Har du opplevd situasjoner hvor du har vært i tvil om hva som var «det rette» å gjøre i møte med den døende pasienten? Hvordan håndterte du det, og hvem snakket du eventuelt med?
- 5 Hva legger du vekt på for å fremme velvære hos en alvorlig syk person og hos en døende pasient?
- 6 Hva betyr begrepet «verdig død» for deg? Har du opplevd situasjoner der døden var verdig eller kanskje ikke var det?
- 7 Hvordan skiller symptomlindring i de siste levedøgnene seg fra pleie tidligere i sykdomsforløpet?
- 8 Hvordan skaper du ro og trygghet for pasienten og pårørende i de siste levedøgnene?
- 9 Hva kan være grunnen til at noen pasienter ikke får dø hjemme, selv om det er deres ønske?
- 10 Hvordan påvirker det deg å møte døden i jobben din?

Referanser og videre lesning

- Aldring og helse. (u.å.). *Nasjonalt senter for aldring og helse*. <https://www.aldringoghelse.no/>
- Cherny, N.I, Fallon, M.T, Kaasa, S., Portenoy, R.K. & Currow, D.C. (red.). (2021). *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (6. utg.). Oxford University Press
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner – personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal.
- Ferrel, B.R. & Paice, J.A. (red.). (2019). *Oxford Textbook of Palliative Nursing* (5. utg.). Oxford University Press
- Frankel, R. M. & Stein, T. (1999). Getting the most out of Clinical Encounter: The Four Habits Model. *The Permanent Journal*, 3(3), 79–88. <https://doi.org/10.7812/TPP/99-020>
- Helse Bergen. (2025). *Kompetansesenter i lindrende behandling*. Haukeland universitetssjukehus. Kompetansesenter i lindrende behandling – Helse Bergen HF
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=Helsepersonelloven>
- Kristensen, P., Dyregrov, K. & Dyregrov, A. (2021). *Sorg og komplisert sorg*. Fagbokforlaget.
- Kaasa, S., Loge, J. H., & Haugen, D. R. F. (red.). (2016). *Palliasjon: nordisk lærebok* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Meld. St. 24. (2019 –2020). *Lindrende behandling og omsorg. Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20192020/id2700942/>
- Neergaard, M.A. & Larsen, H. (red.). (2015). *Palliativ medicin – en lærebog*. Munksgaard
- Norsk Palliativ Forening og Norsk forening for palliativ medisin. (2024). *Begreper med tilknytning til palliasjon*. Norsk Palliativ Forening og Norsk forening for palliativ medisin. [begreper-i-palliasjon-npf-og-nfpm_2024.pdf](https://www.begreper-i-palliasjon-npf-og-nfpm_2024.pdf)
- NOU 2017: 16. (2016). *På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Universitetssykehuset Nord-Norge. (2024). *Håndbok i lindrende behandling*. UNN. Håndbok i lindrende behandling – Universitetssykehuset Nord-Norge HF



A series of horizontal lines for writing, alternating between white and light gray background bands.



A series of horizontal lines for writing, alternating between white and light gray background bands.

Temahefte

Temaheftet *Lindrende behandling og omsorg 2* bygger videre på innholdet i temaheftet *Lindrende behandling og omsorg 1*, og går nærmere inn på kartlegging og lindring av symptomer samt pleie og omsorg i livets siste fase. For å få en helhetlig forståelse av emnet forutsettes det at begge heftene blir lest.

De to heftene gir en helhetlig innføring i grunnleggende palliasjon – fra tidlig identifisering av behov, planlegging av omsorg og involvering av pasient og pårørende, til symptomlindring, pleie i livets siste fase og oppfølging av etterlatte. De belyser hvordan palliative behov kan oppdages og møtes tidlig hos personer med alvorlig livstruende sykdom eller alvorlig skrøpeligheit, uansett diagnose eller hvor i sykdomsforløpet pasienten befinner seg. Heftene viser hvordan lindring, åpenhet og god kommunikasjon kan bidra til livskvalitet, mestring og verdighet for pasienter og pårørende.

Heftene er skrevet for sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter i kommunehelsetjenesten, og kan brukes både til egen fordypning og i refleksjonsgrupper på arbeidsplassen.

Redaktør og hovedforfatter er Heidi Solum Hermansen. Eva Saltrøe er medforfatter.

Heftene er utviklet av Aldring og helse på oppdrag fra Helsedirektoratet.



Heidi Solum Hermansen

Heidi Solum Hermansen er spesialist i allmennsykepleie. Hun er utdannet sykepleier og har mastergrad i allmennsykepleie, samt videreutdanning i palliasjon og kreftsykepleie, praktisk-pedagogisk utdanning og geriatrik vurderingskompetanse. For tiden jobber hun som spesialrådgiver i Aldring og helse og er tilknyttet Universitetet i Sørøst-Norge som universitetslektor ved masterprogrammet avansert klinisk allmennsykepleie.



Eva Saltrøe

Eva Saltrøe er utdannet sykepleier og har videreutdanning i palliasjon samt en mastergrad i sykepleievitenskap. For tiden er hun ansatt som fagutviklingssykepleier ved medisinsk avdeling på Bærum sykehus og er leder av Klinisk etikkkomité ved sykehuset. Saltrøe underviser i kommunikasjonskurset Fire Gode Vaner og er styremedlem i Norsk Palliativ Forening, NPF.

Foto: Sykepleien/
Eivor Hofstad

ISBN: 978-82-8470-088-5 (PDF)

Utarbeidet på oppdrag fra

Forlaget aldring og helse

Postboks 2136, 3103 Tønsberg

Tlf. 33 34 19 50

e-post: post@aldringoghelse.no