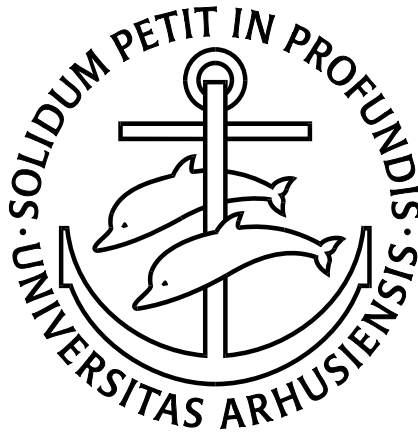


Kandidatspeciale



Døden på plejehjem

**En Foucault-inspireret undersøgelse af
diskursen om døden og pleje af døende
på danske plejehjem i dette årtusinde**

af

Karen Tind Nielsen

KANDIDATUDDANNELSEN I SYGEPLEJE

Navn: Karen Tind Nielsen
Modul: Kandidat speciale
Måned og år: Juni 2009
Vejleder: Stinne Glasdam
Anslag: 119.957

Døden på plejehjem

**En Foucault-inspireret undersøgelse af
diskursen om døden og pleje af døende
på danske plejehjem i dette årtusinde**

**af
Karen Tind Nielsen**

Afdeling for Sygeplejevidenskab
Institut for Folkesundhed
Aarhus Universitet
Høegh-Guldbergs Gade 6A
Bygning 1633
8000 Århus C

Copyright © Karen Tind Nielsen og Afdeling for sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet
Elektronisk udgivelse på <http://www.folkesundhed.au.dk/kandidatspecialer>
ISSN 1602-1541. ISBN 978-87-92552-09-9

Dette kandidatspeciale har i 2009 udgjort grundlaget for tildeling af kandidatgraden i sygepleje (cand.cur.) ved Aarhus Universitet

Resumé

Inspireret af Foucaults diskursanalytiske tænkning bliver der konstrueret et analyseredskab til at besvare spørgsmålet: Hvordan italesættes døden og pleje af døende plejehjemsboere i dette årtusinde?

Empirien, der danner baggrund for analysen, er bl.a. rapporter, fagblads- og avisartikler. Analysen tager afsæt i fem diskursive formationer; en medicinsk/psykologisk diskurs, en religiøs diskurs, en omsorgsdiskurs, en kritisk samfundsmæssig diskurs og en politisk/økonomisk diskurs.

Analysen viser, at døden på plejehjem italesættes som uværdig fra alle positioner. Dette former en moddiskurs til den politiske/økonomiske diskurs. Med udgangspunkt i hospicefilosofien og dens religiøse diskurs udgør døende, pårørende og personalet den treenighed, der i fællesskab skal sikre en god død. Jeg finder, at personalet i plejen af døende har forladt den oprindelige religiøse diskurs og ladet den instrumentaliseres ind i den medicinske diskurs. Med udgangspunkt i personalet medicinske/religiøse diskurs er forestillingen, at ældres død skal være hjemlig, smuk, fri for smerter og planlagt.

Diskussionen er en kritisk diskussion af metode. Perspektiveringerne peger på behovet for yderligere forskning om døden på plejehjem i praksis.

Abstract

”Death in nursing home – A Foucault inspired analysis of the discourse of death and caring for the dying in Danish nursing homes in this millennium”.

Inspired by Foucault’s discursive analytical thinking, an analytical method was constructed to answer the question: “How are the death and caring of the dying, nursing home resident articulated in this millennium in Denmark?”

The material analysed consisted of journal articles, newspaper articles, theses, books etc. The analysis finds five discursive formations; the medical/psychological; the religious; the caring; the social critical and the political/economical discourse. The analysis shows that the death in nursing homes is articulated, as in dignified, from all positions. It forms a discourse against the political/economical discourse. The basis of the hospice philosophy is the religious discourse that articulates that the dying, the relative and the staff must jointly secure the good death. This finding shows that the staff have left the religious discourse and instrumentalised it into the medical discourse. Based on the medical/religious discourse the conception is that the elderly’s death must be homely, beautiful, arranged and painless.

The discussion is a critical discussion of the method. This thesis finally points out the need for further investigation into deaths in nursing homes.

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	5
2. Specialets videre opbygning	11
3. Teoretiske og metodiske overvejelser	12
3.1 Empiri	12
3.2 Analysemetode	15
4. Analys og diskussion	20
4.1 Italesættelse af den ældre døende	21
<i>Forestillingen om den smukke død</i>	21
<i>Forestillingen om den hjemlige død</i>	23
<i>Den ideelle død er smertefri</i>	25
<i>Plejeplaner som metode til at sikre en god død</i>	29
4.2 Italesættelse af døden	31
<i>Mødet med døden - døden som en del af hverdagslivet</i>	31
4.3 Italesættelse af dødsstedet - plejehjemmet	33
<i>Ressourcer</i>	33
<i>Vågekones indmarch på plejehjem - pårørende som vågekoner og vågekoner som pårørende</i>	36
<i>Hospice er luksusudgaven, plejehjemmet er døden på anden klasse</i>	38
4.4 Italesættelsen af den døendes pårørende	41
<i>I rollen som beboernes stedfortræder og beslutningstager</i>	42

<i>I rollen som omsorgsudøver</i>	43
<i>I rollen som personalets patient</i>	44
4.5 Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	45
<i>Personalets uddannelse – vejen til at sikre en god død eller at besidde de rette kompetencer</i>	45
<i>De sundhedsprofessionelles arbejde på plejehjem- et komplekst lavstatus arbejde</i>	47
<i>De sårbare sundhedsprofessionelle</i>	48
4.6 Diskussion af metode	49
5. Konklusion og perspektivering	50
6. Litteraturliste	54
7. Bilagsfortegnelse	60
Bilag 1	61
Bilag 2	65
Bilag 3	72
Bilag 4	74
Bilag 5	79

1. Indledning

Dette speciale er skrevet med henblik på at afdække diskursen om ældres død og plejen af ældre døende på danske plejehjem i dette årtusinde. Døden er et fællesmenneskeligt grundvilkår. Vi fødes alle for at dø, eller som Jacobsen skriver; ”Det tager et liv at lære at dø” (2007, s. 278). Døden er årsag til en fundamental angst: Døden er for de fleste det mest skræmmende, mennesket kan forestille sig.

Måden, hvorpå vi forholder os til døden, er historisk og kulturelt betinget. Det er vores normer og værdier om døden, der bestemmer, hvordan vi forholder os til den. Døden og dens betydning har i mange år været genstand for en forskning, der har forsøgt at belyse om menneskets forhold til døden enten er naturligt og fortroligt eller unaturligt og fremmedgjort (Ariès 1986; Howarth 2007; Kellehear 2007).

For at forstå hvordan ældres død på plejehjem italesættes i dag, er det nødvendigt at undersøge, hvordan det har været hidtil. Tidligere var døden en del af det sociale fællesskab. Døden var familiær og nær. I renæssancen får døden et mere individualistisk præg. Den enkelte skal gennem et personligt opgør i ”den yderste time”. Døden blev livets fjende, og den opfattelse førte til en social distancering til den døende (Ariès, 1986, s. 16-42). I overgangen mellem det 19. og 20. århundrede blev døden et tabu, og den mistede sin sidste rest af mening. Præsten blev sendt ud af dødsværelset, og i stedet trådte lægen ind, hvorved der skete en institutionalisering og medikalisering af døden. Døden blev opfattet som et nederlag for lægevidenskaben, hvorfor døden skulle holdes hemmelig for den døende. Den døende blev derfor sammen med de pårørende frataget muligheden for hjælp til at forberede sig på døden (Ariès 1986 s. 57-67). At døden blev gemt væk i institutioner borte fra offentligheden bevirkede, at den døende, de pårørende og samfundet mistede den kollektive erfaring om tiden op til døden, som man hidtil havde kunnet hente støtte i. Det enkelte individ måtte selv skabe sin mening med døden (Howarth, 2007, s.24-25). De sørgende skulle ofte holdes på afstand, så andre ikke ville blive ”smittet” af deres rammesprængende situation eller bragt i forlegenhed, fordi man nu ikke viste, hvordan man skulle håndtere de efterladte (Jacobsen, 2008a, s. 16).

Ifølge Jacobsen er der i de seneste årtier sket omfattende forandringer i menneskets forhold til døden. Der er kommet øget politisk bevågenhed omkring døendes vilkår og anerkendelse af

nødvendigheden af at skabe bedre rammer om en værdig død. Døden er i dag eksponeret og spektakulært til stede i det offentlige rum, herunder i medier og reklamer, samtidig med at døden i det private rum stadig er tabuiseret (ibid, s.16-17).

Ældre mennesker har tilsyneladende altid været en kategori for sig, men på forskellige måder gennem tiderne. Fra tiden omkring etableringen af den kristne oldkirke i Europa opfattede man "alderdomssvækkelse" som konsekvens af et syndigt liv. Jo ældre man var, des mere akkumuleret synd og skyld besad man, og som følge heraf tiltog det legemlige og åndelige forfald. Gennem kirken kunne man få syndernes forladelse og åbnet vejen til paradiset, og derfor betragtede man alderdommen ambivalent, både med despekt og med status, da den døende måtte være nærmere paradiset. I løbet af 1800-tallet steg velstanden, og ældrebefolkningen voksede. Lægerne begyndte at interessere sig for at hjælpe syge gamle. Geriatriens æra begyndte med den medicinske diskurs' indmarch i ældreplejen (Kirk, in press).

I 1891 indførtes alderdomsforsørgelsen til "værdigt trængende". Herved opstod ifølge Kirk en ældrekategori eller ældrebefolkning. Opfattelsen af "de ældre" som en gruppe i befolkningen med fælles problemer blev legitim. Op gennem 1900-tallet blev billedet af ældre stadig mere komplekst. Man blev opmærksom på, at ældre patienter ofte havde flere sygdomsproblemer med større risiko for at udvikle funktionstab og dermed udvikle et behov for pleje (Kirk, in press).

Indtil slutningen af 1800-tallet døde langt de fleste ældre i eget hjem. Pleje af den døende blev varetaget af familien (Jacobsen, 2008, s. 98). Ældre, affærdige mennesker, der hverken havde familie, venner eller formue, kunne være tvunget til at komme på en lemmestiftelse (Jørgensen, 1969, s.39-40). Plejehjem blev således oprindeligt skabt som kompensation for syge gamle menneskers familie og netværk i lokalsamfundet. I takt med industrialiseringen, hvor stadig flere kvinder kom på arbejdsmarkedet, og derfor ikke kunne varetage plejen af ældre, døende familiemedlemmer, blev døden for alvor institutionaliseret. I perioden 1933-50 blev der rundt omkring i landet oprettet alderdomshjem¹. De var ofte private, og de ansatte

¹ I 1919 blev lemmestiftelsen Almindelig Hospital som det første i Danmark omdannet til et alderdomshjem, og det blev omdøbt til De Gamles By (Jørgensen, 1969, s. 40).

var ikke uddannede til at varetage plejen af de ældre. Livet på alderdomshjemmene var tidstypisk præget af strenge husregler. Ro, regelmæssighed og renlighed var nøgleord. I 1960'erne voksede den offentlige sektor. Der blev nu bygget plejehjem med enestuer og fællesarealer. Personalet blev uddannet til at varetage plejen af de ældre frem til døden. Fra 1960'erne gik udviklingen af plejehjem hen imod at gøre boligerne så hjemlige som muligt. Således betegnes en plejehjemsbolig i dag som "eget hjem" med egen betaling af husleje (Kholy, 2002, s. 90-91). Jeg har tidligere vist, at personalet i et forsøg på at understrege hjemligheden nu lader de pårørende træde ind ved dødslejet igen for derved at forsøge at genskabe fordums fortrolighed og intime omgang med døden, men inden for plejehjemmets rammer (Tind Nielsen, 2008).

I 1980'erne kom der øget mediemæssigt og politisk fokus på ældreområdet: Politikerne ville forbedre den voksende gruppe ældres helbred, funktionsevne, sociale netværk, bolig og økonomi (Kirk, in press). Samtidig begyndte man at tale om "ældrebyrden". De ældre blev set som en økonomisk og social byrde for det resterende samfund. De blev ikke længere betragtet som produktive borgere med fremtidsudsigter, som man ville investere tid, penge eller energi i (Jacobsen, 2007, s. 282). Alderdommen blev en dom; for 25 % af alle danskere en dom til tidsubestemt opbevaring på plejehjem til døden indtraf (Nielsen & Olesen, 2008, s.151).

I befolkningen er der en opfattelse af, at det at dø i alderdommen er det rigtige tidspunkt at dø (Howarth 2007, s. 52-53). Jeg antager derfor, at der i befolkningen sættes lighedstegn mellem at dø som ældre og "en god død". Forskningen om ældre døende tegner imidlertid et noget andet billede: Et billede præget af smerter, isolation, uro, angst og tab af fysiske og kognitive færdigheder (Nielsen & Olesen, 2008; WHO 2004, Gjerberg & Bjørndal et al 2009).

Ifølge Raunkiær er forestillingen om den gode død et normativt begreb, der er afhængig af den sociale kontekst. Den gode død defineres ud fra de til enhver tid gældende forestillinger og betingelser, der kan give bedre vilkår for døende og deres pårørende. Forestillingerne formes på samfundsniveau af forskellige historiske, politiske og sociale kræfter samt af forskellige aktører i praksis (2007, s. 177-178). Sandman finder, at den gode død defineres ud fra, om værdien af det at dø overstiger værdien af det, der frarøves den døende. Hvis den

døende frarøves en dårlig livsperiode, er det fint, men frarøves den døende en god livsperiode, er det dårligt (2005, s. 20).

En god død for ældre synes således ud fra ovenstående opfattelse at være en kærkommen død. Er den ældre ”mæt af dage”, og har fuldført sine livsopgaver, så frarøver døden ikke længere noget værdifuldt. Ældres liv kan mod slutningen være præget af nedsat fysisk funktionsniveau, kroniske sygdomme, kognitiv forringelse, tab af socialt netværk og angsten for den forstående død (Markle-Reid, 2003, s. 59-60). Det er uvist, om ældre døende er enige i, at den sidste periode af alderdommen er en dårlig livsperiode. Måske er det en diskurs som samfundet, de pårørende og personalet har uden at have inddraget de ældre døende i etableringen af denne diskurs. Ifølge Howarth er der en opfattelse af, at ældre mennesker accepterer det faktum, at de skal dø som en naturlig del af det at blive gammel. Men Howarth peger på, at de ældre selv forventer en øget livslængde. I samfundet forholder man sig ikke til denne forventning, og da det dermed ikke er italesat, bliver de ældre døende ikke støttet (Howarth, 2007, s. 53).

Samfundets definition på ældres død som en i princippet god død kan ses som et selvforstærkende paradoks. Den fastholder ældres døendes vilkår i status quo uden mulighed for forandringer. Italesættelsen af ældres død som god, fordrer ikke udvikling af opfattelsen. I Danmark dør en fjerdedel af alle på plejehjem, svarende til knap 14 000 mennesker (Sundhedsstyrelsen 2005, s. 3). På baggrund af den demografiske udvikling vil andelen af ældre, der har behov for hjælp, være stigende i de kommende mange år. Indenfor de næste ti år vurderer statistiker, at antallet af ældre i aldersgruppen fra 65-79 år vil stige med cirka 30 %, mens gruppen af ældre over 80 år vil stige med ca. 15 % (KL, 2007). Dette betyder, at antallet og andelen af ældre, som kommer til at dø på plejehjem, sandsynligvis også vil stige. Døden er et uundgåeligt aspekt i hverdagen på plejehjem. Det er et aspekt, man ikke kan undgå at møde og forholde sig til, hvad enten man arbejder inden for sundhedssektoren, er ældre, pårørende eller aktiv samfundsborger.

Ældre døendes vilkår har i de senere år været genstand for større interesse i Danmark (bl.a. Landsforeningen Liv & død, 2006), og dermed også hvilken pleje døende plejehjemsbeboere tilbydes (bl.a. Raunkiær, 2008; Schrøder, 2006; WHO 2004).

Plejen af ældre døende plejehjemsbeboere er kompleks. Det sker i et skæringsfelt mellem hjem og en institution, hvor institutionelle normer, regelsæt og standardprocedurer giver den kontekst, den ældre lever og dør under. Jacobsen mener, at plejehjem, uanset hvor velindrettede og økonomisk velfunderede de er, aldrig kan erstatte den intimitet og nærhed, som mennesker tidligere døde under (Jacobsen, 2008b, s. 99). Økonomiske og medicinske landvindinger har siden forbedret de fysiske forhold for døende markant. Manglende smertestillende medicin, kolde uopvarmede rum, hårde halmmadrasser, manglende kendskab til ernæringens betydning og manglende fysisk og økonomisk overskud fra familiens side, var næppe fordrende for en god død i tidligere tider.

Til en videre forståelse af døden på plejehjem i Danmark i dag vil jeg her gennemgå den internationale forskning på området. Gennemgangen har til hensigt at kaste lys over kompleksiteten i plejen af døende plejehjemsbeboere internationalt for derigennem at få en idé om, hvad der er på færde i en dansk kontekst. En gennemgang af den internationale forskning af ældres død i en institutionaliseret kontekst i perioden 2000-2009 viser, at langt størstedelen af artikler tager udgangspunkt i specifikke sygdomme, så som demens, cancer, depression og KOL og disse sygdommes sammenhæng med døden (Se f.eks. Brandt et al, 2005; Finucane et al, 2007; Jordhøy et al, 2003)². Få artikler sætter fokus på døden uden at medtænke medicinske diagnoser, det at være døende, at pleje døende eller være pårørende til en døende plejehjemsbeboere. Dette fører mig til at se på, hvordan den døende, de pårørende og de sundhedsprofessionelle fremstår i forskningsartiklerne. Det er disse tre hovedaktører, der træder i aktion, når et ældre menneske skal dø på et plejehjem (jf. også WHO 2004). Langt de fleste studier ser ud til at ville prædikere praksis og normativt foreskrive handlinger for den gode død. Der findes ikke mange grundvidenskabelige studier, dvs. studier som forsøger at forstå og forklare, hvad der foregår, når et ældre menneske skal dø på plejehjem

En amerikansk oversigtsartikel, baseret på en systematisk gennemgang af fem databaser i perioden 1995-2002 finder, at 43 artikler omhandler den terminale pleje ud af 395 mulige referencer om døden på plejehjem³. Alle artiklerne viser, at ældre døende plejehjemsbeboere ikke får en tilfredsstillende pleje (Oliver et al, 2004). Det fremgår ikke af artiklen, hvad den ikke-tilfredsstillende pleje bliver vurderet ud fra og hvem der har vurderet det. En anden

² Se bilag 1 for søgeprotokollen til den indledende søgning. Der er søgt i de sundhedsvidenskabelige databaser PubMed, Cinahl og PsykInfo i feb. 2009.

³ Ikke-amerikanske referencer og studier der ikke var empirisk funderet blev ekskluderet

oversigtsartikel, Carlson (2007), er baseret på en systematisk gennemgang af tre databaser i perioden 1997-2006. 23 artikler er inkluderet i artiklen. Studierne, der alle er af normativ karakter, peger på behovet for at identificere døendes komplekse problematikker for at kunne yde en individuel, palliativ pleje og derved reducere lidelsen hos døende og deres pårørende. Forestillingen er entydigt, at de sundhedsprofessionelle gennem den rette pleje kan reducere den døendes lidelser.

Ældre døende plejehjemsbeboere

Få studier har undersøgt, hvad der kendetegner ældre menneskers død på plejehjem (Gjerberg, 2007). To studier peger på, at det er vigtigt at imødekomme den døendes individuelle behov, som er en god pleje, støtte til pårørende, at skabe et hjemligt miljø og at der er ressourcer nok (Hanson et al 2002, Brazil et al 2004). Forestillingen er altså, at et hjemligt miljø på en institution ser ud på én bestemt måde, og dermed skabes de rammer, hvor de sundhedsprofessionelle kan tilgodese døendes individuelle behov. Det er individuelle behov, som de sundhedsprofessionelle på forhånd kan liste op i pleje, pårørende og ressourcer. Undersøgelser viser, at mange ældre døende er bange for, at der ikke ville blive taget hånd om deres fysiske og psykiske smerter (Carlson, 2007). I en undersøgelse giver 30 % af de døende udtryk for smerter (Oliver et al, 2004). Tre studier peger på, at smerter er et betydeligt problem på plejehjem (Teno et al, 2001, Meraviglia et al, 2003, Buchanan et al 2006). En del studier omhandler en værdig død, oftest ud fra et personaleperspektiv. Det er eksempelvis at være aktiv døende; dvs. forestillingen om at leve mens man er døende, at blive involveret i egen pleje, at føle sig respekteret og at der bliver taget hånd om ens eksistentielle problemer (Franklin et al, 2006, Carlson, 2007, Gjerberg, 2007, Touhy et al, 2005).

Så alt i alt ses en forestilling om, at et hjem er godt, og at det skal se ud på en bestemt måde, formet efter den institutionaliseret kontekst. Ældres død skal være smertefri og opfattes som individuel. Den gode død kan imødekommes gennem standardtænkning. Forestillingen tager afsæt i de sundhedsprofessionelles opfattelse af en god død.

Pårørende til ældre døende plejehjemsbeboere

Studierne viser, at mange pårørende oplever dødsforløbet negativt. De peger på, at deres døende familiemedlem har oplevet dårlig omsorg, fysisk og psykisk smerte, såsom angst,

depression og uimødekommet eksistentielle problemer. Omvendt giver pårørende udtryk for, at plejepersonalet gør deres bedste for at imødekomme den døendes behov. De pårørende peger på, at systemet og serviceniveauet ikke er tilfredsstillende, eksempelvis at plejehjemmene ikke er gearet til at varetage plejen af døende, og at der er afsat for få personalemæssige ressourcer (Carlson, 2007).

De pårørende, der har oplevelsen af, at det har været et godt forløb omkring deres afdøde familiemedlem, er karakteriseret af at have deltaget aktivt i processen. De pårørende har oplevelsen af, at der var taget højde for deres afdøde familiemedlems ønsker for den sidste tid. De pårørende har samtidig fået følelsesmæssigt støtte af personalet både før og efter dødsfaldet (Oliver et al, 2004, Gjerberg, 2007).

Et andet studie viser, at pårørende vægter smertekontrol, værdig pleje og information om deres døende familiemedlem højt (Vohra et al, 2004). Forestillingen er, at en god død for deres ældre familiemedlem er, at den ældre ikke har smerter og angst. De sundhedsprofessionelle skal være kompetente og have overskud og tid til at tage sig af den døendes individuelle behov. Samtidig forventer de pårørende støtte i plejen af døende og i sorgen over at miste. Forestillingen er, at de pårørende skal være aktivt til stede ved dødslejet. Den forestilling støtter den medicinske diskurs standardtænkning. Ingen pårørende taler om "bare at være til stede" uden at skulle andet.

Personalet på plejehjem

Af forskningen fremgår det, at personalet mangler uddannelse og erfaring, og derfor ikke har tilstrækkelig viden om palliativ pleje, symptomlindring, viden om at forberede sig på døden, viden om, hvornår den ældre var døende, mål for plejen, rollefordeling, tidspres og følelsesmæssig involvering (Watson et al, 2006, Oliver et al, 2004). Personalets manglende viden forårsager dårligere kommunikation personalet imellem og mellem personalet og de pårørende (Carlson, 2004). Flere studier viser en positiv effekt på kvaliteten af pleje af døende sker ved at iværksætte uddannelsesprogrammer for personalet (Oliver et al 2004). De senere år er kravene om at kunne varetage komplekse terminale forløb med en helhedsorienteret tilgang tiltaget. Forestillingen er, at man med terminale plejeplaner som instrument vil kunne forbedre plejen af døende. Plejeplaner skal udfærdiges i et samarbejde mellem den døende, de pårørende og personalet for at forebygge problemer, der ellers kan opstå i den sidste tid. Plejeplaner kan eksempelvis indeholde ønsker om evt. genoplivning og ønsker for den sidste

tid. Studiet peger på, at terminale plejeplaner kan hindre unødvendige hospitalsindlæggelser (Oliver et al, 2004). Forestillingen er således, at det normativt kan foreskrives, hvordan den sidste tid for den ældre bør forløbe. Det fremgår ikke af studierne, hvilken forforståelse, der ligger bag brugen af plejeplaner. Men forestillingen er, at den kan skrives ned, og at beboeren ønsker og kan tage del i planlægningen af egen død. Der ses en forestilling om, at de sundhedsprofessionelle gennem undervisning, planlægning og kommunikation kan opnå den "rette" viden og tilgang til ældres død på plejehjem og derved sikre den døende en god død.

Alt i alt viser den internationale forskning, at det oftest er en ikke-tilfredsstillende palliativ pleje, ældre døende modtager. Der peges bl.a. på manglende støtte, manglende viden, manglende ressourcer, manglende inddragelse af de pårørende og manglende helhedsorienteret pleje som årsag til dette. Forestillingerne italesættes i artiklerne primært ud fra pårørende og personaleperspektivet. Herved fremstår forskningen om ældres død på plejehjem primært som forestillinger, de pårørende og personalet besidder om den gode død, og ikke hvordan ældre døende forholder sig til dette. Spørgsmålet, der står ubesvaret i artiklerne, er, om ældre døende deler denne opfattelse, og mener at deres død kan være smuk og god, eller om de føler det som rædselsfuldt at forlade alt, hvad de har kært, overladt til en måske tilfældig pleje, der udføres på baggrund af standarder.

På baggrund af den internationale forskning vil det være interessant at undersøge, hvordan døden og pleje af døende italesættes på plejehjem i Danmark. Ses de samme forestillinger i en dansk kontekst? Jeg ønsker at kigge på forestillingerne i en bredere kontekst ved ud over forskningsartikler også at inddrage avisartikler, bøger, rapporter, offentlige rapporter og tidsskriftsartikler.

Dette leder frem til følgende problemformulering, der danner grundlag for det videre arbejde i specialet:

"Hvordan italesættes døden og pleje af døende plejehjemsbeboere i dette årtusinde i Danmark?"

2. Specialets videre opbygning

For at indkredse specialets problemformulering vil jeg i min analytik anvende elementer af Foucaults forfatterskab som inspiration til en diskursanalyse.

Afsnit 3 begynder med en redegørelse for valg af empiri. Herefter vil jeg konstruere en analysestrategi. Indledningsvis vil jeg kort redegøre for Foucaults tanker om diskursanalyse, hvorefter jeg vil etablere det teoretiske fundament for specialet og dermed konstruere undersøgelsens analyseredskab. Denne fremstilling vil være baseret på udvalgte tekster af Foucault og andre forfatteres fortolkning af Foucault.

Derefter følger afsnit 4, som er en diskursanalyse af det empiriske materiale og en diskussion af metode. Afsnittets ramme vil være mine fem konstruerede tematikker. Fundene i analysen vil blive refereret tekstnært. Det vil sige, at det primært vil være teksternes egne ord og udtryk, der anvendes. Således vil teksternes selvforståelse blive analyseret frem.

Diskursanalysen vil primært fokusere på det arkæologiske niveau, som er niveauet under det, der umiddelbart træder frem i teksterne. Analysen vil således fokusere på at få implicite formationsregler frem, der er ikke ekspliciteret i teksterne, men som alligevel udgør en regularitet. Hensigten med diskursanalysen er således ikke at vurdere teksternes argumentation, holdning eller sandhedsværdi, men at beskrive hvilke regelmæssigheder, der formes. Jeg vil afslutte dette afsnit med en diskussion af min metodes fordele og begrænsninger i forhold til resultaterne.

Specialet afrundes i afsnit 5, hvor fundene i analysen og diskussionen opsummeres i en konklusion, som efterfølgende vil blive perspektiveret. Afsnit 6 er litteraturliste og afsnit 7 en bilagsfortegnelse.

3. Teoretiske og metodiske overvejelser

3.1 Empiri

I min analyse af døden og plejen af ældre døende plejehjemsbeboere ønsker jeg at inddrage kildemateriale af forskellig karakter for at få så mange talepositioner med som muligt. Dvs. jeg inddrager lærebøger, tidsskrifter, kandidatspecialer, ministerielle rapporter og artikler bragt i pressen. Det vil gøre mig i stand til i min analyse af empirien at undersøge, om der mellem de forskellige talepositioner kan erkendes ligheder, forskelle eller interessekonflikter i udsagnene.

For Foucault har kildernes funktion ikke været at oplyse om objektive sandheder eksisterer og kan afdækkes, men derimod som dele af virkeligheden, der har effekt i virkeligheden⁴. De spørgsmål, jeg må stille mine kilder i en analyse inspireret af Foucault, er således ikke, hvor gode de er til at levere data til at redegøre for problemstillingen, men derimod til at afdække, hvordan det er gået til, at et område bliver gjort til genstand for problematiseringer, hvordan det bliver problematiseret, hvilken viden der er opkommet med problematiseringen, og spørgsmålet om hvad det var muligt at tænke på et givent tidspunkt, uden at gøre krav på at kunne redegøre fyldestgørende for praksis og således heller ikke for forholdet mellem praksis og den tekst, der beskriver praksis (Frederiksen, 2005, s.50).

Kriterier for inklusion og eksklusion af litteratur brugt som empiri

Inklusionskriterier:

- Artikler og bøger fra perioden 2000-2009
- Ældre døende bosiddende på plejehjem i Danmark
- Studier af ældres, pårørendes og personales perspektiv på døden på plejehjem
- Avisartikler om døden på plejehjem ud fra ældres, pårørendes og personalets perspektiv, og om politiske og samfundsdebatørers betragtninger vedrørende døden på plejehjem
- Lærebøger omtalende pleje af døende plejhjemsbeboere
- Ministerielle rapporter og andre offentlige skrifter om døden på plejehjem
- Kandidat-, master- og ph.d.-afhandlinger

Eksklusionskriterier:

- Artikler og bøger om ældre døende plejhjemsbeboere fra andre lande
- Ugeblade, dagbøger, boganmeldelser og skønlitterære bøger

Den angivne periode er valgt på baggrund af, at jeg ønsker at undersøge forholdene for ældre døende plejhjemsbeboere i dag. Der er søgt i danske og internationale databaser i februar 2009. Søgeprotokollen og søgeprofilen er detaljeret beskrevet i bilag 2 og 3.

⁴ Måden Foucault selv brugte sine kilder har været udsat for kritik. Der er blevet peget på, at Foucault har en overlegen og skødesløs tilgang til kilder, at hans argumentation igennem forfatterskabet er inkonsistent, og at det rent empirisk er muligt at afvise hans konklusioner.

Eksklusionen af ugeblade, dagbøger, boganmeldelser og romaner er sket af hensyn til specialets omfang.

Første søgning bestod i en søgning på bibliotek.dk, anden søgning foregik i internationale databaser. Der blev søgt i CINAHL, Pubmed/Medline og PsykInfo. Tredje søgning var en gennemgang af referencer til inkluderet litteratur og en søgning på danske hjemmesider samt Infomedia.

Det empiriske materiale, der danner grundlag for diskursanalysen, er listet i bilag 4, og omfatter to tidsskriftsartikler, tre rapporter, fire kapitler i bøger/lærebøger, et kandidatspeciale, 11 fagbladsartikler, tre artikler fra andre hjemmesider og 11 avisartikler. I alt 35 kilder.

Der blev ikke fundet nogen ministerielle rapporter eller andre offentlige rapporter, der opfyldte inklusionskriterierne. Dette undrer mig da 25 % af alle danskere dør på plejehjem. De fleste offentlige rapporter inden for pleje af døende havde yngre kræftpatienter som omdrejningspunkt. Jeg har fravalgt disse rapporter da kun 17,9 % af plejhjemsbeboerne døde af kræft (Sundhedsstyrelsen, 2007). Da mine kilder er umiddelbar fåtallige og tilsyneladende ensartede, valgte jeg også, at gå andre veje i min søgning og ”googlede”. Her fandt jeg to kvalitetsstandarder for pleje af døende plejhjemsbeboere. Dette inkluderede jeg i mit empiriske materiale, og således bliver det samlede empiriske materiale på 37 kilder.

Litteratursøgningen viser, at de få studier, der har belyst døden og pleje af døende i Danmark, primært har haft et beboer-, pårørende- eller personaleperspektiv. Et enkelt studie inddrager alle tre aktører (Raunkjær, 2008). Ingen studier kombinerer perspektiverne om forståelse af døden på plejehjem med officielle rapporter, avisartikler, lærebøger og andre afhandlinger.

Måden, hvorpå jeg har forsøgt at indkredse kildematerialet, bevirker, at jeg ikke kan være sikker på, at jeg har indfanget alt relevant materiale. Noget er ikke med, da jeg ikke kendte til dets eksistens og ikke fandt det via mine søgninger eller af mine andre kilder. Det største problem ved mine kilder er, at hovedparten af litteraturen er skrevet af aktører inden for det medicinske gerontologiske speciale. Det betyder, at kilderne repræsenterer en medicinsk selvforståelse af området, samtidigt med at den ene tekst hviler på den anden. Dette må også medtænkes i analysen. Det vil jeg gøre ved aktivt at spørge teksterne om, hvor tekstens udsagn stammer fra, for derigennem at analysere tekstens selvforståelse frem.

Baggrunden for valget af aviser og tidsskrifter som empiri er, at de ifølge Kjeldstadli er en uvurderlig kilde til mange formål. De kan anvendes til at komme på sporet af "tidsånden"; hvad der er oppe i tiden, og ikke mindst hvilke holdninger og tematikker, der er på spil (Kjeldstadli, 2005, s. 170-171). Ifølge Frederiksen kan eksempelvis tidsskriftet Sygeplejersken læses på mange måder. Tidsskrifter deltager i formidlingen af det vidensfelt, som af fagforeningen anses som relevant viden, og som partsindlæg fra fagforeningen i forhold til sygeplejens videns- og praksisregime. Som sådan kommer den viden, tidsskriftet formidler, til at indgå som en del af det diskursive regime, sygeplejersken er indlejret i (2005, s. 150). Det samme er gældende for artiklerne bragt i FOA og Ugeskrift for læger blot for henholdsvis social- og sundhedshjælper/-assistenter og læger, og jeg vil således ved at inddrage disse fagblade få andre faggrupper partsindlæg/positioner frem til belysning af plejen af ældre døende plejehjemsboere.

De inddragede lærebøger er en normativ kilde (Kjeldstadli, 2005, s. 179), som angiver, hvad der bør vides om plejen af ældre døende, og herved formuleres den diskurs, der undervises efter, når sygeplejestuderende skal socialiseres i praktikken eller sygeplejersker der skal opdateres. Herved får lærebøgerne karakter af en "bibel" til de nødstedte. Bøgerne er oftest skrevet af sundhedsprofessionelle fra det medicinske gerontologiske felt.

3.2 Analysemetode

Ifølge Andersen bliver Foucault mere end nogen anden betragtet som den, der har udviklet og sat diskursanalyse på kortet på trods af, at det var hans eksplicite ambition ikke at gøre det. Derfor kan man heller ikke sige, at der af Foucaults forfatterskab er kommet en sammenhængende diskursteori (Andersen, 1999, s. 28-29). Selv har Foucault kun ekspliciteret sine diskursanalytiske overvejelser i få tekster, primært i Diskurs og diskontinuitet (Foucault 1970) og Talens forfatning (2001).

Fundamentet for en diskursanalyse er ifølge Andersens udlægning af Foucault en sondering mellem udsagn, diskurs og diskursformation. Udsagnet er diskursens mindste enhed, hvor diskursen er det endelige afgrænsede korpus af udsagn, som er formuleret. Arkivet og diskursformation er et spredningssystem for udsagn, hvor det er analytikerens, der konstruerer regulariteten i spredningen (Andersen, 1999, s. 40-41). Hensigten med diskursanalysen er at kortlægge den samlede mængde betingelser, som på et givent tidspunkt og i et givent samfund

styrer udsagnenes optræden, deres funktion og den måde, de optages i praktiske eller adfærdsmæssige helheder (Andersen, 1999 s. 30). Udsagn må analyseres, som de dukker op, og de må ikke reduceres til udtryk for noget andet end sig selv. ”Hvert diskursivt moment må betragtes i sin positive pludselighed, i denne punktlighed, hvori det indtræder, og denne tidslige adspredelse, som gør det muligt at gentage det, erkende, glemme, forvandle, udviske det indtil de mindste spor, gemme det væk, fjernt fra alle blikke, i bøgernes støv. Diskursen må ikke forvises til en oprindelses fjerne nærvær, men behandles i sit eget spillende nærvær.” (Foucault, 1970, s. 155). Således stiller diskursanalyse ikke spørgsmål til virkelighedens sande karakter bag om udsagnene, men til måden som virkeligheden repræsenteres på i den sproglige klædedragt, der benyttes i den aktuelle diskurs (Andersen, 1999, s. 12).

Resultatet af Foucaults arbejde fremstår derfor mere som en række analysestrategier og analysestrategiske overvejelser, eksempelvis om periodiseringer, afgrænsninger af diskurser og konstatering af brud (Andersen, 1999, s. 30)⁵. En af Foucaults hovedpåstande er ifølge Andersen, at enhver epoke er underlagt en afgrænset videnshorisont, der på et dybere niveau strukturerer og regulerer, hvad der kan tænkes og siges på et givent tidspunkt. (Andersen, 1999, s.40-41).

Diskursanalyse er således en metode til at bearbejde det empiriske materiale, og fokus ligger på, hvordan tekster eller udsagn fungerer i kulturelle og sociale sammenhænge. Ifølge Jørgensen & Phillips udlægning af Foucault kan diskursanalyse fungere som ”vidensarkæologi” ved at afdække regler for, hvilke udsagn, der i en given historisk periode blev accepteret som meningsfulde (Jørgensen & Phillips, 2006 s. 21).

Da jeg selv tidligere har arbejdet med pleje af ældre døende plejehjemsbeboere, har det været vigtigt for mig at søge at bryde med min selvforståelse af området. At det efterhånden er nogen år siden har lettet arbejdet. Med valget af en diskursanalyse inspireret af Foucault som metode, hvor kilderne bliver analyseret, som de fremstår og ikke som bagvedliggende meninger, mener jeg, at jeg er i stand til at betragte kilderne som kilder med et minimum af forstyrrelse af min forforståelse af området. Med andre ord vil jeg søge at lave et aktivt brud med min egen forforståelse gennem anlæggelsen af en teoretisk optik på problemstillingen.

⁵ Diskursanalyse er forskellig fra idéhistorie, hvor udsagnene repræsenterer bestemte filosofiske tankesystemer. Den adskiller sig fra en hermeneutisk analyse, hvor der sker en fortolkning gennem inddragelse af anden viden om f.eks. forfatteren og dennes samtid. Diskursanalyse inddrager ikke biologiske eller psykologiske teorier for at forklare eller finde en dybere mening (Nexø & Koch, 2006, s.120-121).

Dermed flytter jeg mit perspektiv fra min egen forforståelse til en værktøjskasse, inspireret af en foucaultsk tænkning. Det at jeg ekspliciterer mit tidligere virke i feltet forestiller jeg mig skærper min bevidsthed som undersøger.

Jeg ønsker i dette speciale at undersøge, hvordan døden og pleje af døende italesættes i dette årtusinde. Jeg vil som Foucault ikke stille spørgsmål til, hvad og hvorfor udsagnene fremkommer, men kun hvordan. Ved at spørge om, hvad meningen med udsagnets er, tages det for givet, at det gemmer en hemmelighed. Spørges der ”hvorfor dette udsagn”, reduceres udsagnet til dets årsag. Interessen retter sig således ikke mod tekstens indhold, eller hvad der ytres, men om noget ytres, og hvordan det ytres (Andersen, 1999, s. 44).

Den tidsmæssige afgrænsning til perioden 2000-2009 vil være med til at kaste et lys på, hvordan døden på plejehjem anskues og derved forme en kritik af de forhold, ældre døende plejes og dør under.

Med et ”naivt” blik vil jeg søge at gennemlæse empirien efter udsagn om døden og pleje af døende plejehjemsbeboere. Jeg har valgt af læsevenlighedsgrunde skematisk at vise de første faser af analysen i bilaget. På baggrund af min naive læsning af empirien og analyserne af studierne i indledningen vil jeg i bilag 5 indskrive empiriens udsagn i fem konstruerede tematikker:

- Italesættelsen af den ældre døende
- Italesættelsen af den ældre døendes pårørende
- Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle
- Italesættelse af dødsstedet - plejehjemmet
- Italesættelse af døden.

Begrundelsen for dette valg er, disse konstruerede tematikker, vil kunne fungere som analysekategorier.

Efterfølgende vil jeg analysere hver enkelt artikel i forhold til disse kategorier og dernæst foretage en tværgående analyse, som bliver min endelige analyse i specialets analyseafsnit. Ved at indskrive udsagnene i bilaget vil jeg sikre, at udsagn i diskursen ikke negligeres eller

dømmes ude på forhånd. Samtidig gør jeg analysen så transparent som muligt, da ikke alle tekster kan refereres eller citeres pga. specialets begrænsede plads. Af bilaget vil det fremgå, at analyserne her er konstrueret med afsæt i, hvorfra der tales, hvem der tales til, hvilken relation og status forfatterne har til objektet, samt hvilke grupper af personer, der udtaler sig i diskursen.

Da en stor del af teksterne beskriver døden på plejehjem ud fra samme positioner, strategier og begreber, udgør analysen en sammenskrivning af teksternes udsagn. Derfor inddrages kun eksempler fra og henvises til et mindre udsnit af den samlede empiri⁶. Opstillingen af teksterne vil ligeledes gøre det muligt at analysere teksterne i deres ”eget spillende nærvær”. Denne naive læsning af de umiddelbare spredte diskursive ytringer vil her blive betragtet som undersøgelsens ”arkiv”, velvidende at arkivet i en foucaultsk forstand er langt mere voluminøst end dette speciale åbner mulighed for og tillader⁷. Ifølge Andersens udlægning af Foucault er det diskursanalytikerens første opgave at indkredse diskursens korpus af udsagn, og derved få etableret arkivet, som det der regulerer, hvad der er blevet sagt og ikke sagt. At dette er nødvendig skyldes, at man ikke på forhånd kan bestemme, hvilken diskursformation bestemte udsagns spredning er reguleret af. Efter ”arkivet” er etableret, vil specialets empiri være synlig og blive præsenteret som de diskursive regioner, der fremviser de diskursformationer, der tegner sig i udsagnenes spredning. Diskursive formationer forstås som de forskellige og eventuelle modstridende diskurser, der er til stede indenfor samme område. De danner derved en regularitet i spredning af udsagn (Andersen, 1999, s. 48). Man skal ifølge Foucault gribe udsagnet i dets øjeblikkelige knaphed og absolutte ental, bestemme dets præcise grænser, og etablere forbindelserne til andre udsagn, det kan være forbundet med (Foucault, 1970, s. 156).

I min tilgang til empirien vil jeg rette blikket mod sammenhænge og forskelle i udsagnene; mod de mønstre, der binder konkrete grupper af udsagn sammen i enheder – altså diskursformationerne.

⁶ I kapitlet ”Personlig udvikling som redskab til faglig udvikling” i Perspektiver på faglighed, benytter Frederiksen et kunstgreb i sin diskursanalyse af 23 artikler. Hun vælger ikke at referere alle artikler ud fra en argumentation om, at teksterne beskrives ens, ud fra samme talepositioner og med samme begreber. Hvis jeg i min analyse finder lignende sammenfald, vil jeg lade en sådan mulighed stå åben (Frederiksen, 2005b).

⁷ Nexø & Koch er af den opfattelse, at dette ambitiøse udgangspunkt er umuligt at indfri i praksis. De mener, det altid vil være nødvendigt at definere, hvad der med rimelighed og relevans hører til ”alt”, hvis man skal kunne bruge analytikken til noget i praksis (Nexø & Koch, 2006, s. 129).

Jeg vil i analyseafsnittet beholde de konstruerede tematikker som ramme for analysen. Jeg vil begynde analyseafsnittet med at skabe overblik over den samlede empiri og de positioner, der tales fra.

Dernæst vil jeg afdække diskursformationerne.

På baggrund af de første faser af analysen har jeg fundet fem diskursformationer:

- En medicinsk/psykologisk diskurs
- En religiøs diskurs
- En kritisk samfundsmæssig diskurs
- En økonomisk/politisk diskurs
- En omsorgsdiskurs

Disse diskursformationer vil jeg analysere for hvert afsnit i analysen.

Ved at afdække diskursformationerne afdækkes betingelserne for, hvilke udsagn der i perioden 2000-2009 inden for plejen af ældre døende plejehjemsbeboere anses som sande og meningsfulde. En sådan afdækning vil muliggøre at jeg kan identificere forskelle, modstridende synspunkter, nye relationer og begrebslige sammenhænge i empiriens umiddelbare ytringer. I analysen vil jeg derfor primært fokusere på at fremhæve mønstre for, hvad der tales om, men også hvad der ikke tales om. Jeg vil undlade at komme med fortolkninger af, hvorfor nogen italesætter noget, og andre ikke gør, da det vil være at analysere udsagnene, som de fremtræder; de må ikke reduceres til udtryk for noget andet end sig selv (Andersen, 1999, s. 44).

I analysen vil jeg ligeledes identificere, hvem der har taleret, og hvorfra man kan tale meningsfuldt om plejen af ældre døende plejehjemsbeboere. Som en del af analysen vil jeg undersøge, om der mellem de forskellige talepositioner kan erkendes ligheder, forskelle eller interessekonflikter i udsagnene.

Dernæst vil jeg undersøge hvilke begreber, der italesættes, og hvilken sammenhæng der er mellem de, der anvendes og de, der ikke anvendes: Jeg ønsker at undersøge, hvordan udsagnene aktualiserer bestemte begreber frem for andre (Andersen, 1999, s. 50). Ved at

undersøge hvilke begreber, der italesættes, hvordan de italesættes, og hvem der italesætter dem, vil jeg kunne se, hvordan begreberne udfolder sig, hvordan de træder frem og defineres. Samtidig vil jeg få et muligt indblik i eventuelle konflikter, de forskellige positioner imellem.

Således vil jeg, med en analyse inspireret af Foucaults tænkning afdække, hvordan det er gået til, at døden og pleje af døende plejehjemsbeboere er blevet genstand for en problematisering, hvordan der er blevet problematiseret, og hvilken viden der er opkommet med denne problematisering. Det er ikke en analyse af praksis og ej heller forholdet mellem praksis og de tekster, der beskriver praksis. Det er således tale om en funktionel analyse af den for den tid gældende sandhed, hvor der spørges til, hvordan de sande diskurser gør sig gældende i kraft af acceptregler, og ikke gennem gyldighed eller legitimationsprocedurer (Frederiksen, 2005, s. 50).

Til sidst i analysen vil jeg diskutere metodens fordele og begrænsninger. Her vil jeg inddrage Bredsdorff (2002) og Howarth (2005).

4. Analyse og diskussion

Jeg har valgt at dele analysen op i de fem italesatte konstruerede tematikker:

- Den ældre døende
- Den ældre døendes pårørende
- De sundhedsprofessionelle
- Dødsstedet - plejehjemmet
- Døden

Elleve af de 37 artikler kan betegnes som talende ud fra en objektiv/kritisk forskende diskurs (artikel 1,2,3,4,5,6,7,9,10,33,34), hvor artiklernes forfattere forholder sig kritisk til døden på plejehjem med afsæt i en videnskabelig diskurs. Ti tekster taler ud fra en normativ diskurs (artikel 7,8,12,13,17,20,21,24,26,33), der er handlingsanvisende i forhold til ældres død på plejehjem. Otte artikler beskriver som partsindlæg i den offentlige debat døden på plejehjem ud fra offentlighedens kritiske diskurs (artikel 3,14, 16, 22, 28,29,31,32). De pårørendes kritiske holdning kommer til udtryk i fem artikler (artikel 2,28,29,31,35). De klinisk

arbejdende sundhedsprofessionelles italesættelse af døden på plejehjem kommer til udtryk i syv artikler (artikel 1,2,3,4,11,15,27). Døendes eget syn på døden kommer til udtryk i tre artikler (artikel 2,5,30). Fælles for diskursen om døden på plejehjem synes at være, at der er behov for udvikling af tilgangen til døende. Men hvordan og hvad er afhængig af hvilken position, der tales fra.

Når ældre døende italesætter døden, sker det ud fra en forestilling om, at døden er smertefuld, og at man igennem dødsprocessen vil lægge de pårørende og personalet til last. De pårørende italesætter døden ud fra forestillingen om, at deres position som pårørende kræver, at de er aktive i dødsprocessen som beslutningstagere og omsorgsgivere. Personalet italesætter døden ud fra forestillingen om, at den gode død er afhængig af den enkeltes viden om døden, og evne til at kunne kommunikere og samarbejde med de pårørende (artikel 7,1,2,5).

Italesættelsen fra den medicinske position sker ud fra en forestilling om, at den viden lægen, kan tilføre dødslejet, vil være afgørende for en god død (artikel 8,18,19). Landsforeningen Liv og Død italesætter døden ud fra en forestilling om, at en god død kræver afsæt i både personalets og i lægernes forestilling (artikel 3,14,28,29).

Tilsyneladende udtaler ingen politikere eller kommunale forvaltninger sig om døden på plejehjem, idet der ikke er udsagn i nogle af teksterne fra disses positioner. Jeg kan derfor konstatere, at der ikke er plads i diskursen til disse positioner, hvorfor det tilsyneladende ikke har politisk årvågenhed eller interesse.

4.1 Italesættelse af den ældre døende

Forestillingen om den smukke død

Den første forestilling, jeg vil fremhæve, er forestillingen om den smukke død. Forestillingen er, at alle aktører omkring den døende har en rolle, de skal udfylde på den ”rette” måde, for at døden kan blive smuk. Men hvordan og hvem, der tildeles roller ved dødslejet, afhænger af hvilken position, der tales fra.

Når ældre døende italesætter den smukke død, er det ud fra et ønske om, at døden skal blive ”fredfyldt, stille og at få tilstrækkelig hjælp”(artikel 2). Af empirien fremgår det, at der i samfundet er en forestilling om, at ældres død er ”en naturlig biologisk afslutning på et langt liv.” (artikel 7) – en forestilling, ældre ikke nødvendigvis deler, idet ”gamle mennesker [kan]

opleve deres liv som lige så unikt, værdifuldt og umisteligt som yngre mennesker kan gøre. Det er deres eneste liv.” (artikel 7). Det ses, at nogle ældre plejehjemsbeboere har en forestilling om paradiset i otiummet. I tidligere tider længtes ældre efter paradiset i himlen, hvor den ældre kunne hvile ud efter et langt og hårdt arbejdsliv. I dag synes forestillingen at være, at ældre ikke behøver at vente på paradiset i himlen; de kan i deres otium læne sig tilbage og nyde livets frugter. Den forestilling ser ud til at gøre livet værdifuldt og umisteligt, og derfor svært at tage afsked med. Forestillingen om, at det moderne menneske dermed er i stand til at skabe sig selv, afspejler det sekulære samfund.

Når de pårørende italesætter forestillingen om den smukke død for deres familiemedlem, indbefatter det ligesom hos den ældre døende forestillingen om en stille og fredelig død, *”og at personalet tilgodeser individuelle ønsker.”* (artikel 2). Den ældres død forestilles unik og individuel, lige som den ældres liv er. En sådan italesættelse synes at være båret af en omsorgsdiskurs. En omsorgsdiskurs er de pårørendes og Landsforeningen Liv & Døds forestilling om, at alle skal gøre sit bedste for den døende.

Forestillingen om den smukke død indbefatter for personalet på plejehjem en død uden smerter, samt at den døende er omgivet af pårørende, og personalet selv har ydet en helhedsorienteret pleje til den ældre døende og de pårørende. Plejepersonalet har en opfattelse af, at en smuk død indbefatter pleje ud fra *”hospicefilosofien”, ”hvor personalet opfatter den gamle døende og de pårørende som en enhed, hvis fælles behov bestemmer indsatsen”* (artikel 8). Forestillingen tager afsæt i en religiøs diskurs, hvor personalet har en opfattelse af, at deres indsats overfor den ældre døende og de pårørende er afgørende for, om døden bliver smuk; de har en selvpræsentation som *”frelsende engle”*, der beskytter den døende og de pårørende mod den grumme død. Den religiøse diskurs antager hos personalet en mere medmenneskelig end en kristen filosofi om næstekærlighed. Lægens tilstedeværelse ved dødslejet italesættes ikke i personalets forestilling om den smukke død.

Når forestillingen italesættes fra en lægeposition, hedder det: *”Lægens indsats er essentiel for beboerens sidste levetid og er vigtig, for at beboeren og de pårørende oplever en værdig død. Derfor bør det overvejes, at der på alle plejehjem er fast tilknyttet læge med specialviden og interesse både for alderssygdomme og for lindrende behandling ved livets afslutning.”* (artikel 3). Forestillingen er, at den lægefaglige ekspertise, gerne i form af gerontologernes indmarch ved dødslejet, vil gøre døden smuk. Forestillingen tager afsæt i symptombehandling

af den døende, hvor behandling og piller tilsyneladende medfører værdighed. (artikel 3, 29). I en sådan forestilling bliver den døende til en krop, der på overfladen skal se smuk ud. En følge af en sådan forestilling er derfor en behandling, der med afsæt i den medicinske diskurs, kun fokuserer på den fysiske fremtræden.

Når Landsforeningen Liv & Død italesætter den smukke død, sker det ud fra en opfattelse af, at kombineres, personalets religiøse diskurs og lægens medicinske diskurs, vil den ældres død blive smuk (artikel 3,9,14,29). En sådan forestilling samles i omsorgsdiskursen. Et døende menneske er unikt, og derfor skal plejen af den døende også være det.

Analysen viser, at plejepersonalets og lægernes position følger to parallelle moddiskurser om den smukke død. Den religiøse og den medicinske diskurs taler ikke umiddelbart sammen, hvad den smukke død angår. Det eneste fælles for diskurserne er, at de begge ønsker, at den ældres død skal være smuk. Landsforeningen Liv og Død og de pårørende deler forestillingen om omsorgsdiskursen som baggrund for en smuk død.

Forestillingen om den hjemlige død

Den næste forestilling, jeg vil fremhæve, handler om den hjemlige død. Alle positioner deler forestillingen om, at en hjemlig død er en god død. Forskellen mellem positionerne er i hvor høj grad, at plejehjem som kulisse kan leve op til forestillingen om den hjemlige død.

Forestillingen er, at kulisserne for døden - plejehjemmet - er den ældres eget hjem, og derfor pr. definition italesættes som et trygt og godt sted at dø. ”*Jeg var ikke i tvivl: Hellere blive i den lille stue, der var indrettet så hjemligt som muligt.*”, udtrykker en pårørende i artikel 35. Det tager afsæt i den gængse forestilling i samfundet af, at en plejehjemsbolig er beboernes hjem. Det er understøttet i lovgivningen, der definerer en plejebolig som den ældres eget hjem (artikel 29). I to af artiklerne italesættes, at pårørende ikke kan få plejeorlov til pleje af deres ældre døende familiemedlem, der er på plejehjem. Her opstår en konflikt i retorikken: Nogle gange betegnes en plejehjemsbolig som eget hjem, andre gange bliver det ikke betegnet sådan. ”*Når det handler om plejeorlov, hvor man i serviceloven giver nærtstående mulighed for plejevederlag for at passe en døende i eget hjem, så er plejeboligen ikke defineret som eget hjem, men som en institution, og de pårørende har ikke mulighed for plejevederlag.*” (artikel 29). Forestillingen om at en god død er en hjemlig død, omgivet af de pårørende, fordrer, at de pårørende har mulighed for at være til stede ved dødslejet. Derfor italesætter de

pårørende og Landsforeningen Liv og Død en moddiskurs til den herskende økonomiske/politiske diskurs. Den politisk/økonomisk diskurs støtter på den ene side op om forestillingen af en god død som en hjemlig død, men på den anden side støttes de pårørende til plejehjemsbeboere ikke økonomisk med plejeorlov, så forestillingen kan virkeliggøres.

Når forestillingen om den hjemlige død undersøges ud fra en social – og humanistisk forsknings position, anskues forestillingen om plejehjemmet som den ældres hjem kritisk; ”*en hybrid mellem et hjem og en offentlig institution*”(artikel 2). Men positionen følger forestillingen om, at den gode død er en død i hjemlige omgivelser. Den social – og humanistisk forskningsmæssige position mener, at det ikke er tilfældet på plejehjem. Ifølge denne forskningsmæssige position sker plejen af døende i et spændingsfelt mellem det private, intime og urørlige og personalets faglige vurderinger og handlinger. Spændingsfeltet ligger mellem den økonomiske/politiske diskurs og en forestilling om hospicefilosofien og dens religiøse diskurs, de pårørendes omsorgsdiskurs samt den objektfokuserede medicinske/psykologiske diskurs.

Plejehjemmet som kulisse for en hjemlig død fremstår derfor mere som en illusion end virkelighed: ”*Et plejehjem er, som ordet antyder, et forsøg på at skabe en forlængelse af hjemmet – eller illusionen herom – og et sted hvor, plejen er i højsæde*” (artikel 6).

Forestillingen er, at et plejehjem ikke er et hjem, men at der i offentligheden er skabt en illusion herom. Derved bliver den ældres død ikke en død i eget hjem, men i stedet en død skabt på baggrund af illusionen om eget hjem, hvor de institutionelle normer med baggrund i den økonomiske/politiske diskurs er herskende. Et eksempel på institutionelle normer er artikel 36 og 37, der som kvalitetsstandarder for pleje af døende plejehjemsbeboere foreskriver, hvilken pleje døende plejehjemsbeboere kan tilbydes. Den social – og humanistiske forskningspositionen skriver sig ind i den kritisk samfundsmæssige diskurs, som moddiskurs til den politiske/økonomiske diskurs.

At plejehjem ligger i grænsefladen mellem et hjem og en institution bevirker, at der ”*altid vil være en masse støj, og personale, som farer ud og ind.*” (artikel 22), og at døende skal efterkomme institutionens ”*krav/ønsker til hjemmets indretning*” (artikel 36) af hensyn til arbejdsmiljøet. Den økonomiske diskurs’ rationalitet ligger indlejret i forestillingen om den hjemlige død på plejehjem, hvorfor offentligheden ikke stiller spørgsmål ved, om

plejehjemmet kan skabe hjemlige rammer om døden. En datter beskriver at moderens ”*dødskamp*” foregik i en trængsel af ”*uvedkommende som vidner*” (artikel 35).

Omsorgsdiskursen bliver moddiskurs til den økonomisk/politiske diskurs’ rationalitet.

Plejepersonalets position deler forestillingen om, at en god død er en hjemlig død.

Forestillingen tager afsæt i hospicefilosofiens religiøse diskurs og dens forestilling om, at døende skal være omgivet af mennesker, der kerer sig om én. Af artikel 10 fremgår det, at forestillingen om, at døden skal være hjemlig, føres videre efter at døden er indtruffet. ”*De gjorde det meget hyggeligt, med dug og levende lys*”. Tilsyneladende har personalet en forestilling om, at ved at gøre døden hjemlig og hyggelig, gøres sorgen over at miste lettere at bære for pårørende. ”*Ritualer er en væsentlig faktor, som giver rum og åbenhed over for døden, både for personale, beboere og pårørende, og som bidrag til en vigtig sorgkultur.*” (artikel 1). Forestillingen handler om, at personalet ved hjælp af rutiner og ritualer, eksempelvis at pynte op med dug og levende lys, kan skabe rammer omkring den hjemlige død, som kan medvirke til ”*at døden bliver nemmere at håndtere*” (artikel 3), og døden og smerten over at miste bliver lettere at bære.

Den ideelle død er smertefri

Den tredje forestilling, jeg vil fremhæve, er forestillingen om, at den ideelle død er smertefri. I 15 af artiklerne italesættes døende plejehjemsbeboeres smerter. Smerter fremstår således som en indlejret del af døden på plejehjem.

Jeg finder i forestillingen om den smertefrie død mindst to forskellige måder at italesætte døendes smerter. Den ene åbner for, at den smertefrie død er en ideel mulighed, den anden at den smertefrie død reelt er en umulighed. Personalet og Landsforeningen Liv og Død italesætter forestillingen om, at døden skal være fuldstændig smertefri, modsat den social – og humanistiske forskningsposition og den lægevidenskabelige position, der italesætter, at den smertefrie død er utopi.

Italesættelsen af smerter fra døendes position viser, at smerter er noget af det, ældre døende frygter mest ved dødsprocessen (artikel 7). Det italesættes ikke, hvad det er ved smerter, de frygter. I artikel 3 skrives det, at 35 % af ældre døende plejehjemsbeboere havde fysiske smerter ved døden. Det fremgår ikke af teksten af hvem og hvordan, det er vurderet.

Tilsyneladende tildeles de ældre døende kun en lille plads, når forestillingen om den smertefrie død italesættelse, trods det er deres smerter, det handler om.

Når smerter italesættes ud fra en lægeposition, er forestillingen, at smerter næsten altid vil opstå *”i forbindelse med det organhenfald, der sker hos den døende”* (artikel 17). Smerter ses som en naturlig del af det at dø, hvorved forestillingen om den smertefrie død må afhænge af personalets evne til at observere, vurdere og handle på den døendes smerter, og den lægelige villighed til at ordinere smertestillende medicin. Det er en forestilling baseret på den medicinske diskurs’ objektivisering af den ældre døende.

I forestillingen om den smertefrie død ligger også diskursen om eutanasi, ikke mindst når smerter italesættes ud fra lægepositionen: *”Det er berettiget at indgive de nødvendige smertestillende midler, selv om de - som en ikke tilsigtet virkning - kan medføre risiko for, at døden indtræffer på et lidt tidligere tidspunkt.”*(artikel 23). Forestillingen er, at for meget smertestillende medicin vil kunne afkorte den ældre døendes liv, og at det udelukkende er lægens ekspertise og vurderinger, der afgør om den ældres liv skal afkortes, eller om den ældre skal lide. *”De ville ikke beskyldes for at have taget livet af patienten eller for ikke at have gjort det yderste for at forhindre patienten i at dø.”* (artikel 19). Tilsyneladende er det et problem for læger, at de ikke tør tage ansvaret for en ordentlig smertedækning af døende. Det vil med andre ord sige, at det er offentlighedens blik på lægens praksis, der afholder lægen fra at turde handle kompetent i forhold til smertestillende behandling af ældre døende.

Når den smertefrie død italesættes fra en sygeplejefaglig position, italesættes forestillingen om, at personalet i plejen af døende skulle kunne agere på den *”totale smerteoplevelse”*, idet *”Et døende menneske kan opleve de forskellige former for smerter samtidig.”*(artikel 7). Personalet skal kunne forstå og handle i forhold til ikke alene fysiske smerter, men også den ældre døendes psykiske, sociale og eksistentielle smerter (artikel 7). Herved antager den smertefrie død en medicinsk/psykologisk diskurs. Det lægger et pres på personalet, der kan finde det svært at hjælpe den døende med dennes totale smerte. Der er tilsyneladende en forestilling om, at døende ikke må have nogen form for smerte. Den forestilling går imod den menneskelige natur; mennesker mærker smerter hver dag. Således fordrer en total smertefrihed, at den ældre enten er død, eller at den ældre er ”død” i levende live via medicinering. *”De fleste dør stille og fredeligt, men det sker også, at beboere får angst, at de har smerter og respirationsproblemer. I sådanne situationer har medarbejderne ofte følt sig*

presset til at lade beboeren indlægge.” (artikel 20). Tilsyneladende er angst noget, der gives døende beboere i kraft af, at det italesættes, at beboerne ”får” angst. Hvem og hvad, der giver dem angst, fremgår ikke af diskursen. Forestillingen synes at være båret af, at personalet har svært ved at håndtere, hvis forestillingen om den smertefrie død ikke kan virkeliggøres. Forestillingen tager udgangspunkt i den religiøsediskurs og personalets selvscenesættelse som ”frelsende engle”.

Plejepersonalets forestilling om den smertefrie død synes at tage udgangspunkt i, hvad de og de pårørende konkret kan se og høre. Implicit ligger der en forestilling om, at ældre døende gerne må dø tørstige og sultne, da det ikke løftes frem som problematikker, personalet skal have fokus på (artikel 4, 17). Men smerter, angst, dødsrallen og åndenød er ikke behageligt for betragteren. Det må derfor fjernes, enten det sker ved indlæggelse, hvor problemet eksporteres ud af syne, eller gennem medicinering hvor udtrykssiden dulmes, så personalet og de pårørende ikke skal konfronteres med det ubehagelige syn. Herved sker en overfladebehandling af den døende for de pårørende og personalet skyld i højere grad end for den døende. Når personalet lader døende indlægge, slipper de af med deres afmagtsfølelse. Problemet flyttes væk fra dem selv og over på andre. *”De indlægger ikke kun patienten for at undgå eventuelle bebrejdelser fra patientens pårørende. [...] men også fordi personalet ofte ikke kan overskue at stå over for døende.”* (artikel 19). Dette synliggør en diskurs som støtter op om den medicinske professionalisme og monopol. Her argumenteres i en medicinsk diskurs; lægernes ekspertrolle bekræftes i forhold til døende plejehjemsbeboere, Plejepersonalet viser således, at når de taler ud fra en hospiceposition, taler de ikke alene ud fra en religiøs diskurs men også en medicinsk. Tilsyneladende italesætter lægepositionen en moddiskurs til personalets forestilling om, at en måde at håndtere den smertefulde død er at eksportere den til sygehuset. *”Vi risikerer at indlede en behandling, som strider imod de ønsker patienten har haft. [...] Vi snyder patienten for en ordentlig død.”* (artikel 19). Moddiskursen argumenterer ud fra forestillingen om den smukke død.

Den smertefrie død fremstår som noget, sygeplejersken med alle midler skal sikre. En måde at gøre det på, hvis det ikke kan lade sig gøre via lægen, er at omgå reglerne ved at låne medicin fra andre beboere, eller at *”man i strid med reglerne har en lille nødbeholdning af det mest nødvendige medicin.”*(artikel 15). Her tegnes et billede af, at sygeplejerskerne agerer på egen hånd uden om lægerne i en usynlig ensidig kamp mod den lægefaglige position, hvor

sygeplejerskerne forsøger at gøre det, de mener, er bedst for døende, også selvom det indbefatter at trodse lægen. Sygeplejerskerne forsøger tilsyneladende at overtage et lille rum fra lægens profession, hvis lægen ikke vil bøje sig for sygeplejerskens ret til at ”se rigtig”. Denne trods støttes åbenbart af Dansk Sygeplejeråd, der på trods af ulovligheden vælger at trykke artiklen i fagbladet.

Landsforeningen Liv & Døds forestilling er, at det er en menneskeret at dø uden smerter, og at det ikke kan passe, ”at mennesker hver eneste dag dør med smerter og ubehag, der kunne være afhjulpnet med den rette indsats.” (artikel 29). Forestillingen er, at den smertefulde død kan undgås, og det fremstår således som en ideel mulighed. Når forestillingen om den smertefrie død italesættes ud fra en objektiv forskningsposition, sættes der spørgsmål ved idealet om den smertefrie død: ”De fleste har smerter, når de er døende, og de kan være svære at lindre, hvis den døende skal være ved bevidstheden. Gamle mennesker har ofte haft ondt længe. Men der bør under alle omstændigheder være en følelsesmæssig lindring.” (artikel 33). Forestillingen, der her italesættes, er, at den smertefrie død er uundgåelig, men at personalet kan hjælpe den døende med lindring. Forestillingen om den smertefrie død fremstår modsat forestillingen fra personalet og Landsforeningen Liv og Død som en ideel umulighed.

Af artikel 1 fremgår det, at personalet må sikre sig, at der er en smerteplan klar, til beboeren bliver dårligere. Her er en diskurs om, at standardisering er svaret på det uhåndterlige. Forestillingen er, at man ved at planlægge, hvad der skal ske ved beboerens livsafslutning, kan forebygge eller undgå smerter hos den døende. Smerter er så uhåndterlig en udfordring, at ingen kender det rigtige svar. Derfor er alle lige kloge på området – pårørende såvel som personale, og derfor skal smerteplanen laves i samarbejde med de pårørende. Interessant nok er døende ikke en del af denne diskurs. ”I samråd med de pårørende skal vi tage stilling til, når eller hvis beboeren får det dårligere...” (artikel 17). Herved tildeles de pårørende en aktiv plads. Der er altså en forestilling om, at hvis alle parter er godt forberedte på døden, kan dødssmerter undgås. Da den ældres liv ophører, får de pårørende taletid. ”Aftaler og beslutninger fra den terminale plejeplan kan også være væsentlige for samarbejdet” idet ”Personalet og de pårørende kan være uenig om den smertestillende behandling.” (artikel 1). Forestillingen er, at personalet gennem planlægning og samarbejde med de pårørende undgår at komme i konflikt med de pårørende.

Plejeplaner som metode til at sikre en god død

”Alle plejehjem i Danmark er pålagt at udarbejde plejeplaner for hver enkelte beboer, men der er ingen krav om særlige terminale plejeplaner.” (artikel 1). Forestillingen er, at alle døende bør have en terminal plejeplan. Hvad terminale plejeplaner kan indeholde, fremstår diffust i artiklerne.

Når plejeplaner italesættes ud fra Landsforeningen Liv & Døds position, italesættes det, at; *”I over halvdelen af dødsfaldene havde plejehjemmet ikke udarbejdet plejeplaner for livets afslutning i samarbejde med beboere og pårørende.”*(artikel 3). Plejeplaner kan bruges *”til at planlægge og evaluere den individuelle pleje og består af den enkeltes helhedssituation og mål for plejen samt den enkeltes døgn- og ugeplan.”*(artikel 9). Forestillingen er, at hvis der bliver udformet en plejeplan for den enkeltes død, vil personalet være bedre forberedt til at varetage plejen af døende med udgangspunkt i den enkeltes behov. Samtidig klædes de gennem evaluering af det enkelte dødsfald bedre på til mødet med den næste døende, personalet står overfor. En sådan forestilling tager udgangspunkt i standardtænkning. Hvis den enkelte ældres død er individuel, vil personalet ikke kunne tage erfaringerne fra det ene dødsfald med sig til det næste.

Når plejeplaner som metode til at sikre en god død italesættes fra personalets position, italesættes en opfattelse af, at den gode død fordrer, at døende bekender sine ønsker, tanker og frygt om dødsforløbet og døden. Den døende må eksempelvis bekende sin frygt for *”afhængighed, uværdighed og smerter, at blive forladt og afvist af sin familie, at dø alene, eller det kan være tanker om, hvordan skæbnen vil være på den anden side.”* (artikel 7). Bekendelser nedskrives i en terminal plejeplan. Det synes at være en forestilling båret af, at hvis personalet får adgang til den ældre døendes dybeste tanker, kan personalet forholde sig til og hjælpe den døende med dennes frygt, og derved sikre en god død. Herved antager forestillingen en psykologisk diskurs. Forestillingen om, at døende må bekende sig til personalet gennem plejeplaner for at sikres en god død, er tilsyneladende ikke altid lige let at virkeliggøre for personalet, idet; *”Personalet synes, det er vanskeligt at få taget hul på en proces, hvor man får indblik i beboernes ønsker og behov i forbindelse med døden. Der er ingen tvivl om, at skal professionelle overskride denne grænse, stiller det store krav om*

nænsomhed.” (artikel 5). Herved opstår et dilemma for personalet: På den ene side kræver den gode død, at personalet får beboerne til at bekende sine ønsker, tanker og frygt om døden. På den anden side finder personalet det vanskeligt at tale med de ældre om døden og derved få indblik i den ældres ønsker og behov. Af artikel 1 fremgår det, at ”... *en del af personalet har gode erfaringer med at præsentere målet om en værdig død for beboeren og de pårørende allerede ved indflytningen.*”. Af ovenstående citat fremgår det, at en del af personalet tilsyneladende har en forestilling om, at personalet gennem en målbar rationel aktivitet kan sikre den ældre en god død. Den rationelle aktivitet tager udgangspunkt i den økonomisk/politisk diskurs. Samme forestilling italesættes i artikel 33, hvor ønsker for døden indgår som en del af plejeplanen ved indflytningen. Omvendt fremføres det i artikel 21, at det først er, når de pårørende og medarbejderne erkender, at den ældre er døende, at planlægningen af et godt forløb begynder. Der er således ikke enighed om, hvornår det er den rette tid at udfærdige en terminal plejeplan.

Plejeplaner som vejen til at sikre en god død rummer en dobbelthed, når den italesættes fra personalets position. For ikke alene skal den bruges til at nedskrive beboerens frygt, håb og ønsker for døden, den skal også bruges til at dokumentere, hvilken hjælp der gives; ”... *hvor beboeren og de pårørendes behov og ønsker for den sidste tid noteres, og et terminalt forløb kan dokumenteres.*” (artikel 1). Forestillingen er, at plejeplaner skal bruges som dokumentation for indsatsen ”*for at have rygdækning*” (artikel 15). Der præsenteres her en forestilling om, at måden at håndtere alt det u håndterlige og sikre en god død sker gennem plejeplaner. Plejeplaner er i lige så høj grad et dokumentationskrav, som det er en plan, der skal sikre den ældre en god død. Forestillingen er, at personalet ved at nedfælde døendes tanker om dødsprocessen, ikke senere kan klandres for en uværdighed. Det er en forestilling, der støtter den økonomiske/politiske diskurs’ krav om dokumentation og kontrol:

”*Kommunens kvalitetskontrol sker dels gennem en løbende vurdering, revurdering af ydelsen eller efter behov, dog mindst 1 gang årligt. Dels gennem statistikker.*” (artikel 36).

Tilsyneladende skal indsatsen overfor døende plejehjemsbeboere kontrolleres. Hvad kontrollen skal bruges til, fremgår ikke.

Døende italesætter ikke plejeplaner, men de italesætter plejepersonalets ønsker om, at de skal bekende deres død. Den ældre døende ”*synes generelt, at døden er et privat, intimt og pinligt emne, der helst kun skal omtales sammen med meget nære pårørende og ikke personalet.*”

(artikel 2). Således deler de døende ikke plejepersonalet opfattelse af forestillingen om bekendelsen som vejen til en god død. Det er en moddiskurs til personalets forestilling: *”Både beboere og pårørende mener, at man først bør forholde sig til døden, når beboeren bliver syg, dårligere eller tæt på døden og slet ikke ved indflytningen på plejehjem.”*(artikel 2).

Tilsyneladende har nogle ældre døende hverken behov eller ønske om at bekende sig til plejepersonalet, og de kan opleve det som et overgreb, hvis de føler sig tvunget til det. Nogle døende vil derimod gerne bekende sig til deres pårørende. Den viden, de pårørende opnår, *”... bæres for det meste som en viden mellem beboere og pårørende som noget, man tror, men ikke ved med sikkerhed.”* (artikel 2). Forestillingen fra ældre døende fremstår således, at de gennem brugen af deres pårørende sikres en god død uden at skulle bekende sig til fremmede.

I artikel 24 skrives, *”at det ikke er muligt at involvere samtlige beboere i en dialog om deres egen ønsker om livets sidste fase. 90 % af vore beboere er nemlig helt eller delvis inhabile i denne fase.”* Her ses en moddiskurs til forestillingen om, at plejepersonalet skal tage udgangspunkt i den enkeltes behov, og at det altid er muligt.

Forestillingen om den gode død hviler på en forestilling om, at det altid er muligt at tage udgangspunkt i den enkelte døende i plejen. Analysen viser, at det ikke er muligt på trods af plejepersonalets bestræbelser. I et forsøg på at sikre sig, at der bliver taget udgangspunkt i den enkelte, laver de standardiserede plejeplaner og *”Nedskrevne retningslinjer og procedurer for plejen ved livets afslutning”* (artikel 3), som i stedet for at skabe mulighed for at tage afsæt i den enkelte ældre døende, opløser forestillingen gennem standardtænkning.

4.2 Italesættelse af døden

Mødet med døden - døden som en del af hverdagslivet

Den næste forestilling jeg vil fremhæve, er mødet med døden på plejehjem. Der er en forestilling i samfundet om, at plejehjem er en form for *”dødsstation”* (artikel 6). Den forestilling gør, at døden derved bliver en del af institutionens eksistensberettigelse. *”Her er døden det forventede udfald på en beboeres ophold.”* (artikel 6). Det er stedet, hvor ældre kommer for at dø, når de ikke længere er i stand til at tage vare på sig selv og klare sig i hjemmet med hjælp udefra. Her er døden et hverdagsfænomen, men den bliver samtidig gemt væk. *”Alle de øvrige kister er altså under stor diskretion blevet fjernet fra Sølund enten i nattens mulm og mørke eller på anden yderst hemmelighedsfulde vis.”* (artikel 25).

Fra ældre plejehjemsbeboeres position italesættes mødet med døden som noget, den ældre ikke ønsker at blive konfronteret med: *"Fx opleves det som problematisk, når en kiste fragtes gennem plejehjemmets fællesarealer, uden man er forberedt derpå."* (artikel 2). Forestillingen er, at selv om døden er en del af hverdagen, må døden ikke få lov at tage over i forhold til det liv, der leves der. Livet har således fortrin frem for døden i beboernes univers. Forestillingen for beboerne er, at de ikke ønsker at blive konfronteret med døden i deres eget hjem. *"... det ulækre syn af en kiste, der føres forbi, just som man havde sat sig til fælles kaffebord."* (artikel 25). Døden er en hverdagsbegivenhed, som ikke harmonerer med eftermiddagskaffen.

Det, at plejehjem ligger i spændingsfeltet mellem et privat hjem og en institution (artikel 2), bevirker, at også forestillingen om døden som en del af hverdagslivet kommer til at ligge i et spændingsfelt. Personalet italesætter mindst to forskellige forestillinger om, hvordan døden skal håndteres i forhold til beboerne, og begge tager afsæt i en medicinsk/psykologisk diskurs. Tilsyneladende er det et diskussionsemne både blandt plejepersonalet på plejehjem, og plejehjem imellem.

Den ene af plejepersonalets forestillinger er, at beboerne skal beskyttes mod døden, hvilket kommer til udtryk i artikel 11, hvor det italesættes, at der har været diskussioner om, hvorvidt flaget skulle hejses på halvt, når en beboer var afgang ved døden. *"Så kan man jo hejse flaget på halv hele tiden, syntes de". "Man snakker ikke om det, og der er heller ikke ritualer i forbindelse med dødsfald, som f.eks. at synge den døde ud fra stuen."* (artikel 11).

Forestillingen synes at være båret af et ønske om at beskytte beboerne: *"Man taler altså ikke gerne om døden. I hvert fald må der helst ikke tales dansk[...] måske er det i høj grad efter beboernes ønske"* (artikel 25). Forestillingen bag denne fortællelse skal findes i en forestilling om, at døden er tabu: *"Dette tabu gælder imidlertid ikke bare Sølund. Man møder det alle vegne i dag."* (artikel 25).

Den anden forestilling er, at døden på plejehjem er en naturlig del af hverdagslivet, og det derfor ikke skal skjules. *"Nogle ritualer foregår i plejehjemmenes fælles rum blandt personale, pårørende og øvrige beboere."* (artikel 2). Forestillingen er, at når personalet viser åbenhed om døden, tillades en sorgkultur, hvor det legaliseres at vise respekt og sorg over tabet af plejehjemsbeboeren eller naboen. De to forestillinger fremstår således som to moddiskurser.

Når døden og afsked med døde italesættes ud fra Landsforeningen Liv & Døds position, italesættes det, at *”Det er ikke altid tid til en ordentlig afsked, før medarbejderen skal indgå en ny relation hos en nyindflyttet beboer.”* (artikel 3). Forestillingen er, at plejepersonalet ikke har tid nok til at bearbejde deres sorg, inden de skal være klar til at modtage en ny beboer. En sådan forestilling bygger på en medicinsk/psykologisk diskurs, hvor sorg er en naturlig følge af tab. Sorgbearbejdelse tager tid, en tid der i Liv & Døds forestilling ikke er til rådighed for personalet.

4.3 Italesættelse af dødsstedet - plejehjemmet

Ressourcer

Italesættelsen af økonomiske, faglige og personalemæssige ressourcer synes at være en indlejret del af diskursen om døden på plejehjem. Forestillingen er, at gode økonomiske og personalemæssige ressourcer i form af tid, uddannelse og ekstra hænder fremstår som succeskriterium for, om den ældres død bliver en smuk og god død. I 17 af artiklerne omtales behovet for tilførsel af ekstra ressourcer til plejen af døende på plejehjem for at kunne skabe rammerne for en god død. Forestillingen er, at de rammer, der skal sikre en god død, ikke er til stede. Dermed bliver det en legitimerende ydre faktor i forhold til, at døden i dag er uværdig.

Den fælles forestilling i artiklerne er, at manglende ressourcer går ud over kvaliteten af plejen af døende, og bliver dermed en hindring for den smukke død.

Ressourcer italesættes ikke direkte fra en beboers position; *”Beboerne fortæller bl.a. om, hvordan de kan være bange for at blive glemt, ligge alene og være til besvær både i forhold til deres pårørende og personalet.”* (artikel 2). Det fremgår ikke af artiklen, hvor deres forestilling stammer fra. Men i kraft af at de italesætter at være til ”besvær”, viser de, at beboerne bekymrer sig om, om de pårørende og personalet har tid nok til at være til stede ved dødslejet.

Forestillingen om manglende ressourcer som grund til den uværdige død på plejehjem italesættes fra personalets position med udgangspunkt i en forestilling om, at var de nødvendige ressourcer til rådighed, ville personalet kunne give ældre døende en succesfuld pleje. I flere af artiklerne kædes manglende ressourcer sammen med muligheden for at være

til stede ved dødslejet og derfor "... igen måtte overlade et døende menneske til sig selv." (artikel 22). Forestillingen synes at være, at plejehjemmenes eksistensberettigelse er afhængig af, om de formår at give ældre en god død. Manglende ressourcer frustrerer derfor personalet. De kan kun give en "en nødtørftig pleje" (artikel 27), og lever derfor ikke op til deres egen selvpræsentation som "frelsende engle". Dermed bliver personalets selvpræsentation en drøm, hvor de manglende ressourcer er en hindring for, at drømmen kan udledes. Dermed fremstår den politiske/økonomiske diskurs som syndeboek for den uværdige død i personalets forestilling.

Vilkårene, som personalet arbejder under med stress, sygemeldinger og ubesatte stillinger, synes at være en medvirkende faktor, når personalet ikke kan give ældre døende den død, de gerne vil. "*Vi har personalemangel, flere er sygemeldte på grund af stress, og vi har ubesatte stillinger.*" (artikel 27).

Ud fra en sygeplejefaglig ledelsesposition italesættes det, at; "*Vi taler ofte om ressourcer inden for vores sektor, men vores problem handler i høj grad om holdninger – i sidste ende om ledelse.*" (artikel 20). Forestillingen er, at holdninger og holdningsændringer er svaret, når plejehjemmene nu kun har de økonomiske ressourcer til rådighed, som de har. Forestillingen indskrives sig i den rationelle politisk/økonomiske diskurs.

Landsforeningen Liv & Døds forestilling er en moddiskurs til plejehjemsledelsens forestilling; "*selvom de ansatte gør deres yderste inden for de beskedne rammer, der er til rådighed, for at yde en god og omsorgsfuld pleje, er døds kvaliteten på landes plejehjem rystende dårlig.*" (artikel 29). Forestillingen synes at være båret af den samme forestilling, som personales position italesætter: Rammerne om døden levner ikke plads til en værdig død. Forskellen på personalets italesættelse og Landsforeningen Liv & Død er, at udgangspunktet er et andet. Udgangspunktet for personalets position er, hvordan rammerne har indflydelse på den pleje, de kan give til døende. Landsforeningen Liv & Døds position italesætter forestillingen med udgangspunkt i, hvordan rammerne har indflydelse på den døendes uværdige død. Forestillingen er, at ældre døende plejehjemsbeboere på grund af manglende politisk bevågenhed får lov at dø under lemfældige vilkår, gemt væk på institutioner. Derved antager Liv & Døds forestilling en omsorgsdiskurs.

Ud fra en kritisk lægeposition skyldes de dårlige vilkår, døende har på plejehjem, at hele plejehjemsområdet lider af *"lav status med personalemangel, dårlig løn og ringe efteruddannelsesmuligheder."* (artikel 31). Forestillingen er, at samfundet i længden vil kunne spare penge på hospitalsindlæggelser, hvis plejehjemmene fik tilført de nødvendige ressourcer. Denne forestilling deler personalets og Landsforeningen Liv & Døds forestilling om rammerne som årsag til den uværdige død. Positionen argumenterer ud fra en rationel diskurs, der gennem økonomiske argumenter, argumenterer mod den herskende økonomiske/politiske orden. Derved fremstår den kritiske lægefaglige position som en moddiskurs til den nuværende måde at organisere rammerne omkring ældre døende.

I artikel 33 italesættes ressourcer ud fra pårørendes position. De pårørende *"klande[r] politikere og forvaltninger for ikke at give nødvendige ressourcer til at gøre den sidste tid på plejehjem til en værdig og meningsfuld tid. Det kræver mere personale, og det kræver ikke mindst mere uddannelse af personalet. Også til at tage sig af døende."* forestillingen, der formes på baggrund af en omsorgsdiskurs, er, at politikerne nedprioriterer ældre døende, og at de bevidst lukker øjnene for ældre døende plejehjemsbeboers vilkår. Det bliver en moddiskurs til den økonomiske/politiske diskurs.

Den kritisk forskningsmæssige position italesætter også manglende ressourcer som grund til en uværdig død. *"Det er jo hyklerisk, at politikerne tager penge fra plejehjemmene med den ene hånd og tørre tårer bort med den anden, når de præsenteres for de skjulte optagelser fra Fælledgården..."*(artikel 33). Den kritisk forskningsmæssige positions forestilling er, at politikere arbejder ud fra, hvad der har værdi for samfundet. Ældre døende fremstår da som en økonomisk byrde for samfundet. Denne forestilling er baseret på en kritisk samfundsmæssig diskurs, som former en moddiskurs til den politisk/økonomiske diskurs prioriteringer.

Den politiske/økonomiske position italesætter ikke ressourcer på plejehjem, men i kraft af moddiskurserne fremstår den politiske/økonomiske forestilling som en forestilling om, at det er personalets holdninger og prioriteringer, der er afgørende for, om den ældre døende får en god død, og ikke manglende økonomiske, faglige og personalemæssige ressourcer.

Derved finder jeg i forestillingen om manglende ressourcer som grund til en uværdig død to parallelle moddiskurser. Den kritisk samfundsmæssige diskurs og omsorgsdiskursen forsøger at tale til og mod den politiske/økonomiske diskurs, uden at kunne komme i dialog med den.

Vågekones indmarch på plejehjem - pårørende som vågekoner og vågekoner som pårørende

Empirien viser, at personalet og de pårørende søger aflastning fra deres travle hverdag med genkomsten af vågekoner ved dødslejet. Forestillingen, der berettiger vågekones genkomst, er, ”en konsekvens af de gennemgribende ændringer i samfundsstrukturen, hvor familien ikke længere nødvendigvis har ansvar for de gamle og varetager de naturlige omsorgsopgaver.” (artikel 8). Forestillingen er, at hvor det tidligere var et familieanliggende at varetage plejen af døende familiemedlemmer, er det nu et samfundsanliggende. At ordet ”nødvendigvis” bruges, viser, at der visse steder i samfundet er en opfattelse af, at pårørende stadig bør tage del i plejen af den døende. Forestillingen er, at det at yde omsorg til døende er en ”naturlig omsorgsopgave”, hvor den kulturelle betydning af omsorgsopgaver ikke italesættes.

I to artikler italesætter vågekoner deres funktion på plejehjem. Vågekonerne, der udtaler sig, er pensionerede sygeplejersker, og de tager udgangspunkt i deres tidligere virke. ”Det var rigtig svært, når vi havde en døende på afdelingen. Det, at der bare ikke var tid til at blive siddende derinde. Man kom ind på stuen, vendte og drejede vedkommende, lyttede til dem, vurderede, om de havde smerter, og så gik man igen, fordi der også var brug for én andre steder. Næste gang jeg kom, var vedkommende måske død.” (artikel 22). Vågekones forestilling er, at døende ikke må dø alene. Derfor har de som formål at give ro og omsorg omkring den døende og ikke at erstatte personalets arbejde. Derimod erstatter de gerne de pårørende. Forestillingen om vågekones genkomst ved dødslejet fremstår som en moddiskurs til personalets forestilling om at skulle varetage døendes behov gennem hele tiden at være aktivt handlende ved dødslejet. Italesættelsen har baggrund i en arbejdsfilosofi om at være aktivt handlende – også ved dødslejet. Modsat personalets aktivt handlende arbejdsfilosofi er vågekones livsfilosofiske holdninger om at være til stede i livet ved dødslejet at være der for sit medmenneske. Vågekones genkomst ved dødslejet synes dermed at tage udgangspunkt i en omsorgsdiskurs, der former en moddiskurs til den økonomiske/politiske diskurs’ nedprioritering af ældre.

”De Bornholmske Vågekoner er et tilbud, og det skal altid gå igennem det offentlige, hvis de tilkaldes.” (artikel 22). Forestillingen er, at på trods af at det er et frivilligt tilbud, skal

vågekonerne rolle ved dødslejet legitimeres fra offentlig sted; en ressourcebesparende legitimering.

I artikel 22 udtrykker vågekongen, at når et menneske fødes, bliver det modtaget med fest og glæde, altid omgivet af sundhedspersonale. *"Når et menneske efter et langt arbejdsliv dør, er det som regel lige modsat. Vi får lov at ligge og dø alene, uden at der er andre mennesker i nærheden."* Vågekongens forestilling er, at når ældre ikke er til gavn for samfundet længere, bliver de nedprioriteret. Derfor vil vågekonerne med deres genkomst forsøge at imødegå en uværdig død for ældre plejehjemsboere. Vågekonerne synes derfor også at fremstå som "frelsende engle", blot på en anden måde, end personalet gør.

At de pensionerede sygeplejersker får lov at træde ind ved dødslejet som vågekoner, giver dem som ældre en ny måde at være til gavn for samfundet på. Dette tegner en forestilling om, at plejehjemsboeres død kan betyde, at andre der ellers ikke var til nytte for samfundet mere, kan blive vigtige, og at vågekonerne får en mening med pensionistlivet.

Når beboerpositionen italesætter, hvem der skal være til stede ved deres side på dødslejet, skrives at *"Ingen beboere ønsker, at der skal sidde fremmede hos dem i den sidste tid. Det skal være nogen der kan lide dem og omvendt – allerhelst pårørende."* (artikel 2).

Forestillingen er, at det skal være en person, den ældre døende kender, og er tryk ved. Samme forestilling italesættes ud fra den social – og humanistiske forskningsmæssige position; *"Der bør være følelsesmæssige bindinger mellem den døende og den, der våger,"* (artikel 33). En sådan forestilling ekskluderer tilsyneladende vågekonerne ved dødslejet og de personer i personalegruppen, ældre døende ikke kender.

Vågekonerne genkomst ved dødslejet italesættes ikke af personalet på plejehjem. Den eneste anden position, der italesætter brugen af vågekoner på plejehjem, er to af forfatterne bag Landsforeningen Liv og Døds rapport; *"Samtidig er det bemærkelsesværdigt, at der ikke gøres mere brug af frivillige.[...] Frivillige er en helt essentiel del af den palliative pleje, som tager hånd om hele mennesket, og det derfor burde benyttes i større omfang end nu."* (artikel 9). Forestillingen er, at skal den ældre døende have en god død, kræves det, at det sker med udgangspunkt i en palliativ pleje, hvor frivillige er essentiel. Forestillingen tager tilsyneladende udgangspunkt i hospicepositionens religiøse diskurs og ikke ældre døendes ønsker.

Hospice er luksusudgaven, plejehjemmet er døden på anden klasse

I 20 af empiriens artikler italesættes forestillingen om, at et dødsforløb med udgangspunkt i hospicefilosofien er vejen til en god død. ”Der er igennem årene udviklet en stor viden om tværfaglig palliativ indsats over for døende på hospice og palliative afdelinger. [...] Der har ikke været den samme udvikling på plejehjemmene.” (artikel 1). Forestillingen er, at den uværdige død på danske plejehjem skyldes, at der ikke ydes en pleje med udgangspunkt i hospicefilosofien. Den forestilling er dannet på samfundsniveau, og ligger indlejret i forestillingen om en god død. Hvad hospicefilosofien indbefatter, italesættes ikke entydigt i teksterne.

En gennemgang af artiklerne, der italesætter hospicefilosofien, viser, at artiklerne ikke alene italesætter den religiøse diskurs, hospicefilosofien bygger på, men også den medicinske/psykologiske diskurs. Jeg finder derfor, at når det italesættes, at plejen af døende på plejehjem skal ske med udgangspunkt i hospicefilosofien, er den oprindelige betydning forladt: Hospicefilosofien er blevet konverteret og instrumentaliseret ind i den medicinske/psykologiske diskurs, hvorved plejen af døende ikke alene sker med udgangspunkt i en religiøs diskurs, men i højere grad en medicinsk diskurs. Herved bliver udgangspunktet behandling snarere end lindring. Udgangspunktet bliver derfor ikke den enkelte døende, men snarere en standardisering af døden.

Italesættelsen af døende ud fra hospicepositionens som en vekslevirkning mellem både den medicinske/psykologiske og religiøse diskurs tager ifølge empirien afsæt i, at det døende menneske og de pårørende skal opfattes som en helhed/enhed, der skal have støtte af personalet til at varetage ”individuelle fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle behov.” (artikel 7). At ordet ”behov” italesættes viser, at forestillingen tilsyneladende er en behovsdiskurs. Behovsdiskursens forestilling indbefatter, at personalet skal være ”gode observatører” og være i stand til at medtænke den døendes særlige vaner i plejen for at kunne tilfredsstille den ældre døendes behov. ”Palliativ omsorg hverken fremskynder eller udsætter døden, men lindrer smerter og andre plagsomme symptomer. Palliativ omsorg støtter den døende i at leve så aktivt som muligt, indtil døden indtræffer.” (artikel 13). Forestilling er, at ældre døende skal støttes til at leve livet indtil døden. Forestillingen synes at være, at personalet skal støtte den døende med den rette pleje og behandling på det rette tidspunkt i den rette mængde, for at den ældres død bliver god. Dette er helt i tråd med den

medicinske/psykologiske diskurs, som derved synes at ligge som et grundlæggende styrende lag.

Når den lægefaglige position italesætter hospicefilosofien, fremgår det, at døende plejehjemsbeboere italesættes ud fra to positioner; den ortodokse lægelige position og en kættersk lægelig position. Ud fra den ortodokse position italesættes det, at den speciallægeviden, der findes på et hospice, ikke er tilgængelig på plejehjem: *"Lægens indsats er essentiel for beboerens sidste levetid og er vigtig, for at beboeren og de pårørende oplever en værdig død. Derfor bør det overvejes, at der på alle plejehjem er fast tilknyttet læge med specialviden og interesse for alderssygdomme og for lindrende behandling ved livets afslutning."* (artikel 3). Forestillingen er, at læger kan "behandle" døden, hvorved forestillingen om plejen af døende ud fra hospicefilosofien antager en medicinsk diskurs, når det italesættes af den ortodokse lægeposition. Bag denne italesættelse ligger en forestilling om, at lægens videnskabelige tilgang til ældre døende kan smitte af på personalet, som derved får et strejf af videnskabelig tilgang til plejen af døende, som er nødvendig for, at den ældre får en værdig død: *"En sådan organisation af lindrende behandling og pleje vil også have afsmittende effekt i forhold til opkvalificering af den palliative indsats på plejehjemmene."* (artikel 18). Tilsyneladende tyder udsagnet på, at speciallægens positionering på plejehjem er mere retorik end en reel mulighed: *"Gamles sygdomme og død har hidtil ikke været et område, der påkalder sig interesse hos læger og forskere i Danmark. Vi har en råbende mangel på viden og forskning i livet og døden på plejehjem."* (artikel 31). Forestillingen er, at få læger finder det interessant at forske i ældre mennesker. Ældre mennesker dør lige meget hvor god en behandling, de modtager, og da døden ud fra en medicinsk behandlende diskurs kan opfattes som et nederlag for lægevidenskaben, påkalder det geriatriske speciale færre lægers interesse.

Det fremgår af en udtalelse fra formanden for Dansk Selskab for Palliativ Medicin, at udviklingen af tilgangen til ældres død er nedprioriteret af den lægelige position. Hun mener, at alle døende *"har krav på en specialiseret omsorg til sidst, de gode erfaringer fra hospice skal bringes ud til sygehuse og plejehjem."* (artikel 34). Det fremgår ikke af artiklerne, hvad der ligger i begrebet "specialiseret omsorg". Forestillingen er, at der de senere år er sket en skævvridning, hvor der udelukkende er satset på kræftpatienter, der dør på hospice. Samme forestilling fremføres af Landsforeningen Liv & Død, der udtaler, *"Man kan med rette*

spørge, om vi er i gang med at udvikle døden på 1. og 2. klasse i Danmark. Vi ser i hvert fald en udvikling, der er helt ude af trit med det politiske ønske om lige muligheder for alle, når det gælder døden.” (artikel 28 & 29). Forestillingen er, at ældre døende ikke har politisk årvågenhed, og derfor får plejehjem ikke tilført de nødvendige ressourcer til at kunne pleje døende med udgangspunkt i hospicefilosofien. Formanden for Dansk Selskab for Palliativ Medicin og Landsforeningen Liv & Død italesætter derfor en moddiskurs til den herskende politiske/økonomiske diskurs.

I forestillingen om muligheden for at indføre hospicefilosofiens tankegang på plejehjem finder jeg en moddiskurs inden for lægernes egne rækker. Moddiskursen deler ikke forestillingen om muligheden for at overføre hospicefilosofien direkte til plejehjem. Den italesætter i stedet muligheden for at indføre palliative afdelinger på plejehjem; *”den indebærer, at ældre døende beboere ikke skal overflyttes til hospital eller hospice i deres sidste tid, eftersom der på plejehjemmet findes den nødvendige ekspertise til pleje af døende.*” (artikel 31). Forestillingen gør op med den herskende forestilling om, at en god død er en hjemlig død.

Plejehjemmet Holmegårdsparken har i debatten om hospicefilosofien på plejehjem positioneret sig som fortaler for en hospicetilgang. I artikel 24 italesættes det, at projektet *”om palliativ indsats på plejehjem har givet forbløffende positive resultater.*” Det fremgår ikke, om disse resultater skyldes indførelsen af hospicefilosofien, eller det skyldes den opkvalificering, personalet har været igennem. Opkvalificeringen har fundet sted på baggrund af tilførslen af 600.000 kroner fra private fonde. Før projektet begyndte, havde Holmegårdsparken ca. 75 dødsfald om året (artikel 21). Efter indførelsen af hospicefilosofien/opkvalificeringen, var tallet 53 (artikel 26). Hvad der ligger til grund for denne *”forbløffende”* ændring, fremgår ikke af empirien. Men et muligt svar kan, som det fremgår af artikel 24, være: *”Vi har oplevet beboere, som var terminale, lavede op igen. Måske var det den øgede opmærksomhed, der kom beboeren til gavn.*”. Forestillingen er, at med en holdningsændring og opkvalificering af personalet er det muligt at give alle ældre en god død - eller redde den ældre fra den umiddelbare død. Forestillingen er helt i tråd med den medicinske/psykologiske diskurs’ forestilling om at redde liv.

Når den social- og humanistiske forskningsposition italesætter indførelsen af hospicefilosofien på plejehjem, foregår det i en moddiskurs til de andre positioners

forestilling: *"Vi skal ikke alle dø en team-ekspert død med psykolog til at hjælpe os med at tage afsked."* (artikel 33). Forestillingen er, at døden i dag er indkredset i en medicinsk og psykologisk diskurs, der efterhånden har taget overhånd. Således har døende mennesker ikke mulighed for at vælge "ekspert-døden" fra. Forestilling synes at være båret af, at den medicinsk/psykologiske diskurs er så indlejret i forestillingen om, hvordan et menneske skal dø, at døden behandles og psykologiseres. Det bliver en instrumentaliseret udgave af hospicefilosofien. Ud fra pårørendes position italesættes døden på hospice som den rette måde at dø. *"Da jeg forhørte mig om muligheden for hospice hos min mors læge, fik jeg at vide, at det krævede en ondartet diagnose at komme på hospice, og det vil i realiteten sige uhelbredelig kræft."* (artikel 35). Ønsket om at få moderen på hospice synes at være båret af en forestilling om, at skal døende sikres en god død, skal det være under hospicefilosofien. Den forestilling deles med de fleste andre positioner. Udgangspunktet for pårørende er omsorgsdiskursen, som ønsker det bedste for deres døende familiemedlem, hvorfor de pårørende udtrykker bekymring og skepsis over, hvilken død deres familiemedlem tilbydes på plejehjem. *"Jamen sagde jeg, min mor er døende. Hvad med et palliativt team? Hvad med at få hjælp fra et hold af fagfolk, der har forstand på det?"*(artikel 35).

4.4 Italesættelsen af den døendes pårørende

De pårørende udgør den ene part af den treenighed (døende, pårørende og personale), der i fællesskab skal skabe de rammer, der sikrer den ældre en god død på plejehjem. Dette fordrer, at *"Der skal være tillid mellem beboere, pårørende og medarbejdere"* (artikel 2).

Forestillingen er med udgangspunkt i hospicefilosofien, at de pårørende skal ses som et aktiv, personalet kan bruge i deres bestræbelse på at sikre den ældre en god død. De pårørende fremstår som en gruppe, der har bestemmelsesretten over, hvordan den ældres dødsforløb skal foregå; *"... samarbejdet med de pårørende er en vigtig del af plejen, og at en god kommunikation med de pårørende er afgørende for et værdigt terminalt forløb."* (artikel 1).

Det fremgår ikke af artiklen, hvem det terminale forløb skal være "værdigt" for:

"Kommunikationen med de pårørende kan være vanskelig, når personalet oplever "uafklarede pårørende" og "pårørende med dårlig samvittighed." (artikel 1) Forestillingen er, at en god død for ældre fordrer, at de pårørende er aktive ved dødslejet, og er afklarede med, at deres familiemedlem er døende. Forestillingen synes at være båret af en forestilling om, at de pårørende skal indtage deres plads ved dødslejet på én bestemt måde. Så

afslutningen på den ældres liv ”føles mere værdig for pårørende og ansatte.” (artikel 14). Forestillingen handler om, at det er de pårørende og ansatte, der skal leve videre efter dødsfaldet, og derfor er det vigtigere, at de oplever den ældres død værdigt, end den døende selv.

I rollen som beboernes stedfortræder og beslutningstager

De pårørende har en viden om den ældres ønsker og forventninger til døden: ”*Det de nærmeste taler om, bliver sjældent skrevet ned. Det bæres for det meste som en viden mellem beboere og pårørende som noget, man tror, men ikke ved med sikkerhed.*” (artikel 2).

Forestillingen er, at den viden de pårørende besidder, skal de tage udgangspunkt i ved dødslejet. Det er en udtalt viden, der kan frustrere de pårørende, hvis de ikke lever op til rollen. Derved kan de være med til at komplicere dødsprocessen. Forestillingen tager udgangspunkt i den religiøse diskurs: ”*Der vil være etiske dilemmaer, der skal snakkes igennem – også for at sikre, at pårørende ikke bagefter har følelsen af at have truffet forkerte beslutninger.*” (artikel 21). De pårørende har med andre ord ansvaret for at træffe de endelige beslutninger. Forestillingen viser, at de pårørende ved bedst. Det er dem, der efter dødsfaldet skal leve videre. Derfor skal de have oplevelsen af et godt dødsforløb og føle, at de har foretaget de etisk rigtige valg, været til stede og støttet den døende. I den forestilling får personalet rygdækning; de pårørende tager beslutningerne, så personalet kan ikke klandres, hvis døden ikke er værdig.

Når forestillingen om de pårørende som beboernes stedfortrædere og beslutningstagere, italesættes af personalet, udtrykkes det, at ”*Personalet i undersøgelsen oplever at samarbejdet med pårørende er vanskeligere, såfremt der er komplicerede relationer i familien.*” (artikel 4). Her bliver personalet sat i et dilemma, hvor de ikke ved, hvilken pårørende de skal lytte til. Personalet bliver usikre, for med udgangspunkt i den religiøsediskurs skal personalet sikre, at de pårørende oplever, at døden bliver værdig, hvilket kræver, at de pårørende er enige. Usikkerheden gør, at de ikke kan leve op til deres selvpræsentation som ”frelsende engle”.

”*Det er de færreste pårørende der ved noget om selve processen at dø. I samråd med de pårørende skal vi tage stilling til, hvad vi skal gøre, når eller hvis beboeren får det dårligere, og hvad vi skal gøre, hvis der f.eks. opstår feber.*” (artikel 17). Forestillingen er, at de

pårørende kender den ældre døende, og at personalet har den viden, der er påkrævet i plejen af døende. Derfor er et samarbejde påkrævet. I en sådan forestilling kan personalet sikre, at den medicinske diskurs' tilgang til plejen af den døende bliver udgangspunktet.

Jeg kan konstatere, at ingen andre positioner italesætter de pårørende som beslutningstagere, antageligt fordi de ikke er til stede ved dødslejet.

I rollen som omsorgsudøver

De pårørende italesætter fra deres position, at *"De pårørende forventer selv at være hos beboeren, men helst ikke helt alene – dvs. at det er betydningsfuldt, at personalet kigger ind. Endvidere forventer de pårørende at blive tilkaldt, når beboeren er tæt på døden"* (artikel 2). Det er en forestilling om, at de pårørende gerne vil påtage sig rollen som omsorgsudøvere, men også at de ikke helt ved, hvad rollen indebærer. Derfor har de behov for støtte fra personalet. I artikel 3 og 9 italesættes det, at 41 % af de pårørende deltog i plejen af den døende. De pårørendes rolle ved dødslejet følger omsorgsdiskursen.

Det er hårdt at være vidne til et familiemedlems død. De pårørende kan have behov for at flytte *"ansvaret fra dem selv til et fagligt kompetent personale [...] når den allersidste tid er inde."* (artikel 10). Forestillingen er, at de pårørende tager ansvaret og udfylder omsorgsrollen overfor den døende, så længe de magter, men at de pårørende i plejepersonalet ser en livline, de kan trække på, når deres viden om den ældre døende ikke slår til.

Fra plejepersonalets position italesættes en forestilling om, at der mellem de pårørende og personalet er et fælles afhængighedsforhold: De pårørende besidder en viden om den døendes ønsker, og plejepersonalet har en viden og erfaring om døden, de pårørende er afhængige af for at sikre den ældre en god død. Denne gensidige afhængighed er ud fra et personaleperspektiv ikke altid lige nem at håndtere: *"Pårørende er ofte en væsentlig faktor i forhold til den døende. Det stiller store krav til medarbejderne at samarbejde med de pårørende eller en nærtstående i beboerens sidste tid."* (artikel 3). Forestillingen er, at de pårørende har stor betydning for, at den ældre får en god død, og plejepersonalet må derfor leve op til de "krav", samarbejdet med de pårørende fordrer.

Af empirien fremgår det, at de pårørende er aktive omsorgsudøvere, men at der er forskel på, hvor aktive de er. *"For at samarbejdet mellem de pårørende og personalet skal blive godt,*

må der være viden om en effektiv kommunikation, som kan give en fælles afklaring og forståelse af roller og forventninger.” (artikel 1). Forestillingen er, at personalet er usikre på, hvad de kan forvente af de pårørende. Personalet skal derfor lære at kommunikere ”effektivt” for at få rollefordelingen på plads. En diskurs, der skriver sig ind i den økonomiske/politiske diskurs om effektivitet, er måden at håndtere det u håndterlige. Udsagnet rummer også en forestilling om, at personalet har svært ved at tale med de pårørende om deres døende familiemedlem. Derfor må personalet klædes på for at kunne kommunikere effektivt og få deres budskab igennem.

I rollen som personalets patient

Personalet skal som en del af deres ansvar tage sig af de pårørende. *”Skal den sidste tid blive så god som muligt for den døende, er det vigtigt også at tage hensyn til og søge at varetage de pårørendes behov.*” (artikel 7). Forestillingen er, at de pårørende er personalets ”patient”, der ligesom den døende har behov, de skal tage hensyn til, for at de pårørende ligesom den døende kan *”mestre situationen”* (artikel 7). Dette er i tråd med den religiøse diskurs’ forestilling om, at patienten og de pårørende skal ses som en helhed.

At personalet er bevidste om at varetage de pårørendes behov, ses af artikel 10: *”Pårørende oplever, at personalet viser omhu over for dem i den sidste tid, når de overvåger den svage ældre under dødsprocessen.”*. De pårørende synes at have en oplevelse af, at personalet gør deres bedste for at støtte dem; personalet sørger godt for ”alle” sine beboere.

Pårørende kan, hvis de oplever dødsprocessen traumatisk, have øget risiko *”for en kompliceret sorgproces og fremtidig mistillid til behandlerne.”* (artikel 18). Forestillingen er, at oplever de pårørende dødsprocessen traumatisk, vil de fremover have mistillid til ”behandlerne”. Forestillingen tager afsæt i den medicinsk/psykologiske diskurs. Det fremgår ikke af artiklen, hvad der lægges i begrebet behandler. De pårørende er ikke kun personalets patient under dødsforløbet, de fortsætter med at være personalets patient i tiden efter dødsfaldet i tråd med den religiøse diskurs. *”Palliativ omsorg omfatter støtte til familien undervejs og efter dødsfaldet”* (artikel 13). Forestillingen er, at personalet skal følge de pårørende helt til døren – eller graven; *”Ved begravelsen hilser vi på de pårørende for sidste gang, og de får mulighed for at komme med kommentar til os.”* (artikel 11). Det synes at være

en forestilling om, at de pårørende har behov for støtte til det sidste, men også at personalet har brug for anerkendelse for den indsats, de har ydet den døende og de pårørende.

Når forestillingen om de pårørendes rolle som personalet patient italesættes ud fra personalets position, italesættes det, ”*at der sommetider mangler en gensidig respekt og forståelse mellem personale og pårørende.*” (artikel 10). Forestillingen synes at være, at samarbejdet omkring døende kræver en ”gensidig respekt og forståelse”, hvilket åbenbart ikke altid er tilfældet. Forestillingen synes at være båret af, at de pårørende som personalets ”patient” enten kan være ”vanskelige”, eller at personalet ikke har den nødvendige indsigt i, hvad det vil sige at være pårørende til en døende. Personalets selvpræsentation som ”frelsende engle” fordrer, at de pårørende bekræfter dem i, at de er frelsende engle, for at personalet kan beholde deres forestilling. Lever de pårørende ikke op til rollen som pårørende ved dødslejet, kan personalet tilsyneladende have svært ved at respektere og forstå de pårørende.

4.5 Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle

Plejepersonalet udgør den sidste part i treenigheden, der gennem samarbejde skal sikre den ældre en god død.

Personalets uddannelse – vejen til at sikre en god død eller at besidde de rette kompetencer

”*På plejehjem består langt størstedelen af personalet af plejepersonale med kort eller ingen uddannelse.*” (artikel 1). Forestillingen, der ligger bag dette udsagn, er en forestilling om, at den uværdige død på plejehjem til dels skyldes personalets uddannelsesniveau. Alle positioner, der italesætter personalets kompetencer, italesætter behovet for uddannelse. Det vil sige en forestilling om, at uddannelse og undervisning giver viden til at forandre praksis; måden at håndtere problemerne. Der er således en forestilling om, at jo mere viden, man tilføjer plejen, des bedre en død kan den ældre få. Det synes at være indlejret i forestillingen, at personalet er et ”arbejdsredskab”, hvis vigtigste arbejdsmiddel er kundskaber og krop/muskler. Et arbejdsredskab, der må opgraderes, så ældre døende kan få en smuk død. Italesættelsen tager afsæt i den økonomisk/politiske diskurs’ rationalitet.

Når personalets uddannelse og kompetencer italesættes ud fra en social- og humanistisk forskningsposition, sker det med udgangspunkt i en kritisk samfundsmæssig diskurs i en moddiskurs til den politiske/økonomiske diskurs. ”*Der er ingen tvivl om, at skal*

professionelle ansatte på plejehjem leve op til egne og brugernes forventninger, så kræver det tiltag, som kan medvirke til at udvikle personalets faglige kompetencer, således de kan handle og begrunde handlinger.” (artikel 5). Forestillingen er, at personalets skal kunne handle og argumentere kompetent. Forestillingen bygger på, at personalet vil stå bedre rustet både over for døende, men også over for pårørende, hvis de havde større viden. *”Vi kan ikke uddanne dem nødtørftigt og så klandre dem for ikke at kunne håndtere døden ordentligt.”* (artikel 33). Forestillingen synes at være, at den uværdige død på plejehjem ikke skyldes personalets manglende indsats, men manglende mulighed for ordentlig uddannelse. Det er en moddiskurs til den politiske/økonomiske diskurs’ manglende prioritering af døden på plejehjem. Det italesættes derfor, at det er essentielt, at der *”sættes penge af til efteruddannelse af personalet.”* (artikel 33). Forestillingen er, at vejen til at håndtere den u håndterlige død er gennem uddannelse. Den fremstår som en parallel diskurs til personalets.

Når uddannelse/ kompetencer italesættes ud fra personalets position, er det med udgangspunkt i den usikkerhed og de frustrationer, personalet føler, når deres viden og evner ikke slår til ved dødslejet. *”Personalet oplever, at de gør brug af hinandens erfaring og indsigt, og derved mindskes deres usikkerhed og magtesløshed.”* (artikel 1) *”Vi lytter mere til hinandens observationer og lærer af hinanden. Vi henter hjælp hos hinanden og beder kollegaer om at komme med sin mening.”*(artikel 17). Forestillingen synes at være båret af, at personalet kan føle sig magtesløse ved dødslejet, fordi deres faglige kvalifikationer ikke slår til. I et forsøg på at magte situationen søger de derfor hjælp hos deres kollegaer.

Personalet kan i mangel af faglig viden tage udgangspunkt i personlige kompetencer såsom *”personlig erfaring med tab og kriser og en modenhed til at forstå og tillade egne reaktioner og følelser”* (artikel 1). Forestillingen viser, at personlige kompetencer til en vis grad kan opveje manglende faglige kompetencer. Derfor italesættes det, at *”mødet med døden kan være svært for de unge kollegaer.”* (artikel 1). Forestillingen er, at yngre personaler ikke har oparbejdet en modenhed og erfaring i livet, de i plejen af døende kan tage udgangspunkt i. Derfor bliver ”mødet” med døden svær. Forestillingen tager afsæt i den medicinsk/psykologiske diskurs’ forestilling om døden som krisepræget.

Plejepersonalet synes; *”at de er gode til at give kærlig omsorg og pleje, når beboer er tæt på døden, men de samtidig mangler klinisk viden om dødsprocessen.”* (artikel 2). Forestillingen er, at personalet gør, hvad de formår for at give døende en god død, men at de samtidig

erkender, at det ikke er nok. Forestillingen synes at være båret af, at personalet i deres pleje af døende, tager udgangspunkt i en religiøs diskurs. Men i kraft af at de arbejder inden for et område, hvor den medicinske diskurs er herskende, lever de ikke op til de kriterier, der kræves af dem. De mangler de faglige kompetencer den medicinske diskurs kræver.

Når de faglige kompetencer italesættes ud fra en sygeplejerskeposition, sker det med udgangspunkt i en fagpolitisk diskurs: *"Værdighed. Oprust fagligheden og ansæt flere sygeplejersker på landets plejehjem."* (artikel 14). Forestillingen er, at sygeplejerskers tilstedeværelse på plejehjem vil gøre døden mere værdig.

De sundhedsprofessionelles arbejde på plejehjem- et komplekst lavstatus-arbejde

I flere af artiklerne italesættes en forestilling om, at arbejdet på plejehjem er et hårdt, komplekst og ikke anerkendt arbejde. *"43 % af de ansatte i ældreplejen overvejer at skifte til et helt andet jobområde pga. dårlig løn, fysisk hårdt arbejde og psykisk hårdt arbejde."* (artikel 3). Forestillingen er, at det arbejde, personalet udfører, er så fysisk og psykisk hårdt, at det ikke matcher den anerkendelse, de får for jobbet i form af løn.

Plejepersonalets position italesætter, at *"vi laver en masse vigtigt og nyttigt arbejde, som slider på vore kroppe i et urimeligt omfang."* (artikel 27). Forestillingen er, at arbejdet, personalet udfører, er vigtigt og nyttigt, men at det er så fysisk belastende, at de har behov for aflastning. *"Vi har personalemangel, flere er sygemeldte på grund af stress, og vi har ubesatte stillinger", "Vi har ikke nok hænder, vi er overanstrengte, og vi har i den grad brug for støtte og anerkendelse, men alle skider på os!"*(artikel 27). Forestillingen er, at plejepersonalet trods underbemanding gør, hvad de magter, for at ældre og pårørende skal opleve en god død, men at indsatsen ikke anerkendes og støttes. Italesættelsen fra personalets position er en økonomisk/politisk diskurs, og det sker med udgangspunkt i en forestilling om, at arbejdspresset gør, at de ikke har tid til at være ved dødslejet, som deres selvpræsentation som "frelsende engle" fordrer: *"Det belaster vores kroppe, og det sluger vores tid; tid vi kunne bruge til de døende, som ligger ensomme og forladt time efter time, dag efter dag."* (artikel 27).

Når Landsforeningen Liv & Død italesætter forestillingen om arbejdet på plejehjem som et komplekst lavstatus-arbejde, italesættes forestillingen ud fra samme diskurs som personalets; *"I dag betragtes arbejdet på plejehjem som et lavstatusarbejde. Det skal vi have*

ændret”(artikel 29). Forestillingen synes at være, at når det er svært at rekruttere personale til plejehjem, skyldes det statussen, og da personalemangel kan gå ud over kvaliteten af den pleje, døende modtager, må det ændres. Forestillingen tager afsæt i omsorgsdiskursen.

I artikel 31 italesættes arbejdsvilkårene på plejehjem ud fra lægepositionen. *”Samtidig lider hele plejehjemsområdet af lav status med personalemangel, dårlig løn og ringe efteruddannelsesmuligheder.”*. En parallel diskurs til plejepersonalets position.

De sårbare sundhedsprofessionelle

Plejen af døende stiller på alle måder store fysiske og psykiske krav til personalet, og gør det til en stor belastning at pleje døende. Derfor må personalet: *”Oftest beskytte sig mod disse belastninger ved fortrængning og tilbagetrækning. Angst for nærhed, svaghed og andre følelsesmæssige reaktioner opstår, som gør mødet med døden svært.”*(artikel 1). Forestillingen er, at personalet i arbejdet med døden får behov for at beskytte sig selv. Forestillingen tager afsæt i den medicinske/psykologiske diskurs’ måde at psykologisere mennesket. Udsagnet synes at være båret af en forestilling om, at personalet er sårbart. Men i kraft af at det italesættes, at det også anses som et problem, hvis personalet ved dødslejet viser tegn på angst for at være til stede eller fremstå svag; personalet skal fremstå professionelt, for at forestillingen om den smukke død kan virkeliggøres. *”Personalets egen usikkerhed og angst overfor død og lidelse kan påvirke samarbejdet med pårørende til terminale beboere, ved at personalet ikke er nærværende og deltagende overfor de pårørende”* (artikel 4).

Tilsyneladende er forestillingen, at plejepersonalets ”usikkerhed og angst” kan påvirke samarbejdet med de pårørende i en grad, så de ikke lever op til forestillingen, hvor de pårørende fungerer som personalets patient. Det fremgår ikke af empirien, hvordan personalets angst påvirker plejen af den døende. Det kan derfor synes, at italesættelsen af personalet som sårbar tager afsæt i, hvordan personalet fremstår overfor omgivelserne i højere grad, end hvordan deres sårbarhed påvirker plejen af den døende.

Tilsyneladende anerkender eller ser ingen andre positioner, at personalet på plejehjem kan være sårbare, idet det ikke italesættes af andre positioner.

”Mange medarbejder opnår et meget tæt, til tider dybt venskab med beboerne, og kan derfor føle sorg, når beboeren dør.” (artikel 24). Forestillingen er, at personalet gennem deres involvering i beboerne kan opnå et venskab, der udløser sorg, når beboeren dør. En sorg, der

ikke må udtrykkes for tydeligt, da det ellers kan *"blive uprofessionelt"* (artikel 11).

Forestillingen synes at hvile på, at personalet i deres pleje pga. mangel på uddannelse tager afsæt i en omsorgserfaring fra deres eget liv. I den erfaring involverer man sig "dybt" som person. Personalet overfører deres erfaring til deres professionelle virke, men i kraft af deres mangel på faglig viden er de ikke i stand til at distancere sig. Plejepersonalet bliver derfor sat i et dilemma, når en beboer dør, da de oprigtigt føler sorg, men forventes at takle sorgen "professionelt".

4.6 Diskussion af metode

Diskursanalyse som metode er ligesom andre metoder inden for den kvalitative forskning ikke befriet for den subjektive byrde, der befinder sig i den sproglige tilgang, jeg benytter mig af i diskursen om ældres død på plejehjem. Måden, hvorpå jeg analyserer diskursen, er en konstruktion, som derfor selv kan være genstand for diskursanalyse. Konsekvensen heraf er, at mine fund ikke kan gøre krav på at være objektiv og universel viden eller sandheden (Nexø & Koch, 2007, s.135). Derfor har jeg for at gøre undersøgelsen transparent og mine resultater valide valgt at vedlægge tekstudsagnene som bilag.

Hensigten med diskursanalysen har ikke været at vurdere artiklernes sandhedsværdi, holdninger eller argumentation, men at undersøge artiklernes tanke- og argumentationsmønstre for derigennem at kunne sætte spørgsmål ved diskursens selvforståelse. Som en følge heraf har jeg ikke lavet kildekritik på de artikler, der indgår i empirien.

At vælge diskursanalyse som metodemæssig tilgang til min empiri er ikke en neutral tilgang. Diskursanalysen har været *"stærkt omdiskuteret og har fremprovokeret en betydelig debat"* (Howarth, 2005, s. 25). Kritikere har bl.a. fremført, at diskursanalyse ofte signalerer en kritisk distance til den etablerede videnskab (Bredsdorff, 2002, s. 25). Den positivistiske videnskabsteori kritiserer diskursanalyse for at "glemme" den objektive fysiske verden og kun se på den sproglige. Resultatet bliver ifølge kritikerne, at diskursanalyserne ender i ren relativisme, hvor det subjektive og ideologiske tager fuldstændig over (Howarth 2005, s. 25). Når alt bliver relativt, mener kritikerne, at man ikke kan trække konklusioner, som gælder for det almene. Empirisk er diskursanalysen blevet kritiseret for at være empiriafhængig i konklusionerne. Dette kan være negativt idet, "valget" af empiri fra forskerens side dermed

bliver afgørende for resultaterne af analysen (Bredsdorff, 2002). Jeg har i mit speciale forsøgt at imødegå dette ved at gøre min empiriske søgeproces og profil transparent, samtidig med jeg har forsøgt at inkludere alt. Jeg kan følge kritikernes beskyldninger om relativisme. Men jeg mener, metoden giver redskaber til at håndtere dette i kraft af de store krav til analysearbejdet forud for opstilling af diskursformationerne. Jeg har i mit speciale ekspliciteret, at mine fund i analysen ikke kan gøre krav på at være almengyldige og ej heller et billede af, hvad der foregår i praksis. Derfor har jeg alene forholdt mig til italesættelsen af døden og pleje af døende i dette årtusinde ud fra min empiri. Endvidere kan det diskuteres om jeg i opgaven konstruerer det perspektiv og søger den relevans, der er meningsfuld for mig. For at imødegå en sådan kritik har jeg forholdt mig kritisk og gjort min analysestrategi eksplicit.

Jeg har fravalgt at føre en diskussion med andre forfatteres læsninger. Dette har jeg gjort ud fra den betragtning, at jeg ved en sådan diskussion, vil indskrive mig i den positivistiske videnskabsteori, som ligger indlejret i den medicinske diskurs' måde at opstille afhandlinger på. Desuden vil det fravige diskursanalysens principper om kun at analysere teksterne i sit eget spillende nærvær. Omvendt vil man kunne påpege, at man med en diskursanalyse inspireret af Foucault ikke får en færdig opskrift på, hvordan man skal gribe analysen an.

5. Konklusion og perspektivering

I samfundet er der en opfattelse af, at døden i alderdommen er ideel og barmhjertig. Ældre døende deler ikke nødvendigvis denne forestilling. I det danske sekulære velfærdssamfund kan ældre opleve paradiset i otiummet, fritaget for forpligtelser, hvorfor døden bliver lige så uvelkommen som hos yngre døende.

På baggrund af analysen kan jeg konkludere, at ældre plejehjemsbeboers død italesættes som uværdig fra alle positioner. Jeg kan konstatere, at der ikke er plads i diskursen fra politikere og kommunale forvaltninger, og at døden på plejehjem derfor tilsyneladende ikke har politisk årvågenhed og interesse. Fra alle positioner italesættes en moddiskurs til den herskende økonomiske/politiske diskurs. Forestillingen er, at gode økonomiske og personalemæssige rammer og ressourcer i form af tid og uddannelse er et succeskriterium for, om den ældres død bliver smuk.

Når læger italesætter døden på plejehjem, sker det med udgangspunkt i en medicinsk diskurs, hvor døende behandles. Plejepersonalet italesætter døden og plejen af døende med

udgangspunkt i hospicefilosofien. Det er en diskurs, jeg finder er gået væk fra den oprindelige religiøse diskurs. Nu er den blevet instrumentaliseret ind i den medicinske diskurs, hvor udgangspunktet ikke er religiøst men mere baseret på medmenneskelighed. Her har plejepersonalet en selvpræsentation som ”frelsende engle”, der skal sikre ældre døende en god død. Landsforeningen Liv & Død, vågekonerne og de pårørende italesætter døden og pleje af døende plejehjemsbeboere ud fra en omsorgsdiskurs, hvor de ønsker det bedste for ældre døende. Forskellen er, at Landsforeningen Liv og Død italesætter døden ud fra generelle betragtninger, mens de pårørende og vågekonerne italesætter døden ud fra egne erfaringer. Fælles for alle diskurserne er, at der sker en objektivisering af døende.

Forestillingen om en god død indbefatter, at plejepersonalet yder en pleje med udgangspunkt i hospicefilosofien, hvor beboer og pårørende ses som en enhed. Forestillingen indbefatter en hjemlig død, hvor den døende er omgivet af pårørende. Analysen viser imidlertid, at den hjemlige død er en illusion. Plejehjem er i lige så høj grad en arbejdsplads som et hjem, hvorfor plejen af døende kommer til at foregå i et spændingsfelt mellem den økonomiske/politiske diskurs og dennes rationalitet, personalets medicinsk diskurs, de pårørendes omsorgsdiskurs og den medicinsk/psykologiske diskurs.

Døendes smerter fylder meget i empirien og italesættes på mindst to forskellige måder. Den ene forestilling åbner mulighed for, at den smertefrie død er en ideel mulighed, den anden at det reelt er umuligt. Døendes fysiske smerter er konkrete og ikke behagelige for betragteren, hvorfor de må fjernes i lige så høj grad af hensyn til betragteren som af hensyn til den døende. Dette kan ske via indlæggelse eller medicinering. Indlejret i forestillingen om den smertefrie død ligger diskursen om eutanasi, ikke mindst fra den medicinske position.

En god død for den ældre fordrer på baggrund af hospicefilosofien, at der i plejen bliver taget udgangspunkt i den enkelte døende. Derfor må døende bekende eller afsløre sine ønsker, tanker og frygt om døden, for at personalet kan udarbejde en terminal plejeplan. Derved bliver udgangspunktet ikke den enkelte, men en standardtænkning. Analysen viser, at døende ikke nødvendigvis selv har behov for at bekende sig til personalet.

Døden på plejehjem er et hverdagsfænomen – plejehjemmets eksistensberettigelse. På trods af dette har livet, der leves der, fortrin. Plejehjemsbeboere ønsker ikke nødvendigvis at blive konfronteret med døden.

De pårørende udgør sammen med den døende og plejepersonalet den treenighed, der skal sikre ældre døende en god død. De pårørende indtager rollen som beslutningstagere, omsorgsudøvere og i kraft af deres sårbarhed; rollen som personalets patient. Da de pårørende ikke altid kan være til stede ved dødslejet, ses genkomsten af vågekoner. Personalet fremstår som de, der har ansvaret for, at ældres død bliver værdig. Det kræver faglige og personlige kompetencer, som personalet ikke altid besidder, hvilket frustrerer og gør personalet usikre. I mangel af faglige kompetencer kan personalet i plejen af døende tage udgangspunkt i en omsorgsdiskurs, de har erfaret som privatpersoner, og overføre den til plejen på plejehjem. I kraft af at personalet handler som professionelle og arbejder inden for et område, hvor den medicinske diskurs er herskende, lever de ikke op til de kriterier, der kræves for at fremstå professionelt.

Personalets arbejde italesættes af alle positioner som et lavstatusarbejde med dårlig løn og hårdt fysisk og psykisk arbejde. Forestillingen er med baggrund i en psykologisk diskurs, at arbejdet med pleje af døende kan gøre dem sårbare. Sårbarheden kan udmønte sig i, at de kan trække sig fra dødslejet med mulighed for en uværdig død til følge for den ældre plejehjemsbeboer.

Der indgår som forbehold i styrken af analysen, at jeg gennem måden, jeg har analyseret diskursen på, selv har skabt en konstruktion med den konsekvens, at mine fund ikke kan gøre krav på at være objektive og universel viden eller sandhed. Dette er forsøgt imødegået ved at lave analysen transparent og dermed valid. Diskursanalyse er blevet kritiseret for at være empiriafhængig i dens konklusioner, hvilket jeg i specialet har forsøgt at imødegå ved også at gøre min søgeproces og profil transparent. Samtidig har jeg forsøgt at inkludere alt, hvad der skrives om døden på plejehjem i dette årtusinde. Dermed har jeg ikke sagt, at mine fund er almengyldige eller udtryk for, hvad der foregår i praksis.

Undersøgelsen demonstrerer, hvordan døden på plejehjem af alle parter italesættes som uværdig. Jeg finder, det er et problem, at man reelt ved meget lidt om, hvordan plejen af døende plejehjemsbeboere sker i praksis.

Beedholm finder i sin ph.d.-afhandling om lærebøger for sygeplejersker, at lægen fra 1986-udgaven, er så godt som ekskluderet fra bøgerne (Beedholm, 2003, s. 157). Dette står i modsætning til de fund, Glasdam (2003) gør i sin ph.d.-afhandling om kræftpatienters

pårørende i den onkologiske klinik. Her finder Glasdam, at lægen er til stede hele tiden. På den baggrund vil det være interessant at undersøge ældre plejehjemsbeboeres dødsforløb i praktikken. Ved at skifte positioner gennem studiet vil jeg kunne undersøge, hvad der sker, og hvordan de forskellige positioner opfatter døden og pleje af døende på plejehjem.

6. Litteraturliste

- Andersen, C (2001) Unødvendige indlæggelser af terminale patienter, In Ugeskrift for Læger 163(8) s. 1150-1151
- Andersen, Niels Åkerstrøm (1999) Diskursive analysestrategier. København: Nyt fra Samfundsvidenskaberne
- Ariès, Philippe (1986) Dødens historie i Vesten. Århus: Sjakalen
- Bach, C (2007a) De bedste læger til de gamle, In Kristeligt Dagblad 15/1 2007
- Bach, C (2007b) En uværdig død på plejehjem In Kristeligt Dagblad 21/6 2007
- Bach, C (2006) Døden på anden klasse, In Kristeligt Dagblad 13/10 2006
- Balling, M (2006) Døds kvalitet – en menneskeret, In Berlingske Tidende 15/11 2006
- Beedholm, Kirsten (2003) Forandring og træghed i den sygeplejefaglige diskurs. Viborg: Forlaget PUC, CVU Midt-Vest
- Bjørnsson, K (2008) En fredelig død skal sikres i journalen, In Sygeplejersken 2008 (15)
- Bjørnsson, K (2007) Hvorfor gå til begravelsen? In Sygeplejersken 2007 (15)
- Bondevik, M (2007) Pleje og omsorg ved livets afslutning. In: Bondevik, M. & Nygaard, H.A. (Red) Tværfaglig geriatri – en indføring. 2. Udgave. København: Gads Forlag
- Brandt, Hella E.; Deliens, Luc; Van der Steen, Jenny T.; Oms, Marcel E. Ribbe, Miel W.; Van der Wal, Gerrit (2005) The last days of nursing home patients with and without dementia assessed with Palliative care Outcome Scale. In: Palliative Medicine. Vol. 19(4), jun 2005, pp. 334-342
- Brazil, K.; McAiney, C.; Caron-O'Brian, M.; Kelley, M.L.; O'Krafka, P.; Sturdy-Smith, C. (2004) Quality end-of-life care in longterm care facilities: Service providers perspective. Journal of Palliative Care. 2004; 20(2): 85-92
- Bredsdorff, Nils (2002) Diskurs og konstruktion. En samfundsvidenskabelig kritik af diskursanalyser og socialkonstruktivismen. København: Forlaget Sociologi
- Broksø, K (2008) Dødspolitik på plejehjem skaber tilfredshed hos personalet, In Nyhedsinformation for social- og sundhedssektoren 29/2 2008
- Buchanan, J.L.; Murkofsky, R.L.; O'Malley, A.J.; Karon, S.L.; Zimmerman, D.; Cuadry, D.J.; Marcantonio, E.R. (2006) Nursing home capabilities and decision to hospitalize: A survey of

medical directors and directors of nursing. In: Journal of the American Geriatrics Society. 2006;54: 458-465

Carlson, Alison L. (2007) Death in Nursing Home; Resident, Family, and Staff Perspectives. In: Journal of Gerontological Nursing, 2007, 33 (4), 32-41

Erichsen, CE; Henriksen, H et al (Ingen årstal) Kan man overføre viden fra hospice til plejehjem? Er det en realistisk mulighed? Internetsdokument:
http://www.holmegaardsparken.dk/fileadmin/downloads/Kan_man_overfoere_viden_fra_hospice_til_plejehjem.pdf

Foucault, Michel (2001) Talens forfatning. København: Hans Reitzels Forlag

Foucault, Michel (1970) Diskurs og diskontinuitet. In: Madsen, Peter (Red) Strukturalisme – en antologi. København: Rhodos

Finucane, T. E.; Christmas, C.; Leff, B.A. (2007) Tube Feeding in dementia: how incentives undermine health care quality and patient safety. In: J Am Med Dir Assoc 2007 May; 8 (4) 205-208

Franklin, L.L.; Ternestedt, B.M.; Nordenfelt, L. (2006) Views on dignity of elderly nursing home residents'. In: Nurs Ethics 2006, 13(2): 130-146

Frederiksen, Kirsten (2005a) Uddannelse til ordentlighed – At lære sygepleje gennem 200 år. Viborg: Forlaget PUC, CVU Midt-Vest

Frederiksen, Kirsten (2005b) Personlig udvikling som redskab til faglig udvikling. In: Frederiksen, K.; Madsen, J.M.; Perregaard, K. et al (Red) Perspektiver på faglighed. Århus: Udviklingsinitiativet for sygeplejeuddannelsen i Århus Amt

Gjerberg, Elisabeth; Bjørndal, Arild & Forsetlund, Louise (2009) Har oplæringstiltak I sykehjem betydning for pleie og omsorg I livets slutfase. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Gjerberg, Elisabeth (2007) Hva er en god død I sykehjem?. In: Sykepleien Forskning 03:07

Glasdam, Stinne (2003) Inklusion og eksklusion af kræftpatienters pårørende i en onkologisk klinik. Viborg: Forlaget PUC, Viborg-Seminarier

Gudnadóttir, R (2008) Et godt liv for svage ældre i den sidste tid på plejehjem. Århus: Afdeling for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, nr. 164/2008

Hansen, K.D. (2007) Ny organisation vil sikre værdige forhold for døende. In: Kristeligt Dagblad 14/3 2007

- Hanson, L.C.; Henderson, M.; Menen, M. (2002) as individual as death itself: A focus group study of terminal care in nursing homes. In: *Journal of Palliative Medicine*. 2002. Feb.; 5(1): 117-125
- Holm, G (2000) Døende må vente på smertestillende medicin, In *Sygeplejersken* 2000 (36)
- Holst, B (2007) Debat: Pleje af døende gamle halter, In *Weekendavisen* 2/3 2007
- Howarth, David (2005) *Diskurs – En introduktion*. København: Hans Reitzels Forlag
- Howarth, Glenn (2007) *Death & Dying – a Sociological Introduction*. Cambridge: Polity Press
- Hvidovre Kommune (2004) Plejehjem; Kvalitetsstandarder og kvalitetsmål. Ydelsestype: Pleje af døende. Internet dokument:
<http://www.krogstenshave.hvidovre.dk/Default.aspx?ID=80#119>
- Ingerslev, J (2003) Hvem bestemmer, når livet ebber ud? In *Helse* 10. september 2003
 Internetdokument: <http://helse.dk/2003/09/10/hvem-bestemmer-n%C3%A5r-livet-ebber-ud/>
- Jacobsen, Michael Hviid (2008a) Indledning. In: Jacobsen, Michael Hviid & Haakonsen, Mette (Red) *Memento Mori – døden i Danmark i tværfagligt lys*. Odense: Syddansk Universitetsforlag
- Jacobsen, Michael Hviid (2008b) Eleanor Rigby-syndromet – om alderdom, ensomhed og social død i den senmoderne verden. In: Jacobsen, Michael Hviid & Haakonsen, Mette (Red) *Memento Mori – døden i Danmark i tværfagligt lys*. Odense: Syddansk Universitetsforlag
- Jacobsen, Michael Hviid (2007) ”Gå blidt ind i den gode nat...” – om et liv før døden i nutidens samfund. In: Swane, Christine E; Blaakilde, Anne Leonora; Amstrup, Kirsten (Red) *Gerontologi – Livet som gammel*. 2. Udgave. København: Munksgaard Danmark
- Jacobsen, Michael Hviid (2001) *Dødens Mosaik – en sociologi om det unævnelige*. København: Gyldendal Uddannelse
- Jordhøy, Marit S.; Saltved, Ingvild; Fayers, Peter; Loge, Jon Harvard; Ahlner- Elmquist, Marianne; Kassa Stein (2003) Which cancer patients die in nursing homes? Puality of life, medical and sociodemographic characteristics. In *Palliative Medicine*, Vol. 17 (5): 433-444
- Jørgensen, AK (2005) Vågekoner for døende, In *Helse* 2005(12)
- Jørgensen, Harald (1969) *Fra lemmestiftelse til moderne plejehjem*. København: Københavns kommunes socialdirektorat
- Jørgensen, Marianne & Phillips, Louise (1999) *Diskursanalyse – som teori og metode*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag
- Kellehear, Allan (2007) *A social history of dying*. Cambridge: University Press

- Kholy, Kiddy El (2002) Sygepleje til den svage beboer på plejehjem. In: Hansen, Mona & Weinreich, Elvi: Sygepleje - i primær sundhedssektor. København: Munksgaard Danmark
- Kirk, Henning (In press) Synet på aldring og ældre – historisk set. In: Glassdam, Stinne & Esbensen, Bente Appel (Red) Gerontologi – Livet som ældre i det moderne samfund. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S
- Kjeldstadli, Knut (2005) Fortiden er ikke hvad den har været – en indføring i historiefaget. 1. Udgave 3. Oplag. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag
- Kjær, C (2008) Nu vil Ella gerne dø, In Politiken 21/8 2008
- Knudby, U (2007) Tegn på, at døden nærmer sig, In Sygeplejersken 2007 (19)
- Kommunernes Landsforening (2007) Profil af fremtidens ældre. København: Kommunernes Landsforening
- Landsforeningen Liv & Død (2006) Døds kvalitet – et spørgsmål om ressourcer og holdninger. Internetdokument: <http://www.livogdoed.dk/cgi-files/mdmgfx/file-572-101732-25464.pdf>
- Ledende artikel (bl) (2006) Omsorg for døende på plejehjem må opprioriteres, In Kristeligt Dagblad 13/10 2006
- Markle-Reis, Maureen & Brown, Gina (2003) Conceptualizations of frailty in relation to older adult. Journal of advanced Nursing, Vol. 44, no. 1 P. 58-68
- Meraviglia, M.G.; McGuire, C.; Chesley, D.A. (2003) Nurses' needs for education on cancer and end-of-life care. In Journal of Continuing Education in Nursing. 2003; 34: 122-127
- Mortensen, H F (2003) Dødshjælp eller hjælp til at leve, In Sygeplejersken 2003 (48)
- Nexø, Sniff Andersen & Koch, Lene (2007) Diskursanalyse. In: Vallgård, Signild & Koch, Lene (Red) Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. København: Munksgaard Danmark
- Tind Nielsen, Karen (2008) Døden på dagsorden – En diskursanalyse af døden i Sygeplejersken i perioden 1974-1976. Århus: Institut for Folkesundhed, Afdeling for Sygeplejevidenskab. Upubliceret materiale
- Nielsen, Karin Lykke & Olesen, Lea Brams (2008) Afsked på 2. Klasse – om døden på danske plejehjem. In: Jacobsen, Michael Hviid & Haakonsen, Mette (Red) Memento Mori – døden i Danmark i tværfagligt lys. Odense: Syddansk Universitetsforlag
- Nygaard, U (2006) Med plads til døden, In foa.dk. oktober 2006
http://www.holmegaardsparken.dk/fileadmin/downloads/Infoa_-_Med_plads_til_doeden_-_oktober_2006.pdf

- Oliver, Debra Parker; Porock, Davina; Zweig, Steven (2004) End-of-Life Care in U.S. Nursing Homes: A review of the Evidence. In Journal of the American Medical Directors Association 2004; 5: 147-155
- Pallesen, A. E. (2003) Livsafslutningen. In Tove Svejgaard (Red) Sidste kapitel - Psykologi og pædagogik i ældreplejen. København: Frydenlund
- Palsbo, S (2007) Intet menneskeligt må være dig fremmed, In Sygeplejersken 2007 (16)
- Raunkiær, M & Timm, H (2008) Livet og døden på plejehjem, In gerontologi. Aldring og ældre – forskning og udvikling. 2008 Nr.3 Årgang 24: 4-7
- Raunkiær, Mette (2008) Forestillinger og erfaringer om hverdagen tæt på døden – en rapport om projektets del I. København: Videncenter for Sammenhængende Forløb, CVU Øresund
- Raunkiær, Mette (2007) At være døende hjemme – hverdagsliv og idealer. Lund: Lunds Universitet, Socialhögskolan
- Rift, EU (2007) Kommentar: Giv en uge af din ferie, In Information 7/7 2007
- Rohweder, MS (2006) En værdig død på plejehjem, In foa.dk 20. november 2006
 Internetdokument: http://www.holmegaardsparken.dk/fileadmin/downloads/FOA_-_En_vaerdig_doed_paa_plejhjem_-_november_2006.pdf
- Roskilde Kommune (2003) Kvalitetsstandard for borger på plejehjem. Internetdokument: <http://www.google.com/search?q=Roskilde+Kommune+%282003%29+Kvalitetsstandard+for+borger+p%C3%A5+plejhjem&rls=com.microsoft:da>
- Sandman, Lars (2005) Good death: On the value of death and dying. Göteborg: University of Göteborg
- Schrøder, M (2007) Værdig død på plejehjem, In Gerontologi. Aldring og ældre - forskning og udvikling 2007, Nr. 2 Årgang 23: 8-11
- Schrøder, Marit (2006) En værdig død for ældre – en undersøgelse af den terminale pleje på plejehjem. København: Sygepleje- og Radiografskolen
- Sundhedsstyrelsen (2007) Tal og fakta om hospicer og palliative teams. Internetdokument: http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Smertelindring/Tal_fakta.aspx
- Sundhedsstyrelsen (2005) Dødsårsagsregistret 2001 – Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2005:5. København: Sundhedsstyrelsen
- Søndergaard, B (2006) Danske plejehjem svigter døende, In Sygeplejersken 2006 (23)
- Sørensen, JV (2003) Døden set fra Sølund, In Morgenavisen Jyllands-Posten d. 18/8 2003

Teno, J.M.; Casey, V.A.; Welch, L.C.; Edgman-Levitan, S.; Fowler, J. (2001) Patient focused, family-centered end-of-life medical care: views of the guidelines and bereaved family members. In *Journal of Pain Symptom Manage.* 2001; 22: 738-751

Touhy, T.A.; Brown, C.; Smith, C.J. (2005) Spiritual Caring: End of Life in a Nursing Home. In *Journal of gerontological Nursing.* 2005, 31(9): 27-35

Vohra, J.U.; Brazil, K.; Hanna, S.; Abelson, J. (2004) Family perceptions of End-of-life Care in long-term care facilities. In *Palliative Care* 2004, 20(4): 297-302

Watson, J.; Hockley, J.; Dewar, B. (2006) Barriers to implement an integrated care pathway for the last says of life in nursing home. In *Int J Palliat Nurs.* 2006; 12: 234-240

WHO (2004) Better palliative care for older people. København: WHO Regional Office

Østergaard, I & Ottesen, S et al (2007) Den døende patient, In *Ugeskrift for Læger* 169(44) s. 3768-3771

7. Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Søgeprotokol for litteraturgennemgang

Bilag 2: Søgeprotokol for empiri

Bilag 3: Søgeprofil for empiri

Bilag 4: Oversigt over artikler brugt som empiri

Bilag 5: Skema med uddrag fra artikler om døden og pleje af døende brugt som empiri

Bilag 1

Søgeprotokol for litteraturgennemgang

Problemstilling

Litteraturgennemgangens fokus er at undersøge, hvad der skrives om døden på plejehjem internationalt i perioden 2000-2009.

Informationskilder

Artikler til belysning af problemstillingen i litteraturgennemgangen. Jeg har valgt at søge i de sundhedsvidenskabelige databaser PubMed, CINAHL og PsykInfo.

Inklusionskriterier

- Ældre døende bosiddende på plejehjem/plejecentre
- Studier ud fra den ældres, pårørendes og personalets perspektiv
- Artikler fra 2000-2009
- Nordisk og engelsksproget litteratur
- Forskningslitteratur

Eksklusionskriterier

Da jeg i opgaven ønsker at undersøge diskursen om døden generelt på plejehjem, vælger jeg at ekskludere specifikke områder om døden og plejen til døende, eksempelvis; demens, parkinson, åndenød m.m. samt om døden på plejehjem i ikke-vestlige lande. Desuden ekskluderes avisartikler, romaner, dagbøger og ugeblade.

Søgestrategi

Søgestrategien består af en usystematisk kædesøgning samt en systematisk bloksøgning.

Bloksøgningen består af fire blokke

- 1) Døden
- 2) Plejehjem
- 3) Palliativ pleje

4) Ældre

Da databaserne har forskellige måder at indeksere de kontrollerede emneord, vil termene variere alt efter database.

Usystematisk søgning

Denne søgning kan give mange relevante artikler, som en bloksøgning ikke indfanger, idet man med udgangspunkt i relevante artikler kan finde nye referencer. Søgestrategien kan bestå af flere måder:

- 1) Med udgangspunkt i relevante artikler undersøges, hvilke kontrollerede emneord, de er indekseret under. Disse emneord kan bygges ind i egne bloksøgninger.
- 2) Afhængig af database er der en funktion, der benævnes "related articles". Denne funktion kan bruges til at indfange artikler, der omhandler nærliggende eller samme problemstilling.

CINAHL

CINAHL er en database, der primært indeholder sygeplejefaglige referencer.

I en systematisk bloksøgning vil termene først blive oversat til CINAHL's kontrollerede emneord: CINAHL-Headings. Herefter anvendes funktionen "eksplore" for at gøre søgningen bredere.

1. Blok: Døden; Death (eksplored). Der findes 40515 artikler
2. Blok: Plejehjem; Nursing home. Der findes 10927 artikler
3. Blok: Palliativ pleje; Palliative care or end of life care. Der findes 12978 artikler
4. Blok: Ældre; Aged. Der findes 217412 artikler

En kombination af alle fire blokke gav 39 artikler, af disse fandtes 5 relevante. Disse artikler blev brugt til en kædesøgning, hvor der fremkom yderligere to referencer, som kan bruges i det videre arbejde. De ekskluderede artikler i denne søgning havde primært fokus på demens (7 artikler), årsager til døden (3 artikler), væsketerapi, prognoser for overlevelse, pneumoni, cancer (4 artikler), hospice (6 artikler), pleje af døende med anden etnicitet (4 artikler), medicinsk intervention, ernæring (2 artikler), ikke vestlige-lande (3 artikler).

Konklusion:

Ud fra ovenstående søgning kan det konkluderes, at der internationalt findes end del forskning på området. At der trods alt var en del irrelevante artikler skyldes, at de ikke levede op til inklusionskriterierne.

PubMed

PubMed er en omfangsrig database, som indeholder 16 millioner referencer, primært indenfor det medicinske felt og sygepleje.

De centrale termer vil blive oversat til PubMed's kontrollerede emneord – MesH-termer, til brug i den systematiske bloksøgning.

1. Blok: Døden; Death
2. Blok: Plejehjem; Nursing Home
3. Blok: Palliativ pleje; Palliative care or end of life care
4. Blok: Ældre; aged

En kombination af de fire blokke gav 385 hit. Af disse var 22 oversigtsartikler. 2 af disse artikler fandtes relevante. De fleste artikler havde en medicinsk tilgang, eksempelvis specifikke sygdomme som demens, cancer, pneumoni, medicinsk intervention og disses sammenhæng med døden.

I en usystematisk søgning fandtes få relevante artikler. Der var kun to, som ikke var gengangere.

Konklusion:

Resultatet af søgningen i PubMed gav 4 nye referencer, til dels pga. tidligere fund i CINAHL.

PsykInfo

PsykInfo er en database, hvor fokus primært er psykologi, men database indeholder også artikler fra sygepleje og det medicinske felt. Jeg vurderer databasen anvendelig til brug til belysning af mit emne.

De centrale termer oversættes som beskrevet under bloksøgning.

1. Blok: Døden; Death*
2. Blok: Plejehjem; nursing home
3. Blok: Palliativ pleje; Palliative care or end of life care

Blokken aged blev skrevet ind som søgekriterium.

Kombinationen af de fire termer gav 51 artikler, hvoraf en ny artikel fandtes relevant.

Ved en usystematisk søgning fremkom yderligere en artikel.

Konklusion:

Det var sparsomt, hvad der fremkom af nye artikler. Søgningen bidrog med 2 nye artikler.

Samlet konklusion

En gennemgang af den internationale forskning om døden på plejehjem viser, at langt størstedelen af artiklerne tager udgangspunkt i specifikke sygdomme, som demens, cancer, depression og pneumoni og disse sygdommes sammenhæng med døden. Færre artikler sætter fokus på plejen af døende på plejehjem, det at være ældre og døende, at være pårørende til en ældre døende eller at pleje ældre døende.

Søgestrategien bestod i at kombinere en systematisk bloksøgning med en usystematisk søgning. Søgningen endte med en høj genfinding, hvilket indikerer en udtømmende litteratursøgning. Der blev udvalgt 11 artikler med relevans for området i de tre internationale databaser.

Bilag 2

Søgeprotokol for empiri

For søgeprofil se bilag 3

Problemstilling

Da jeg i specialet ønsker at undersøge, hvordan døden og pleje af døende plejehjemsbeboere italesættes i Danmark i dette årtusinde, er fokus for denne søgning, hvad der skrives om døden og pleje af døende på plejehjem i Danmark i perioden 2000-2009.

Informationskilder

Artikler til brug som empiri: Jeg har valgt at søge i danske databaser, hjemmesider og de internationale databaser PubMed, CINAHL og PsykInfo. Der er søgt i danske og internationale databaser i februar 2009.

Inklusionskriterier

- Artikler og bøger fra perioden 2000-2009
- Ældre døende bosiddende på plejehjem i Danmark
- Studier af ældres, pårørendes og personales perspektiv på døden på plejehjem
- Avisartikler om døden på plejehjem ud fra ældres, pårørendes og personalets perspektiv, og om politiske og samfundsdebatørers betragtninger vedrørende døden på plejehjem
- Lærebøger omtalende pleje af døende plejehjemsbeboere
- Ministerielle rapporter og andre offentlige skrifter om døden på plejehjem
- Kandidat-, master- og ph.d.-afhandlinger

Eksklusionskriterier

- Artikler og bøger om ældre døende plejehjemsbeboere fra andre lande
- Ugeblade, dagbøger, boganmeldelser og skønlitterære bøger

Søgestrategi

Søgestrategien består af en femstregen søgning.

- Bred fritekstsøgning i dansk litteratur (bibliotek.dk)
- Systematisk bloksøgning og en usystematisk kædesøgning i tre internationale databaser (CINAHL, PubMed, PsykInfo)
- Bred fritekstsøgning på danske hjemmesider med relevans for emnet
- Kædesøgning i relevante artikler
- Google

Bloksøgningen består af fem blokke

- 1) Døden
- 2) Plejehjem
- 3) Palliativ pleje / Pleje af døende
- 4) Ældre
- 5) Danmark

Da det er forskelligt, hvordan databaser og hjemmesider indekserer emneord, vil termene variere efter database og hjemmeside.

Bibliotek.dk

Bred fritekstsøgning på bibliotek.dk efter dansk litteratur. For at få en fornemmelse af, hvor meget litteratur, der var skrevet på området, brugte jeg søgeordene plejehjem og død*.

En kombination af de to blokke gav 112 poster. En gennemgang af de 112 poster på bibliotek.dk viste, at 100 af poster ikke levede op til inklusionskriterierne. 61 af disse poster var fra før år 2000. 21 poster var andre udgaver og eller lydbøger. 7 var romaner. 4 poster var om døden i andre lande. 1 omhandlede oprettelsen af plejehjem for narkomaner. 1 om ældre og selvmord. 2 blev ekskluderet, fordi de omhandlede henholdsvis lukning af plejehjem og livet før døden på plejehjem. 3 blev ekskluderet, fordi de omhandlede henholdsvis brande på plejehjem, hvordan man bruger statistik i praksis og om influenzavaccinationer af ældre.

De 12 inkluderede poster var: 2 kapitler i bøger, 2 tidsskriftsartikler, 6 avisartikler, 1 rapport og 1 var et antropologisk speciale omhandlende håndteringen af afdøde på hospitaler og plejehjem. Efter gennemlæsning blev specialet ekskluderet, idet materialet var for lille til at kunne belyse dette speciales problemstilling. En nærmere gennemgang af den fundne empiri viste, at kapitlet i den ene bog var en uddybning af rapporten. Jeg har valgt at inddrage begge,

da jeg inkluderer alt, hvad der skrives om døden på plejehjem. En søgning på bibliotek.dk gav således 11 poster til brug som empiri.

Søgning i internationale databaser

Da jeg med dette speciale ønsker at fokusere på døden på danske plejehjem, vil jeg kun inddrage litteratur fra Danmark.

CINAHL

CINAHL er en database, der primært indeholder sygeplejefaglige referencer.

I en systematisk bloksøgning vil termerne først blive oversat til CINAHL's kontrollerede emneord: CINAHL-Headings. Herefter anvendes funktionen "eksplode" for at gøre søgningen bredere.

5. blok: Døden; Death (eksploded).
6. blok: Plejehjem; Nursing home.
7. blok: Palliativ pleje; Palliative care or end of life care.
8. blok: Ældre; Aged.
9. blok: Danmark; Denmark

En kombination af alle fem blokke gav 3 artikler, hvoraf ingen levede op til inklusionskriterierne. 1 artikel var om cancerpatienter, 1 var en tværeuropæisk undersøgelse og den sidste omhandlede brugen af medicin og dens effekt som livsforkortene.

PubMed

PubMed er en omfangsrig database, som indeholder 16 millioner referencer, primært indenfor det medicinske felt og sygepleje.

De centrale termer blev oversat til PubMed's kontrollerede emneord – MeSH-termer til brug i den systematiske bloksøgning.

1. blok: Plejehjem; Nursing home
2. blok: Palliativ pleje; Palliative care or end of life care
3. blok: Ældre; Aged

4. blok: Død; Death

5. blok: Danmark; Denmark

Der blev fundet 6 poster, en gennemgang af resumeet for de 5 viste, at de ikke lå inden for inklusionskriterierne. Af grunde kan nævnes, at to af artiklerne omhandlede lægers indsats i forhold til døende i eget hjem. 1 omhandlede livskvalitet for ældre med ny diagnosticeret cancer. 1 omhandlede daghospital i UK og 1 tandhygiejne blandt plejehjemsbeboere. Den sidste artikel valgte jeg at læse, men den måtte efterfølgende ekskluderes, da den omhandlede danske lægers og sygeplejerskers holdning til palliation og ikke specifikt til ældre. Der blev således ikke fundet artikler i PubMed, der kunne bruges som empiri.

PsykInfo

PsykInfo er en database, hvor fokus primært er psykologi, men databasen indeholder også artikler fra sygepleje og det medicinske felt. Jeg vurderer databasen anvendelig til brug til belysning af mit emne.

De centrale termer blev oversat til databasens thesaurus som beskrevet under bloksøgning.

4. blok: Døden; Death*

5. blok: Plejehjem; Nursing home

6. blok: Palliativ pleje; Palliative care or end of life care

7. blok: Danmark; Denmark

Blokken aged blev skrevet ind som søgekriterium.

Kombinationen af de fem termer gav 2 artikler, der begge blev ekskluderet, idet den ene var en japansk artikel, og den anden omhandlede engelske forhold.

Ved en usystematisk søgning fremkom ingen artikler.

Konklusion på søgning i de internationale databaser:

En gennemgang af de internationale databaser kunne ikke bidrage med artikler til empirien.

Søgning på danske hjemmesider

Tredje søgning bestod i en søgning på danske hjemmesider, der kunne tænkes at have relevans for emnet. Der blev søgt bredt med forskellige konstellationer af ordene: død, døende, ældre, plejehjem, palliativ pleje, pleje af døende og plejehjem.

Sundhedsstyrelsen: Der blev fundet flere ældre rapporter om den palliative indsats i Danmark. Den nyeste var fra 1999, og ligger derfor uden for inklusionskriterierne. Rapporternes omdrejningspunkt var primært cancerpatienter.

Socialforskningsinstituttet: Ingen resultater

Ældre Sagen: Ingen resultater

Kommunernes Landsforening: Ingen resultater

Videnscenter på ældreområdet: Ingen resultater

Ældre Forum: Ingen resultater

AEG: Ingen resultater

Omsorg: Ingen resultater

Fagbladet Sygeplejersken:

En gennemgang af fagbladet fra 2000-2009 gav 7 artikler, der blev vurderet til at kunne belyse problemstillingen.

Ugeskrift for læger: En gennemgang af databasen gav 2 egnede artikler.

Helse: 2 artikler

FOA: 2 artikler

Danske universiteters hjemmesider:

Ph.d.-afhandlinger, kandidatafhandlinger og masteropgaver fra Sygeplejevidenskab ved Århus Universitet: 1 speciale

Kandidatafhandlinger, ph.d.-afhandlinger og masteropgaver ved andre universiteter i Danmark: 1 som var genganger fra søgning på bibliotek.dk, og som efter gennemlæsning blev ekskluderet.

Infomedia: Ved en søgning på Infomedia blev der fundet 249 artikler. Langt størstedelen af artiklerne var gengangere fra forskellige lokale aviser. Der blev fundet 11 artikler, der levede op til inklusionskriterierne, hvoraf de 6 var genganger fra bibliotek.dk., 5 fra Kristeligt Dagblad, 1 fra Politiken, 1 fra Berlinske Tidende, 1 fra Weekendavisen, 1 fra Information, 1 fra Morgenavisen Jyllands-Posten og 1 fra Nyhedsinformation for Social- og Sundhedssektor. Denne søgning gav således 5 artikler.

Søgning på hjemmesider for forskellige plejehjem: Gennem den allerede fundne empiri har flere plejehjem været omtalt. Jeg har derfor valgt at gå ind på disse plejhjems hjemmesider for at søge efter yderligere empiri. Dette gav 1 artikel.

Professionshøjskolars hjemmesider: Der blev fundet 2 poster, som var rapporter bag 2 artikler, fundet på bibliotek.dk. Denne søgning frembragte derfor yderligere 2 resultater.

Sygeplejefagligt bibliotek: Efter en gennemgang af lærebøger på ældreområdet har jeg fundet 2 kapitler fra 2 bøger. Det ene kapitel er forfattet af en nordmand, men oversat og omskrevet til danske forhold. Den er derfor inkluderet i studiet. Denne søgning bidragede med 2 artikler.

Kædesøgning via referencer

Denne søgning bidrog ikke med nye artikler.

Google

Da mine kilder umiddelbart er fåtallige og tilsyneladende ensartede, valgte jeg i kreativitetens navn at gå andre veje i min søgning. Jeg googled, og fandt herved to kvalitetsstandarder for pleje af døende plejehjemsbeboere. Denne søgning bidragede således med 2 artikler.

Samlet konklusion

Søgningen viser, at det er begrænset, hvad der er skrevet om døden og pleje af døende på danske plejehjem i dette årtusinde.

Der blev ikke fundet nogen ministerielle rapporter eller andre offentlige rapporter, som opfyldte inklusionskriterierne.

Måden, hvorpå jeg har forsøgt at indkredse kildematerialet, bevirker, at jeg ikke kan være sikker på, at jeg har indfanget alt relevant materiale. Noget er ikke med, da jeg ikke kender til dets eksistens og ikke har fundet det via mine søgninger eller fra mine andre kilder.

Det empiriske materiale, der danner grundlag for diskursanalysen, er listet i bilag 4, og omfatter to tidsskriftsartikler, tre rapporter, fire kapitler i bøger/lærebøger, et kandidatspeciale, 11 fagbladsartikler, tre artikler fra andre hjemmesider, 2 kvalitetsstandarder og 11 avisartikler. I alt 37 kilder.

Bilag 3

Søgeprofil for empiri

Søgningerne har været begrænset tidsmæssigt til perioden 2000-2009

Der blev søgt i februar 2009

Database	Søgning
Bibliotek.dk	Fritekstsøgning for at ramme så bredt som muligt. Søgt på: Plejehjem og død*. Dette gav 112 poster, hvoraf de 11 var brugbare. Af disse var 6 avisartikler.
CINAHL	Her er søgt på emneord fra databasens thesaurus: Death AND nursing home. Dette gav 508 poster. Denne søgning blev kombineret med søgning på denmark And end of life care OR palliative care. Dette gav 3 artikler, som ikke var brugbare.
Pubmed/Medline	Der blev først foretaget en søgning ud fra MeSH-ord. Her er der søgt på death AND nursing home OR nursing home residents OR nursing home care AND denmark AND end of life care OR palliative care. Dette gav 6 artikler, hvor ingen levede op til søgekriterierne.
PsycInfo	Her er søgt med fritekstsøgning samt emneord fra databasens thesaurus. Death AND palliativ care OR end of life care AND denmark AND nursing home. Derved fremkom 2 poster, der begge blev ekskluderet.
Danske hjemmesider	Bred fritekstsøgning på død, døende, ældre, palliativ pleje, pleje af døende og plejehjem. Der er søgt på Sundhedsstyrelsen, Socialforskningsinstituttet, Ældre Sagen, Kommunernes Landsforening, Videnscentret på Ældreområdet, Ældre Forum, AEG, Helse, plejehjems hjemmesider, Omsorg. Denne søgning gav 3 artikler
Danske universiteters hjemmesider	Bred fritekstsøgning. Der er søgt på Århus Universitet, Ålborg Universitet, Syddansk Universitet, Roskilde Universitet og Københavns Universitet efter ph.d.-

	<p>afhandlinger, kandidatafhandlinger og masteropgaver. Der blev fundet 1 kandidatafhandling</p>
Professionshøjskoleers hjemmesider	<p>Der blev fundet 2 rapporter, der begge var udgivet som artikler fremkommet ved søgning på bibliotek.dk. Derved fremkom 2 nye artikler til brug som empiri ved denne søgning.</p>
Fagblades hjemmesider	<p>Der blev søgt på DSR, FOA og Ugeskrift for læger. Denne søgning gav henholdsvis 7, 2 og 2 artikler. I alt 11 artikler.</p>
Lærebogssøgning	<p>Der blev søgt på det Sygeplejefaglige biblioteks hjemmeside og bibliotek.dk. Efter en gennemgang har jeg fundet to kapitler i to forskellige bøger. Denne søgning gav således 2 artikler</p>
Infomedia	<p>Der blev søgt bredt på plejehjem, død, døende og pleje af døende. I alt fremkom 249 avisartikler, hvor langt størstedelen af avisartiklerne var gengangere fra forskellige lokalaviser. Avisartikler omhandlende ældre og selvmord, brande på plejehjem, ernæring og livet før døden på plejehjem blev ekskluderet. Dette gav 11 artikler, hvoraf de 6 var gengangere fra bibliotek.dk. Denne søgning bidrog således med 5 nye avisartikler.</p>
Kædesøgning via referencer	<p>Denne søgning bidrog ikke med nye artikler.</p>
Google	<p>Der blev i kreativitetens navn søgt bredt på nettet i håb om, at en sådan søgning vil kunne frembringe nye artikler. Der blev fundet 2 kvalitetsstandarder.</p>

Bilag 4

Oversigt over artikler brugt som empiri

Tidsskriftsartikler:

1: Schrøder, M (2007) Værdig død på plejehjem, In Gerontologi. Aldring og ældre - forskning og udvikling 2007, Nr. 2 Årgang 23: 8-11

2: Raunkiær, M & Timm, H (2008) Livet og døden på plejehjem, In gerontologi. Aldring og ældre- forskning og udvikling, 2008, Nr.3 Årgang 24: 4-7

Rapporter:

3: Landsforeningen Liv & Død (2006) Døds kvalitet – et spørgsmål om ressourcer og holdninger. Internetdokument: <http://www.livogdoed.dk/cgi-files/mdmgfx/file-572-101732-25464.pdf>

4: Schrøder, M (2006) En værdig død for ældre – en undersøgelse af den terminale pleje på plejehjem. København: Sygepleje- og Radiografskolen

5: Raunkiær, Mette (2008) Forestillinger og erfaringer om hverdagen tæt på døden – en rapport om projektets del I. København: Videncenter for Sammenhængende Forløb, CVU Øresund

Kapitler i bøger / Lærebøger:

6: Jacobsen, M H (2001) Plejehjemmet: den langsommelige død, s. 110-115. In Dødens mosaik – en sociologi om det unævnelige. København: Gyldendals Uddannelse

7: Bondevik, M (2007) Pleje og omsorg ved livets afslutning, s. 183-192. In Bondevik, M & Nygaard, H.A.(Red) Tværfaglig geriatri – en indføring⁸, 2. Udgave. København: Gads Forlag

8: Pallesen, A E (2003) Livsafslutningen, s. 177-188. In Svejgaard, Tove (Red) Sidste kapitel Psykologi og pædagogik i ældreplejen. København: Frydenlund

9: Nielsen, Karin Lykke & Olesen, Lea Brams (2008) Afsked på 2. Klasse – om døden på danske plejehjem. In: Jacobsen, Michael Hviid & Haakonsen, Mette (Red) Memento Mori – døden i Danmark i tværfagligt lys. Odense: Syddansk Universitetsforlag

Kandidatspeciale:

⁸ Forfatterne bag bogen er fra Norge. Sygeplejelærer, cand.mag. Marianne Hjortsø har oversat bogen og bearbejdet den til danske forhold. Den er derfor inkluderet i studiet.

10: Gudnadóttir, R (2008) Et godt liv for svage ældre i den sidste tid på plejehjem. Århus: Afdeling for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, nr. 164/2008

Fagbladsartikler:

11: Bjørnsson, K (2007) Hvorfor gå til begravelsen? In Sygeplejersken 2007 (15)

12: Bjørnsson, K (2008) En fredelig død skal sikres i journalen, In Sygeplejersken 2008 (15)

13: Mortensen, H F (2003) Dødshjælp eller hjælp til at leve, In Sygeplejersken 2003 (48)

14: Søndergaard, B (2006) Danske plejehjem svigter døende, In Sygeplejersken 2006 (23)

15: Holm, G (2000) Døende må vente på smertestillende medicin, In Sygeplejersken 2000 (36)

16: Palsbo, S (2007) Intet menneskeligt må være dig fremmed, In Sygeplejersken 2007 (16)

17: Knudby, U (2007) Tegn på, at døden nærmer sig, In Sygeplejersken 2007 (19)

18: Østergaard, I & Ottesen, S et al (2007) Den døende patient, In Ugeskrift for Læger 169(44) s. 3768-3771

19: Andersen, C (2001) Unødvendige indlæggelser af terminale patienter, In Ugeskrift for Læger 163(8) s. 1150-1151

20: Nygaard, U (2006) Med plads til døden, In foa.dk. oktober 2006
http://www.holmegaardsparken.dk/fileadmin/downloads/Infoa_-_Med_plads_til_doeden_-_oktober_2006.pdf

21: Rohweder, MS (2006) En værdig død på plejehjem, In foa.dk 20. november 2006
http://www.holmegaardsparken.dk/fileadmin/downloads/FOA_-_En_vaerdig_doed_paa_plejhjem_-_november_2006.pdf

Andre hjemsider:

22: Jørgensen, AK (2005) Vågekoner for døende, In Helse 2005(12)

23: Ingerslev, J (2003) Hvem bestemmer, når livet ebber ud? In Helse 10. september 2003
<http://helse.dk/2003/09/10/hvem-bestemmer-n%C3%A5r-livet-ebber-ud/>

24: Erichsen, CE; Henriksen, H et al (Ingen årstal) Kan man overføre viden fra hospice til plejehjem? Er det en realistisk mulighed? Internetdokument:
http://www.holmegaardsparken.dk/fileadmin/downloads/Kan_man_overfoere_viden_fra_hospice_til_plejehjem.pdf

Avisartikler:

25: Sørensen, JV (2003) Døden set fra Sølund, In Morgenavisen Jyllands-Posten d. 18/8 2003

26: Broksø, K (2008) Dødspolitik på plejehjem skaber tilfredshed hos personalet, In Nyhedsinformation for social- og sundhedssektoren 29/2 2008

27: Rift, EU (2007) Kommentar: Giv en uge af din ferie, In Information 7/7 2007

28: Holst, B (2007) Debat: Pleje af døende gamle halter, In Weekendavisen 2/3 2007

29: Balling, M (2006) Kronik: Døds kvalitet – en menneskeret, In Berlingske Tidende 15/11 2006

30: Kjær, C (2008) Nu vil Ella gerne dø, In Politiken 21/8 2008

31: Bach, C (2007) De bedste læger til de gamle, In Kristeligt Dagblad 15/1 2007

32: Ledende artikel (bl) (2006) Omsorg for døende på plejehjem må opprioriteres, In Kristeligt Dagblad 13/10 2006

33: Bach, C (2006) Døden på anden klasse, In Kristeligt Dagblad 13/10 2006

34: Hansen, K.D. (2007) Ny organisation vil sikre værdige forhold for døende, In Kristeligt Dagblad 14/3 2007

35: Bach, C (2007) En uværdig død på plejehjem, In Kristeligt Dagblad 21/6 2007

Kvalitetsstandarder:

36: Hvidovre Kommune (2004) Plejehjem; Kvalitetsstandarder og kvalitetsmål. Ydelsestype: Pleje af døende. Internet dokument:
<http://www.krogstenshave.hvidovre.dk/Default.aspx?ID=80#119>

37: Roskilde Kommune (2003) Kvalitetsstandard for borger på plejehjem. Internetdokument:
<http://www.google.com/search?q=Roskilde+Kommune+%282003%29+Kvalitetsstandard+for+borger+p%C3%A5+plejehjem&rls=com.microsoft:da>

Bilag 5

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
<p>Artikel 1</p> <p>”Værdig død på plejehjem”</p> <p>Skrevet af Margit Schrøder, sygeplejerske og cand.cur. ansat som lektor ved sygeplejeuddannelsen i Herlev. Udgivet maj 2007 i tidsskriftet Gerontologi. Aldring og ældre- forskning og udvikling</p> <p>Skrevet til sundhedsprofessionelle med interesse for projekter og forskning inden for gerontologiens område i Danmark</p>	<p>”De ældre er så syge og svage, når de kommer på plejehjem, at mange dør kort tid efter indflytningen”.</p> <p>”Beboerne på plejehjem har i gennemsnit fem-syv diagnoser...”</p> <p>”En undersøgelse fra Københavnske plejehjem viste, at 25 % var døde inden syv måneder efter indflytning, og 50 % var døde efter 1,9 år.”</p> <p>”... planer for smertebehandling, når beboeren bliver dårligere”</p> <p>”Gamle og døende mennesker kan have brug for åndelig omsorg, og de kan have behov for eksistentielle og</p>	<p>”I den terminale plejeplan fremgår det fx, om pårørende ønsker beboeren hospitalsindlagt...”</p> <p>”Personalet og de pårørende kan være uenig om den smertestillende behandling.”</p> <p>”... samarbejdet med de pårørende er en vigtig del af plejen, og at en god kommunikation med de pårørende er afgørende for et værdigt terminalt forløb.”</p> <p>”Personalet er usikre på de pårørendes forventninger og krav til dem, fx om hvilke omsorgsopgaver de</p>	<p>”Plejehjemets omgave at give beboeren livskvalitet, nærværd og værdighed, så han eller hun kan afslutte livet i de bedst mulige rammer.”</p> <p>”... personalet skal yde en kompleks pleje både til beboere, men også pårørende.”</p> <p>”På plejehjem består langt størstedelen af personalet af plejepersonale med korte eller ingen uddannelse.[...] Der er ansat enkelte fysio- og ergoterapeuter, men de indgår sjældent i plejen”</p> <p>”Der er igennem årene udviklet en stor viden om tværfaglig palliativ indsats over for døende på hospice og palliative afdelinger.[...] Der har ikke været den samme</p>	<p>”Plejehjem er for mange ældre det sidste hjem inden døden”.</p> <p>”Alle plejehjem i Danmark er pålagt at udarbejde plejeplaner for hver enkelte beboer, men der er ingen krav om særlige terminale plejeplaner, hvor beboeren og de pårørendes behov og ønsker for den sidste tid noteres, og et terminalt forløb kan dokumenteres.”</p> <p>”Alt tyder dog på, at terminale plejeplaner kan være et vigtigt redskab til at indhente denne viden og forebygge mange problemer for beboere og for pårørende.”</p> <p>”Der er en præst tilknyttet plejehjemmet.”</p> <p>”At præsten er tydelig og nærværende kan være en hjælpende faktor for at få personalet til at fokusere på</p>	<p>”Ritualer er en væsentlig faktor, som giver rum og åbenhed over for døden, både for personale, beboere og pårørende, og som bidrag til en vigtig sorgkultur.”</p> <p>”Personalet nævner ritualer som udsyngning, at åbne vinduet så sjælen flyver ud, at tænde lys og sætte familie billeder op omkring den afdøde og at vælge en kollega til at hjælpe med at gøre afdøde i stand...”</p> <p>”... en del af personalet har gode erfaringer med at præsentere målet om en værdig død for beboeren og de pårørende allerede ved indflytningen.”</p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
	<p><i>religiøse samtaler.”</i> <i>”Beboeren skal selv gøre opmærksom på behovet, hvilket kan betyde, at svage og blufærdige beboeres åndelige behov ikke tilgodeses.”</i> <i>”Beboere, som lider af demens, depression, talevanskeligheder, svækket syn og hørelse, kan ikke altid selv give udtryk for smerter...”</i> <i>”... når beboeren har smerter, åndenød og ikke spiser og drikker.”</i></p>	<p><i>hver især opfatter som deres.”</i> <i>Personalet finder samarbejdet svært, når den faglige viden og argumentation mangler.</i> <i>”Aftaler og beslutningerne fra den terminale plejeplan kan også være væsentlige for samarbejdet.”</i> <i>”... kommunikationen med pårørende kan være vanskelig, når personalet oplever ”uafklarede pårørende” og ”pårørende med dårlig samvittighed”, eller når man som personale føler sig som en brik mellem flere</i></p>	<p><i>udvikling på plejehjemmene.”</i> <i>”... en stor del af personalet er gode til at håndtere det at være tæt på døende beboere og døden på plejehjem.”</i> <i>”Personalet oplever, at de gør brug af hinandens erfaringer og indsigt, og derved mindskes deres usikkerhed og magtesløshed.”</i> <i>”Personalet [...] har en relativ høj gennemsnitsalder, som kan betyde, at de har en personlig erfaring med tab og kriser og en modenhed til at forstå og tillade egne reaktioner og følelser.[...] Mødet med døden kan være svært for de unge kolleger.”</i> <i>”... det kan være en stor belastning[...] at passe dødsyge mennesker, og</i></p>	<p><i>det åndelige og hjælpe beboeren (eller de pårørende)...”</i> <i>”Undervisning af personalet på plejehjem, hvor hovedparten har en kortere uddannelse, kan give et kortvarigt fagligt løft, som øger kvaliteten af plejen og øger livsglæden hos personalet.”</i> <i>”Kommunerne og lederne på plejehjem har et stort ansvar for at forbedre arbejdsvilkårene for de ansatte[...] så vil plejehjemmene atter tiltrække kvalificeret arbejdskraft til de mennesker i vores samfund, som er nogle af de svageste og meste sårbare.”</i> <i>”Derfor bør der være fast tilknyttede læger på plejehjemmet, som har faglig viden og erfaring inden for geriatri og de faglige og etiske</i></p>	

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
		<p><i>familiemedlemmer, der ikke er enig om et forløb eller har komplicerede indbyrdes relationer. Det kan have betydning for samarbejdet, at personalet sjældent har tilstrækkeligt kendskab til, hvilken betydning tabet og sorgen over deres nære har for de pårørende.”</i></p>	<p><i>at man ofte beskytter sig mod disse belastninger ved fortrængning og tilbagetrækning. Angst for nærhed, svaghed og andre følelsesmæssige reaktioner opstår, som gør mødet med døden svær.”</i></p> <p><i>”... en stor del af personalet kender ikke beboerens ønske for den sidste tid, og de ved ikke, hvad der er vigtigt for den terminale beboer og for pårørende.”</i></p> <p><i>Personalet skal gennem dialog få ”... et kendskab til beboerens ønsker og planer for den sidste tid.”</i></p> <p><i>”En stor del af personalet viser sig at være i tvivl om, hvornår beboeren er terminal...”</i></p> <p><i>Personalet [...] oplever en del vanskeligheder med beboernes smerter.</i></p>	<p><i>problemstillinger, der kan opstå hos terminale beboere på plejehjem.”</i></p>	

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
			<p><i>En stor del af personalet svarer, at der mangler en plan for smertebehandling.”</i> <i>”... dette stiller store krav til personalets viden om og erfaringer med de symptomer og signaler, der kan være forbundet med smerter.”</i> <i>”For at samarbejdet mellem de pårørende og personalet skal blive godt, må der være viden om en effektiv kommunikation, som kan give en fælles afklaring og forståelse af roller og forventninger.”</i></p>		
<p>Artikel 2 ”Livet og døden på plejehjem – et forsknings- og udviklingsprojekt” Skrevet af Mette Raunkiær og Helle</p>	<p><i>”Beboere synes generelt, at døden er et privat, intimt og pinligt emne, der helst kun skal omtales sammen meget nære pårørende og ikke med personalet.”</i> <i>”Både beboere og</i></p>	<p><i>”Det, de nærmeste taler om, bliver sjældent skrevet ned. Det bæres for det meste som en viden mellem beboere og pårørende som noget, man tror, men ikke ved med</i></p>	<p><i>”Der skal være tillid mellem beboere, pårørende og medarbejdere, og de benytter ofte humor til at tale om forhold relateret til døden. Personalet mener, at der er behov for ”... at</i></p>	<p><i>”I de sidste par årtier har der været øget fokus på vilkårene for og udviklingen af praksis for uhelbredelig syge og døende, men ikke specielt på forholdene for gamle og/eller syge, der dør på plejehjem.”</i></p>	<p><i>”Når døden omtales, er det ofte, når beboeren bliver syg eller er tæt på døden”.</i> <i>”... håber at dø fredfyldt, stille og at få tilstrækkelig hjælp.”</i> <i>”Rutiner og ritualer kan være medvirkende til, at</i></p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
<p>Timm, henholdsvis Sygeplejerske, cand.scient.soc., ph.d. ansat som lektor ved Den flerfaglige Professionshøjskole i Region Hovedstaden og mag.art., ph.d., leder af Videncenter for sammenhængende Forløb ved Den Flerfaglige Professionshøjskole Udgivet september 2008 i tidsskriftet Gerontologi. Aldring og ældre- forskning og udvikling Skrevet til sundhedsprofessionelle med interesse for projekter og forskning inden for gerontologiens område i Danmark</p>	<p><i>pårørende mener, at man først bør forholde sig til døden, når beboeren bliver syg, dårligere eller er tæt på døden og slet ikke ved indflytningen på plejehjem.”</i> <i>”Det, som beboere og pårørende forholder sig til, er typisk livsforlængende behandling, behov for besøg af præst, hvad der skal ske med beboerens ting og forhold i forbindelse med begravelse/bisættelse.”</i> <i>”Beboerne fortæller bl.a. om, hvordan de kan være bange for at blive glemt, ligge alene og være til besvær både i forhold til deres pårørende og personalet.”</i></p>	<p><i>sikkerhed.”</i> <i>”Pårørende håber også, at beboeren dør stille, fredeligt, og at personalet tilgodeser individuelle ønsker. De pårørende peger på, at det er væsentligt, at personale og beboer skal kunne lide hinanden.”</i> <i>”De pårørende forventer selv at være hos beboeren, men helst ikke helt alene – dvs. at det er betydningsfuldt, at personalet kigger ind. Endvidere forventer de pårørende at blive tilkaldt, når beboeren er tæt på døden.”</i> <i>”Samarbejdet med pårørende kan til</i></p>	<p><i>informationer mere systematisk bliver nedfældet på papir.”</i> <i>”De professionelle synes, at de er gode til at give kærlig omsorg og pleje, når beboer er tæt på døden, men at de samtidig mangler klinisk viden om dødsprocessen.”</i> <i>”Når professionelle skal handle i dette spændingsfelt sammen med beboere og pårørende, stiller det krav om nænsomhed og timing.”</i> <i>”Der er ingen tvivl om, at døden som begivenhed fordrer tillid; faglige, personlige og kommunikative kompetencer; kendskab til beboere og pårørende, samt tid og ressourcer.”</i></p>	<p><i>”Indsatsen for døende på plejehjem i Danmark har svingende kvalitet, og der mangler forskning, viden og retningslinjer på området.”</i> <i>”Analysen viser, at et plejehjem kan karakteriseres som en hybrid mellem et hjem og en offentlig institution.”</i> <i>”Både det mono- og tværfaglige samarbejde kan indebære vanskeligheder og kan med fordel udvikles yderligere.”</i> <i>”... der er brug for udvikling af praksis med rutiner og ritualer, der tilgodeser beboeres ønsker om selvbestemmelse og samtidig hjælper alle parter til at håndtere døden.”</i> Som eksempel på udvikling nævnes: <i>”undervisning, faglig vejledning, udviklingsprojekter”.</i></p>	<p><i>døden bliver nemmere at håndtere. Nogle ritualer foregår i plejehjemmenes fælles rum blandt personale, pårørende og øvrige beboere.”</i> <i>”Fx opleves det som problematisk, når en kiste fragtes gennem plejehjemmets fælles arealer, uden man er forberedt derpå.”</i> <i>”Når personalet taler om ritualer, omhandler disse fortrinsvis håndtering af den døde krop; når kisten køres ud af afdelingen og deltagelse i begravelse/bisættelse.”</i> <i>”Alle situationer opfattes som vanskelige, og de håndteres til tider forskelligt inden for samme institution.”</i> <i>”Døden er vanskelig at håndtere for alle parter.</i></p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
	<p><i>”De håber at dø fredfyldt, stille og at få tilstrækkelig hjælp.”</i></p> <p><i>”Ingen beboere ønsker, at der skal sidde fremmede hos dem i den sidste tid. Det skal være nogen der kan lide dem og omvendt – allerhelst pårørende.”</i></p> <p><i>”Det kan være vanskeligt at hjælpe meget bange beboere eller beboere med voldsomme følelsesudbrud.”</i></p> <p><i>”Beboere og pårørendes ønsker fortrinsvis at blive orienteret om en anden beboeres død eller alvorlige sygdom, hvis de har et særligt forhold til den afdøde”</i></p>	<p><i>tider være en udfordring, fx i forbindelse med beslutningen om, hvornår beboeren ikke længere skal have mad og drikke. Yderligere kan det være vanskeligt at håndtere, når pårørende indbyrdes er uenige eller vanskeligt ved at give slip på beboeren.”</i></p>			<p><i>Døden foregår i et spændingsfelt mellem det private, intime og urørlige og institutionelle faglige vurderinger og handlinger.”</i></p>
Artikel 3 ”Døds kvalitet – et	<i>”90 procent havde kontakt med egen læge</i>	<i>”92 procent af de døende havde</i>	<i>”En evaluering blandt medarbejderne af hvert</i>	<i>”... der er således stor forskel på den pleje og</i>	<i>”Hver gang en beboer dør, skal medarbejderne</i>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
<p>spørgsmål om ressourcer og holdninger</p> <p>Undersøgelsen er udført af Maja Müller, Lea Brams Olesen, Karin Lykke Nielsen, Bettina Elmer Jacobsen og Louise Lund Thomsen. Alle studerende ved Aalborg universitet. Michel Hviid Jacobsen, lektor, ph.d. i sociologi har været konsulent på projektet. Projektet er udarbejdet for Landsforeningen Liv & Død. En interesseorganisation, der driver informationscenteret Funebariet, der oplyser om alle forhold vedrørende</p>	<p><i>op til en måned før dødsfaldet”:</i> <i>”29 procent havde en sygehusindlæggelse op til en måned før dødsfaldet.”</i> <i>”13 procent havde en sygehusindlæggelse op til en uge før dødsfaldet.”</i> <i>”8 procent døde på sygehus.”</i> <i>”Hele 81 procent af de beboere, der var vurderet som døende, havde fysiske eller psykiske gener – eller begge dele- i den sidste tid.”</i> Tabel: smerter 35 %, uro 34 %, appetitløshed 32 %, angst 29 %, urininkontinens 21 %, kvalme 20 %, åndenød 14 %, afføringsinkontinens 14 %, opkastning 14</p>	<p><i>pårørende, som havde besøgt beboeren inden for et år inden dødsfaldet.”</i> <i>”41 procent af de pårørende deltog i plejen af den døende.”</i> <i>”Pårørende er ofte en væsentlig faktor i forhold til den døende. Det stiller store krav til medarbejderne at samarbejde med de pårørende eller en nærtstående i beboerens sidste tid.”</i> <i>”De pårørende bor ikke nødvendigvis i nærheden af plejehjemmet og kan have vanskeligt ved at være til stede i den døendes sidste tid.”</i></p>	<p><i>enkelt dødsfald medfører en drøftelse af, hvad der var godt, og hvad der var mindre godt. Det vil betyde en kompetenceudvikling hos medarbejderne og en mulighed for at forbedre indsatsen næste gang. Dermed kan rammerne sættes for standarder for en kvalificeret pleje ved livets afslutning.”</i> <i>”Omfang og forskellighed af de fysiske og psykiske gener viser behovet for en tværfaglig, symptomlindrende indsats over for døende – også på plejehjem.”</i> <i>”Der er derfor behov for en speciallæge viden – både om sygdomme hos gamle mennesker og betydningen heraf, hvad angår behandlingen ved livets afslutning.”</i></p>	<p><i>omsorg, der tilbydes døende i Danmark, ikke bare fra hospice til plejehjem, men også de enkelte plejehjem imellem.”</i> <i>”Mangel på tid, mangel på viden og mangel på tværfaglig, lindrende indsats præger mange plejehjem, selv om døden indtræffer jævnlige på disse institutioner.”</i> <i>”Kun lidt over halvdelen af de afdøde boede på plejehjem, der havde retningslinjer for pleje af den døende. Der er altså snarere tale om tilfældig behandling af de ældre...”</i> <i>”Nedskrevne retningslinjer og procedurer for plejen ved livets afslutning er med til at højne kvaliteten i plejen og kan forebygge og modvirke gener hos den døende blandt andet ved at inddrage praktiserende læge og eventuelle</i></p>	<p><i>tage afsked med en person, de måske har passet og plejet igennem længere tid. Det er ikke altid tid til en ordentlig afsked, før medarbejderen skal indgå en ny relation hos en nyindflyttet beboer.”</i> <i>”... en etisk og værdig afslutning på livet.”</i> <i>”Den forskelsbehandling er ikke værdig for et velfærdssamfund som det danske. Landsforeningen Liv & Død vil derfor arbejde på, At medarbejderne får udvidet deres kompetencer inden for pleje og omsorg for gamle mennesker, der er i livets slutfase. At tabuet døden nedbrydes At der på alle plejehjem</i></p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
<p>død og begravelse. Marianne Metz Mørch, overlæge ved Geriatrik afdeling og Margit Schrøder, cand.cur. har lavet kommentar og vurderinger i forbindelse med udarbejdelsen af rapporten Udgivet November 2006. På Landsforeningen Liv & døds hjemmeside. Skrevet til offentligheden med henblik på at ændre de ældre døende vilkår, og sikre en værdig afslutning på livet.</p>	<p>%, nedstemthed 10 %, liggesår 9 %, diarré 9 %, søvnproblemer 8 %, forstoppelse 5 %, andet 6 %. ”At lindre og hjælpe ældre kan ofte være vanskeligt, idet mange på grund af demens og anden svækkelse kan have svært ved at give udtryk for deres gener.”</p>	<p>”Ønsker en person at dø i eget hjem, kan en nærtstående søge om plejeorlov fra sit arbejde og modtage plejevederlag fra kommunen for at være tæt på den døende. En plejebolig bliver i denne sammenhæng ikke opfattet som eget hjem, og derfor kan en nærtstående ikke modtage plejevederlag, hvilket kan være årsag til at kun 41 % af de pårørende deltog i pasningen.”</p>	<p>”Lægens indsats er essentiel for beboerens sidste levetid og er vigtig, for at beboeren og de pårørende oplever en værdig død. Derfor bør det overvejes, at der på alle plejehjem er fast tilknyttet læge med specialviden og interesse både for alderssygdomme og for lindrende behandling ved livets afslutning.” ”Tallene tyder på, at det ikke er kutyme for medarbejderne at trække på andre faggrupper, der kan være med til at lindre den sidste tid for den døende. Det står i skærende kontrast til den tværfaglige palliative indsats, der ydes på hospice.” ”Medarbejderne havde kendskab til afdødes ønsker for den sidste tid i</p>	<p>pårørende.” ”I over halvdelen af dødsfaldene [54 %] havde plejehjemmet ikke udarbejdet plejeplaner for livets afslutning i samarbejde med beboere og pårørende.” ”Næsten 74 % af de afdøde boede på plejehjem, hvor der ikke sker en systematisk evaluering.” ”Det er helt tilfældigt, om man havner på et plejehjem, hvor en leder eller en given medarbejder har gjort sig overvejelser om en etisk og værdig afslutning på livet og om nødvendigt kan påkalde den palliative ekspertise.”</p>	<p>er fast tilknyttet læge med specialviden og interesse både for alderdomssygdomme og for lindrende behandling ved livets afslutning At plejehjemmene betragtes som egen bolig, så pårørende kan få betalt orlov til at være hos en døende slægtning på plejehjem.”</p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
			<p>62 % af tilfældene” ”I 96 % af tilfældene var medarbejderne meget tilfreds eller tilfreds med forløbet.” ”I 4 % af tilfældene var medarbejderne mindre tilfredse.” ”I 1 % af tilfældene synes medarbejderne, at forløbet ikke var tilfredsstillende.” ”Der er forskellige faktorer, der kan gøre det nemmere for personalet at arbejde på et plejehjem, hvor mange dør. Kendskabet til ritualer, og beboernes ønsker for den sidste tid, giver åbenhed og er med til at nedbryde tabuet om døden. Det kan gøre det nemmere for medarbejderne at tale med den døende og støtte den døende og de pårørende i den sidste</p>		

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
			<p><i>tid.”</i> <i>”43 % af de ansatte i ældreplejen overvejer at skrift til et helt andet jobområde pga. dårlig løn, fysisk hårdt arbejde og psykisk hårdt arbejde.”</i> <i>”Hver 8. Medarbejder i ældreplejen finder ikke, at omgivelserne viser respekt for det arbejde, de udfører.”</i> <i>”Hver sjette, der er beskæftiget inden for ældreplejen, er ikke uddannet.”</i> <i>”To ud af tre ikke- uddannede forlader deres stillinger i ældreplejen inden for det første års ansættelse.”</i></p>		
Artikel 4 ”En værdig død for ældre – en undersøgelse af den terminale pleje på	<i>”Således dør 15.000 mennesker på plejehjem om året.”</i> <i>”Dødeligheden på plejehjem fra 1990-</i>	<i>”Ideelt set burde pårørende og personale have en fælles interesse i at plejehjemsbeboerens</i>	<i>”På plejehjemmene er langt størstedelen af personalet plejepersonale med kortere eller ingen</i>	<i>”Der har ikke været samme udvikling på plejehjemmene, hvor der ikke har været tradition for tværfaglighed og</i>	<i>”Sorgen og den værdige død for beboeren får vanskelige vilkår.”</i> <i>”Mange mennesker, både plejepersonale,</i>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesætten af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
<p>plejehjem” Skrevet af: Margit Schrøder, cand.cur. lektor ved Sygepleje- og radiografskolen, Københavns Amt. Konsulent på projektbeskrivelse og spørgeskema: Plejehjemsleder Connie Engelund, klinisk uddannelsesansvarlig Ulla Knudby og videnscenter konsulent Lisbet Due Madsen Skrevet til interesserede Udgivet: August 2006</p>	<p>2002 er steget med 21 %, samtidig med beboerne i perioden i gennemsnit har levet 13 måneder kortere på plejehjem.” ”Mange af de ældre er meget syge, når de kommer til plejehjemmet.” ”Mange kender ikke beboerens ønsker og behov for den sidste tid, idet 67 % ved ikke nok om det, som er vigtigt for den døende beboer, og 81 % svarer at de ikke ved nok om beboerens livshistorie.” ”Undersøgelsen viser, at en del af personalet har gode erfaringer med at præsentere plejehjemmets målsætninger allerede ved indflytning for de beboere og pårørende,</p>	<p>behov og ønsker imødekommes, men det viser sig at kommunikationen om dette, ikke altid fungerer, og relationen mellem pårørende og personale langt fra er ideel.” ”Pårørende kan have urealistiske forventninger til den omsorg, der kan ydes, eller de kan mangle tillid til at personalet kan yde den omsorg, beboeren har brug for. En fælles afklaring og forståelse er vigtig for at samarbejdet skal være til den ældres fordel.” ”I undersøgelsen taler personalet om uafklarede</p>	<p>uddannelse.” ”87 % føler sig sjældent magtesløse i mødet med den døende beboer, og 81 % er sjældent usikre på sig selv omkring mødet med døden.” ”Mange har ikke svært ved at tale med andre om deres følelser og reaktioner (77 %), og mange mener at personalet hjælper hinanden ved svære og vanskelige forløb (73 %). ”For at afslutte et forhold til en beboer, skal personalet også være forberedt på dødsfaldet.” ”Selvom personalet ikke synes, det burde komme bag på dem, så opleves det meget ubehageligt, at komme ind til en beboer som er død.” ”Nogle giver udtryk for at ville være til stede, når</p>	<p>vidensudvikling omkring den palliative indsats overfor de ældre, på trods af langt flere mennesker dør på plejehjemmene.” ”Personalet er meget opmærksomt på vigtigheden af ritualer i forbindelse med dødsfald i afdelingen.” ”Ritualer kan medvirke til afslutte mødet med død og lidelse, og gøre personalet klar til at møde en ny beboer.” ”Terminale plejeplaner er planer lagt sammen med pårørende og beboeren, om ønsker og håb for den sidste tid og disse ligger sammen med sygeplejefjournalen og udfyldes løbende.” ”Resultaterne viser, at personalet mener, det er et vigtigt arbejdsredskab i plejen af den terminale beboer.[...] og at den ved</p>	<p>læger og pårørende, har et indre skræmmebillede af, at det at dø af tørst, forbinder man med en pinefuld død.” ”Der har igennem mange år været perioder, hvor mediernes fokus på negative episoder på plejehjem bliver slået stort op.”</p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
	<p><i>og herunder målet om at "Beboeren får en værdig død".</i></p> <p><i>"Resultaterne viser, at 65 % usikre på hvornår beboeren er terminal og hvornår plejeplanen sættes i gang."</i></p> <p><i>"Symptomerne man observerer hos beboeren er afgørende for, hvornår man beslutter at beboeren er terminal."</i></p> <p><i>"Døende og gamle mennesker kan have brug for åndelig omsorg og kan have et behov for eksistentielle og religiøse samtaler.[...] kan beboerens behov blive overset"</i></p> <p><i>"Der er et stort behov for at forbedre smertebehandlingen hos beboere på</i></p>	<p><i>pårørende og pårørende med dårlig samvittighed."</i></p> <p><i>"Personalet i undersøgelsen oplever at samarbejdet med pårørende er vanskeligere, såfremt der er komplicerede relationer i familien."</i></p>	<p><i>det sker, for at sikre sig, at beboeren ikke har været bange eller haft ondt, og for at afslutte forløbet."</i></p> <p><i>"En anden faktor [...], er at undgå uværdige oplevelser og uværdige forløb med beboerne."</i></p> <p><i>"Disse svar kan hænge sammen med deltagerens sammensætning med en høj gennemsnitsalder på de adspurgte, hvilket betyder en personlig modenhed og erfaring med tab og kriser."</i></p> <p><i>"Ydermere at der er en ledelse, som giver plads til personalets behov for at tale om vanskelige forløb, og giver mulighed for støtte og vejledning."</i></p> <p><i>"Når personalet sammen med lægen diskuterer og beslutter en plan for smertebehandling og noterer dette i</i></p>	<p><i>at blive udarbejdet og anvendt korrekt, kan forebygge mange problemer for beboere og pårørende."</i></p> <p><i>"Resultaterne fra undersøgelsen viser, at personalet gør sig overvejelser om beboerens hospitalsindlæggelse og beboerens værdighed. Diskussionen om værdighed er vigtig hele tiden blandt personalet. Hvad er værdighed? Hvornår er det en værdig død? Disse er spørgsmål, som vi ud fra vores kendskab til beboeren og vores faglige viden og erfaringer, fortsat må diskutere."</i></p> <p><i>"Disse resultater vil kunne medtænkes i en planlægning af et undervisningsforløb af ansatte på plejehjem."</i></p> <p><i>"Overordnet understreger</i></p>	

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesætten af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
	<p><i>plejehjem, og især i den sidste tid de lever. I denne undersøgelse oplever personalet, at terminale beboere har smerter, og at terminale beboere kan mangle smertemedicin i weekender og vagter.”</i></p> <p><i>”Da mange af disse beboere ikke kan give udtryk for den subjektive smerte, skal personalet derfor lære, hvilken andre symptomer og signaler der kan være på smerter.”</i></p> <p><i>”mange beboere lider af åndenød i den terminale fase, og mange vil derfor plages af angst, panik og smerter i den sidste tid, såfremt personalet ikke yder en kompetent pleje og behandling.”</i></p>		<p><i>plejeplanen, viser resultaterne at personalet oplever tryghed omkring plejen af den terminale beboer med smerter.”</i></p> <p><i>”En stor del af personalet i undersøgelsen havde ikke kendskab til beboerens ønsker og håb for den sidste tid. Derved kan omsorgen blive mangelfuld og tilfældig, og medføre en manglende åbenhed, som gør døden tabubelagt og blufærdig.”</i></p> <p><i>”Personalet som er usikre på beboernes åndelig behov, [...], mangler tilsyneladende kommunikative redskaber til nænsomt at spørge ind til disse personlige områder hos beboeren.”</i></p> <p><i>”Personalets egen usikkerhed og angst</i></p>	<p><i>undersøgelsen, at der er mange udfordringer og krav til personalet, for at de kan give den ældre på plejehjem en kvalificeret pleje og behandling og dermed en værdig livsafslutning.”</i></p> <p><i>”Først og fremmest vil en evaluering af de terminale plejeforløb blandt personalet, medføre en diskussion om, hvad der var godt, og hvad der var mindre godt, og dermed give en mulighed for at forbedre indsatsen næste gang.”</i></p> <p><i>”Nedskrevne standarder og procedurer kan modvirke en tilfældig pleje, og kan hjælpe personalet til at tackle det, der opleves svært i den terminale pleje.”</i></p> <p><i>”Evaluering, standarder og plejeplaner er tiltag, som kan medvirke til en</i></p>	

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesætten af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
	<p>Dødsrallen: ”Dette er et meget ubehagelig lyd for både pårørende og personale, men der stilles spørgsmålstejn ved, om det er mere plagsomt for pårørende og personale end for beboeren selv, som ofte er svækket på dette tidspunkt.”</p> <p>”Den terminale beboer kan opleve tørst og mundtørhed, som kan klares med hyppig mundpleje, og den terminale dehydrering kan være en fordel for beboeren, som derved undgår overhydrering og væskeansamlinger.”</p>		<p>overfor død og lidelse kan påvirke samarbejdet med pårørende til terminale beboere, ved at personalet ikke er nærværende og deltagende overfor de pårørende.”</p>	<p>kvalificeret pleje.”</p> <p>”Denne undersøgelse tydeliggør den mangelfulde tværfaglige indsats overfor døende på plejehjem.”</p>	
<p>Artikel 5 Forestillinger og erfaringer om hverdagen tæt på</p>	<p>”Beboere oplever døden privat og intim at tale om. De forholder sig helst til</p>	<p>”Det, som familierne ofte taler om, er praktiske forhold i forbindelse</p>	<p>”Personalet synes, det er vanskeligt at få taget hul på en proces, hvor man får indblik i beboernes</p>	<p>”Projektet drejer sig om at skabe viden om døden i hverdagen på plejehjem ud fra beboeres og pårørendes</p>	<p>”Der er ingen tvivl om, at alle aktørgrupper synes, at det er vanskeligt at forholde</p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
<p>døden – en rapport om projektets del I Skrevet af: Mette Raunkiær, lektor ph.d. Sygeplejeuddannelse n København. Interviewene og observationerne er foretaget af Margit Schrøder, cand.cur og Mette Raunkiær. Projektgruppen består af: Helle Timm, videnscenterleder; Ulla Gars Jensen, lektor, cand.scient.soc.; Margit Schrøder, lektor, cand.cur; Lisbeth Due Madsen, udviklingskonsulent, cand.cur. og Mette Raunkiær. Skrevet til interessanter inden</p>	<p><i>egen død med nære pårørende, og når det sker, foregår det ofte mere tilfældigt.”</i> <i>”Samtidig udtrykker alle tre aktørgrupper – og især beboere – krav til kvaliteten i relationer mellem de døende beboere og de personer, som er omkring den døende.”</i> <i>”De fleste beboere og pårørende ønsker fortrinsvis at blive orienteret om en anden beboeres død eller alvorlige sygdom, hvis de har et særligt forhold til den afdøde.[...] Ellers foretrækker langt de fleste beboere ritualer, som det er muligt at vælge til og fra.”</i></p>	<p><i>med døden, og ønsker om disse forhold bliver sjældent skrevet ned.”</i> <i>”Nogle pårørende har oven i købet en forventning om at ansatte på plejehjem repræsenterer ekspertviden.”</i></p>	<p><i>ønsker og behov i forbindelse med døden. Der er ingen tvivl om, at skal professionelle overskride denne grænse, stiller det krav om nænsomhed.”</i> <i>”Alt i alt stiller dette krav til faglige og personlige kompetencer i personalegruppen; krav om kendskab til beboere og pårørende; krav om tillid mellem alle tre parter og ikke mindst tid til at være og tale sammen.”</i> <i>”Samtidig udtrykker flere ansatte, at de mangler klinisk viden om døden.”</i> <i>”Der er ingen tvivl om at skal professionelle ansat på plejehjem leve op til egne og brugernes forventninger, så kræver det tiltag, som kan medvirke til at udvikle personalets faglige</i></p>	<p><i>perspektiv.”</i> <i>”Dvs. det er ikke tilstrækkeligt, at der uddannes nogle eksperter på plejehjem, som besidder ekspertviden. Derimod er der tilsyneladende brug for at løfte det faglige niveau mere bredt i personalegruppen.”</i></p>	<p><i>sig til og tale sammen om beboernes død.”</i> <i>”Døden på plejehjem er en hændelse, der både tilhører et privat rum, og samtidigt er et anliggende for personalet.”</i> <i>”At tale om at forholde sig til døden er også et spørgsmål om timing.”</i> <i>”Det er en vanskelig situation at håndtere, når kisten køres gennem afdelingens fælles rum og væk fra afdelingen. Beboerne oplever det voldsomt; orienteres sjældent og inviteres ikke med til den ceremoni, som personalet afholder.”</i></p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
for pleje af ældre døende. Udgivet: marts 2008			<p><i>kompetencer, således de kan handle og begrunde handlinger.”</i></p> <p><i>”Men døden indebærer også mere overnaturlige forestillinger i personalegruppen. Disse kan være væsentlig at bearbejde, således døden, bliver en hændelse, som de fleste fagligt og personligt kan håndtere.”</i></p> <p><i>”Det monofaglige og tværfaglige samarbejde, synes også at kunne forbedres.[...] Men også samarbejdet til egen læge, ergoterapeuter, fysioterapeuter og præst har brug for at skærpes.”</i></p> <p><i>”Ligesom vi generelt i vores kultur har brug for ritualer og rutiner i forbindelse med døden, så har plejehjemmenes aktører også behov for dette, når en beboer</i></p>		

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
			<p><i>dør.”</i> <i>”Når personalet taler om ritualer i forbindelse med dødsfald, så omhandler disse fortrinsvis om håndtering af den døde krop (”at gøre i stand”), hvad der sker, når kisten køres ud af afdelingen og deltagelse i begravelse/bisættelse.”</i></p>		
<p>Artikel 6 ”Livets endestationer og dødens rum – om dødens steder og ikke-steder Plejehjemmet: den langsommelige død” Skrevet af Michael Hviid Jacobsen, sociolog, ph.d., lektor ved Aalborg Universitet Kapitel fra bogen Dødens mosaik, s.110-115</p>	<p><i>”Langt den overvejende del af beboerne på et plejehjem vil adskillige gange – afhængigt af varigheden af deres ophold – opleve døden indtræffe for naboen.”</i> <i>”Herigennem fik jeg indblik i, hvordan der i løbet af de senere år tilsyneladende er sket en ændring i plejehjemsbeboernes holdning til døden.”</i> <i>”De ansatte meddelte</i></p>		<p><i>”... mindre end 5 % af de ansatte selv ønskede at leve deres sidste år på en sådan institution.”</i></p>	<p><i>”Døden prioriteres højt på de fleste plejehjem, da det netop er en uundgåelig hændelse og en del af den institutionelle eksistensberettigelse.”</i> <i>”Her er døden det forventede udfald på en beboeres ophold.”</i> <i>”Plejehjem er, og har i den offentlige bevidsthed ry for at være, en form for dødsstationer.”</i> <i>”På mange, men bestemt ikke alle plejehjem i Danmark [...] synger den døde ud.”</i></p>	<p><i>”... men døden bliver aldrig en rutine på et plejehjem.”</i> <i>”Det er muligvis et generelt udtryk for, at døden på plejehjem for mange forekommer at være endnu værre end hospitalsdøden, da beboerne tilsyneladende blot sidder og venter på at dø, mens døden langsomt og sikkert sniger sig ind.”</i> <i>”Få har indtil nu i en sociologisk ramme undersøgt livet og</i></p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesætten af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
Udgivet 2001 Skrevet til offentligheden med interesse om døden	<i>mig, at beboerne oftere nu end tidligere gav udtryk for et ønske om at blive begravet i egne klæder i stedet for det sædvanlige ligklæde. Samtidig var der også en tendens til at begravelsesceremonie rne blev aftalt på forhånd, således at både de ansatte og de pårørende viste hvad der skulle foregå.”</i>			<i>”Derfor er døden et mere hyppigt forekommende fænomen på plejehjemmet og gennemsyrrer såvel beboernes bevidsthed som de strukturelle forhold.” ”Et plejehjem er, som ordet antyder, et forsøg på at skabe en forlængelse af hjemmet – eller illusionen herom – og et sted, hvor pleje er i højsædet.” ”De mange sager om omsorgssvigt har ikke bidraget til at gøre de i forvejen lidet ansete plejehjem mere populære. Der er utvivlsomt mange plejehjem, hvor de ældre har optimale vilkår, og hvor der er mange mennesker, der dagligt arbejder hårdt og inderligt for at gøre de ældres sidste måneder eller år til en god og positiv oplevelse.” ”Den totale institution er et sted, hvor de mennesker,</i>	<i>døden på et plejehjem, og på dansk grund foreligger der så vidt vides ingen dyberegående undersøgelser.” ”Udsyngningen er en måde at vise den afdøde den sidste respekt på.” ”At synge den døde ud er en måde både at acceptere døden på, samtidig med at man så at sige – såvel symbolsk som konkret- renser luften og går videre med livet.” ”Døden er en faktor, man hele tiden skal regne med, og som man ikke kan gøre synderligt ved.” ”At døden er institutionel og foregår i fremmede omgivelser, betragtes derimod som noget negativt.” ”Men man kan på det</i>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
				<p><i>der befinder sig der, stort set er afskåret fra omgivelserne og følger en daglig rutine, der er tilrettelagt til punkt og prikke ud fra en institutionens formålsparagraffer.”</i></p> <p><i>”Den totale institution har sin egen indre logik, som betyder, at de mennesker, der opholder sig inden for dens rammer, med tvingende nødvendighed er underlagt dens logik.”</i></p> <p><i>”Plejehjemmet er et af de dødens rum, hvor vi aldrig må glemme, at selv om mennesker dør her, så lever de her i endnu højere grad.”</i></p>	<p><i>mere principielle plan stille sig det spørgsmål [...] om det i det hele taget er statens opgave at sørge for en værdig afslutning på livet for sine borgere? I en tid, hvor velfærdsstaten følger os fra kuvøse til kiste, er det vel næppe mærkeligt, at vi i dødens stund også er lagt i hænderne på ofte fremmede mennesker i upersonlige rammer.”</i></p> <p><i>”Intet menneske må betragtes som dødt, så længe det stadig lever.”</i></p>
<p>Artikel 7 ”Pleje og omsorg ved livets afslutning” Skrevet af Margareth Bondevik,</p>	<p><i>”At skulle dø indebærer således forskellige former for tab, der er uafhængig af kronologisk alder, så som tab af krop,</i></p>	<p><i>”Skal den sidste tid blive så god som muligt for den døende, er det vigtigt også at tage hensyn til og søge at</i></p>	<p><i>”Pleje af døende er en kompleks form for grundlæggende sygepleje, som forudsætter både generelle og specifikke</i></p>		<p><i>”Døden kan være fredfyldt og ventet, eller den kan være brutal og uventet.”</i></p> <p><i>”Målet for pleje og omsorg er uanset</i></p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
<p>sygeplejerske og dr.polit. ansat som amanuensis ved Bergens Universitet Oversat og bearbejdet til danske forhold af Marianne Hjortsø, sygeplejerske, cand.mag. ansat ved Professionshøjskolen Metropol Kapitel i bogen Tværfaglig geriatri – en indføring, s. 183-192 udgivet 2007. Skrevet til sygeplejestuderende og andre studerende på de mellemlange videregående sundhedsuddannelser</p>	<p><i>selvkontrol og identitet, tab af mulighed for at give omsorg til nærtstående andre, tab af samvær med familie og venner og tab af muligheder for at fuldføre planer.”</i> <i>”... så opfatter mange ældre døden som en naturlig biologisk afslutning på et langt liv. Alligevel kan gamle mennesker opleve deres liv som lige så unikt, værdifuldt og umisteligt som yngre mennesker kan gøre. Det er deres eget og eneste liv.”</i> <i>”Litteraturen som omhandler livets afslutning, viser, at den sidste tid kan indebære store fysiske, psykiske, sociale og</i></p>	<p><i>varetage de pårørendes behov.”</i> <i>”Miljøet skal tilrettelægges således, at de pårørende kan være sammen med den døende i den udstrækning, de og patienten ønsker det.”</i> <i>”Mange pårørende oplever hjælpeløsheden over ikke at kunne gøre noget som det værste.”</i> <i>”Åbenhed om døden er vigtig, for at familien kan tage afsked på en god måde, men information til patienten og pårørende må foregå i takt med deres evne til at mestre situationen.”</i></p>	<p><i>kompetencer på flere områder.”</i> <i>”Plejepersonalet, som er nær den døende, må være gode observatører for at opfange individuelle fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle behov. Det er vigtigt at varetage hvert enkelte behov for at sikre helheden i plejen, men også at vide, at de enkelte behov påvirker både hinanden og helheden.”</i> <i>”Den fysiske pleje og omsorg for et døende menneske har til hensigt at øge velværet og lindre fysiske lidelser.”</i> <i>”Omsorg for døende omfatter størst mulig grad af forståelse for patientens totale smerteoplevelse...”</i> <i>”Det er sygeplejerskens ansvar at observere behov for smertelindring</i></p>		<p><i>dødslejets forløb at bidrage til at gøre den sidste del af livet bedst muligt for den døende.”</i> <i>”At dø med fred og værdighed er både en nedskreven rettighed og et håb, som mange har.”</i> <i>”Respekt handler om ærbødighed og agtelse.”</i> <i>”Ensomhedsfølelsen er stærkt tilknyttet til det at måtte give livet fra sig, og denne ensomhed kan ingen fjerne, heller ikke selvom patienten er omgivet af sine nærmeste. Sorgen over at livet ebber ud, kan forstærke ensomhedsfølelsen.”</i> <i>”Når døden er indtrådt, skal de pårørende have den tid, de har brug for, til at tage afsked med den døde.”</i></p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
	<p><i>eksistentielle belastninger for den døende selv og for familie og venner og andre nære personer.”</i></p> <p><i>”Mange frygter selve dødsprocessen og det, den kan medføre. Det kan være afhængighed, uværdighed og smerter, at blive forladt og afvist af sin familie, at dø alene, eller det kan være tanker om, hvordan skæbnen vil være på den anden side.”</i></p> <p><i>”Undersøgelser viser, at mange døende føler sig alene med deres tanker, bekymringer, frygt og håb vedrørende eksistentielle spørgsmål.”</i></p> <p><i>”Smerter omfatter frem for nogen anden</i></p>	<p><i>”Det er ofte nødvendigt og vigtigt at aflaste de pårørende.”</i></p>	<p><i>og rapporterer dette, således at patienten ikke lider unødigt.”</i></p> <p><i>”Pleje af døende må ikke blive rutine, og plejens betydning må ikke undervurderes.”</i></p> <p><i>”Mange døende oplever, at synssansen svækkes. [...] hørelsen derimod svækkes ikke, eller kun i ringe grad. [...] en god mundpleje er væsentlig. [...] Det er en kunst, og det kræver stor viden at kunne tilpasse væske- og ernæringstilførelsen til det gamle, døende menneskes behov.[...] Obstipation er en plage for mange døende. [...] Døende patienter kan lide af åndenød.”</i></p> <p><i>”Plejen af døende gamle mennesker er kompliceret, men den må ikke gøres så</i></p>		

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
	<p><i>tilstand hele mennesket og påvirker personen fysisk, psykisk, socialt og eksistentielt.”</i></p> <p><i>”Et døende menneske kan opleve de forskellige former for smerte samtidig.”</i></p> <p><i>”Angst, depression, følelse af at være overflødig og en byrde for andre kan sammen med de fysiske gener blive så overvældende, at håbløsheden kan tage overhånd.”</i></p> <p><i>”Nogle patienter forsøger at skjule deres sorg for at skåne deres omgivelser[...]</i></p> <p><i>Andre patienter kan føle sig mæt af dage og håber snart at slippe herfra”</i></p> <p><i>”I relation til de eksistentielle behov oplevede patienterne,</i></p>		<p><i>kompliceret, at man glemmer den grundlæggende sygepleje.”</i></p> <p><i>”Plejepersonalet må bidrage til at lindre den enkeltes sociale smerte i størst mulig grad.”</i></p>		

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
	<i>at de kun i ringe grad fik mulighed for at tale med sygeplejerskerne om disse behov, hvilket bidrog til deres følelse af fortvivlelse.”</i> <i>”Også gamle mennesker kan udtrykke håb om at opleve endnu en sommer med blomster, træer, farver, dufte og lys.”</i>				
Artikel 8 ”Livsafslutningen” Skrevet af Axel Engberg Pallesen, læge Kapitel i bogen ”Sidste kapitel – psykologi og pædagogik i ældreplejen” s. 177-188 Udgivet 2003 Skrevet til social- og sundhedsuddannelserne	<i>”Alvorlig sygdom eller død kan også for et gammelt menneske være en belastende og angstfyldt proces.”</i> <i>”Men nogle gamle dø alene og uden den kærlige omsorg, der burde være en selvfølgelighed i vores rige samfund.[...] en konsekvens af de gennemgribende ændringer i samfundsstrukturen,</i>		<i>”Det kræver tid, mod og engagement at give den nødvendige faglige og menneskelige støtte.”</i> <i>”Men selvfølgelig kan man som professionel omsorgsgiver ikke undgå at blive følelsesmæssigt påvirket af situationen, når man kommer tæt på.”</i> <i>”Dødsprocessen er en adskillellesproces der kan være frygtelig ensom. Men ensomheden</i>	<i>”Hospice-holdningen er i dag indført på nogle plejehjem, hvor personalet opfatter den døende gamle og de pårørende som en enhed, hvis fælles behov bestemmer indsatsen.”</i> <i>”Et nøglebegreb i plejen af døende er empati.”</i>	<i>”Der er ikke brug for at romantisere tidligere tiders dødslejer, som ikke lever op til vores glansbilledagtige forestilling, men hvis upersonlighed og anonymiteten på institutionerne overtager ansvaret for den døende, er det med til at rette vores frygt fra selve døden over mod dødsprocessen.”</i> <i>”Miljøet og</i>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
	<p><i>hvor familien ikke længere nødvendigvis har ansvar for de gamle og varetager de naturlige omsorgsopgaver.”</i> <i>”Ikke sjældent oplever man på plejehjem, at døende trækker sig ind i sig selv, nægter at spise eller kommunikere, ligefrem vender sig mod væggen og lægger sig til at dø. Det er et bevidst valg, livet har ikke mere at byde, livsgnisten og håbet er væk.”</i> <i>”Den gamles oplevelse af selve dødsprocessen er afhængig af, om det i alderdomsfasen er lykkedes at opleve, at man har haft et formål med livet, og at det er lykkedes så godt, som</i></p>		<p><i>kan afhjælpes, hvis personalet har følelsesmæssigt overskud til at være nærværende, hensyntagende og lyttende.”</i></p>		<p><i>kommunikationen omkring et dødsleje blev lukket, og den døende og de pårørende blev informeret på forskelligt niveau, hvilket ofte resulterede i et komediespil af fortielse og bidrog til, at den døende blev isoleret fra omgivelserne i en atmosfære af falsk trøst og oplevede, at hans klager blev bagatelliseret af omgivelserne.”</i> <i>”Medvirkende til den positive udvikling af plejen af døende i de seneste år har været den engelske hospice-ideologi.”</i> <i>”Den sociale død er velkendt fra plejehjem og er karakteriseret ved, at omgivelserne trækker sig tilbage fra den døende, og de</i></p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
	<p><i>det nu lod sig gøre.”</i> <i>”Jo ældre man er, og jo mere man føler at have fået sine livsmål opfyldt eller i det mindste at være tilfreds med det opnåede, jo nemmere er det at give slip på livet.”</i> <i>”Mange dør ”mætte af dage” og ofte uforudsigeligt. De findes døde i deres seng om morgenen, ikke sjældent uden forudgående klager.”</i> <i>”I de fleste tilfælde forløber livsafslutningen hos gamle stille og fredeligt.”</i> <i>”Hovedparten af plejehjemsbeboere lider af demens på forskellige stadier, og mennesker med demens udgør en</i></p>				<p><i>emotionelle bånd bliver løse.”</i> <i>”Den fysiologiske død betyder, at de vitale organer som hjerne og hjerte ikke virker længere.”</i> <i>”Den biologiske død betyder, at et egentlig menneskeliv er ophørt, dvs. der er hverken bevidsthed eller nærværd.”</i> <i>”Udtrykket en naturlig død godkendes imidlertid ikke som dødsårsag på en dødsattest. En naturlig død er som begreb både ulogisk, kontroversiel og paradoksal.”</i> <i>”Et gammelt menneskes død kan være naturlig, en logisk afslutning på et langt liv. En naturlig død vil således være forbundet med en forestilling om en</i></p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
	<i>temmelig stor gruppe af døende. De kan kun i begrænset omfang give udtryk for deres ønsker og behov.”</i>				<i>passende død til tiden, og derved kan vi give døden et forsonende skær.” ”Vi trøster os ved tanken om, at døden i alderdommen er naturlig, og anlægger derved en leveværdighedsbetragtning for et andet menneskes liv, målt med de yngre og raskes alen.”</i>
Artikel 9 ”Afsked på 2. Klasse – om døden på danske plejehjem” Skrevet af: Karin Lykke Nielsen & Lea Brams Olesen bachelorer i sociologi og cand.mag’er i læring og forandringsprocesser . Har begge deltaget	<i>”Undersøgelsen viste, at tre fjerdedele af de afdøde forud for døden indtraf, var erklæret terminal.” ”Overordnet er det dog bemærkelsesværdigt, at så mange indlægges på trods af en terminalerklæring.” ”Disse tal rejser således spørgsmål om, hvorvidt den</i>	<i>”Der blev i den kvalitative undersøgelse fremhævet af personalet, at pårørende er meget vigtige i forhold til opfyldelsen af en værdig død. Personalet kunne agere som en substitut, men ikke som en decideret erstatning for</i>	<i>”... en af de hovedkonklusioner, vi drog, at der forekommer at være en mangel på standarder eller retningslinier for den terminale pleje, som plejepersonalet kan forholde sig til, når der er en døende beboer på plejehjemmet. Standarder er væsentlige for at undgå tilfældig pleje, og de bør fungere</i>	<i>”Ved udformningen af den terminale plejeplan kunne det være hensigtsmæssigt at konsulterer beboeren og de pårørende omkring planer og ønsker for den sidste tid allerede ved indflytningen på plejehjemmet, således at personalet var beredt, når beboeren indtrådte i den terminale fase.” ”Det er vores opfattelse, at det burde være muligt at opstille standarder eller</i>	<i>”Der findes ingen entydig definition af, hvad en værdig død indebærer.”</i>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
<p>i udarbejdelsen af Landsforeningen Liv & Døds rapport fra 2006</p>	<p><i>manglende fasttilknyttede læge og de manglende fastansatte sygeplejersker på plejehjem kan medvirke til forringelse af den terminale indsats.”</i> <i>”Det er beklageligt, at mange ældre er nødsaget til at blive flyttet i den sidste tid frem for at dø i trygge omgivelser og samtidig oplever unødige smerter i den sidste tid, der kunne have været undgået, såfremt personalet havde været udstyret med de fornødne kompetencer til at give lindrende pleje.”</i> <i>”I de tilfælde, hvor personalet havde kendskab til afdødes ønsker for den sidste</i> </p>	<p><i>familie.”</i> <i>”Personalet udtrykker i interviewene, at de bruger meget tid på de pårørende, bl.a. fordi nogle pårørende ikke anerkender, at der også er andre beboere at tage hensyn til.”</i> <i>”I spørgeskemaet fremkom det dog, at 96 % af de pårørende mentes at være tilfreds med forløbet omkring den terminale fase. Dette blev begrundet i personalets tilstedeværelse i den sidste tid. I denne sammenhæng skal det dog nævnes, at spørgeskemaet blev udfyldt af personalet og ikke de</i> </p>	<p><i>som et arbejdsredskab for personalet, så det sikres, at den døende plejes som ønsket.”</i> <i>”En plejeplan bruges til at planlægge og evaluere den individuelle pleje, og består af den enkeltes helhedssituation og mål for plejen samt den enkeltes døgn- og ugeplan.”</i> <i>”Slutteligt bør retningslinjerne også indeholde en evaluering af dødsfald.”</i> <i>”I den kvalitative undersøgelse havde kun halvdelen af de involverede plejehjem standarder for den terminale pleje af døende beboere, hvilket betyder, at plejen for hver anden terminalerklærede ældre på plejehjem kan risikere at blive tilfældig.”</i> <i>”Sat i rangorden</i> </p>	<p><i>retningslinier for den terminale pleje uden at standardisere dødsfaldene.”</i> <i>”Umiddelbart var indtrykket, at der var en manglende refleksion på plejehjemmene over, hvordan man sikre en værdig død.”</i> <i>”Den psykiske og sociale del af plejen kan forekomme mangelfuld, idet man ikke målrettet søger at komme psykiske tilstande som angst og nedstemthed i forkøbet gennem åbenhed og samtale eller har andre faggrupper med på råd, der kan hjælpe og vejlede i, hvordan man som personale eller pårørende kan håndtere dette aspekt ved dødsprocessen.”</i> <i>”Samtidig er det bemærkelsesværdigt, at der ikke gøres mere brug af frivillige.[...]frivillige er en</i> </p>	

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesætten af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
	<p><i>tid, kom denne information i omkring halvdelen af tilfældene fra beboeren selv, mens information derudover var afstedkommet gennem pårørende eller fra plejeplaner.”</i></p> <p><i>””Der er dem der ønsker at tale om det, og så er der dem, der ikke ønsker det, og det må man respektere.””</i></p>	<p><i>pårørende selv.”</i></p> <p><i>”Der var et generelt ønske om, at de pårørende var mere involveret i dødsprocessen, men, som det blev fremhævet, kan nogle pårørende være bange for at være alene med den døende og vil gerne have personalet i nærheden.”</i></p> <p><i>”Dette kan også skyldes, at de pårørende gennem kontakt med den døende bliver mindet om deres egen udødelighed.”</i></p>	<p><i>fremhævede personalet, at smerterne skulle være lindret, at man ikke skal være alene, at det skulle foregå på individets præmisser, at de individuelle ønsker skal opfyldes, at der er pårørende tilstede, og at der skal være åbenhed omkring døden.”</i></p> <p><i>”Vi fandt ud af, at personalet gør sig umage for at være der for den døende i den sidste tid og er mere omsorgsfulde.”</i></p> <p><i>”Der er således behov for efter- og videreuddannelse af det eksisterende personale, og samtidig at de vikarer, der arbejder inden for området, skal have et minimum af uddannelse på området.”</i></p>	<p><i>helt essentiel del af den palliative pleje, som tager hånd om hele mennesket og ikke bare fysiske behov, og det derfor burde benyttes i større omfang end nu.”</i></p> <p><i>”Som det ser ud på nuværende tidspunkt, er der en uoverensstemmelse mellem de manglende ressourcer og forestillingerne om en værdig død på plejehjem.”</i></p> <p><i>”Når personalet skal yde menneskelig omsorg, forudsætter dette et arbejdsmiljø uden stress.”</i></p> <p><i>”Den tværfaglige, palliative indsats, der finder sted på hospice, er stort set fraværende på danske plejehjem.”</i></p>	
Artikel 10 ”Et godt liv for svage ældre i den	<i>”Det viser sig, at de ældre svage flere gange har udtrykt, at</i>	<i>”Det viser sig, at til trods for at de ældre stræber efter at</i>	<i>”En forandring indfinder sig, og det opleves, at personalet træder</i>	<i>”Skiftende personale, måske uden erfaring, behersker ikke altid at</i>	<i>”Det undlades at snakke åbent om den forventede død, men det</i>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
<p>sidst tid på plejehjem” Skrevet af Ranneveig Gudnadóttir, sygeplejerske, cand.cur. Kandidatspeciale 2007</p>	<p><i>de er parate til at tage afsked med livet.”</i> <i>”Nogle ældre svage havner til sidst i en svær sygdomstilstand.[...] Det ser ud til, at nogle kæmper med en tilstand af svær lidelse, som opleves at være umulig at lindre.”</i> <i>”De ældre svage har ifølge de pårørende ikke fremsat formelle ønsker om behandling ved livets slutning. Men der fremkommer udsagn, der tyder på, at uformelle ønsker, hvor de blev udtalt, gav de pårørende nogle retningslinjer at holde sig til.[...]De ældre udtrykker sig på forskellige måder, hvilket personalet må fornemme med</i></p>	<p><i>bibeholde deres autonomi til daglig, overlader de ansvaret vedrørende afgørende beslutninger til pårørende.”</i> <i>”Det er svære overvejelser, de har, i en etisk vanskelig situation.”</i> <i>”... i den sidste tid opleves det betryggende for pårørende at være informeret og kunne samarbejde med personalemedlemmer, som viser, at de behersker pleje og omsorgen til de svage ældre.”</i> <i>”Pårørende oplever, at personalet viser omhu over for dem i den sidste tid, når de overvåger den svage ældre under</i></p>	<p><i>tydeligt ind i plejen og omsorgen til den svage ældre med en faglig ekspertise, og de pårørende giver ansvaret fra sig eller omvendt påtager sig yderligere ansvar.”</i> <i>””De bedste piger var til stede”. Denne udtalelse henviser til, at der også findes personalemedlemmer, som ikke behersker den faglige pleje og omsorg, der er behov for, i den sidste tid.”</i> <i>”Der ses et behov for fysisk og åndelig pleje og omsorg, som kræver, at personalet besidder faglige kundskaber og kommunikationsfærdigheder til at møde den svage ældre i dennes særlige situation.”</i> <i>”Det tager tid for personalet at lære den</i></p>	<p><i>møde de svage ældre i plejen og omsorgen på den støttende måde, den ældre har behov for i sine bestræbelser på at mestre situationen.”</i> <i>”Udtalelser tyder på, at der i den sidste tid ydes en særlig pleje og omsorg, hvor det opleves betryggende, at personalet er kommet til at kende den svage ældre godt.”</i> <i>”De ydre resurser med fagekspertise kan hæmme, at der ydes en kvalificeret, lindrende pleje og omsorg.”</i> <i>”Men der er også ydre forhold som personalebemanding, der fremstår som en hindring, og kan indvirke på, hvorvidt de svage ældre bliver tildelt den fornødne pleje og omsorg.”</i></p>	<p><i>antydtes dog, at der ikke ønskes videre behandling, når man er ved livets afslutning.”</i> <i>”Oplevelsen af, at den svage ældre får en stille afsked, når døden indtræffer, kan være noget, der anses som det bedste for den svage ældre i situationen. ”<u>De gjorde det meget hyggeligt, med dug og levende lys</u>”, hvor personalet formår at udvise omhu og værdighed ved afskedsstunden.”</i></p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
	<i>empati.” ”At de ældre svage ikke ønsker at lide, forstås som noget essentielt i behovet for pleje og omsorg ved livets slutning.” ”En del af at opleve sin værdi som menneske ser ud til at omfatte behovet for at fortsætte med det, der har været ens livsstil og vaner, i plejehjemmets rammer.” ”Deres sidste tid præges af de mangeartede sygdomme, som stiller forskellige krav til plejen og omsorgen.”</i>	<i>dødsprocessen.” ”Dog vidner udtalelser om, at der sometider mangler en gensidig respekt og forståelse mellem personale og pårørende.” ”Fra de pårørendes perspektiv er behovet for at flytte ansvaret fra dem selv til et fagligt kompetent personale særligt fremtrædende, når den allersidste tid er inde.”</i>	<i>svage ældre at kende, men over tid opnås en fortrolig kontakt, hvor gensidig respekt for individet er den røde tråd.” ”Fra et sygeplejefagligt perspektiv besidder personalet ikke altid de faglige færdigheder, der er behov for i den pleje og omsorg, der omfatter fysiske, sociale og åndelige aspekter.” ”Resultater fra interviewundersøgelsen peger på, at det ikke altid er tilfældet, at plejehjemspersonalet besidder faglig ekspertise med tekniske og kommunikative færdigheder.”</i>		
Artikel 11 ”Hvorfor gå til begravelsen?” Skrrevet af Kirsten		<i>”Ved begravelsen hilser vi på de pårørende for sidste gang, og de får</i>	<i>”Så Kirsten Andreasen tager sin egen afsked med de mennesker, hun har passet og er kommet</i>	<i>”Jeg synes ikke, den del af plejen er højt nok prioriteret i dag”, sige hun. Omsorgen og det</i>	<i>”Er det især sygeplejersker over 40, der finder det naturligt at gå til begravelsen og</i>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
<p>Bjørnsson, Journalist ved fagbladet Sygeplejersken Skrevet til medlemmer af DSR Udgivet: Blad nr. 15, 2007 Hvem udtaler sig: Medlemmer af DSR, om deres erfaringer med at gå til begravelse.</p>		<p><i>mulighed for at komme med kommentar til os. Det får vi stor anerkendelse for, både fra de pårørende og lokalbefolkningen.”</i></p>	<p><i>tæt på. Lukker døren og står et øjeblik på stuen, hvis den døde stadig ligger der, når hun kommer på arbejde. Men hun savner en fælles holdning.”</i> <i>”En sygeplejerske fra et stort ældrecenter fortæller, om hvordan hun fik en overhaling af et par kollegaer, da hun gik til en beboers begravelse.”</i></p>	<p><i>menneskelige. At få en god afslutning på livet.”</i> <i>”Men der er ikke tradition for, at personalet deltager i begravelser. Man snakker ikke om det, og der er heller ikke ritualer i forbindelse med dødsfaldet, som f.eks. at synge den døde ud fra stuen.”</i> <i>”For mig er det også naturligt, at man hejser flaget på halv, når en beboer er død. Men det var heller ikke velset: Så kan man jo hejse flaget på halv hele tiden, syntes de.”</i> <i>”I dag er der klare linjer: Man går ikke til begravelser. Plejepersonalet tager afsked med beboeren ved udsyngningen, når kisten bliver kørt til rustvognen.”</i> <i>”... har man været gennem lignende overvejelser og er nået til et andet resultat: Når en beboer dør, sender</i></p>	<p><i>sige farvel på den måde? Det oplever i hvert fald Kirsten Andreassen, der er sygeplejerske i fast nattevagt i et kommunalt aflastnings- og plejeafsnit i Ribe.”</i></p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
				<p><i>plejehjemmet altid en repræsentant og en bårbuket til begravelsen.”</i> <i>”Hun fortæller, at det foregik mere tilfældig før i tiden. ”Og hvis det var en rar beboer, var der måske en hel flok, der gerne ville af sted, ”[...] ”Det kunne let blive uprofessionelt, og det kunne jeg ikke stå inde for som leder. Der er jo økonomi i det, når man får løn for at gå.”</i> <i>”Den primære og sekundære kontaktperson aftaler selv, hvem der går, det behøver jeg slet ikke at blande mig i.”</i></p>	
<p>Artikel 12 ”En fredelig død skal sikres i journalen” Skrevet af Kirsten Bjørnsson, Journalist ved fagbladet Sygeplejersken Skrevet til</p>		<p><i>”Og selvom der er skrevet livstestamente, eller der er pårørende tilstede, som ikke ønsker genoplivning, skal der stadig en læge til at tage den konkrete</i></p>	<p><i>”Men selv om sygeplejerskens faglighed siger hende noget andet, er hun nødt til at genoplive, når en gammel meget syg patient får hjertestop – medmindre der er taget lægelig stilling på</i></p>	<p><i>”Men som plejepersonale skal vi hjælpe os selv ved at tage spørgsmålet op – altid først med patienten, hvis det er muligt, men også med de pårørende.”</i> <i>”Konflikten mellem ønsket om en fredelig død og forpligtelsen til at handle er</i></p>	<p><i>”Vi må have modet til at bevæge os ind på emnet på en respektfuld måde, så i kender det gamle menneskes og de pårørendes holdninger. Og så er det en del af et godt tværfagligt samarbejde, at man får</i></p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
medlemmer af DSR Udgivet: Blad nr. 15 2008		<i>beslutning.”</i>	<i>forhånd og gjort notat i journalen om, at der ikke skal genoplives. For en beslutning om at undlade genoplivning er det kun en læge, der kan tage.” ”Der skal være en grundig instruktion af sygeplejersker, så de ved, hvad de skal gøre i en situation med hjertestop.”</i>	<i>et fælles problem for faget.[...] Derfor er det vigtigt, at vi får taget de svære samtaler med borgerne og patienterne i tide.[...] Det er altid vanskeligt at finde det rigtige tidspunkt. Men min erfaring er, at det handler om at gribe situationen, når den er der, og turde gå ind i den.”</i>	<i>tingene skrevet ind i journalen.”</i>
Artikel 13 ”Dødshjælp eller hjælp til at leve” Skrevet af Hanne F. Mortensen, Sygeplejelærer og formand for Det Sygeplejeetiske Råd. Skrevet til medlemmer af DSR Udgivet: Blad nr. 48 2003	<i>”Den døende bør have mulighed for at være bekendt med reglerne for, at pårørende kan tage beslutninger på deres vegne, hvis de ikke selv er i stand til det. Derfor er det vigtigt, at man får fortalt sine pårørende, hvad man ønsker, hvis/når man mister evnen til at tage beslutninger.”</i>	<i>”Palliativ omsorg omfatter støtte til familien undervejs og efter dødsfaldet.”</i>	<i>”Palliativ omsorg bekræfter livet og betragter døden som en naturlig proces. Det betyder f.eks., at sygeplejersker er med til at skabe rammer for en god hverdag, hvor den døendes særlige vaner og behov tænkes med i plejen.” ”Palliativ omsorg hverken fremskynder eller udsætter døden, men lindrer smerter og</i>		<i>”Døende skal have reelle muligheder for at vælge mellem hospice, sygehus, plejehjem eller at dø hjemme.”</i>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
			<p><i>andre plagsomme symptomer. Palliativ omsorg støtter den døende i at leve så aktivt som muligt, indtil døden indtræffer, og yder hjælp, så den døende kan bruge sine kræfter på det, han mest ønsker.”</i></p> <p><i>”Der er dokumenteret et stort uddannelsesbehov hos læger og sygeplejersker inden for palliativ pleje og behandling både i den primære og sekundære sektor.”</i></p>		
<p>Artikel 14 ”Danske plejehjem svigter døende” Skrevet af Britta Søndergaard, Journalist ved fagbladet Sygeplejersken. Skrevet til medlemmer af DSR</p>			<p><i>”Vores projekt har skabt arbejdsglæde og faglig stolthed, og de ansatte er blevet bevidste om at fokusere på beboerne og deres problemer. Men mere generelt er der ingen tvivl om, at hele plejehjemssektoren trænger til at kæmpe</i></p>	<p><i>”Værdighed. Oprust fagligheden og ansæt flere sygeplejersker på landets plejehjem. Sådan lyder opfordringen på baggrund af en ny undersøgelse.”</i></p> <p><i>”Undersøgelsen ”Døden på plejehjem” viser, at fire femtedele ad de døende på plejehjem har oplevet gener</i></p>	<p><i>”På baggrund af undersøgelsen foreslår foreningen (Liv & Død), at der sker en faglig oprustning, så der knyttes læger med specialviden om alderdomssygdomme og lindrende pleje til alle plejehjem. ”Efter</i></p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
<p>Udgivet: Blad nr. 23, 2006 Hvem udtaler sig: Connie Engelund, chefsygeplejerske og vicedirektør i Holmegårdsparken Landsforeningen Liv & Død Margit Schrøder, sygeplejerske, cand.cur. Sygeplejelære</p>			<p><i>fagligt løft,” siger chefsygeplejerske og vicedirektør i Holmegårdsparken, Connie Engelund.”</i></p>	<p><i>af fysisk eller psykisk art ved livets afslutning, og at døden er et tabubelagt emne på mange plejehjem.”</i> <i>”Det mest alarmerende er, at der er så få faglige ressourcer på plejehjemmene. Selv om det er meget komplekst at passe døende patienter...”</i> <i>”Nedskrevne standarder er helt nødvendige for at modvirke tilfældig pleje, siger hun. (Margit Schrøder, cand.cur.) ”Hvis indsatsen for de døende skal forbedres, er det ifølge Margit Schrøder afgørende, at de faglige kompetencer styrkes. Derfor bliver vi nød til at spørge, hvad der skal til for at få sygeplejersker tilbage på plejehjemmene. Her mener jeg uddannelsesinstitutionerne og fagforeningerne har et stort ansvar for at øge</i></p>	<p><i>plejebesøgen er lægerne blevet bange for at give smertestillende. Derfor er vi faktisk nået derhen, hvor det er svært for mange døende at få den lindrende behandling, de har brug for, ”...”</i> <i>”Holmegårdsparken nord for København er et af de plejehjem, der forsøger at forbedre plejen af døende. Samtlige 300 ansatte har modtaget undervisning, som overfører den viden, der er udviklet på hospice til plejehjemsregi. Samtidig har plejehjemmet fået lavet aftale med de praktiserende læger, så det altid er muligt at skaffe lindrende medicin. Resultatet af</i></p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
				<i>prestigen og interessen for ældreplejen blandt sygeplejersker.”</i>	<i>indsatsen har bl.a. været, at antallet af akutte vagtlægesøg er faldet markant, og at afslutningen på livet føles mere værdig for pårørende og ansatte.”</i>
<p>Artikel 15 ”Døende må vente på smertestillende medicin” Skrevet af Gretelise Holm, Journalist ved fagbladet Sygeplejersken Skrevet til medlemmer af DSR Udgivet: Blad nr. 36, 2000 Hvem udtaler sig: Mette Braagaard, sygeplejerske på plejehjem. Jens Parker, lægevagtschef i København Charlotte Jensen,</p>	<p><i>”Plejebo-sagen har gjort systemet omkring smerteplagede og terminale patienter så nervøst, at nogle patienter må lide unødigt når de skal dø.”</i></p>		<p><i>”Mens sagen stod på og umiddelbart efter, kunne vi ikke få lov at smertedække de døende og gamle for vagtlægen. De var restriktive muligvis fordi de selv var nervøse. [...] Det er blevet lidt bedre, som tiden er gået, men vi kan stadig have problemer,” siger Mette Braagaard” ”... sygeplejersker, der arbejder med smerteplagede og døende mennesker, bliver sat i alvorlige dilemmaer, fordi der er svært at se patienter lide unødigt.” ”Med hensyn til de</i></p>	<p><i>”Det er blevet sværere at smertedække terminale patienter, fordi sundheds- personalet er blevet mere forsigtigt og plejehjemmenes nødbeholdninger af medicin afskaffet, fortæller sygeplejersker og personale på plejehjemmene.” ”... opstamningen af reglerne omkring plejehjemmenes håndtering af medicin betyder, at smerteplagede gamle mennesker ofte må vente længere og betale dyrt for at få lindring.” ”Nogle af dem fortæller også, at de nu og da omgår</i></p>	

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
hjemmesygeplejerske			<p><i>terminale patienter prøver vi at være forudseende og helgardere os i et godt samarbejde med de læger, som vi efterhånden kender.”</i></p> <p><i>”I de gamles By afskaffede vi systemet med nødbeholdninger af medicin allerede 3-4 år før Plejebo-sagen, og jeg hører aldrig om, at det giver os problemer i akutte situationer.”</i></p> <p><i>”Lægevagtchef i Københavns Kommune Jens Parker siger, at det er klart, at Plejebo-sagen har påvirket alle, men hvis man altid har gjort tingene rigtigt, burde forholdene ikke være anderledes i dag end tidligere.[...] Jeg vil ikke afvise, at det måske er blevet vanskeligere, fordi nogen tænker over</i></p>	<p><i>reglerne og bevæger sig i en gråzone for at undgå, at patienterne lider. Det sker ved, at man på plejehjemmene i akutte situationer låner medicin fra andre beboere eller, at man i strid med reglerne har en lille nødbeholdning af det mest nødvendige medicin.”</i></p> <p><i>”Systemet er blevet kynisk over for gamle og døende.”</i></p> <p><i>”Til dagligt har vi et godt samarbejde med palliativ afdeling på Bispebjerg omkring smertebehandling, men problemerne opstår, når der er noget akut på aften-, nat - eller weekend- og helligdagsvagter, hvor vi er afhængige af skriftende vagtlæger.”</i></p>	

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
			<p><i>tingene en ekstra gang efter Plejebo-sagen. En af de ting vi kan komme ud for, er jo at skulle tage stilling til, om dosis skal øges i en sådan grad, at vi forkorter livet.”</i></p> <p><i>”I Nexø på Bornholm siger hjemmesygeplejerske Charlotte Jensen[...] ”Vi er ikke blevet bange for at lindre patienternes smerte i den terminale fase, min vi sørger hele tiden omhyggeligt for at have rygdækning og for at have dokumentationen i pinagtig orden,” siger hun.”</i></p>		
<p>Artikel 16 ”Intet menneskeligt må være dig fremmed” Skrevet af Søren Palsbo, redaktør af fagtidsskriftet</p>		<p><i>”Oftentimes er der ingen pårørende, og så er det jo vigtigt, at der er en vågekone, der kan holde den døende i hånden.”</i></p>	<p><i>”Baggrunden som sygeplejerske er en vigtig ballast i det frivillige arbejde som vågekone. Eva Kjeldgaard er en af dem. Hun sidder hos de døende, som ikke har</i></p>		<p><i>”... så er det en stor fordel, at man kender sygehuse, plejehjem og hjemmeplejen indefra som sygeplejerske og hjemmehjælper, når man arbejder som</i></p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
<p>Sygeplejersken. Skrevet til medlemmer af DSR Udgivet: Blad nr. 16 2007 Hvem udtaler sig: Eva Kjeldgaard, pensioneret sygeplejerske, nu vågekone</p>			<p><i>pårørende, eller som aflastning for de pårørende.” ”Planerne om et korps af vågekoner, der kunne støtte døende, deres pårørende og samtidig hjælpe sundhedsprofessionelle, var dog nogle år ældre.”</i></p>		<p><i>vågekone. Det handler om erfaring – også livserfaring.” ”Jeg har som vågekone kun mødt mennesker, der var parat til at dø, så det har ikke været belastende for mig. Det bliver aldrig en vane at møde døden, men jeg tror, at man alligevel kan vænne sig lidt til den. Det er klart, at den sidste vej mod døden er en højtidsstund, og at den er fyldt af mange følelser. Kontakten til den døende er ofte sparsom.” ”Min tro gør det nok lettere for mig, når nogen dør, for jeg er overbevist om, at de nok skal få det godt. Og så følger jeg også den gamle skik med at lukke vinduet op hos den døende en kort stund, så</i></p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
<p>Artikel 17 "Tegn på, at døden nærmer sig" Skrevet af Ulla Knudby, Klinisk oversygeplejerske på Holmegårdsparkens plejehjem i Charlottenlund. Skrevet til medlemmer af DSR Udgivet i fagbladet Sygeplejersken Udgivet: Blad nr. 19, 2007</p>	<p><i>"Vi blev bevidste om, at selv små ændringer i tilstanden er vigtige at notere ned. At beboeren sover mere, spiser mindre og helst vil blive i sin seng hele døgnet, er ikke ualmindeligt, men hvis vi også observerer andre specifikke tegn, skal vi skærpe vores opmærksomhed. Brikkerne falder på plads, og vi har et kvalificeret grundlag for eventuel ændring af strategi." "Smerter vil næsten altid opstå i forbindelse med det organhenfald, der sker hos den døende. Smerter er meget individuel og udtrykkes forskelligt fra individ til individ."</i></p>	<p><i>"Udtørring af det døende menneske er en naturlig proces og opleves for den døende ikke som en udtørring, som vi andre ville. Det er vigtigt at informere de pårørende om disse forhold." "Vi skal informere de pårørende om, hvad der kommer til at ske, hvad de vil komme til at opleve, og hvordan vi vil lindre. Det er de færreste pårørende, der ved noget om selve processen at dø. I samråd med de pårørende skal vi tage stilling til, hvad vi skal gøre, når eller hvis beboeren får det dårligere, og hvad vi skal gøre,</i></p>	<p><i>"Vi nåede ikke at planlægge en værdig livsafslutning sammen med beboeren, de pårørende og den praktiserende læge, og vores egen oplevelse som plejepersonale var, at forløbet var uværdigt for alle parter. Vores mangel på dyrebare observationer gjorde, at vi havde svært ved at skelne mellem, hvornår der var tale om almen svækkelse af beboeren, og hvornår der var tale om, at beboeren var uafvendeligt døende." "Vi lytter mere til hinandens observationer og lærer af hinanden. Vi henter hjælp hos hinanden og beder kollegaen om at komme med sin mening. Er det mig, der ser syner, eller</i></p>	<p><i>"På plejehjemmet Holmegårdsparken i Charlottenlund oplevede vi, at nogle af vore demente beboere døde pludseligt. Fra den ene dag til den anden blev beboeren åbenbart så meget dårligere, at døden indtraf i løbet af få dage." "Det kunne vi simpelthen ikke stå inde for. Vi kunne ikke acceptere, at sådan var det nok bare. Det kunne da ikke være rigtigt, at døden kom bag på os på et plejehjem." "Vi måtte udfærdige et system, der definerede, hvornår et menneske nærmede sig livets afslutning." "Vi måtte også øge forståelsen for og blive bedre til at dokumentere alle observationer, store som små. Vi måtte blive</i></p>	<p><i>sjælen kan komme ud."</i> <i>"Vi var klar over, at hvis vi skulle have mulighed for at planlægge en værdig livsafslutning, så var vi nød til at erkende fasen så tidligt som muligt." "Den døende vil opleve en værdig livsafslutning, og de pårørende kan leve videre med et minde om en stille og rolig død, fri for ubehagelige oplevelser." "Vi oplever stadig pludselig dødsfald, men det er dødsfald forårsaget af akutte tilstande."</i></p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
	<p><i>”Endelig er der nogle psykiske symptomer. Nogle symptomer kan være svære at adskille fra almene symptomer. [...] Det vigtigste er at være opmærksom på afvigelser fra det sædvanlige.”</i></p> <p><i>”Hvis vi griber ind i den naturlige proces med f.eks. væsketilførelse, vil vi forstyrre processen og ødelægge det døende menneskes egen lindring i form af frigivelse af endofiner.”</i></p>	<p><i>hvis der f.eks. opstår feber.”</i></p>	<p><i>hvad synes du?”</i></p>	<p><i>bedre til at samle alle brikkerne i puslespillet, der siger os, at beboeren er døende.”</i></p> <p><i>”Når [...] vi erkender, at beboeren er uafvendeligt døende, skal vi ændre strategi fra at være behandlende til at være lindrende.”</i></p> <p><i>”Så tidligt som muligt skal vi, i samarbejde med beboeren og de pårørende, udarbejde en plejeplan for beboerens livsafslutning.”</i></p> <p><i>”Måske får vi noteret alt for meget ned, men hellere det, end at vi pludselig igen står med en beboer, der på kort tid er døende.”</i></p> <p><i>”Den skærpede opmærksomhed og interesse fra alle medarbejdere gør, at vi er blevet langt bedre til i tide at få lavet plejeplaner og truffet aftaler med de pårørende og den</i></p>	

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesætten af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
				<i>praktiserende læge. Det medfører, at vi har beredskabet af medicin klar, når behovet pludselig opstår en lørdag aften. Det er trygt og roligt for alle parter, og situationen er velovervejet og planlagt.”</i>	
<p>Artikel 18 ”Den døende patient” Skrevet af Ivar Østergård, Svend S. Ottesen og Anette Damkiær, henholdsvis praktiserende læge, overlæge og overlæge ved Aarhus Universitet, Institut for Folkesundhed, Afdelingen for Almen Medicin. Skrevet til Læger Udgivet i Ugeskrift for læger Udgivet: 29. Oktober 2007</p>	<i>”Døende har brug for stor åbenhed og lydhørhed hos behandlerne, da deres behov for information er meget forskellige, varierende fra det helt enkle ikke at skulle dø i ensomhed til det mere komplicerede scenario med svære symptomer og problemfyldte familieforhold.”</i>	<i>”Hvis patienten dør uden tilstrækkelig lindring, og uden familien har været forberedt, øger det risikoen for en kompliceret sorgproces og fremtidig mistillid til behandlerne.”</i>	<i>”Sundhedsvæsenets professionelle møder de døende patienter i eget hjem, på hospitalsafdelinger, plejehjem og hospice. Det er afgørende for døendes livskvalitet, at lægen er i stand til at erkende eller diagnosticere, at patienten er uafvendeligt døende, så der bliver mulighed for optimal lindrende behandling og at undgå nytteløse rutiner og behandlinger.” ”Behandlingsindsatsen har i denne fase</i>	<i>”Sundhedsvæsenet skal i højere grad sikre, at der i det enkelte forløb etableres et stabilt og kontaktbart medicinsk netværk af hjemmesygeplejersker og egen læge, der kan medvirke til at skabe bærestyrke og tryghed for patienten og pårørende. Netværket skal være understøttet af den specialiserede palliative funktion i de palliative team. En sådan organisation af lindrende behandling og pleje vil også have afsmittende effekt i forhold til opkvalificering af den</i>	<i>”Men stadigvæk er dødsfald en begivenhed, som helt overvejende finder sted på en institution, og derfor skal også de patienter, som dør på sygehuse og plejehjem sikres en optimal pleje, omsorg og behandling i deres sidste tid.”</i>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
			<p><i>udelukkende lindring som mål.”</i> <i>”Først og fremmest er der generelt en manglende på opmærksomhed på tegnene for en forestående død.”</i> <i>”Nogle behandlere vil også nære frygt for at afkorte patienternes liv ved ophør eller undladelse af behandling eller ved tilstrækkelig symptomlindring med f.eks. store doser smertestillende medicin.”</i></p>	<p><i>palliative indsats på plejehjemmene.”</i></p>	
<p>Artikel 19 ”Unødvendige indlæggelser af terminale patienter” Skrevet af Christian Andersen, Journalist ved Ugeskrift for Læger. Skrevet til læger Udgivet: 2001 i</p>	<p><i>”Mange terminale patienter kunne med fordel dø på plejehjemmet eller hjemme i stedet for på sygehuset. Det vil sikre dem en værdig død”</i> <i>”De terminale patienter kommer typisk fra et plejehjem,</i></p>	<p><i>”Ikke sjældent har patienten heller ikke nogen pårørende. Derfor kan vi stå i en situation, med en patient, der ikke selv udtrykker sig, og vi kan ikke spørge nogen, hvad vedkommende ønsker sig.”</i></p>	<p><i>”Vi ved ikke, hvordan patienten ønsker, at afslutningen på livet skal være. Hvis vi er heldige, har vi en rapport fra plejehjemmet, hvor der står nogle få ord.”</i> <i>”Hun opfordrer de alment praktiserende læger til oftere at kontakte hospitalets</i></p>	<p><i>”Personalet på nogle plejehjem har samme tabuiserede forhold til døden.”</i> <i>”De alment praktiserende læger og personalet på plejehjemmene indlægger oftere for at få ”Rygdekning”, pointerer Anette Sjøl. De vil ikke beskyldes for at have taget</i></p>	<p><i>”For en sikkerheds skyld vælger praktiserende læger og vagtlægerne at indlægge ældre, terminale patienter til en sidste behandling. Men den praksis fører ikke altid til en værdig død.[...] Efterdønningerne fra</i></p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
Ugeskrift for læger Hvem udtaler sig: Anette Sjø, overlæge i intern medicin, Frederiksberg Hospital	<i>hvor de har boet i længere tid. Her er de omgivet af personlige ting og mennesker, som kender patienternes specielle behov.”</i> <i>”Utrolig mange selv meget gamle mennesker har ikke talt om døden. Men man sætter også familien i et dilemma, hvis ikke man har ytret sig om sine ønsker for den sidste tid. Patienten behøver ikke at sige det, men måske nøjes med at gøre opmærksom på, at ønskerne står nedfældet i en bog, som kan tages frem, når døden er indtruffet.”</i>		<i>læger for råd og vejledning om behandlingen på plejehjemmet eller i hjemmet den sidste tid. Det kunne forhindre unødvendige indlæggelser.”</i> <i>”Endelig bør alment praktiserende læger ikke holde sig tilbage med at drøfte patienternes ønsker for den sidste tid.”</i> <i>”De indlægger ikke kun den terminale patient for at undgå eventuelle bebrejdelser fra patientens pårørende. [...] men også fordi personalet ofte ikke kan overskue at stå over for døende.”</i>	<i>livet af patienten eller for ikke at have gjort det yderste for at forhindre patienten i at dø.”</i>	<i>Plejebo-sagen har forstærket problemerne.”</i> <i>”Patienter skal have lov at dø i fred. De skal ikke trækkes igennem flytninger fra plejehjem til hospitalet og fra afdeling til afdeling for at redde nogle timer, før de skal dø”, udtaler Anette Sjø, overlæge i intern medicin[...] Frederiksberg Hospital.”</i> <i>”Vi risikere at indlede en behandling, som strider imod de ønsker patienten har haft. Det gør mig ked af det, og det er urimeligt overfor patienten. Vi snyder patienten for en ordentlig død.”</i>
Artikel 20 ”Med plads til døden”	<i>”De fleste dør stille og fredeligt, men det sker også, at beboere får</i>	<i>”Kommunikationen med de pårørende er ligeledes en del af</i>	<i>”Derfor blev medarbejderne undervist i at se tegn på, og få</i>	<i>”Den palliative pleje af døende beboere er en højt prioriteret opgave og en del</i>	<i>”Hos os har vi 70-75 dødsfald på et år, så det er en stor andel af vores</i>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
<p>Skrevet af Ulla Nygaard, Journalist på fagbladet FOA Skrevet til Foa medlemmer. Udgivet i FOAs medlemsblad november 2006 Hvem udtaler sig: Connie Engelund, chefsygeplejerske, Holmegårdsparken, Gentofte</p>	<p><i>angst, at de har smerter og respirationsproblemer . I sådanne situationer har medarbejderne ofte følt sig presset til at lade beboeren indlægge.”</i></p>	<p><i>opgaven. – Vi fortæller dem, at vi kan give deres kære en værdig livsafslutning, når det kommer dertil. Det gør vi allerede tidligt i forløbet, for nogles vedkommende allerede, når vi viser dem rundt den første gang. Det er lidt forskelligt alt efter de pårørende, og her fornemmer personalet, hvor tæt man kan gå.” ”... det er en opgave så vidt muligt at inddrage de pårørende, når man vurderer, at den terminale fase indtræffer.”</i></p>	<p><i>bevidsthed om, hvornår livets afslutning nærmer sig, hvad der sker med kroppen, hvilke behov den døende har m.m.” ”Når vi er dér, hvor afslutningen nærmer sig, skal vi ændre strategi fra en helbredende indsats til en lindrende indsats.” ”Den personlige pleje er vigtig, og så er der omsorgen, som naturligvis er tidskrævende. Når en medarbejder har en beboer i den fase, dækker de andre medarbejder hende ind i de øvrige opgaver.” ”- Vi inddrager også beboernes praktiserende læge og beder om at få ordineret præparater, som kan lindre den terminale fase. Det er en helt ny situation for lægerne, for vi beder dem</i></p>	<p><i>af praksis på plejecentret Holmegårdsparken i Gentofte.” ”Vi har haft hospicetraditionen i Danmark siden 1992, og den terminale palliative pleje kan sagtens udføres på et plejehjem.” ”Vi taler ofte om ressourcer inden for vores sektor, men vores problem handler ikke kun om penge. Det handler i høj grad om holdninger – i sidste ende om ledelse, siger Connie Engelund.” ”Oprustningen i Holmegårdsparken havde tre fokusområder, hvor medarbejdernes kompetencer, viden, holdninger og kvaliteten var den ene. Det andet fokusområde var kontakten til og samarbejdet med de praktiserende læger, og det tredje fokusområde (er) de</i></p>	<p><i>beboere, der falder væk.” ”Connie Engelund mener, at det er uværdigt at lade gamle og ofte demente beboere indlægges på sygehus for at dø.” ”Beboere og deres pårørende bliver ængstelige, og på sygehuset har personalet i øvrigt ikke tid til at yde den omsorg og pleje, der skal til for at give en værdig afslutning på livet.”</i></p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesætten af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
			<i>om at udskrive medicin, som vi måske får brug for. Men når den terminale fase indtræder, er det nødvendigt at have medicinen, hvis vi skal undgå at tilkalde vagtlæger, eller ty til indlæggelser.”</i>	<i>pårørende.” ”En af de store udfordringer på et plejehjem, i modsætning til et hospice, er at erkende hvornår en beboer er i terminal fase.” ”Vi er nået langt, men nu kommer det seje træk med at det er a jour overfor nye medarbejdere og nye beboere og pårørende, og til stadighed indfører den nyeste viden på området, siger Connie Engelund.”</i>	
<p>Artikel 21 ”En værdig død på plejehjem” Skrevet af Marianne Schjøtt Rohweder, Journalist ved FOAs medlemsblad. Skrevet til FOA medlemmer Udgivet: 20. november 2006 Hvem udtaler sig: Connie Engelund,</p>	<i>”I gennemsnit bor en beboer på plejehjem i to år – for nogle kun et enkelt døgn, for andre er det et hjem i måske syv år.”</i>	<i>”Når de pårørende og de medarbejdere, der kender en beboer, erkender, at livet er ved at være slut, er det starten på planlægningen af et godt forløb.” ”Sammen med de pårørende skal der for eksempel tages stilling til, om den hjertemagnyl, den</i>	<i>”Ved at øge medarbejdernes kompetencer kunne vi mindske vagtlægebesøg og hospitalsindlæggelser,” siger Connie Engelund.” ”Planen blev til en række uddannelsesforløb for samtlige plejecentrets 300 ansatte.” ”Medarbejderne blev undervist i, hvilke fysiske</i>	<i>”Alligevel er det de færreste plejehjem, der er indrettet eller har de nødvendige ressourcer til at varetage en optimal terminal pleje og omsorg.” ”Ambulancernes sirener afbrød ofte eftermiddagsstilheden. Vagtlæger gik ind og ud af dørene. Op til en weekend og helligdage blev aktiviteten mere hektisk,</i>	<i>”Beboerne skal, når den tid kommer, have så værdig en død som overhovedet muligt, og samtlige medarbejdere skal garantere for det.” ”... at det måtte være muligt at lære af hospice-filosofien og give de cirka 75 beboere, der hvert år døde på Holmegårdsparken, en</i>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesætten af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
Chefsygeplejerske og viceforstander ved Plejecenteret Holmegårdsparken i Gentofte		<i>ældre måske får, skal droppes, om infektioner skal behandles, og om der skal gives væske.” ”Der vil være etiske dilemmaer, der skal snakkes igennem – også for at sikre, at pårørende ikke bagefter har følelsen af at have truffet forkerte beslutninger.”</i>	<i>og psykiske symptomer der kan være udtryk for, at en beboer er i en terminal fase. Undervisningen havde også fokus på inddragelse af pårørende samt på den terminale pleje, den nænsomme omsorg og den medicinske lindring.”</i>	<i>fordi praktiserende læger skulle kontaktes, og taxaer ind imellem akut måtte hente medicin efter apotekernes lukketid.” ”Tidligere har jeg været ansat på en akut kirurgisk hospitalsafdeling. Her oplevede jeg gamle mennesker, de blev indlagt fra plejehjem. Nogle døde på vej i ambulancen, andre døde inden for det første døgn. Mange var demente og ulykkelige.” ”Derfor kan man ikke overføre hospicefilosofien direkte til plejehjemmene. Tidsperspektivet er et helt andet, og det er en fin balance at erkende, hvornår en plejehjemsbeboer er terminal, og tiden er kommet til at overveje, om plejen skal være behandlende eller lindrende.”</i>	<i>mere nænsom og værdig afslutning.”</i>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
				<i>”Et bred spekter af lindrende medicin – smertestillende, beroligende, vanddrivende og sekrethæmmende – skal være til rådighed, så de symptomer, der generer den døende, kan lindres.”</i>	
<p>Artikel 22 ”Vågekoner for døende” Skrevet af Anette Kjær Jørgensen, Journalist ved bladet Helse Skrevet til offentligheden, med interesse for sundhed og sygdom. Udgivet: Blad nr. 12, 2005 Hvem udtaler sig: Jenny Riis Madsen, pensioneret sygeplejerske, nu vågekone</p>		<i>”Fra sit liv som sygeplejerske ved Jenny, at mange pårørende slet ikke er klar over, at deres gamle mor ligger og dør alene på plejehjemmene eller sygehusene.” ”Hvis de pårørende ikke er der, kan vi være der og fortælle, hvordan deres mor havde det den sidste tid, hun levede. Om hun sov stille ind.” ”Selvfølgelig er det kun, hvis de pårørende ønsker det. Vi er et tilbud.</i>	<i>”Derfor har hun sammen med 13 andre af øens pensionerede sygeplejersker og sygehjælpere dannet gruppen De Bornholmske Vågekoner. Kvinder der tager ud på plejehjem, sygehus og i private hjem og våger hos døende deres sidste timer.” ”Først hjemme efter en travl arbejdsdag kom reaktionen på, at nu havde hun igen svingtet en døende. Ladet den ligge alene. – Midt i travlheden kan du slet ikke rumme døden.” ”Hun understreger, at</i>	<i>”Det var rigtig svært, når vi havde en døende på afdelingen. Det, at der bare ikke var tid til at blive siddende derinde. Man kom ind på stuen, vendte og drejede vedkommende, lyttede til dem, vurderede, om de havde smerter, og så gik man igen, fordi der også var brug for én andre steder. Næste gang jeg kom, var vedkommende måske død.” ”På et plejehjem og et sygehus vil der altid være en masse støj, og personale, som farer ud og ind.” ”Men vi skal ikke udtale os</i>	<i>”Et menneske er ved at dø. Forlader denne verden efter et levet liv. Kort eller langt. Svært eller lykkeligt.” ”Jenny er pensioneret sygeplejerske. Det, hun husker som det værste fra sit 23-årige arbejdsliv på københavnske hospitaler og plejehjem, er, når hun igen måtte overlade et døende menneske til sig selv. Den evindeligt dårlige samvittighed over at svingte.” ”Når vi efter et langt arbejdsliv dør, er det</i>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
		<p><i>Vi maser os ikke på, understreger Jenny.”</i></p>	<p><i>vågekonerne ikke er der for at overtage sygeplejerskernes arbejde. Det er ikke det der er meningen.”</i> <i>”Hvis andre vil starte et lignende initiativ som De Bornholmske Vågekoner, står Jenny Riis Madsen til rådighed med sine erfaringer.”</i></p>	<p><i>fagligt. Det er sygeplejersken, som gør det. Vi kan bare være der og måske undgå en hospitalsindlæggelse.”</i></p>	<p><i>som regel lige modsat. Vi får lov at ligge og dø alene, uden at der er andre mennesker i nærheden, siger Jenny Riis Madsen.”</i> <i>”Vågekonerne har som formål at give ro omkring den døende. Ro og omsorg.”</i> <i>”Vi vil med vores initiativ gerne sætte fokus på, at døden foregår på den måde.”</i> <i>”- Først og fremmest vil vi som vågekoner gerne være vidner om, at nu er de døde. Vidner om, at de sov stille ind og ikke vågnede op i deres sidste øjeblik her i livet og spurgte sig selv, hvor er de alle sammen henne.”</i> <i>”De Bornholmske Vågekoner er et tilbud, og det skal altid gå igennem det offentlige,</i></p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
<p>Artikel 23 ”Hvem bestemmer, når livet ebber ud” Skrevet af Jette Ingerslev, dr.med., klinikchef på den geriatrike afdeling på Frederiksberg Hospital Skrevet til offentligheden med interesse for sundhed og sygdom. Udgivet i Helse 10. september 2003</p>	<p>”Andre ældre dør efter en gradvis svækkelse under kronisk sygdomsforløb.” ”Universel svækkelse og manglende livslyst, med heraf følgende dårlig ernæring og dehydrering, kan præge den sidste levetid.” ”Hos denne gruppe af patienter oplever man, at der to til tre uger før dødens indtræden er manglende lyst til at spise og drikke, nedsat ønske om at komme ud af sengen og deltage aktivt i et træningsprogram. Interessen for personlig hygiejne forsvinder. Omgivelserne bliver uinteressante.”</p>	<p>”Selv om døden er forudgået af lang tids sygdom, kommer den ofte som et chok for de pårørende.” ”De pårørende kan efter et dødsfald gøre sig selvbebrejdelser, hvis de har følelsen af, at de har været medbestemmende til at afkorte livet hos den syge.” ”Ved inhabile patienter forstås patienter, der er i en tilstand, hvor selvbestemmelsesrett en ikke længere kan udøves. Som hovedregel skal der indhentes samtykke fra nærmeste pårørende til behandling af en</p>	<p>”Det er berettiget at indgive de nødvendige smertestillende midler, selv om de – som en ikke tilsigtet virkning – kan medføre risiko for, at døden indtræffer på et lidt tidligere tidspunkt.” ”Derfor er det vigtigt at såvel pårørende som sundhedspersonale er meget opmærksom på disse symptomer, så smerterne, angst og uro lindres så godt som muligt i den sidste tid, der er tilbage.” ”Sundhedspersoner har imidlertid efter dansk ret nogle selvstændige og ganske vidtrækkende beføjelser til at træffe afgørelser om undladelse af udsigtsløs, livsforlængende behandling i visse tilfælde, hvor patienten</p>	<p>”Oftentimes kommer patienten, pårørende og læger samt plejepersonalet i et dilemma, idet patienten på den ene side har behov for væske og ernæring og på den anden side ikke selv ønsker at modtage ”vådt eller tørt”.”</p>	<p><i>hvis de tilkaldes.”</i> ”For nogle mennesker betragtes en pludselig død på grund af hjertestop som en ”ønskedød”. For andre kan ”den sidste tid” være berigende og give livet en værdig afslutning med mere afklaring.” ”En del mennesker ønsker slet ikke at tænke på døden, ensidig drøfte den med nogen.”</p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
		<i>varigt fornuftsindhabil patient.”</i>	<i>ikke er i stand til at udøve selvbestemmelsesretten på en retslig relevant måde.” ”I sundhedsfaglige kredse har den fejlagtige forestilling gjort sig gældende, at selv omhyggeligt tilrettelagt smertebehandling med morfin indebærer væsentlig risiko for alvorlige vanskeligheder med vejrtrækningen. I de seneste år har sagkyndige imidlertid påpeget, at der kun er en ubetydelig risiko for at fremkalde åndedrætsbesvær, hvis smertebehandlingen gennemføres omhyggeligt.”</i>		
Artikel 24 ”Kan man overføre viden fra hospice til plejehjem? Er det	<i>”... unødige vagtbesøg og indlæggelser på hospital skal så vidt</i>	<i>”... at involver de pårørende aktivt.” ”De pårørende skulle opleve tillid</i>	<i>”At øge medarbejdernes kompetencer.[...] at styrke samarbejdet med de praktiserende læger.”</i>	<i>”Et projekt om terminal palliativ indsats på plejehjem har givet forbløffende positive</i>	<i>”Projektets udgangspunkt var at forbedre betingelserne for livsafslutningen.</i>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
<p>en realistisk mulighed?" Skrevet af Connie Engelund Erichsen, sygeplejerske og direktør Holmegårdsparken Hans Henriksen, Speciallæge, tidl. Sankt Lukas Hospice og hjemmehospice Ulla Knudby, klinisk oversygeplejerske, Holmegårdsparken Niels Cort Knudsen, praktiserende læge, Charlottenlund. Skrevet til: ? Besøgende på Holmegårdsparkens hjemmeside ? Udgivet: ? Årstallet 2005 står nævnt i artiklen</p>	<p><i>muligt undgås."</i> <i>"Det er ikke muligt at involvere samtlige beboere i en dialog om deres egen ønsker om livets sidste fase. 90 % af vore beboere er nemlig helt eller delvis inhabile i denne fase."</i> <i>"Vi har oplevet beboere, som var erkendt terminale, lavede op igen. Måske var det den øgede opmærksomhed, der kom beboeren til gavn. Under alle omstændigheder kan også en terminal palliativ plan igen ændres til en aktiv behandlingsplan."</i></p>	<p><i>og tryghed."</i> <i>"Derfor spiller de pårørende en stor rolle i forløbet. Bekymring, angst eller usikkerhed omkring hvad der sker eller ikke sker, kan være udløsende faktor for akut tilkald af vagtlæge samt hospitalsindlæggelse i terminalfasen. Der var, udover at de pårørende skulle opleve tryghed, også et ønske om i højere grad at inddrage de pårørende i forløbet. Og helst så tidligt som muligt."</i> <i>"De pårørende udtrykker generelt større tillid og tryghed med plejehjemmet."</i></p>	<p><i>"Undervisningen svingede fra orientering om formålet med projektet til regulær uddannelse af nøglepersoner. Sidstnævnte var af 5 hele dages varighed."</i> <i>"Nøglepersonerne er forpligtede til løbende at opdatere deres viden på området, deltage i planlægning af samtlige terminale forløb og supervisere og debriefe medarbejderne i egen afdeling."</i> <i>"Temaer i undervisningen: Begreber, definitioner, lovgivning og rekommandationer, kommunikation og etik, mødet med det døende menneske og sørgende pårørende.[...] Lidelse og magtesløshed [...]Åndelig omsorg,</i></p>	<p><i>resultater."</i> <i>"... vi skulle indføre:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Standarder for håndtering af livsafslutningen</i> • <i>Terminal palliativ plejeplan</i> • <i>Dokumentation af observerede ændringer</i> • <i>Standarder for oplæg til den praktiserende læge</i> • <i>Standarder for ordinationer</i> • <i>Kommunikation og aftaler med de pårørende."</i> <p><i>"Erkendelsen af, at terminalfasen er indtrådt, kræver en ændring af behandlingsstrategi fra langsigtet kurativ behandling til kortsigtet palliativ indsats."</i> <i>"Projektet har medført mange ændringer i hverdagen. Især i:</i></p>	<p><i>Både for beboerne, deres pårørende og for medarbejderne på plejehjemmet."</i> <i>"Vi ville gerne opnå, at beboerne kunne dø stille og fredeligt i deres vante rammer og med kendte ansigter omkring sig."</i> <i>"Projektet har vist, at rettidig og eksplicit erkendelse af indtrådt terminal fase giver plejehjemsbeboere og deres pårørende afgørende forbedrede muligheder for at opleve en værdig død. Det medfører et højere fagligt engagement hos medarbejderne, et bedre samarbejde med praktiserende læger og ikke mindst reduceret træk på de praktiserende læger og vagtlæger, samt færre</i></p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesætten af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
			<p><i>samarbejdet med den praktiserende læge[...] Erkendelse af terminal- og dødsfase [...] Ændrede fysiske behov i terminal fase.[...] Lindrende indsats, pleje, medikamentel og nonmedikamentiel behandling [...] Medicin [...] Omsorg for omsorgsgiveren, supervision, Ledelse i den palliative indsats.” ”Fra lægernes side blev der yderligere udtrykt bekymring for, om ændringerne ville medføre øget arbejdsbelastning for dem.” ”Mange medarbejder opnår en meget tæt, til tider dybt, venskab med beboerne, og kan derfor føle sorg, når beboeren dør.”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Kommunikation</i> • <i>I samarbejdet med lægerne</i> • <i>I dokumentationspraksis</i> • <i>Ved indførelse af separate terminale plejeplaner”</i> <p><i>”Der er en beskeden stigning i antallet af lægebesøg. Dette opvejes dog af markant færre telefonkonsultationer og vagtlægebesøg.” ”Projektet har vakt bred interesse i primærsektoren. Fra mange plejehjem landet over har der vist sig interesse for at indføre ændringer i den palliative terminale strategi.” ”Omkostningerne i projektfasen var beregnet til ca. 600.000 kr., som er søgt og bevilliget gennem private fonde.”</i></p>	<p><i>hospitalsindlæggelser.”</i></p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
<p>Artikel 25 ”Døden set fra Sølund” Skrevet af Johs. V. Sørensen, 82 år, tidligere præst og seminarielektor, medflyttet rask ægtefælle på plejehjemmet Sølund. Kronik i Jyllandsposten d. 18/8 2003</p>				<p><i>”Siden vi for snart tre år siden fik anvist bolig, må der have været adskillige dødsfald, selv om en del kan være ført på et sygehus, inden døden indtraf. Men jeg har kun én gang set en kiste blive kørt ud fra hovedindgangen i en rustvogn. Alle de øvrige kister er altså under stor diskretion blevet fjernet fra Sølund enten i nattens mulm og mørke eller på en anden yderst hemmelighedsfuld vis. Måske er det i høj grad efter beboernes ønske. Det forekommer mig i hvert fald en gang at have læst i institutionens husavis et indlæg om det ulækre syn af en kiste, der føres forbi, just som man havde sat sig til fælles kaffebord. I samme husavis kan man i øvrigt hver måned læse en liste over dødsfald. Der er ingen</i></p>	<p><i>”Efter siden da at have haft en væsentlig del af min tilværelse her på Sølund i egenskab ad ”den raske ægtefælle, som må være indstillet på at fraflytte den plejehjemslignende bolig, såfremt samlivet ophører af helbredsmæssig eller andre grunde”, har jeg nu tænkt mig at fortælle lidt om døden, som den opleves fra Sølund. At der er noget tabuagtigt ved emnet, fremgår allerede af overnævnte citat, hvor der ikke siges noget om samlivets ophør på grund af dødsfald.”</i> <i>”Man taler altså ikke gerne om døden. I hvert fald må der helst ikke tales dansk.”</i> <i>”Dette tabu gælder imidlertid ikke bare på</i></p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesætten af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
				<p><i>nekrologer. Blot navn og lejlighedsnumre, og så fælles for alle den sikkert velmente, men ret intetsigende formel: Æret være deres minde!”</i></p> <p><i>”Med den ære er det nok så som så! Man taler ikke gerne om døden og heller ikke om de døde. Når det alligevel sker, foregår det i lavmælte samtaler som om det i grunden er lidt taktløst sådan bare at gå hen og dø!”</i></p> <p><i>”Nu er det naturligvis indlysende, at Sølund for det store flertal af beboere er livets endestation. Det kan de formodentlig heller ikke selv være i tvivl om alligevel er det ikke noget aktuelt emne. Man vil ikke være gammel og på gravens rand.”</i></p>	<p><i>Sølund. Man møder det alle vegne i dag. Måske er døden det sidste tabu, vi har bevaret, men det er altså min hensigt her at bryde det ved at fortælle, hvad jeg mener at vide om emnet.”</i></p> <p><i>”Mine forudsætninger er først og fremmest, at jeg selv er en gammel mand på 82 år og derfor må regne med døden som en nært forestående begivenhed. Dertil kommer, at jeg som præst og seminarielæktor ofte har, måtte beskæftige mig med emnet.”</i></p> <p><i>”Jeg mener, at den enkleste løsning er at fastholde døden som uønsket, men nødvendig afslutning på ethvert menneskes liv.”</i></p>
Artikel 26 ”Dødspolitik		<i>”I 44 tilfælde var de pårørende også</i>		<i>”Anbefalingen er klar til landets plejehjem: Der skal</i>	<i>”Målet med de tiltag er en værdig død.</i>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
<p>skaber tilfredshed på plejehjem” Skrevet af Keld Broksø, Journalist ved Nyhedsinformation for social- og sundhedssektor Udgivet 29. februar 2008 Hvem udtaler sig: Connie Engelund, direktør for plejehjemmet Holmegårdsparken Samt Birgit Holst, sekretariatschef for Liv & Død</p>		<p><i>inddraget.”</i> <i>”7 gange lykkedes det endda at få de pårørende tilstede i dødsøjeblikket.”</i> <i>”I 48 tilfælde fandt de pårørende forløbet optimalt værdigt.”</i></p>		<p><i>være faste procedurer, undervisning og retningslinjer i en nedfældet dødspolitik for plejehjemsbeboere.”</i> <i>”Plejehjemmene skal være bedre til at erkende, når en beboer er døende. De skal være dygtigere til at kommunikere med de pårørende og involvere praktiserende læger langt mere, lyder en vigtig del af Connie Engelunds opskrift i kort form.[...] hvor der netop er gjort status for 2007. Det er det første hele år med Danmarks mest udbyggede retningslinjer for dødsfald på plejehjem.”</i> <i>”Retningslinjerne gavner med andre ord både de gamle selv, personalet og de pårørende.”</i> <i>”De positive resultater kommer fra en evaluering af samtlige 53 dødsfald på plejehjemmet i 2007. Her</i></p>	<p><i>Medarbejderne og pårørende var kritiske, men ud af de 53 dødsfald fandt medarbejderne i 40 tilfælde, at der var et optimalt dødsforløb.”</i> <i>”Resultaterne fra Holmegårdsparken står i kontrast til mere nedslående konklusioner, som en spørgeskemaundersøgelse fra Landsforeningen Liv & Død i samarbejde med sociologistuderende ved Aalborg Universitet kom frem til ude i landet.”</i> <i>”Undersøgelsen fra 2006 angik 43 plejehjem og omfattede 188 dødsfald. Data blev indsamlet i 2005, men efter de nye resultater fra 2007 på Holmegårdsparken må</i></p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
				<p><i>var 39 dødsfald forudset, så man kunne forberede sig. For dem nåede vi at oprette en plejeplan. Herunder en medicinplan.”</i></p> <p><i>”Plejehjemmet får også mulighed for at ændre medicineringen. Det skete i 37 tilfælde ud af de 53 dødsfald, hvor plejehjemmet selv kunne give medicin ved komplikationer. Det er en stor gevinst at vi har fået overdraget noget medicin. Det er de praktiserende læger ikke vant til.”</i></p> <p><i>”Vi oplever stor interesse, og mange vil have hjælp til retningslinjer. Men der er ikke flere plejehjem med retningslinjer for dødsfald, siger sekretariatschef Birgitte Holst fra Liv & Død.”</i></p> <p><i>”Vi har været på adskillige plejehjem og undervise. De vil gerne lave noget, der</i></p>	<p><i>Liv & Død konstater, at Udviklingen står i stampe.”</i></p> <p><i>”På grund af stilstanden for retningslinjerne er 2006-pjecen fra Liv & Død sørgeligt aktuelt endnu. Også selv om det har været et krav siden 2001, at alle plejehjem skal udarbejde individuelle plejeplaner, der løbende skal revideres.”</i></p> <p><i>”Når det tværfaglige halter, får det også plejehjemmene til at stå i skærende kontrast til hospice. Flere kilder påpeger, at det er grotesk, for plejehjemmene er også den sidste station.”</i></p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
				<p><i>ligner vores. Vi har en fast procedure, men vi er stadig de eneste, fortæller Connie Engelund.”</i></p> <p><i>”Birgitte Holst forklarer stilstanden med, at mange synes, de har utroligt travlt på plejehjem: De skriver så meget ned i forvejen. Men hun sammenligner med hospice, som har samme problemstilling.”</i></p> <p><i>”Og mange plejehjem ved ikke, hvor meget de kan gøre de sidste uger bedre for den døende. Hvis man fik bedre samarbejde, og fik overvejet den rette medicin, kunne det gøre meget. Det er der for lidt af i eksempelvis social- og sundhedsassistentuddannelsen, siger Birgitte Holst.”</i></p> <p><i>”De gamle ordninger med en fast læge til et plejehjem var geniale.”</i></p>	
Artikel 27 ”Giv en uge af din	<i>”De døende ligger mutters alene i den</i>	<i>”Hvor er de pårørende? De</i>	<i>”Det belaster vores kroppe, og det sluger</i>	<i>”Mens personalet overanstrenger sig på</i>	

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesætten af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
<p>ferie” Skrevet af Elizabeth U. Rift, lærerstuderende, har sideløbende arbejdet som social- og sundhedsplejer i fem år, men har nu valgt at stoppe. ”Kommentar” Udgivet i Information 7. juli 2007</p>	<p><i>sidste pinefulde tid.”</i></p>	<p><i>burde give bare en uge af deres ferie til at passe og pleje deres familiemedlem.”</i> ”... men siden 70’erne er pårørendes plejekrav steget, og deres behov for at anbringe deres gamle vokset. Dette pres skyldes i høj grad de arbejdsdygtiges fysiske og psykiske afstand til forældre og svigerforældre og deres fortravlede livsførelse, men ikke kun.” ”Hvor er de pårørende? Ja, det taler vi ofte om, når vi tager os en tiltrængt pause.” ”Jeg sad og tænkte på at alle pårørende</p>	<p><i>masser af tid; tid vi kunne bruge til de døende, som ligger ensomme og forladte, time efter time, dag efter dag.”</i> ”Jeg må indrømme, at vi laver alt for meget formålsløst arbejde, som kunne rettes mod de døende, som har så inderligt brug for vores nærvær, men når det er sagt, skal det også frem, at vi laver en masse vigtigt og nyttigt arbejde, som slider på vore kroppe i et urimeligt omfang.” ”Det er sommer nu og i de kommende måneder skal vi arbejde over hvis de gamle blot skal have en nødtørftig pleje. Vi har personalemangel, flere er sygemeldte på grund af stress, og vi har ubesatte stillinger.”</p>	<p><i>plejehjem med nyttigt og unyttigt arbejde, dør mange gamle alene.”</i> ”Vi vil så gerne have, at vores gamle får en god pleje i rene og nydelige omgivelser.” ”I godt 50 år har vi tilbudt vores gamle medborgere særlig omsorg, når alderdommen eller seniliteten har forhindret dem i at opretholde en rimelig levestandard.” ”Det er nemlig langt fra flertallet af beboerne, som bruger deres stue, faktisk opholder de fleste sig i fællesrummet eller på gangene, fordi samværet trækker. Det betyder, at i et plejehjem med kapacitet til 50 beboere står 500-1.000 kvadratmeter ubrugte hen langt det meste af året; arealer som skal støvsuges og vaskes hver uge foruden pottedplanter, der skal</p>	

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
		<i>burde give én uge af deres ferie til at passe og pleje deres gamle...</i>	<i>"Forleden, da vi holdt pause, beklagede de fleste sig over ondt i ryggen, i nakken, i armene; og de fleste gav udtryk for, at de var trætte og overanstrengte." "Vi har ikke nok hænder, vi er overanstrengte, og vi har i den grad brug for støtte og anerkendelse, men alle skider på os!"</i>	<i>vandes, malerier og nips, som skal støves af osv."</i>	
Artikel 28 "Pleje af døende gamle halter" Skrevet af Birgitte Holst, sekretariatschef, Landsforeningen Liv & Død "Debat" Udgivet: 2/3 2007 i Weekendavisen	<i>"Det er almindeligt kendt, at en af de sværeste patientgrupper at behandle er de gamle. Herunder de gamle døende med et komplekst sygdomsbillede og mange gener, som de ofte er ude af stand til at fortælle om på grund af demens eller anden alderdomslidelse."</i>		<i>"Der er ingen ekspertise til at tage sig af disse gener." "Næsten en tredjedel af de døende indlægges på hospital op til en måned før dødsfaldet. En indlæggelse, der muligvis kunne have været undgået, hvis den nødvendige ekspertise var til stede på plejehjemmet." "Alligevel er det på plejehjemmene, at de</i>	<i>"Døende på plejehjem i Danmark er ofte mere ilde stedt end døende på hospitaler. Derfor må døds kvaliteten og forholdene for døende på de danske plejehjem ikke glemmes i debatten om døende på hospitaler."</i>	<i>"Politiker af alle partifarver har været ved at falde over hinanden for at udtrykke deres harme over den manglende omsorg for døende på hospitalerne. Og det forstår vi godt. Men i deres iver efter at opstille minimumskrav for døende på hospital og i eget hjem, glemmer politikerne helt de gamle døende på</i>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
			<p><i>ansatte har den korteste uddannelse. Hver sjette ansatte inden for ældreplejen er helt uden uddannelse, og tre fjerdedele af de ansatte forlader arbejdet inden for det første års ansættelse.”</i></p>		<p><i>plejehjem.” ”Og en fjerdedel af os kommer til at dø på plejehjem måske af kræft eller en anden uhelbredelig lidelse, og der vil vi ofte ikke modtage den omsorg og pleje, vi har brug for. Det er lige så kritisabel som den manglende omsorg på hospitalerne.” ”Nu tales der fra fagfolk og fra politisk hold om at indføre palliative afdelinger på sygehusene og palliative teams, der kan støtte den døende i eget hjem. Det er også fint. Men på plejehjemmene, hvor som sagt en fjerdedel af os vil dø, og hvor der hersker lemfældige vilkår for døende, er der ingen, der taler om.</i></p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
					<p><i>Hvad med geriatrisk palliative teams til denne gruppe? Eller som i Norge hvor man har indført palliative afdelinger for døende på plejehjem.</i></p>
<p>Artikel 29 "Døds kvalitet – en menneskeret" Skrevet af Mogens Balling, Direktør, Landsforeningen Liv & Død. "Kronik" Udgivet 15.11.2006 i Berlinske Tidende</p>	<p><i>"Det betyder, at et stort antal plejehjemsbeboere dør i smerter, alene og uden værdighed, som må være en menneskeret." "...og Karen kan, mens hun stadig er ved bevidstheden, fortælle om sine ønsker for den sidste tid og om eventuelle ritualer i forbindelse med begravelse eller bisættelse."</i></p>	<p><i>"Hvorfor finder de voksne børn sig i, at deres forældre dør en uværdig død? Erfaringer fra både hospice og de få plejehjem, der har en bevidst plan for, hvordan man plejer og giver omsorg til en døende, viser, at en langt større inddragelse af de pårørende faktisk er en mulighed." "Når det handler om plejeorlov, hvor man i serviceloven giver en nærtstående mulighed for</i></p>	<p><i>"... selvom de ansatte gør deres yderste inden for de beskedne rammer, der er til rådighed, for at yde en god og omsorgsfuld pleje, er døds kvaliteten på landets plejehjem rystende dårlig." "Hvorfor er vi så bange for at nævne ordet døden og tale med de ældre om det at skulle dø? Mennesker der dør på hospice, har taget stilling til, hvor og hvordan de ønsker at dø, og der er blevet talt med dem om døden. Man kan undre sig over, hvorfor der er</i></p>	<p><i>"På plejehjemmene er den ekspertise, man trækker på, desuden meget sparsom og står i skærende kontrast til den vifte af fagfolk, vi kender fra hospice..." "Man kan med rette spørge, om vi er i gang med at udvikle døden på 1. og 2. Klasse i Danmark. Vi ser i hvert fald en udvikling, der er helt ude af trit med det politiske ønske om lige muligheder for alle, når det gælder døden." "Da man på Christiansborg ændrede reglerne, så en plejebolig ikke længere var en institutionsplads, men den</i></p>	<p><i>"Tabuet omkring døden skal fjernes. Åbenhed og politisk bevågenhed er tvingende nødvendigt, hvis vi på danske plejehjem skal skabe de nødvendige rammer for, at også plejehjemsbeboere får en værdig død." "Den aften Karen døde, var hun helt alene. Der var ikke tilstrækkeligt personale på arbejde på plejehjemmet. Ingen familiemedlemmer vidste, at det var op over, og de piller, den gamle dame fik til at tage smerterne, slog slet</i></p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
		<p><i>plejevederlag for at passe en døende i eget hjem, så er plejeboligen ikke defineret som eget hjem, men som en institution, og de pårørende har ikke mulighed for at få plejevederlag. Dette er ikke rimeligt.”</i></p> <p><i>”De pårørende inddrages i det omfang, de selv ønsker det. Efter døden skal der være tid for de pårørende til at tage afsked og i ro og mag pakke Karens værelse sammen.”</i></p>	<p><i>så stor en forskel på åbenhed om et emne, der må siges at være ét af de vigtigste for alle sammen.”</i></p> <p><i>”Umiddelbart ses den store forskel på plejehjem og hospice på personalegruppen. De fleste ansatte på hospice er sygeplejersker med en lang erhvervs erfaring, og de har som regel alle en overbygning inden for palliation...[...] På plejehjemmene er der meget få uddannede sygeplejersker.[...] Der er ikke, som på hospice, tilknyttet en fast læge med speciale i ældres sygdomme.”</i></p> <p><i>”I dag betragtes arbejdet på plejehjem som et lavstatusarbejde. Det skal vi have ændret.”</i></p>	<p><i>ældres egen bolig med husleje, egen praktiserende læge m.v. glemte man et afgørende element.”</i></p> <p><i>”At arbejde på plejehjem kræver store menneskelige kompetencer, en stor psykologisk viden om sjælesorg samt medicinske kompetencer inden for geriatri og palliation. Medarbejdernes indsats skal værdsættes.”</i></p> <p><i>”Der er behov for en dygtig ledelse, der kan skabe rammer for en værdig afslutning, og som formår at støtte medarbejderne.”</i></p>	<p><i>ikke til. Hendes død blev både smertefuld, ensom og uværdig. Karens tilfælde er desværre ikke enestående, men virkeligheden for mange danskere.”</i></p> <p><i>”Vi har alle krav på en anstændig døds kvalitet.[...] Temaet er omgæret af berøringsangst og er en af vor tids sidste, store tabuer.”</i></p> <p><i>”Døden på plejehjem er tabubelagt. På et plejehjem dør man ikke – man ”sover stille ind”. Man er heller ikke terminal eller døende – man ”sløjer af.”</i></p> <p><i>”Det kan ikke passe, at vi i Danmark skal acceptere, at mennesker hver eneste dag dør med smerter og ubehag, der kunne være</i></p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
					<i>afhjulpet med den rette indsats.”</i>
<p>Artikel 30 ”Nu vil Ella gerne dø” Skrevet af Christian Kjær, Journalist ved Politiken Artikel i serien ”Når livet afslutter” Udgivet: 21. august 2008 i Politiken Hvem udtaler sig: Ella Petersen plejehjemsbeboer</p>	<p><i>”Alle fra den nære familie og vennerne er døde. Hun hører dårligt, ser dårligt og kan ikke længere gå. Hver aften beder 98-årige Elle Petersen til, at hun snart får lov at dø.”</i> <i>”Hun står i sit åbne vindue på sit lille værelse. Og vinker. Ud til ingenting, umiddelbart. Men Ella vinker farvel. Farvel til fuglene, til træerne, til stjernerne, til månen og til Gud. Til alt det der betyder noget for hende.[...] For hvis nu der sker noget i løbet af natten, så har Ella sagt farvel til det hun elsker: Farvel til naturen.”</i> <i>”Ella har nu boet på</i></p>	<p><i>”Da hendes lillesøster døde for ni år siden, var det derfor den sidste fra Ellas nære familie, der gik bort.”</i></p>	<p><i>”Hun understreger, at plejepersonalet er søde. Men de er for få, synes Ella.</i></p>	<p><i>”Jeg ville ikke have, at han skulle ligge og dø på et plejehjem.”</i></p>	<p><i>”Fakta om døden i Danmark” [...] Døden er en uomgængelig del af livet. Svær at tale om og næsten umulig at fatte.”</i></p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
	<p><i>det lille værelse på plejehjemmet Bomi-Parken på Amager i seks år. Seks år for meget som hun udtrykker det.”</i> <i>”Engang imellem snakker jeg med dem”</i> <i>(de nære afdøde pårørende)</i> <i>”Hvorfor skulle jeg leve, til jeg bliver 100 år. Når man ikke kan høre, ikke kan se ordentligt og ikke selv kan gå på toilettet – man er ikke til andet end ulejlighed.”</i> <i>”Nej jeg ville ikke være ked af at dø i morgen, eller nu.”</i> <i>”Papirerne, hvor det står beskrevet, hvad der skal ske efter hendes død, ligger klar på plejehjemmets kontor.”</i></p>				
Artikel 31	<i>”- De ikke blot lever</i>		<i>”Stein Husebø har</i>	<i>”Gamles sygdomme og død</i>	

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
<p>”De bedste læger til de gamle” Skrevet af Charlotte Bach, Journalist ved Kristeligt Dagblad Udgivet: 15. januar 2007 i Kristeligt Dagblad Interview Med Stein Husebø, overlæge tilknyttet Røde Kors sykehjem i Bergen.</p>	<p><i>længere – de får også en bedre prognose og en bedre livskvalitet.[...] Men vi er ofte temmelig fantasiløse, når det kommer til aktivering af demente.”</i></p>		<p><i>skaffet 20.000 kroner pr. ansatte om året til efteruddannelse.”</i> <i>”De lægestuderende vil gerne arbejde hos os. Vi er faktisk ret populære. Vores forskning, efteruddannelse og tværfaglige indsats rammer plet hos mange...”</i></p>	<p><i>har hidtil ikke været et område, der påkalder sig interesse hos læger og forskere i Danmark. Vi har en råbende mangel på viden og forskning i livet og døden på plejehjem. [...] Vi ved for lidt om beboernes perspektiv, for lidt om de ældres ofte komplekse tilstande med op til fem-seks diagnoser.”</i> <i>”Samtidig lider hele plejehjemsområdet af lav status med personalemangel, dårlig løn og ringe efteruddannelsesmuligheder.”</i> <i>”Stein Husebø har stået i spidsen for to slags nytænkning, når det drejer sig om ældre på plejehjem. Den ene idé var at indføre et hospice eller en palliativ afdeling på plejehjemmet. [...] den indebærer, at ældre døende beboere ikke</i></p>	

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
				<p><i>skal overflyttes til hospital eller hospice i deres sidste tid, eftersom der på plejehjemmet findes den nødvendig ekspertise til pleje af døende.”</i></p> <p><i>”Den anden grundtanke handler om at overføre palliation til alle gamle på plejehjem, for ifølge Stein Husebø har alle gamle brug for lindrende pleje.”</i></p> <p><i>”Danskerne er efter min mening kommet langt væk fra udfordringen om, hvor mange ressourcer og kompetencer det kræver med en befolkning, der får et voksende antal ældre.[...] Men sandheden er, at samfundet sparer en milliard euro på udgifter til hospital og hospice ved at gøre plejehjemmene til palliative enheder, siger Stein Husebø.”</i></p>	
Artikel 32 ”Omsorg for				<i>”... mange plejehjem er ikke indrettet til at varetage</i>	<i>”De gode holdninger og den fornemme praksis,</i>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
<p>døende på plejehjem må opprioriteres” Skrevet af bl (Ledende artikel) Udgivet: 13.10.2006 i Kristeligt Dagblad</p>				<p><i>denne pleje på trods af, at hver fjerde dør på et plejehjem.”</i> <i>”Døden kan ikke komme uventet, men alligevel er det, som om der sker en kollektiv fortrængning af døden på plejehjem, som en af forskerne bag undersøgelsen udtrykker.”</i> <i>”Det handler om ressourcer, både menneskelige og økonomiske, men det handler også om holdninger.”</i> <i>”En særlig bevågenhed og fokus kan være med til at give noget ekstra til området. Her ligger en stor udfordring til plejehjemsledelsen.”</i> <i>”Det kræver økonomiske ressourcer, og det kræver en politisk vilje i både kommuner, regioner og regering til at satse bredere på pleje af døende end for</i></p>	<p><i>som man gennem de senere år har set fungere på hospice, er desværre ikke smittet af på flertallet af plejehjem, hvilket betyder, at der er en høj grad af tilfældigheder i den måde, man her tager vare på døende.”</i></p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
				<i>eksempel tildeling af ressourcer fra den såkaldte hospicepulje peger i retningen af: Puljen har til formål at forbedre indsatsen over for alvorligt syge og døende, men ud af knap 100 millioner kroner er der alene givet penge til etablering af nye hospicer, mens for eksempel ansøgninger om daghospice-ordninger og et videnscenter om pleje af uhelbredeligt syge ikke er blevet imødekommet.” ”Og det er afgørende, at erfaringer fra hospice- området vinder udbredelse også på plejehjem.”</i>	
Artikel 33 ”Døden på anden klasse” Skrevet af Charlotte Bach, Journalist ved Kristeligt Dagblad Udgivet: 13.10.2006	<i>”Hun døde som næsten 99-årig. Hendes sidste fem år på plejehjem var præget af manglende omsorg og en fatal fejl.”</i>	<i>”Det betød, at hun ikke kunne få den nødvendige hjælp til at spise, og hendes to sønner skiftedes til at komme og made hende.”</i>	<i>”Det var ikke ualmindeligt, at der var en social- og sundhedsassistent om otte beboere.” ”De er hårdt spændt for med underbemanding,</i>	<i>”Hvis ikke hun blev madet, faldt en stor del af maden på gulvet. Her kunne det ligge i mange dage, før der blev gjort rent.” ”Svend Andersen (Professor ved det</i>	<i>”Svend Andersen mener, at vi ikke betragter de gamle som tilstrækkelig vigtige. Vist er plejehjemmet en slags ventosal før døden, men man kan</i>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
<p>i Kristeligt Dagblad Hvem udtaler sig: Pårørende: Professor Svend Andersen Sundhedsprofessione l: Overlæge Marianne Mørch, Geriatrisk Afdeling Århus Sygehus Og Helle Timm, sygeplejerske, kultursociolog og ph.d. i sundhedsvidenskab samt udviklingschef hos CVU Øresund. Og Ole Andersen, forstander på Absalonhus i København</p>	<p><i>”Alle beboerne på plejehjemmet var så dårlige og svage, at der stort set ikke var tale om noget socialt samvær.”</i> <i>”Hun blev nu så dårlig, at hun blev indlagt på Tønder Sygehus. Her nåede hun at opholde sig en halv dag – så døde hun.”</i> <i>”For hvornår er det i orden at lade den døende blive liggende til sengs og anerkende, at vedkommende ikke mere vil spise og drikke?”</i> <i>”- De fleste har smerter, når de er døende, og de kan være svære at lindre, hvis den døende skal være ved bevidstheden. Gamle mennesker har ofte</i></p>	<p><i>”Og dø alene? Tja, en nyansat social- og sundhedsassistent til blot at holde i hånden er vel ikke sagen. Der bør være følelsesmæssige bindinger mellem den døende og den, der våger, siger Helle Timm.”</i> <i>”Er der ingen familie – og det er tilfældet for en tredjedel af beboerne på Absalonhus – må forstanderen Ole Andersen og hans personale gennem det kendskab, de opnår med beboeren, finde den bedste måde.”</i> <i>”Familien kan bruge et lokale på Absalonhus til at samles i og mindes.</i></p>	<p><i>offentlig udskældning, lav løn og lav status, mener han.”</i> <i>”- Som læge kan jeg savne at være sikker på at få kvalificerede tilbagemeldinger fra plejepersonalet om blandt andet observationer til brug i for eksempel smertebehandling. Man kunne godt forestille sig, at en specialist var tilknyttet et eller flere plejehjem som fast konsulent for læger og plejepersonale dér.”</i> <i>”Men det er et vanskeligt speciale, for ældres sygdomsbillede er ofte komplekst med mange forskellige diagnoser og svagheder, og der er ikke meget prestige i at arbejde på et plejehjem, ligesom der heller ikke er prestige i geriatri.”</i></p>	<p>Teologiske Fakultet i Århus) klandre politikere og forvaltninger for ikke at give nødvendige ressourcer til at gøre den sidste tid på plejehjem til en værdig og meningsfuld tid. Det kræver mere personale, og det kræver ikke mindst mere uddannelse af personalet. Også til at tage sig af døende.” <i>”Af undersøgelsen fremgår det, at det er højst tilfældigt, om en terminal beboer får en værdig død på plejehjem, og at hospicefilosofien langtfra er gældende på de danske plejehjem.”</i> <i>”Overlæge Marianne Metz Mørch[...] oplever, at der mangler hoveder, kompetencer og ressourcer på de danske plejehjem.”</i> <i>”Der er mange utålelige valg for personalet, som ofte må gå på kompromis.</i></p>	<p><i>stadig få en god tilværelse i den sidste tid med nærvær, kropskontakt, samtaler og måske sang.”</i> <i>”Hun oplever, at døden håndteres vidt forskelligt på plejehjemmene. Det er et resourcespørgsmål, men det er også et holdningsspørgsmål, mener hun.”</i> <i>”Desuden kan det være vanskeligt at bedømme klart, hvornår der er tale om, at døden nu nærmer sig. På plejehjem hersker der usikkerhed om, hvorvidt man må tale om døden. Bliver det ikke sagt åbenlyst, at en person er døende, overser man let nogle indsatsområder, da pleje af døende på vigtige områder er</i></p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
	<p><i>ondt længe. Men der bør under alle omstændigheder være en følelsesmæssig lindring.”</i></p>	<p><i>Sammen med personalet, som også kan støtte familien i sorgarbejdet.”</i> <i>”At de pårørende kommer på banen og skaber et pres på det politiske system og forvaltningerne.”</i></p>	<p><i>”Kommunikation med døende kan læres og bør indgå i uddannelsen af plejepersonalet. [...] og tilføjer, at det er lige så vigtigt at respektere, at ikke alle har lyst til at tale om døden.”</i> <i>”... og personalet er uddannet i at lindre smerte, både medicinsk og gennem alternative metoder. Det kan f.eks. dreje sig om nærvær eller musik. [...] Personalet undervises også i at kunne samtale om døden.”</i> <i>”- Nogle gange erkender lægen ikke, at det er smertebehandling, det drejer sig om. Desuden er det ikke optimalt med en vagtlæge, som ikke kender beboerens forhistorie, og som måske har fem minutter. Vagtlægen griber ofte til</i></p>	<p><i>Når en beboer er døende, smider plejerne, hvad de har i hænderne for at kunne være der, og det kan så gå ud over andre beboere.”</i> <i>”Men at det gode plejehjem tager samtalen om tanker og ønsker for døden, når beboeren er flyttet ind – eventuelt med de pårørende, hvis beboeren ikke kan medvirke.”</i> <i>”Når en beboer flytter ind på plejehjemmet Absalonhus i København, bliver der udarbejdet en plejeplan, og i denne indgår også ønsker for døden.”</i> <i>”I forvejen har de ekstremt dårlige betingelser med underbemanding, store, livsvigtige spørgsmål og komplekse sygdomsbilleder, siger hun.”</i> <i>”Helle Timm understreger, at døden ikke kan adskilles fra livet, og hvis man byder</i></p>	<p><i>anderledes end pleje af mennesker, der kan blive raske, risikerer man at give en helt forkert pleje, understreger Marianne Metz Mørch.”</i> <i>”Et dødsforløb er ikke nødvendigvis krisepreget, påpeger Helle Timm. [...] Vi skal ikke alle dø en team-ekspert død med en psykolog til at hjælpe os med at tage afsked, men palliative enheder bør ifølge Helle Timm være til rådighed for plejehjemmene. Hun stiller spørgsmålstejn ved idealerne om, at den døende ikke må have smerter eller ligge alene.”</i> <i>”Overordnet må en døende på Absalonhus ikke ligge alene – medmindre</i></p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
			<p><i>indlæggelse for at være på den sikre side.”</i> <i>”For Ole Andersen spiller tværfagligheden en vigtig rolle i forbindelse med pleje af ældre og af døende. Den tværfaglighed har man på hospice, men på plejehjem er ikke på samme måde omfattet af en række fagfolk med hver deres speciale. Hvorfor ikke? Spørger Ole Andersen.”</i> <i>”- De palliative teams, som vi kender fra hospice, rykker sjældent ud til døende plejehjemsbeboere, og social- og sundhedsassistenterne er ikke specialuddannet i at varetage døden. Vælger de at arbejde på et plejehjem, bør de efteruddannes. Vi kan ikke uddanne dem</i></p>	<p><i>folk et ordentligt liv på plejehjem, vil de også få en ordentlig død. Men der mangler viden om basal gerontologi på plejehjemmene, og der skal sættes penge af til efteruddannelse af personalet. Det er jo hyklerisk, at politikkerne tager penge fra plejehjemmene med den ene hånd og tørre tårer bort med den anden, når de præsenteres for de skjulte optagelser fra Fælledgården, siger Helle Timm om sommerens mediedækning af forholdene på de Københavnske plejehjem.”</i></p>	<p><i>vedkommende ønsker det – og personalet skal kende de døendes ønsker for den sidste tid samt ønsker om begravelsen. [...] Den døende må ikke have smerter, angst eller uro...”</i> <i>”Et af Ole Andersens største dilemmaer handler om at afgøre, hvornår en behandling er kurativ,[...] , og hvornår den er palliativ, altså lindrende. Afgørelsen er vigtig, fordi man på plejehjemmet har et princip om, at beboerne ikke skal indlægges på hospital, hvis de ikke kan behandles. Ole Andersen har udkæmpet adskillige kampe med vagtlæger, der vil indlægge en syg beboer. ”Måske fordi vi har</i></p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
			<p><i>nødtørført og så klandre dem for ikke at kunne håndtere døden ordentligt.”</i> <i>”Og så anbefaler han, at plejepersonalets uddannelse og løn opgraderes. At etik kommer ind i social- og sundhedsuddannelsen som en obligatorisk del.”</i></p>		<p><i>specialiseret døden, så hospice er luksusudgaven med et helt hold af palliative fagfolk, mens omsorgen og plejen på basisniveauet, det vil sige eget hjem, plejehjem eller sygehus, befinder sig på alment niveau.” Det svar giver Helle Timm.”</i></p>
<p>Artikel 34 ”Ny organisation vil sikre værdige forhold for døende” Skrevet af Karin Dahl Hansen, Journalist ved Kristeligt Dagblad. Udgivet: 14.03.2007 I Kristeligt Dagblad Hvem udtaler sig: Overlæge Tove Vejlgård, formand for Dansk Selskab for Palliativ</p>					<p><i>”Alle døende har krav på en specialiseret omsorg til sidst. De gode erfaringer fra hospicer skal bringes ud til sygehuse, plejehjem og patienter, der dør hjemme, mener fem organisationer, som nu går sammen.”</i> <i>”Uanset om den sidste tid tilbringes på sygehuset, plejehjemmet eller i eget hjem, skal den lindrende pleje og</i></p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
Medicin, leder af det palliative team i Vejle					<p><i>omsorg være i top.”</i> <i>”I de senere år har der været en skævvridning, hvor der udelukkende er satset på kræftpatienter, der dør på hospice, siger overlæge Tove Vejlgaard...”</i> <i>”Og formålet er at hæve kvaliteten, øge forskningen i den gode død og tale med en stemme over for politiker og andre beslutningstagere i sundhedsvæsenet.”</i> <i>”Den palliative indsats skal være en integreret del af sundhedsvæsenet. Derfor bør man fokusere meget mere bredt og på mennesker, der lider af andet end kræft. Man kan sige, at den gode død på hospice skal udbredes til alle døende.”</i></p>
Artikel 35	<i>”DØDSKAMPEN</i>	<i>”Jeg var ikke i tvivl</i>	<i>”Personalet kunne blot</i>	<i>”Tænk hvis plejehjemmet</i>	<i>”For nylig beskrev en</i>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
<p>”En uværdig død” Skrevet af Charlotte Bach, Journalist Udgivet: 21.06.2007 i Kristeligt Dagblad ”Kronik” Udtaler sig som pårørende til afdød mor</p>	<p><i>BLEV indledt en fredag eftermiddag. Min mor havde ligget i sin seng i dyb søvn. Pludselig gav hun sig til at ralle. En høj snorkeagtig lyd. Hun lå med halvåben mund og var ikke til at kalde til bevidsthed.”</i> <i>”I mellemtiden blev det konstateret, at min mor havde 40 i feber, en puls på 200 og lungebetændelse. Hendes hjerte arbejdede på højtryk.”</i></p>	<p><i>om, at min mor var døende. Nu gjaldt det bare om at gøre den sidste tid så rar som mulig.”</i> <i>”Da jeg forhørte mig om muligheden for hospice hos min mors læge, fik jeg at vide, at det krævede en ondartet diagnose at komme på hospice, og det var i realiteten sige uhelbredelig kræft. Jamen sagde jeg, min mor er jo døende. Hvad med et palliativt team? Hvad med at få hjælp fra et hold af fagfolk, der har forstand på det? Jamen sagde lægen, de er vældig gode til palliation på plejehjemmet. Disse ord har runget i min</i></p>	<p><i>konstatere, at det da var gået utrolig hurtigt ned ad bakke, og at det lignede en blodprop, men det kunne man ikke se ud fra den blodprøve, der var taget.”</i> <i>”Personalet sendte omgående bud efter plejehjemmets vagthavende sygeplejerske (En studerende), som omgående sendte bud efter vagtlægen.”</i> <i>”Vagtlægen var ikke længe om at undersøge min mor. Han trak mig til side og spurgte, om jeg ville have hende indlagt på hospital, eller om hun skulle have god og kærlig pleje i stedet, indtil hun døde. Det valg havde den sygeplejestuderende nået at stille mig over for. Hun var yderst professionel i sin tilgang</i></p>	<p><i>havde haft en læge, der havde fulgt min mors forløb. I stedet kørte vi i karrusel mellem hendes egen læge, skiftende vagtlæger, apotek og plejehjems personale, og kommunikationen mellem disse røg jævnlige af sporet. Havde vagtlægen sikret sig, at der blev tale om god og kærlig pleje? Havde han informeret personalet på plejehjemmet om, hvordan de bedst lindrede de sidste timer? Havde han gjort noget for at standse min mors rallen, som hun døjede med i 30 timer, og som jeg i dag ved kan afhjælpes? Svaret er nej.”</i></p>	<p><i>ægtefælde i Kristeligt Dagblad, hvor fint og rigtigt alting foregik, da hendes mand blev indlagt på hospice uhelbredeligt syg. Døden blev værdig. Sådan er det ikke nødvendigvis på et plejehjem.”</i> <i>”Nu er der politisk velvilje for at oprette flere hospicepladser, men spørgsmålet er, om ikke man i første omgang burde udbygge plejehjem og hospitaler med hospice afdelinger.”</i> <i>”Kun en brøkdel dør på hospice. Burde man ikke lade ekspertisen være der, hvor folk dør? Døden kræver nemlig ekspertise. Det er ikke nok at holde i hånd. [...] Og endeligt et personale om den</i></p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
		<p><i>bevidsthed lige siden”</i> <i>”Jeg var ikke i tvivl: Heller blive i den lille stue, der var indrettet så hjemligt som muligt. Og følte mig helt tryk sammen med den sygeplejestuderende og hendes gode og kærlige pleje.”</i> <i>”Nu syntes jeg nok, der blev lovlige megen trængsel af uvedkommende som viden til min mors døds kamp, så jeg fik verftet selskabet ud og ordnet det pekuniære mellemværende med chaufføren.”</i> <i>”MÅSKE VAR mine nerver ved at være tyndslidte af at se min mor i den tilstand uden at</i></p>	<p><i>til min mor og til mig og gjorde det nænsomt klart for mig, at en tur på hospitalet sandsynligvis kunne forlænge min mors liv med nogle dage.”</i> <i>”Hun var overbevist om, at hun skulle meddele mig alt, hvad hun foretog sig med min mor. I detaljer.[...] Men fire-fem gange kom hun ind til min mor og mig og forkyndte med høj stemme den seneste udvikling i sagen.”</i> <i>”Pludselig gik det op for mig, at den højtråbende i virkeligheden var frygtelig usikker. Derfor råbte hun. Derfor indviede hun mig i alt, hvad hun foretog sig med min mor. Det var som om hun søgte accept af det, hun gjorde. For hvis det var forkert, havde jeg jo indvilget.”</i></p>		<p><i>døende, som ved, hvordan man kommunikerer såvel med den døende som med de pårørende. Sådan er det på hospice. Der er døden et fagligt speciale. [...] På hospice har man nærmest fået eneret på den værdige og ekspertledsagede død. På plejehjem, hospitaler og i eget hjem er det højest usikkert, om døden bliver værdig. Det afhænger af den enkelte kommune, det enkelte plejehjem eller hospital, den enkelte medarbejder.”</i></p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
		<p><i>kunne gøre noget. Skulle hun alligevel have været på hospitalet? Hospice var jo udelukket. Forgrædt og forslidt tog jeg hjem ud på aftenen for at få lidt søvn. To timer senere ringede de fra plejehjemmet. Min mor var død.”</i></p>			
<p>Artikel 36 ”Hvidovre kommune, Plejehjem. Kvalitetsstander og kvalitetsmål. Sygepleje. Ydelsestype: Pleje af døende” Forfatter: Hvidovre kommune Udgivet: 2004</p>	<p><i>”Alle døende beboere ved institutionen vil kunne få ydelsen.” ”Beboerne skal efterkomme krav/ønsker fra institutionen til hjemmets indretning og anvendelse af hjælpemidler, når dette er velbegundet i regler om arbejdsmiljø for medarbejdere i Hvidovre kommunes plejehjem.”</i></p>		<p><i>”Pleje, behandling og støtte til alvorligt syge og døende samt deres pårørende.”</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>”Pleje og behandling</i> • <i>Forebyggelse af følgesygdomme</i> • <i>Omsorg og støtte til pårørende</i> • <i>Tværfagligt samarbejde</i> • <i>Kontakt til læger, hospitalet, ambulatorier og</i> 	<p><i>”Kommunens kvalitetskontrol sker dels gennem en løbende vurdering, revurdering af ydelsen eller efter behov, dog mindst 1 gang årligt. Dels gennem statistikker.” ”Medarbejderne er omfattet af arbejds miljøloven, når denne arbejder i borgerens hjem. Loven foreskriver, at arbejdet skal udføres sikkerheds- og sundhedsmæssigt</i></p>	<p><i>”At give beboerne en værdig livsafslutning.”</i></p>

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
	<p><i>”Hvad er kommunens kvalitetsmål?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>At beboerne får de ydelser der er aftalt.</i> • <i>At der udarbejdes en handleplan for den enkelte ydelse</i> • <i>At der foreligger dokumentation for ydelser og tiltag.</i> • <i>At beboeren ved, at hjælpen justeres ved ændringer i behovet.</i> • <i>At beboeren altid får tildelt en kontaktperson.</i> • <i>At medarbejdere n kan</i> 		<p><i>smerteklinik.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Information, rådgivning og vejledning til beboere og pårørende</i> • <i>Opfølgningssamtale med de pårørende/efterladte.</i> <p><i>”Pleje til døende udføres alle ugens dage og døgnet rundt.”</i></p> <p><i>”Alle medarbejdere er bekendt med egne kompetencer og institutionens målsætning.”</i></p>	<p><i>forsvarligt.</i></p> <p><i>Mænd og kvinder ansættes på lige vilkår uanset religion og etnisk herkomst.”</i></p>	

Artikel: Forfatter og baggrund: Udgivet hvornår og hvor? Hvem udtaler sig og til hvem?	Italesættelsen af ældre døende	Italesættelsen af den ældre døende pårørende	Italesættelsen af de sundhedsprofessionelle	Italesættelsen af dødsstedet – Plejehjemmet	Italesættelsen af døden
	<i>legitimere sig.”</i>				
<p>Artikel 37 ”Roskilde kommune. Kvalitetsstandard for borger på plejehjem – Pleje af døende på plejehjem” Forfatter: Roskilde kommune Udgivet: 2003</p>	<p><i>”Borgere, der er døende i en plejebolig får en værdig og omsorgsfuld afslutning på livet.”</i></p>	<p><i>”Pårørende eller andet netværk inddrages i det daglige liv på plejehjemmet.”</i></p>	<p><i>”Fagligt og velkvalificeret personale varetager plejen, omsorgen og behandlingen af den døende, i tæt samarbejde med relevante samarbejdspartnere, så som: sygeplejerske, læge, smerteklinik og palliativ team.”</i></p>	<p><i>”Borgeren skal opleve et trygt og værdigt liv på plejehjem. Der skal være en god og tryk atmosfære med helhed i opgaveløsningen. Omgangstonen er imødekommende og venlig. Borgeren inddrages aktivt i alle dagligdags funktioner ud fra den enkeltes ressourcer. Borgeren kan modtage hjælp hele døgn under hensyn til den enkeltes fysiske, psykiske og sociale ressourcer.”</i></p>	