



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

**Palliativ sykepleie/Palliative care**

**Amalie Dahle Staurset og Kariann Gisnås Hovde**

Totalt antall sider inkludert forsiden: 56

Molde, 28.05.2018



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Anita Nilsen

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 24.04.2018

**Antall ord: 10491**

## **Sammendrag**

### **Bakgrunn**

Den palliative tilnærmingen kjennetegnes ved at man har en helhetlig tilnærming til pasienten og pårørende. I en palliativ fase møter man pasienten, pårørende og kolleger med respekt, og med fokus på hva som vil være det beste for pasienten. Pasient og pårørende skal føle seg møtt og forstått i en slik situasjon. Den palliative tilnærmingen inneholder aktiv og målrettet holdning til diagnostikk, forebygging og lindring av symptomer. Det skal være fokus på åpen kommunikasjon og informasjon.

### **Hensikt**

Hensikten med litteraturstudiet var å belyse sykepleieres erfaringer med palliativ omsorg.

### **Metode**

Systematisk litteraturstudie basert på 10 vitenskapelige forskningsartikler.

### **Resultat**

Sykepleierne snakket om flere ulike erfaringer med palliativ omsorg. Både positive og negative. Flere syntes det var krevende å jobbe med palliativ omsorg, samtidig som det var berikende både på et profesjonelt og personlig plan.

### **Konklusjon**

Å skulle gi palliativ omsorg byr på flere utfordringer for sykepleiere. De kjente stadig på presset om å gi god pleie til flere pasienter, samtidig som de ønsket å yte god kvalitet på pleien de ga. Det å stadig være i arbeidssituasjoner med palliative pasienter viste seg å være krevende på flere områder, men det kunne også gi berikende følelser.

### **Nøkkelord**

Palliasjon, sykepleier, erfaringer

## **Abstract**

### **Background**

The palliative approach is characterized by a comprehensive approach to the patient and relatives. In a palliative phase, the patient, relatives and colleagues meet with respect, focusing on what will be best for the patient. Patients and relatives should feel met and understood in such a situation. The palliative approach contains active and targeted attitude towards diagnosis, prevention and relief of symptoms. There should be focus on open communication and information.

### **Aim**

The aim of this study was to illuminate the experiences of nurses who works with end-of-life care.

### **Method**

Literature study based on 10 research articles.

### **Results**

Nurses highlights several experiences working with end-of-life patients. Both positive and negative. It was demanding working with this group of patients, but at the same time it was rewarding. The nurses highlighted a personal and professional growth.

### **Conclusion**

To provide palliative care includes several challenges for nurses. They are constantly aware of the pressure to provide good care to more patients while at the same time wanting to provide good quality care to the patients they have. Permanent working situations involving palliative patients proved to be demanding in several areas for nurses. But also enriching feelings.

### **Keywords**

End-of-life care, nurse, experience

# Innhold

<b>1.0</b>	<b>Studiens hensikt.....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
<b>2.0</b>	<b>Teoribakgrunn .....</b>	<b>2</b>
2.1	Palliativ omsorg.....	2
2.2	Sykepleie til palliative pasienter.....	3
2.3	Organisering .....	4
<b>3.0</b>	<b>Metodebeskrivelse .....</b>	<b>6</b>
3.1	Inklusjons og eksklusjonskriterier.....	6
3.2	Litteratursøk .....	6
3.3	Kvalitetsvurdering og etiske hensyn .....	9
3.4	Analyse.....	11
<b>4.0</b>	<b>Resultat .....</b>	<b>12</b>
4.1	Mangel på tid til å gi ønsket omsorg .....	12
4.2	Negative følelser.....	13
4.3	Berikende følelser.....	13
4.4	Mangler på støtte fra kolleger og ledere.....	14
4.5	Profesjon og privatperson.....	15
4.6	Mangler på kompetanse og erfaring .....	16
4.7	Pårørende trenger også omsorg .....	17
<b>5.0</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>18</b>
5.1	Metodediskusjon .....	18
5.1.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	18
5.1.2	Litteratursøk .....	18
5.1.3	Kvalitetsvurdering og etiske hensyn .....	19
5.1.4	Analyse og resultat.....	20
5.2	Resultatdiskusjon.....	21
5.2.1	Mangel på tid påvirker flere faktorer. ....	21
5.2.2	Et spekter av følelser.....	24
5.2.3	Mangel på kompetanse og støtte .....	27
<b>6.0</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>30</b>
6.1	Konsekvenser for praksis .....	30
6.2	Anbefalinger til videre forskning .....	31

## **1.0 Studiens hensikt**

Hensikten med litteraturstudiet var å belyse sykepleieres erfaringer med palliativ omsorg.

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Vi har valgt å skrive om palliativ omsorg da vi mener at dette er et tema som er viktig å være forberedt på når man kommer ut i arbeidslivet. 48% av befolkningen dør i dag på sykehjem, og det vil etter hvert bli flere eldre i institusjon, og derfor er dette et tema det er viktig å danne seg gode kunnskaper om som sykepleier (Kaasa og Loge 2016).

Den ene av oss har fått erfaring innen palliasjon i løpet av studietiden og arbeid, og den andre vil gjerne lære mer, slik at hun kan møte mer forberedt i arbeidslivet. Vi har valgt å skrive fra sykepleieres perspektiv. Dette for å danne oss et inntrykk av hvilke utfordringer vi kan møte i arbeidslivet som sykepleiere, og for å øke kunnskapen vår innenfor temaet for å kunne takle disse utfordringene på best mulig måte.

Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon er utarbeidet som en del av de nasjonale handlingsprogrammene for kreftbehandling. Men palliativ behandling gjelder ikke bare kreftpasienter. Det er arbeidsgruppens mål at de mer generelle delene av arbeidsplanen skal bli relevant utenom kreftomsorgen (Helsedirektoratet 2015a).

## 2.0 Teoribakgrunn

### 2.1 Palliativ omsorg

Den palliative tilnærmingen kan kjennetegnes ved at man har en helhetlig tilnærming til pasienten og pårørende. I en palliativ fase møter man pasienten, pårørende og medarbeider med respekt, og med fokus på hva som vil være til det beste for pasienten. Pasient og pårørende skal føle seg møtt og forstått i en slik situasjon (Helsedirektoratet 2015b).

Helsetjenesten har et ansvar for å gi god behandling av sykdommen, og omsorg i et helhetlig perspektiv. Det vil si fra diagnosen stilles, gjennom sykdomsperioden og frem til livets siste slutt (Helsedirektoratet 2015b). Grunnleggende palliasjon skal ivareta kartlegging av symptomer og plager, symptomlindring, informasjon til pasient og pårørende, terminal pleie, sorgarbeid og oppfølging av de etterlatte, dokumentasjon og kommunikasjon mellom aktørene (Helsedirektoratet 2015b).

Palliativ medisin er den medisinske fagbetegnelsen som er brukt til pasienter hvor man ikke kan fjerne eller stanse utviklingen av sykdommen. Når begrepet palliasjon er brukt, har pasienter forventet kort levetid, ofte mindre enn 9-12 måneder. Palliativ medisin er også et eget fagfelt, og omfatter i hovedsak pasienter med kreftsykdom, men prinsippene i behandlingen er aktuelle for andre sykdomsgrupper slik som for eksempel kroniske nevrologiske sykdommer (Norsk helseinformatikk 2017).

Verdens helseorganisasjon definerer den palliative innsatsen som en prosess som bekrefter livet og betrakter døden som en naturlig prosess. Prosessen verken framskynder eller utsetter døden, men lindrer smerte og andre symptomer. Den palliative innsatsen integrerer omsorgens psykologiske, sosiale og eksistensielle aspekter, tilbyr støttefunksjoner for å hjelpe pasienten til å leve så aktivt som mulig frem til døden og tilbyr støttefunksjoner til pårørende under pasientens sykdom og i sorgen over tapet (Gulbrandsen 2010).

Pasienter som trenger et koordinert tjenestetilbud har krav på en individuell plan, som skal omfatte alle aktuelle tjenestoområder. Kommunen og helseforetaket har ansvaret for å utarbeide en slik individuell plan til de som har behov for det, kommunen har ansvaret for å koordinere arbeidet (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011). En slik plan skal inneholde



pasientens skriftlige samtykke, en koordinator, f. eks. hjemmesykepleier, pasientens mål, en ansvarlig tjenesteyter for hvert tjenesteområde, kontaktoversikt og ansvarsfordeling, avtalt oppfølging, klare retningslinjer for hvor og hvordan en eventuell innleggelse skal organiseres (Helsedirektoratet 2015a).

Det er et mål å komme tidlig i gang med et palliativt tilbud. God behandling stiller krav til et bredt samarbeid mellom ulike faggrupper, både kommunale helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenester og fra pårørende (Kaasa og Loge 2016).

Studier har vist at de fleste pasienter har et ønske om å tilbringe mest mulig tid i hjemmet. Palliativ omsorg i hjemmet krever et fleksibelt og individuelt samarbeid. Aktørene i samarbeidet er som regel fastlege, hjemmebaserte tjenester, sykehjem, sykehus, poliklinikker og helsepersonell med spesialistkompetanse innen fagområdet (Kaasa og Loge 2016).

## **2.2 Sykepleie til palliative pasienter**

Det å skulle gi omsorg og pleie til lidende og døende pasienter kan være en utfordring for sykepleiere. Man blir ofte utfordret på et personlig plan, og man må ofte utforske og utfordre sine egne tanker, følelser og reaksjoner rundt situasjonen (Kalfoss 2010).

I møte med palliative pasienter og deres pårørende kan man oppleve at vonde minner vekkes til livet, både fra sitt private liv og tidligere yrkesmessige erfaringer. Man kan befinne seg i situasjoner som utløser følelser som usikkerhet, angst, maktesløshet, sinne og tristhet. Man kan også oppleve å komme i situasjoner som truer egne verdier, forhåpninger, meninger og mål. På samme måte kan også møtet med palliasjon resultere i personlig vekst hos en sykepleier. Man kan komme i situasjoner som kan gi positive og berikende følelser som kjærlighet, takknemmelighet, medfølelse, stolthet, ærefrykt, mot og håp. Det sies at man etter hvert vil lære seg å stå i en slik situasjon (Kalfoss 2010).

God sykepleie rettes mot å lindre lidelse. Uansett hva som forårsaker lidelsen, er det sykepleierens plikt å møte det lidende menneske og å bidra til å lindre. Man må som sykepleier trene på evnen til å kjenne igjen, samt å reagere på lidelse. Det er sykepleierens jobb å iverksette tiltak for å hindre lidelse i å oppstå, eller å lindre lidelsen ved å ivareta grunnleggende behov (Mathisen 2011).

En av de største utfordringene med å være sykepleier er at man må være et medmenneske. Man må kunne gi av seg selv ved å for eksempel holde i hånda, eller vise empati når

pasient eller pårørende har behov for å prate. I en studiene gjort med erfarne leger og sykepleiere kommer det frem at det legges vekt på å skille mellom ytre og indre trygghet; Den indre tryggheten ble beskrevet som den personlige tryggheten, som kom når man hadde tillit hos pasienten, var sikker på egen kompetanse og opplevde personlig utvikling. Den ytre tryggheten var forholdene rundt arbeidssituasjonen, den tryggheten kom gjennom kommunikasjon med pasient og pårørende, kontinuitet i arbeidet, og at de hadde noen ritualer som gjorde døden til en verdig hendelse for de selv som sykepleiere (Mathisen 2011).

I en artikkel publisert i Sykepleien (2009) hevder sykepleierne at de takler slike situasjoner bedre etter hvert som de får erfaringer innenfor fagfeltet. De beskriver gode erfaringer rundt dødsfall som viktig i møte med pårørende senere i yrkeslivet. God kommunikasjon med pårørende, støtte i kolleger og god kompetanse innen fagfeltet, var viktige faktorer for å skape gode erfaringer. Situasjoner som kan fremstå som utfordrende og krevende som nyutdannet sykepleier blir altså lettere å takle etter hvert som man får erfaringer.

## **2.3 Organisering**

Det er en sterk økning i den aldrende befolkningen, og det er sannsynlig at behovet for palliasjon vil fortsette å øke i årene som kommer. Det er beregnet at rundt 80% av alle som dør, vil oppleve en periode med forverring, og kartlegging viser at rundt 70-80% av alle pasienter trenger palliasjon i sine siste leveår eller måneder (Loge og Kaasa 2016)

Målet med palliasjon er best mulig symptomlindring og livskvalitet for både pasient og pårørende. Dette krever god organisering av helsetjenestene. Palliative pasienter finner vi i alle helsetjenestene, og det er viktig at alle som deltar i arbeidet mestrer grunnleggende palliasjon. Det er derfor i de aller fleste helseforetakene etablert et nettverk av resurssykepleiere i kreftomsorgen og palliasjon, med fokus på kompetanse og samhandling. Disse ressurspersonene kan bistå med råd og veiledning (Helsedirektoratet 2015a).

Et av hovedmålene for organisering av palliasjon er at pasienten skal ha tilgang på nødvendig kompetanse til enhver tid. Dette krever derfor samspill og samhandling på tvers av alle nivåene i helsetjenesten (Helsedirektoratet 2015a).

I følge Handlingsplan for kreftomsorgen, er det forskjellig som kreves av de ulike helseforetakene når det kommer til palliasjon;

Sykehjem uten palliativ enhet skal beherske grunnleggende palliasjon, alle sykehjem bør utarbeide og kvalitetssikre prosedyre for smerte- og symptomlindring og terminal pleie og minst en sykepleier bør være med i et nettverk for ressursykepleiere. Sykehjemslegen bør ha god kompetanse i palliasjon, det skal være tilgang til fysioterapeut og prest, samt øremerkede senger til palliasjon (Helsedirektoratet 2015a).

Hjemmebasert omsorg har blant annet ansvaret for å skaffe pasienten og pårørende de lege-, pleie- og omsorgstjeneste som det til enhver tid er behov for, koordinere tjenester rundt pasienten, grunnleggende palliasjon skal beherskes. De står for henvisninger til- og samarbeid med sykehjem, palliativ enhet i sykehjem etter behov, samt palliativt team (Helsedirektoratet 2015a).

I ordinære sykehusavdelinger kreves det at de skal beherske grunnleggende palliasjon. Det skal være en definert ansvarsfordeling mellom avdelingen og palliativt senter/team ved håndtering av felles pasienter. Det bør være en ressursykepleier og en kreftsykepleier, de skal også ha tilgang på prest, fysioterapeut og sosionom (Helsedirektoratet 2015a).

## 3.0 Metodebeskrivelse

I følge Eines et al. (2018) skal den avsluttende bacheloreksamen i sykepleie gjennomføres som en litteraturstudie. Arbeidet skal være en fordypning i temaet sykepleie og skal gi ny kunnskap. Arbeidet innebærer å gjennomføre et selvstendig vitenskapelig arbeid i form av en litteraturstudie. Litteraturstudien skal bestå av minst 10 artikler (Eines et al. 2018)

### 3.1 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier er:

- Sykepleieperspektiv
- Artikler nyere en 2008
- Kvalitative artikler
- Artikler som belyser erfaringer ved palliasjon
- Artiklene skal være fagfellevurdert
- Engelsk, norsk, dansk eller svensk språk

Eksklusjonskriterier er:

- Review- artikler
- Artikler som omhandler palliasjon til barn

### 3.2 Litteratursøk

Vi startet vår prosess med å diskutere ulike temaer vi synes var interessante. Vi bestemte oss raskt for temaet palliativ omsorg, da vi begge anser dette som et interessant tema, og ikke minst et viktig tema i vår jobb som sykepleiere. Så startet arbeidet med å finne problemstilling og hensikt. Vi kom etter hvert frem til at vi kun skulle ha hensikt, da en eventuell problemstilling ville bli for lik hensikten i dette tilfellet. Vi fant fort ut at vi ville ha sykepleieperspektiv, da det er deres erfaringer vi ønsket å belyse.

Vi gjennomførte systematisk litteratursøk i forskjellige databaser, og ut i fra vår kvalitetsvurdering fant vi 8 artikler som ble inkludert i vår litteraturstudie. To av artiklene som vi inkluderte i litteraturstudiet vårt fant vi ved manuelt søk. Oversiktstabell over søkehistorikk er vedlagt som vedlegg 1.

I prosessen med å finne forskningsartikler jobbet vi ut i fra Evans fire faser (2002). Hvor det første steget innebærer å samle inn det datamaterialet som skal analyseres.

Vi gjennomførte vårt første søk/prøvesøk 02.02.2018, dette for å se om i fant nok relevant forskning innenfor temaet. I dette søket brukte vi databasen Ovid Medline. Søkeordene vi brukte i prøvesøket ble valgt ut i fra vår hensikt. Dette satte vi inn i et PIO-skjema. I prøvesøket fikk vi hjelp av en bibliotekar som også hjalp oss med å lage et mer oversiktlig PICO-skjema. Et PICO-skjema er et hjelpemiddel man kan bruke for å strukturere arbeidet på en hensiktsmessig måte. Vi valgte å ekskludere C-comparison, da vi ikke var interessert i sammenligning i vår studie. Vi brukte derfor PIO-skjema. P: Patient/problem. «Hvilken type pasient eller hvilke pasientgrupper gjelder spørsmålet?» I: Intervention. «Hvilket tiltak eller hvilken intervensjon ønsker vi å vurdere?» O: «Hvilke utfall eller endepunkter er vi interessert i?» (Nortvedt et al.2012,33).

Etter hvert som vi utførte flere søk, ble PIO-skjemaet endret, og dette er søkeordene vi endte opp med å bruke:

P: Palliati\* End-of-life\*, death\*, palliasjon

I: Nurs\*, hospital\*, hospice\*, sykehus

O: Experienc\*, Challenge\*

I prøvesøket brukte vi følgende søkeord: Experience\*, Nurs\*, Palliati\* og Hospital\*. Vi valgte å bruke trunkering på alle ordene i dette søket. Trunkering vil si å søke på stammen av et ord, slik at man får med alle variantene av ordet (Nortvedt et. al. 2012). Et eksempel på trunkering er om man søker på nurs\*, da dette vil gi treff som nurses og nursing. For å kombinere disse resultatene brukte vi såkalte kombinasjonsord, slik som AND og OR. Disse er også kalt boolske operatorer. Bruk av OR når man søker vil gi artikler med enten det ene eller det andre søkeordet. AND vil avgrense søket, da vi får artikler som består av begge søkeordene (Nortvedt et. al. 2012). Vi valgte å bruke kombinasjonsordet AND, da vi ønsket artikler som inneholdt alle søkeordene våre.

Vi brukte MeSH Termer, for å få et utvidet søk ved å inkludere «Nurs\*» med «Nursing care», «Nursing» og «Nurses». Vi inkluderte «palliati\*» med «palliative care» og «terminal care», og «hospital\*» med «nursing staff», «hospital/ or home care services», «hospital-based». På dette prøvesøket fikk vi et treff på 426 artikler. Vi leste gjennom 38 sammendrag, da de virket relevant for å besvare hensikten med litteraturstudiet vårt. Vi leste to (Kisorio og Langley 2016, og Andersson, Rosengren og Salickiene 2015) artikler som vi valgte å inkludere. De resterende 36 artiklene som vi hadde lest sammendraget på ble ekskludert da de ikke var relevante. Begge artiklene var kvalitative.

Vi utførte et søk i databasen Idunn. Vi valgte å inkludere en artikkel (Andersen, Grov og Ytrehus 2011).

Vi gjorde nok et søk i databasen Ovid Medline. Her valgte vi å ikke ta med «hospital» som søkeord, da vi ønsket å få med artikler fra andre plasser enn bare sykehus, som sykehjem og hjemmesykepleien. Vi valgte å bruke søkeordet «death», da vi så at dette var brukt som nøkkelord i flere av artiklene vi hadde inkludert i studiet. Vi leste fire sammendrag fra dette søket, men kun en artikkel ble inkludert i litteraturstudiet vårt (Holms, Kydd og Milligan 2014).

Den samme dagen prøvde vi på et søk i samme database, Ovid Medline, men med litt andre søkeord (se vedlegg 1). Vi fant tre av de relevant for litteraturstudiet vårt, og inkluderte de (Apmann et al. 2010, Axelsson et al. 2009, og Gray og Johnson 2013).

På det siste søket vi hadde valgte vi å bruke søkeordet «hospice\*», for å prøve å få andre artikler enn ved tidligere søk. Vi ønsket artikler fra andre plasser enn bare sykehus. Det ble lest fire sammendrag av de 133 artiklene vi fikk opp på søket. Vi leste kun en artikkel, og den ble inkludert (Ingebretsen og Sagbakken 2016).

Vi har også gjort to manuelle søk. Den ene artikkelen søkte vi opp etter å ha lest oss opp på bakgrunnsteori. Denne artikkelen var brukt i Klinisk Sykepleie (Hallet, Hopkins og Luker 2003). Den andre artikkelen søkte vi opp etter å ha lest andre studentoppgaver (Arbour og Wiegand 2013)

8 av artiklene er skrevet på engelsk, og 1 artikkel på norsk. 2 artikler er fra Norge (Andersen, Grov og Ytrehus 2011, og Ingebretsen og Sagbakken 2016), 1 artikkel er fra England (Hopkins, Hallet og Luker 2003), 1 artikkel fra Nederland (Kisorio og Langley 2016), 2 artikler er fra Skottland (Andersson, Rosengren og Salickiene 2015, og Holms, Kydd og Milligan 2014), 2 artikler er fra USA (Apmann et al. 2010, og Gray og Johnson 2013) og 1 artikkel er fra Sverige (Axelsson et al. 2009). 9 av artiklene er nyere enn 10 år, og en artikkel er eldre enn 10 år (Hopkins, Hallet og Luker 2003).

<b>P</b>	<b>I</b>	<b>O</b>
Palliati*	Nurs*	Experienc*
End-of-life*	Hospital*	Challenge*
Death*	Hospice*	
Palliasjon	Sykehus	

### Inkluderte artikler fra de ulike søkene:

Fra søk nr:	Inkluderte artikler:
1	Kisorio og Langley 2016 og Andersson, Rosengren og Salickiene 2015.
2	Andersen, Grov og Ytrehus 2011.
3	Manuelt søk: Hallet, Hopkins og Luker 2003.
4	Holms, Kydd og Milligan 2014.
5	Apman et al. 2010, Gray og Johnson 2013 og Axelsson, et. al 2009.
6	Ingebretsen og Sagbakken 2016.
7	Manuelt søk: Arbour og Wiegand 2013.

### 3.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

Vi har lagt vekt på at alle artiklene vi har inkludert skulle være av høy kvalitet. Artiklene ble ført inn i vedlegg (2) I vedlegget kommer det frem hvem som er forfattere, hvilket år artikkelen var utgitt, landet, tidsskrift, tittel, hensikt/problemstilling, metode/instrument/, deltagere/fracfall, hovedfunn, etiske vurderinger og vurderinger av hver enkelt artikkel.

Disse vedleggene jobbet vi systematisk med, etter hvert som vi leste artiklene.

Alle artiklene er refereevurdert.

Vi har valgt kvalitativt forskningsdesign da dette designet er best egnet til å svare på vår hensikt. I følge Nortvedt et al. 2012 brukes kvalitativ forskning når man ønsker å undersøke subjektive menneskelige erfaringer, opplevelser, oppfatninger og holdninger. Vi var i denne studien ute etter sykepleieres erfaringer.

Datainnsamlingen i kvalitativ forskning skjer hovedsakelig gjennom intervju, observasjoner og/eller gjennomlesning av dokumenter (Nortvedt et al. 2012). I vår studie hadde alle artiklene brukt intervju som metode for å samle inn data på, med unntak av en, som også hadde med en online undersøkelse.

Flere av artiklene vi har brukt i vår studie, har brukt en fenomenologisk tilnærming.

Igjennom en fenomenologisk tilnærming ønsker forskerne å studere menneskelige opplevde erfaringer. Slike erfaringer kommer frem gjennom intervju med mennesker som forteller historier om sine erfaringer (Nortvedt et al. 2012).

Noen av artiklene har hermeneutisk tilnæringsmetode. Den hermeneutiske tilnæringsmetoden handler om forskernes forforståelse. I dette inngår menneskers språk og begreper, trosoppfatninger og forestillinger i forståelsen, og våre personlige forestillinger i forforståelsen (Christoffersen 2015). En artikkel har brukt Grounded Theory som tilnæringsmetode. Hensikten med studier som bruker en slik tilnæringsmetode er å oppnå en dypere forståelse av hva mennesker i alminnelighet, eller en bestemt gruppe, er opptatt av og tillegger betydninger i en gitt sammenheng (Nortvedt et al. 2012).

I vår studie har vi brukt «Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning» fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2014), etter anbefaling fra Nortvedt et al. 2012. Det er spesielt to screeningsspørsmål vi har lagt vekt på; Er designet som er benyttet, velegnet til å besvare problemstillingen? Og sammenfaller artikkelen med vår hensikt? Vi la også vekt på om etiske overveielser var gjort. I forhold til sjekklisten måtte 9 av 11 punkter telle som «ja» for at vi skulle inkludere artiklene i vår studie. Sjekklista brukte vi som hjelpemiddel for å vurdere artiklene, samtidig som vi la vekt på om etiske overveielser var gjort, og at artiklene samsvarte med vår hensikt.

For å sikre oss at artiklene var på et tilstrekkelig vitenskapelig nivå, sjekket vi om artiklene var fagfellevurdert. Det var et kriterium at alle var fagfellevurdert nivå 1 eller 2. For å sjekke om artiklene var fagfellevurdert, søkte vi opp tidsskriftet artiklene var publisert i, på NSD (Register over vitenskapelige publiseringskanaler 2017). Alle artiklene våre er vurdert til nivå 1, bortsett fra en, som er nivå 2. For å få en artikkel fagfellevurdert, er det flere vilkår som må oppfylles: De skal være identifiserbare med valid ISSN, bekreftet av det internasjonale ISSN registeret, ha en vitenskapelig redaksjon, ha rutiner for ekstern fagfelle vurdering og ha en nasjonal eller internasjonal forfatterkrets (NSD 2018, 2).

Ved en undersøkelse er det viktig at deltakerne får full informasjon, blant annet om hva som er hensikten med undersøkelsen og hvilke fordeler og ulemper det kan medføre. Det er også viktig at deltagelsen er frivillig. Man skal etterstrebe diskresjon ved en sann undersøkelse, det gjøres ved at man garanterer deltakerne i studiet full anonymitet. Etiske overveielser skal være noe man har i bakhodet hele veien når man tar metodiske valg



(Jacobsen 2010). Det vil si om en/eller flere etiske komiteer har godkjent studiet, eller om forskeren selv har gjort etiske overveielser.

I alle våre artikler var det gjort etiske overveielser av enten av komite, eller ved at lederen ved avdelingen hvor studien ble utført hadde godkjent studien. To artikler som er gjort i Sverige, trengte ikke godkjennelse av etisk komite, da svenske lover og regel er annerledes.

I de artiklene det ikke er nevnt etisk godkjennelse, kommer det tydelig frem at all deltagelse var frivillig, at deltagerne hadde mulighet til å trekke seg gjennom hele studiet, at anonymitet ville bli ivarettatt, og alle deltagerne skrev under på samtykke skjema. Dette ser vi på som en etisk overveielse.

### **3.4 Analyse**

Evans (2002) beskriver hvor viktig det er å arbeide systematisk i analysearbeidet. I vår litteraturstudie har vi valgt å ta utgangspunkt i Evans (2002) modell som består av fire faser.

Den første fasen ble beskrevet i 3.2 Litteratursøk. I den andre fasen av Evans (2002) skal hovedfunnene i artiklene identifiseres. Vi kopierte alle artiklene, sånn at vi hadde et eksemplar hver. Deretter markerte vi det vi syntes var relevant for å besvare hensikten med litteraturstudiet. Vi la mest vekt på resultatene fra artiklene.

Den tredje fasen er hvor man skal identifisere og sammenligne temaene i artiklene. For å kvalitetssikre hverandre sine, sammenlignet vi de ulike funnene vi hadde markert fra hver enkelt artikkel. Vi begynte å lage kategorier for å samle funnene, og for å kunne se likhetene og ulikhetene fra de forskjellige artiklene.

I den fjerde fasen av analysen til Evans (2002) skal man beskrive fenomenet ved å lage temaer for å samle funnene. Vi kom frem til syv forskjellige kategorier/hovedtema, som gikk igjen i flere av artiklene våre. Disse syv kategoriene vil bli presentert i resultatdelen av vår litteraturstudie.

## 4.0 Resultat

I dette kapitlet presenterer vi våre funn fra de 10 innsamlede artiklene. Vi har delt de inn i 7 hovedfunn:

<b>Kategori:</b>	<b>Artikkelnummer:</b>
<b>Mangel på tid til å gi ønsket omsorg</b>	1,2,3,5,7,10
<b>Negative følelser</b>	2,4,5,6,7,9,10
<b>Berikende følelser</b>	2,5,6,7,8,9
<b>Mangel på støtte fra kolleger og ledere</b>	5,7,8,10
<b>Profesjon og privat</b>	2,3,5,9
<b>Mangel på kompetanse og erfaring</b>	1,2,3,4,6,7,8,9,10
<b>Pårørende trenger også omsorg</b>	2,3,4,5,6,7,10

### 4.1 Mangel på tid til å gi ønsket omsorg

Resultatene i vår studie viser at flere sykepleiere mente de hadde for lite tid til å gi den omsorgen de ønsket (Andersen, Grov og Ytrehus 2011, Andersson, Rosengren og Salickiene 2015, Apmann et al. 2010, Hopkins, Hallet og Luker 2003, og Kisorio, og Lanley 2016).

Analgesia might be provided at an earlier stage, rather than later... and like emotionally. I mean, even from personal experience, if you're unwell, sometimes you like someone with you to comfort you. I should imagine if you're dying it would be nice to feel that you'd died with somebody there that's looking after you, who cares about you, rather than somebody who's dashing in and out of your room (Hallet, Hopkins og Luker 2003, 528).

Flere av sykepleierne kommenterte at de skulle ønske de hadde mer tid til å bare være sammen med pasienten, da dette skapte trygghet og nærhet (Andersen, Grov og Ytrehus 2011, Apmann et al. 2010, og Hallet, Hopkins og Luker 2003).

«Man må gi mye omsorg. Det er sånn, det er det de trenger. Det er kanskje det man kan lindre med» (Andersen, Grov og Ytrehus, 2011,5).

Noen funn viste at det å jobbe på intensivavdeling og hjemmebasert omsorg gir bedre tid til palliativ omsorg, da de er flere sykepleiere på samme vakt (Axelsson et al. 2009, Holms, Kydd og Milligan 2014).

## **4.2 Negative følelser**

Resultatene viser at det å gi palliativ omsorg ofte førte med seg negative følelser, slik som håpløshet, maktesløshet, sorg og frustrasjon (Andersson, Rosengren og Salickiene 2015, Arbour og Wiegang 2013, Axelsson et al. 2009, Gray og Johnson 2013, Hallet, Hopkins og Luker 2003, Holms, Kydd og Milligan 2014, Kisorio og Lanley 2016, og Ingebretsen og Sagbakken 2016).

It is hard dealing with so many dying patients. It's heartbreaking, upsetting and exhausting, sometimes it's an occupational hazard unfortunately. There have been numerous occasions when I've been really upset and to be honest not well supported, you are just left to get on with it (Holms, Kydd og Milligan 2014,553).

Resultatene viser til at flere sykepleiere følte at de ikke strakk til i jobben, noe om kunne føre til følelser som skyldfølelse, dårlig samvittighet og stress (Andersson, Rosengren og Salickiene 2015).

## **4.3 Berikende følelser**

Flere av sykepleierne beskrev det å jobbe med palliativ omsorg som berikende (Andersson, Rosengren og Salickiene 2015, Axelsson et al. 2009, Gray og Johnson 2013, Hallet, Hopkins og Luker 2003, Holms, Kydd og Milligan 2014, Ingebretsen og Sagbakken 2016)

Det å jobbe så tett på palliative pasienter førte til utvikling både på et personlig- og profesjonelt plan (Ingebretsen og Sagbakken 2016).

Working in hospice is an enriching experience. It enriches me a lot as a human and it enriches me as a professional nurse. For me it is a dual enrichment. My professional identity and who I am as a person is strongly incorporated and unified.

That is why I think I am being enriched in both dimensions, as a human and as a professional

(Ingebretsen og Sagbakken 2016,7).

Resultater fra vår studie viser til at flere sykepleiere var takknemlig for å få muligheten til å jobbe med døende pasienter og deres familier. Det hadde gjort de mer bevisst på hvordan de levde sitt eget liv (Ingebretsen og Sagbakken 2016).

I have turned to many patients and I say ... «thank you for letting me be a part of this. » It is the most rewarding, unbelievably moving experience to be with the family and patient [who is dying]. I've seen babies being born, but that moment when [a person] dies ... if everything is right ... if they are not in pain, if the family knows what's coming ... is an unbelievable [positive] experience

(Gray og Johnson 2013, 325).

Flere funn viser at sykepleiere fant det meningsfylt og fantastisk å få oppleve et slikt spekter av følelser og var beæret over å få være med i slike situasjoner (Gray og Johnson 2013). Støtte blant kolleger og gode forhold til pårørende bidro til å gi gode opplevelser for sykepleierne (Hallet, Hopkins og Luker 2003).

#### **4.4 Mangler på støtte fra kolleger og ledere**

Det kommer frem i vår studie at flere av sykepleierne følte på manglende støtte fra kolleger og avdelingsledere i arbeidet sitt med palliative pasienter (Axelsson et al. 2009, Hallet, Hopkins og Luker 2003, Holms, Kydd og Milligan 2014, Kisorio og Lanley 2016).

Seeing the patient going down until the end is the most draining part, but you are expected to admit another patient as soon as possible and just carry on as if nothing has happened (Kisorio og Lanley 2016, 35).

Funnene viser også at flere sykepleiere ønsket tid etter et dødsfall til å reflektere å samle tankene. De ønsket tid sammen med kolleger til refleksjon og støtte i sitt arbeid (Kisorio og Lanley 2016).

I studien kommer det frem hvor viktig det var å føle seg som en del av et team. Det var viktig å kunne stole på sine kolleger. Enkelte hevdet at det ble enklere å takle krevende situasjoner dersom man fant støtte i de man jobbet sammen med (Axelsson et al. 2009).

## 4.5 Profesjon og privatperson

Resultatene viser at flere av sykepleierne lot seg påvirke privat av det som skjedde på arbeid. Det kommer frem at flere av sykepleiere drar med seg tanker og følelser hjem, og at de derfor kunne tenkt seg bedre kommunikasjon på arbeid. De ønsket noen å snakke med etter slike hendelser, for å slippe å ta med seg de vonde tankene hjem (Andersson, Rosengren og Salickiene 2015, Apmann et al. 2010, Axelsson et al. 2009, og Ingebretsen og Sagbakken 2016).

I behandlingen av sine pasienter trakk ofte flere sykepleiere paralleller med hvordan de ville at sin egen familie skulle ha blitt behandlet, eller hvordan de ville ha følt det selv (Ingebretsen og Sagbakken 2016).

Resultatene viser at deltagere mente det var viktig å finne en balanse mellom profesjon og privatliv, men at dette ikke alltid var like enkelt (Apmann et al. 2010).

The person you are at work influence how you are, as a person. All the personal characteristics you have, but also your professional reflections. I actually think these things belong together. I do not think you can separate it. You will bring something from your own life that activates how you are being affected here. So you are using yourself a lot  
(Ingebretsen og Sagbakken 2016, 7).

Deltageren mente at man måtte ta med litt fra begge verdener for å kunne gi best mulig omsorg (Ingebretsen og Sagbakken 2016).

I studiet kom det frem at sykepleierne hadde blitt mer bevisst på hvordan de levde sitt eget liv, og at de satte mer pris på små hendelser i hverdagen. Det å jobbe med palliative pasienter hadde gjort de hadde fått et annet perspektiv på livet og akseptert at døden var en del av livet (Axelsson et al. 2009).

## 4.6 Mangler på kompetanse og erfaring

Resultatene i vår studie viser til at flere mener at det er mangel på kompetanse innen palliativ omsorg (Andersen, Grov og Ytrehus 2011, Andersson, Rosengren og Salickiene 2015, Holms, Kydd og Milligan 2014).

Erfaringer med palliativ omsorg ble også trukket fram flere ganger i vår studie, spesielt når det kommer til nyutdannede sykepleiere (Andersson, Rosengren og Salickiene 2015, Apmann et al. 2010, Arbour og Wiegang 2013, Gray og Johnson 2013, Holms, Kydd og Milligan 2014, Kisorio og Lanley 2016, og Ingebretsen og Sagbakken 2016).

... Sometimes when relatives come in, the nurses, especially juniors disappear. They don't want to be asked questions. Some say this family is very difficult, they like asking questions. They are not yet competent but experienced nurses will be able to stand in the family  
(Kisorio og Langley 2016, 35).

Funnene viste at nyutdannede sykepleiere manglet erfaring innen palliasjon, men at med støtte fra andre kolleger og med flere erfaringer, vil de bli i stand til å stå i slike situasjoner (Holms, Kydd og Milligan 2014).

Resultatene viser at det var ikke alltid mangel på erfaringer eller kompetanse som gjorde at de ikke kunne svare på spørsmål. Av og til var spørsmålene umulige å svare på, de var «humanly unknown» (Hallet, Hopkins og Luker 2003).

Kommunikasjon med pårørende var beskrevet som vanskelig, spesielt for nyutdannede, da de manglet erfaring (Andersson, Rosengren og Salickiene 2015).

Det kommer frem i studiet at sykepleierne var opptatt av å ha god kompetanse, da de var redd for å ikke gi god nok pleie til pasientene (Apmann et al. 2010).

Mangel på trening og undervisning om palliasjon ble trukket frem i studien til Holms, Kydd og Milligan (2014). Sykepleierne beskrev at den kompetansen de hadde opparbeidet seg var gjennom å observere andre i hvordan de utførte arbeidet sitt. Samt gjennom å prøve og feile gjennom årene.

## 4.7 Pårørende trenger også omsorg

Resultantene viser at mye av tiden til sykepleierne går til å gi omsorg til de pårørende (Andersson, Rosengren og Salickiene 2015, Apmann et al.2010, Arbour og Wiegang 2013, Axelsson et al. 2009, Gray og Johnson 2013, Kisorio og Lanley 2016).

Flere av sykepleierne ville legge til rette for at pårørende kunne være til stede så mye de ville, og la vekt på at de ønsket at pårørende var der sammen med sine nære (Axelsson et al. 2009, Arbour og Wiegang 2013, Gray og Johnson 2013, Hallet, Hopkins og Luker 2003, Kisorio og Lanley 2016).

Since then, there have been contrary situations when there have been family member all the time. They are very grateful when you come in and check on the patient without interfering in their private sphere at the end ... It is very difficult, but it makes sense, and to be there ... I usually ask if they want me to stay or go (Andersson, Rosengren og Salickiene 2015,147).

Det kommer frem i studien at sykepleierne var opptatt av å inkludere de pårørende, og at de kunne skape gode minner sammen (Andersson, Rosengren og Salickiene 2015 og Apmann et al.2010).

Samtidig som de ønsket at pårørende var tilstede, var det også tidkrevende og de hadde mange spørsmål (Kisorio og Lanley 2016). I artikkelen til Arbour og Wiegang (2013) kom det frem at mye av tiden til sykepleierne gikk til å undervise eller å forklare pårørende forskjellige ting som skjedde, slik som virkningen av morfin.

Det var viktig for sykepleierne å være gode lyttere til pårørende, og de la vekt på at den non-verbale kommunikasjon ofte var like viktig som selve samtalen (Axelsson et al. 2009). Å skape gode forhold til pårørende kunne også føre til at man fikk viktig kjennskap til pasienten (Gray og Johnson 2013).

## **5.0 Diskusjon**

### **5.1 Metodediskusjon**

I dette kapitlet skal vi kritisk vurdere og diskutere litteraturstudiens metodiske fremgangsmåte; Vi skal vurdere styrker og svakheter ved søkestrategi, kvalitetsvurdering og analyseprosess (Eines et al.2018)

#### **5.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

Vi har i dette studie valgt å ta med en artikkel fra 2003, selv om et inklusjonskriterium var at artiklene skulle være nyere enn 2008. Dette kan være en svakhet for vår studie, men vi fant denne artikkelen relevant for å besvare vår hensikt. Dette kan også sees på som en styrke, da vi ikke har gått glipp av relevant forskning.

Vi har valgt å inkludere en artikkel som går på en spesifikk diagnose, noe som kan være en svakhet i studiet. Dette gjorde vi fordi funnene var relevant for vår studiet, da palliativ omsorg utøves likt, uavhengig av diagnose.

Vi har valgt å inkludere en artikkel som har sykepleiestudenter og sykepleiere med. Dette kan være en svakhet i vår studie, da studenter har mindre erfaringer enn utdannede sykepleiere med erfaring. Vi valgte allikevel å inkludere denne artikkelen da sykepleiestudentene delte de samme erfaringene som erfarne sykepleiere.

#### **5.1.2 Litteratursøk**

Vår litteraturstudie startet med at vi ble enige om et tema vi begge syntes var interessant, palliativ omsorg. Vi ville finne ut hvilke utfordringer vi kunne møte i vårt arbeidsliv som sykepleiere. Dette ser vi på som en styrke, siden det er noe vi begge er interessert i. Vi har begge erfaring fra arbeid på sykehjem, den ene har erfaring fra palliasjon. Dette ser vi på som en styrke for studiet, da vi har en forståelse for temaet.

Vi begynte å lage et PIO-skjema før vi hadde time med bibliotekar. Bibliotekaren hjalp oss med å sette opp et mer strukturert PIO-skjema, og hjalp oss med prøvesøket. Prøvesøket foregikk i Ovid Medline, da dette er en database vi er kjent med.

Vi søkte også i Idunn, Cinahl, og Proquest, men det var kun søket på Idunn som ga oss en relevant artikkel. Det er en fordel at vi har søkt i flere databaser. Det kan være en svakhet



at vi ikke fant noen relevante artikler i andre databaser, da vi kunne fått et bredere utvalg av artikler.

Vi har funnet 7 av artiklene i Ovid Medline, 1 på Idunn og 2 fra manuelle søk.

Manuelle søk kan sees på både som en styrke og svakhet for studiet. Den ene artikkelen vi fant gjennom manuelt søk, er brukt som pensumlitteratur og er brukt som kilde i en annen artikkel vi har inkludert. Dette ser vi på som en styrke for studiet vårt. Det kan være en svakhet for studiet at vi har gjort manuelle søk, da dette ikke er et systematisk litteratursøk. Manuelle søk er også en styrke for studiet, da vi ikke har gått glipp av relevant forskning. En styrke for studiet er at vi har variert på søkeordene våre, dette har gjort at vi har fått et bredere søk. Det kan være en svakhet at vi har minstekravet til antall artikler, som er 10, men vi mener dette var nok til å få besvart vår hensikt.

I noen av søkene vi foretok, fikk vi mange treff. Vi valgte å lese sammendrag ut ifra overskriften til artiklene, noe som kan være en svakhet, da vi kan ha gått glipp av relevant forskning.

### **5.1.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn**

Vi har begge lest igjennom alle artiklene. Når vi leste artiklene, markerte vi de ulike delene med fargekoder. Vi leste artiklene individuelt, for å være sikker på å ikke gå glipp av funn. Etterpå satte vi oss ned sammen for å sammenligne funna og diskutere innholdet i artiklene. Dette ser vi på som en fordel, da vi har fått en god oversikt over artiklene, samt at dette sikrer at vi ikke har gått glipp av relevante funn. Videre førte vi inn all relevant informasjon i en oversiktstabell, vedlegg (2). Dette vedlegget gjør det enklere for lesere å forstå innholdet i de ulike artiklene, dette ser vi på som en styrke.

Den ene artikkelen har både dybdeintervju og onlineundersøkelse som tilnæringsmetode. Dette kan være en svakhet, da de som intervjuer ikke har samme mulighet til å klarne opp i eventuelle misforståelser og uklarheter. I dette tilfellet ble funnene fra online undersøkelsen kodet og infiltrert i funnene fra dybdeintervjuene. Derfor ser vi ikke på dette som en svakhet for oppgaven vår.

Den ene artikkelen vi har brukt er fra Norge og er skrevet på norsk. Intervjuene er også tatt på et norsk sykehus. Dette mener vi at minsker risikoen for feiltolkninger og at informasjon skal ha gått tapt i datainnsamlingen. Dette ser vi på som en fordel. Det er også

en styrke at vi har inkludert en norsk artikkel, da dette er relevant for sykepleiere som jobber i Norge.

To av artiklene er utført i Sverige med svenske forfattere. Etter intervjuene ble teksten oversatt til Engelsk. Dette kan være en svakhet da enkelte ord og uttrykk kan få en annen betydning når man oversetter. I den ene artikkelen står det derimot at det ble jobbet kontinuerlig med å passe på at teksten ble riktig oversatt, og at det ble kontrollert flere ganger. Dette ser vi på som en styrke.

Den ene artikkelen er skrevet av norske forfattere, som valgte å ta intervjuene i Danmark. Dette gjorde de for å kunne se på temaet med «nye øyne». Ved å foreta intervjuene i et annet land, mente forskerne at de ville være åpne for nye og sentrale elementer. Dette ser vi på som en styrke.

De resterende artiklene er utført i engelsktalende land, og gitt ut på engelsk. Noe som minsker sjansen for feiltolkninger. Dette er en styrke. Det kan være en ulempe at de fleste artiklene i vår studie er skrevet på engelsk, slik at vi har måtte oversette de til norsk. I denne prosessen kan vi ha tolket feil, og gått glipp av viktige elementer.

I arbeidet med vår litteraturstudie, har vi lagt vekt på etiske hensyn. Det har vært viktig at all deltagelse har vært frivillig og at deltagerne har blitt anonymisert. Dette ser vi på som en styrke for vår studie.

#### **5.1.4 Analyse og resultat**

Vi har valgt å bruke Evans (2002) sine fire faser for å analysere arbeidet vårt. Dette har gjort at vi har fått struktur i arbeidet vårt, noe vi ser på som en styrke for litteraturstudien vår. Vi har også diskutert og sammenlignet de ulike funnene fra hver artikkel for å kvalitetssikre hverandre sine funn. Til slutt satt vi opp syv ulike kategorier av funnene, noe som igjen fører til god struktur og oversikt i oppgaven, noe som er en styrke.

## 5.2 Resultatdiskusjon

### 5.2.1 Mangel på tid påvirker flere faktorer.

I vår studie kommer det frem at flere sykepleiere følte de manglet tid til å gi den omsorgen de ønsket. Mangel på tid førte til at sykepleiere havnet i en tidsklemme hvor de måtte velge hvilken pasient de brukte tiden sin på. Vi har selv erfart at sykepleieren har måtte velge hvilke pasienter de kunne bruke tid på, da de var alene på vakt som sykepleier på 30 pasienter. Det kan se ut som at mangel på tid kan gå utover kvaliteten på omsorgen som blir gitt. Å utøve sykepleie til døende pasienter krever noe spesielt av oss som sykepleiere, det krever mye tid og omsorg. Man må ha tid til å ivare ta både den syke og de pårørende, for at døden skal oppleves som en verdig hendelse (Mathisen 2011).

Dagens virkelighet er blitt slik at man sjeldent får tid til å gi ønsket omsorg. Den er preget av for få sykepleiere, ansvar for mange pasienter, krav om flere sengeplasser og effektivitet i arbeidet (Kalfoss 2010). Det kan virke som at konsekvensen av mangel på tid til å gi omsorg ikke blir tatt hensyn til med tanke på bemanning. Vi har erfart at det ved flere anledninger har vært både vikarer og hjelpepleiere som har tatt del i mye av den palliative omsorgen, hvor det egentlig skulle vært en sykepleier tilstede. En sykepleier innehar en annen kunnskap om palliasjon enn hva en vikar har, og vil derfor kunne observere og utføre omsorgen på et mer profesjonelt nivå.

I studiet kom det frem at flere av sykepleierne var redd for at pasienten måtte dø alene, da de ikke hadde tid til å være inne hos pasienten så mye som de ønsket. Her er heldigvis våre erfaringer gode, da personalet har vært opptatt av at palliative pasienter i den siste fasen alltid har folk sammen med seg. Enten personalet eller pårørende. Det er viktig å sørge for at ikke pasienten dør alene. Noen ganger kan det skje brått og uventet, men når pasienten er i en palliativ fase bør man tilstrebe å sørge for at pasienten ikke dør alene. Men at det er noen tilstede hos den døende (Hjort 2010). At pasientene ikke har noen garanti for at de ikke må dø alene, kan påvirke den siste delen av livet. Den siste tiden til pasienten kan bli angstpreget av å tilbringe så mye tid alene.

Mangel på tid til å bare være sammen med pasienten er noe som går igjen i vår studie. Flere av sykepleierne savner tid til å bare kunne sette seg ned å være tilsted. Vi erfarer at de vi har jobbet sammen med, både i praksis og på arbeid, er opptatt av å være mest mulig

sammen med pasienten og pårørende i den siste tiden. Vi har sett at i slike situasjoner er det viktig at sykepleier er tilgjengelig, både for spørsmål fra ansatte, pasienten og dens pårørende. Det er en stor påkjenning å vite at pasienten er døden nær, samtidig som en ikke kan ta seg tid til å sette seg ned hos pasienten eller de pårørende (Kalfoss 2010). Det kommer frem i studien at det å ha tid til å bare være sammen med pasienten skaper gode følelser både hos sykepleieren, pasienten og de pårørende. Det kan se ut som at det å ha riktig kompetanse på riktig sted, er viktig for opplevelsen rundt situasjonen, både for de ansatte, pårørende og pasienten. Det kan virke som at trygghet i situasjonen skaper fine minner den siste tiden.

I våre funn fra studien kommer det frem at det oppleves at man har bedre tid til å gi palliativ omsorg på noen avdelinger på sykehus, da det er høyere antall sykepleiere per pasient. Det var større tilfredsstillelse i den palliative omsorgen blant ansatte hvor de hadde primærsykepleie på en pasient, hele vakta. Vi har erfart i vår praksis på sykehus, at det ble lagt vekt på at den sykepleieren som hadde ansvaret for en palliativ pasient, ikke skulle ha ansvaret for flere pasienter den vakta. Dette ble gjort for å lette arbeidsmengden til den aktuelle sykepleieren, samt at pasienten og pårørende skulle få en verdig opplevelse. Det er viktig at sykepleier er tilgjengelig for samtaler og spørsmål, da situasjoner som omhandler palliasjon ofte fremkaller sorg og fortvilelse, samtidig som pasient og pårørende har et behov for å få informasjon fortløpende (Gulbrandsen 2010). I praksis kan det se ut som at det varierer hvor god tid den enkelte sykepleier har til å gi omsorg til sine palliative pasienter ut ifra hvor man jobber. Det kan virke som at det burde legges til rette for primærpleie og et fast team rundt palliative pasienter på alle omsorgsinstanser.

I vår studie ser vi at sykepleierne ønsket å ta vare på pårørende til den døende, men flere faktorer kan være med på å gjøre det vanskelig. Flere av sykepleierne ønsket å legge til rette for at familien skulle få kunne være til stede så mye som de selv ønsket.

Mangel på tid ble beskrevet som en av faktorene som kunne gjøre dette vanskelig.

Vi har selv erfart at pårørende trenger en del omsorg, og at de gjerne har en del spørsmål om tilstanden og hva som kommer til å skje fremover. I disse situasjonene har vi sett at det er viktig at det er en sykepleier tilstede, som kan svare på det pårørende lurer på.

Kontinuitet i sykepleien er derfor viktig, og noe man burde etterstrebe. Dette vil være en fordel for både pasient og pårørende, da man vil ha en person å forholde seg til, som

kjenner deres ønsker og vaner (Grov 2014). Det kan se ut som at primærsykepleie burde bli aktuelt innen palliativ omsorg. Dette kan skape trygghet både for ansatte, pasienten og pårørende. Det virker som at å ha et mindre antall personer å forholde seg til, skaper kontinuitet og faste rammer i arbeidet.

Man må huske at man som sykepleier har omsorgen både for pasienten, pårørende og sine kolleger. Kommunikasjon kan være avgjørende, og man må hele tiden huske å forklare hvorfor man gjør hva. Som sykepleier må man formidle trygghet. Man må huske at hvert eneste dødsleie er unikt, og pasient og pårørende må bli møtt på en slik måte at de føler seg spesielle og mottar omsorg på sine premisser. Som sykepleier må man også huske sine kolleger, spesielt på sykehjem er det ofte unge, uerfarne pleiere som trenger støtte og omsorg i arbeidet sitt (Hjort 2010). Vi har selv erfart hvor viktig det er å bli ivaretatt som ung og uerfaren pleier på sykehjem. Etter man at har opplevd sitt første dødsfall, er det for noen svært viktig å få prate med noen. Man trenger gjerne en bekreftelse på at det man har gjort er riktig, eller snakke om det man selv føler ble feil. Å ikke få snakke om situasjonen i etterkant, kan gi unge pleiere en redsel for å delta i palliativt arbeid i ettertid. Det kan se ut som at samtaler i ettertid av et dødsfall kan avlaste pleierne, samtidig som det kan styrke selvfølelsen og gjøre arbeidet enda bedre.

Sykepleierne skulle ønske de hadde bedre tid til å prate med pårørende, oppdatere de og gi de informasjon, og bare være til stede for de som støtte. Funnene viser også at det kunne være vanskelig å takle samtaler med pårørende fordi de kunne reagere så forskjellig, noen reagerte for eksempel med sinne. I følge Ferrell (2000, sitert i Almås, Grønseth og Stubberud 2010, 483) kan det oppstå en barriere mot effektiv pleie, dersom helsepersonell og pårørende unngår samtaler om døden. Våre erfaringer tilsier at dersom sykepleier ikke gir pårørende tilstrekkelig informasjon, vil pårørende spørre andre pleiere som deltar i den palliative omsorgen. En ung vikar eller pleier innehar ikke samme kunnskapen som en sykepleier, og informasjonen kan bli ukorrekt og skape forvirring. I praksis kan dette bety at det er viktig at sykepleier får et godt forhold til pårørende og at det er sykepleier som gir informasjon, og tar seg av samtaler med de pårørende.

Funnene våre viste at arbeidet med palliasjon påvirket sykepleierne, de synes det var vanskelig å legge fra seg arbeidet, og hadde ofte mange tanker og følelser angående jobb når de kom hjem. Det var da som regel snakk om negative tanker og følelser, og de skulle derfor ønske at det kunne vært bedre lagt til rette for god kommunikasjon og debrifing på jobb.

### **5.2.2 Et spekter av følelser**

Stress er et kjent fenomen når man jobber som sykepleier, og det blir nevnt flere ganger i vår studie. Frustrasjon var også en kjent følelse, og den kom ofte fra mangel på tid. Sorg var en følelse mange kjente på, noe vi ser kan være naturlig når man arbeider med døende og lidende pasienter. Vi har selv opplevd sorg når en pasient har gått bort, spesielt pasienter man har jobbet med over tid, og etablert et forhold til både pasient og pårørende. Samtidig er det viktig å tenke på at sorg ligger i omsorgens natur. Stiller man seg som sykepleier åpen og sårbar ovenfor pasienten og deres pårørende, er den emosjonelle risikoen at man opplever personlig tap (Kalfoss 2010). Det kan se ut som at de fleste sykepleiere mener det er naturlig å oppleve sorg, men at flere mener det hadde vært lurt og fått snakket med kolleger etter slike hendelser. Siden vi jobber i et yrke hvor alt er underlagt taushetsplikten, kan det være viktig med et tilbud som samtale om man opplever noe som vanskelig.

Det kommer frem i funnene våre at flere av sykepleierne kjente på følelser som angst, usikkerhet, maktesløshet, sinne og skyldfølelse. Vi har selv erfart at dette er naturlige følelser å oppleve når man jobber med palliativ omsorg, og at det er en naturlig del av det å være sykepleier. Man kan oppleve å komme i situasjoner som truer våre egne verdier, forhåpninger, meninger og mål, og en kan befinne seg i situasjoner som utløser følelser hos oss som usikkerhet, angst, maktesløshet, sinne og tristhet. (Kalfoss 2010).

I praksis kan dette se ut som enda et signal på hvor viktig et tilbud om samtale kan være. Om slike følelser dukker opp, kan de være vanskelig å legge fra seg når man går hjem for dagen, og det kan påvirke hvordan man er som privatperson om man sitter igjen med negative følelser fra jobb.

Mange sykepleiere var redd for å føle seg overbelastet, da de ble emosjonelt påvirket av arbeidet sitt. Ønsket om å hjelpe og gi omsorg for andre og evnen til dyp og sterk empati er gjerne sykepleiers største aktivum, men det er samtidig den egenskapen som gjør at

sykepleiere er utsatt for overbelastning (Kalfoss 2010). Slike negative følelser kan med tiden føre til at man blir nedslitt og utmattet. Emosjonell overbelastning oppstår når alle følelser hos sykepleieren er slitt ned av møter med traumer, tap, lidelse og død (Kalfoss 2011). Vi har selv erfart hvor flinke sykepleiere kan være til å ta vare på sine kolleger, altså vikarer og hjelpepleiere, men hvem tar seg av sykepleieren? Ofte er de alene som sykepleier på vakt, og har derfor ingen på sitt kompetansenivå å snakke med og drøfte situasjonen. Det kan derfor virke som at sykepleiere, spesielt på sykehjem, mangler et tilbud om debrifing etter vanskelige eller usikre hendelser. I praksis vil dette si at dersom sykepleiere hadde tilbud om samtale, ville frykten for å bli overbelastet bli mindre.

I studien blir sykepleierne påminnet at de selv skal dø en gang, og angsten for å skulle dø var noe de fleste hadde kjent på. Dødsangsten kan påvirke ens tanker, følelser og reaksjoner. Som uerfarne studenter husker vi godt vårt første møte med en døende pasient. Følelsen av å ikke vite hva som ventet oss, samt at sine egne tanker og følelser ble satt på prøve. Før vi gikk ut i første praksisperiode var vi ikke informert om palliasjon, så vi visste ikke hva vi gikk til. Vi har også erfart medstudent som i løpet av studietiden ikke har vært i situasjoner med palliative pasienter.

Dødsangst og at sine egne følelser bli satt på prøve kan vise seg i et spekter av følelser, slik som fortvilelse, usikkerhet, redsel, sinne, håpløshet, maktesløshet, aggresjon og skyldfølelse (Kalfoss 2010).

Det er viktig å være klar over sine egne tanker, følelser og verdier rundt døden, da våre egne holdninger vil prege omsorgen som blir gitt. Det er et mål for sykepleiere å bli bevisst på hvordan vår egen fornektning og frykt kommer til uttrykk ovenfor pasienter og deres pårørende (Kalfoss 2010).

I følge Paice mfl. (2006, sitert i Almås, Grønseth og Stubberud, 2010, 481) er det mange nyutdannede sykepleiere som aldri har pleiet en døende pasient, eller vært tilstede ved et dødsfall.

I praksis vil dette si at mange sykepleierstudenter møter uforberedt til palliasjon. Det kan se ut som at det burde være mer fokus på palliativ omsorg i studiet, slik at studentene kan møte mer forberedt i praksis. Dette kan føre til at de som sykepleiere er tryggere i situasjonen og vil kunne gi bedre omsorg til palliative pasienter.

I studien kommer det frem at flere opplevde det som en vond følelse å vite at de ikke kunne gjøre noe for pasienten, at de skulle dø, uten at man fikk gjort noe med det. Vi har selv erfart og sett ønsket om å ville hjelpe, samtidig om man har måtte innse at dette er naturens gang, og det beste man kan gjøre er å lindre lidelsen.

Selv om palliativ pleie kan føre til mange negative følelser, så ser vi i funnene våre at det også førte til flere berikende følelser. Flere av sykepleierne i studiet følte på en takknemlighet for å få lov til å jobbe med pasienter i den palliative fasen. De følte de hadde fått vært med på noe meningsfullt og fått gitt den døende pasienten og familien en verdig avslutning.

Vi har selv fått være med å oppleve palliativ omsorg som føltes berikende. Det som gjorde at det føltes bra, var at pårørende var så tilfreds og hadde fått en positiv erfaring med sykehjemmet. De fullroste personalet for at deres syke slektning hadde blitt tatt godt vare på, samtidig som at de følte seg godt tatt imot.

I følge Mathisen (2011) vil palliativ pleie føles mer meningsfullt når situasjonen oppleves som trygg. Man kan komme i situasjoner i møte med døende pasienter som kan gi positive og berikende følelser, som kjærlighet, takknemlighet, medfølelse, stolthet, ærefrykt, mot og håp (Kalfoss 2010). Det kan derfor se ut som at pårørende spiller en stor rolle når det kommer til hvordan opplevelsen erfares av sykepleiere. Det kan derfor være svært viktig å få et godt forhold til pårørende, da dette kan øke tilfredsstillelsen hos begge parter.

Vi har erfart at når man som sykepleier opplever situasjonen som trygg, kan det være med på å føre til at sykepleieren opplever personlig vekst og utvikling. Men også at man føler et større engasjement for arbeidet ved at man har bidratt i noe meningsfullt. En trygg sykepleier vil også reflektere over på de andre ansatte, som vil bidra til at de vil føle seg trygge i den palliative omsorgen. Vi har også erfart at når et dødsfall er fredelig og alt er gjort riktig, kan selve hendelsen bli sett tilbake på som en god opplevelse.

I følge retningslinjene til Norsk Sykepleierforbundet (2016) har en sykepleier ansvar for å lindre lidelse og bidra til en naturlig og verdig død.

Flere av sykepleierne mente det var viktig å finne en god balanse mellom profesjon og privatliv, selv om det kunne være vanskelig. Flere lot seg påvirke av hvordan de var som person på jobb og omvendt. Vi har selv fått erfare at det kan være vanskelig å legge fra seg jobben når man kommer hjem, spesielt om man har opplevd noe vanskelig.



I følge Ramvi (2014, sitert i Orvik, 2015, 123) er det å være kompetent, oppdatert og å basere sin kliniske virksomhet på forskningsbasert kunnskap gjerne forbundet med profesjonalitet. Men dette kan også gi assosiasjoner til at man har en distansert væremåte og at man ikke involverer seg følelsesmessig. En slik dualistisk skille mellom fornuft og følelser kan bli problematisk i relasjoner. Videre hevder Ramvi (2014) at de som utfører omsorgsarbeid må bruke seg selv og sine følelser i arbeidet. Sett fra et psykososialt perspektiv, anses det personlige som en viktig kraft i den profesjonelle utøvelsen. Evnen til å gi omsorg kan påvirkes av livshendelser. Det kommer an på hva den aktuelle sykepleieren legger i sine livshendelser, men om en sykepleier har opplevd mye sorg i sitt private liv, kan dette føre til at man trekker seg unna pasienten (Kalfoss 2010) Det kan se ut som at hvilke erfaringer man har i sitt private liv kan påvirke omsorgen man gir. Samtidig som man kan bli mer avflatet følelsesmessig i det private livet, da man er vant med å se mye lidelse på arbeid.

I studiet kommer det frem at flere tok med seg jobben hjem, og at det var vanskelig å legge fra seg arbeidet.

Det er ikke uvanlig å ha problemer med å legge fra seg arbeidet når man kommer hjem, ifølge Isdal (2017) bli vi berørt og aktivert hver eneste dag. Våre følelser lever sitt eget liv og det er derfor ikke mulig å ikke ta med seg jobben hjem (Isdal 2017).

### **5.2.3 Mangel på kompetanse og støtte**

I våre funn kommer det frem at flere sykepleiere føler de mangler støtte fra kolleger når de står i krevende situasjoner som omhandler palliativ omsorg. Flere opplevde det som svært krevende, og ville gjerne bli sett av andre kolleger. Vi har selv erfart både i praksis og på arbeid, at det kan være svært krevende å stå i en slik situasjon, og vi har selv kjent på følelsen av at det hadde vært godt å få snakket med en kollega om situasjonen.

Funn viser også at det var verdifullt og opplevdes som trygt når man jobbet i team, og stolte på sine kolleger. I følge Pedersen mfl (2008, sitert i Brodtkorb, Kirkevold og Ranhoff 2014, s529) kan det å gi omsorg til lidende og døende være skremmende. Og man har et behov for å dele kliniske utfordringer, og støtte hverandre i faglige og etiske vurderinger, samt å diskutere beslutningsprosesser og tiltak som skal ivareta den syke og deres pårørende. Dette kan i praksis se ut som at det å jobbe i team kan styrke kvaliteten på omsorgen, da man kan ha faglige diskusjoner med andre kolleger.

Mangel på støtte fra lederne i avdelingene var et gjentagende funn. Det kommer frem at sykepleierne mente at lederne ikke viste forståelse for arbeidet det gjorde, og at de var både tidkrevende og krevde mye av de som person. I de yrkesetiske retningslinjene til Norsk Sykepleierforbund kan vi lese at det er lederne av sykepleietjenesten sitt ansvar å skape rom for fagutvikling og etisk refleksjon, samt å bruke de yrkesetiske retningslinjene som styringsverktøy (Norsk Sykepleierforbund 2016).

Som leder for av en institusjon eller avdeling er det flere faktorer man må tenke på.

Mathieu (2012, sitert i Isdal 2017, 231) komme med følgende anbefalinger til ledere; En leder må være oppmerksom på hvordan kontinuerlig eksponering for stress og traumatiske situasjoner påvirker personalet, en leder må undersøke hvordan personalet har det, de må anerkjenne at det å være sykepleier kan være tøft og krevende, og at det er viktig å ha god balanse mellom jobb og privatliv. En leder må også anerkjenne og minne sine ansatte på hvor viktige de er (Isdal 2017).

Funnene våre viser til at flere av sykepleierne følte de manglet kompetanse innen palliativ omsorg, eller hadde for lite kunnskap om temaet. Som nyutdannet sykepleier kan man komme i situasjoner som virker utfordrende og krevende, men det vil etter hvert bli lettere å takle når man får mer erfaring (Sykepleien 2009). Flere nyutdannede sykepleiere følte de ikke hadde kompetanse nok til å for eksempel kunne snakke med pårørende til den døende. Dette var fordi de pårørende ofte stilte mange spørsmål, som det var vanskelig å svare på. Funnene viser også at det er vanskelig fordi ingen situasjoner er lik, og det er ofte mange ulike ønsker som må tas hensyn til. Vi har også erfart selv at man kan føle seg usikker på å gi palliativ omsorg når man har lite erfaring. Etter hvert blir det lettere, og man føler seg tryggere i de ulike situasjonene som man kommer borti. I funnene våre nevner noen av sykepleierne at de ved flere tilfeller kunne få mer kunnskap ved å lære fra mer erfarne sykepleiere.

Det er ikke uvanlig å være redd for å møte personer som skal dø, når man er ung og har lite erfaring. Men å da velge å trekke seg unna personen som skal dø er en svært dårlig løsning. Å velge å trekke seg unna å holde seg vekk fra den døende fordi man selv er usikker er uetisk og uprofesjonelt. Det kan da hjelpe å snakke med erfarne sykepleiere, og observere hvordan de håndterer situasjonen (Mathisen 2011).

Det er et stort ansvar å ta vare på noen som er døende, man må gi mye av seg selv som sykepleier. En møter sin egen sårbarhet i arbeidet. En av de viktigste utfordringene vi står ovenfor i dette arbeidet er å være et engasjert medmenneske (Mathisen 2011).

I følge de yrkesetiske retningslinjene til sykepleiere skal sykepleieren holde seg oppdatert om forskning og utvikling innen eget fagområde, og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (Norsk Sykepleierforbund 2016)

Det kan se ut som at det burde vært mer fokus på palliativ omsorg i sykepleiestudiet, på denne måten ville studentene kunne møte mer forberedt i praksis, og senere i arbeidslivet.

## 6.0 Konklusjon

Hensikten med denne studien var å belyse sykepleieres erfaring med palliativ omsorg.

Gjennom studiet har vi funnet flere likheter mellom erfaringene sykepleierne har.

Resultatet at denne studien viser at mangel på tid er en viktig komponent, som spiller inn på flere faktorer som kvaliteten på omsorgen som bli gitt og selvfølelsen til sykepleierne.

Vår studie viste at sykepleierne fant det svært viktig å ha nok tid til pasienten og pårørende.

Samtidig ser vi at noen hadde positive erfaringer med palliativ omsorg. For å få en positiv erfaring var det viktig med støtte fra kolleger og ledere, samt det å få et godt forhold til pårørende. Selvfølelsen til sykepleierne var viktig. Det å kunne sitte igjen med følelsen av å ha gitt god pleie skapte en mestringsfølelse og gjorde at arbeidet føltes meningsfylt.

Vi ser i denne studien at mangel på kompetanse og erfaring spiller en stor rolle på kvaliteten på omsorgen som blir gjort, spesielt med tanke på pårørende. Mange følte seg utilstrekkelig. Denne studien viser at sykepleierne gir mye av seg selv for å kunne yte det de ser på som optimal palliativ omsorg.

### 6.1 Konsekvenser for praksis

Vi ser allerede i dag et økende behov for sykepleiere, og kan lese i flere artikler og fagorganisasjoner at mangelen går utover helsa til sykepleierne. Flere blir utbrent og velger å forlate yrket. Vi tror det bør gjennomføres strakstiltak som fører til at flere velger å bli sykepleiere. Vi har selv erfart konsekvensen av for få sykepleiere på jobb, og har sett at dette kan få negative konsekvenser for kvaliteten på omsorgen. Samtidig ser vi at sykepleierne blir pålagt flere oppgaver, samtidig som antallet pasienter øker.

Vi ser også behovet for at flere videreutdanner seg innen palliasjon, geriatri og kreft, da dette vil heve kompetansenivået på de ulike helseforetakene. Vi har erfart at mangelen på spesialsykepleiere er spesielt fraværende i eldreomsorgen. Sykepleiere som er videreutdannet eller innehar mye kompetanse vil også være med på å trygge både pasient og pårørende.

I studien vår kommer det frem at flere savner/mangler noen å prate med etter å ha hatt ansvaret for palliativ omsorg. Dette er noe vi selv har erfart, og ser helt klart et behov for at det opprettes refleksjonsgrupper eller et tilbud om samtale på arbeidsplassen. Dette tror vi kan bidra til å minske de negative følelsene mange sitter igjen med etter et dødsfall.

## **6.2 Anbefalinger til videre forskning**

De fleste funna i vår studie viste til negative erfaringer rundt palliativ omsorg, men noen hadde også positive opplevelse for alle som er involvert. Vi kunne tenkt oss mer forskning på hva som kan bidra til å gjøre palliativ omsorg til en positiv opplevelse, og hvilke tiltak man kan sette i gang.

Vi fant ikke mye forskning eksplisitt fra sykehjem, dette er et tema vi finner interessant og kunne tenke oss mer forskning om.

Siden vi hadde sykepleiers perspektiv, fant vi ikke noe forskning fra pårørende-perspektiv. Dette hadde vært et interessant perspektiv, da vi som sykepleiere kunne fått et unikt innblikk i hvordan pårørende opplever den palliative fasen og hvordan de ønsker at sykepleiere skal bidra i den palliative omsorgen til deres nærmeste. Vi har i løpet av studiet sett hvor viktig inkludering av pårørende har vært, derfor kunne dette være et interessant perspektiv.

## Litteraturliste:

- Andersen, Irene Harkinn, Ellen Karine Grov og Siri Ytrehus. 2011. «Palliativ sykepleie til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS).» *Klinisk Sykepleie* 01 (25): 48-56.
- Andersson, Erica, Kristina Rosengren og Zivile Salickiene. 2015. «To be involved – A qualitative study of nurses' experiences of caring for dying patients.» *Nurse Education Today* 38: 144–149. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.11.026>
- Apmann, Lisa, Pi-Ching Chang, Bonnie Halvorsen, Malynnda A. Johnson, Stephanie Kershek, Matthew Ogi, Jennifer L. Peterson, Deborah Pincon og Courtney Scherr. 2010. «What is it so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses' experiences.» *International Journal of Palliative Nursing* 16 (4) :181-187. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2010.16.4.47784>
- Arbour, Richard B. og Debra L. Wiegang. 2013. «Self-described nursing roles experienced during care of dying patients and their families: A phenomenological study.» *Intensive and Critical Care Nursing* 30 (4): 211-218. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.12.002>
- Axelsson, Karin, Terttu Häggström, Sedigheh Iranmanesh og Stefan Sävenstedt. 2009. «Swedish Nurses' Experiences of Caring for Dying People: A Holistic Approach.» *Holistic Nursing Practice* 23 (4):243-252. <https://doi.org/10.1097/HNP.0b013e3181aecf12>
- Christoffersen, Line, Asbjørn Johannessen, Per Arne Tufte og Inger Utne. 2015. *Forskningsmetode for sykepleierutdanningen*. Oslo: Abstrakt forlag
- Eines, Trude, Cecilie Grønvik, Stine Hauvik og Ragnhild Michaelsen. 2018. *Eksamen. Bacheloroppgave i sykepleie*. Høgskolen i Molde.
- Evans, David. 2002. Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing* 20(2):22-26.
- Folkehelseinstituttet. 2014. «Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning.» Lest 15.03.2018. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/tema/brukererfaring/sjekkliste-kvalitativ-2014.pdf>
- Guldbrandsen, Tove. 2010. «Livets slutfase.» i *Intensivsykepleie*, red. Tove Guldbrandsen og Dag-Gunnar Stubberud, 243-256. 2. utg. Oslo: Akribe
- Gray, Patricia D. og Susan Carey Johnson. 2013. «Understanding Nurses' Experiences of Providing End-of-Life Care in the US Hospital Setting.» *Holistic Nursing Practice* 27 (6):318-328). <https://doi.org/10.1097/HNP.0b013e3182a72c83>
- Grov, Ellen Karine. 2014. «Pleie og omsorg ved livets slutt.» i *Geriatrisk Sykepleie*, red. Kari Brodtkorb, Marit Kirkevold og Anette Høyen Ranhoff, 522-537. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Hallet, Christine E., Jane B. Hopkins og Karen A. Luker. 2003. «Caring for dying people in hospital.» *Journal of Advanced Nursing* 44 (5): 525-533. <https://doi.org/10.1046/j.0309-2402.2003.02836.x>
- Helsedirektoratet. 2015a. «Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen.» Lest 23.03.2018. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen>
- Helsedirektoratet. 2015b. «Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt- å skape liv til dagene.» Lest 23.03.2018 <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/tilbud-til-personer-med-behov-for-lindrende-behandling-og-omsorg-mot-livets-slutt>

- Helse- og omsorgstjenesteloven. 2011. Lov av 24.06.2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorg>
- Hjort, Peter F. 2010. «Pleie og omsorg ved livets slutt.» i *Geriatrisk Sykepleie*, red. Kari Brodtkorb, Marit Kirkevold og Anette Hysten Ranhoff, 447-454. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Holms, Natalie, Angela Kydd og Stuart Milligan. 2014. «A study of the lived Experiences of registered nurses who have provided end-of-life care within an intensive care unit.» *International Journal of Palliative Nursing* 20 (11): 549-556.  
<https://doi.org/10.12968/ijpn.2014.20.11.549>
- Isdal, Per. 2017. *Smittet av vold*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jacobsen, Dag Ingvar. *Forståelse, beskrivelse og forklaring*, 2. utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Ingebretsen, Lina Paola og Mette Sagbakken. 2016. «Hospice nurses' emotional challenges in their encounters with the dying.» *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 11 (1):1-13.  
<https://doi.org/10.3402/qhw.v11.31170>
- Kalfoss, Mary Harris. 2010. «Møte med lidende og døende pasienter- sykepleierens møte med seg selv.» i *Klinisk Sykepleie* bind 2, red. Hallbjørg Almås, Randi Grønseth og Dag-Gunnar Stubberud, 475-497. 4. utg.: Gyldendal Norsk Forlag
- Kaasa, Stein og Jon Håvard Loge. 2016. «Organisering av palliative tilbud.» i *Palliasjon, nordisk lærebok*, red. Nina Aass, Dagny Faksvåg Haugen, Marianne Jensen Hjermsstad og Anne Kari Knudsen, 112-124. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Kisorio, Leah C. og Gayle C. Langley. 2016. «Intensive care nurses' experiences of end-of-life care.» *Intensive and Critical Care Nursing*. 33:30-38.  
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.11.002>
- Mathisen, Jorunn. 2011. «Sykepleie ved livets avslutning.» i *Grunnleggende sykepleie*, bind 3, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 295-330. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Nortvedt, Monica, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. «Jobb kunnskapsbasert! - En arbeidsbok.» Oslo: Akribes.
- Norsk Helseinformatikk. 2017. «Hva er palliativ medisin.» Lest 23.03.2018.  
<https://nhi.no/sykdommer/kreft/lindrende-behandling/palliativ-medisin/>
- Norsk Senter for forskningsdata. 2018. «Kriterier for godkjenning av publiseringskanaler.» Lest 04.04.2018. <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/OmKriterier>
- Norsk Senter for forskningsdata. 2018. «Register over vitenskapelige publiseringskanaler.» Lest 25.03.2018.  
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalTreffliste.action;jsessionid=ZnkhQviGXbv8Rv3sgjnhGG+w.undefined?a=true&tts=1588&tfs=10&tv=true&bibsyst=false>
- Norsk Sykepleierforbund. 2016. «Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.» Lest 03.05.2018. <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Orvik, Arne. 2015. *Organisatorisk kompetanse*. Oslo: Cappelen Damm AS
- Sykepleien. 2009. «Når noen dør.» Lest 29.03.2018.  
<https://sykepleien.no/forskning/2009/03/nar-noen-dor>

## Vedlegg 1: Oversiktstabell i forhold til søkehistorikk

### Søk 1

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler
Experience*.mp.	02.02.2018	Ovid Medline	828532	0	0	0
Nursing Care/ or Nursing/ or Nurses/ or Nurs*.mp.	02.02.2018	Ovid Medline	608411	0	0	0
Palliative Care/ or palliati*.mp. or Terminal Care/	02.02.2018	Ovid Medline	91832	0	0	0
hospital*.mp. or NURSING STAFF, HOSPITAL/ or HOME CARE SERVICES, HOSPITAL- BASED/	02.02.2018	Ovid Medline	1252005	0	0	0
1 and 2 and 3 and 4	02.02.2018	Ovid Medline	738	0	0	0
limit 5 to (yr="2007 - Current" and (danish or english or norwegian or swedish) and "qualitative (best balance of	02.02.2018	Ovid Medline	423	38	7	2



sensitivity and specificity)")						
--------------------------------	--	--	--	--	--	--

### Søk 2

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler
Palliasjon	02.02.2018	Idunn	11	0	0	0
Sykehus	02.02.2018	Idunn	11	0	1	1

### Søk 4

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
Nursin Staff, Hospital/ or Nurs*.mp.	06.04.2018	Ovid Medline	610541	0	0	0
Experienc*.mp.	06.04.2018	Ovid Medline	835123	0	0	0
End-of-life care*.mp.	06.04.2018	Ovid Medline	6979	0	0	0
Death*.mp.	06.04.2018	Ovid Medline	717959	0	0	0
1 and 2and 3 and 4	06.04.2018	Ovid Medline	305	0	0	0
Limit 5 t (English and “qualitative (best balance of sensitivity and spesitivity and specificity)” and last 10 years)	06.04.2018	Ovid Medline	228	4	1	1

## Søk 5

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler
Palliative care/ or Terminal Care/ or end-of-life*.mp.	06.04.2018	Ovid Medline	72045	0	0	0
Experience*.mp.	06.04.2018	Ovid Medline	835123	0	0	0
Nursing Staff, Hospital/ or nurs*.mp.	06.04.2018	Ovid Medline	610541	0	0	0
Challeng*.mp.	06.04.2018	Ovid Medline	526901	0	0	0
1 and 2 and 3	06.04.2018	Ovid Medline	2435	0	0	0
4 and 5	06.04.2018	Ovid Medline	387	0	0	0
Limit 6 to (yr="2008 – current" and "all adult (19 plus years)" and English and "qualitative (best balance of sensitivity and specificity)" and last 10 years)	06.04.2018	Ovid Medline	129	8	5	3

**Søk 6:**

<b>Søkeord</b>	<b>Dato</b>	<b>Database</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Leste abstract</b>	<b>Leste artikler</b>	<b>Inkluderte artikler</b>
Nursing Homes/ or Nurs*.mp.	20.04.2018	Ovid Medline	610541	0	0	0
Palliative Care/ or Palliati*.mp.	20.04.2018	Ovid Medline	75088	0	0	0
Challeng*.mp.	20.04.2018	Ovid Meline	526901	0	0	0
HOSPICE CARE/ or hospice*.mp.	20.04.218	Ovid Medline	13457	0	0	0
1 and 2 and 3 and 4	20.04.2018	Ovid Medline	188	0	0	0
Limit 5 to (yr=2008 – current” and (Danish or English or Norwegian og Swedish))	20.04.2018	Ovid Medline	133	4	1	1

**Søk 3 og 7 var manuelle søk.**

## Vedlegg 2: Oversiktstabell over artikler

### Artikkel 1

<b>Forfatter</b>	Andersen, Irene Harkinn, Ellen Karine Grov og Siri Ytrehus.
<b>År</b>	2011
<b>Land</b>	Norge
<b>Tidsskrift</b>	Klinisk Sygepleje
<b>Tittel</b>	«Palliativ sykepleie til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)»
<b>Hensikt/ Problemstilling</b>	Hvordan beskriver sykepleiere sin erfaring og opplevelse av utøvelsen av palliativ omsorg til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) ned samtidig angst og dyspné, mens de er innlagt i sykehus?
<b>Metode/ Instrument</b>	Kvalitativ. Samtaleintervju med intervjuguide. Intervjuguiden var basert på forskernes gjennomgang av litteratur og den spesifikke problemstillingen. Intervjuene ble tatt opp på bånd, og anonymisert ved transkribering.
<b>Deltagere/ Frafall</b>	7 deltagere. Inklusjonskriteriet var at alle skulle ha erfaring med KOLS-pasienter. Alle jobbet på en lungeavdeling.
<b>Hovedfunn</b>	Fire hovedfunn: 1. Sykepleierne stiller store krav til seg selv om å hjelpe. 2. Nærhet og tid som lindring. 3. Solidaritet med KOLS-pasienten 4. Pasientopplæring avlaster sykepleierne. Funnene i studien viste at det fortsatt er behov for ytterligere fokus på palliasjon til pasienter med KOLS, noe som tidligere studier også har vist.
<b>Etisk Vurdering</b>	Frivillig deltagelse. Deltagerne ble anonymisert. Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Fagfellevurdert nivå 1. Høy kvalitet. På bakgrunn av «Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning» (Folkehelseinstituttet 2014) og egne etiske overveielser, vurderer vi kvaliteten på denne artikkelen som høy. Artikkelen svarer til vår

	problemstilling og designet, kvalitativ metode er den metoden som er best egnet når man er ute etter erfaringer (Nortvedt et. al 2012,71)
--	---

## Artikkel 2

<b>Forfatter</b>	Andersson, Erica, Kristina Rosengren og Zivile Salickiene
<b>År</b>	2015
<b>Land</b>	Scotland
<b>Tidsskrift</b>	Nurse Education Today
<b>Tittel</b>	« <i>To be involved- A qualitative study of nurses' experiences of caring for dying people</i> »
<b>Hensikt/ Problemstilling</b>	«Hensikten med denne studien var å belyse sykepleiere med mer enn to års erfaring, sine erfaringer med palliativ omsorg for pasienter i kirurgisk avdeling.»
<b>Metode/ Instrument</b>	Kvalitativ. Utført på 2 forskjellige sykehus i Sverige. Et intervju per deltager. Intervjuene ble tatt opp. Intervjuene startet med spørsmål som; alder, utdannelse, stilling og erfaringer innen omsorg. Videre ble spørsmålene basert på 6 kategorier; Omsorg til palliative pasienter, deres ferdigheter, hvordan de støtte hverandre, hvordan de forberedte seg på å gi palliativ omsorg, strategier og emosjonelle aspekter. Alle intervju startet med spørsmålet: Fortell meg om din erfaring med palliative pasienter i kirurgisk avdeling. Intervjuene varte mellom 30-60 minutter.
<b>Deltagere/ Frafall</b>	6 deltagere, 5 kvinner og 1 mann. Alderen var mellom 22-42 år. Inklusjonskriterier: Bachelorgrad i sykepleie, mer enn 2 års erfaring og at de skulle jobbe på kirurgisk avdeling
<b>Hovedfunn</b>	Nyutdannede sykepleiere unngår ikke å gi pleie til døende pasienter, men de understreker viktigheten av å skaffe seg klinisk erfaring ved å bli konfrontert med å stå i sånne situasjoner.

	<p>Sykepleierne følte de ble personlig involvert når de pleiet døende pasienter, og det fikk de også til å stille spørsmål om sin egen dødelighet. De følte at det kunne være givende å jobbe med palliativ pleie så lenge pasienten fikk en rolig og fredfull død, hvor de var støttet av pårørende. Artikkelen viste også at det var viktig å lære om palliativ pleie i løpet av sykepleierutdannelsen.</p>
<p><b>Etisk Vurdering</b></p>	<p>På grunn av svenske lover var ikke etisk godkjenning nødvendig. Lederne på de to avdelingene godkjente studiet og alle deltagerne ble informert om at deltagelsen var frivillig, og at de når som helst kunne trekke seg.</p>
<p><b>Vurdering av kvalitet</b></p>	<p>Fagfellevurdert nivå 1. Høy kvalitet.  På bakgrunn av «Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning» (Folkehelseinstituttet 2014) og egne etiske overveielser, vurderer vi kvaliteten på denne artikkelen som høy. Artikkelen svarer til vår problemstilling og designet, kvalitativ metode er den metoden som er best egnet når man er ute etter erfaringer (Nortvedt et. al 2012,71)</p>

### Artikkel 3

<b>Forfatter</b> <b>År</b> <b>Land</b> <b>Tidsskrift</b>	Apman, Lisa, Pi-Ching Chang, Bonnie Halvorsen, Malynnda A Johnson, Stephani Kershek, Matthew Ogi, Jennifer L Peterson, Deborah Pincon og Courtney Scherr. 2010 USA International Journal of Palliative Nursing
<b>Tittel</b>	<i>“What is so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses’ experiences”</i>
<b>Hensikt/ Problemstilling</b>	Hensikten med studiet var å undersøke sykepleieres erfaringer med palliativ omsorg.
<b>Metode/ Instrument</b>	Kvalitativ. Dybdeintervju. 8 deltagere ble intervjuet ansikt til ansikt, og 7 ble intervjuet gjennom undersøkelse på nettet. Deltagerne ble stilt ulike spørsmål rundt det å gi palliativ omsorg. Intervjuene ble tatt opp på bånd og senere transkribert. Online intervjuene ble screenet for ulike temaer og satt i sammenheng med resultatene fra de andre intervjuene.
<b>Deltagere/ Frafall</b>	15 sykepleiere og sykepleiestudenter. Alder mellom 20-54 år. Alle deltagerne hadde erfaringer med palliativ omsorg.
<b>Hovedfunn</b>	Sykepleierne hadde mange bekymringer, både for seg selv, pasienten og familien til den døende. De var bekymret for mangel på tid til å gi ønsket omsorg til den døende pasienten. De var også bekymret for at mangelen på erfaring innen palliativ pleie gjorde at de ikke greide å gi den beste pleien til pasienten. Familien til den dødende var også en stadig bekymring, sykepleierne hadde et ønske om å trøste de og vise støtte.
<b>Etisk Vurdering</b>	Alle deltagere måtte signere samtykkeskjema. Etisk godkjent av The International Review Board for the Protection of Human Subject.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Fagfellevurdert nivå 1. Høy kvalitet. På bakgrunn av «Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning» (Folkehelseinstituttet 2014) og egne etiske overveielser, vurderer vi

	kvaliteten på denne artikkelen som høy. Artikkelen svarer til vår problemstilling og designet, kvalitativ metode er den metoden som er best egnet når man er ute etter erfaringer (Nortvedt et. al 2012,71)
--	---

#### Artikkel 4

<b>Forfattere</b>	Arbour Richard B. og Debra L. Wiegand
<b>År</b>	2014
<b>Land</b>	USA
<b>Tidsskrift</b>	Intensive and Critical Care Nursing
<b>Tittel</b>	« <i>Self-described nursing roles experienced during care of dying patients and their families: A phenomenological study.</i> »
<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne studien var å forstå erfaringene til sykepleierne, og hvile rolle de mente de hadde i møte med palliative pasienter og deres familier.
<b>Metode/instrument</b>	Kvalitativ. Intervjuguide. Individuelle intervju. Hvert intervju hadde en varig på mellom 20-100 minutter. Intervjuene foregikk på et privat kontor på det medisinske senteret hvor forskningen ble gjort. Alle måtte skrive under på samtykkeskjema. Intervjuene ble tatt opp på bånd og senere transkribert.
<b>Deltagere/fracfall</b>	19 intensivsykepleiere deltok. Alderen var mellom 21-52 år. 17 kvinner og to menn. Inklusjonskriterier: de måtte ha erfaring med palliative pasienter. Forskerne ville ha et variert utvalg av sykepleiere med tanke på alder, etnisitet og klinisk praksis.
<b>Hovedfunn</b>	Hovedfunnene viste at man har mange «roller» som sykepleier når man skal utøve palliativ pleie. Man skal blant annet undervise og informere familien, være talsmann for pasienten, oppmuntre til tilstedeværelse av pårørende, beskytte familien og skape positive minner for de, vise støtte til familien, og være mentor ved å lære fra seg.
<b>Etisk vurdering</b>	Godkjent av Institutional Review Board of Albert Einstein Medical Center, hvor studien ble gjennomført.



<b>Vurdering av kvaliteten.</b>	Fagfellevurdert nivå 1. Høy kvalitet. På bakgrunn av «Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning» (Folkehelseinstituttet 2014) og egne etiske overveielser, vurderer vi kvaliteten på denne artikkelen som høy. Artikkelen svarer til vår problemstilling og designet, kvalitativ metode er den metoden som er best egnet når man er ute etter erfaringer (Nortvedt et. al 2012,71)
---------------------------------	---

### Artikkel 5

<b>Forfatter</b>	Axelsson, Karin, Terttu Häggström, Sedigheh Iranmanesh og Stefan
<b>År</b>	Sävenstedt
<b>Land</b>	2009
<b>Tidsskrift</b>	Sverige Holistic Nursing Practice
<b>Tittel</b>	<i>“Swedish Nurses’ Experiences of Caring for Dying people”</i>
<b>Hensikt/ Problemstilling</b>	Hensikten med denne studien var å belyse sykepleieres erfaringer med palliativ omsorg med personer i hjemmet og på palliative enheter på sykehuset.
<b>Metode/ Instrument</b>	Kvalitativ. Individuelle intervju. Åpen dialog med oppfølgingsspørsmål. Deltagerne fikk spørsmål om å snakke om deres erfaringer om å være sammen med pasienter på slutten av deres liv. Intervjuene varte mellom 55-65 minutter og ble tatt opp på bånd. Senere transkribert.
<b>Deltagere/ Frafall</b>	8 deltagere, 4 jobbet på sykehus, 4 jobbet i hjemmebasert omsorg. 35-58 år. Inklusjonskriteriene var at de var godkjente sykepleiere og hadde minst 2 års erfaring med palliative pasienter.
<b>Hovedfunn</b>	3 hovedfunn: Å møte hver enkelt pasient og pårørende som et unikt individ, og bli invitert inn i familien, å sette pris på å gi omsorg. Sykepleierne mente det var viktig at de aktivt lyttet til den døende pasienten, og de pårørende. Det var viktig å møte hver person som et unikt individ. Å pleie en døende pasient kunne føre til følelser som frustrasjon og tristhet, men også berikende følelser.

<b>Etisk Vurdering</b>	I følge svenske lover trengte ikke dette studiet godkjenning fra etisk komité.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Fagfellevurdert nivå 1. Høy kvalitet. På bakgrunn av «Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning» (Folkehelseinstituttet 2014) og egne etiske overveielser, vurderer vi kvaliteten på denne artikkelen som høy. Artikkelen svarer til vår problemstilling og designet, kvalitativ metode er den metoden som er best egnet når man er ute etter erfaringer (Nortvedt et. al 2012,71)

### Artikkel 6:

<b>Forfatter</b>	Gray, Patricia D. og Susan Carey Johnson
<b>År</b>	2013
<b>Land</b>	USA
<b>Tidsskrift</b>	Holistic Nursing Practice
<b>Tittel</b>	<i>“Understanding Nurses’ Experiences of Providing End-of-Life Care in the US Hospital Setting”</i>
<b>Hensikt/ Problemstilling</b>	I blant sykepleiere som gir palliativ omsorg til voksne pasienter i sykehus i USA, hva er deres forståelse av erfaringene?
<b>Metode/ Instrument</b>	Kvalitativ. Delvis strukturerte intervju. Varighet på mellom 60-90 minutter. Intervjuene ble tatt opp på bånd med godkjenning fra deltagerne og senere transkribert. Deltagerne fikk selv velge sted for intervju.
<b>Deltagere/ Frafall</b>	13 deltagere. Deltagelsen fra frivillig, og de som ønsket å være med tok kontakt. Forskerne hadde noen inklusjonskriterier som måtte bli møtt før de var godkjent til å delta i studiet. 1 mann og 12 kvinner.
<b>Hovedfunn</b>	Det var flere utfordringer med palliativ pleie. Sykepleierne synes det var tungt å være vitne til lidelsene til pasienten, familiemedlemmene og arbeidskollegaer. Følelsen av frustrasjon kunne også komme av det store ansvaret de følte de hadde. På tross av de negative følelsene kunne palliativ pleie også gi sykepleierne følelsen av å bidra med noe meningsfullt, da måten pasienten døde på var viktig.

<b>Etisk Vurdering</b>	Det aktuelle sykehuset godkjente studiet. Deltagerne måtte skrive under samtykkeskjema før deltagelse.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Fagfellevurdert nivå 1. Høy kvalitet. På bakgrunn av «Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning» (Folkehelseinstituttet 2014) og egne etiske overveielser, vurderer vi kvaliteten på denne artikkelen som høy. Artikkelen svarer til vår problemstilling og designet, kvalitativ metode er den metoden som er best egnet når man er ute etter erfaringer (Nortvedt et. al 2012,71)

### Artikkel 7

<b>Forfatter</b>	Christine E. Hallet, Jane B. Hopkins og Karen A. Luker.
<b>År</b>	2003
<b>Land</b>	England
<b>Tidsskrift</b>	Journal of Advanced Nursing
<b>Tittel</b>	<i>“Caring for dying people in hospital”</i>
<b>Hensikt/ Problemstilling</b>	Hensikten var å belyse sykepleieres med mer enn 2 år erfaring, sine opplevelser av palliativ omsorg til pasienter i kirurgisk avdeling.
<b>Metode/ Instrument</b>	Kvalitativ. Dybdeintervju. Åpne intervju med noen ledende spørsmål. Intervjuene ble tatt opp, så transkribert. Navna til deltagerne ble anonymisert under transkriberingen.
<b>Deltagere/ Frafall</b>	Lederne på de aktuelle sengepostene formidler sykepleiere med godkjent autorisasjon til forskerne, som deretter ringte alle deltagerne å spurte om de ville være med. 32 fikk tilbudet, 28 takket ja. Det var et krav at alle hadde erfaring med palliativ omsorg. De skulle ha jobbet i mer enn 2 måneder og mindre en 3 år.
<b>Hovedfunn</b>	Seks hovedkategorier: den personlige forestillingen, det faktiske, følelsen av å være alene, det ukjente, de negative følelsene, de positive følelsene. Deltagerne la vekt på sin egen ide om hvordan den ideelle døden ville være og hvordan de ville utføre omsorgen. Det faktiske handlet om at palliasjon var en del av jobben uansett om de var komfortabel med det eller vant med det. Det ukjente var spørsmål

	de ikke kunne svare på, enten det var på grunn av kompetanse, eller fordi det var umulig å svare. Følelsen av å være alene handlet om at de følte seg alene i arbeidet sitt. Det ukjente og de negative følelsene handlet om at sykepleierne hadde dårlig samvittighet over for lite tid, og at de ofte kjente på skyldfølelse, frustrasjon og sinne. Det siste hovedfunnet handlet om når kolleger fant støtte i hverandre, og hvor viktig dette var for arbeidet.
<b>Etisk Vurdering</b>	Godkjent av lederne på sengepostene og 2 lokale etiske komiteer. Alle deltagerne skrev under på samtykkeskjema.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Fagfellevurdert nivå 2. Høy kvalitet. På bakgrunn av «Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning» (Folkehelseinstituttet 2014) og egne etiske overveielser, vurderer vi kvaliteten på denne artikkelen som høy. Denne artikkelen er brukt i Klinisk Sykepleie, og er referert til i en annen artikkel vi har inkludert. Artikkelen svarer til vår problemstilling og designet, kvalitativ metode er den metoden som er best egnet når man er ute etter erfaringer (Nortvedt et. al 2012,71)

## Artikkel 8

<b>Forfatter</b>	Holms, Natalie, Angele Kydd og Stuart Milligan
<b>År</b>	2014
<b>Land</b>	Scotland
<b>Tidsskrift</b>	International Journal of Palliative Nursing
<b>Tittel</b>	<i>“A study of the lived experiences of registered nurses who have provided end-of-life care within an intensive care unit”</i>
<b>Hensikt/ Problemstilling</b>	Å utforske erfaringene til godkjente sykepleiere sine erfaringer med palliativ omsorg i intensivavdelinger.
<b>Metode/ Instrument</b>	Kvalitativ. Delvis strukturert dybdeintervju. Intervjuguide. Varighet mellom 30-45 minutter. Intervjuene ble tatt opp og senere transkribert. Intervjuene ble holdt på sykehuset.

<b>Deltagere/ Frafall</b>	5 deltagere. Alle måtte være registrerte sykepleiere, intensivsykepleiere, jobbe fulltid og hatt erfaring med palliativ omsorg de to siste årene. Alle som følte seg ukomfortable eller stresset av å delta, slapp å bli med. Frafall er ikke nevnt. 40 deltagere ble kontaktet om å bli med i studiet, 20 sa seg villig og 5 ble valgt ut basert på deres tilgjengelig når intervjuene skulle gjøres.
<b>Hovedfunn</b>	<p>5 hovedfunn: System for palliativ omsorg(LCP), kommunikasjon, miljøet i intensivavdelingen, utdanning- og trening og stress blant ansatte.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- LCP, system for palliativ omsorg hadde forbedret den palliative pleien ved at var klarere retningslinjer, mindre papirarbeid og bedre struktur.</li> <li>- God kommunikasjon mellom kollegaene, med pasient og med pårørende var viktig for å kunne utøve god palliativ pleie.</li> <li>- Miljøet i intensivavdelingen var travel og bråkete, sykepleierne følte ikke at avdelingen var den optimale plassen for en pasient å dø.</li> <li>- Sykepleierne følte de hadde for lite utdanning og trening innen palliasjon, og at det de hadde lært hadde de fått kunnskap om ved å observere andre kollegaer.</li> <li>- Stress var en faktor som ble nevnt flere ganger som førte til negative følelser som sinne, frustrasjon og tristhet.</li> </ul>
<b>Etisk Vurdering</b>	Etisk godkjenning er mangelfull i artikkelen. Men alle deltagere fikk informasjonsskriv om hva studiet inneholdt, hadde mulighet til å trekke seg og ble anonymisert.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	<p>Fagfellevurdert nivå 1. Høy kvalitet.</p> <p>På bakgrunn av «Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning» (Folkehelseinstituttet 2014) og egne etiske overveielser, vurderer vi kvaliteten på denne artikkelen som høy. Artikkelen svarer til vår problemstilling og designet, kvalitativ metode er den metoden som er best egnet når man er ute etter erfaringer (Nortvedt et. al 2012,71)</p>

## Artikkel 9

<b>Forfatter</b>	Ingebretsen, Lina Paola og Mette Sagbakken
<b>År</b>	2016
<b>Land</b>	Norge
<b>Tidsskrift</b>	International Journal of Qualitative Studies of Health and Well-being
<b>Tittel</b>	<i>“Hospice nurses’ emotional challenges in their encounters with the dying”</i>
<b>Hensikt/ Problemstilling</b>	Å undersøke sykepleieres emosjonelle utfordringer i møte med døende pasienter.
<b>Metode/ Instrument</b>	Kvalitativ. Intervjuguide. Selv om det var intervjuguide, fikk deltagerne fortelle fritt om sine erfaringer. Dybdeintervju. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert. Varigheten var mellom 60-90 minutter.
<b>Deltagere/ Frafall</b>	Deltagerne ble hentet inn fra to sykehus i Danmark. Et sykehus i byen, og et fra distriktene. Alder 20-60 år. Alle måtte ha full stilling for å delta. Forskerne ville gjerne ha med menn i sin studie, men det var ingen menn som jobbet 100% på de respektive avdelingene. Deltagerne fikk selv velge hvor de ville gjennomføre intervjuet.
<b>Hovedfunn</b>	4 hovedfunn: Følelsesmessig påvirket, identifisering og avstand, privat og profesjon og nærme døden- en påminnelse om liv og død. Sykepleierne følte de ble følelsesmessig påvirket, både positive og negative følelser. De mente det var viktig å finne balansen mellom privatliv og profesjon.
<b>Etisk Vurdering</b>	Alle deltagerne signerte et samtykkeskjema. Alle ble anonymisert gjennom transkriberingen. Studien var et Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Fagfellevurdert nivå 1. Høy kvalitet. På bakgrunn av «Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning» (Folkehelseinstituttet 2014) og egne etiske overveielser, vurderer vi kvaliteten på denne artikkelen som høy. Artikkelen svarer til vår problemstilling og designet, kvalitativ metode er den metoden som er best egnet når man er ute etter erfaringer (Nortvedt et. al 2012,71)

## Artikkel 10

<b>Forfatter</b>	Kisorio, Leah C. og Gayle C. Langley.
<b>År</b>	2016
<b>Land</b>	Nederland
<b>Tidsskrift</b>	Intensive Critical Care Nursing.
<b>Tittel</b>	«Intensive care nurses' experiences of end-of-life care»
<b>Hensikt/ Problemstilling</b>	Hensikten var å utforske sykepleieres erfaringer med palliativ omsorg i intensivavdeling for voksne.
<b>Metode/ Instrument</b>	Kvalitativ. Intervjuene foregikk i grupper med intervjuguide. Diskusjonen varte mellom 2 og 2 og en halv time. Det står ikke noe om hvor mange grupper deltagerne ble delt opp i. Intervjuene ble tatt opp på bånd. Og for å sikre anonymitet ble deltagerne tildelt et personlig ID-nummer i stedet for å bruke navn.
<b>Deltagere/ Frafall</b>	24 deltagere, 2 menn og 22 kvinner. Alderen var mellom 21-69 år. Deltagerne ble informert om at studien var frivillig og at de når som helst hadde muligheten til å trekke seg. Inklusjonskriterier: Erfaring som sykepleier i den respektive avdelingen i mer enn 6 måneder og at de jobbet på intensivavdelingen.
<b>Hovedfunn</b>	Fem hovedfunn: Vanskeligheter de hadde erfart, diskusjon og avgjørelser, støtte til pasienten, støtte til familien og støtte til sykepleierne. Palliativ pleie kunne være utfordrende. Det var viktig å møte pasientens psykiske, fysiske, emosjonelle og åndelige behov. De følte de var viktig å vise støtte til både pasient, familie og kollegaer for å gi best mulig pleie i den palliative fasen.
<b>Etisk Vurdering</b>	Samtykkeskjema fra alle deltagerne ble hentet inn. Studien var godkjent av det aktuelle universitets etiske komite, departementet for helse og sykehuset ledelse.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Fagfellevurdert nivå 1. Høy kvalitet.

	<p>På bakgrunn av «Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning» (Folkehelseinstituttet 2014) og egne etiske overveielser, vurderer vi kvaliteten på denne artikkelen som høy. Artikkelen svarer til vår problemstilling og designet, kvalitativ metode er den metoden som er best egnet når man er ute etter erfaringer (Nortvedt et. al 2012,71)</p>
--	---