



# Fordypningsoppgave

**VAD750 Omsorg ved alvorlig sykdom og død**

**Palliativ omsorg i sykehjem - Helsepersonell sin erfaring**

**Palliativ care in nursing home - Health professionals experience**

**Gunn Heidi Ansnes**

**Totalt antall sider inkludert forside: 53**

**Molde, 12.05.2016**



## 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: Aud Jorun Orøy

## 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 godkjennelse.

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: 08.05.16

Antall ord: 9890

## Forord

*“ Sei farvel, mi vesle kjære  
Mens vi syng ein kjærleikssong  
Om kor vondt det er å skiljast  
Sei farvel for siste gong  
Sjå kor morgonhimlen lyser  
Mine tårer fell som regn  
No er tivoliet over  
Vil eg møte deg igjen “*

*Ragnar Hovland (2010)*

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** I Norge skjer nesten halvparten av alle dødsfall i kommunale sykehjem og institusjoner. Som sykepleier i et kommunalt sykehjem møter jeg eldre, kroniske syke hver dag. Mange er alvorlig syke og/eller dødende. Det er kjent at tilgangen til generell palliativ behandling og omsorg for eldre er begrenset. Mange lever den siste tiden av sitt liv med betydelige lidelser uten relevante tiltak.

**Hensikt:** Hensikten med denne litteraturstudien var å få kunnskap om hvordan helsepersonell erfarer å gi palliativ omsorg til pasienter som bor på sykehjem. På bakgrunn av det har jeg utformet følgende problemstilling: Hvilke faktorer er det som fremmer og hemmer utøvelsen av palliativ omsorg i sykehjem.

**Metode:** Oppgaven er en systematisk litteraturstudie, basert på 10 forskningsartikler.

**Resultat:** Helsepersonell erfarer at organisatoriske forhold som å ha tid, få tid og ha tid til er noe helsepersonell fremmer i utøvelsen av palliativ omsorg. Likeså er ressurser og da spesielt mangel på ressurser noe som hemmer palliativ omsorg. En god kompetanse som høyt kunnskapsnivå, gode ferdigheter og gode holdninger er faktorer som fremmer palliativ omsorg. Samhandling og samarbeid er sentralt i palliativ omsorg, det er viktig i forhold til samhandling med pasient, pårørende, i teamet og med andre profesjoner.

**Konklusjon:** Organisatoriske forhold, kompetanse, samhandling og samarbeid er viktige elementer i palliativ omsorg. Mangler i en eller flere av disse gir nedsatt kvalitet på den palliative omsorgen som utøves. Helsepersonell jobber kontinuerlig med å prøve å utøve palliativ omsorg til pasienter i sykehjem.

**Nøkkelord:** palliasjon, sykehjem, hemmer, fremmer

## **Abstract**

**Background:** In Norway near half of all deaths happens in municipal nursing homes and institutions. As a nurse in a municipal nursing home I meet the elderly, chronically ill patients every day. Many of these patients are very sick and/or is dying. It is known that access to general palliative treatment and care for the elderly are limited. Many live the last time of their lives with considerable suffering without relevant measures.

**Aim:** The aim of this literature study was to gain knowledge about how health professionals experienced to provide palliative to patients in nursing homes. What promotes or hampers the practice of palliative care in nursing homes.

**Method:** This paper is a systematical literature study based on 10 research articles.

**Results:** Healthcare experience that organizational context as to have time, make time and to have time to is something health professionals promotes in the practice of palliative care. Likewise resources and especially the lack of resources which hampers palliative care. Healthcare needs to have a high level of knowledge, good skills and good attitudes and these are factors that promote palliative care. Coordination and cooperation are central to palliative care, it is important in terms of interaction with the patient, family, team members and with other professions.

**Conclusion:** Organizational context , competence , collaboration and cooperation are important elements of palliative care . Deficiencies in one or more of these impairment of quality of palliative care provided. Health professionals are constantly striving to try to provide palliative care to patients in nursing homes.

**Keyword:** Palliative care, nursing home, hamper, promotes

## **Innhold**

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Hensikt .....	2
1.2 Problemstilling .....	2
1.3 Begrepsavklaring .....	2
<b>2.0 Teoretisk perspektiv</b> .....	<b>3</b>
2.1 Palliasjon .....	3
2.2 Yrkesetiske retningslinjer .....	5
2.3 Nasjonale føringer i Norge .....	6
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>8</b>
3.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier .....	8
3.2 Litteratursøk/Datainnsamling .....	9
3.3 Kvalitetsvurdering .....	11
3.4 Analyse .....	12
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>14</b>
4.1 Organisatoriske forhold .....	14
4.1.1 Tidens betydning i palliativ omsorg .....	15
4.1.2 Ressursenes betydning i palliativ omsorg .....	16
4.2 Kompetanse .....	18
4.2.1 Betydningen av kompetanse i omsorgen til pårørende .....	18
4.2.2 Betydningen av kompetanse i omsorgsteamet .....	19
4.3 Samhandling og samarbeid .....	21
4.3.1 Betydningen av samhandling i samarbeid .....	21
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	<b>23</b>
5.1 Metodediskusjon .....	23
5.1.1 Datainnsamling .....	23
5.1.2 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn .....	24
5.1.3 Analyse .....	25
5.2 Resultatdiskusjon .....	26
5.2.1 Tiden strekker ikke til .....	27
5.2.2 Når er noen døende, vet vi det? .....	28
5.2.3 Jeg er her for deg, tror jeg.. .....	30
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>32</b>
6.1 Implikasjoner for praksis og forslag til videre forskning .....	32
<b>Referanseliste</b> .....	<b>33</b>
<b>Vedlegg</b> .....	<b>37</b>

## 1.0 Innledning

Til daglig jobber jeg som sykepleier på et sykehjem i en liten distrikts kommune. Jeg opplever at mine arbeidsoppgaver i større grad enn tidligere omhandler å gi pleie og omsorg til alvorlig syke og/eller døende pasienter. Det har også i senere tid blitt opprettet egne palliative rom ved sykehjemmet.

Det har de siste årene vært en økning i antall dødsfall som skjer i sykehjem. I 2012 døde 41913 mennesker i Norge og nesten halvparten av de døde i kommunale sykehjem eller institusjoner (Statistisk sentralbyrå 2012). Demografiske endringer viser at antall og andelen eldre som dør i sykehjem også vil øke i framtida. Pasienter som dør i sykehjem har sammensatte og komplekse behov for palliativ pleie, behandling og omsorg. For at tilbudet i sykehjem skal kunne dekke behovet for alvorlig syke og døende pasienter, må kvaliteten og omfanget av behandlingen og pleien styrkes (Helsedirektoratet 2015).

På bakgrunn av dette velger jeg å skrive om temaet palliasjon i sykehjem. Dette er fordi jeg er interessert i hva forskning viser om dette. Videre ønsker jeg å heve min kunnskap om temaet innenfor det feltet jeg til daglig jobber i. Jeg antar denne litteraturstudien vil gi meg mer kunnskap om hva som er fremmende og hemmende faktorer i utøvelsen av palliativ omsorg til pasienter som bor i sykehjem.

Fokuset i min oppgave er rettet mot helsepersonell sin erfaring av hvordan det er å utøve palliativ omsorg til pasienter som bor i sykehjem. Samt avdekke hvilke faktorer som er med å påvirker utøvelsen palliativ omsorg. Mange av de pasientene jeg møter har ingen klar lidelse som de vet de kommer til å dø av, for eksempel kreft. Pasientene jeg møter er ofte eldre, skrøpelige som har sammensatte sykdomsbilder. De har gjerne alvorlige, kroniske sykdommer og flytter gjerne inn på sykehjem på grunn av funksjonssvikt og manglende evne til å greie seg selv i eget hjem. Det er kjent at tilgang til generell palliativ pleie, behandling og omsorg for eldre er begrenset. Mange eldre lever siste fase av livet med lidelse uten relevante tiltak (Helsedirektoratet 2015). På bakgrunn av dette har jeg formulert en hensikt og problemstilling som jeg ønsker å finne svar på. Jeg håper at funnene fra denne litteraturstudien kan bidra til i å bedre praksisen ved mitt arbeidssted.



## **1.1 Hensikt**

Hensikten med denne litteraturstudien var å få kunnskap om hvordan helsepersonell erfarer å gi palliativ omsorg til pasienter som bor på sykehjem.

## **1.2 Problemstilling**

Hva fremmer og hemmer utøvelsen av palliativ omsorg i sykehjem?

## **1.3 Begrepsavklaring**

Palliativ medisin er betegnelsen på det medisinske spesialområdet, i England brukes ”palliativ care” som en betegnelse om fagfeltet som en helhet. Dette begrepet omfatter rent praktisk både behandling, pleie og omsorg. I Norge har det i de senere år begynt å bruke palliasjon som betegnelse på fagområdet ”palliativ care”. I Norge brukes begrepene palliativ medisin og palliasjon om hverandre (Kaasa 2008). I litteraturstudien vil palliativ omsorg være begrepet som benyttes, dette innbefatter både behandling, pleie og omsorg.

Videre vil jeg bruke begrepet *helsepersonell*, som er en fellesbetegnelse for alle profesjoner som jobber med pasienter som bor i sykehjem.

## **2.0 Teoretisk perspektiv**

I dette kapitlet vil jeg skrive om palliasjon, den palliative kulturen og døendes menneskers rettigheter. Videre vil jeg gjøre rede for hovedelementer fra ulike stortingsmeldinger og rapporter gitt ut i senere år i Norge. Grunnen for dette er for å kunne se resultatet av litteraturstudien i lys av egen praksis og målsettinger.

### **2.1 Palliasjon**

Palliasjon beskrives av Verdens helseorganisasjon og European Association for Palliative Care som:

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet (Norsk forening for palliativ medisin 2004).

Palliasjon har sitt utspring i hospicebevegelsen og bygger på hospicefilosofien. Dame Cicely Saunders (1918-2005) regnes som grunnleggeren av moderne palliasjon, og hennes etablering av St. Christopher's Hospice i London i 1967 ble starten på en ny æra innen palliasjon. Gjennom sitt fokus på forskning og undervisning, bidro Cicely Saunders til at visjonen ble spredd og en rekke palliative tilbud ble etablert rundt om (Helsedirektoratet 2015b , Kaasa 2008).

Grunnleggende palliasjon blir beskrevet av Haugen et al. (2006) gjennom ulike faktorer som må ivaretas; kartlegging av symptomer, generell symptomlindring, informasjon, ivaretagelse av pårørende, sorgarbeid og oppfølging av etterlatte, dokumentasjon og kommunikasjon mellom aktørene er alle faktorer som må beherskes i utøvelsen av palliasjon. I rapport fra helsedirektoratet (2015b) bør grunnleggende palliasjon være en tilnærming til alle pasienter med alvorlig, uhelbredelig sykdom.

Palliativ behandling, pleie og omsorg praktiseres over alt i det norske helsevesenet (Norsk legemiddelhåndbok 2016). Tidligere var det pasienter med kreft som i all hovedsak mottok palliativ omsorg, men de senere årene er det blitt økt oppmerksomhet mot å gi palliativ omsorg til alle pasienter med livstruende sykdom (Helsedirektoratet 2015a & 2015b, Norsk legemiddelhåndbok 2016). Pasienter med langtkommen hjerte-, lunge-, og nyresykdom, pasienter med nevrologiske sykdommer og pasienter med demens er alle pasientgrupper med palliative behov (Helsedirektoratet 2015b). I Agenda Kaupang (2012) kommer det frem at dødsårsaken til sykehjemsbeboerne i deres undersøkelse døde av Alzheimer eller annen demens lidelse, hjertesvikt, lungebetennelse, slag, kreft, KOLS og hoftebrudd.

Den palliative kulturen kjennetegnes ved:

- En helhetlig tilnærming til den alvorlig syke og døende pasient og hans/hennes pårørende.
- Respekt for pasient, pårørende og medarbeidere, med fokus på pasientens beste. Dette innebærer at pasient og pårørende blir møtt og forstått i forhold til sin situasjon.
- Aktiv og målrettet holdning til diagnostikk, forebygging og lindring av symptomer.
- Forutseende planlegging og tilrettelegging med tanke på behov og komplikasjoner som kan komme til å oppstå.
- Fokus på åpen kommunikasjon og informasjon.
- Tverrfaglig arbeid.
- Koordinerte tjenester og systematisk samarbeid på tvers av nivåene.
- Systematisk samarbeid med andre medisinske fagområder.

(Norsk forening for palliativ medisin 2004,12)

Internasjonale retningslinjer og prinsipper for omsorg ved livets slutt ble vedtatt av De forente nasjoner (FN) i 1975, og beskriver det døendes menneskets rettigheter. Disse er gjengitt i Bondevik (2008) som følgende;

- Jeg har rett til å forvente kontinuerlig medisinsk behandling og omsorg selv om målet endrer seg fra helbredelse til lindring.
- Jeg har rett til smertelindring.

- Jeg har rett til å gi uttrykk for mine tanker og følelser omkring min forestående død på min egen måte.
- Jeg har rett til å bevare min individualitet og ikke dømmes for mine valg, selv om de går mot andres oppfatninger.
- Jeg har rett til å bli behandlet som et levende menneske til jeg dør.
- Jeg har rett til å beholde et håp selv om målet for det endrer seg.
- Jeg har rett til å bli behandlet av personell som kan opprettholde håp, selv om målet for håp endrer seg.
- Jeg har rett til å delta i avgjørelser som gjelder min behandling.
- Jeg har rett til å få ærlige svar på mine spørsmål.
- Jeg har rett til å drøfte og gi uttrykk for mine religiøse og/eller åndelige (eksistensielle) opplevelser uansett hva de måtte bety for andre.
- Jeg har rett til å bli behandlet av omsorgsfulle, medfølende, kyndige mennesker som vil prøve å forstå mine behov og som vil oppleve det som givende å hjelpe meg å møte min død.
- Jeg har rett til å få hjelp av min familie og til min familie, til å akseptere min død.
- Jeg har rett til å forvente at kroppen min blir behandlet med verdighet etter døden.
- Jeg har rett til å slippe å dø alene.
- Jeg har rett til å få dø i fred og med verdighet.

(Bondevik 2008, 146)

## ***2.2 Yrkesetiske retningslinjer***

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere beskriver hvordan sykepleierens menneskesyn og grunnleggende verdier bør vernes i praksis. De konkretiserer hva sykepleiere strekker seg etter for å sikre god praksis blant annet i profesjonen og i møte med pasienten. Det står i yrkesetiske retningslinjene at sykepleiere har et personlig ansvar for å utøve en faglig, etisk og juridisk forsvarlig praksis. Videre blir det beskrevet at sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, og hjelper de å ivareta sine rettigheter: retten til helhetlig sykepleie, til å være medbestemmende og til å ikke bli krenket (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

### **2.3 Nasjonale føringer i Norge**

Flere meldinger og rapporter fra helse- og omsorgsdepartementet og helsedirektoratet i Norge løfter viktigheten av å fokusere på palliativ omsorg til pasienter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De viser til en utviklingen der brukerne av helsetjenesten har mer sammensatte og komplekse behov. Som videre fører til at det blir stilt økte krav til både kapasitet og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Helsedirektoratet 2015a & 2015b , Helse- og omsorgsdepartementet 2013 & 2015).

I Melding til Stortinget (Meld. St.) 29 (2013), Morgendagens omsorg, legges det føringer om at helse- og omsorgstjenesten skal sørge for at alvorlig syke og døende skal ha sikre og gode tjenester. Meld. St. 26, fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, har som hovedmål å utvikle helse- og omsorgstjenestene til å kunne møte behovene til brukere med de største og mest sammensatte og komplekse behovene (Helse- og omsorgsdepartementet 2015). I Morgendagens omsorg løftes det frem at alvorlig syke og døende pasienter skal behandles med verdighet og respekt, og få i varetatt fysiske, psykisk, sosiale og åndelige/eksistensielle behov. Målet er at uhelbredelige syke og døende skal oppleve livets slutfase på en trygg og meningsfull måte. Helse- og omsorgstjenesten bør innrette seg slik at den døende og dens pårørendes behov blir ivaretatt. At den enkelte blir møtt med empati, omsorg og respekt. Flere kommuner har etablert systematikk for inkomstsamtaler og jevne samtaler med pårørende og brukere. Dette for å kunne avdekke behov og ønsker som den enkelte har. Videre bidrar dette til å danne grunnlag for en tilpasset tjenestene for den enkelte (Helse- og omsorgsdepartementet 2013). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet beskriver viktigheten av å ha et palliativt tilbud av god kvalitet til grupper med sammensatte behov, som eksempelvis sykehjemspasienter. Den omtaler at tidlig integrering av lindrende behandling i sykdomsforløpet gir bedre symptomlindring, tilfredshet og livskvalitet for pasienter og pårørende. Den peker også på at et palliativt tilbud i hovedsak er utformet for kreftpasienter og ikke de mange som dør på sykehjem. Meldingen peker på at de generelle forholdene som er omtalt i det nasjonale handlingsprogrammet for palliasjon i kreftomsorgen (Helsedirektoratet 2015a) også skal kunne overføres til andre typer pasienter som er i livets slutfase. Det er viktig med kompetanseheving. Styrket kunnskap om palliasjon, holdninger hos ansatte, flerfaglig samarbeid og etablering av gode styringsverktøy er viktig for å gi et godt palliativt tilbud. Meldingen viser også til ulike studier som sier at det er økt behov for palliative tjenester i

sykehjem og at kompetansen om lindrende behandling og omsorg må styrkes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet 2015). I en rapport fra helsedirektoratet (2015b) beskrives utfordringsbildet innenfor palliasjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Rapporten viser til at det er behov for å øke fagkompetansen innenfor palliasjon og organisering av tilbudet i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

### **3.0 Metode**

Jeg har valgt å bruke en systematisk litteraturstudie som metode for innsamling av data til å gi svar på min problemstilling. Det vil si at jeg bruker en systematisk og eksplisitt fremgangsmåte for å finne, vurdere og oppsummere flere undersøkelser gjort om samme emne (Nordtvedt et al. 2007).

Hensikten med litteraturstudien ble å få kunnskap om hvordan helsepersonell erfarer å gi palliativ omsorg til pasienter som bor på sykehjem. Problemstillingen er rettet mot hva som kan hemme eller fremme palliativ omsorg. Jeg startet med å gjøre et søk i Oria for å sjekke om det var andre studentoppgaver som hadde samme fokus. Ved en rask gjennomgang av titler og noen abstracts, fant jeg flere oppgaver som fokuserte på sykehjemspasienter og temaet palliasjon. En masteravhandling hadde eksempelvis tatt for seg sykepleierens erfaring med terminal pleie og flere hadde tatt for seg kartlegging og smertelindring, men ingen hadde sett direkte på hva som hemmer og fremmer palliativ omsorg. Det er i nyere tid kommet melding fra Stortinget (Helsedirektoratet 2013 og 2015) og rapport fra helsedirektoratet (Helsedirektoratet 2015b) som er med å legge fremtidige føringer innenfor palliativ omsorg i Norge.

#### **3.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier**

Inklusjonskriterier:

- Ikke eldre enn 10 år
- Originalartikler, review artikler kan brukes i bakgrunnsteorien.
- Være skrevet på engelsk, norsk, dansk eller svensk.
- Helsepersonellperspektiv
- Palliativ omsorg gitt i sykehjem og til sykehjemspasienter
- Uavhengig av diagnose
- Studier fra land som det er naturlig å sammenligne seg med

Eksklusjonskriterier:

- Pasient- eller pårørendeperspektiv
- Diagnosefokusert
- Palliativ omsorg gitt på andre arenaer enn sykehjem

- Palliativ omsorg gitt til andre pasientgrupper enn sykehjemspasienter
- Studier fra Asia eller Afrika

### **3.2 Litteratursøk/Datainnsamling**

Jeg startet søkeprosessen i november 2015 og jeg gjorde et søk i Oria for å se hva som eksisterte om temaet. Igjennom dette søket fant jeg to artikler som jeg ville ta med meg videre og se nærmere på (Vedlegg 2). Grunnen til at jeg valgte ut disse umiddelbart var at de belyste palliativ omsorg fra et norsk perspektiv. Artikkene ble lest i sin helhet og en ble inkludert i studien (Vedlegg 3).

Videre jobbet jeg med søkeord og gjorde noen prøvesøk i Ovid Medline med søkeordene: palliativ care, pallia\*, terminal care, terminal\*, nursing home, end-of-life, dying, nursing, nurs\*, nurses role, experience, treatment. Jeg benyttet AND og OR for å begrense og utvide søket. Disse prøvesøkene ga mange treff. Et søk ga meg 223 treff og et annet 592 treff. Det jeg kunne konkludere med etter disse søkene var at det fantes mye forskning på temaet mitt. Gjennom å begynne å lese titler og abstrakter opplevde jeg at mange av studiene var irrelevante. Jeg bestilte derfor time med bibliotekar og fikk veiledning i den videre søkestrategien. Dette resulterte i mitt endelige PI(C)O-skjema (vedlegg 1) og søkestrategien som vist i vedlegg 2. PICO representerer en måte å dele opp spørsmålet mitt på og ble da et hjelpemiddel for å kunne strukturere det på en hensiktsmessig måte. For meg ble PICO-skjema som står for population/problem, intervention, comparison, outcome, til et PIO-skjema da jeg ikke ønsker å sammenligne det ene med det andre som comparison (C) står for (Nortvedt et al. 2007).

Jeg brukte PI(C)O-skjemaet til å få satt mine søkeord i system og legge en søkestrategi (Nortvedt et al. 2007). Med utgangspunkt i hensikt og problemstilling ble mine søkeord på norsk og engelsk som beskrevet her.

**Norsk:** pallia\*, sykehjem, sykepleie\*, hemme\*, fremme\*

**Engelsk:** Palliat\*, nursing homes, Homes for the aged, Retirement home, Nurs\*, Restrict\*, Hamper\*, Check\*, Restrain\*, Limit\*, Reduce\*, Facilitate, Promot\*, Encourage\*, Further\*, Advance\*, Enhance\*



Ved å inkludere MeSH-termer (Medical subject headings) som er medisinske nøkkelord sørger jeg for å også få med synonyme ord for søkeordet. I søket ble dette gjort med søkeordene palliati\*, nursing home, home for the aged og nurs\*. Følgende MeSH-termer ble brukt; Palliative Care/, Nursing Homes/, Home for the Aged/ og Nurse's Role. Flere av søkeordene ble trunkert, eksempelvis søkeordet nurs\* som da også inkluderer alle treff på nurse, nurses, nursing og nursed. Trunkering vil si å legge til et tegn i stammen av ordet, da en ved å gjøre dette vil få med flere varianter av ordet i søket (Nordtvedt et al. 2007). Jeg har også brukt boolske operatører som AND og OR for å kombinere søkeordene, og for å avgrense eller utvide søket. AND avgrenser søket ved kun å gi treff på artikler som inneholder begge søkeordene. OR utvider søket ved å gi treff på artikler som inneholder enten det ene eller det andre søkeordet (Nordtvedt et al.2007).

Jeg har søkt i databasen Ovid Medline, som er en anerkjent kilde for å finne originalartikler (Nortvedt et al. 2007). Søkestrategien består av totalt 14 steg (vedlegg 2). Strategien er lik helt frem til steg 10 jfr. vedlegg 2. Derifra har jeg kombinert steg 10 med 11 som utgjør steg 13. Deretter kombinerte jeg steg 10 med steg 13, som utgjør steg 14.

Ved steg 10 fikk jeg 416 treff, som var et overkommelig antall abstrakt å begynne å se nærmere på. Etter å ha lest igjennom titlene og sett videre på 37 abstrakt, valgte jeg å lese fem artikler. Fire av disse ble inkludert i studien (vedlegg 2).

Videre kombinerte jeg steg 10 med AND restrict\* OR Hamper\* OR check\* OR restrain\* OR limit\* OR reduce\* (steg 11). Dette resulterte i 79 treff (steg 12) Her leste jeg 29 abstrakter og av disse ble 10 artikler lest. Videre ble åtte artikler inkludert i studien (vedlegg 2). En av disse var en review artikkel som ble benyttet i bakgrunnsteorien.

Deretter kombinerte jeg steg 10 med AND facilitate\* OR promot\* OR encourage\* OR further\* OR advance\* (steg 13). Dette resulterte i 166 treff (steg 14). Her leste jeg 53 abstrakt og 24 artikler ble ansett som relevante. Av disse artiklene var seks dubletter med artikler jeg hadde plukket ut på steg 12 (vedlegg 2). 11 artikler ble inkludert i studien, i tillegg til fem som var lik fra steg 12. Av disse 11 artiklene var en review artikkel som jeg benyttet i bakgrunnsteorien.

Totalt fant jeg 35 artikler som var relevante for min problemstilling og alle ble lest i sin helhet. Av de 35 artiklene var 22 originalartikler og to review artikler plukket ut; totalt 24 artikler. De 22 originalartiklene ble på nytt lest i sin helhet, og videre kvalitetsvurdert.

Grunnen til at jeg valgte å gjøre søket på denne måten var for å kunne skille hva som hemmer og hva som fremmer palliativ omsorg. Jeg kunne kombinert steg 12 og 14 med OR, og da fått et steg 15 med 197 treff. Dette medførte da at flere av artiklene inneholdt både fremmer og hemmer. Jeg håper at ved å gjøre dette sånn, forenkler systematiseringen i etterkant. Da allerede søket er gjort på hva hemmer og hva fremmer, i tillegg har jeg artikler som er dubletter.

### **3.3 Kvalitetsvurdering**

Artiklene fra databasesøket ble trinnvis kvalitetsvurdert. Først sjekket jeg at de var bygget opp etter IMRAD-prinsippet. I følge Nortvedt et al. (2007) er de fleste vitenskapelige artiklene bygget opp etter dette IMRAD-prinsippet, som er en forkortelse for introduksjon, metode, resultat og (and) diskusjon.

I tillegg ble alle artiklene refereevurdert noe som retningslinjene for fordypningsoppgaven angir at skal være (Høgskolen i Molde 2013). At en artikkel er refereevurdert, betyr at den er fagfellevurdert. Dette er en vurderingsprosess som benyttes for å kvalitetssikre artikler, før de blir publisert i anerkjent tidsskrift. Artikkelen er dermed kvalitetssikret av andre eksperter på fagfeltet (Nortvedt et al. 2007). Alle mine artikler er refereevurdert. Jeg har brukt Norsk senter for forskningsdata: Database for statistikk om høgre utdanning (2016) til å sjekke om artiklene jeg har funnet er refereevurdert. Denne databasen har et register for autoriserte publiseringskanaler, der de bruker en rangering på to nivåer, der nivå 2 er bedre enn nivå 1. Av de inkluderte artikler er ni fra en tidsskrift av nivå 1 og en fra en tidsskrift av nivå 2.

Når jeg hadde sjekket om de var bygget opp etter IMRAD-prinsippet og søkt de opp i databasen for statistikk for høgre utdanning (Norsk senter for forskningsdata 2016), gikk jeg videre til å fullføre kvalitetsvurdering ved hjelp av sjekklister. Alle artiklene ble kritisk vurdert med sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2014). Bruken av disse er beskrevet i Nortvedt et al. 2007. Dette er en validert metode for

kvalitetsvurdering av artikler. Jeg vurderte artiklene på bakgrunn av utfylte sjekklister til å inneha god kvalitet. I følge nevnte sjekklister skal også etiske forhold være beskrevet og vurdert. Kvalitative studier innebærer møter mellom mennesker, kunnskapen som utveksles og utvikles er basert på normer og verdier. Derfor er det viktig at forskeren gjør rede for hvilke etiske overveielser som er gjort (Malterud 2013). I alle inkluderte artiklene er etiske vurderinger beskrevet. Åtte av de inkluderte artiklene er godkjent av etisk komité. I to artikler er etiske hensyn vurdert og beskrevet (vedlegg 3).

Jeg startet prosessen med å gjøre en kvalitetsvurdering av 22 artikler. Gjennom kvalitetsvurderingen ble 12 ekskludert fra studien på grunn av feil perspektiv, feil fokus eller at de hadde benyttet feil metode. En av de inkluderte artiklene anvender kvantitativ metode, men inneholder kvalitative data fra åpne spørsmål (Gjerberg et al. 2010). To artikler benytter seg av mixed methods (Cable-Williams og Wilson 2014, Mitchell et al. 2011). Sju artikler bruker kvalitativ metode (Dwyer et al. 2011, Hockley 2014, Kaasalainen et al. 2007 og 2013, Paap et al. 2014, Reiringer & Heimerl 2014, Wickson-Griffiths et al. 2015).

Alle 10 artiklene er vurdert ut i fra validerte sjekklister, de er bygget opp etter IMRAD-prinsippet, er refereevurdert og etiske overveielser er gjort rede for. På bakgrunn av dette vurderer jeg artiklene til å være av god kvalitet. De 10 originalartiklene som inngår i analysen er presentert i vedlegg 3.

### **3.4 Analyse**

Jeg har benyttet meg av de fire fasene i analyseprosessen som David Evans (2002) beskriver i sin artikkel Systematic reviews of interpretive research. Jeg tar utgangspunkt i disse fire fasene når jeg skal gjøre en systematisk analyse i denne litteraturstudien.

De fire fasene Evans (2002) beskriver er:

1. Samle relevant datamateriale
2. Identifisere nøkkelfunn
3. Identifisere gjennomgående tema
4. Beskrive fenomenet

I første fase samlet jeg inn relevant datamateriell. Dette ble gjort gjennom et systematisk litteratursøk i en database. Der ble alle artikler, uansett forskningsmetode, inkludert etter som de ble vurdert som relevante. Videre ble artiklene lest på ny og kvalitetsvurdert. Etter litteratursøket, kvalitetsvurdering og inklusjon- og eksklusjonskriteriene ble ti artikler inkludert i studien. Disse ble nummerert med 1-10 (vedlegg 3).

Den andre fasen består av å identifisere nøkkelfunn (Evans 2002) Jeg leste igjennom artiklene en og en igjen. Jeg markerte alle funn med markeringstusj. Relevante sitater ble også markert her, med egen farge. Alle funn som ble markert beskrev enten hva som hemmer eller fremmer palliativ omsorg, som er i tråd med litteraturstudiens problemstilling.

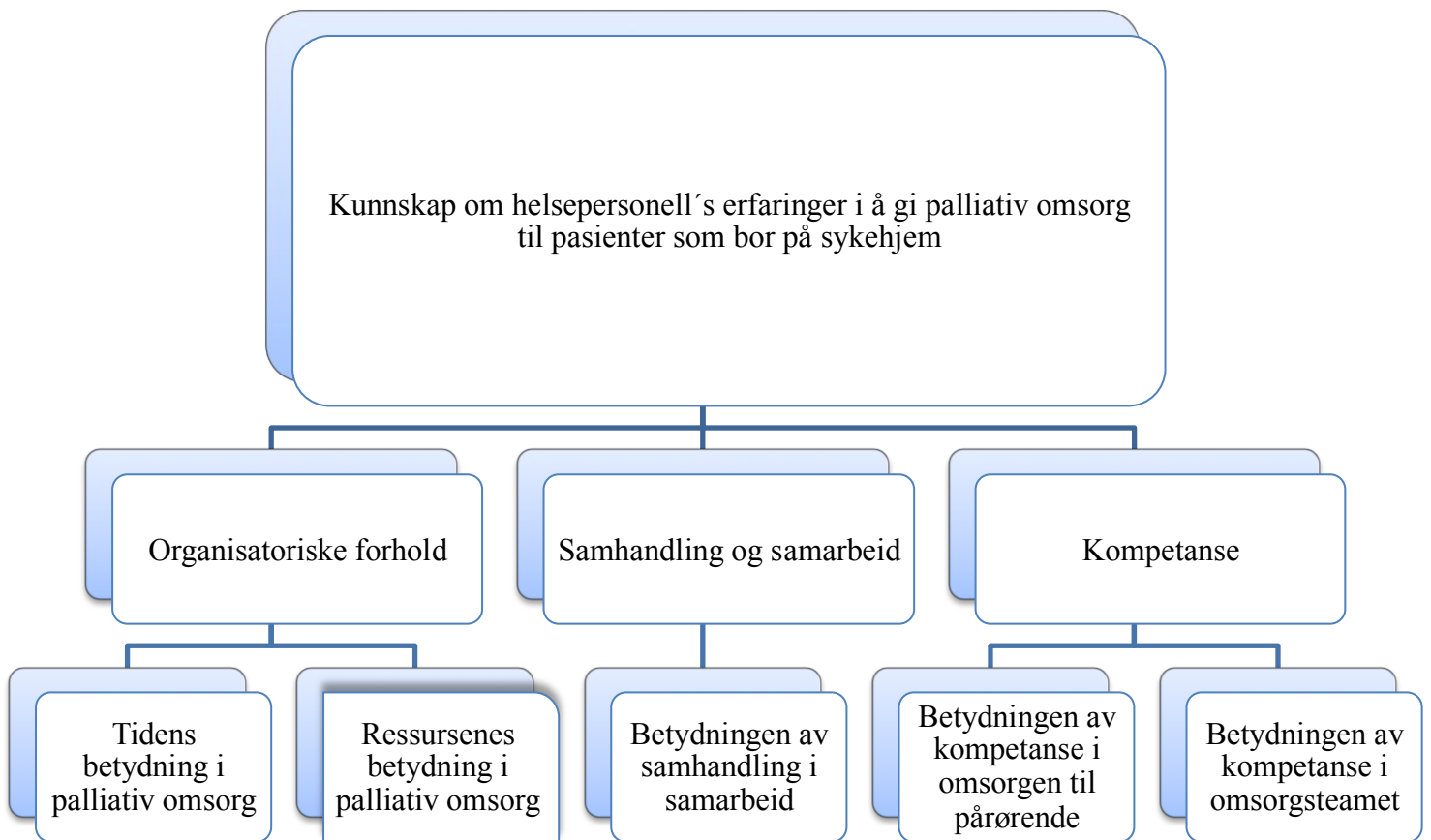
I den tredje fasen skal en identifisere gjennomgående tema, hvordan funnene relaterer seg til hverandre (Evans 2002). Her ble alle funnene lest på ny for å finne gjennomgående tema. I første omgang utkrystalliserte det seg seks tema. Alle funnene ble klipt ut av artiklene og markert med artikkelens nummer for å kunne spores tilbake. Jeg laget en konvolutt for hver av de seks temaene, en for andre funn og en for sitat. Jeg limte så opp funnene fra hver konvolutt på hvert sitt ark. Her møtte jeg utfordringer da de seks temaene ble gjennomgående i seg selv. Jeg begynte så å se på om temaene kunne tematiseres annerledes. Etter gjennomgang av alle funn på nytt endte jeg opp med tre hovedtema. Videre utpekte det seg fem undertema. Disse fem fikk tildelt hver sin farge og jeg markerte alle funn med undertemaets tildelte farge.

I den fjerde fasen skal fenomenet beskrives, gjennom hovedtema og undertema med referanse fra datamaterialet. Gjennom de foregående fasene hadde det resultert i tre hovedtema og fem undertema. Jeg begynte nå å se på hvordan fenomenet kunne beskrives og temaene kunne løftes frem. Hovedtemaene ble løftet frem gjennom å beskrive hvert undertema direkte ut i fra funnene. Hovedtema med tilhørende undertema er presentert i egen modell i resultatkapitlet.

## 4.0 Resultat

Hensikten med litteraturstudien var å få kunnskap om hvordan helsepersonell erfarer å gi palliativ omsorg til pasienter i sykehjem. Målet er at resultatene skal gi svar på problemstillingen; hva fremmer og hemmer utøvelsen av palliativ omsorg i sykehjem.

Analysen viser tre hovedtema med undertema som fremstilles i figuren under.



### 4.1 Organisatoriske forhold

Organisatoriske forhold som tid og ressurser er sentrale faktorer i palliativ omsorg. Åtte artikler berører temaet på en eller annen måte (Dwyer et al. 2011, Gjerberg et al. 2010, Hockley 2014, Kaasalainen et al. 2007 og 2013, Mitchell et al. 2011, Paap et al. 2014, Wickson-Griffiths et al. 2015).

#### **4.1.1 Tidens betydning i palliativ omsorg**

Organisatoriske forhold som å ha tid, få tid og ha tid til er noe helsepersonell i ulike studier omtaler som viktige elementer i palliativ omsorg (Dwyer et al. 2011, Gjerberg et al. 2010, Mitchell et al. 2011, Paap et al. 2014)

Helsepersonell omtaler tidspress som en hemmende faktor i utøvelsen av palliativ omsorg. Mangel på tid fører til mindre tilpasset pleie og omsorg for den enkelte pasient, dårligere ivaretagelse og mindre inkludering av pårørende. Videre viser studien at mangel på tid også fører til for lite tid til utviklingsarbeid. Helsepersonell beskriver utviklingsarbeid i organisasjonen og hos seg selv til å være fagutvikling og kompetanseheving (Gjerberg et al. 2010, Dwyer et al. 2011, Mitchell et al. 2011, Paap et al. 2014). Helsepersonell i studien til Paap et al. (2014) beskrev dette som;

”... so busy with caseload stuff that you haven't got the time or as much time as you'd like to do that education bit and training” (Paap et al. 2014, 133).

Dette viser hvordan helsepersonell opplevde en travel arbeidshverdag der alle de ulike gjøremålene gjennom dagen tok opp all deres tid. Dermed var det ikke tid til fagutvikling eller kompetanseheving.

I motsetning til nevnte funn, kommer det frem i studiene til Gjerberg et al. (2010) og Dwyer et al. (2011) at å ha tid til kommunikasjon er viktig. Dette for å kunne ivareta pasient og pårørende. Som videre bidrar til å heve kvaliteten på den palliative omsorgen som utøves.

Dwyer et al. (2011) beskriver hvordan organisatoriske forhold som tid påvirker samhandlingen med pasienter. I følge helsepersonell førte mangel på tid til utfordringer i samhandling, å utøve god palliativ omsorg til både pasient og pårørende ble utfordrende. Helsepersonell opplevde å møte dilemmaer mellom det ideelle og reelle (Dwyer et al. 2011, Gjerberg et al. 2010, Kaasalainen et al. 2007). Eksempelvis førte mangel på tid til utfordringer i å gi pasienten den sosiale kontakten som han trengte. Eller som en helsearbeider i studien til Kaasalainen et al. (2007) forteller:

You never like to leave them (dying residents) alone, especially if there is no one with them. Even if the family is just not there at the time, any extra (staff) we have on the floor will go sit with them, and just talk to them and touch them, spend some time with them.. To know that someone is there with them (Kaasalainen et al. 2007, 178).

Dette viser hvordan helsepersonell opplevde at mangel på tid til pasientene og pårørende skapte utfordringer i samhandlingen. Til tross for dette yter helsepersonell det de kan ut i fra tilgjengelige ressurser.

#### **4.1.2 Ressursenes betydning i palliativ omsorg**

Ressurser og da mangel på ressurser blir løftet frem av helsepersonell i flere artikler som en viktig faktor i palliativ omsorg ( Gjerberg et al. 2010, Hockley 2014, Kaasalainen et al. 2007 og 2013, Mitchell et al. 2011, Paap et al. 2014, Wickson-Griffiths et al. 2015).

Helsepersonell skildrer hva mangel på ressurser medfører i praksis:

...in the week prior to death, he wanted to have someone there to hold his hand and often asked us "not to leave him", but because of staff shortages we did not often have time to sit with him....(Gjerberg et al. 2010, 681).

Dette beskriver utfordringer helsepersonell møtte i samhandling med den døende pasienten, og hva mangel på ressurser og tid førte til for den døende pasienten.

Et sterkt funn var at mangel på bemanning, som nok bemanning og med riktig kompetanse, ga utilfredsstillende palliativ omsorg (Gjerberg et al. 2010, Kaasalainen et al. 2007 og 2013, Mitchell et al. 2011, Paap et al. 2014). Mangel på riktig bemanning er også et hinder for utviklingsarbeid, det skaper dårlig kontinuitet i arbeidet. Det gir heller ikke mulighet for veiledning og utdanning av helsepersonell. Dette er med på å skape etiske utfordringer i relasjoner mellom pasient/pårørende og helsepersonell (Gjerberg et al. 2010, Kaasalainen et al. 2007, Paap et al. 2014, Wickson-Griffiths et al. 2015). I studien til Gjerberg et al. (2010) beskriver helsepersonell hvordan dette skjer i praksis:

A dying patient was moved to another ward during the night, due to shortage of staff. The patient should never have been moved. Extra staff should have been hired (Gjerberg et al. 2010, 681).

Flere studier viser at utvikling av ferdigheter som en del av kompetanseheving til helsepersonell øker kvaliteten på den palliativ omsorg som utøves. Studiene belyser at økt ferdighetsnivå som en del av utviklingsarbeid er viktig i organisasjonen (Hockley 2014, Paap et al. 2014, Wickson-Griffiths et al. 2015). En norsk lege i studien til Paap et al. (2014) peker på at økt kompetanse blant norske sykepleiere har ført til at det er mulig å delegere flere oppgaver fra lege til sykepleiere. Den nevnte studien og flere andre studier peker også på at det er viktig med muligheter for kompetanseheving av helsepersonell. Refleksjon blant helsepersonell er en metode som gir økt kompetanse. I palliativ omsorg er det viktig med ressurser til utviklingsarbeid (Hockley 2014, Paap et al. 2014, Wickson-Griffiths et al. 2015).

Flere studier viser at mangel på kompetanse hemmer utøvelsen av palliativ omsorg. Manglende kompetanse fører eksempelvis til at pasienten ikke mottar optimal symptomlindring, pårørende får ikke nok støtte og veiledning og skaper usikkerhet i omsorgsteamet (Kaasalainen et al. 2013, Mitchell et al. 2011, Paap et al. 2014).

Utfordringer i henhold til organisatoriske forhold som mangel på bemanning og tid skapte emosjonelle og moralske dilemma for helsepersonell. Ulike dilemmaer de møtte var mangel på ressurser og tid som førte til at pasienter døde uten at noen var tilstede eller mangel på ressurser som førte til unødvendige sykehusinnleggelses. Samt tidspress som førte til at helsepersonell opplevde å ikke klare å ivareta pasienter og pårørende optimalt. Dette var alle dilemmaer helsepersonell erfarte som utfordrende i utøvelsen av palliativ omsorg (Dwyer et al. 2011, Gjerberg et al. 2010, Kaasalainen et al. 2007, Wickson-Griffiths et al. 2015). Helsepersonell i studien til Mitchell et al. (2011) sier hvordan det oppleves at pasienter slipper unødvendige sykehusinnlegger som en konsekvens av mangel på bemanning og tid;

”...it’s beautiful. The residents at the facility are surrounded by staff that they know. The environment’s their own” (Mitchell et al. 2011, 7).



## **4.2 Kompetanse**

At helsepersonell har en god kompetanse som høyt kunnskapsnivå, gode ferdigheter og gode holdninger blir sett på som en faktor av stor betydning i utøvelsen av palliativ omsorg. Ni artikler beskriver kompetansens betydning for omsorgen til pårørende og for omsorgsteamet (Cable-Williams og Wilson 2014, Dwyer et al. 2011, Gjerberg et al. 2010, Hockley 2014, Kaasalainen et al. 2007&2013, Mitchell et al. 2011, Wickson-Griffiths et al. 2015).

### **4.2.1 Betydningen av kompetanse i omsorgen til pårørende**

Flere studier viser at helsepersonell trenger å ha en økt forståelse og bevissthet om døden. Dette er et viktig funn innenfor kompetanse hos helsepersonell i omsorgsteamet. Økt selvtillit og trygghet hos helsepersonell i utøvelsen av palliativ omsorg til pasient og pårørende, blir beskrevet som essensielt i palliativ omsorg og viktig for kvaliteten. Det å inneha bevissthet om at døden er en naturlig del av livet og å kunne gjenkjenne tegn på at livet går mot slutten er viktig kompetanse å ha for helsepersonell. Dette så de kan tilrettelegge den siste tiden på best mulig måte for pasient og pårørende (Cable-Williams og Wilson 2014, Dwyer et al. 2011, Hockley 2014, Kaasalainen et al. 2007).

En sykepleier beskriver dette slik:

It (death) is an event, it's a special event...like a birth is...so is dying a special event...because everybody has to go. I mean, it still happens, so how can we make it good? How can we make that end good? Because it is going to happen and there is no sense denying it, so we try and make it good then (Kaasalainen et al. 2007, 153).

Dette viser hvordan sykepleieren skildrer at døden er en naturlig del av livet, og at de prøver å gjøre den så god som mulig.

Flere studier viser betydningen av at helsepersonell kan veilede og støtte pårørende i den palliative fasen. Det er viktig for kvaliteten på omsorgens (Gjerberg et al. 2010, Kaasalainen et al. 2007 og 2013, Mitchell et al. 2011). Studien til Kaasalainen et al. (2007) peker på at nok kunnskap er viktig for å kunne veilede pårørende når de skal ta

beslutninger på vegne av en av sine nærmeste. Helsepersonell erfarer at mangel på informasjon og kunnskap hos pårørende skaper bekymringer for de. Eksempelvis kan pårørende ha oppfatninger om at kurativ tilnærming er eneste alternativ, at behandlingen kan reduserer livslengde eller at smertelindring kan fører til at pasienten blir avhengig. Studien til Gjerberg et al. (2010) peker på at det er viktig at helsepersonell innehar en kompetanse som ivaretar pårørendes behov for informasjon og at de blir møtt på sine bekymringer. Kompetansens hos helsepersonell i møte med pårørende kan beskrives gjennom følgende:

I have lots of conversations with family members when we are looking at the end-of-life and decision making around that. And just recently, a fellow was having a lot of dreams and hallucinations at night. And he's dreaming about his wife who dies 3 years ago, his sister-in-law who lived with him for years who died about 5 years ago. He's 96. And I said maybe we shouldn't be trying to stop this process. Maybe this is part of his end-of-life ... So understanding all of that rather than just running in treating' (Kaasalainen et al. 2013, 481-482).

Dette illustrerer hvordan kompetanse hos helsepersonell kan være støttende og veiledende for pårørende i pasientens siste fase. Hvordan de sammen med pårørende kan erkjenne at døden er nær forestående.

#### **4.2.2 Betydningen av kompetanse i omsorgsteamet**

Helsepersonell peker i flere studier på at faktorer som egen kompetanse, det å føle seg usikker og å føle skyld er utfordrende i utøvelsen av palliativ omsorg (Dwyer et al. 2011, Hockley 2014, Kaasalainen et al. 2013). Helsepersonell opplever relasjon med døende og hvordan håndtere egen sorgprosess som emosjonelt utfordrende ( Gjerberg et al. 2010, Kaasalainen et al. 2007 og 2013).

There's no one to talk to, so the staff don't have any support after death. We give it all to the families and then you walk away and.. you are low, you're on your own (Kaasalainen et al. 2007, 178).

Overnevnte sitat illustrerer hvordan helsepersonell opplever egen sorgprosess etter en pasients død.

Å gi støtte til hverandre igjennom veiledning og refleksjon er ansett som en god metode for kompetanseheving og utvikling i omsorgsteamet. Gjennom refleksjon rundt egen handling får en økt kompetanse og økt kunnskap. Kompetanse gir bedre selvtillit og trygghet for helsearbeiderne og videre skaper et bedre team. Nok kunnskap og ferdigheter hos helsepersonell er også viktige faktorer i støtte og veiledning til pårørende. Samt i arbeidet med å vite at livet til pasienten går mot slutten (Hockley 2014, Kaasalainen et al. 2007 og 2013, Wickson-Griffiths et al. 2015). Motsatt viser studien til Gjerberg et al. (2010) at mangel på kompetanse i omsorgsteamet hemmer palliativ omsorg. Dwyer et al. (2011) viser også til at mangel på kompetanse blant de ulike grupper av helsepersonell i omsorgsteamet hemmer palliativ omsorg. Eksempelvis uttrykte deltagerne i studien at mangel på kunnskap eller utdanning førte til at de ikke følte seg kompetent til å meddele sine observasjoner av pasienten.

En leder ved et sykehjem uttrykte seg om refleksjonens betydning for kompetanse:

.....the confidence that they are doing the right thing. It is one thing "thinking" you are doing the right thing – it is another thing "knowing" you are doing the right things... (Hockley 2014,125)

Refleksjon blir belyst av helsepersonell som en god metode for å takle utfordringer de har møtt. Det er en metode til å "slippe" sorgen, finne lettelse eller håndtering for skyldfølelse. I tillegg til å være kompetansehevende (Hockley 2014, Reitinger og Heimerl 2014, Wickson-Griffiths et al. 2015).

Helsepersonell peker på at økt trygghet til hverandre og til en selv i omsorgsteamet øker kvaliteten på den palliative omsorgen som gis. Det å kjenne hverandre og seg selv fremmer samhandling og samarbeid i omsorgsteamet (Hockley 2014, Wickson-Griffiths et al. 2015).

### **4.3 Samhandling og samarbeid**

Samhandling og samarbeid er sentralt i palliativ omsorg. Det er viktig i forhold til samhandling med pasienter og pårørende, i teamet og med andre profesjoner.

Helsepersonell møter ulike utfordringer i relasjoner, og tematikken blir omtalt i mange studier (Dwyer et al. 2011, Gjerberg et al. 2010, Hockley 2014, Kaasalainen et al. 2007 og 2013, Mitchell et al. 2011, Wickson-Griffiths et al. 2015).

#### **4.3.1 Betydningen av samhandling i samarbeid**

Helsepersonell møter utfordringer som hvilken behandling eller hvilket behandlingsnivå pasienten skal behandles. Døende pasienter blir flyttet til andre avdelinger eller innlagt i sykehus, og pasienter mottar livsforlengende behandling når de er døende. Dette opplever helsepersonell som utfordrende i utøvelsen av palliativ omsorg (Dwyer et al. 2011, Gjerberg et al. 2010, Hockley 2014, Mitchell et al. 2011, Kaasalainen et al. 2007 og 2013, Wickson-Griffiths et al. 2015). En deltager i studien til Mitchell et al. (2011) beskriver utfordringer i samhandlingen med pårørende om behandlingsnivå:

With a lot of families, if you don't send them (the resident) to hospital they (family) think you're not doing anything for their loved one. They think they're being neglected (Mitchell et al. 2011, 9).

Dette viser hvordan helsepersonell opplever samhandling og samarbeid med pårørende når en pasient er døende.

I studien til Gjerberg et al. (2010) beskrives ulike utfordringer helsepersonell møter i samhandling og samarbeid med pårørende. Hvilken behandling skal pasienten ha og hvem skal bestemme. Helsepersonell i studien sier:

Patient, 93 yers old, indicates that she wants to be left in peace to pass away quietly. The next of kin request that she be given life-prolonging treatment. The staff speak in favour of the patient to the next of kin and doctor. The doctor still administers life-prolonging treatment (Gjerberg et al. 2010, 680).

Studier viser at samhandling med pårørende er utfordrende når det oppstår uenighet eller i situasjoner som er emosjonelt krevende. Det å ta seg tid og ha tid til å støtte og veilede pårørende gjennom prosessen blir fremmet i palliativ omsorg (Gjerberg et al. 2010, Kaasalainen et al. 2007, Mitchell et al. 2011). Helsepersonell i studien til Gjerberg et al. (2010) beskriver samhandlingen med pårørende slik:

A demanding family caregiver. She was very negative, criticised the staff and made it difficult for them. However, we supported her and each other, and agreed upon to be very tolerant to her, she became very pleased (Gjerberg et al. 2010, 681).

Dette viser hvordan helsepersonell løste en utfordring i samhandling med pårørende. Der støtte til hverandre i omsorgsteamet førte til at de kunne gi god omsorg til pårørende.

Moralske utfordringer som hvilken behandling og omsorg pasienter skal ha, bør ha og får blir løftet som elementer som fremmer eller hemmer palliativ omsorg (Dwyer et al. 2011, Gjerberg et al. 2010,). Dwyer et al. 2011 peker på at det er viktig å møte pasienten på dens premisser.

## **5.0 Diskusjon**

### **5.1 Metodediskusjon**

Det har vært utfordrende for meg å skrive denne oppgaven, da de og det jeg vil undersøke er nært meg selv i rolle og arbeidsoppgaver. Jeg har derfor prøvd å være åpen i den grad jeg kan og prøve å ikke være forutinntatt i hva resultatet kan bli. Videre har jeg vært påpasselig med å systematisk jobbe meg igjennom Evan's (2002) fire faser for systematisk analyse. I arbeidet med denne litteraturstudien valgte jeg å ikke skrive min bakgrunnsteori før jeg var ferdig med analysen, for å unngå å lete etter passende funn og for å ikke øke mitt kunnskapsnivå på et felt jeg allerede kan mye om.

#### **5.1.1 Datainnsamling**

Jeg har brukt lang tid på datainnsamlingen og systematiseringen av denne. Jeg søkte veiledning hos bibliotekar etter å ha gjort prøvesøk. Der fikk jeg hjelp til å systematisere og utvide mine søkeord. Dette ga meg grunnlag for PI(C)O- skjema og min søkestrategi (vedlegg 1 og 2).

Jeg valgte å strukturere søket mitt som beskrevet i kap. 3.2. Her kunne jeg også delt opp dette i 3 separate søk der jeg søkte på:

1. Pallia\*, sykehjem og sykepleie\* rolle.
2. Pallia\*, sykehjem, sykepleiere\* og hemmer.
3. Pallia\*, sykehjem, sykepleiere\* og fremmer.

Jeg kan ikke se at ved å gjøre søket som beskrevet i kap. 3.2 har vært noen svakhet for studien. Jeg har systematisk jobbet meg igjennom søket ved å bruke ulike søkeord for å utvide og avgrense søket. Tilslutt satt jeg igjen med artikler som allerede var kategorisert under sykepleie, hemmer og fremmer. Dubletter ble også enkelt å oppdage.

Selv om jeg valgte å inkludere artikler fra år 2005 er de fleste artikler i analysen hovedsakelig fra siste 5 år (vedlegg 3). Artikkelen fra 2007 er inkludert da den har relevans for litteraturstudiens hensikt og problemstilling. At litteraturstudien inneholder forskning av nyere dato er en styrke.

Jeg valgte å ekskludere artikler fra land det ikke er naturlig å sammenligne seg med, som land i Asia eller Afrika. Da funn fra artikler fra land i de områdene kan være vanskelig å overføre på grunn av kulturforskjeller. Inkluderte artikler er studier gjort fra England, Tyskland, Italia, Norge, Nederland, Canada, Sverige, Australia, Østerrike og Storbritannia. Jeg ser på det som styrke for studien å benytte meg av forskningsartikler fra land det er naturlig å sammenligne seg med.

Jeg valgte helsepersonellperspektivet som er naturlig å gjøre når det er helsepersonell sin erfaring litteraturstudien skal belyse.

Jeg har søkt i en database, dette kan være en svakhet ved studien. Ved å ha utvidet søket mitt til flere databaser kunne jeg fått flere treff. En styrke er at Ovid Medline er en anerkjent database.

Selv om det kan være en svakhet å inkludere forskning med ulikt design valgte jeg bevisst å ikke avgrense dette i litteratursøket. Dette fordi jeg ikke ønsket å gå glipp av artikler som var kvantitative, men som kunne inneholde kvalitative data som for eksempel svar fra åpne spørsmål. Dette ser jeg på som en styrke for studien.

### **5.1.2 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn**

Jeg har brukt mye tid på kvalitetsvurdering av artiklene. Jeg har lest igjennom dem flere ganger for å få et overblikk om hva de handler om. Alle artiklene har vært skrevet på engelsk. Dette er et språk jeg behersker greit, men det har vært mange fremmedord for meg i artiklene. Jeg har benyttet meg av oversettingsprogram tidvis for å få tak i helheten. Dette kan være en svakhet da det kan være fare for feil i oversettingen.

Annen svakhet ved studien er min manglende erfaring med å vurdere forskningsartikler. Derfor er det en styrke at jeg har benyttet meg av validerte sjekklister for å vurdere artiklene. Det som ikke følger med sjekklister er hvordan en skal gradere de i henhold til kvalitet etter at sjekklister er utfylt. Jeg har betegnet artiklene som gode på bakgrunn av at de har fått ja på de fleste spørsmål i sjekklister. 1-2 avkryssninger med uklar eller nei har forekommet på noen artikler.

Ved å gjennomgå de 22 artiklene fikk jeg et større innblikk i hvilket perspektiv de hadde og hvilken forskningsmetode som hadde blitt benyttet. 12 artikler ble ekskludert fra litteraturstudien under kvalitetsvurderingen. Ni ble ekskludert på grunn av manglende relevans til problemstillingen og at de manglet helsepersonellperspektivet. Tre ble ekskludert på grunn av kvantitativ forskningsmetode.

Sju av de inkluderte artiklene er kvalitative studier. En er kvantitativ med kvalitative data fra åpne spørsmål og to benytter seg av mixed-method og er altså både kvalitativ og kvantitativ. En styrke for litteraturstudien er at det er kvalitative data som blir oppsummert, da det er sykepleierens erfaringer og oppfatninger jeg er ute etter. Å oppsummere kvalitativ forskning handler om å beskrive og forstå det individuelle og spesielle. En ønsker primært å formidle oppsummert kunnskap om menneskers erfaringer og prosesser. (Malterud 2013).

Sju artikler har et helsepersonell perspektiv. Tre har både helsepersonell-, pårørende,- og pasientperspektivet. Jeg har vært påpasselig med å kun inkludere funn fra helsepersonellperspektivet. En svakhet ved å bruke artikler med flere perspektiver er at det kan ha kommet med funn fra andre perspektiver i resultatdelen i studien.

Alle artiklene har blitt etisk vurdert. Åtte av de inkluderte artiklene er vurdert av etisk komité og to av artiklene har forsker(e) gjort rede for etiske vurderinger og hensyn. Deltagerne har mottatt muntlig eller skriftlig informasjon. Skriftlig, muntlig eller deltagende samtykke har blitt gitt.

### **5.1.3 Analyse**

Å bruke Evan's (2002) firetrinnsmodell for å gjennomføre en systematisk analyse har vært nyttig og en styrke for litteraturstudien. Den har gjort at jeg har greid å forholde meg systematisk i arbeidet med studien. Jeg har hele tiden vært påpasselig med å holde meg på riktig trinn, som jeg anser som en styrke. Ved å gjøre det unngikk jeg å lete ubevisst etter resultater tidlig i prosessen. Ni av artiklene ble systematisk funnet gjennom litteratursøk og videre nummerert. Funnene ble merket med markeringstusj og nummerert med artikkelens nummer og klipt ut. En svakhet kan være at jeg med min for forståelse for temaet kan ha

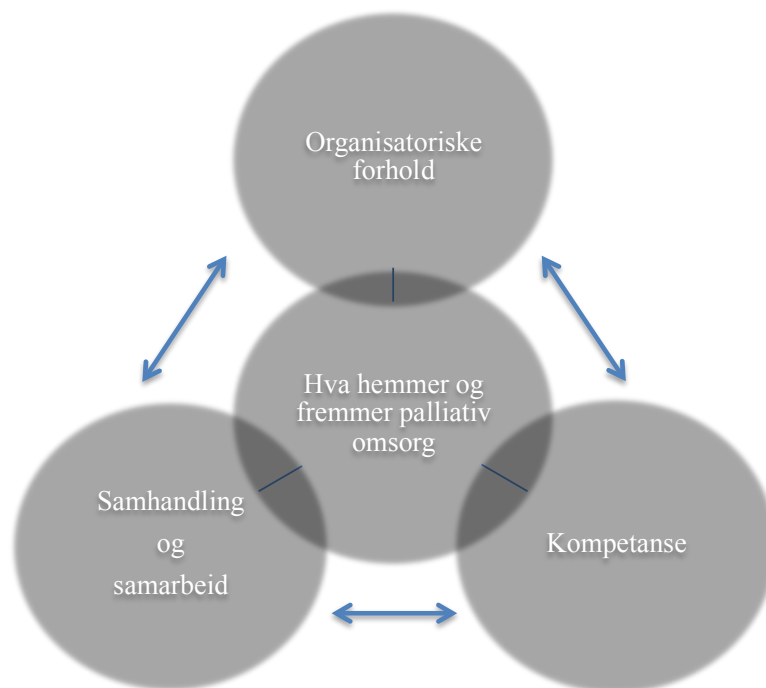


påvirket ordlyden i hovedtemaene. Likeså at jeg har vært alene om å fortolke funnene som å kan være en svakhet ved studien.

Det å skrive en systematisk litteraturstudie er nytt for meg. Jeg ser at ved å ha økt mitt kunnskapsnivå om dette har jeg kunnet kvalitetssikret meg selv i ulike ledd underveis i prosessen. Derfor kan funnen representere det som er sentralt i artiklene.

## 5.2 Resultatdiskusjon

Denne litteraturstudien har tre hovedtemaer; organisatoriske forhold, kompetanse og samhandling og samarbeid. Figuren under skal illustrere hvordan de påvirker utøvelsen av palliativ omsorg, der de alene eller sammen enten fremmer eller hemmer palliativ omsorg.



|  
|  
|  
|

I resultatdiskusjonen vil jeg vise hvordan disse temaene alene eller sammen påvirker utøvelsen av palliativ omsorg, slik helsepersonell i litteraturstudien erfarer at de gjør.

### 5.2.1 Tiden strekker ikke til

Funn i litteraturstudien viser at helsepersonell peker på tidspress som en hemmende faktor i utøvelsen av palliativ omsorg (Gjerberg et al. 2010, Dwyer et al. 2011, Mitchell et al. 2011, Paap et al. 2014). Det å ha tid, få tid og å ha tid til er alle viktige i utøvelsen av palliativ omsorg.

Mangel på bemanning og tidspress er et viktig funn i litteraturstudien og er omtalt i flere artikler (Dwyer et al. 2011, Gjerberg et al. 2010, Kaasalainen et al. 2007, Wickson-Griffiths et al. 2015). Nok bemanning kan i følge disse studiene føre til at helsepersonell får mere tid til å kunne ivareta pårørende og pasienter på en bedre måte i den palliative fasen. En deltager i studien til Mitchell et al. (2011) beskriver at nok bemanning og tid til den døende førte til at pasienten kunne fortsette å være i sitt kjente miljø på sykehjemmet, omgitt av personalet som kjente en.

Et funn som blir presentert i to studier er viktigheten av å ha tid til kommunikasjon. Nok tid til å kommunisere med pasienter og pårørende bidrar i økt ivaretagelse og videre til å heve kvaliteten på palliativ omsorg (Gjerberg et al. 2010, Dwyer et al. 2011).

Kommunikasjon blir fremhevet som et grunnleggende element i palliativ omsorg (Haugen et al. 2006, Helsedirektoratet 2015). I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2013) bør helsetjenesten innrette seg slik at den døende og dens pårørende sine behov blir ivarettatt. Med det mål om at de skal oppleve livets slutfase på en trygg og meningsfull måte. De peker på at flere kommuner har innført inkomstsamtaler som et ledd i å danne grunnlaget for tilpassede tjenester til den enkelte. I min arbeidshverdag er det å ha tid til omfattende. Jeg har ansvaret for å følge opp alvorlig syke og døende mennesker, samt deres pårørende. I en hektisk arbeidshverdag kan det være tøffe prioriteringer som må tas. Inkomstsamtaler og andre oppfølgingssamtaler er ikke øverst på prioriteringslisten, men er anerkjent som viktige. Jeg kan se nytten av informasjonen og relasjonen er får bygd igjennom jevnlig samtaler med pasienter og pårørende. Jeg mener at kommunikasjon som eksempelvis pasient- og pårørendesamtaler bør prioriteres og gis tid til, men ikke på bekostning av tilbudet andre pasienter i avdelingen skal få. Gevinsten av å gjennomføre samtalene kan være stor. Da informasjonen en får og relasjonen en bygger kan være avgjørende når en kommer til den aller siste fasen av livet.

Litteraturstudien har også flere funn på hva mangel av tid fører til. Ulike faktorer som eksempelvis kompetanseutvikling, samhandling og samarbeid som påvirker utøvelsen av palliativ omsorg. Tid til samhandling med pasienter ble trukket frem av flere (Dwyer et al. 2011, Gjerberg et al. 2010, Kaasalainen et al. 2007). I studien til Kaasalainen et al. (2007) beskriver en deltager utfordringer mellom det ideelle og realiteten i samhandling med pasienter. Som deltageren beskriver er ønsket sterkt om å få være der for pasienten og en ønsker ikke å forlate en døende pasient. Det å ha tid til å være der for pasienten er viktig. I studien til Gjerberg et al. (2010) uttaler helsepersonell utfordringen med å måtte forlate en døende pasient på grunn av mangel på bemanning. Det var ikke nok tid til å sett seg ned med pasienten. Studien viser til denne typen etiske og moralske dilemmaet helsepersonell møter i sin utøvelse av palliativ omsorg. Som sykepleier har en gjennom helsepersonell- og pasientrettighetsloven (2001) samt etiske retningslinjer, en plikt til å ivareta pasientens rettigheter. I dette tilfelle er pasientens rett til å slippe å dø alene nedfelt i FN's erklæring om de døendes rettigheter (Bondevik 2008, 146). Som sykepleier på sykehjem kan jeg kjenne meg igjen i de dilemmaene som skisseres av deltagerne i Gjerberg et al. (2010). I en travel arbeidshverdag er det utfordrende å vite hva som er nok ressurser i avdelingen for at en skal ha nok tid til å ivareta pasienter sine rettigheter og behov. Som sykepleier må jeg ha en lojalitet både til mine pasienter, så vel som min arbeidsgiver. Jeg skal utføre mitt arbeid faglig forsvarlig og gi omsorgsfull hjelp, samt unngå unødvendige tap eller utgifter i helseinstitusjonen (Helsepersonelloven, 2001). Dette synes jeg er utfordrende å praksis. Det er ikke alltid greit å forutse hvilket behov pasienter har eller hvilke ressurser en trenger. Med stramme kommunale budsjetter må en ha klare indikasjoner for å leie inn ekstra ressurser, dette stiller krav til helsepersonell sin kompetanse. Mangel på kompetanse, som nok kunnskap og ferdigheter, kan føre til at en som sykepleier ikke vet at pasientens liv går mot slutten (Hockley 2014, Kaasalainen et al. 2007 og 2013, Wickson-Griffiths et al. 2015).

### **5.2.2 Når er noen døende, vet vi det?**

Som det kommer frem i Agenda Kaupang (2012) er dødsårsakene til pasienter i sykehjem ofte noe annet enn kreft. De ulike kroniske lidelsen som er beskrevet er sykdommer som pasientene lever med i årevis. Når er det pasienten nærmer seg livets slutt, greier helsepersonell å oppdage det? Å inneha en økt forståelse og bevissthet om døden er et

viktig funn innenfor kompetanse i omsorgsteamet. Å kunne gjenkjenne tegnene på at livet går mot slutten og se på døden som en naturlig del av livet blir fremmet av helsepersonell i utøvelsen av palliativ omsorg (Cable-Williams og Wilson 2014, Dwyer et al. 2011, Hockley 2014, Kaasalainen et al. 2007). I studien til Dwyer et al. (2011) viser helsepersonell til at opplevelsen av mangel på egen kompetanse gjorde at de ikke meddelte sine observasjoner. Jeg jobber som sykepleier på sykehjem og er godt kjent med den varierende kompetanse blant helsearbeidere en jobber sammen med. Det er alt fra de med liten livserfaring, ingen fagkompetanse til erfarne assistenter og drevne helsefagarbeidere. Jeg opplever at i et godt arbeidsmiljø der vi alle er trygge på hverandre er terskelen for å spørre, snakke sammen og åpne opp for egne mangler bedre enn i mer utrygge omgivelser. I min arbeidshverdag kan jeg være eneste sykepleier på vakt på eksempelvis 16 pasienter eller flere, noen ganger kanskje også så mange som 70, da er jeg helt avhengig av at de jeg jobber sammen med gjør gode observasjoner og formidler de videre til meg. Eksempelvis ble jeg tilkalt på et rom til en døende pasient der de ansatte observerte en endring i respirasjonslyder og mente at pasienten måtte ha mer medisiner. Da jeg kom inn til pasienten var han lagt i ryggleie og kjeven hadde falt ned og bak, som skapte denne lyden som de observerte. Dette hadde de aldri opplevd før og jeg som sykepleier fikk veiledet de i hva dette var. Dette førte ikke til at de ikke kontaktet meg igjen eller tvilte på egen evne til å observere. For det de hadde observert var en endring, men de hadde ikke fagkunnskapen til å omsette dette til noe annet enn en ny lyd. Studien viser at trygghet til hverandre i omsorgsteamet øker kvaliteten på den palliative omsorgen som gis gjennom økt samhandling og samarbeid i omsorgsteamet (Hockley 2014, Wickson-Griffiths et al. 2015). Det å snakke sammen og lære av hverandre synes jeg er interessant. Det er ikke alt en lærer i grunnutdanning og ikke alt en kan lese seg til. Det å få innblikk i andres erfaringer og kunnskaper synes jeg er lærerikt. Refleksjon blir i flere funn i litteraturstudien markert som en god metode for å heve kompetansen ( Hockley 2014, Reitinger og Heimerl 2014, Wickson-Griffiths et al. 2015). I Norge er kompetanseheving innenfor palliasjonsfeltet høyst aktuelt. Melding fra Stortinget peker på at blant annet styrket kunnskap om palliasjon og holdninger hos ansatte er viktig for å gi et godt palliativ tilbud og må styrkes i den kommunale helse- og omsorgssektoren (Helse- og omsorgsdepartementet 2013 og 2015). Hvert eneste menneskets dødsleie er unikt og tid i denne prosessen er umulig å forutsi, men dette mener jeg ikke skal være til hinder for omsorgen som gis. Husebø og Husebø (2005) sier at mangel på erkjennelse av at pasienten er døende er hovedårsaken til mangelfull palliativ omsorg ved livets slutt. Å

kommunisere at en pasient er døende er viktig både for pasienten, pårørende og pleiepersonalet, så en kan endre fokuset fra vanlig pleie til palliativ omsorg.

Som sykepleier mener jeg vi må tørre å snakke mer om døden. Både i omsorgsteamet, med pasient og med pårørende. Mange ganger opplever jeg at helsepersonell vet i lengre tid at en pasient er døende, men dette er ikke formidlet verken til pasienten selv eller pårørende. Hvorfor lar vi dette skje undrer jeg meg? Med meg selv som utgangspunkt vet jeg hvilket kompetanseløft videreutdanningen har gitt meg, økt kunnskapsnivå og gjentatte refleksjoner med medstudenter har gitt meg en økt trygghet på området. Nå våger jeg å møte svarene spørsmålet om døden kan gi. Forskning viser også at dette er tilfelle. Denne litteraturstudien viser at lav selvtillit og utrygghet, samt mangel på kunnskap og kompetanse fører til et dårligere palliativt tilbud til berørte parter (Cable-Williams & Wilson 2014, Dwyer et al. 2011, Hockley 2014, Kassalainen et al. 2007 & 2013, Mitchell et al. 2011, Paap et al. 2014, Wickson-Griffiths et al. 2015).

### **5.2.3 Jeg er her for deg, tror jeg..**

Haugen et al. (2006) beskriver at det er viktig at den enkelte helsearbeider fremmer en palliativ kultur og gjennom dette bidra i å skape trygghet for pasienten og de pårørende. Som sykepleier skal jeg blant annet utøve en helhetlig tilnærming til den alvorlig syke og døende pasient og dens pårørende. Jeg skal gjøre en forutseende planlegging og tilrettelegging med tanke på behov og komplikasjoner som kan komme til å oppstå (Norsk forening for palliativ medisin 2004). I tillegg skal jeg ivareta den døendes rettighet som beskrevet av De forente nasjoner (Bondevik 2008). Funn fra litteraturstudien viser at døende pasienter blir flyttet til andre avdelinger eller innlagt i sykehus, pasienter mottar livsforlengende behandling når de er døende, pasienter dør uten noen tilstede, pårørende vet ikke at pasienten er døende (Dwyer et al. 2011, Gjerberg et al. 2010, Hockley 2014, Mitchell et al. 2011, Kaasalainen et al. 2007 og 2013, Wickson-Griffiths et al. 2015). Dette er erfaringer helsepersonell i de nevnte studiene opplever i utøvelsen av palliativ omsorg. Er dette forenelig med en god palliativ kultur? Nei, er min mening. I min arbeidshverdag opplever jeg mer sjeldent nå enn for noen år siden at døende pasienter blir innlagt i sykehus. Å få pasienter overflyttet fra sykehus og til sykehjem når de er døende skjer oftere, men ikke hyppig. Pasientene mottar palliativ omsorg i den enheten de er i og flytting til annen enhet skjer ofte etter pasientens eget ønske. At pasienter dør uten noen

tilstede forekommer. Min erfaring er da at en har feilvurdert behovet for ressurser og at ingen fastvakt har vært leid inn. Dette har medført at personalet har måttet gå til og fra pasienten og han døde uten noen tilstede. Andre ganger dør pasienter uten noen tilstede av andre årsaker. Mine erfaringer er enten at de døde brått eller at en ikke oppdaget at pasienten var døende. Det at pårørende ikke vet at en av sine nære er døende forekommer. Av min erfaring er dette av ulike årsaker, men det jeg har erfart mest er utydelig kommunikasjon mellom helsepersonell og pårørende. Litteraturstudien viser at gjennom økt kompetansenivå hos helsepersonell skal ivaretagelsen av pårørende bli bedre i utøvelsen av palliativ omsorg. Støtte og veiledning til pårørende er viktig for kvaliteten på omsorgen som gis (Gjerberg et al. 2010, Kaasalainen et al. 2007 og 2013, Mitchell et al. 2011). For meg som sykepleier vil det å inneha en god kompetanse bidra i å ivareta pårørendes behov for informasjon og at de blir møtt på sine bekymringer. Eksempelvis når jeg i praksis hadde en eldre pasient som fikk en lungebetennelse og det ble besluttet å gi antibiotika. Da møtte jeg pårørende med den informasjonen om at vi behandler med mål om at pasienten skal bli frisk. Det er også viktig at jeg var tydelig på at det er ikke sikkert at en blir frisk igjen, det er avgjørende at det negative bildet av pasientens helsetilstand snur. Funnene fra denne litteraturstudien viser at kompetanse, tid, samhandling og samarbeid er viktige elementer i relasjon med pasienter og pårørende når livet nærmer seg slutten. Det er min erfaring også.

Tilbake til overskriften; Jeg er her for deg, tror jeg.. Som sykepleier i sykehjem vil jeg gjerne tro at jeg er der for både pasienter, pårørende og de andre i omsorgsteamet i utøvelsen av palliativ omsorg. Kan en si at en er her for pasientene eksempelvis; om de blir lagt inn i sykehus når de er døende? Mottar unødvendig livsforlengende behandling? Dør uten noen tilstede eller at pårørende ikke vet at pasienten er døende? Jeg vil påstå at jeg prøver ut i fra den kompetansen jeg har og de ressursene som en har til rådighet. Å hver dag jobber jeg for å tilstrebe og oppfylle det Helse- og omsorgsdepartementet (2013) beskriver at helsetjenesten skal gjøre. Hva sykehjemmet jeg jobber på skal gjøre. Vi skal behandle alvorlig syke og døende med verdighet og respekt, de skal få ivaretatt fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle behov. Samt som sykepleier skal en oppfylle sine etiske forpliktelser som en har i yrkesetiske retningslinjer; retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og til ikke å bli krenket.

## **6.0 Konklusjon**

Denne litteraturstudien viser at helsepersonell erfarer organisatoriske forhold, kompetanse, samhandling og samarbeid som viktige elementer i palliativ omsorg. Mangel på tid, ressurser og kompetanse hemmer utøvelsen av palliativ omsorg til pasienter i sykehjem. Det skaper dårlig samhandling og samarbeid med pasient, pårørende og i omsorgsteamet. Totalt gir dette dårlig kvalitet på den palliative omsorgen som utøves. Helsepersonell jobber kontinuerlig med å prøve å utøve god palliativ omsorg til pasienter i sykehjem.

### ***6.1 Implikasjoner for praksis og forslag til videre forskning***

Funnene fra denne studien er fra flere ulike land, men jeg mener det kan godt tenkes at de er representative for palliativ omsorg i Norge. Nasjonale føringer (Helsedirektoratet 2015a, Helse- og omsorgsdepartementet 2013 og 2015) og rapporter (Helsedirektoratet 2015b, Agenda Kaupang 2012) i Norge peker på tiltak og utfordringer i palliativ omsorg som er i tråd med det helsepersonell i denne studien opplever.

Jeg tror videre at det er behov for forskning som kan si noe om hvordan pasient og pårørende opplever kvaliteten på palliativ omsorg i sykehjem.

## Referanseliste

Agenda Kaupang. 2012. *En naturlig avslutning på livet - Mer helhetlig pasientforløp i samhandlingsreformen. Palliativ omsorg, trygghet og valgfrihet*. Rapport 7543.

Bondevik, Margrethe. 2008. Pleie og omsorg ved livets slutt. I: Margareth Bondevik og Harald A. Nygaard (red). *Tverrfaglig geriatri- en innføring*. 2.utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Cable-Williams, Beryl og Donna Wilson. 2014. Awareness of impending death for residents of long-term care facilities. *International journal of older people nursing*, 9(2),169-179.

Dwyer, Lise-Lotte, Görel Hansebo, Birgitta Andershed og Britt-Marie Ternestedt. 2011. Nursing home residents' views on dying and death: nursing home employee's perspective. *International journal of older people nursing*, 6(4), 251-260.

Evans, David. 2002. Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2.vol 20: 22-26.

Gjerberg, Elisabeth, Reidun Førde, Reidar Pedersen og Georg Bolling. 2010. Ethical challenges in the provision of end-of-life care in Norwegian nursing homes. *Social Science & Medicine*, 71, 677-684.

Haugen, Dagny Faksvåg, Marit S. Jordhøy, Per Engstrand, Sten Erik Hessling og Helge Garåsen. 2006. Organisering av palliasjon i og utenfor sykehus. *Tidsskriftet Den Norske Lægeforening*, 3(126): 329–32.

Helsedirektoratet. 2015a. *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. 2015b. *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt – å skape liv til dagene*. Oslo: Helsedirektoratet.



Helse- og omsorgsdepartementet. 2013. *Morgendagens omsorg*. Melding til stortinget 29. Oslo: Departementet.

Helse- og omsorgsdepartementet. 2015. *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Melding til stortinget 26 (2014-2015). Oslo: Departementet.

Helsepersonelloven. 2001. *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra:  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Lastet ned 09.05.16)

Hockley, Jo. 2014. Learning, support and communication for staff in care homes: outcomes of reflective debriefing groups in two care homes to enhance end-of-life care. *International journal of older people nursing*, 9(2), 118-130.

Hovland, Ragnar. 2010. *No er tivoliet over*. I: Nordstoga, Odd. 2010. *November*. Norge: Universal musikk AS

Husebø, Bettina Sandgathe og Stein Husebø. 2005. Sykehjemmene som arena for terminal omsorg - hvordan gjør vi det i praksis? *Tidsskriftet Den Norske Lægeforening*, 10 (125), 1352-1354.

Høgskolen i Molde, avdeling for helse- og sosialfag. 2013. *Fordypningsoppgave-videreutdanning i omsorg ved alvorlig sykdom og død*. Molde: Høgskolen i Molde.

Kaasa, Stein. (red) 2008. *Palliasjon*. Oslo. Gyldendal akademiske.

Kaasalainen, Sharon, Kevin Brazil, Jenny Ploeg og Lori Schindel Martin. 2007. Nurses' perceptions around providing palliative care for long-term care residents with dementia. *Journal of palliativ care*, 23:3, 173-180.

Kaasalainen, Sharon, Jenny Ploeg, Carrie McAiney, Lori Schindel Martin, Faith Donald, Ruth Martin-Misener, Kevin Brazil, Alan Taniguchi, Abigail Wickson-Griffiths, Nancy Carter og Esther Sangster-Gormley. 2013. Role of the nurse practitioner in providing palliative care in long-term care homes. *International journal of palliative nursing*, 19(10), 477-85.

Malterud, Kirsti. 2013. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget

Mitchell, Geoffrey, Caroline Nicholson, Keith McDonald og Anne Bucetti. 2011. Enhancing palliative care in rural Australia: the residential aged care setting. *Australian journal of primary health*, 17 (1), 95-101.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2014). Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartiklar> (Lastet ned: 10.03.16).

Norsk forening for palliativ medisin. 2004. *Standard for palliasjon*.

Norsk legemiddelhandbok. 2016. *T21 Palliativ behandling*. Tilgjengelig fra: <http://legemiddelhandboka.no/terapi/23416?expand=1> (Lastet ned: 12.01.16)

Norsk Sykepleierforbund. 2011. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

Norsk senter for forskningsdata. *Database for statistikk om høgre utdanning*. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringsskanaler/Forside> (Lastet ned: 22.03.16).

Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graveholt, Liv Merete Reinar. 2007. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleier forbund.

Paap, Jasper van Riet, Myrra Vernooij-Dassen, Frederike Brouwer, Franka Meiland, Steve Illiffe, Nathan Davies, Wojciech Leppert, Birgit Jaspers, Elena Mariani, Ragni Sommerbakk, Kris Vissers og Yvonne Engels. 2014. Improving the organization of palliative care: identification of barriers and facilitators in five European countries. *Implementation science*, 9:130.

Pasientrettighetsloven. 2001. Lov om pasientrettigheter. Tilgjengelig fra:  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Lastet ned: 09.05.16)

Reitinger, Elisabeth, Katharina Heimerl. 2014. Ethics and gender issues in palliative care in nursing homes: an Austrian participatory research project. *International journal of older people nursing*, 9(2), 131-139.

Statistisk sentralbyrå. 2012. Dødsfall. Etter dødssted. Tilgjengelig fra:  
<https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectvarval/Define.asp?subjectcode=&ProductId=&MainTable=Dodssted&nvl=&PLanguage=0&nyTmpVar=true&CMSSubjectArea=&KortNavnWeb=dodsarsak&StatVariant=&checked=true> (Lastet ned: 06.05.16)

Wickson-Griffiths, Abigail, Sharon Kaasalainen, Kevin Brazil, Carrie McAiney, Diane Crawshaw, Mickey Turner og Mary Lou Kelly. 2015. Comfort care rounds: A staff capacity-building initiative in long-term care homes. *Journal of gerontological nursing*, 41(1), 42-48.

## **Vedlegg**

Vedlegg 1: PIO-skjema

Vedlegg 2: Oversiktstabell søkehistorikk

Vedlegg 3: Oversiktstabell inkludert artikler i analysen

Vedlegg 1: PIO-skjema

P (Patient/Population)		I (Intervention)	O (Outcome)
norsk	pallia* sykehjem	Sykepleie*	Hemme* Fremme*
engelsk	Palliat* Nursing homes Homes for the aged Retirement home	Nurs*	Restrict* Hamper* Check* Restain* Limit* Reduce*  Facilitate Promot* Encourage* Further* Advance* Enhance*

Vedlegg 2: Oversiktstabell søkehistorikk

#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	Exp Pallativ Care/ or palliati*.mp.	22.11.2015	Ovid Medline	66766	0	0	0
2	Nursing homes.mp. or exp Nursing Homes	”	”	36203	0	0	0
3	Homes for the aged.mp. or Homes for the Aged	”	”	11842	0	0	0
4	Retirement home.mp.	”	”	88	0	0	0
5	2 or 3 or 4	”	”	40627	0	0	0
6	1 and 5	”	”	711	0	0	0
7	Limit 6 to yr=*2005-current*	”	”	495	0	0	0
8	Limit 7 to (danish or english or norwegian or swedish)	”	”	428	0	0	0
9	Nurs*.mp. or exp Nurse's Role/ or exp Nursing	”	”	574108	0	0	0
10	8 and 9	”	”	416	37	5	4
11	Restrict* or hamper* or check* or restrain* or limit* or reduce* mp. (mp=title, abstract, orginal title, name of substance word, subject heading word, keyword heading word, protocol supplementary concept word, rare disease supple,emetary concept word, unicie indentifier)	”	”	2827167	0	0	0
12	10 and 11	”	”	79	29	10	8 (7 orginalartikler

							og 1 review)
13	Facilitate* or promot* or encourage* or further* or advance*.mp. (mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, keyword heading word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier)	”	”	2869481	0	0	0
14	10 and 13	”	”	166	53	24 (6 dubletter fra pkt 12)	<b>11</b> (+ 5 dubletter fra pkt 12) (10 originalartikler og 1 review)
#							
	Manuelt søk	18.11.2015	Oria				
1	Pallia* Nursing home Norway	”	”	-	2	2	<b>1</b>
	Totalt					35 (+ 6 dubletter)	<b>24</b> (5 dubletter)

Vedlegg 3: Oversiktstabell inkludert artikler i analysen

#	Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/ måleinstru- ment	Deltakere	Hovedfunn	Etisk vurdering	Kvali- tet
1	Paap, Jasper van Riet, Myrra Vernooij-Dassen, Frederike Brouwer, Franka Meiland, Steve Iliffe, Nathan Davies, Wojciech Leppert, Birgit Jaspers, Elena Mariani, Ragni Sommerbakk, Kris Vissers og Yvonne Engels. 2014. England, Tyskland, Italia, Norge og Nederland. <i>Implementation science</i> , 9:130.	Improving the organization of palliative care: identification of barriers and facilitators in five European countries	Var å identifisere barrierer for, og tilrettelegging av, forbedringer i organiseringen av palliativ omsorg i fem Europeiske land (England, Tyskland, Italia, Norge og Nederland).	Kvalitativ metode.  Semi-strukturerte intervju og fokusgruppe intervju.	Leger, sykepleiere, sosialarbeidere, psykologer og ledere i både sykehus, sykehjem, hospice og andre helseinstitusjoner.  Totalt 40 ble intervjuet og 59 deltok i 10 fokusgrupper.  Helsepersonell-perspektiv.	Hemmende og fremmede faktorer ble organisert i 5 hovedtema, 16 undertema. <u>1. Innovasjon</u> - Tilgjengelighet til forbedringsstrategier - Attraktivitet til forbedringsstrategier - Nytt av endring <u>2. Individuelt faglig nivå</u> - Profesjonelle ferdigheter - Holdninger til fagfolk - Kunnskap - Bevissthet om palliativ omsorg <u>3. Gruppedynamikk</u> - Arbeidsmiljø - Nettverk - Faglig veiledning <u>4. Organisatorisk sammenheng</u> - Organisatoriske strukturer - Organisatoriske prosesser - Bemanning - Tid <u>5. Økonomisk og politisk sammenhenger</u> - Økonomiske ordninger - Reguleringer	Er etisk vurdert av ”The medical Ethics committee of the district Arnhem-Nijmegen” til at studien kan gjennomføres uten en etisk godkjenning.  Skriftlig og muntlig samtykke fra deltagerne er innhentet.	Nivå 1



2	Gjerberg, Elisabeth, Reidun Førde, Reidar Pedersen og Georg Bolling. 2010. Norge. <i>Social Science &amp; Medicine</i> , 71, 677-684	Ethical challenges in the provision of end-of-life care in Norwegian nursing homes	Å undersøke forekomsten av, og hvilke former for etiske utfordringer ansatte ved sykehjem opplever i utøvelsen av omsorg ved livets slutt.  Studien vil ønske å belyse hva de ansatte mener er etiske utfordringer og hva de tror kan hjelpe dem med å møte etiske utfordringer.	Kvantitativ metode.  Inneholder kvalitative data.  Survey.  Spørreskjema, to runder.  Analysen i artikkelen er basert på 2.runde.	Sykehjem i Norge; avdelingsledere, sykepleiere, hjelpepleier, spesialsykepleier.  664 deltagere fra minst 364 sykehjem (60 av 664 hadde glemt å fylle ut navnet på sykehjemmet).  Helsepersonell-perspektiv.	De etiske utfordringene som ble rapportert hyppigst var; - Omsorgssvikt på grunn av manglende ressurser. - Brudd på pasientens autonomi og integritet. - Utfordringer i forholdet mellom pårørende og de ansatte  De ansatte ønsket mer tid til å reflektere over etiske dilemmaer og så på dette som et viktig tiltak for å kunne forbedre sine ferdigheter i å håndtere etiske utfordringer. I tillegg ble det vektlagt av mer enn halvparten av deltageren, at mulighetene for å hatt tilgang på en person med etisk kompetanse hadde vært nyttig.	Er redegjort av forskere hvorfor den ikke må være etisk godkjent	Nivå 2
3	Kaasalainen, Sharon, Kevin Brazil, Jenny Ploeg og Lori Schindel Martin. 2007. Canada. <i>Journal of palliativ care</i> , 23:3, 173-180	Nurses' perceptions around providing palliative care for long-term care residents with dementia	Denne studien ville undersøke sykepleiernes oppfatning av å gi palliativ omsorg for beboere i sykehjem, med særlig vekt på beboere med demens.	Kvalitativ metode.  Beskrivende design.  Fokusgruppeintervju.	3 fokusgruppeintervju med 34 deltagere. Kvinnelige helsearbeidere.  Helsepersonell-perspektiv.	Et overordnet tema diskutert blant deltagerne var hvordan fremme en god død for pasienter uavhengig om de var demente eller ikke. Å oppnå en god død var det overordnede målet, men for å kunne greie det var en avhengig av å møte krav fra tre ulike grupper; Pasienten, pårørende og helsepersonell. Utfordringer som begrensede ressurser, omgivelser, kunnskap er funn studien har som påvirker hvordan helsepersonell kan skape en god død.	Etisk godkjent av university-based etichs review board og deltagende sykehjem.	Nivå 1

4	Dwyer, Lise-Lotte, Görel Hansebo, Birgitta Andershed og Britt-Marie Ternstedt. 2011. Sverige. <i>International journal of older people nursing</i> , 6(4), 251-260	Nursing home residents' views on dying and death: nursing home employee's perspective	Å avsløre ansatte i sykehjem sitt syn på døende og døden, til eldre mennesker de ga omsorg til.	Kvalitativ metode.  Fokusgruppe intervju.	16 helsearbeidere og 4 sykepleiere. 16 kvinner og 4 menn.  Helsepersonell-perspektiv.	5 hovedtema ble funnet når det gjaldt ansattes syn på døende og døden. 1. Lindre lidelse og smerte 2. Finne mening i hverdagen 3. Avsløre tanker og holdninger om døden 4. Omsorg for den døde kropp 5. Takle det som oppfattes som gapet mellom personlige idealer av verdig omsorg ved livets slutt og det som kan tilbys i virkeligheten	Etisk godkjent av lokal komité. Deltagerne informert.	Nivå 1
5	Cable-Williams, Beryl og Donna Wilson. 2014. Canada. <i>International journal of older people nursing</i> , 9(2), 169-179	Awareness of impending death for residents of long-term care facilities	Var å utforske bevissthet om forestående død for eldre mennesker i sykehjem/langtidspleie.	Mixed-methods. Kvantitative og kvalitative data. Fra pasientjournal, semistrukturerte - og fokusgruppe intervju	3 sykehjem/langtidspleie fasiliteter. 50 semistrukturerte-intervjuer. 1 fokusgruppe-intervju.  Helsepersonell-, pasient- og pårørendeperspektiv	Generalisert bevissthet ble karakterisert ved en forståelse av menneskelig dødelighet og en forståelse av at en eldre person er nær enden av forventet levetid. Omsorgsrutiner og ressursbruk ble ikke påvirket av denne tidlige bevissthet om forestående død. Klinisk bevissthet om forestående død ble senere bekreftet når helsetilstanden ble endret og antydte at døden var sannsynligvis i løpet av noen timer eller dager . Omsorg endret vesentlig naturlig til palliativomsorg.  Studien viser at bevisstheten om forestående død ble identifisert i to-trinns bevissthet, først generalisert og deretter klinisk bevissthet.	Godkjent av "University of Alberta Human Research Ethics Board" og av administrativt godkjent av deltagende sykehjem.	Nivå 1

6	Mitchell, Geoffrey, Caroline Nicholson, Keith McDonald og Anne Bucetti. 2011. Australia. <i>Australian journal of primary health</i> , 17 (1), 95-101	Enhancing palliative care in rural Australia: the residential aged care setting.	Målet med denne studien var å vurdere behovet for og kvaliteten på palliativ omsorg gitt til beboere i sykehjem/ boliger for eldre. Samt i identifisere behovet til helsepersonell for å kunne gi palliativ omsorg av kvalitet.	Mixed methods. Tverrsnittstudie. Survey. Fokusgruppe intervju	16 sykehjem. 28 helsearbeidere, 27 pårørende og 723 pasientjournaler. Helsepersonell- og pårørende perspektiv.	Palliativ omsorg er hemmet av bemanningsmangel, med for lav sykepleierbemanning og begrenset tilgang til allmennlege, samt kommunikasjonsproblemer med leger. De fleste pårørende var fornøyd med omsorgen. Palliativ plan ble benyttet hos terminale pasienter, da manglende ønske om å snakke om temaet forsinket planleggingen. Helsepersonell ved institusjonene ser ut til å delta tilstrekkelig i den palliative omsorgen. Økt utdanning/kunnskap og implementering av palliativ plan vil fremme palliativ omsorg.	Godkjent av etisk komité "University of Queensland".	Nivå 1
7	Wickson-Griffiths, Abigail, Sharon Kaasalainen, Kevin Brazil, Carrie McAiney, Diane Crawshaw, Mickey Turner og Mary Lou Kelly. 2015. Canada. <i>Journal of gerontological nursing</i> , 41(1), 42-48	Comfort care rounds: A staff capacity-building initiative in long-term care homes	Å evaluere om refleksjonsgrupper kan være en strategi for å adressere behovet for opplæring og støtte i palliativ omsorg, for ufaglært personell som jobber i sykehjem eller tilsvarende.	Kvalitativ metode. Beskrivende design. Semistrukturerte intervju. Individuelle- og fokusgruppeintervju.	2 sykehjem. 40 deltagere. Sykepleiere (18), annet ufaglært helsepersonell (12), medlemmer av tverrfaglig team og administrasjon og frivillige (10). Helsepersonell-perspektiv.	Refleksjonsgrupper er en strategi for å øke kompetansenivået til personalet og frivillige ved sykehjem for å sørge for god kvalitet på den palliative omsorgen som gis til pasienter og deres familier. Refleksjonsgrupper er et forum for praksisrelatert refleksjon som øker kunnskapsnivået og skaper diskusjoner, samt muligheter for å søke støtte. Deltagerne identifiserte årsaker som kan fremme og hemme implementering av refleksjonsgrupper i praksis, samt hva som hadde vært resultatet av deltagelsen og forslag til forbedringer.	Etisk godkjent. Skriftlig samtykke fra alle deltagere.	Nivå 1

8	Reitinger, Elisabeth, Katharina Heimerl. 2014. Østerrike. <i>International journal of older people nursing</i> , 9(2), 131-139.	Ethics and gender issues in palliative care in nursing homes: an Austrian participatory research project	Å belyse innsikten i etiske problemer og relasjoner, basert på erfaringen til ansatte i sykehjem.	Kvalitativ metode. Aksjonsforskning. Fokusgruppeintervju. Spørreskjema.	3 sykehjem. 35 helsepersonell (27 kvinner og 8 menn). Helsepersonellperspektiv.	36 historier fra fokusgruppene og spørreskjemaene ble samlet. De ble kategorisert i 8 tema som viser den teoretiske reisen for pasienter og pårørende fra innkomst ved sykehjem og til død. Temaene er: å flytte inn på sykehjem, å løpe vekk, personlig hygiene, konflikt med pårørende, overflytting til sykehus, sulte eller tørste i hjel, å dø med demens, sorg. Disse temaene er alle overskrifter på ulike etiske utfordringer som ble identifisert.	Etiske overveielser er tatt. Alle deltagerne ga informerte samtykke.	Nivå 1
9	Hockley, Jo. 2014. Storbritannia. <i>International journal of older people nursing</i> , 9(2), 118-130	Learning, support and communication for staff in care homes: outcomes of reflective debriefing groups in two care homes to enhance end-of-life care	Å utvikle strategier for å øke kvaliteten på palliativ omsorg i sykehjem.	Kvalitativ metode. Aksjonsforskning. Fokusgruppeintervju/refleksjon.	2 sykehjem, 34 deltagere. Helsepersonellperspektiv.	10 refleksjonsgrupper ble gjennomført. Tre ulike metoder for læring ble identifisert. 1. Individuell læring og økt kunnskap gjennom ”å bli lært”. 2. Felles forståelse for palliativ omsorg ”utvikle forståelse”. 3. Kritisk tenkning ”utfordre dagens praksis i palliativ omsorg”.	Ikke påkrevd, men er etisk godkjent av ”South East Scotland Research Ethics Committee”	Nivå 1
10	Kaasalainen, Sharon, Jenny Ploeg, Carrie McAiney, Lori Schindel Martin, Faith Donald, Ruth Martin-Misener, Kevin Brazil, Alan	Role of the nurse practitioner in providing palliative care in long-term care homes	Var å undersøke spesialsykepleierens rolle i å gi palliativ omsorg i sykehjem	Kvalitativ metode. Beskrivende design. Fokusgruppe- og individuelle intervju.	35 fokusgrupper og 25 individuelle intervju. Totalt 143 deltagere: 14 beboere, 21 familiemedlemmer, 9 leger, 24 sykepleiere (nurse practitioner or	Studien viser til ulike hovedelementer i spesialsykepleierens rolle i utøvelsen av palliativ omsorg. <u>Å gi omsorg til beboere med komplekse problemer, og deres pårørende.</u> -Å administrere pasientens komorbiditet -Administrere pasientens smerter	Etisk godkjent av 6 universitet, samt andre nødvendige regionale og lokale instanser.	Nivå 1

	<p>Taniguchi, Abigail Wickson-Griffiths, Nancy Carter og Esther Sangster-Gormley. 2013. Canada. <i>International journal of palliative nursing</i>, 19(10), 477-85</p>				<p>licensed nurse), 15 ufaglærte, 19 managers, 10 registrerte sykepleieledere eller ledere og 31 andre helsearbeidere deltok.</p> <p>Helsepersonell-, pasient- og pårørendeperspekt iv.</p>	<p>-Kunnskap- og vurderingsferdigheter -Hjelpe familien</p> <p><u>Sykepleierens rolle etter død</u></p> <p><u>Å jobbe med annet helsepersonell</u> -Å gi støtte til andre ansatte</p> <p><u>Å jobbe i organisasjonen/systemet</u></p>		
--	--	--	--	--	---	---	--	--