



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Sykepleie til pasienter i den palliative fasen/
Nursing care of patients in the palliative phase**

Karoline Lundås og Kamilla Sørensen Gammelsæter

Totalt antall sider inkludert forsiden: 65

Molde, 01.04.2017



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">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<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. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Hege Hol

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.

Opgaver 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: 01.04.17

Antall ord: 10899

*Jeg var der da hånden din skalv
Jeg var der da du var frossen og kald
Jeg var der da de kom tilbake*

*Jeg så deg da tårene rant
Jeg så deg når håpet forsvant
Jeg så deg når du hadde det vondt
Jeg så deg da du bekjempet alt ondt*

*Jeg følte det når du kom til liv
Jeg følte det da du mistet giv
Jeg følte det da jeg strøk på deg
Jeg følte det da du dro din vei*

*Jeg var der
Jeg så deg
Jeg følte deg*

(Cecilie Frilseth Hoenvoll, 2013)

Sammendrag

Bakgrunn: I 2015 døde 40.727 mennesker i Norge, og palliasjon er et økende fokusområde. Med den kommende eldrebølgen og økende antall alvorlig syke vil flere sykepleiere møte på pasienter med behov for palliativ pleie. Ved ivaretagelse av pasienter i den palliative fasen møter sykepleiere flere utfordringer. Derfor er det viktig at sykepleiere stiller godt forberedt.

Hensikt: Hensikten med studien var å belyse sykepleieres erfaringer i å ivareta pasienter i den palliative fasen.

Metode: Litteraturstudie basert på 12 kvalitative forskningsartikler.

Resultat: Sykepleierne erfarte emosjonelle reaksjoner ved ivaretagelsen. Følelsene varierte fra glede til sorg. De opplevde mangel på kompetanse og var usikre i å utøve palliativ pleie. God kommunikasjon og samhandling var utfordrende. Sykepleierne erfarte praktiske utfordringer i sykehusmiljøet. Å være en god støtte var viktige oppgaver.

Konklusjon: Opplæring, veiledning og gode retningslinjer var viktig for å heve kompetansenivået blant sykepleierne. Et tilrettelagt sykehusmiljø skapte nærhet og trygghet for alle involverte. God kommunikasjon og samhandling i helseteamet bidro til at sykepleierne klarte å gi effektiv og helhetlig pleie. Refleksjon var til god hjelp for å bearbeide tanker og følelser og utvikle seg til å bli en god sykepleier.

Nøkkelord: Sykepleiere, pasienter, palliasjon, sykehus, erfaringer

Abstract

Background: In 2015, 40 727 people died in Norway, and palliative care is an area of increased focus. With a continuing increase in aging population and increasing numbers of seriously ill, more nurses will meet patients in need of palliative care. Nurses are faced with several different challenges when it comes to caretaking of palliative patients, and it is therefore important that nurses are well prepared.

Purpose: The purpose of the study was to illuminate the experiences of nurses caring for patients in the palliative stage.

Method: Literature study based on 12 qualitative research articles.

Result: Nurses experienced caring for palliative patients as emotionally challenging, and feelings ranged from happiness to sorrow. They experienced a lack of competence and were unsure when practicing palliative care. Good communication and interaction were challenging. Nurses experienced practical challenges in the hospital environment. They experienced the importance of being supportive.

Conclusion: Training, guidance and adequate guidelines were important in order to raise the levels of competence among nurses. A facilitated environment created a sense of closeness and safety for all those involved. Communication and interaction within the health team contributed to nurses being able to offer effective and full caretaking. Reflection helped nurses deal with thoughts and feelings, while developing to become an accomplished nurse.

Key words: nurses, patients, palliative care, hospital, experiences

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Hensikt og problemstilling	2
2.0	Teoribakgrunn.....	3
2.1	Palliativ fase	3
2.1.1	Palliasjon i sykehus	3
2.2	Sykepleieres kompetansenivå innen palliasjon	4
2.3	Sykepleieres møte med palliative pasienter	5
2.4	Kommunikasjon	5
3.0	Metode	7
3.1	Inklusjons og eksklusjonskriterier.....	7
3.2	PIO- skjema	8
3.3	Søkestrategi	8
3.4	Kvalitetsvurdering	9
3.5	Etiske hensyn.....	9
3.6	Analyse	10
4.0	Resultat.....	12
4.1	Manglende kompetanse	13
4.2	Kommunikasjon og samhandling	14
4.3	Sykehusmiljøets betydning.....	15
4.4	Å være en god støtte	17
4.5	Sykepleieres emosjonelle reaksjoner.....	18
5.0	Diskusjon	21
5.1	Metodediskusjon.....	21
5.1.1	Inklusjons og eksklusjonskriterier.....	21
5.1.2	Søkestrategi	22
5.1.3	Kvalitetsvurdering og etiske hensyn	22
5.1.4	Analyse	23
5.2	Resultatdiskusjon.....	24
5.2.1	Kompetanse skaper trygghet	24
5.2.2	Konsekvenser av mangelfull kommunikasjon og samhandling	26
5.2.3	Betydningen av sykehusmiljøet.....	28

5.2.4	Sykepleieres erfaringer av å være en god støtte	30
5.2.5	Å mestre emosjonelle utfordringer	32
6.0	Konklusjon	34
6.1	Konsekvenser for praksis	34
6.2	Forslag til videre forskning	34
	Litteraturliste.....	36

Vedlegg 1: PIO- skjema

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Vedlegg 3: Oversikt over inkluderte artikler

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det har skjedd store endringer innenfor palliasjon de siste 20-30 årene både ute i verden og i Norge, og det er et stadig større fokusområde. Som følge av utviklingen er det blitt økt fokus og behov for palliativ behandling og kompetanse (Kaasa og Loge 2016). I løpet av de siste 30 årene har den forventede levealderen i Norge økt med 8 år for menn og 5 år for kvinner, og den forventede levealder fortsetter å øke (Statistisk Sentralbyrå 2015).

Ettersom befolkningen eldes øker også forekomsten av alvorlige syke. Vi har derfor valgt å utforske sykepleieres erfaringer med å ivareta pasienter i den palliative fasen, da dette er en pasientgruppe vi sannsynligvis kommer til å møte som fremtidige sykepleiere.

I 2015 døde 40727 mennesker i Norge. Fra 1987 og til 2012 har prosentnivået på antall døde i sykehus gått ned fra 46,2 % til 32,5 %. Det legges stadig vekt på å unngå unødige sykehusinnleggelser og overbehandling i livets slutfase (Statistisk Sentralbyrå 2015). Vi har derfor valgt å se nærmere på palliativ pleie og omsorg som blir utøvd på sykehus, hvor det er mindre tilrettelagt for palliative pasientforløp.

Nyere forskning fra norsk praksis viser at sykepleiere opplever innføring av kvalitetsforbedringer innen palliativ pleie som utfordrende. De synes det er viktig at endringene samsvarer med egen filosofi vedrørende omsorgen (Sommerbakk et al. 2016). Vi har selv opplevd at sykepleiere står ovenfor flere utfordringer ved ivaretagelsen av palliative pasienter. Derfor ønsker vi å se nærmere på erfaringene sykepleiere gjør seg i den palliative fasen. Ved å belyse temaet håper vi å øke egen kunnskap innen palliativ pleie og overføre kunnskapen til andre sykepleiere. Samtidig ønsker vi å stille bedre forberedt i møte med palliative pasienter og yte god sykepleie.

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvordan sykepleiere erfarer å ivareta pasienter i den palliative fasen. Studiens problemstilling er formulert:

Hvilke erfaringer har sykepleiere med å ivareta pasienter i den palliative fasen i sykehus?

2.0 Teoribakgrunn

2.1 Palliativ fase

Den palliative fasen er når pasienten ikke lenger har nytte av helbredende behandling og målet endres mot lindrende behandling og best mulig livskvalitet. Den palliative fasen starter når pasientens forventede levetid er kortere enn 9-12 måneder og avsluttes når pasienten dør (Lorentsen og Grov 2016).

European Association for Palliative Care definerer palliativ omsorg som:

Aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerte og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykisk, 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 eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet (Mathisen 2016, 412).

Uttrykket palliative care brukes om det faglige feltet som sin helhet. Det finnes ingen god norsk oversetting av ordet care, men det omfatter både behandling, pleie og omsorg (Kaasa og Loge 2016). Målet er å ivareta pasientens livskvalitet og verdighet, samt lytte til pasientens og pårørendes ønsker og behov (Grov 2014). Når pasienten har kommet til det stadiet der den ikke lenger klarer å uttrykke seg, er det viktig at det er utarbeidet en videre behandlingsplan og at sykepleiere er flinke til å observere kroppsspråket til pasienten (Mathisen 2016).

2.1.1 Palliasjon i sykehus

De fleste pasienter i palliativ fase har behov for ett eller flere sykehusopphold, og flere tilbringer mye tid på sykehus. Omtrent 33 % av alle dødsfall i Norge skjer i sykehus. De fleste av disse skjer på vanlige kliniske akuttavdelinger (Haugen og Aass 2016).

Tradisjonelt blir sykehus sett på som et sted der pasienter skal bli friske med fokus på det kurative. Det betyr mindre fokus på palliativ behandling. Spesielt i intensivavdelinger ser en utfordringer knyttet til den palliative fasen da det fra gammelt av er mest fokus på overlevelse i slike avdelinger (Paulsen, Haugstøl og Rosland 2016). På alle norske sykehus

skal palliative team være tilgjengelig. Palliative team er tverrfaglige behandlingsteam som har bred kompetanse innenfor palliativ behandling. De er en ressurs for sykehusavdelinger som ikke er så godt vant til den palliative settingen og bistår i vurderinger, gir råd og veiledning om palliative problemstillinger (Haugen og Aass 2016).

2.2 Sykepleieres kompetansenivå innen palliasjon

I den palliative fasen er de helserelevante behovene og symptomene komplekse og sammensatte, som kan gjøre iverksetting av tiltak utfordrende. Symptomlindring rettet mot fysiske behov står sentralt i behandlingen. Symptomlindring også rettet mot eksistensielle bekymringer og plager står sentralt (Kalfoss 2016). Palliasjon er et fag i utvikling, og for å kunne gi optimal pleie og behandling er det en forutsetning at sykepleiere har den nødvendige og faglige kompetansen. Kompetanse omfatter kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som kan bidra til å løse problemer eller utføre arbeidsoppgaver (Helsedirektoratet 2015). Kompetanse er ikke noe en har, men noe som viser seg i virkelige og konkrete situasjoner (Kristoffersen 2016). I følge Helsedirektoratets retningslinjer innenfor palliasjon skal sykepleiere forstå, ha erfaringskunnskap og handlingskompetanse om palliasjon. Det omfatter smerte og symptomlindrende behandling, systematisk symptomkartlegging, observasjon og evaluering, kommunikasjon, sykepleiers rolle i tverrfaglig samarbeid og ivaretagelse av pasienter og deres pårørende. Sykepleiere må selv aktivt tilegne seg ny kunnskap og sørge for at praksis er faglig forsvarlig. Ledere har ansvar for å skape rom for fagutvikling og etisk refleksjon samt bruke yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleieforbund 2011).

Refleksjon over praksis kan bidra til at den enkelte sykepleier utvikler en personlig og praktisk yrkesteorier (Helsedirektoratet 2015). Refleksjon betyr ettertanke, overveielse eller å bevisstgjøre. Refleksjon er naturlig og gjøres ved å tenke over handlinger etter de er utført. Det er en stor forskjell på å reflektere med seg selv eller dele refleksjonen med andre. Ved å dele refleksjon med andre kan vi «klatre på hverandres tanker». Dette innebærer å anerkjenne både egne og andres tanker og gi en tydelig og ærlig respons. Refleksjonsarbeid bør foregå til faste tider, gjerne i grupper med en ekstern leder (Aakre 2012). Ettersom sykepleiere får flere ansvarsområder øker også behovet for refleksjonsgrupper. Sykepleiere må være bevisst på sine mål og handlinger og vite hva de

står for. Refleksjonsgrupper blir erfart som både ivaretagende og inspirerende (Tennøe 2015).

Erfaringsbasert kunnskap er sentralt i sykepleien og erverves gjennom å praktisere. Det er kunnskap som utvikles gjennom refleksive prosesser der praktikere lærer fra erfaring. Slik kunnskap kan betegnes som skjønn, taus kunnskap, intuisjon eller klinisk blikk. Hvordan en utvikler seg fra en Novise til en ekspert er ett eget forskningsfelt. Noviser uten praksiserfaring kan ha problemer med å organisere sin kunnskap og gjenkjenne detaljer og mønstre i situasjoner (Nortvedt et al. 2012).

2.3 Sykepleieres møte med palliative pasienter

Sykepleiere møter flere utfordringer ved ivaretagelsen av palliative pasienter. Å være bevisst på hva dette innebærer og hvilke personlige og faglige utfordringer en møter er viktig (Mathisen 2016). Å arbeide med palliative pasienter krever faglig dyktighet, vilje og evne til å gi av seg selv. Det er individuelt den enkelte opplever i situasjoner, men sykepleiere som daglig står overfor døende pasienter og som ikke får bearbeidet egne tanker, meninger, følelser og reaksjoner kan med tiden bli utmattet. Sykepleiere veksler mellom ha et sterkt følelsesmessig engasjement til å ha et svakere engasjement. God støtte og omsorg fra kolleger og ledere er viktig for å bearbeide egen dødsangst og sorg, samt opprettholde en positiv og håpefull innstilling til liv og død (Kalfoss 2016).

2.4 Kommunikasjon

Kommunikasjonen sykepleier anvender er et arbeidsverktøy som skal være hjelpende og pasientrettet. Kommunikasjon danner grunnlaget for relasjonen mellom sykepleier og pasient i den palliative fasen, og avgjør hvor nær sykepleier kommer pasienten (Lorentsen og Grov 2016). For å bidra til best mulig livskvalitet for pasienten, er det viktig at sykepleier har gode kommunikasjonsferdigheter. Livskvalitet er subjektivt og kan kun kartlegges gjennom god kommunikasjon (Helsedirektoratet 2015).

God kommunikasjon innebærer å informere, lytte og bevitne lidelse. Aktiv lytting blir sett på som den viktigste og mest grunnleggende faktoren for profesjonell hjelpende kommunikasjon. Det inkluderer både verbal og nonverbal kommunikasjon. Verbal kommunikasjon innebærer evnen til å stille spørsmål, bruke pauser, sammenfatte,

oppmuntre og speile følelser. Nonverbal kommunikasjon innebærer øyekontakt, håndbevegelse, berøring og stillhet. Gjennom samtaler har kroppsspråk og ansiktsuttrykk stor betydning (Eide og Eide 2012).

3.0 Metode

En litteraturstudie med systematiske søk går ut på å tydelig formulere et spørsmål som skal besvares gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg og Wengström 2013). Metoden skal fremkomme på en tydelig måte gjennom datainnsamling, kvalitetsvurdering, etiske overveielser og analyse slik at undersøkelsen skal kunne gjentas av andre (Michaelsen og Mundal 2016). Vi har satt opp inklusjons og eksklusjonskriterier for å spesifisere vårt databasesøk og for å finne relevante artikler.

3.1 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Inklusjon:

- Pasienter i palliativ fase
- Sykepleieperspektiv
- Kvalitative artikler
- Sykehus
- Artikler fra 2011 til 2016
- Språket må være på norsk, engelsk, dansk eller svensk
- Artikler fra USA, Europa, Canada og Australia
- Fagfelleverderte artikler

Eksklusjon:

- Leger og annet helsepersonell
- Pasientperspektiv
- Pårørendeperspektiv
- Sykepleie til barn under 18 år

Begrunnelse for inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi valgte et sykepleieperspektiv da vi ønsket å utforske sykepleieres erfaringer. Erfaringer belyses best gjennom et kvalitativ forskningsdesign. Litteraturstudien skal være basert på artikler fra nyere forskning, derfor har vi valgt å inkludere artikler innen en tidsperiode på fem år. Palliasjon er et fag i utvikling, derfor anser vi det som viktig med nyere forskning. De inkluderte artiklene er fra land vi mener har overføringsverdi til norsk praksis. Vi

valgte å ekskludere artikler som omhandlet sykepleie til barn da det ga for store forskjeller i funnene.

3.2 PIO- skjema

For å utføre strukturerte søk brukte vi PICO- skjema som rammeverk for søkeordene. PICO står for: **P** for Population, **I** for Intervention, **C** for Comparison og **O** for Outcome. I vår litteraturstudie har vi valgt å bruke et PIO- skjema. Vi har derfor ekskludert comparison fordi vi ikke ønsker å sammenligne noe i vår studie (Vedlegg 1).

3.3 Søkestrategi

Det ble gjort søk i databasene Ovid Medline, Cinahl og ProQuest som er tilgjengelig via bibliotekets nettside. For å finne gode søkeord brukte vi nøkkelordene fra vår problemstilling. Søkene ble foretatt med kun engelske søkeord for å finne internasjonale artikler. I noen søkeord ble det brukt trunkering (*), som er et tegn som brukes etter å ha skrevet begynnelsen av et ord for å få med alle varianter av ordet. Vi benyttet for eksempel trunkering på ordet palliati* for å få med palliative og palliative care.

I databasene satt vi sammen søkeordene som hørte til i samme kolonne og som hadde samme betydning i PIO- skjemaet ved å bruke «OR» mellom hvert ord. For å kombinere søkeordene i PIO- skjemaet brukte vi «AND » mellom hver kolonne. «AND» avgrenser søket, og «OR » utvider søket (Forsberg og Wengström 2013).

Det ble utført prøvesøk, men vi bestilte time hos bibliotekar for veiledning da søkene ble ustrukturerte. Vi gjorde først åpne søk for å se hvilken forskning som fantes. Vi benyttet søkeordene palliati*, terminal*, end of life, end-of-life, "end of life", death, dying, nurs* og experienc*. Med disse søkeordene fikk vi et høyt antall treff av artikler. Vi fant relevante artikler for vår problemstilling, der flere av artiklene omhandlet palliativ pleie i sykehus. Etter det første seminaret i november, spisset vi problemstillingen til å omhandle palliasjon i sykehus. Dermed ekskluderte vi artikler utenfor sykehus. Søket ble spesifisert ved å inkludere søkeordet hospital*.

Søkene ble avgrenset ved å krysse av på limits på slutten av søket (2011- current), og søkene ble spesifisert til kvalitative artikler. Limitene ble brukt i ulike kombinasjoner i

søkene. Databasene er noe ulikt utformet, for eksempel i Cinahl kan man ikke avgrense til kvalitative artikler, derfor la vi inn qualitative* som søkeord for å få treff på kvalitative artikler. Søkehistorikken er gjort rede for i oversiktstabellen (Vedlegg 2).

Vi leste gjennom titler og abstracts som virket relevant for vår hensikt og problemstilling. Aktuelle artikler ble skrevet ut og bestilt gjennom bibliotekets nettside. Søkene ble utført sammen og hver for oss, men vi hadde en jevnlig dialog om søkingen. Til slutt endte vi opp med 12 inkluderte artikler.

3.4 Kvalitetsvurdering

Da vi hadde nok antall forskningsartikler som kunne relateres til vår hensikt og problemstilling ble artiklene kvalitetsvurdert. Først undersøkte vi om tidsskriftet for artiklene var fagfellevurderte og publisert til nivå 1 eller 2 ved publiseringskanalen for Norsk Senter for forskningsdata. Ti av våre tolv artikler var utgitt til nivå 1, og to til nivå 2. Kvalitetsvurderingen av artiklene er presentert i oversiktstabellen (Vedlegg 3).

Sjekkliste fra Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjeneste ble brukt for å vurdere metodisk kvalitet av forskningsartiklene. Sjekklisten er utarbeidet for å gjøre den kritiske vurderingen av artiklene enklere. Det brukes som et hjelpemiddel for å finne ut om man kan stole på resultatene i studien, hva resultatene forteller, og om resultatene kan være til hjelp i praksis (Nordtvedt et al. 2012).

Vi benyttet sjekklisten for kvalitativ forskning, da alle våre artikler hadde et kvalitativt design. Artiklene ble lest grundig og vi svarte nøye på de elleve spørsmålene. Da sjekklisten ikke inneholdt noen form for graderingssystem, tok vi en helhetlig vurdering av artiklene. Ut i fra denne helhetsvurderingen anser vi fem av artiklene av middels kvalitet og syv av artiklene av høy kvalitet.

3.5 Etske hensyn

En undersøkelse innebærer at man bryter inn i privatsfæren til mennesker. Etske aspekter skal ligge til rette for å unngå krenkelse eller skade på de som blir undersøkt. Det er tre grunnleggende krav som bør være tilfredsstillende: informert samtykke, krav til å bli korrekt gjengitt og krav til privatliv (Jacobsen 2010). Vi har valgt å inkludere 12 artikler, der 11 er

etisk godkjent eller oppfyller kravene om etiske overveielser. I en av artiklene fikk deltakerne kun et informasjonsskriv om undersøkelsen. Det sto ingen annen informasjon om etiske overveielser ble hensyntatt. Etisk vurdering for hver artikkel er fremstilt i oversiktstabellen (Vedlegg 3).

Ved en undersøkelse må en forsøke å møte fenomenet så forutsetningsløst som mulig. Fordom og forforståelse innebærer å ha en forutinntatt mening og forforståelse om det som skal undersøkes. Vi hadde noe forforståelse om temaet vi undersøkte, da begge har møtt palliative pasienter gjennom praksis og jobb. Denne forforståelsen har vi vært bevisst på gjennom forskningsprosessen.

3.6 Analyse

I følge Evans (2002) er det fire faser for dataanalyse. De fire fasene ble brukt som metode for vår analyse og består av:

1. Datainnsamling
2. Identifisere viktige funn i hver artikkel
3. Finne funn på tvers av studiene
4. Samle funn og utvikle en resultatpresentasjon

I den første fasen søkte vi etter artikler med utgangspunkt i problemstillingen vår og ut fra inklusjons- og eksklusjonskriterier. Artikler av vår interesse ble lest av begge to. Vi markerte på post- it lapper hva artiklene omhandlet, perspektiv, årstall, analysemetode, viktige funn, resultat, kvalitetsvurdering og etiske forhold. Artiklene som var relevante for vår problemstilling ble inkludert.

I den andre fasen fordelte vi de inkluderte artiklene mellom oss. Artiklene ble oversatt til norsk og vi skrev sammendrag om hva artikkelen omhandlet og relevante funn. Fra sammendragene brukte vi fargekoder for å markere funn. Etter å ha analysert halvparten av artiklene hver, byttet vi artiklene og sammendragene for å forsikre at viktige funn ble innhentet.

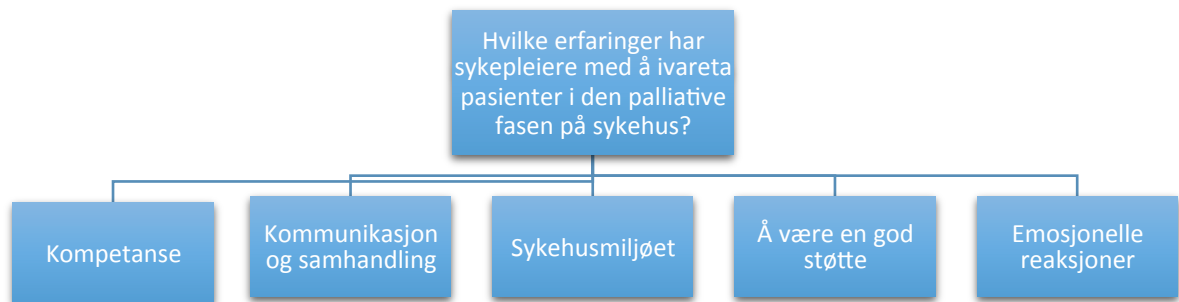
I den tredje fasen satt vi i fellesskap og diskuterte funn vi syntes var gjentakende og relevante for vår hensikt og problemstilling. Vi utarbeidet et tankekart ut i fra

sammendragene, der funn som gjentok seg i artiklene ble skrevet ned. Likheter og ulikheter på tvers av de tolv artiklene ble sett på. Ved hjelp av tankekart kom vi frem til forslag til aktuelle hovedtema. Vi skrev ned funn som hørte til under disse.

I den fjerde fasen lagde vi synteser og kom frem til fem endelige hovedfunn med tilhørende undertema. Det ble utarbeidet overskrifter som samsvarte med funnene våre. Vi har valgt å inkludere sitater for å underbygge resultatet. Sitatene er beholdt på engelsk for å ikke miste essensen. Hovedfunnene er presentert på en strukturert og oversiktlig måte i resultatdelen.

4.0 Resultat

Hensikten med vår litteraturstudie var å belyse hvordan sykepleiere erfarer å ivareta pasienter i den palliative fasen. I dette kapitlet presenterer vi hovedfunnene fra de 12 inkluderte artiklene. Analysen resulterte i fem hovedfunn med tilhørende undertema. Disse er organisert hver for seg og støttes opp av sitater fra noen av de inkluderte artiklene. Denne modellen viser en oversikt over litteraturstudiens hovedfunn, som skal belyse litteraturstudiens hensikt og problemstilling.



Figur 1: Modell for litteraturstudiens problemstilling og hovedfunn.

4.1 Manglende kompetanse

Å føle seg utilstrekkelig

I åtte av studiene kom det frem at sykepleierne følte seg lite kompetente når det gjaldt kunnskaper og ferdigheter innen palliasjon og var usikre på om det de gjorde var riktig (Hinderer 2013, Ranse, Yates og Coyer 2012, Holms, Kydd og Milligan 2014, Johansson og Lindahl 2011, Johnson og Gray 2013, O'Shea 2014, Anderson, Salickiene og Rosegren 2016, Gelinas et al. 2012). Uten tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter føltes jobben overveldende. De følte seg lite forberedt på situasjoner som oppstod, og ikke rustet til å både være pasientenes og de pårørendes støtte, samtidig som de måtte håndtere sine egne følelser (Anderson, Salickiene og Rosengren 2016).

I wasn't sure what I was doing.. everyone had a different perspective on how to take care of dying patients, but.. I wanted to know what was the right thing to do.. I just felt.. inadequate (Johnson og Gray 2013, 321).

Sykepleierne uttrykte at de hadde fått for lite opplæring og veiledning i å gi palliativ pleie og omsorg. Særlig i intensivavdelingene var palliasjon nedprioritert (Holms, Kydd og Milligan 2014, Johansson og Lindahl 2011). Retningslinjer, opplæring og veiledning var viktige faktorer for å kunne forholde seg til palliative pasienter og skape trygghet i sykepleien (Holms, Kydd, Milligan 2014, Johansson og Lindahl 2011, O' Shea 2014 og Gelinas et al. 2012). I et av studiene ble Liverpool Care Pathway (LCP) nevnt som en betryggende plan i den palliative pleien. LCP ga tydelige retningslinjer, god veiledning og bedre struktur i pleien (Holms, Kydd og Milligan 2014). I studien til Johnson og Gray (2013) sa sykepleierne at det var behov for en dypere forståelse i praksisfeltet. Det var ikke alltid behovet for ny faglig kunnskap som var viktig, men å ha kunnskap om seg selv og hvordan en anvendte den erfarte kunnskapen.

Erfaring skaper trygghet

Sykepleierne med flere års erfaring innen palliasjon følte seg tryggere på å gi palliativ pleie og omsorg (Hinderer 2013, Ranse, Yates og Coyer 2012, Efstathiou og Walker 2014 og Bloomer et al. 2013). De var mer komfortabel med døden, og ble ikke like påvirket som tidligere. Sykepleierne ga også uttrykk for at dette var trist, og håpte de ikke var kommet dit at døden ikke lenger betydde noe (Hinderer 2013). Nyutdannede sykepleiere og

sykepleiere med lite erfaring innen palliasjon var usikre i å utøve palliativ sykepleie.. Mangel på kunnskap og erfaringer skapte frustrasjon og påvirket kvaliteten på pleien. De uttrykte viktigheten av kunne støtte seg til erfarne sykepleiere, men denne støtten var ikke alltid tilgjengelig (Ranse, Yates og Coyer 2012, Efstathiou og Walker 2014, Anderson, Salickiene og Rosengren 2016 og Bloomer et al. 2013).

I have learned through repeatedly dealing with dying patients and their families. I have also learned from watching other more experienced nurses and doctors. It is a complicated task to teach end-of-life skills, it is very difficult to be able to read all types of diverse situations and offer all different types of comforts (Holms, Kydd og Milligan 2014, 552).

4.2 Kommunikasjon og samhandling

Utfordringer knyttet til kommunikasjon

God kommunikasjon og samhandling med pasientene og innad i helseteamet var viktig for sykepleierne, men de opplevde utfordringer knyttet til dette (Ranse, Yates og Coyer 2012, Holms, Kydd og Milligan 2014, Johansson og Lindahl 2011, Johnson og Gray 2013, O'Shea 2014, Efstathiou og Walker 2014, Anderson, Salickiene og Rosengren 2016, Bloomer et al. 2013 og Gelinas et al. 2012). God kommunikasjon med pasientene bidro til relasjonsbygging og bedre kartlegging. En god samhandling i helseteamet gjorde at sykepleierne kunne jobbe effektivt, være bedre forberedt og gi en mer helhetlig tilnærming til pasientene (Holms, Kydd og Milligan 2014, Johnson og Gray 2013 og O'Shea 2014). En åpen og ærlig kommunikasjon rundt pasientens prognose var viktig, men sykepleierne ble usikre da det var et vanskelig tema (O'Shea 2014).

Verdikonflikter

Ved ivaretagelsen av pasientene erfarte sykepleierne ofte samhandlingen med legene som konfliktfylte, da de opplevde å ikke bli sett, hørt eller anerkjent. Det førte til at det tverrfaglige samarbeidet ble ansett som en barriere, mer enn en ressurs (Hinderer 2013, Ranse, Yates og Coyer 2012, Holms, Kydd og Milligan 2014, Arbour og Debra 2014, O'Shea 2014, King og Thomas 2013, Efstathiou og Walker 2014, Bloomer et al. 2013 og Gelinas et al. 2012). Konfliktene skyltes ofte interne uenigheter om hva som var rett eller galt i å avslutte livsforlengende behandling (Hinderer 2013, Holms, Kydd og Milligan

2014, O'Shea 2014 og Johnson og Gray 2013). Sykepleierne følte seg overkjørt av legene da de fikk for lite informasjon og ble utelukket fra behandlingsplaner (Gelinas et al. 2012). De uttrykte misnøye og ubehag med å gå imot egne verdier med å fortsette livsforlengende tiltak og behandling som de mente ikke lenger var hensiktsmessig for pasientene. Å være involvert i omsorg de mente skapte mer lidelse for pasientene opplevdes vanskelig (Johnson og Gray 2013, O'Shea 2014 og Bloomer et al. 2013). Sykepleierne strevde med å beholde roen i disse situasjonene og følte et stort ansvar da de hadde den daglige kontakten med pasientene (Bloomer et al. 2013).

There is another conflict that nurses are not too comfortable with, like, you think that the patient should be on comfort measures but the doctors are still going on and on with all these treatments.. so there is a conflict with the doctors and nurses taking care of the patient (Gelinas et al. 2012, 32).

Når behandling ble avsluttet følte sykepleierne at legene trakk seg tilbake fra å delta i pleien og omsorgen for pasienten. Sykepleierne følte seg overlatt til seg selv i omsorgen for pasientene og de pårørende (Ranse, Yates og Coyer 2012).

4.3 Sykehusmiljøets betydning

Tilrettelegge for trygge omgivelser

Det kom frem i flere av artiklene at sykepleierne erfarte praktiske utfordringer i sykehusmiljøet som påvirket ivaretagelsen av de palliative pasientene (Ranse, Yates og Coyer 2012, Holms, Kydd og Milligan 2014, Johansson og Lindahl 2011, Johnson og Gray 2013, Efstathiou og Walker 2014, Bloomer et al. 2013, King and Thomas 2013 og Gelinas et al. 2012). Spesielt intensivavdelingene ble sett på som mindre ideelle steder å gi palliativ pleie på grunn av et miljø preget av mye stress, klinisk utstyr, plassmangel og pasientgrupper med ulike behov. Den tradisjonelle tankegangen i disse avdelingene var at de ønsket å redde liv (Holms, Kydd og Milligan 2014, Efstathiou og Walker 2014, Bloomer et al. 2013 og Gelinas et al. 2012).

I to av studiene uttrykte sykepleiere det som en fordel om palliative pasienter fikk enkeltrom (Ranse, Yates og Coyer 2012 og Bloomer et al. 2013). Dette ble høyt prioritert da det forebygget og reduserte eksponering av den døende og de pårørende, gjorde det

enkler å motta besøk utenfor besøkstiden og de pårørende kunne være mer tilstede for å sørge sammen. I studien til Bloomer et al. (2013) erfarte sykepleierne også motsetninger ved bruk av enkeltrom. Det førte til at pasienter lettere ble glemt i den hektiske hverdagen og fikk ikke den pleien de hadde krav på. De erfarte også at noen pasienter ikke ønsket enkeltrom fordi de var engstelige og følte seg ensomme. På intensivavdelingene var det ofte mangel på enkeltrom, som gjorde ivaretagelsen av palliative pasienter ekstra utfordrende. Flere mente det skyldtes mangel på forståelse og prioritering av palliative pasienter. Fordelen med å dø i en intensivavdeling var at de var godt bemannet av sykepleiere, noe som skapte trygghet og kvalitet på pleien (Holms, Kydd og Milligan 2014).

Tilrettelegge for nærhet

I fem av artiklene erfarte sykepleierne det som viktig å tilrettelegge for et godt miljø på rommet til pasientene ved å henge opp bilder, gardiner, fjerne sengehester og klinisk utstyr. Å fjerne klinisk utstyr var viktig dersom det ikke lenger var hensiktsmessig. Det skapte en trygghet for de involverte, bidro til nærhet mellom pasientene og de pårørende, økte kvaliteten på pleien og skapte harmoni og fredfullhet (Ranse, Yates og Coyer 2012, Johansson og Lindahl 2011, Johnson og Gray 2013, Efstathiou og Walker 2014 og King og Thomas 2013).

Getting rid of the monitoring is a big thing for me.. I don't want their last moments with their loved one to be watching a screen.. You shouldn't be watching a monitor, you should be watching your loved one and I think we're depriving them of that if we keep all this other stuff around (Ranse, Yates og Coyer 2012, 8).

Derimot valgte sykepleierne i noen tilfeller å beholde det kliniske utstyret.

We perhaps leave a monitor on, because we don't want the relatives to think that we've suddenly gone from all support to absolutely nothing, what were still actually watching, looking, caring for that patient (Efstathiou og Walker 2014, 3193).

4.4 Å være en god støtte

Å være en god støtte for pasientene og de pårørende

Det kom frem i flere av artiklene at sykepleierne erfarte det som viktig å være en god støtte for pasientene så de fikk det best mulig den siste levetiden. For sykepleierne innebar det å være tilstede, lytte, informere, smertelindre, tale pasientens sak, løfte problemstillinger og observere effekten av livsforlengende tiltak og behandling (Ranse, Yates og Coyer 2012, Arbour og Debra 2014, Efstathiou og Walker 2014, Anderson, Salickiene og Rosengren 2016, Bloomer et al. 2013, King og Thomas 2013 og Gelinis et al. 2012). I noen tilfeller ble sykepleierne veldig fokusert på prosedyrer og fysisk smertelindring. Dermed ble det mindre fokus på den emosjonelle og eksistensielle sykepleien (Johnson og Gray 2013).

Å være en god støtte for de pårørende ble ansett som like viktig som å være en god støtte for pasienten. Det innebar å ivareta pårørendes ønsker og behov. Sykepleierne opplevde dette som krevende oppgaver (King og Thomas 2013, Ranse, Yates og Coyer 2012, Efstathiou og Walker 2014, Anderson, Salickiene og Rosengren 2016 og Bloomer et al. 2013).

It was really hard.. very hard to behave, to handle time to spend on it.. the pain and how to show support for the families.. it was very hard. I was not prepared for it.. I was not prepared for my feeling.. to meet the families, to be their safe point.. to be calm and safe (Anderson, Salickiene og Rosengren 2016, 147).

Flere av studiene belyste viktigheten av å tilrettelegge og bidra til nærhet og tilstedeværelse for pasientene så de slapp være alene. Å tilrettelegge for at pårørende kunne være tilstede var viktig for sykepleierne. Å lytte til pasientens og de pårørendes ønsker og behov, hjelp de til å takle de vanskelige omstendighetene. Det hjalp også sykepleierne i å ta riktige vurderinger (Efstathiou og Walker 2014, Ranse, Yates og Coyer 2012, Johnson og Gray 2013, Arbour og Debra 2014, O' Shea 2014, Anderson, Salickiene og Rosengren 2016 og King og Thomas 2013).

Ivaretagelse av pasienters behov

Sykepleierne ønsket å gjøre sitt beste for å ivareta pasienters behov. Når dette ikke lyktes, følte de seg utilstrekkelig. Faktorer som påvirket dette var mangel på kompetanse, mangel på tid, plassmangel, emosjonelle utfordringer og ulike pasientgrupper på avdelingene (Johansson og Lindahl 2011, O'Shea 2014, Anderson, Salickiene og Rosengren 2016, Bloomer et al. 2013 og King og Thomas 2013). Samtidig som de strevde med å ivareta pasientenes behov ble de dypt involvert i arbeidet på en omfattende måte. En sykepleier mente det var viktig å bli dypt involvert i arbeidet for å kunne møte pasientenes behov ved livets slutt (Johansson og Lindahl 2011).

Sykepleierne syntes det var vanskelig å prioritere mellom de palliative og de kurative pasientene. Det førte til at palliative pasienter kunne bli nedprioritert. Enkelte mente at det var mer givende å jobbe med pasienter som hadde gode prognoser. Det plaget sykepleierne at de ikke verdsatte viktigheten av det palliative aspektet like høyt som det kurative aspektet (Anderson, Salickiene og Rosengren 2016 og Gelinas et al. 2012).

4.5 Sykepleieres emosjonelle reaksjoner

Psykiske påkjenninger

Sykepleierne opplevde psykiske påkjenninger ved ivaretagelse av pasienter i den palliative fasen. Gjentakende følelser var hjelpeløshet, frustrasjon, utilstrekkelighet og sorg. Det opplevdes spesielt grusomt når pasienten led (Ranse, Yates og Coyer 2012, Holms, Kydd og Milligan 2014, Johansson og Lindahl 2011, Johnson og Gray 2013, Anderson, Salickiene og Rosengren 2016 og Gelinas et al. 2012). Sykepleierne opplevde følelsesmessige utfordringer på intensivavdelingene, da det var høye forventninger til hva man skulle tåle i disse avdelingene (Ranse, Yates og Coyer 2012)

It was a woman of my mothers age.. who had metastasized cancer.. she had small children and.. terrible anxiety.. she just sat and cried threw things and cried.. so it sang right in. I couldn't let it go.. I went home and wept and felt that life is unfair. It was pretty tough.. these are special things that I feel I can't let go of when I finish work (Anderson, Salickiene og Rosengren 2016, 147).

Glede og sorg

Ved ivaretagelsen av palliative pasienter oppstod ulike følelser og reaksjoner som varierte fra tilfredshet til utilfredshet (Ranse, Yates og Coyer 2012, Holms, Kydd og Milligan 2014, Johansson og Lindahl 2011, Anderson, Salickiene og Rosengren 2016 og Bloomer et al. 2013). Å gi sykepleie til døende pasienter ble beskrevet som emosjonelt utfordrende og noe som ikke kunne unngås. Derimot var det viktig for utviklingen av sykepleiernes selvinnsikt og livsutfoldelse, der de fikk mulighet til å påvirke pasientenes slutfase (Anderson, Salickiene og Rosengren 2016).

Palliative care is very demanding as you have to go from happiness to deep sorrow.. Caring for palliative patients is, like going up and down the whole time but it gives you so much, at the same time as it takes so much out of you (Johansson og Lindahl 2011, 2039).

Til tross for de emosjonelle påkjenningene erfarte sykepleierne det som et privilegium å jobbe med palliative pasienter hvor de opplevde både glede og takknemlighet (Hinderer 2013, Ranse, Yates og Coyer 2012, Holms, Kydd og Milligan 2014, Johansson og Lindahl 2011, Johnson og Gray 2013, Anderson, Salickiene og Rosengren 2016 og Bloomer et al. 2013). De positive opplevelsene veide opp mot de triste (Hinderer 2013). Dersom pasientene og pårørende opplevde tilfredshet som følge av god behandling, pleie og omsorg følte sykepleierne tilfredshet og mestring i arbeidet (Hinderer 2013, Johansson og Lindahl 2011, Bloomer et al. 2013, Anderson, Salickiene og Rosengren 2016 og King og Thomas 2013).

The care gives so much in return.. I think its favorable to be with someone dying.. You can help making it memorable and peaceful.. Purely personal, it gives me a lot because I think it's very important that the patient have the possibilities to end his/her life memorably and peacefully.. its strengthening to be a part, I think that it strengthens me as a person to be part of it (Anderson, Salickiene og Rosengren 2016, 146).

Å mestre utfordrende situasjoner

Sykepleierne distanserte seg fra den følelsesmessige tilknytningen til pasientene og investerte mindre av seg selv i omsorgen. Å ha en balansegang mellom nærhet og distanse var viktig for å unngå å bli personlig involvert i pasientene. Det var en måte å beskytte seg selv for å klare å håndtere den daglige jobben med døende (Hinderer 2013, Johansson og Lindahl 2011 og Anderson, Salickiene og Rosengren 2016).

“So you don’t get too close and personal, because I feel that’s not good. Then I must restrict myself in the relationship.. so I can give them professional support”
(Johansson og Lindahl 2011, 2017).

Møtet med palliative pasienter gjorde at sykepleierne reflekterte over egen død og tilstedeværelse. Refleksjon som innebar aksept av døden gjorde det lettere å kunne leve med de emosjonelle påkjenningene samt møte pasienters og pårørendes behov. Det var trøstende å vite at døden var en uunngåelig ende i alle liv (Hinderer 2013, Johansson og Lindahl 2011, Johnson og Gray 2013, Holms, Kydd og Milligan 2014, Anderson, Salickiene og Rosengren 2016 og Bloomer et al. 2013). For å mestre de emosjonelt krevende reaksjonene og situasjonene var det viktig å kunne støtte seg til kolleger, overordnede og eksterne, men flere opplevde denne støtten som mangelfull (Ranse, Yates og Coyer 2012, Anderson, Salickiene og Rosengren 2016, Bloomer et al. 2013 og Gelinas et al. 2012). I studien til Ranse, Yates og Coyer (2012) fortalte en sykepleier at de erfarne sykepleierne hadde god støtte i hverandre. Nyutdannede sykepleiere opplevde ikke denne støtten, da de ikke hadde etablert disse nettverkene (Bloomer et al. 2013).

5.0 Diskusjon

Diskusjonskapitlet skal inneholde metodediskusjon og resultatdiskusjon. I metodediskusjonen diskuterer vi fremgangsmåten i litteraturstudien, styrker og svakheter med søkestrategi, kvalitetsvurdering og analyse. I resultatdiskusjonen diskuteres litteraturstudiens resultat opp mot studiens hensikt og problemstilling, bakgrunnsteori, annen forskning, egne kliniske erfaringer samt konsekvenser for praksis (Michaelsen og Mundal 2016).

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Ved å gjøre åpne søk fant vi flere artikler med både sykepleie, helsepersonell, pasient og pårørendeperspektiv. Ettersom vi ønsket å utforske sykepleieres erfaringer, ekskluderte vi de andre perspektivene. Alle våre inkluderte artikler har et sykepleieperspektiv i tråd med vårt inklusjonskriterie, noe vi ser på som en styrke da det svarer på problemstillingen vår. Vi fant flere artikler som omhandlet palliativ pleie til barn. Etter å ha lest gjennom artiklene, kom vi frem til at funnene ikke kunne sammenlignes med funnene for palliativ pleie til voksne. Derfor ekskluderte vi sykepleie til barn under 18 år. Dette avgrenser oppgaven godt, men ved å avgrense pasientens alder ytterligere kunne det styrket resultatet.

Søkene ga artikler som omhandlet palliativ pleie både i hjemmet, på sykehjem, hospice og på sykehus. Ettersom flere av artiklene vi fant var gjort i sykehusavdelinger og vi syntes dette virket interessant, bestemte vi oss for å ha sykehus som et inklusjonskriterie. Med dette inklusjonskriteriet ble oppgaven godt avgrenset og vi lyktes i å finne nok artikler. Ved å ekskludere andre steder kan vi ha gått glipp av viktige erfaringer som kunne påvirket resultatet og økt vår kunnskap. Vi har valgt å inkludere artikler fra den vestlige-verden: Europa, USA, Canada og Australia. Derfor mener vi artiklene kan forenes med norsk og nordisk praksis. En svakhet kan være at de muligens ikke har de samme ressursene eller har kommet like langt innen palliativ behandling som i norsk og nordisk praksis. Vi har valgt å ekskludere artikler fra den østlige-verden, da vi så at kulturforskjellene ble for avvikende til at forskningen kunne overføres til norsk og nordisk

praksis. Ved å inkludere artikler fra Norge kunne vi i større grad overført funnene til norsk og nordisk praksis.

Vi har inkludert kvalitative artikler, da et kvalitativt design svarer best på vår problemstilling. Et kvalitativt design undersøker menneskers erfaringer og opplevelser av et fenomen (Forsberg og Wengström 2013). Alle våre 12 inkluderte artikler oppfyller inklusjonskriteriene og er publisert fra 2011 til 2016, innen en tidsperiode på fem år. Det mener vi er en styrke for studien vår, da vi har valgt et tema i utvikling. En svakhet kan være at vi ikke gjorde nye søk i 2017, som kunne gitt oss ny relevant forskning.

5.1.2 Søkestrategi

Ut ifra problemstillingen vår diskuterte vi hvilke søkeord vi skulle anvende. Da vi startet søkeprosessen hadde vi lite erfaring med litteratursøk. Vi ble veiledet av bibliotekar i anvendelsen av de ulike databasene og hvordan vi skulle systematiserte søkene.

Vi utarbeidet et PIO- skjema med få søkeord da vi ønsket å se hvilken forskning som fantes innen palliasjon. Det resulterte i mange treff, noe som kan være en svakhet da det ble noe uoversiktlig. Ved å avgrense problemstillingen til å omhandle palliasjon på sykehus, ble søkene mer presise.

Vi valgte å forholde oss til databasene vi var best kjent med og gjorde derfor søk i Ovid Medline, ProQuest og Cinahl. Det kan ha ført til at vi har gått glipp av relevante artikler fra andre databaser. I søkeprosessen ble det ikke benyttet norske søkeord, noe som kan være en svakhet da vi kan ha gått glipp av relevante artikler som kan relateres til norsk praksis. Vi gjorde funn av relevante artikler i alle databasene. Ved å gjøre nye søk i de tre databasene fant vi igjen de fleste av våre inkluderte artikler i alle de tre databasene (dubletter). Vi anser det som en styrke at de inkluderte artiklene er publisert i flere databaser. Til slutt inkluderte vi 12 artikler som underbygger vår hensikt og problemstilling av relevante funn. Vi mener antall artikler er tilstrekkelig for å besvare vår hensikt og problemstilling.

5.1.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

Alle våre artikler er utgitt i tidsskrift som er oppgitt til nivå 1 eller 2, noe vi anser som en styrke. For å kritisk vurdere kvaliteten av artiklene gjorde vi et grundig arbeid ved bruk av sjekkliste for kvalitativ forskning. En svakhet med kvalitetsvurderingen vår er at vi hadde

lite erfaring med bruk av sjekklister og vi tar derfor høyde for at det kan ha påvirket vår kritiske vurdering. Vi har utført kvalitetsvurderingen sammen slik at vi under hele prosessen har hatt mulighet for diskusjoner, noe vi anser som en styrke.

For å vurdere artiklene var det i utgangspunktet ønskelig å lage et poengsystem. Dette ble etter hvert ikke sett på som like hensiktsmessig som en helhetlig vurdering, da enkelte av spørsmålene i sjekklisten ble ansett som viktigere enn andre. Ettersom kvalitetsvurderingen av artiklene har foregått på en grundig og systematisk måte, ser vi det som en fordel at det ikke ble laget et poengsystem.

Alle artiklene bortsett fra en har tatt hensyn til etiske overveielser. Vi har likevel valgt å inkludere artikkelen da vi har vurdert den av middels kvalitet ut ifra sjekklisten og den er relevant for vår hensikt og problemstilling. Da vi valgte et sykepleieperspektiv vurderte vi det som en mindre sårbargruppe som blir undersøkt enn ved et pasient eller pårørendeperspektiv.

Vi hadde noe forforståelse for temaet vi undersøkte, da begge har møtt palliative pasienter gjennom praksis eller jobb. Dette kan fremstå både som en styrke og en svakhet for studien, men vi har fokusert på å møte problemstillingen med et åpent sinn.

5.1.4 Analyse

Evans (2002) metode har vært et godt hjelpemiddel i prosessen vår, men vår manglende erfaring med analyse kan være en svakhet i studien. Alle de inkluderte artiklene var skrevet på engelsk. Derfor må det tas høyde for at vi kan ha oversett relevante funn og informasjon, feiltolket ord eller betydning av setninger som kan ha påvirket funnene.

Vi brukte mye tid på å oversette artiklene, skrive sammendrag, for deretter å bytte de og diskutere artiklene i fellesskap. Det ga en god oversikt og en felles forståelse av artiklene. Vi har vurdert artiklene flere ganger og hatt en god faglig diskusjon rundt arbeidet, noe vi mener kan styrke studien vår. Fargekoding var til god hjelp for å finne gjentakende funn i sammendragene og utarbeide tankekart. Ved hjelp av tankekart fikk vi en god oversikt over forslag til hovedtema og undertema. Ved å lage en egen oversikt fra hvert hovedtema med funn fra de tilhørende artiklene, ble det lettere å finne tilbake til funnene. Dette var til god hjelp for utarbeidelse av resultatet.

Det var utfordrende å velge hvilke hovedkategorier enkelte funn tilhørte. En svakhet kan derfor være at funn i hovedtemaene og undertemaene går inn i hverandre og gjentas gjennom presentasjon av resultatdelen.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Kompetanse skaper trygghet

I litteraturstudien vår kom det frem at sykepleierne følte seg lite kompetente når det gjaldt kunnskaper og ferdigheter innen palliasjon. De var usikre på om det de gjorde var riktig og følte seg lite forberedt på situasjonene som oppstod. Nyutdannede sykepleiere og sykepleiere med lite erfaring var mer usikre i å gi palliativ pleie. Mangelen på kunnskap og erfaringer skapte frustrasjon og påvirket kvaliteten på pleien. For å kunne gi optimal palliativ pleie og behandling er det en forutsetning at sykepleiere har den nødvendige faglige kompetansen (Kristoffersen 2016). Manglende undervisning, utdanning og erfaring med døende kan virke inn på sykepleieres tro på egen kompetanse. Det kan gi en følelse av utilstrekkelighet. En som føler seg utilstrekkelig kan være så opptatt av sin usikkerhet og opplevelse av inkompetanse at det virker hemmende i arbeidet (Kalfoss 2016). Som studenter har vi selv kjent på å være usikre i situasjoner, som fører til at en oppsøker erfarne sykepleiere for å få bekreftelse og trygghet. Uten tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter kan arbeidet føles overveldende. Det er viktig at nyutdannede sykepleiere blir godt ivaretatt i ulike utfordringer med en god støtteordning. Mer undervisning om palliasjon i utdanningen kan gjøre nyutdannede sykepleiere bedre forberedt i møtet med palliative pasienter i praksis (Kalfoss 2016). Regelmessig oppfølging med veiledning og drøfting av utfordrende situasjoner er viktig, samtidig er forskning en god kilde til faglig styrke og utvikling (Grov 2014).

Funnene viste at sykepleierne med flere års erfaring innen palliasjon ble mindre emosjonelt påvirket og var mer komfortabel med døden. Derimot uttrykte de også at dette var trist, og håpte de ikke var kommet dit at døden ikke lenger betydde noe. Funnene viste at sykepleierne hadde behov for dypere forståelse i praksisfeltet for å heve kompetansenivået. De uttrykte at det var ikke alltid behovet for ny faglig kunnskap som var viktig, men å ha kunnskap om seg selv som person og hvordan en anvendte den erfarne kunnskapen som hjelpemiddel i praksis. Erfaringsbasert kunnskap kan betegnes som

skjønn, taus kunnskap, intuisjon eller klinisk blikk (Nordtvedt et al. 2012). Denne kunnskapen utvikles gjennom refleksive prosesser der en lærer fra erfaring. Eldre sykepleiere har lettere for å dele erfaringer fra livets slutt og uttrykker en positiv holdning til døden (Grov 2014). Gjennom sykepleieutdanningen har vi erfart at kunnskap er mer avhengig av det erfaringsbaserte forståelsesgrunnlaget enn det vi først var klar over. Ved å anvende den erfaringsbaserte kunnskapen på en god måte i praksis og aktivt reflektere med kolleger har det gitt kjennskap til hvem vi er, hvilke holdninger og verdier vi har, samt hvordan dette virker inn på utøvelsen av sykepleien. Sykepleiere som viser engasjement og aktivt bruker refleksjon i arbeidet ser vi utvikler seg til å bli dyktige sykepleiere. I følge Martinsen (2005) har den dyktige sykepleier ikke bare sakkunnskap men også moral. Den dyktige sykepleier engasjerer seg, er kritisk, tar hensyn til andres situasjon og er en reflektert praktiker. Faglig dyktighet læres ikke gjennom vitenskap, men gjennom eksempellæring i praksis.

I studien uttrykte sykepleierne mangel på opplæring, veiledning og gode retningslinjer. Disse faktorene ble sett på som viktige for å kunne forholde seg til palliative pasienter og oppleve trygghet i sykepleien. I følge Grov (2014) er palliasjon et økt fokusområde men sykepleiere er enda ikke godt nok forberedt til å ivareta palliative pasienter. Palliasjon er et fag i utvikling der sykepleiere aktivt må tilegne seg ny kompetanse (Helsedirektoratet 2015). Yrkesetiske retningslinjer sier at sykepleiere har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig forsvarlig. Vi skal være oppdatert på forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (Norsk Sykepleieforbund 2016). En god organisering innenfor palliasjon må tilrettelegge for utdanning og kompetanseheving for at personalet på alle nivåer har den nødvendige kompetansen (Haugen og Aass 2016). Ledere har et ansvar for å skape rom for fagutvikling og etisk refleksjon, og bruke yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleieforbund 2016). Å dele refleksjon med andre innebærer å anerkjenne både egne og andres tanker og gi en tydelig og ærlig respons. Refleksjonsarbeid bør foregå til faste tider, gjerne i grupper med en ekstern leder (Aakre 2012). Ettersom sykepleiere får flere ansvarsområder øker også behovet for refleksjonsgrupper (Tennøe 2015). For å imøtekomme kompetansebehovet for sykepleiere og andre ressurspersoner som jobber med palliative pasienter er det også iverksatt faglige nettverksgrupper, der det deles erfaringer og kompetanse for å løse felles utfordringer. Målet er bedre samhandling, samarbeid og kompetanseheving mellom ressurspersoner for at pasienter og pårørende skal

oppleve god kvalitet og trygghet (Grovs 2014). Studien vår viste at det var lite tilrettelagt for palliative pasientforløp i sykehusavdelingene. Spesielt i intensivavdelingene var palliasjon et nedprioritert fagområde.

I norsk praksis er det en vekst av palliative team og palliative planer (Kaasa og Loge 2016). I studien vår ble Liverpool Care Pathway (LCP) nevnt som en betryggende plan for den palliative pleien. Liverpool Care Pathway er en internasjonal tiltaksplan for å kvalitetssikre omsorgen til døende og deres pårørende. Planen gir veiledning til de ulike aspektene ved omsorg for døende, fungerer som retningslinjer for pleie og omsorg og som et dokumentasjonsverktøy (Paulsen et al. 2014). I november 2015 ble den norske versjonen av LCP revidert til «Livets siste dager- plan for lindring i livets slutfase» (Helsebiblioteket 2016). Vi har selv positive erfaringer med implementering av palliative planer da det skaper forutsigbarhet og trygghet i pleien. Derimot har vi også opplevd at standardiserte planer kan påvirke sykepleieres evner til å tenke selvstendig. Det kan føre til at oppmerksomheten til pasientene blir preget av rutinemessige gjøremål fremfor pasienters individuelle behov. På bakgrunn av dette mener vi det er viktig at sykepleiere også anvender faglig skjønn for å tilnærme seg hver enkelt pasient

5.2.2 Konsekvenser av mangelfull kommunikasjon og samhandling

I litteraturstudien vår kom det frem at god kommunikasjon var viktig for sykepleierne da det skapte gode relasjoner og bedre kartlegging av pasientene. I følge Lorentsen og Grov (2016) avgjør sykepleiernes kommunikasjon hvor nær man kommer innpå pasienten. Gode kommunikasjonsferdigheter hjelper også pasienten med å takle sin sykdom bedre og bearbeide vanskelige reaksjoner. Aktiv lytting blir sett på som den viktigste og mest grunnleggende faktoren for profesjonell hjelpende kommunikasjon. Dette inkluderer både verbal og nonverbal kommunikasjon som å stille spørsmål, sammenfatte og berøre (Eide og Eide 2012). Det kom frem i studien at sykepleierne syntes det var vanskelig å ha en åpen og ærlig kommunikasjon rundt pasientenes prognose. Kalfoss (2016) sier at sykepleiere kan oppleve utfordringer i å snakke med pasienter om følelser og reaksjoner relatert til døden. Ved å unngå samtaler om døden virker det som en barriere mot å gi effektiv pleie. Fra egen praksis har vi erfart det som vanskelig å vite hva, når og hvordan man skal si ting til sårbare pasienter. Vi mener likevel det er viktig å tørre å sette seg inn i pasientens situasjon og snakke om vanskelige tema for å oppnå god ivaretagelse

Palliasjon omfatter ivaretagelse av fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle behov. Fagfeltet kjennetegnes derfor av en tverrfaglig tilnærming med høy grad av samarbeid og samhandling, der pasienten og de pårørende inngår som en del av teamet (Helsedirektoratet 2015). Tverrfaglighet består av flere profesjoner som deltar aktivt i arbeidsgrupper, der alle bidrar med sin spisskompetanse. Forholdet mellom de involverte må være basert på tillit, gjensidig ansvar og likeverd for at samhandling skal være mulig (Orvik 2015). Samhandling er en forutsetning for at sykepleiere kan ivareta pasientens behov (Kristoffersen 2016). Vår studie viste at den tverrfaglige kommunikasjonen ble sett på som avgjørende for at sykepleierne kunne jobbe effektivt, stille bedre forberedt og gi en helhetlig tilnærming til pasientene. Funnene viste også at sykepleierne erfarte samhandlingen med legene som konfliktfylte da de opplevde å ikke bli sett, hørt eller anerkjent. Utfordringene skyldtes uenigheter om hva som var rett eller galt i å avslutte livsforlengende behandling. Sykepleierne uttrykte misnøye og ubehag med å gå imot egne verdier ved å fortsette livsforlengende tiltak og behandling de mente ikke lenger var hensiktsmessig for pasientene. Å være involvert i omsorg de mente skapte mer lidelse for pasientene var vanskelig. Norsk forskning viser at sykepleiere også opplever utfordringer knyttet til overbehandling. Sykepleiere blir opprørt av å utføre ordinasjoner de ikke har tro på selv (Langerud 2009). Aalberg (2016) sier at ulike oppfatninger om behandling kan forårsake konflikter. Verdikonflikter handler om hva som oppfattes som riktig eller galt, godt eller vondt og hvordan ulike fenomener kan fortolkes. Når behandling ble avsluttet opplevde sykepleierne at legene trakk seg tilbake fra pleien og omsorgen for pasientene, og sykepleierne følte seg overlatt til seg selv.

Studien viste at det var sykepleierne som hadde den daglige kontakten med pasientene og følte derfor et stort ansvar for pleien. I følge Grov (2014) er sykepleiere den faggruppen som oftest tilbringer mest tid sammen med pasienter ved livets slutt. Vi har selv erfart at den nære relasjonen mellom pasienten og sykepleier har gitt oss innblikk i pasientens ønsker og behov, og at vi derfor har følt et stort ansvar for å imøtekomme disse. Når man har involvert seg mye i pasientene oppleves det frustrerende å ikke bli sett eller hørt. Det samsvarer med faglitteratur som sier at sykepleiere kan oppleve angst og frustrasjon når de føler at støtte og anerkjennelse uteblir etter høyt engasjement for pasienten (Kalfoss 2016).

I følge Slettebø (2009) skal sykepleier beskytte pasienten mot handlinger eller behandling som er faglig og etisk uforsvarlige og som er i strid med pasientens beste. Europeiske

anbefalinger og den norske nasjonale veileder for beslutningsprosesser ved begrensnig av livsforlengende behandling sier at avgjørelser om behandling skal gjøres av legen som er ansvarlig for pasientbehandlingen. Legen er ansvarlig for å sikre at det er en tverrfaglig forståelse for avslutningen av livsforlengende behandling (Klepstad, Haaving og Hevrøy 2016). Faglige verdier må ikke være enerådende og pasientens verdier må trekkes inn (Bondevik 2012). Vi mener dette er en utfordring det er vanskelig å ta stilling til. Profesjoner har ulike perspektiver som dermed fører til ulike vurderinger. Vi har selv erfart et god kommunikasjon og samhandling mellom alle involverte bidrar til at man i fellesskap fatter riktige beslutninger. Ved å evaluere og diskutere rundt slike avgjørelser i ettertid, ser en om noe kunne blitt løst annerledes og ta lærdom av det.

I Norge er det en vekst av palliative team der sykepleiere, leger og andre profesjoner med spesialkompetanse innen palliativ behandling jobber tett sammen for å ivareta pasientene (Paulsen et al. 2016). I teamet har alle sine viktige funksjoner som gjør at profesjoner som jobber sammen blir bedre enn de enkelte yrkesgruppene alene (Grov 2014). Palliative team skal være tilgjengelig i alle norske sykehus og brukes som en ressurs for å lette arbeidet i de avdelingene som har utfordringer knyttet til palliasjon (Paulsen et al. 2016). I følge Grov (2014) er det palliative teamet den beste støtte og kilde til faglig utvikling. Palliative team ble ikke nevnt i studien vår, noe som kan forklares med at vi ikke har benyttet norske artikler. Det kan skyldes at de ikke har denne ressursen tilgjengelig, eller har kommet like langt i utviklingen innenfor palliativ behandling. Likevel velger vi å fremheve palliative team som en viktig ressurs for sykehusavdelinger som opplever utfordringer knyttet til samhandling.

5.2.3 Betydningen av sykehusmiljøet

I følge Nightingale er miljøet rundt pasienten en sentral del av sykepleien og har stor betydning for pasientens velbehag og tilfredshet (Mathisen 2006). Det samsvarer med funnene våre der miljøet hadde stor betydning for sykepleierne som skulle gi palliativ pleie. I følge European Association for Palliative Care sin definisjon av palliativ omsorg er målet å bidra til livskvalitet for pasientene (Mathisen 2016). Da miljøet rundt pasientene bidrar til livskvalitet, er det viktig at sykepleiere har fokus på dette. Studien vår viste at sykepleierne erfarte praktiske utfordringer i miljøet som påvirket pleien til palliative pasienter. Spesielt intensivavdelingene ble sett på som mindre ideelle steder å gi palliativ pleie på grunn av et miljø preget av stress, klinisk utstyr, plassmangel og pasientgrupper

med ulike behov. Det var utfordrende å prioritere mellom de palliative og de kurative pasientene da mentaliteten på disse avdelingene var annerledes, med en tradisjonell tankegang om å redde liv. Flere mente det var mer motiverende å jobbe med pasienter som kunne bli frisk. Det samsvarer med teori som sier at intensivmiljøet er preget av monitorer, klinisk utstyr og støy fra overvåkningsutstyr. Fokuset er rettet mot overvåkning, kontroll av organfunksjoner og kontinuerlig aktiv behandling (Klepstad et al. 2016). Sykehus blir sett på som et sted hvor man skal bli frisk, med hovedfokus på det kurative. På intensivavdelinger er det spesielt utfordrende da det fra gammelt av er fokus på overlevelse. Det hektiske miljøet i en intensivavdeling kan av noen oppleves som en utfordring, mens av andre som overstimulering (Kalfoss 2016). Vi mener det er viktig at sykepleiere er bevisst på betydningen av å ha palliative pasienter i intensivavdelingene da det er mindre tilrettelagte miljø for palliasjon. Sykepleiere må være kreative, løsningsorienterte og benytte seg av de ressursene som finnes for å skape gode og trygge omgivelser.

I vår studie var det viktig for sykepleierne å tilrettelegge for et miljø som skapte trivsel for både pasientene og deres pårørende. Det innebar å henge opp bilder, gardiner og skape hjemmekoselige omgivelser. Et godt miljø bidro til trygghet, nærhet, gode omgivelsene mer harmoniske og fredfulle og skapte tilfredshet blant de involverte. Dette understøttes av teori som sier at fysiske og psykososiale miljøet har betydning for pasientens helse og velvære (Lorentsen og Grov 2016). På intensivavdelingene erfarte sykepleierne at klinisk utstyr skapte barrierer mellom pasientene og pårørende. Derfor var det viktig å fjerne utstyret dersom det ikke lenger var hensiktsmessig. Derimot viste også funnene at sykepleierne i noen tilfeller å valgte å beholde utstyret, slik at overgangen fra full behandling til ingen behandling ikke skulle oppleves så stor for de pårørende. Som sykepleier er det viktig å være oppmerksom på konsekvensene av tiltak, da endringer kan oppleves skremmende og utrygt.

Det kom frem i funnene at sykepleierne erfarte både fordeler og ulemper med at palliative pasienter fikk enkeltrom. Enkeltrom hadde en positiv innvirkning da det bidro til ro og skjerming fra andre pasienter og tilrettela for at de pårørende kunne være mer tilstede. Det gjorde det enklere for sykepleierne å skape gode relasjoner til pasientene og de pårørende. Derimot viste funnene at enkeltrom kunne føre til at pasientene lettere ble glemt, noe vi ser på som oppsiktsvekkende. Samtidig ønsket ikke alle pasientene enkeltrom da de var

ensomme og engstelige. På intensivavdelingene var det mangel på enkeltrom, noe sykepleierne mente skyldtes mangel på prioritering og forståelse av palliative pasienter. Faglitteratur sier at flere pasienter ofte deler rom på intensivavdelinger, noe som skaper forstyrrelser fra omgivelsene rundt pasientene (Klepstad et al. 2016). I en norsk studie gjort i en intensivavdeling beskriver sykepleierne at en verdig død er fravær av smerte hos pasienten og at pasienten får dø på enerom med sine nærmeste rundt seg (Langerud 2009). Gullbrandsen (2010) sier at de fleste døende og deres pårørende har behov for enkeltrom, og dette ønsket bør derfor innfris så langt det lar seg gjøre. Fra egne erfaringer ser vi det som en fordel at palliative pasienter får enkeltrom da det blir lettere for sykepleiere å ivareta pasienters privatsfære, autonomi, overholde taushetsplikten og gi helhetlig sykepleie

5.2.4 Sykepleieres erfaringer av å være en god støtte

Studien vår viste at sykepleierne erfarte det som viktig å være en god støtte for pasientene så de fikk det best mulig den siste levetiden. Dette innebar å lytte, bidra til nærhet, gi smertelindring, informere, tale pasientens sak, løfte problemstillinger og observere effekt av tiltak og behandling. I noen tilfeller ble sykepleierne veldig fokusert på prosedyrer og fysisk smertelindring, noe som medførte mindre fokus på den eksistensielle og emosjonelle sykepleien. I følge Grov (2014) er den viktigste utfordringen i møte med døende pasienter og deres pårørende å være et engasjert medmenneske. Det vises med å holde pasienten i hånden og lytte når pasienten vil uttrykke sin bitterhet mot det uforståelige (Mathisen 2016). Fra praksis ser vi at det er lett å fokusere på pasienters fysiske behov og sykepleietekniske prosedyrer, fremfor eksistensielle og emosjonelle behov. For å lindre pasienters eksistensielle og emosjonelle behov krever det en annen tilnærming der sykepleier må opptre personlig og ta seg tid til å skape tillit. En slik tilnærming kan bidra til at pasientene føler seg trygge i å dele sin indre smerte. Vi har selv erfart dette som tidkrevende og utfordrende oppgaver. Samtidig har vi erfart at ved å ta seg tid til å lytte og holde pasientene i hånda, har det skapt glede og tilfredshet både hos oss og pasientene. Vi bør derfor møte disse utfordringene så langt det lar seg gjøre.

Funnene viste at sykepleierne hadde et sterkt ønske om å ivareta pasienters behov, men erfarte det som utfordrende på grunn av mangel på tid, kompetanse, plassmangel og de emosjonelle påkjenningene. Samtidig som sykepleierne forsøkte å imøtekomme pasienters behov ble de dypt involvert i arbeidet på en omfattende måte. Det opplevdes utmattende

men samtidig viktig da det bidro til at pasientene fikk bedre pleie og omsorg ved livets slutt. Når de ikke klarte å imøtekomme behovene følte de at de ikke strakk til i arbeidet. Faglitteratur sier at personlig involvering kan føre til overbelastning og at en ikke lenger er i stand til å gi av seg selv følelsesmessig (Kalfoss 2016). Gjennom sykepleieutdanningen har vi lært at sykepleiere skal ivareta hele aspektet hos mennesket, noe som stiller høye krav til sykepleiere. Vi har selv opplevd det som vanskelig å gå ut i praksis og finne tid til å imøtekomme alle behovene. En gir mye av seg selv og setter ofte pasienters behov foran ens egne behov. Når ivaretakelsen av behovene likevel ikke blir tilfredsstillende, blir en frustrert og opplever utilstrekkelighet i pleien.

Sykepleierne i studien vår anså det som like viktig å være en god støtte for de pårørende som til pasientene. Vår problemstilling er ikke rettet mot ivaretakelse av de pårørende, men vi har likevel valgt å belyse de, da de er av stor betydning for både sykepleiere og pasienter i den palliative fasen. Faglitteratur sier at når en person rammes av sykdom rammes også de pårørende og sykepleiere skal møte og forstå pårørendes krisereaksjoner på lik linje med pasientens (Eide og Eide 2012). Det gjør at sykepleiere kommer nær både den døende og de pårørende (Grov 2014). Sykepleierne erfarte det som viktig å gi informasjon og lytte til pårørendes ønsker og behov. Å bidra til nærhet mellom pasientene og de pårørende var viktig så pasientene slapp å være alene den siste levetiden. Ved å inkludere pårørende i omsorgen hjalp det sykepleierne i å ta riktige vurderinger. Funnene viste også at dette opplevdes utfordrende da sykepleierne ikke følte seg forberedt på å møte både pasientens, pårørendes og sine egne følelsesmessige reaksjoner.

Som fremtidige sykepleiere har vi et stort ansvar i å tilrettelegge for pårørendes tilstedeværelse og møte deres ønsker og behov på lik linje med pasientens. Å skape gode relasjoner med pårørende blir erfart som viktig, men utfordrende. Det er en tidkrevende oppgave der tiden som går til de pårørende kan gå utover pleien til pasientene. Derimot ser vi at tiden som blir investert i samtaler med pårørende fører til gjensidig forståelse og et bedre samarbeid. På den måten kan pårørende brukes som en ressurs i omsorgen for pasientene. Dette underbygges av faglitteratur som sier at fellesskapet som oppnås gjennom god kommunikasjon og godt samarbeid kan være uvurderlig, inspirerende og givende (Grov 2014).

5.2.5 Å mestre emosjonelle utfordringer

I litteraturstudien vår erfarte sykepleierne flere emosjonelle reaksjoner ved ivaretagelsen av palliative pasienter, der reaksjonene varierte fra utilfredshet til tilfredshet. Det opplevdes spesielt vanskelig for sykepleierne når pasientene led. Gjentakende følelser var hjelpeløshet, utilstrekkelighet, frustrasjon og sorg. Sykepleiere som stadig står overfor døende mennesker og som ikke får mulighet til å bearbeide, tanker, meninger, følelser og reaksjoner kan med tiden bli utmattet og emosjonelt overbelastet (Kalfoss 2016). Funnene våre viste at det var høye forventninger til hva sykepleierne måtte tåle på intensivavdelingene. De opplevde å ikke bli møtt med forståelse for sine følelsesmessige reaksjoner. Å ikke få mulighet til å bearbeide sorgen førte til at de tok med seg arbeidet hjem. I en travel hverdag på sykehuset har vi selv erfart at mangel på tid blir brukt som argument for å ikke reflektere. God ivaretagelse på arbeidsplassen med mulighet for refleksjon har hjulpet oss å bearbeide vanskelige situasjoner. Derfor mener vi det er viktig å sette av tid til dette.

I motsetning viste funnene at sykepleierne så på det som et privilegium å jobbe med døende pasienter, hvor de fikk mulighet til å påvirke deres siste levetid. De positive opplevelsene veide opp mot de triste, og det ble erfart som viktig for sykepleiers selvinnsett og livsutfoldelse. I følge Kalfoss (2016) gir sykepleiere som engasjerer seg personlig i arbeidet med døende pasienter og deres nærmeste ofte uttrykk for dyp innsikt og berikelse. På det medmenneskelige plan møter sykepleier sin egen sårbarhet, på det mellommenneskelige plan pasientens og de pårørendes sårbarhet (Mathisen 2016). Vi har begge lært mye gjennom de følelsesmessige erfaringene vi har gjort oss gjennom sykepleiepraksisen, både av de emosjonelt krevende situasjonene og ikke minst det privilegium det er å være tilstede for pasienter i viktige øyeblikk. Selv gjennom emosjonelt utfordrende situasjoner, sitter vi igjen med en følelse av at vi har en viktig rolle i disse menneskenes liv som etterlater en stor ydmykhet og respekt i oss.

Studien viste at sykepleierne distanserte seg fra pasientene for å unngå å bli personlig involvert og følelsesmessig påvirket. Det ble sett på som nødvendig for å kunne gi profesjonell pleie og omsorg. Å distansere seg er ikke i tråd med faglige idealer innenfor sykepleiefaget da empati er en følelsesmessig evne og en del av det å være profesjonell. Sykepleiere distanserer seg for å værne seg selv mot vanskelige følelser som medlidenhet,

utilstrekkelighet, usikkerhet og sinne i møte med døende pasienter (Sneltvedt 2016). Mathisen (2016) hevder at å trekke seg unna pasienten fordi en ikke mestrer situasjonen, er en uprofesjonell og uetisk løsning som går utover den syke. Det er sykepleierens personlige problem og en utfordring som må løses, for eksempel gjennom faglig veiledning. Det paradoksale ved å distansere seg fra pasienten er at det bidrar til å øke stressnivået, i stedet for å redusere det. De begynner å tviler på seg selv, får skyldfølelse og føler seg personlig og profesjonelt utilstrekkelig (Kalfoss 2016). Kristoffersen (2016) ser det som nødvendig at sykepleier er personlig i sykepleien. Selv om omsorgen er definert av faglig kunnskap og hensikt, må det ofte være en stor grad av personlig involvering. Om dette uteblir vil pasienten føle seg fremmedgjort og nedverdiget.

Ved ivaretagelsen av de palliative pasientene begynte sykepleierne å reflektere over egen død og tilstedeværelse. Det var trøstende å vite at døden var en unngåelig ende i alle liv. Sæteren (2010) sier at sykepleiere må ha et reflektert forhold til sin egen dødelighet. De må selv ha anerkjent døden som en naturlig del av livet for å være i stand til å imøtekomme pasientenes følelsesmessige behov. Hvis sykepleiere har et angstpreget forhold til døden, vil det være vanskelig å være tilstede for pasienten. Dette kom også frem i vår studie der refleksjon som innebar aksept av døden gjorde det enklere å møte pasientenes behov og leve med de. Refleksjon over vanskelige situasjoner var nødvendig for å mestre de emosjonelle reaksjonene. Å få støtte fra kolleger, overordnede og eksterne var viktig, men opplevdes mangelfull. Helgesen (2010) beskriver debrifing som et hjelpemiddel der man "tømmer seg" for negative følelser og stressopplevelser. Å etablere gode mestringsstrategier der sykepleier kan dele sine tanker og følelser kan bidra til motivasjon og støtte i den utfordrende hverdagen. Vi har selv positive erfaringer ved bruk av debrifing og refleksjon for å bearbeide og evaluere situasjoner som oppstår. Som fremtidige sykepleiere anser vi dette som viktige erfaringer å ta med seg inn i praksis for å lettere kunne mestre emosjonelle utfordringer

6.0 Konklusjon

Gjennom litteraturstudien vår har vi belyst sykepleieres erfaringer med å ivareta pasienter i den palliative fasen i sykehus. I studien kom det frem at mangel på kunnskaper og erfaringer var et hinder for å kunne gi optimal pleie og omsorg. Sykepleierne hadde stort behov for kompetanseheving gjennom opplæring, veiledning og gode retningslinjer. Palliative planer som Liverpool Care Pathway (LCP) bidro til trygghet i pleien. God kommunikasjon og samhandling mellom pasientene, pårørende og legene var avgjørende for å kunne gi helhetlig sykepleie. Sykepleierne erfarte sykehusmiljøet og spesielt intensivmiljøet som et lite ideelt sted å ivareta døende pasienter, på grunn av praktiske utfordringer. Et tilrettelagt miljø rundt pasientene skapte nærhet og trygghet blant alle involverte. Å være en god støtte for pasientene og de pårørende ble erfart som viktige men også utfordrende ansvarsoppgaver. Sykepleierne opplevde et bredt følelsesregister som varierte fra tilfredshet til utilfredshet. Det ble sett på som et privilegium men samtidig emosjonelt utfordrende å ivareta pasienter i den palliative fasen. Å oppleve støtte i form av refleksjon var til god hjelp for å bearbeide vanskelige situasjoner samt utvikle seg til å bli en bedre sykepleier.

6.1 Konsekvenser for praksis

Studien vår gir et resultat som i større grad fokuserer på negative erfaringer og manglende kompetanse. Selv om artiklene våre ikke er fra Norge mener vi likevel at studien har overføringsverdi til norsk praksis, da vi ser likhetstrekk i sykepleiernes erfaringer. Kompetanseheving er nødvendig da palliasjon er et komplekst fagfelt. Organisasjon og ledelse må tilrettelegge for at sykepleiere får den nødvendige kunnskapen i form av god veiledning, opplæring og utdanning. Samtidig må de sikre at refleksjonsgrupper og gode hjelpemidler blir implementert i praksis. På denne måten mener vi at en kan forebygge utfordringene sykepleierne står ovenfor, samtidig skape trygghet og kvalitet i pleien.

6.2 Forslag til videre forskning

I studien vår ble det i mindre grad fremhevet positive erfaringer blant sykepleierne. Derfor ser vi behov for forskning som sier noe om hvilke tiltak og erfaringer det er som skaper tilfredshet blant sykepleiere som jobber med palliative pasienter. Forskning som belyser

positive og meningsfulle erfaringer som virker styrkende for å bli en god sykepleier vil være viktig.

Med økende antall eldre og flere alvorlige syke med sammensatte diagnoser i befolkningen, blir behovet for kompetanseheving viktig for å kunne ivareta palliative pasienter. Palliasjon oppleves som et fagfelt med mye fokus rettet mot kreft. Vi mener derfor det er behov for en mer helhetlig tilnærming og forståelse av palliasjon, hvor flere sykdommer blir prioritert på lik linje med kreft. Forskning som sier noe om palliativ behandling som kan genereres til flere sykdommer med et mer sammensatt sykdomsbilde hadde vært interessant.

Litteraturliste

Aakre, Marie. 2012. "Makt og verdighet i eldreomsorgen" I *Tverrfaglig geriatri*, 307-324. 3.utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Aalberg, Thore K. 2016. "Konflikthåndtering" I *Kunsten å kommunisere med pasienter*, 185- 193. 1.utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Anderson, Erika, Zivile Salickiene, Kristina Rosengren. 2016. "To be involved- A qualitative study of nurses experiences of caring for dying patients." *Nurse Education Today* 38, 144-149.

Arbour, Rihard B og Debra L. Wiegand. 2014. " Self described nursing roles experienced during care of dying patients and their families." *Intensive and Critical Care Nursing* 30, 211-218.

Bloomer, Melissa J, Ruth Endacott, Margaret O`Connor, Wendy Cross. 2013. "The disease of dying: Challenges in nursing care of the dying in the acute hospital setting. A qualitative observation study." *Palliative Medicine* 27 (8): 757-764.

Bondevik, Margaret. 2012. "Pleie og omsorg ved livets slutt." I *Tverrfaglig geriatri en innføring*, red. Margaret Bondevik og Harald A. Nygaard, 409- 422. 3.utg. Bergen: Fagbokforlaget

Efstathiou, Nikolaos og Wendy Walker. 2014. " Intensive care nurses experiences of providing end of life care after treatment withdrawal." *Journal of clinical nursing* 23, 3188-3196.

Eide, Hilde og Tom Eide. 2012. "Hva er hjelpende kommunikasjon?" I *Kommunikasjon i relasjoner- Samhandling, konfliktløsning, etikk*, 11-22. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, Hilde og Tom Eide. 2012. "Samarbeid i grupper" I *Kommunikasjon i relasjoner- Samhandling, konfliktløsning, etikk*, 399-413. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Evans, David. 2002. Systematic reviews of interpretive research. Interpretive data synthesis of processed data, *Australian J of Advanced Nursing* 20 (2) 22-25.

Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2013. I *Att göra systematiska litteraturstudier*. 3.utg. Stockholm: Natur og kultur.

Gelinas, Celine, Lise Fillion, Marie- Anik Robitaille, Manon Truchon. 2012. "Stressors Experienced by Nurses providing End-of-Life palliative Care in the Intensive Care Unit." *CJNR* 44 (1): 18-39.

Grov, Ellen Karine. 2014. "Pleie og omsorg ved livets slutt" I *Geriatrisk sykepleie*. red. Marit Kirkevold, Kari Brodtkorb, Anette Hysten Ranhoff, 522- 523. 2 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Gulbrandsen, Tove. 2010. "Livets slutfase" I *Intensivsykepleie*. red. Dag Gunnar Stubberud, 243- 258. 2. utg. Oslo: Akribe AS.

Haugen, Dagny Faksvåg og Nina Aass. 2016. "Organisering av palliative tilbud" I *Palliasjon*. red. Stein Kaasa og Jon Håvard Loge, 112-124. 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Helgesen, Leif A. 2011. "Stress, krise og traumer". I *Menneskets dimensjoner*. 206- 228. 2. utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Helgesen, Leif A 2011. " Hvordan fremme vår egen helse" I *Menneskets dimensjoner*. 229- 243. 2.utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Helsedirektoratet. 2015. "Fagprosedyrer". Lest 31.03.17

<http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/livets-siste-dager>

Helsedirektoratet. 2015. "Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen". Lest 31.03.17

<http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/kompetanse/sykepleiere>

Helsedirektoratet. 2015. "Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen". Lest 11.03. 2017. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen>

Helsedirektoratet. 2015. "Publikasjoner". Lest 10.02. 2017. <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/tilbud-til-personer-med-behov-for-lindrende-behandling-og-omsorg-mot-livets-slutt>

Hinderer, Katherine A. 2013. "Reaction to Patient's death. The Lived experience of Critical Care Nurse." *Dimensions of critical care nursing*. 31 (4):252- 259.

Holms, Natalie, Angela Kydd, Stuart Milligan. 2014. "A study of the lived experiences of registered nurses who have provided end-of-life care within an intensive care unit." *MA Healthcare Ltd International Journal of Palliative Nursing*. 20 (11): 549- 556

Jacobsen, Dag Ingvar. 2010. "Spørsmål og svar- teori og empiri" I *Forståelse, beskrivelse og forklaring*. 15- 37, 2.utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Johansson, Kristina og Berit Lindahl. 2011. " Moving between rooms-moving between life and death: nurses experiences of caring for terminally ill patients in hospitals." *Journal of Clinical Nursing* 21, 2034- 2043.

Johnson, Susan Carey og Patricia Gray. 2013. " Understanding Nurses Experiences of End-of-life Care in the US Hospital Setting." *Holistic Nursing Practise* 27 (6): 318- 328.

Kaasa, Stein og Jon Håvard Loge. 2016. "Palliativ medisin - En innledning." I *Palliasjon*. red. Stein Kaasa og Håvard Loge, 34-49. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kalfoss, Mary Harris. 2016. "Møte med lidende og døende pasienter-Sykepleiers møte med seg selv" I *Klinisk Sykepleie* 2, red. Hallbjørg Almås, Dag-Gunnar Stubberud og Randi Grønseth, 453- 479. 5. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

King, Ann Phyllis og Sandra P Thomas. 2013. "Phenomenological Study of ICU Nurses Experience Caring for Dying Patients." *Western journal of Nursing Research*. 35 (10): 1292- 1308.

Klepstad, Pål, Anikken Haavind og Olav Hevrøy. 2016. "Palliasjon i en intensivavdeling." I *Palliasjon*. red. Stein Kaasa og Jon Håvard Loge, 150- 159. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, Nina Jahren. 2016. "Sykepleie-kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling" I *Grunnleggende sykepleie*. Bind 1, red. Gro Hjelmeland Grimsbø, Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nordtvedt og Eli-Anne Skaug, 139- 191. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Langerud, Anne Kathrine. 2009. "Hva opplever intensivsykepleiere som utfordrende ved avsluttende behandling i intensivavdelingen?." *Sykepleien forskning*. 2 (4): 254- 260.

Lorentsen, Vibeke Bruun og Ellen Karine Grov. 2016. "Generell sykepleie ved krefsykdommer." I *Klinisk Sykepleie 2*. red. Hallbjørn Almås, Dag-Gunnar Stubberud og Randi Grønset, 401-438. 5.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Martinsen, Kari. 2005. "Omsorg i Sykepleien en moralsk utfordring." I *Samtalen Skjønnnet og Evidensen*, 135-165. 1. utg. Oslo: Akribe AS.

Mathisen, Jorunn. 2006. "Århundret da sykepleie ble fag og yrke." I *Sykepleiehistorie ideer- mennesker- muligheter*. 86-133. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Mathisen, Jorunn. 2016. "Sykepleie når pasienten er ved livets avslutning." I *Grunnleggende sykepleie*: Bind 3, red. Gro Hjelmeland Grimsbø, Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nordtvedt og Eli- Anne Skaug, 407-450. 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Michaelsen, Ragnhild og Ingunn Mundal. 2016. Bacheloroppgave i i sykepleie, retningslinjer. Molde: Avdeling helse- og sosialfag.

Nasjonalt kunnskapssenteret. 2014. "Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning". Lest 16.10.16. <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler>

Nortvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graveholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Renar. 2012. "Kritisk vurdering." I *Jobb kunnskapsbasert*, 67-160. 2. utg. Oslo: Akribe AS.

Nortvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graveholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Renar. 2012. "Spørsmålsformulering." I *Jobb kunnskapsbasert*, 29-39. 2. utg. Oslo: Akribe AS.

Nordtvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim, Liv Merete Reinart. 2012. "Hva er Kunnskapsbasert praksis?." I *Jobb Kunnskapsbasert*, 15-26. 2 utg. Oslo: Akribe AS.

Norsk sykepleieforbund. 2016. "Retningslinjer". Lest 17.03. 2017. https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Orvik, Arne. 2015. "Samhandling- begrep og kompetanse." I *Organisatorisk Kompetanse*, 209- 231. 2.utg. Oslo: Cappelen Damm AS.

O'Shea, Maureen F. 2014. "Staff Nurses Perception Regarding Palliative Care for Hospitalized Older Adults." *The American Journal of Nursing*. 114 (11): 26- 34.

Paulsen, Sidsel Riisberg, Inger Lise Elvestuen, Trine Merete Edler-Woll, Astri M Andersson og Jorunn Abrahamsen. 2014. "Kvalitetssikrer omsorg til døende." *Sykepleien* 5 (60- 63).

Paulsen, Ørnulf, Torunn Haugstøl og Jan Henrik Rosland. 2016. "Palliative team på sykehus." I *Palliasjon*. red. Stein Kaasa og Håvard Loge, 139- 147. 3.utg Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ranse Kirsten, Patsy Yates, Fiona Coyer. 2012. "End-of-life-care in the intensive care setting: A descriptive exploratory qualitative study nurses beliefs and practices." *Australian Critical Care*. (25): 4- 12.

Sommerbakk, Ragni, Dagny Faksvåg Haugen, Aksel Tjora, Stein Kaasa og Marianne Jensen Hjernstad. 2016. "Barriers to and facilitators for implementing quality improvements in palliative care- results from a qualitative interview study in Norway." *BMC Palliative Care*. (15) 61 DOI 10.1186/s12904-016-0132-5

Sneltvedt, Torild. 2016. "Hva innebærer det å være en profesjonell sykepleier?." I *Etikk i sykepleien*. 147- 161. 4.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Slettebø, Åshild. 2009. "Til pasientens beste?" I *Sykepleie og etikk*, 25- 112. 5.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Statistisk Sentralbyrå .2015. "Befolkning". Lest 18.01.2017.
<https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/dode/aar/2016-03-09>

Sæteren, Berit. 2010. "Omsorg for døende pasienter" I *Kreftsykepleie: Pasient - utfordring - handling*. red. Anne Marie Reitan og Tore K.Schølberg, 235- 256. 3. utg. Oslo: Akribes AS

Tennøe, 2015. «God sykepleie krever refleksjon». I *Sykepleien*. 103 (9): 46-47.

Vedlegg 1: PIO - skjema

P	I	O
Palliati* Terminal* ”End of life” End-of-life End of life Death Dying	Nurs* Hospital	Experienc*

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Databaser	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
Palliati* or Terminal* or Death or Dying or end of life AND Nurs* or nursing AND Experienc* Limit to last 5 years, qualitative-best balance sensitivity and specifisity.	15.10.16	Ovid Medline	1371	31	6	2
Palliati* or "end of life" or End-of-life or Terminal or Death or Dying AND Nurs* AND Experienc*, limit to 2011-current, scholarly journals or peer-reviewed articles.	21.10.16	Cinahl	343	15	3	2
Palliati* or "end of life" or end-of-life or Death or Dying or Terminal* AND Nurs* AND Hospital* AND Experienc* AND	17.11.16	Proquest	392	27	4	3

Qualitative. Limit to 2011 to current.						
Palliati* or Terminal* or death or dying or end of life AND Nurs* AND Experienc* AND Hospital* Limit to last 5 years. Limit to qualitative- best balance sensitivity and specificity.	22.11.16	Ovid Medline	485	22	8	3
Palliati* or "end of life" or end- of-life or death or dying or Terminal* AND nurs* AND Hospital* AND Qualitative* Limit to 2011- current	02.12.16	ProQuest	482	16	5	2

Vedlegg 3: Oversikt over inkluderte artikler

Artikkel nummer	1
Forfattere	Anderson, Erika, Zivile Salickiene, Kristina Rosengren
År	2016
Land	Sverige
Tidsskrift	Nurse Education Today
Tittel	<i>To be involved- A qualitative study of nurses experiences of caring for dying patients.</i>
Hensikt	Beskrive sykepleiers erfaringer i å gi omsorg til døende pasienter på sykehus i to kirurgiske avdelinger.
Metode/ instrument	En kvalitativ beskrivende studie med induktiv tilnærming. Det ble gjort intervju. Analysert ved hjelp av kontent analyse.
Deltakere / frafall	6 deltakere 5 kvinnelige sykepleiere og en mannlig sykepleier.
Hovedfunn	Sykepleierne erfarte det som utfordrende å jobbe med palliative pasienter i et miljø hvor det også var kurative pasienter. Dette medførte fysiske og psykiske utfordringer. Sykepleierne ble personlig preget av å jobbe med døende på både godt og vondt. De understreket frustrasjon for mangel på kunnskap og erfaringer. Eldre og erfarne sykepleie mestret de emosjonelle utfordringene bedre og var flinkere i å gi støtte til hverandre enn de yngre. Sykepleierne opplevde frustrasjon da de følte de fikk for lite tid med sine pasienter. Gode retningslinjer og prosedyrer for palliativ pleie forandret behandlingsprosessen og styrket sykepleierne i arbeidet.
Etisk vurdering	Etisk godkjenning og tillatelse for studien ble innhentet fra lederne på de to kirurgiske avdelingene hvor studien ble utført. Ingen annen etisk godkjenning var nødvendig iht svenske lover/retningslinjer for forskning. Alle deltakerne ble informert om frivillig deltakelse og samtykke før studien, og hadde rett til å trekke seg underveis.
Kvalitet	Fagfellevurdert. Nivå 1. Høy kvalitet.
Data base	OVID Medline

Artikkel nummer	2
Forfattere	Arbour, Richard B, Debra L. Wiegand
År	2014
Land	USA
Tidsskrift	Intensive and Critical Care Nursing
Tittel	<i>Self – described nursing roles experienced during care of dying patients and their families</i>
Hensikt	Forstå intensivsykepleiers erfaringer i å gå fra aggressiv livreddende behandling til palliativ omsorg og behandling.
Metode/ instrument	Fenomenologisk beskrivende studie. Individuelle intervju som ble spilt inn på opptak. Analysen ble gjort ved hjelp av Colaizzis metode og det ble induktivt bestemt temaer, grupper og kategorier.
Deltakere / frafall	19 intensivsykepleiere med erfaring i å gi omsorg til døende pasienter og deres pårørende. Gjennomsnittsalder på deltakerne var 35 år, med en større andel kvinner.
Hovedfunn	Sykepleierne følte et stort ansvar i å være pasientens støtteperson. Det var viktig å tale pasientens sak, lytte og forstå pasientens ønsker og behov og hjelpe i å ta riktige beslutninger. Å bistå i god smertelindring så pasienten fikk det godt var viktig og hadde stor betydning for hvordan sykepleierne følte seg etterpå. Å bidra til nærhet mellom pasientene og de pårørende var viktig. Sykepleierne uttrykte viktigheten av god opplæring og veiledning av intensivsykepleiere.
Etisk vurdering	Etisk godkjent med Review Board fra Albert Einstein Medical Center, hvor studien ble gjennomført. Artikkelen er utført i samsvar med etiske retningslinjer fra «World Medical Association»
Kvalitet	Fagfellevurdert. Nivå 1. Høy kvalitet
Data base	OVID Medline

Artikkel nummer	3
Forfattere	Bloomer, Melissa J, Ruth Endacott, Margaret O'Connor, Wendy Cross
År	2013
Land	Australia
Tidsskrift	Palliative Medicine
Tittel	<i>The "dis-ease" of dying: Challenges in nursing care of the dying in the acute hospital setting. A qualitative observation study.</i>
Hensikt	Utforske sykepleiers fremgangsmåte i å håndtere døende pasienter i akuttavdelinger på sykehus.
Metode/ instrument	Kvalitativ tilnærming. Fokusgruppeintervju og observasjoner i to avdelinger. Observasjonene varte i 2-3 timer. Sykepleierne ble informert om observasjonene og det ble utført semistrukturerte intervju. Analyse av dataene ble gjort ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse. Funnene ble satt sammen av resultatet fra intervjuene og observasjonene.
Deltakere / frafall	6 sykepleiere deltok fra to forskjellige avdelinger.
Hovedfunn	Sykepleierne opplevde konflikter med legen angående avsluttende behandling. Å gi omsorg til døende pasienter samtidig til akutt syke var utfordrende. Unge uerfarne sykepleiere var mer usikre i å gi palliativ pleie enn de eldre. Enkeltrom til palliativ pasienter ble sett på som en fordel og ble høyt prioritert. Det opplevdes som et privilegium samtidig som det var emosjonelt utfordrende å gi palliativ pleie. Til tross for hyppigheten av døende pasienter, var de allikevel ikke fortrolig med det. Refleksjon ble ansett som viktig, men de delte en frustrasjon av mangelfull støtte gjorde ivaretagelsen av palliative pasienter enda mer utfordrende.
Etisk vurdering	Deltakerne fikk informasjon og deltok frivillig. Det kommer ikke frem hensyn til andre etiske forhold.
Kvalitet	Fagfellevurdert. Nivå 1. Middels kvalitet.
Data base	ProQuest

Artikkel nummer	4
Forfattere	Efstathiou, Nikolaos, Wendy Walker
År	2014
Land	Storbritannia
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing
Tittel	<i>Intensive care nurses experiences of providing end-of life care after treatment withdrawal.</i>
Hensikt	Utforske erfaringer intensivsykepleiere har i å gi omsorg til pasienter og deres pårørende etter det er besluttet å avslutte kurativ behandling.
Metode/ instrument	Semistrukturert intervju av 13 intensivsykepleiere. Intervjuguide basert på sykepleiernes erfaringer, tanker og følelser. Dataene ble analysert med en fortolkende fenomenologisk analyse.
Deltakere / frafall	13 intensivsykepleiere: 11 kvinner og 2 menn. Ingen frafall.
Hovedfunn	Sykepleierne erfarte det som viktig å symptomlindre fysiske smerter og bidra til velbehag for pasientene. De erfarte sykepleierne var mer trygg i å gi palliativ pleie enn de uerfarne. Sykepleierne opplevde mangelfull kommunikasjon med legene som skapte barrierer mot å gi effektiv pleie. Å gi omsorg for de pårørende var like viktig som å gi omsorg til pasienten. De ønsket å bidra til nærvær til pasientene så de slapp å være alene den siste tiden. Å tilrettelegge for et godt miljø hos pasienten var viktig. Dette innebar å fjerne klinisk utstyr som skapte barrierer for pasienten og de pårørende. Å håndtere sine egne følelser var utfordrende samtidig som en skulle opptre profesjonelt.
Etisk vurdering	Studien er lokalt etisk godkjent. Deltakerne fikk skriftlig informasjon om studien og det ble gitt informert samtykke fra hver enkelt. Studien var anonymisert.
Kvalitet	Fagfellevurdert. Nivå 2. Høy kvalitet.
Data base	OVID Medline

Artikkel nummer	5
Forfattere	Gelinas, Celine, Lise Fillon, Marie-Anik Robitaille, Manon Truchon.
År	2012
Land	Canada
Tidsskrift	CJNR
Tittel	<i>Stressors Experienced by Nurses providing End-of-Life palliative Care in the Intensive Care Unit.</i>
Hensikt	Beskrive stressfaktorer som oppleves av sykepleiere som gir palliativ pleie og omsorg i intensivavdelinger.
Metode/ instrument	Beskrivende kvalitativt design. Fokusgruppeintervju i 10 fokusgrupper. Det var delt inn 3 forhåndsbestemte kategorier.
Deltagere / frafall	42 sykepleiere fra 5 intensivheter i Canada.
Hovedfunn	Sykepleierne opplevde at intensivavdelinger ikke var en egnet plass å dø på grunn av små rom, mye stress, lite tid, klinisk utstyr og med en kultur om å ønske å redde liv. Kommunikasjon med pasienten var vanskelig. Kommunikasjon og samarbeid mellom leger var utfordrende. De opplevde å bli utelukket fra behandlingsplanene og uttrykte misnøye ved å gi behandling til pasienter som de lenger mente var hensiktsmessig. Sykepleierne opplevde mangel på kompetanse innenfor palliasjon, og de var usikre om det de gjorde var riktig. Det var behov for bedre hjelpemidler. De uttrykte mangel på emosjonell støtte for å takle utfordringene knyttet til jobben. De opplevde å ikke bli hørt på jobben noe som gjorde de dårlige rustet til jobben. Pårørende ble viktig for den helhetlige behandlingen, men de krevde mye tid. Å se pasienten og de pårørende lide opprørte sykepleierne.
Etisk vurdering	Det ble gjort etiske vurderinger på stedende studien ble gjennomført.
Kvalitet	Fagfellevurdert. Nivå 1. Høy kvalitet.
Data base	Cinahl

Artikkel nummer	6 (1)
Forfattere	Hinderer, Katherine A
År	2013
Land	USA
Tidsskrift	Dimensions of critical care nursing.
Tittel	<i>Reaction to Patients death. The Lived experience of Critical Care Nurses</i>
Hensikt	Utforske erfaringene intensivsykepleiere gjør seg med pasienters død.
Metode/ instrument	Fenomenologisk pilot studie med et beskrivende design. Semistrukturerte intervju.
Deltakere / frafall	6 erfarne intensivsykepleiere som jobbet i samme avdeling. Gjennomsnittsalder på deltakerne var 41 år. Alle jobbet full stilling. Ingen frafall underveis.
Hovedfunn	Sykepleierne fortalte at de med flere års erfaring hadde blitt vant til døden og mestret døden bedre. Når pasientene og de pårørende led mestret sykepleierne dette dårlig og følte utilfredshet. Flere uttrykte tristhet og at jobben ikke kunne bli lagt igjen på jobb. Sykepleiere uttrykte et behov for god støtte og kommunikasjon med kolleger. De beskrev at de emosjonelt distanserte seg fra pasienten over tid for å beskytte seg selv. De sa at døden ikke påvirket de like mye om de ikke hadde skapt et bånd til pasientene. For å effektivt ta vare på palliative pasienter måtte de akseptere døden som en naturlig og uunngåelig del av livet. Aksept av døden tillot de å leve med det. Møtet med døden gjorde at de reflekterte over eget liv.
Etisk vurdering	Innhentet institusjonell review board godkjenning fra den aktuelle institusjon. Deltakerne deltok frivillig og det ble gitt skriftlig samtykke.
Kvalitet	Fagfellevurdert. Nivå 1. Middels kvalitet
Database	OVID Medline

Artikkel nummer	7
Forfattere	Holms, Natalie, Angela Kydd, Stuart Milligan
År	2014
Land	Storbritannia, Skottland.
Tidsskrift	MA Healthcare Ltd (International Journals of Palliative Nursing)
Tittel	<i>A study of the lived experiences of registered nurses who have provided end- of- life care within an intensive care unit</i>
Hensikt	Utforske erfaringer intensivsykepleiere har gjort seg ved å jobbe med palliativ omsorg for døende pasienter og deres familier i intensivavdelinger.
Metode/ instrument	Fenomenologisk tilnærming. Semistrukturerte intervju.
Deltakere / frafall	5 sykepleiere.
Hovedfunn	Sykepleierne opplevde psykiske påkjenninger ved ivaretagelsen av palliative pasienter på intensivavdelingen. Mangel på støtte fra kolleger og ledere var vanskelig. De opplevde at det var høye forventninger for hva man selv skulle kunne innen palliativ pleie. Sykepleierne mente de hadde fått lite opplæring innen palliativ pleie. De sa de hadde tilegnet kompetanse av å observere på mer erfarne sykepleiere. Liverpool Care Pathway (LCP) ble nevnt som et godt hjelpemiddel i den palliative pleien. Den tverrfaglige kommunikasjon var avgjørende for å kunne gi helhetlig pleie. Det var ofte uenigheter angående avsluttende behandling og med det praktiske ved å ha døende pasienter i intensivavdelingen. Sykepleierne opplevde intensivavdelinger var ikke en ideell plass for døende og deres pårørende og påvirket pleien.
Etisk vurdering	Deltakerne fikk informasjonsskriv om undersøkelsen. Ingen annen informasjon om etiske overveielser kommer frem.
Kvalitet	Fagfellevurdert. Nivå 1. Middels kvalitet
Database	Cinahl

Artikkel nummer	8
Forfattere	Johansson, Kristina, Berit Lindahl
År	2011
Land	Sverige
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing
Tittel	<i>Moving between rooms- moving between life and death: nurses experiences of caring for terminal ill patients in hospitals</i>
Hensikt	Utforske sykepleiers erfaringer med å gi pleie og omsorg for palliative pasienter i sykehusavdelinger.
Metode/ instrument	Narrativ tilnærming for å innhente data. Intervjuene ble gjort med åpne spørsmål og analysert ved bruk av fenomenologisk hermeneutisk tilnærming.
Deltakere / frafall	8 sykepleiere fra 2 forskjellige sykehus i Sverige ble intervjuet. De jobbet i medisinske og kirurgiske avdelinger. Alle deltakerne var kvinner med erfaring fra 3- 32 år.
Hovedfunn	Sykepleierne så på det som et privilegium å få jobbe med palliative pasienter, samtidig som de opplevde emosjonelle reaksjoner. De opplevde særlig utilfredshet når pasienten led. De ønsket sterkt å imøtekomme pasientenes og de pårørendes behov og opplevde å bli dypt involvert i arbeidet. For å takle den daglige jobben distanserte de seg personlig fra pasientene. Sykepleierne syntes det var viktig å tilrettelegge for et godt miljø rundt pasientene, da det økte kvaliteten på pleien. Refleksjon var en viktig støtte for å dele ens tanker og bearbeide følelsene. De fortalte at det var ikke bestandig behovet for ny kunnskap som var viktig, men å ha kunnskap om seg selv og hvordan en anvendte den erfarte kunnskapen. For å kunne gi god palliativ pleie kom det frem at sykepleierne trengte mer tid, noe de ikke hadde.
Etisk vurdering	Etisk godkjenning var ikke nødvendig i henhold til svensk lovverk. De inkluderte sykepleiere som hadde gitt informert samtykke.
Kvalitet	Fagfellevurdert. Nivå 2. Høy kvalitet
Database	ProQuest

Artikkel nummer	9
Forfattere	Johnson, Susan Carey, Patricia Gray
År	2013
Land	USA
Tidsskrift	Holistic Nursing Practise
Tittel	<i>Understanding Nurses Experiences of Providing End-of-life Care in the US Hospital Setting</i>
Hensikt	Utforske sykepleiers perspektiver angående fenomener knyttet til palliativ omsorg i en sykehus setting.
Metode/ instrument	Hermeneutisk fenomenologisk metode. Semistrukturert interaktiv tilnærming. Intervju der sykepleierne fikk spørsmål om å beskrive sine erfaringer knyttet til temaet. Intervjuene ble gjort på private sted valgt av deltakerne.
Deltakere / frafall	13 sykepleiere deltok fra ulike sykehus. De hadde varierende erfaring. Ingen frafall er registrert.
Hovedfunn	Sykepleierne opplevde personlige og profesjonelle utfordringer som ga emosjonelle konsekvenser. Når pasientene og de pårørende led opprørte det sykepleierne. De syntes det var frustrerende når helseteamet hadde ulike oppfatninger om behandling for pasientene. De opplevde mangelfull kompetanse i kommunikasjon og symptomlindring. Opplæring og utdanning var nedprioritert. De var enige om at den mest effektive kunnskapen var en forståelse av pasienten og de pårørende. Erfaringene rundt døden gjorde at de så på døden som noe uunngåelig. Å få en relasjon til pasienten var viktig da de fikk kartlagt pasientens behov. Å lage et hjemmekoselig miljø med å fjerne barrierer som sengehester og utstyr og sette på musikk og henge opp bilder var viktig.
Etisk vurdering	Godkjenning av studien er innhentet fra hensiktsmessige «review bord.» Deltakerne ble informert skriftlig.
Kvalitet	Fagfellevurdert. Nivå 1. Middels kvalitet
Database	ProQuest

Artikkel nummer	10
Forfattere	King, Ann Phyllis, Sandra P. Thomas
År	2013
Land	USA
Tidsskrift	Western journal of Nursing Research
Tittel	<i>Phenomenological Study of ICU Nurses Experience Caring for Dying Patients.</i>
Hensikt	Utforske intensivsykepleieres oppfatning av omsorg for døende pasienter.
Metode/ instrument	Eksistensielt fenomenologisk studie. Dialogiske dybde intervjuer.
Deltagere / frafall	14 sykepleiere: 12 kvinner og 2 menn.
Hovedfunn	Sykepleierne uttrykte hvordan de ble følelsesmessig påvirket av å gi palliativ pleie i en intensivavdeling. De uttrykte dype forbindelser mellom pasientene og deres familier. De uttrykte tilfredshet når pasientene og de pårørende også opplevde tilfredshet. Sykepleierne erfarte det som viktig å ha en god kommunikasjon med legene, kolleger, pasientene og de pårørende. Sykepleierne følte at legene ikke identifiserte pasienters behov, var fraværende og lite konkrete i sin kommunikasjon. Å være en god støtte ble viktig. Dette innebar å tale pasientens sak, formidle informasjon og gjøre den forstående.
Etisk vurdering	Etisk godkjenning ble innhentet av «Institusjonal Review Board» fra universitetet. Det ble opprettholdt streng taushetsplikt for intervju-transkripsjonene og samtykket ble opprettholdt.
Kvalitet	Fagfellevurdert. Nivå 1. Høy kvalitet.
Database	OVID Medline

Artikkel nummer	11
Forfattere	O'Shea, Maureen F.
År	2014
Land	USA
Tidsskrift	The American Journal of Nursing
Tittel	<i>Staff Nurses Perception Regarding Palliative Care for Hospitalized Older Adults.</i>
Hensikt	Utforske sykepleiernes perspektiver på palliativ omsorg for eldre voksne innlagt på sykehus.
Metode/ instrument	Semistrukturert intervju i fokus grupper.
Deltagere / frafall	18 sykepleiere som alle var kvinner. De jobbet i 3 forskjellige kommunale sykehus nordøst i Amerika.
Hovedfunn	Sykepleierne opplevde en usikkerhet rundt betegnelsen palliativ omsorg og hva det innebærte å være i en palliativ fase. De understreket viktigheten av kommunikasjon blant helseteamet, pasienten og de pårørende. Å være til god støtte for pasienten i form av å lytte, dele informasjon og tok hensyn til enkeltpasienters helhetlige situasjon var viktig. Når pasientenes behov ikke ble ivaretatt delte de en bekymring. De gjenkjente når pasienten ikke hadde fordeler av en behandlingsplan og uttrykte følelser i konflikter når de så pasienten led. De uttrykte at palliativ omsorg var tidkrevende, og de følte de ikke strakk til i å møte pasienters behov. Mer opplæring og informasjon ble sett på som verdigfult for å kunne mestre jobben sin bedre, både for pasientens del og for sykepleierens del.
Etisk vurdering	Alle deltakerne fikk god informasjon om prosedyrene til studien. Hver deltaker deltok frivillig etter å ha mottatt informasjon og skrev under skjema om frivillig samtykke.
Kvalitet	Fagfellevurdert. Nivå 1. Middels kvalitet.
Database	ProQuest

Artikkel nummer	12
Forfattere	Ranse, Kirsten, Patsy Yates, Fiona Coyer
År	2012
Land	Australia
Tidsskrift	Australian Critical Care
Tittel	<i>End- of- life- care in the intensive care setting: A descriptive exploratory qualitative study of nurses beliefs and practices.</i>
Hensikt	Utforske intensivsykepleieres oppfatninger og erfaringer av palliativ omsorg.
Metode/ instrument	Beskrivende utforskende kvalitativ forskning. Semistrukturert dybdeintervju.
Deltagere / frafall	5 intensivsykepleiere, alle kvinner. Ikke opplyst om noe frafall.
Hovedfunn	Sykepleierne beskrev usikkerhet rundt palliasjon på intensivavdelingen. De var usikre på å snakke om pasienters prognose og beslutninger angående behandling. De erfarne sykepleiere uttrykte at nyutdannede sykepleiere hadde mangel på erfaring og ikke så hele aspektet ved sykdommen. De følte seg privilegert for å kunne jobbe med døende pasienter og deres pårørende. Kulturen på intensivavdelingen var å redde liv. De uttrykte stor grad av emosjonelle reaksjoner og begrenset organisatorisk støtte. De opplevde at de selv måtte takle reaksjonene knyttet til døden. Det var viktig å smertelindre hele aspektet hos pasientene. Å tilrettelegge for enkeltrom var en fordel for pasientene og de pårørende. Å fjerne klinisk utstyr var også viktig. Sykepleierne syntes det var en viktig rolle å både være støtteende for pasientene og de pårørende. Det var like viktig å bistå for pårørende som for pasienten.
Etisk vurdering	Etisk godkjenning ble gitt av universitetet der studien ble gjort.
Kvalitet	Fagfellevurdert. Nivå 1. Høy kvalitet
Database	OVID Medline