



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Pleie til døende/ Care for dying patients

42 og 75

Totalt antall sider inkludert forsiden: 71

Molde, 31.mai 2019



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 URKUND, 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"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder:

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

Dato: 08.mai 2019

Antall ord: 10 986

Sammendrag

Bakgrunn: 31 % av dødsfall i Norge skjer på sykehus. Møte med lidende og døende pasienter utfordrer sykepleier på det personlige plan. For sykepleiere kan mangel på erfaring, kunnskap og undervisning om alvorlig syke og døende virke inn på sykepleierens tro på sin egen kompetanse og går ut over pasientpleien.

Hensikt: Hensikten med vår litteraturstudie var å belyse hvilke erfaringer sykepleiere har med pleie til døende pasienter på sykehus.

Metode: En systematisk litteraturstudie basert på 13 kvalitative forskningsartikler.

Resultat: Resultat fra studien ga hovedkategorien sykepleiers erfaring. Under sykepleiers erfaring ble resultatene delt inn i underkategoriene sykepleierens positive og negative reaksjoner, deres forhold til kompetanse og erfaring, opplevelsen av en god død, pårørendes behov, erfaringer med kommunikasjon og informasjon, og utfordringer relatert til tverrfaglig samarbeid, tid og rom.

Konklusjon: Denne systematiske litteraturstudien viste at sykepleiere møter ulike utfordringer ved pleie til døende pasienter. Dette kan føre til at sykepleiere setter flere krav og ønsker om mer fokus på opplæring innen pleie til døende i utdanningen, teoretisk og praktisk, men også på arbeidsplassen.

Nøkkelord: Døende, sykepleier, erfaring og sykehus.

Abstract

Background: 31 % of all deaths in Norway occur in hospitals. The meeting with suffering and dying patients is challenging nurses on a personal level. A lack of experience, knowledge and education about seriously ill and dying patients can affect the nurses self-confident about their own competence. This can affect the patient care.

Purpose: The aim of this study was to explore how nurses experience the caring process for dying patients in hospitals.

Method: A systematic literature study based on 13 qualitative research articles.

Results: The results forms one category; nurses experience and eight subcategories. The nurses experience focused on their positive and negative personal reactions, their relationship with competence and experience, what is a good death, the relatives needs, experiences with information and communication and challenges related to interdisciplinary collaboration, time and space.

Conclusion: This systematic literature study showed that nurses meet different challenges when caring for dying patients. The challenges that nurses experience can make them set more requirements and wishes about focus on how to practise good care for dying patients in their education, both theoretically and practically, but also in the workplace.

Keywords: Dying, nurse, experience and hospital

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
2.0 Bakgrunns teori	2
2.1 Begrepsavklaring	2
2.2 Sykepleierens erfaringer	2
2.3 Pleie til døende	3
2.4 Ivaretagelse av pårørende	4
3.0 Metodebeskrivelse	5
3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	5
3.1.1 Inklusjonskriterier:	5
3.1.2 Eksklusjonskriterier	5
3.1.3 Begrunnelse for inklusjons- og eksklusjonskriterier	5
3.2 Pico-skjema	6
3.3 Datasamling	6
3.4 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn	8
3.5 Etiske overveielser	8
3.6 Analyse	9
4.0 Resultat	11
4.1 Sykepleiers erfaringer med pleie til døende	11
4.1.1 Sykepleiers positive reaksjoner	11
4.1.2 Sykepleiers negative reaksjoner	11
4.1.3 Kompetanse og erfaring	13
4.1.4 Den gode død	14
4.1.5 Pårørendes behov	15
4.1.6 Kommunikasjon og informasjon	16
4.1.7 Tverrfaglig samarbeid	17
4.1.8 Tid og rom	18
5.0 Diskusjon	20
5.1 Metodediskusjon	20
5.1.1 Inklusjon og eksklusjon	20
5.1.2 Søkestrategi	21

5.1.3	Kvalitetsvurdering	22
5.1.4	Analyse	22
5.2	<i>Resultatdiskusjon</i>	24
	Sykepleiers erfaringer med pleie til døende	24
5.2.1	Givende å pleie døende	24
5.2.2	Krevende arbeid	25
5.2.3	Kompetanse og erfaring påvirker sykepleier	26
5.2.4	God pleie i livets siste fase	27
5.2.5	Pårørende må ivaretas og støttes	28
5.2.6	Kommunikasjon er mer enn informasjon	30
5.2.7	Samarbeid mellom sykepleiere og annet helsepersonell	31
5.2.8	Mangel på tid og rom – et problem	31
6.0	Konklusjon	33
6.1	<i>Forslag til videre forskning</i>	33
7.0	Litteraturliste	34
8.0	Vedlegg	38

1.0 Innledning

I følge Helsedirektoratet (2018) skjer 31 % av dødsfall i Norge på sykehus. Møte med lidende og døende pasienter utfordrer sykepleiere på det personlige plan. Sykepleiere må hele tiden utforske sine egne tanker, følelser og reaksjoner som dukker opp i disse situasjonene. Erfaringene til sykepleiere vil påvirke og utvikle evnen deres til å stå i situasjonene og mestre dem (Kalfoss 2016, 453).

Forskning av Helse- og omsorgsdepartementet publisert i Norges offentlige utredninger (2017:16) presiserer at palliasjon ikke er et eget tema i studieplanene i norske bachelorutdanninger. Rammeplanen har innhold og læringsmål knyttet direkte til palliasjon, men det siteres: ”Det kan synes som det er tilfeldig om studentene møter pasienter med palliative behov i praksis.” (NOU 2017:16, 70). Som sykepleierstudenter har vi selv erfart at man kan få sin autorisasjon uten å ha betydelig erfaring med døende pasienter.

Mangel på erfaring, kunnskap og undervisning med/om døende virker inn på sykepleierens tro på egen kompetanse. I denne oppgaven ønsker vi å belyse sykepleierens erfaring med pleie til døende pasienter. Dette tror vi kan hjelpe oss og andre sykepleiere til å forstå hva vi kan forvente, hvordan vi selv skal opptre og håndtere pleie til døende pasienter. Personlig føler vi at vi har en god mengde med teoretisk kunnskap om temaet, men vi har lite erfaring fra praksis (Kalfoss 2016, 462).

Vi har opplevd at det både er givende, utfordrende og krevende å gi pleie til døende pasienter. Som nyutdannede skal vi stå mer eller mindre alene med den døende pasienten og deres pårørende. Ved å lese oss opp på tema og gjøre en litteraturstudie i sykepleieperspektiv vil vi bruke kunnskapene vi tilegner oss som et grunnlag i jobben vi skal utføre.

Hensikt:

Hensikten med vår litteraturstudie var å belyse hvilke erfaringer sykepleiere har med pleie til døende pasienter på sykehus.

2.0 Bakgrunns teori

2.1 Begrepsavklaring

Helsedirektoratet (2018) bruker Norsk Palliativ Forening og Norsk forening for palliativ medisin (2016) definisjon på livets slutfase; ” Når det er overveiende sannsynlig at gjenværende levetid er betydelig begrenset, ofte definert som uker eller dager”. Videre beskriver Norsk Palliativ Forening og Norsk forening for palliativ medisin (2016) en døende som en pasient som vil dø i løpet av kort tid, det vil si i løpet av timer eller få dager.

Begrepet *døende* har sin berettigelse når en omtaler en pasient med klinisk observerbare fysiske forandringer som tyder på snarlig død. Smerte, dyspné, angst/uro, surkling i luftveiene og kvalme er de vanligst forekommende symptomer hos døende, uavhengig av diagnose (Tømmerbakk 2009). Dette er den fasen av livet da pasienten er terminalt syk, terminal betyr siste stadium eller slutfasen (Mathisen 2011, 299-304).

Mennesker møter døden på forskjellige måter. Noen går igjennom en lang og smertefull prosess før de dør. Andre dør brått og smertefritt. Det hender døden er ventet, få ganger er den etterlengtet og mange ganger skjer den uventet. Sykepleieren skal på forskjellige måter kunne hjelpe mennesker ved livets avslutning enten døden er ventet eller uventet. De skal også støtte de pårørende slik at livet kan leves videre på best mulig måte (Mathisen 2011, 299-304).

2.2 Sykepleierens erfaringer

Erfaring vil si informasjon individet erverver gjennom sansing og handling (Holmen 2014). All læring tar utgangspunkt i erfaringen. Erfaringer kan være av ulik karakter, den som skal lære, blir for eksempel utsatt for syns- og hørselsinntrykk som vekker tanker og reaksjoner. For at en skal lære noe av erfaringen, forutsettes det at en vender tilbake til situasjonen for å beskrive og analysere den grundig. Ved å beskrive muntlig eller skriftlig hva som skjedde, vil situasjonen framstå tydeligere for vedkommende. En vil kunne bli oppmerksom på forhold og faktorer som påvirker handlingsforløpet, men som en kanskje ikke tidligere var klar over (Kristoffersen 2011, 193).

Når sykepleiere pleier døende kommer de tett på pasienten og pårørende. Sykepleieren tar del i deres sorg, frykt, håp og gleder. Daglig konfronteres sykepleieren med sin egen angst og sårbarhet og kanskje trangen til å flykte fra krevende pasientsituasjoner (Tømmerbakk 2009).

Sykepleiers selvbilde, hva sykepleieren bryr seg om, hva god omsorg betyr for dem og deres selverkjennelse er med på å forme hvordan de mestrer erfaringer med lidelse og død. Det krever faglig dyktighet, vilje og evne til å gi av seg selv for å kunne arbeide blant lidende, døende og deres pårørende. En sykepleier bør kjenne seg selv for å kunne mestre sykepleie til døende pasienter. De bør vite hvilke meninger, vurderinger, følelser og reaksjoner som kan utløses hos dem selv i utfordrende situasjoner (Kalfoss 2016, 477).

2.3 Pleie til døende

Den døende pasientens ønsker skal bli hørt og bør innfris så langt det er mulig. Dette er etisk begrunnet og med hensyn til å oppnå en verdig og god død. I tilfeller hvor pasientens ønsker ikke kan imøtekommes, bør pasienten og deres pårørende få en forklaring på hvorfor. Det bør hele tiden være en god dialog mellom pleiere/behandlere og pasienten, samt deres pårørende om mulige alternativ. I Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 presiseres pasientens rett til medvirkning (Pasient- og brukerrettighetsloven, § 3-1, 2018, Helsedirektoratet 2018).

Dødssyke pasienter har like mye behov som andre pasienter, for kompetent sykepleie. Grunnleggende sykepleie skal gis til livets slutt. Spesielt med døende er at de ofte har behov for lindrende og forebyggende pleie for å unngå nye kroppslige tilstander. Viktige oppgaver for sykepleieren er å forebygge liggesår, med leieendring og hjelpemidler som hælklapper og trykkavlastende madrasser. Leieendringer kan også hjelpe til å forebygge dyspné. Spesielle munnstell for å øke pasientens velvære og forebygge kvalme. Sykepleier må vurdere behovet for smertelindrendelegemidler gjennom pasientens ønsker og uttrykk for smerte (Mathisen 2011, 426-431).

Helsedirektoratet (2018) beskriver i ”Nasjonale faglige råd for lindrende behandling i livets slutfase” at helsepersonell skal tilstrebe ulike pleie- og omsorgstiltak som bidrar til å lindre eller fjerne årsaken til symptomer og ubehag. Noen tiltak skal også forebygge at

symptomene forverres. Tiltakene bør hele tiden vurderes, justeres og eventuelt endres for å fremme mest mulig velbehag for pasienten og de pårørende.

I boken *Sykepleieteorier – analyse og evaluering* beskrives Virginia Hendersons teori om sykepleierens møte med den terminale pasienten. Sykepleieren må fokusere på individets behov for å opprettholde eller bygge opp et livsmønster som sikrer en verdig og fredfull død. Henderson mener at sykepleieren må ta utgangspunkt i pasientens grunnleggende behov og hvordan de best kan tilfredsstilles, for å oppnå at vedkommende får en fredfull død (Kirkevold 1998, 100-102).

2.4 Ivaretagelse av pårørende

Best mulig livskvalitet for pasienten og deres pårørende er målet med omsorgen og behandlingen som gis. Når en pasient er i livets slutfase, er god pleie og omsorg det viktigste. Pleieren skal møte pasienten med respekt. De skal bidra til best mulig symptom og smertelindring, ivareta psykiske, sosiale og åndelige behov. Sykepleieren bør tilstrebe at den døende og deres pårørendes behov blir ivaretatt og at de møtes med empati, omsorg og respekt (Kalfoss 2016, 472, Helse- og omsorgsdepartementet 2015, 29).

Det kreves tverrfaglighet og inkludering av pasienten og pårørende for å planlegge pleie i livets slutt. Pasientens situasjonen er sammensatt, komplisert og uforutsigbar. Menneskene sykepleieren møter er unike, og dermed er det ingen fast prosedyre eller oppskrift på hva som kan gjøres eller bli sagt. Det kreves at sykepleieren har gode fagkunnskaper, et varmt hjerte og dyktige hender (Tømmerbakk 2009).

3.0 Metodebeskrivelse

I en litteraturstudie skal valg av forskningsartiklene gjøres systematisk og utvalgsmetoden skal være definert. Søkestrategier skal beskrives og inklusjons- og eksklusjonskriterier skal begrunnes. Inkluderte artikler skal kvalitetssikres og analyseres (Christoffersen et al. 2015, 62-63).

3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

3.1.1 Inklusjonskriterier:

- Kvalitative artikler
- Engelsk, norsk, svensk eller dansk språk
- Sykehus
- Avgrenset fra 2009 til i dag
- Sykepleieperspektiv
- Fagfellevurderte artikler
- Pasienter i livets slutt

3.1.2 Eksklusjonskriterier

- Leger og annet helsepersonell
- Pasient- og pårørendeperspektiv
- Pasienter under 18 år
- Review artikler
- Kvantitative artikler

3.1.3 Begrunnelse for inklusjons- og eksklusjonskriterier

I følge Helsebiblioteket (2016, a) er kvalitative studier forskningsmetoden som brukes til å belyse menneskers erfaringer. Hensikten med studien er å finne sykepleiers erfaringer, derfor valgte vi å inkludere kun kvalitative artikler. Vi valgte sykepleieperspektiv fordi det kan vise oss hvordan sykepleiere opplever å gi pleie til pasienter i livets slutfase. Siden vi begge skal jobbe på sykehus i avdelinger med voksne, er det mest relevant å inkludere artikler fra sykehus om sykepleie til voksne. Det ble kun inkludert artikler på engelsk. Vi

ønsket ikke å spesifisere artiklene til noen diagnose og har derfor kun tatt med artikler som ikke sier noe om pasientens diagnose. Vi har inkludert artikler fra 2009 til i dag fordi vi ønsker maksimalt ti år gamle artikler. Årsaken til at vi inkluderte så gamle artikler er at det er lite forskjell i funnene på gamle og nye artikler. Vi inkluderte kun artikler som hadde funn som var overførbare til norsk praksis.

3.2 Pico-skjema

I følge Høgskolen i Molde (2018) retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie skal vi bruke et PICO-skjema. Ifølge Helsebiblioteket (2016, b) står P for population/patient/problem, I for intervention, C for comparison og O for outcome. Vi valgte å bruke et PIO-skjema fordi utfra hensikten skal vi ikke sammenlikne.

3.3 Datasamling

P	I	O
Palliativ Terminal Dø* Livets slutt	Sykepleie* Palliativ pleie Sykehus	Erfar* Sykepleiers erfaring
Palliative End-of-life Terminal ill "end of life" Dying Death	Palliative care Nurs* Nursing Hospital	Experienc* Nurses experience

Vi startet med prøvesøk hvor vi søkte på en rekke ulike hensikter. De fleste treffene var kvantitative, men vi ønsket kvalitative. Derfor endret vil til en hensikt som ville belyse

erfaringer. Når vi hadde bestemt oss for hensikt bestilte vi time med bibliotekar. Etter dette fikk vi en god søkestrategi.

Det første PICO-elementet inneholder pasient eller problem. I følge Nortvedt et al. (2012) skal søkeordene her avgrense hvilke pasienter eller hvilket problem som undersøkes. I vårt søk inkluderte vi: Palliative, End-of-life, "end of life", "terminal ill", dying og death på engelsk og palliativ, terminal, dø* og livets slutt på norsk.

I det andre PICO-elementet skal søkeordene basere seg på ønsket "intervention". Denne kolonnen skal inneholde tiltakene eller intervensjonene som vurderes. Her inkluderte vi søkeordene palliative care, hospital, nurs* og nursing på engelsk og sykehus, sykepleie* og palliativ pleie på norsk (Nortvedt et al.2012, 33).

Den siste kolonnen skal vise hvilke utfall vi er interessert i. Her ønsker vi å finne sykepleiers erfaring. I dette PICO-elementet hadde vi med experienc* og nurses experience på engelsk og erfar* og sykepleiers erfaring* på norsk (Nortvedt et al.2012, 33).

MeSH står for Medical Subject Headings. Vi brukte MeSH på ordene dø*, sykepleie*. Nurs*, erfar* og experien*. Dette fordi det bidrar til å gi mer presise søk når man søker etter litteratur i internasjonale databaser (Nortvedt et al.2012, 196, Helsebibliotek 2018).

Når man har funnet relevante søkeord, skal søkene kombineres med AND, OR og NOT. Vi brukte bare AND og OR. Helsebiblioteket (2016, c) hevder at OR utvider søk. Vi søkte på alle ordene i P-elementene hver for seg. Deretter brukte vi OR mellom hvert av søkeordene i P-elementet. Det samme gjorde vi med ordene i I- og O-elementene. Etter dette satt vi igjen med tre søk, hvor hvert av søkene inkluderte enten alle ordene fra P-, I- eller O-elementene. Ifølge Helsebiblioteket (2016, c) skal AND avgrense søk. Derfor kombinerer vi de tre søkene med AND mellom slik at vi kun fikk artikler som innebar minst et ord fra hver kolonne i PIO-skjema.

Vi søkte i Ovid Medline med engelske ord. Vi avgrenset søket til artikler publisert i 2009 eller senere og artikler på engelsk, norsk, svensk og dansk.. Vi så i gjennom søkene og valgte ut relevante titler. Deretter leste vi abstracts. Videre dobbeltsjekkete vi at hensikten var den vi ønsket, at det var sykepleieperspektiv og at de var kvalitative. Vi fagfellevurderte artiklene og inkluderte de som fikk nivå 1 eller 2. Artiklene som virket

relevante til hensikten printet vi ut eller bestilte gjennom bibliotekets nettside. Vi skimleste artiklene, ekskluderte irrelevante artikler og endte opp med 17 artikler.

3.4 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

Under datainnsamlingen kvalitetsvurderte vi forskningsartiklenes egnethet til vår studie gjennom inklusjons- og eksklusjonskriteriene våre. Ved bruk av registeret over vitenskapelige publiseringskanaler til Norsk senter for forskningsdata, fant vi ut om artiklene var fagfellevurderte. Her sjekket vi nivået på publiseringskanalen til tidsskriftet artiklene var utgitt i. 15 artikler var nivå 1 og to artikler hadde nivå 2. Fagfellevurdering kontrollerer kvaliteten og viktigheten av publikasjoner i forskning. Artikler som ligger i et fagfellevurderte tidsskrift har blitt kvalitetssikret av eksperter på fagfeltet eller metoden(Nortvedt et al.2012, 197).

Når vi kvalitetsvurderte brukte vi Helsebibliotekets (2016, d) sjekklister for kvalitative artikler. Ved bruk av sjekklister gikk vi igjennom hver artikkel og svarte på 10 spørsmål med svaralternativ ”ja”, ”uklart” og ”nei”. Først vurderte vi artiklene hver for oss og deretter diskuterte vi hver enkelt artikkel sammen. Etter dette vurderte vi artikkelen i sin helhet og satt igjen med et felles inntrykk om hvorvidt artikkelen hadde høy nok kvalitet. Vi fokuserte spesielt på at forskningsartiklene hadde etiske overveielser, at utvalget var hensiktsmessig, at resultatene til studien kunne relateres til hensikten vår og at resultatene var overførbare til praksis. Her ekskluderte vi fire artikler som ikke innfridde våre krav og satt igjen med 13 artikler.

3.5 Etiske overveielser

Forskning innen helsefagene skal gjøres etisk forsvarlig. Deltakere i studien skal informeres om rett til selvbestemmelse og autonomi, forskeren plikter å respektere deltakerens privatliv, forskeren har taushetsplikt, skal anonymisere deltakerne og har ansvar for å unngå skade. Ni av våre artikler var godkjent av etisk komite. De fire svenske artiklene hadde tatt etiske hensyn, men ikke blitt godkjent av etisk komite fordi det ikke er krav om etisk godkjenning når det forskes på helsepersonell i Sverige (Christoffersen et al. 2015, 43-45).

3.6 Analyse

Analyse betyr nøyaktig undersøkelse av noe som er sammensatt av flere bestanddeler for å forklare et gitt problem. Med studien ønsker vi å undersøke sykepleiers erfaringer med pleie til døende. Derfor analyserer vi artikler med samme hensikt for å forklare dette. Vi brukte Evans fire faser for å jobbe kunnskapsbasert og strukturert ved analyse av forskningsartiklene (Persvold 2019):

- Datainnsamling
- Identifisere de viktigste funnene i hver studie
- Sammenligne funn på tvers av studiene
- Sammenfatte felles funn for å beskrive fenomenet

Fase én går ut på å samle litteratur som er relevant for litteraturstudien gjennom databasesøk (Evans 2002). Underveis i søkene skal man identifisere de viktigste funnene i forskningsartiklene. Vi søkte i Ovid Medline, ProQuest og SveMed+ for å finne artikler. For å finne relevante artikler leste vi alle titler. Vi leste sammendragene til de artiklene som virket relevante til hensikten vår. Artiklene som svarte på vår hensikt lagret vi eller bestilte gjennom biblioteket.

Den andre fasen går ut på å identifisere de viktigste funnene i hver studie (Evans, 2002). Her leste vi alle artiklene hver for oss. Vi brukte tusjer og penner til å markere ut funnene i artiklene. Sammen gikk vi gjennom funnene og diskuterte hvordan vi tolket de. På denne måten fant vi hovedfunnene i forskningsartiklene. Vi laget en tabell hvor hver kolonne hadde et tema. Hvert hovedfunn ble plassert under et tema og markert med artikkelnummer. Slik fikk vi en oversikt over hvilke funn som flere av forskningsartiklene hadde kommet frem til.

Fase tre handlet om å sammenlikne funnene på tvers av forskningsartiklene (Evans, 2002). I denne fasen brukte vi oversikten fra fase to for å finne ut hvilke tema som gikk igjen. Tabellen vi laget i fase to ble brukt som en oversikt over hvilke av funnene som ble støttet opp av hvilke artikler. Vi tok for oss et tema av gangen og brukte farger for å sortere. Hver farge betydde at alle funnene med denne fargen støttet hverandre. Dette ga oss en oversikt over hvilke artikler som hadde sa noe om hvert enkelt tema og hvilke tema som hadde størst fokus.

Den fjerde fasen er å sammenfatte de felles funnene (Evans, 2002). Tabellen utarbeidet i fase to og tre ga oss en god oversikt over likheter og ulikheter med studiene.

Hovedfunnene var nå godt sortert sammen med hvilke artikler som hadde funnene.

Dermed kunne vi ut i fra dette skjemaet formulere våre hovedfunn. De detaljerte hovedfunnene ble dobbeltsjekket i artiklene for å forsikre om at vi formulerte dem riktig.

4.0 Resultat

4.1 Sykepleiers erfaringer med pleie til døende

4.1.1 Sykepleiers positive reaksjoner

Å pleie en døende og få ledsage pasienten og de pårørende gjennom livets siste reise, føles for mange som et privilegium (Fridh, Forsberg og Bergbom 2009, Ranse, Yates og Coyer 2012). Sykepleierne er takknemlige for at de får muligheten til å ta vare på pasienter og familien ved livets slutt (Ranse, Yates og Coyer 2012, Johansson og Lindahl 2011, Ong, Ting og Chow 2017, Fridh, Forsberg og Bergbom 2009, Kisorio og Langley 2016).

”We were so lucky to have the opportunities to encounter those patients. By providing care, we were required to confront and prepare for death and cherish our lives. I think this is a privilege for a nurse. Death is not a terrible thing anymore. It is positive energy that directs us. We are the ones who gain the most.” (Liu og Chiang 2017, 34)

Mange sykepleiere erfarer at å pleie døende pasienter har endret måten de ser sitt eget liv på. Sykepleierne føler at dette gjør dem mer forberedt til død på privat arena. De føler at de lærer seg å leve mer i øyeblikket og ikke kaste bort tiden. Å være så nær døden kan gi en følelse av at døden er en naturlig del av livet. Sykepleierne erfarer at de generelt blir mer takknemlige for livet. Omsorgsprosessen for en døende pasient blir beskrevet som en del av deres egen personlige utvikling og det er både positivt og utfordrende arbeid (Iranmanesh et al. 2011, Liu og Chiang 2017, Johansson og Lindahl 2011, Ong, Ting og Chow 2017).

4.1.2 Sykepleiers negative reaksjoner

Forskningsartiklene beskriver at det er følelsesmessig og psykisk krevende å pleie døende. Enkelte pasienter krever mer enn andre og noen pasienter har en større innvirkning på sykepleieren (Andersson, Salickiene og Rosengren 2016, Kisorio og Langley 2016). Mange av artiklene viser at sykepleiere erfarer det å pleie unge døende pasienter som spesielt vanskelig (Fridh, Forsberg og Bergbom 2009, Kisorio og Langley 2016). Om pasienter ikke ønsker smertelindring eller ikke kan smertelindres godt nok, gjør dette også sterkt inntrykk (Fridh, Forsberg og Bergbom 2009).

Det kom også frem at prosessen er ekstra belastende om sykepleieren har bygget opp et godt forhold til pasienten og de pårørende. Dette skjer ofte med pasienter som har lengre sykehusopphold. Sykepleierne synes det er trist når pasienten dør og vanskelig å se de pårørende i sorg (Ong, Ting og Chow 2017, Liu og Chiang 2017, Fridh, Forsberg og Bergbom 2009, Kisorio og Langley 2016).

De gangene sykepleieren ikke rekker å bli kjent med pasienten før den terminale fasen føles det hele mer anonymt og det setter seg mindre i minnet (Fridh, Forsberg og Bergbom 2009). For noen sykepleiere er det viktig å holde en viss avstand fra den døende pasienten og de pårørende, for å forsikre seg om at forholdet blir profesjonelt. Dette kan hjelpe sykepleier til å i mindre grad bli knyttet til pasienten og da også klare å legge fra seg tankene når arbeidsdagen er over (Andersson, Salickiene og Rosengren 2016, Johansson og Lindahl 2011).

”Sadness is always with me, suppressed but accumulates, until I burn out. I remember that I cried for a long time, I could not stop crying. It is like you have a bleeding wound and you cover it with gauze, cut you cannot stop bleeding. In the end, you will collapse.” (Liu og Chiang 2017, 32-33).

Det går igjen i mange artikler at sykepleierne føler at hele prosessen er krevende. Når pasienten dør, føler mange seg utslitte og tomme. Sykepleierne føler at de må gi mye av seg selv når de pleier en døende, både medmenneskelig og profesjonelt (Fridh, Forsberg og Bergbom 2009, Johansson og Lindahl 2011). De synes det er vanskelig og trist å se pasienter som kommer til å dø og som går gjennom smertefulle og ubehagelige behandlingsmetoder. Dette ser de på som unødvendig og det er vesentlig at de slipper å ha det vondt (Liu og Chiang 2017).

Mange sykepleiere trenger tid for å komme seg igjen etter at pasienten dør. De har behov for en kortere pause før de tar over en ny pasient, spesielt om den nye pasienten også er terminal. Det kommer fram at noen sykepleiere erfarer denne delen av yrket som så slitsom og mentalt utfordrende at det kan føre til utbrenthet. Sammen med emosjonelle reaksjoner har noen sykepleiere somatiske problemer som søvnløshet (Kisorio og Langley 2016, Fridh, Forsberg og Bergbom 2009, Ong, Ting og Chow 2017, Mak, Chiang og Chui 2013). Det kommer fram i en artikkel at sykepleiere blir opplært til å holde tilbake sine egne følelser og opptre profesjonelt, men de har uansett behov for å sørge når pasienten dør (Liu og Chiang 2017).

4.1.3 Kompetanse og erfaring

I forskningsartiklene kommer det fram sykepleierne lager seg metoder for å håndtere prosessen med pleie til døende. Mange mener at det er behov for organisatorisk støtte, debrifing og støtte fra kolleger når pasienter dør. Det er viktig for sykepleierne å føle at de mestrer prosessen for å opprettholde sin personlige helse (Kisorio og Langley 2016, Donnelly og Psirides 2015, Ranse, Yates og Coyer 2012, Ong, Ting og chow 2017). Mange sykepleiere tviler på seg selv og sin evne til å ta vare på pasienten og de pårørende (Mak, Chiang og Chui 2013).

”The end-of-life care course is helpful, but it’s mostly about cancer patients.. not really critical care.. some of it doesn’t really relate to my setting... there must be a model for us to improvise on from the course.”(Ong, Ting og chow 2017, 262).

Sykepleiere opplever at erfaringer både privat og profesjonelt påvirker arbeidet de gjør (Donnelly og Psirides 2015, Iranmanesh et al. 2011). De kan ta med seg sine personlige filosofiske grunnlag inn i jobben for å finne mening når de pleier døende (Iranmanesh et al. 2011). Å bruke egne private erfaringer kan gjøre jobben enklere, men andre ganger vanskeligere (Liu og Chiang 2017).

Veldig mange sykepleiere føler at de har alt for lite erfaring i pleie av døende pasienter og deres pårørende. Spesielt nyutdannede sykepleiere synes det er vanskelig å møte de pårørendes psykologiske behov. De er usikker på mengden støtte som trengs og er redd for om de greier å ha så mye ansvar. De føler seg utilstrekkelige og at de ikke har lært nok om dette i utdanningen (Andersson, Salickiene og Rosengren 2016, Peterson et al. 2010, Ong, Ting og Chow 2017, Kisorio og Langley 2016).

Sykepleierne opplever at de må lære opp nyutdannede sykepleiere i denne form for arbeid. De erfarne sykepleierne opplever at de kan hjelpe de nye med å snakke om erfaringer og følelser de har hatt i løpet av karrieren (Arbour og Wiegand 2014). Å dele erfaringer med kolleger er til stor hjelp og mange sykepleiere blir veldig påvirket av hvordan de andre sykepleierne utfører jobben (Kisorio og Langley 2016, Donnelly og Psirides 2015, Johansson og Lindahl 2011).

Over tid føler sykepleierne at de får mer erfaring, at selvtilliten deres øker og de blir mindre usikre i arbeidet. De lærer litt av hver enkelt døende pasient. Sykepleierne aksepterer at de kommer til å oppleve smertefulle øyeblikk og de lærer å akseptere

vanskelige situasjoner istedenfor å unngå de. De klarer å ha en god balanse mellom det å være profesjonell og samtidig nær pasienten og de pårørende. Etter en tid forstår de at de ikke kommer til å ha svaret på alt. De kan tenke positivt og takle sine egne reaksjoner. Sykepleieren får mer selvtillit og er bevisst på å fortsatt opptre ydmykt og takknemlig for å få mulighet til å møte pasienten og de pårørende i denne fasen (Iranmanesh et al. 2011, Liu og Chiang 2017).

4.1.4 Den gode død

Det kommer fram i artiklene at når livsforlengende behandling blir avsluttet erfarer sykepleierne at de kan fokusere på at pasienten har det komfortabelt og får en god død. Selv om pasienten ikke er i stand til å kommunisere skal de behandles med respekt. Familiens og pasientens ønsker blir lagt stor vekt på (Iranmanesh et al. 2011, Arbour og Wiegand 2014, Kisorio og Langley 2016). For å fremme en god død er det vesentlig for sykepleiere å gi god grunnleggende sykepleie. Å fortsette med stell, skifte av klær, endring av sengeleie, munnstell og fotpleie er viktige aspekter i den grunnleggende sykepleien som bør gis til døende (Fridh, Forsberg og Bergbom 2009, Johansson og Lindahl 2011, Reid et al. 2013).

”We do all nursing care that you do to a person who has a potential to live. We don’t stop, we bath, turn, suction, change. Usually they don’t remove sedatives and analgesics; as a nurse, you ensure that the patient is not in pain by administering these medications as needed.”(Kisorio og Langley 2016, 34).

Sykepleierne gir mer analgetika og beroligende legemidler når pasienten er i den terminale fasen, for at pasienten skal ha det så godt som mulig (Fridh, Forsberg og Bergbom 2009, Johansson og Lindahl 2011, Reid et al. 2013). Når pasienten er komfortabel kan sykepleier gi mer oppmerksomhet, ivaretagelse og betryggende pleie til de pårørende (Arbour og Wiegand 2014, Fridh, Forsberg og Bergbom 2009). Sykepleiere føler seg tilfredsstillt med omsorgsprosessen de utfører når pasienten får dø i ro og fred med pårørende ved sin side (Fridh, Forsberg og Bergbom 2009, Donnelly og Psirides 2015). Når pasienten har det behagelig og ikke viser tegn til smerte opplever sykepleieren at tempo i rommet blir rolig, de pårørende blir mer stille og stresset går ned (Fridh, Forsberg og Bergbom 2009).

4.1.5 Pårørendes behov

I artiklene er støtten av de pårørende viet sentral plass. Sykepleierne erfarer å måtte støtte pårørende i beslutningstaking, spirituell og religiøs støtte, akseptere kulturforskjeller og gi emosjonell støtte for å klargjøre familien for pasientens død. Ved ivaretagelse av familien fokuserer de på psykologisk støtte, respekt, kommunikasjon, informasjon, veiledning, betryggende ord, tilpasning for tilstedeværelse og et godt miljø (Kisorio og Langley 2016, Fridh, Forsberg og Bergbom 2009, Donnelly og Psirides 2015, Arbour og Wiegand 2014, Iranmanesh et al. 2011, Ranse, Yates og Coyer 2012, Johansson og Lindahl 2011, Ong, Ting og Chow 2017).

”If they want to come in 24 hours it is allowed. We frequently tell them to come and stay with the patient as they wish. It might be their last moments together.”(Kisorio og Langley 2016, 34).

Sykepleierne motiverer pårørende til å være mest mulig hos den døende pasienten. De synes det er viktig å oppfordre de pårørende til å snakke med, synge til og berøre pasienten (Fridh, Forsberg og Bergbom 2009, Arbour og Wiegand 2014). Når pasienter er i den terminale fasen, ser sykepleiere bort fra besøkstiden og pårørende kan være hos pasienten hele døgnet (Arbour og Wiegand 2014, Kisorio og Langley 2016). At pårørende er til stede gjør at pasienten føler seg mindre ensom, og de pårørende får forberede seg på at deres kjære skal dø og de kan støtte hverandre gjennom prosessen (Kisorio og Langley 2016, Arbour og Wiegand 2014).

Det kommer frem i artiklene at sykepleierne synes det er viktig å gi familien en så positiv opplevelse som mulig når deres nære skal dø (Ranse, Yates og Coyer 2012). Å få pasienten til å se komfortabel ut vil beskytte pårørende fra vonde minner. De siste minnene pårørende har fra pasienten vil være en rolig og fredelig pasient uten smerte og ubehag. For å kunne gi den beste støtten må sykepleierne være imøtekommende. Det er viktig å ha et godt forhold til pasienten og de pårørende for å fullt ut forstå deres behov (Arbour og Wiegand 2014).

I flere av artiklene vektlegges viktigheten av å vise respekt for pårørende. De ønsker å behandle pårørende som om de var deres egen familie. Sykepleiere synes det er viktig å vise at de virkelig bryr seg og at dette ikke bare er del av jobben som må gjøres (Donnelly og Psirides 2015, Arbour og Wiegand 2014, Ranse, Yates og Coyer 2012).

Sykepleiere erfarer at når pårørende tar del i pleien av den døende kan dette være til hjelp i prosessen for å innse at deres nære skal gå bort (Kisorio og Langley 2016). Pårørendes tilstedeværelse og deltakelse i pasientpleie blir sett på som en form for pasientstøtte. Dette kan bidra til at pasienten ikke føler seg alene (Reid et al. 2013). For noen pårørende er det bedre å få slippe å ta del i pleie. Det kan oppleves ekkelt, ubehagelig eller uverdigg for pasienten og de pårørende. Det er sykepleiers ansvar å bevare denne respekten og gi beskjed om at de pårørende kan forlate rommet den tiden sykepleieren bruker til å utøve sine oppgaver (Donnelly og Psirides 2015).

I artiklene presiserer sykepleierne at de ikke ønsker å forlenge den terminale fasen. Allikevel vil de gi de pårørende nok tid. Deltakerne i forskningsartiklene påpeker at det er en del av deres oppgave å få pårørende til å forstå at de må la pasienten få gå. Behandlingen kan ikke fortsette over lag tid når det ikke er mer sjanse for at pasienten skal overleve. Spesielt om behandlingen er smertefull og ubehagelig er det bedre at pasienten får en lindrende behandling. Pårørende oppfatter iblant den pleien og behandlingen som pasienten får som et håp om at den døende vil overleve (Donnelly og Psirides 2015, Arbour og Wiegand 2014, Ong, Ting og Chow 2017).

4.1.6 Kommunikasjon og informasjon

I flere artikler blir det beskrevet at sykepleierne ikke informerer pasientene om deres situasjon og hvor lang tid det tar før de dør i den terminale fasen. Sykepleierne mener dette kan skremme pasienten og at de ikke vet om pasienten er i stand til å ta imot informasjon i denne siste fasen. Sykepleiere erfarer at det er begrenset hvor nyttig informasjonen er. De velger å snakke om dagligdagse ting, hva som skjer og skal skje og hvem som er i rommet. Dette for å få pasienten til å føle seg trygg (Fridh, Forsberg og Bergbom 2009, Peterson et al. 2010, Ong, Ting og Chow 2017).

”Education for family members and the patient is definitely key. If they know it’s going to happen, they are more prepared for it.”(Peterson et al. 2010, 185).

Sykepleieren erfarer at de må tilpasse informasjonen og kommunikasjonen etter pårørendes forståelse, bakgrunn og behov (Arbour og Wiegand 2014, Ong, Ting og Chow 2017, Fridh, Forsberg og Bergbom 2009). Sykepleierne baserer informasjonen på sannhet og tillit. Informasjonen kan hjelpe pårørende til å forberedes på pasientens død, akseptere og ta inn over seg hva som skal skje (Arbour og Wiegand 2014, Iranmanesh et al. 2011).

Familiens og pasientens ønsker blir lagt stor vekt på (Iranmanesh et al. 2011, Arbour og Wiegand 2014, Kisorio og Langley 2016).

Sykepleiere informerer pårørende i større grad enn pasienter om sistnevntes situasjon (Fridh, Forsberg og Bergbom 2009). Når sykepleieren skal gi informasjon må de tilpasse informasjonen og kommunikasjonen etter pårørendes forståelse, bakgrunn og behov. (Arbour og Wiegand 2014, Ong, Ting og Chow 2017). Sykepleierne baserer informasjonen på sannhet og tillit. Informasjonen skal hjelpe de pårørende til å forberede seg på pasientens død, akseptere og ta inn over seg hva som vil skje deres nære (Arbour og Wiegand 2014, Iranmanesh et al. 2011).

4.1.7 Tverrfaglig samarbeid

Deltakerne i syv av forskningsartiklene beskriver samarbeidet med leger som utfordrende. Sykepleierne i artiklene erfarer at de må støtte pasientens sak. I tilfeller hvor pasienten ikke lenger ønsker livreddende behandling eller når pasienten ikke får tilstrekkelig smertelindring ser sykepleierne at det er deres oppgave å få fram dette til familie og leger. Å redusere smerter og symptomer blir ofte satt i fokus. Det er også viktig å involvere pasientens egne ønsker i denne delen av pleien, men i tilfeller hvor pasienten ikke er i stand til å kommunisere er dette utfordrende (Arbour og Wiegand 2014, Peterson et al. 2010, Ong, Ting og Chow 2017).

”The patient said: Please no more! Once the family understood what that meant, I think there was peace in the room. The whole atmosphere changed from being very tense to actual peace, the patient was put on hospice, kept on pain medication and we did no more. We could see the calm in the whole room, it was pretty amazing.”(Arbour og Wiegand 2014, 214).

Det er ofte usikkerhet og uklarhet i forbindelse med pasientprognose og om kurativbehandling skal avsluttes. Noen sykepleiere erfarer at kurativ behandling gjentatte ganger blir avsluttet for sent og at lindrende behandling ikke får komme i gang. Leger kan være tvilende til å skrive ut analgetika og beroligende før livsforlengende behandling er avsluttet. Etter at livsforlengende behandling er avsluttet får sykepleierne økt ansvar for hvor mye lindrende legemiddel pasienten får og legen sin jobb reduseres nesten bare til å skrive ut lindrende medisin. Sykepleieren og pasienten ser best hvordan pasienten har det, dette må sykepleieren videreformidle tverrfaglig, ellers erfares det at pasientene kan få for

dårlig lindrende behandling (Ranse, Yates og Coyer 2012, Fridh, Forsberg og Bergbom 2009, Arbour og Wiegand 2014, Reid et al. 2013).

”I feel they (the patient) suffered before we really got the doctors to pay attention to comfort issues and order appropriate pain medication.... Once the patient was more comfortable it was so much easier for him and his family.”(Arbour og Wiegand 2014, 214).

Sykepleiere erfarer at det er utfordrende å vite når pasienten kommer til å dø. De føler at de har for lite erfaring med slike bestemmelser og at de ikke kjenner pasienten godt nok. Sykepleiere opplever at dette er legen sin oppgave. Enkelte sykepleiere synes det er vanskelig å gi negative beskjeder om prognosen til pasienten og til pårørende, de ville helst at legen skal ta denne praten (Reid et al. 2013, Kisorio og Langley 2016).

Forskningen viser at det er mindre belastende for sykepleierne når den livsforlengende behandlingen blir avsluttet. Sykepleieren føler at de får fokusere på pasienten som et helt menneske og ikke bare på de fysiske problemene (Fridh, Forsberg og Bergbom 2009).

4.1.8 Tid og rom

Miljøet i rommet hvor pasienten skal leve sine siste timer er viktig for hvordan opplevelsen til pasienten og de pårørende blir. Terminal pleie er mye mer enn å avslutte behandling. Det er også å skape velbehag og komfort hos pasienten og gjøre noe med opplevelsen i rommet. Sykepleier bør fjerne unødvendige tekniske utstyr og skape en atmosfære som føles mindre som et sykehus og mer som hjemme (Ranse, Yates Og Coyer 2012). Dette går også igjen hos andre: Å gjøre pasientrommet mer hjemmekoselig og for å fremme komfort (Fridh, Forsberg og Bergbom 2009, Johansson og Lindahl 2011, Reid et al. 2013). Miljøet skal skape åpenhet for nærhet, ro og felleskap (Donelly og Psirides 2015). Noen avdelinger har spesialdesignede rom, laget for å skape et trygt hvilested for pasienten og de nære når den døende ligger for døden (Johansson og Lindahl 2011).

”My time is a concern. I want to be attentive to all my patients, and when one is actively dying, they deserve one-to-one care.”(Peterson et al. 2010, 183).

I Fridh, Forsberg og Bergbom (2009) og Reid et al. (2013) beskriver derimot sykepleierne uverdigheten av at de ofte mangler rom og tid. Pasienter må kanskje dø på et rom med flere innlagte. Sykepleiere kan ha ønsker om at pasienten får dø der de gikk inn i den

terminale fasen. Det ble oppfattet som en stor påkjenning for familien når terminale pasienter må skifte rom i en fase hvor de har behov for fred og ro. Skifte av avdelinger blir oppfattet som uverdigg av sykepleierne fordi verken sykepleier, pasient eller de pårørende kjenner det nye personalet (Arbour og Wiegand 2014, Fridh, Forsberg og Bergbom 2009, Reid et al. 2013).

Sykepleierne erfarer at de ikke har nok tid til å støtte familien før, under og etter døden inntreffer. Dette fører til stress og misnøye og de blir uroet for at dette skal gå utover kvaliteten på ivaretagelsen av pasienten og de pårørende. De har for mange oppgaver, samtidig som de hadde et stort og helhetlig ansvar hos den døende pasienten (Donnelly og Psirides 2015, Johansson og Lindahl 2011, Peterson et al. 2010, Ong, Ting og Chow 2017, Andersson, Salickiene og Rosengren 2016).

Sykepleierne i intensivavdelingen erfarer spesielt dårlig tid og lite tilgjengelige rom. Det er ofte for lite tid til å kunne være til stede når pasienten dør og pårørende får ofte liten tid til å si farvel til pasienten fordi sengeplassen skal bli gitt videre (Arbour og Wiegand 2014, Fridh, Forsberg og Bergbom 2009, Reid et al. 2013).

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Inklusjon og eksklusjon

Vi inkluderte kun artikler som hadde brukt kvalitativ forskningsmetode. Dette ser vi på som en styrke fordi kvalitative artikler er best egnet til å undersøke og beskrive menneskers opplevelse og erfaring (Helsebiblioteket 2016, a). Alle artiklene vi inkluderte var på engelsk. Dette kan være en svakhet da vi kan ha ekskludert gode artikler på andre språk.

Vi ønsket først å ekskludere artikler som hadde gjennomført studien sin i ikke-vestlige land. Disse artiklene kunne ha andre funn fordi deres kultur kan være ulik norsk kultur. Funnene fra forskning gjort i ikke-vestlige land var likevel sammenfallende med de funnene vi hadde lest i artikler fra vestlige land. Derfor inkluderte vi de artiklene som hadde funn som var overførbare til norsk praksis. Dette kan være en styrke i studien da vi får representert mange forskjellige kulturer. Norge har blitt flerkulturelt og det er relevant å ha kunnskap om andre kulturers måte å håndtere død på. I noen artikler kom det fram funn som ikke var så aktuelt med nåværende norsk praksis. Disse funnene valgte vi å ekskludere.

Fra starten av valgte vi artikler som var maksimalt ti år gammel. Dette førte til at forskningen ikke var helt ny og det kan være en svakhet ved studien. Vi valgte likevel å inkludere forskning fra 2009 og fremover fordi det som kom frem var fortsatt relevant til vår hensikt.

Mange av artiklene vi ekskluderte hadde en hensikt som var nesten lik vår, men kunne ha en litt annen vri. Når artiklene vi inkluderte besvarte vår hensikt i tillegg til funn utenfor hensikten, inkluderte vi kun de funnene som var relatert til hensikten vår. Dette ser vi på som en styrke, da forskningen var rettet mot vårt fokusområde.

Noen av artiklene vi inkluderte hadde som hensikt å finne ut hvordan sykepleiere erfarte pleie til døende i spesialiserte avdelinger. Dette kan være en svakhet da funnene i disse forskningsartiklene ofte viste til mer praktiske aspekter som manglet i avdelingen. Vi

valgte likevel å inkludere de da hensikten vår var sykehus generelt og ikke en spesiell avdeling.

To av artiklene vi inkluderte hadde flere typer helsepersonell i studien, eller sykepleiere fra både sykehus og kommunale tjenester. Dette kan være en svakhet med studien da funnene kan komme litt utenfor vår hensikt. Funnene var oppdelt etter hvilket fagfelt deltakerne hadde og om de jobbet i sykehus eller kommune. Vi tok kun med funnene som omhandlet sykepleiere i sykehus og ekskluderte erfaring fra annet helsepersonell. Derfor vil ikke dette svekke studien noe merkbart.

Vi inkluderte sykepleiere i alle aldre og hadde ingen begrensning for hvor lenge de hadde jobbet. Alle studiene hadde et krav om hvor lenge sykepleieren hadde vært i fast jobb og at de hadde erfaring med å pleie døende. Slik har vi forsikret oss om at alle sykepleierne i studien har erfaring nok til å gi relevante funn. Resultatene våre sier noe om hvordan både nyutdannede og erfarne sykepleiere opplever å pleie døende pasienter. Dette ser vi på som en styrke i vår studie da innvirkningen av hvor mye erfaring sykepleierne hadde var et av våre hovedfunn i sammenheng med hvordan sykepleieren erfarte prosessen.

I flere av studiene hadde sykepleierne som deltok meldt seg på eller blitt utvalgt av avdelingssykepleieren. Dette kan være en svakhet med studien fordi de som frivillig melder seg på undersøkelser og forskning ofte har en underliggende motivasjon for å delta. For eksempel ønske om forandring eller liknende som kan gjøre at de overdriver eller underdriver det de bidrar med i studien. Deltakerne som ble valgt ut av avdelingsleder kan også være det av en bakenforliggende årsak.

Et av eksklusjonskriteriene våre var at erfaringene til sykepleierne var basert på voksne pasienter over 18 år. Dette gjorde vi fordi vi tror at erfaringen med døende barn er veldig annerledes enn med voksne. Derfor ser vi på eksklusjon av artikler som handlet om barn som en styrke med vår studie, da dette mest sannsynlig ville gitt veldig ulike funn.

5.1.2 Søkestrategi

Vi utviklet en god søkestrategi i samarbeid med bibliotekar. Dette styrker studien fordi vi har lagt inn mye tid på å utarbeide søkeord og en god søkestrategi som kunne gi oss de beste og mest relevante artiklene. Da låste vi oss heller ikke til noen søkeord eller verktøy fra starten av, men kunne endre litt for å få nye treff.

Vi hadde mange synonymer i P-kolonne i PIO-skjema. Vi la til flere etter hvert som vi søkte og så hvilke nøkkelord som var mye brukt. Bibliotekar hjalp oss også med å finne synonymer. Det kan hende at vi burde hatt flere synonymer eller ord i både I- og O-kolonnene da dette kunne ført til at vi hadde funnet enda flere artikler å velge mellom. Vi følte likevel at vi hadde nok gode artikler. Artikkene våre er hentet fra databasen Ovid Medline. Vi fikk gått gjennom alle titler i Ovid Medline som søkene våre resulterte i. Vi har vært innom veldig mye forskning og har inkludert det vi ser på som de beste artiklene.

5.1.3 Kvalitetsvurdering

Alle utenom 4 artikler har blitt godkjent av etisk komite. De artiklene som ikke har blitt godkjent har likevel fulgt nasjonale og internasjonale retningslinjer for forskning på helsepersonell. Alle artiklene hadde tatt etiske hensyn. Alle artiklene var også publisert i et tidsskrift og fagfellevurderte til nivå 1 eller 2, dette mener vi bekrefter at det er tatt godt nok hensyn til etikk i forskningen.

Vi hadde i utgangspunktet 17 artikler, men vi ekskluderte fire artikler når vi sjekklistervurderte. Dermed satt vi igjen med 13 artikler som var sjekklistervurdert, som hadde tatt etiske hensyn, som svarte til vår problemstilling og som ikke hadde usannsynlige eller svært sprikende funn. Dette tenker vi er en styrke med vår studie.

Igjennom praksis og jobb, har begge to erfaring med pleie til døende pasienter. Derfor hadde vi allerede litt tanker om hva som skulle komme fram i studien. Dette kan være en svakhet og en styrke. Vi passet på å ikke inkludere noen ord i søkeprosessen som kunne fremprovosere artikler etter våre erfaringer. Samtidig gikk vi gjennom alle funn nøye og la ikke mer fokus på funnene vi selv kunne kjenne oss igjen i. Vi tror ikke egen erfaring påvirket våre resultater.

5.1.4 Analyse

Når vi fant artikler som hadde høy nok kvalitet begynte vi å lese på forskningsresultatene. Vi gjorde dette hver for oss ved å lese gjennom og notere alle funn. Deretter diskuterte vi funnene og vår fortolkning av dem. Vi brukte ordbok for å være sikre på at vi hadde riktig forståelse. Vi skrev opp funnene i en detaljert oversikt, artikkel for artikkel, slik at vi ikke skulle gå glipp av noe viktig. På den måten fikk vi to ulike perspektiv på alle artiklene, noe som vi mener styrker våre resultat.

Vi formulerte så våre hovedfunn. Deretter fordelte vi alle relevante funn i en tabell under tema merket med artikkelnummer. Under hvert tema brukte vi fargekoder for å markere hvilke funn som sa omtrent det samme. Slik fant vi ut om sykepleierne hadde like erfaringer eller mange forskjellige meninger om hvert enkelt tema. Dette la vi mye tid i for å få resultatene til å bli presentert på en logisk og hensiktsmessig måte. Vi noterte underveis artikkelnummer inn mot hvert funn.

Resultat:	Artikler:
Pårørendes behov	2,3,5,7,9,10,11,12
Erfaring med tverrfaglig arbeid	2,3,7,8,9,10
Sykepleieres negative reaksjoner	1,3,4,5,6,7,12,13
Sykepleiers positive reaksjoner	3,4,5,7,9,11,13
Kommunikasjon og informasjon	3,5,7,8,10,11
Utfordringer med tid og rom	1,2,3,4,7,8,9,10,12
Kompetanse og erfaring	1,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13
Den gode død	2,3,4,5,10,11,12

5.2 Resultatdiskusjon

Sykepleiers erfaringer med pleie til døende

Sykepleiere erfarer forskjellige reaksjoner i arbeidet de utfører. Om sykepleieren har en empatisk innlevelse og tar på seg pasientens lidelse, kan dette tære på kreftene.

Sykepleiere som klarer å utvikle evnen til selvmedfølelse, kan ivareta seg selv og sine reaksjoner i møte med den lidende. Dette i stedet for å bli overveldet av sine reaksjoner og sin egen maktesløshet. For en sykepleier kan medfølelse overfor pasienter og pårørende gi energi, fordi sykepleieren klarer å være i lidelsen sammen med de andre. Det å kunne gjøre gode handlinger for andre bare ved å være der, uten å nødvendigvis gjøre noe med situasjonen. Dette kan bli belønnende istedenfor tærende (Gustin 2016, 211).

5.2.1 Givende å pleie døende

Mange sykepleiere erfarer at pleie til døende pasienter har endret måten de ser på sitt eget liv. Sykepleiere føler at dette gjør de mer forberedt til død på privat arena. De lærer seg å være mer takknemlig for livet, leve mer i øyeblikket og ikke kaste bort tiden. Muligheten til å ledsage pasienter og pårørende gjennom livets siste fase, føles for mange som et privilegium. Kalfoss (2016, 454) hevder at sykepleiere som har innsikt i sine følelser, tanker, reaksjoner og andre faktorer som påvirker sykepleien kan utvikle og forbedre jobben og omsorgen de gir til pasienten og de pårørende. De kan samtidig utvikle seg som menneske og fagperson. På denne måten kan sykepleiere endre seg både i yrkeslivet og på privat arena.

Gjennom praksis har vi selv opplevd situasjoner med døende pasienter og pårørende i sorg. Vi har sett ektemenn som er sterke for sin kone, men bryter ut i gråt hver gang de er alene. Koner som nekter å innse at deres mann dør, som virker sinte og frustrerte fordi vi avslutter behandlingen. Vi har vært med familier i samtaler, hvor unge voksne får beskjed om at det bare er få dager igjen med mor. Det har vært utallige situasjoner hvor vi er tomme for ord, flere ganger har vi trøstet en pårørende med gråtkvalt stemme, fordi vi føler med dem. Jobben har føltes tung og håpløs, men samtidig så har arbeidet føltes givende. Å få lede et menneske og deres pårørende gjennom deres siste timer og sørge for at de får det så fredelig som mulig er et stort ansvar. Det er samtidig godt å kunne gi av seg selv, til de som trenger det og det er et privilegium å hjelpe og støtte alle involverte gjennom prosessen.

5.2.2 Krevende arbeid

Resultatene i denne litteraturstudien tyder på at sykepleiere ofte erfarer at det er mer utfordrende å pleie døende pasienter i ung alder eller når barn er pårørende. Kalfoss (2016, 464) presiserer i Klinisk sykepleie Bind 2 at sykepleiere ofte har sterke reaksjoner når de står overfor en alvorlig syk pasient i ung alder, på alder med seg selv, ektefelle, barn, mor eller far. Håkonsen (2014) referert i Kalfoss (2016, 464) beskriver at sykepleier alltid vil påvirkes av det livsstadiet de selv er i. Det vil ha en innvirkning på identitetsfølelse, selvfølelse og oppfatning av død (Kalfoss, 464).

Sykepleiere erfarer også at prosessen er ekstra tung om sykepleier har bygget en relasjon til pasienten og de pårørende. Det var trist å se de pårørende sørge når pasienten døde. Mathisen (2011, 304) beskriver at sorg over at pasienter dør er normalt når sykepleier har stelt pasienten over lengre tid og de har et nært forhold. Noen sykepleiere ønsket å holde en viss avstand til den døende og de pårørende, for ikke å bli for knyttet til pasienten. Mathisen (2011, 304) presiserer at tanken på egen død er skummel også for sykepleiere, og pleie av døende kan få fram slike tanker. Noen sykepleiere opplever disse følelsene så ubehagelige at de ønsker å skape avstand. Mathisen påpeker også at dette er en uprofesjonell og uetisk løsning, da det vil gå ut over den syke og de pårørende.

I resultatene kom det fram at sykepleiere erfarte hele prosessen som krevende. Sykepleierne opplevde at de måtte gi mye av seg selv som pleier og medmenneske. Når pasienten døde, følte de seg utslitte og tomme. Sykepleiere erfarte at de trengte tid til å komme seg igjen etter at en pasient døde og at de måtte bearbeide følelsene. Flere erfarte at oppgavene kunne føre til slitasje, utmattelse og til og med somatiske problemer. I følge Helsebiblioteket kan utvikling av stress og stressrelaterte tilstander som utbrenthet, komme som et resultat av en langvarig ubalanse mellom krav til den enkelte og vedkommende isn kontroll over egen arbeidssituasjon (Helsebiblioteket 2014).

McCourt, Power og Glackin(2013) hevder at mange sykepleiere opplever sprekker mellom forventninger til egen praksis og hva som er mulig å utføre. Sykepleiere erfarer i perioder hjelpsløshet og overbelastning. De har lite tro på at jobben de gjør har god nok kvalitet. Disse følelsene kommer igjen, ofte som et resultat av utmattelse (Kalfoss 2016, 477).

Mange sykepleiere føler et behov for å bearbeide reaksjonene fra prosessen. Noen følte behov for organisatorisk støtte, debriefing og støtte av kolleger, mens andre hadde funnet

seg metoder for å håndtere pleie til døende på egenhånd. Følelse av mestring var viktig for sykepleierne om de skulle klare å opprettholde sin personlige helse. Helsebiblioteket (2014) refererer til forskning av ”Sykepleien”: Forskningen viste at etablering av tiltak for å hindre og forebygge utbrenthet, er til stor hjelp for sykepleiere. Kombinasjon av mye arbeidsrelatert stress, lite kontroll og liten grad av sosial støtte kunne øke risikoen for utbrenthet. Dette vil over tid føre til redusert arbeidskapasitet. Gjennom veiledning rettet mot stress og utbrenthet kunne sykepleierne ta bedre vare på seg selv.

Å sette mer realistiske forventninger til seg selv var viktig for å forebygge stress. Kalfoss (2016, 465) beskriver at mestringsstrategier kan hjelpe en sykepleier til å takle prosessen. Ved å dempe de vanskelige følelsene og reaksjonene som kan oppstå i situasjonen, vil prosessen føles enklere.

5.2.3 Kompetanse og erfaring påvirker sykepleier

Veldig mange sykepleiere føler at de har alt for lite erfaring i pleie av døende pasienter og deres pårørende. Spesielt nyutdannede sykepleiere synes det er vanskelig å møte de pårørendes psykologiske behov og at de ikke lærer nok om dette i utdanningen. Når erfarne kollegaer deler erfaringer, er det til stor hjelp. Sykepleiere blir veldig påvirket av hvordan de andre sykepleierne utfører jobben. Kalfoss (2016, 460) presiserer at mange sykepleiere ikke hadde stelt eller pleid døende pasienter før de fikk sin autorisasjon. Mangel på erfaring og undervisning med døende kan virke inn på sykepleierens tro på egen kompetanse (Kalfoss 2016, 462).

Sykepleiere opplever at erfaringer privat påvirker arbeidet de gjør ved å gjøre det lettere og vanskeligere. Noen sykepleiere følte at de måtte skjule sin sorg og opptre profesjonelt selv i triste situasjoner. Kalfoss (2016, 458) påpeker at en sykepleiers evne til å gi omsorg kan påvirkes av sykepleiers erfaringer privat. Sykepleien som utøves påvirkes av sykepleiers evne til å takle stress og vonde følelser, men også erfaring med å pleie døende. Om sykepleieren har mye erfaring, vil jobben gjøres med mer selvsikkerhet og dermed bedre sykepleie (Kalfoss 2016, 460).

Erfaring over tid fører til at sykepleiere får økt selvtillit i jobben de gjør. De lærer seg å akseptere at de må føle på både gode og vonde følelser i arbeidstiden. Samtidig velger sykepleiere med mer erfaring å stå i de vanskelige situasjonene istedenfor å unngå de. De klarer å ha en god balanse mellom det å være profesjonell og være nær pasienten og de

pårørende. Sykepleierne erfarer etter en tid at de ikke kommer til å ha svaret på alt. De kan tenke positivt og takle sine egne reaksjoner. Kalfoss (2016, 455) presiserer at de fleste sykepleiere er i stand til å mestre situasjoner som innebærer lidelse og død. Situasjoner som kan tolkes som utfordrende og stressende, kan også erfares som utviklende, berikende og tilfredsstillende. Dette kan komme av at sykepleierens selvoppfatning blir styrket, sykepleier kan få økt personlig vekst og skape seg nye og betydningsfulle verdier, forhåpninger, meninger og mål.

5.2.4 God pleie i livets siste fase

Sykepleier erfarer en god død når pasienten har det så komfortabelt som mulig. Dødssyke pasienter har de samme behov for pleie og omsorg som andre syke. Sykepleie til dødssyke og døende skal bidra til å lindre, ikke til å helbrede eller rehabilitere personen fra sykdom (Mathisen 2011, 313). I tillegg til å lindre pasienten er hovedintensjonen med pleie- og omsorgstiltak i lindrende behandling å øke pasientens velvære og å unngå ytterligere plager i livets slutfase (Helsedirektoratet 2018).

Funn fra vår litteraturstudie viste også at sykepleierne erfarte grunnleggende pleie til døende pasienter som stell, skifte av klær, endret sengeleie, munnstell og fotpleie. Dette bidrar til å skape mest mulig komfort for pasientene. Det støttes også opp i boken *Sykepleieteorier – analyse og evaluering* der Virginia Hendersons teori beskriver sykepleierens møte med den terminale pasienten. Henderson mener at sykepleie må ta utgangspunkt i pasientens grunnleggende behov og hvordan de best kan tilfredsstilles for å oppnå at vedkommende får en fredfull død (Kirkevold 1998, 100-102).

Funn fra våre resultater viste at sykepleiere gir mer analgetika og beroligende legemidler når pasienter er i den terminale fasen, fordi de ønsker at pasienten skal ha det så godt som mulig. Når den livsforlengende behandling avsluttes, skal lindrende behandling videreføres, eller trappes opp. Pasienten skal ha adekvat smertebehandling, selv om det ikke kan utelukkes at dette kan fremskynde døden (Mathisen 2011, 314).

Det var viktig for sykepleiere at pasienten kunne smertelindres, det følte mer utfordrende i tilfeller hvor pasienten ikke ønsket smertelindring eller sykepleier ikke klarte å smertelindre pasientene. Smertelindringen vil føre til at pasienten er mer komfortabel. Respirasjon og blodtrykk kan påvirkes av legemidlene, men det vil ikke være en direkte dødsårsak. At pasienten er komfortabel kan beskytte de pårørende mot vonde minner ved

at en av deres nære dør i smerte. I følge Helsedirektoratet (2018) skal legemiddelhåndtering i livets slutfase ha som mål at pasienten skal oppnå god effekt av legemidlene samtidig som risiko for uheldige virkninger minimaliseres og håndteres. I denne fasen endres behandlingsfokus. Optimalisering av den symptomlindrende legemiddelbehandlingen og legemidler med umiddelbart symptomlindrende effekt bør prioriteres. Seponering og endring av legemidler, dosering og administrasjonsmåte ved uakseptable bivirkninger bør skje fortløpende i denne fasen.

For sykepleierne var det enklere å håndtere prosessen når kurativ behandling ble avsluttet og fokuset var å gi pasienten og de pårørende en verdig slutt. Sykepleieren kunne da fokusere på pasientens velbehag og den døende fikk dø i fred og ro med pårørende rundt seg. Dette kommer fram i Costello (2006) som beskriver sykepleieres erfaring om faktorer som utgjør en god død. En god død var når sykepleieren hadde en opplevelse av kontroll med dødsforløpet, at pasienten var passiv og at sykepleierne var forberedt på at døden var på vei. Tidspunkt for døden, at pasienten døde på en fredelig måte, gjerne om natten, at kommunikasjonen mellom pleier og pårørende var åpen, at symptom kunne lindres og pasienten hadde lite ubehag og at sykepleier hadde kontroll på den avdødes kropp var viktig for at sykepleiere opplevde prosessen som en god død.

5.2.5 Pårørende må ivaretas og støttes

Støtte av pårørende er en sentral oppgave for sykepleieren i pleie av døende. Sykepleiere erfarer at de må støtte pårørende i beslutningstaking, spirituelt og religiøst, akseptere kulturforskjeller og gi emosjonell støtte for å klargjøre familien til døden. Når pasienten har det komfortabelt og er tilstrekkelig symptom lindret, kan sykepleiere fokusere på de pårørendes behov. For sykepleierne er psykologisk støtte, respekt, kommunikasjon, veiledning, betryggende ord, et godt miljø og tilrettelegging for pårørendes tilstedeværelse viktige aspekter for å ivareta de pårørendes behov. I følge Helsebiblioteket (2015, a) skal sykepleier ivareta og støtte pårørende med hensyn til livskvalitet, mestring og bearbeiding av sorg.

I boka Palliasjon (Stensheim, Hjermsstad og Loge, 2016) presiseres det at alvorlig sykdom og død ikke bare rammer pasienten, men også de pårørende. Best mulig livskvalitet for pasient og pårørende er sentrale mål for all behandling i livets slutt. De pårørende representerer ofte trygghet og ivaretagelse for pasienten, de er personer som den syke har

tillit til og som kan hjelp med å ivareta deres integritet og selvbilde gjennom sykdom og behandling.

Sykepleiere føler de må motivere pårørende til å være mest mulig hos den døende pasienten. De synes det er viktig å oppfordre de pårørende til å snakke med, synge til og berøre pasienten. Pårørendes tilstedeværelse er så viktig for pasienten at sykepleiere tilrettelegger mest mulig for at de skal være til stede med pasienten. Helsebiblioteket (2015, b) presiserer at pårørende er en viktig ressurs for den døende pasienten. De kjenner pasienten fra tidligere og kan gi viktig informasjon til helsepersonell.

Fra egen praksis har vi opplevd at pårørende er flinke til å være med pasientene. Det tilrettelegges også best mulig for at de får være der. Det trilles ofte opp senger til den nærmeste pårørende, så de kan være hos sin nære hele tiden. Pårørende får også tilbud om måltider de gangene det er mulig. Sykepleiere tilbyr seg å sitte inne med pasienten for at de pårørende kan ta en pause uten at pasienten må ligge alene.

Respekt til pasienten og pårørendes ønsker er viktig for sykepleiere. Sykepleiere prøver å sette seg inn i deres situasjon og behandle de som om det var deres egne som gikk igjennom dette. Sykepleiere ønsker å vise at de virkelig bryr seg. I følge Sneltvedt (2016) er noen av de viktigste yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere å vise barmhjertighet, omsorg og respekt. Regjeringens mål er ifølge Helsedirektoratet (2018) at helsepersonell og da også sykepleiere skal gi best mulig livskvalitet til pasient og pårørende. I følge ”Pårørendeveilederen” til Helsedirektoratet (2019) skal sykepleiere også ha dialoger med pasient og pårørende for å kartlegge pasienten og deres pårørendes ønsker, prioriteringer og preferanser for den siste tiden.

Mange sykepleiere opplever at de må berolige og betrygge de pårørende angående smertelindring. Lorentsen og Grov (2016,427) henviser til Kirk (2007) som beskriver at pårørende som har ønsker om å administrere smertelindring til pasienter i den terminale fasen, kunne gi for lite smertelindring. Dette presenteres som et etisk dilemma for helsepersonell, da helsepersonell skal ivareta pasientens opplevelse av velvære.

Sykepleiere ønsker ikke å forlenge døden, men det er viktig at de pårørende får nok til å ta farvel med sin kjære. Det er en del av sykepleierens oppgave å få pårørende til å forstå at de må la pasienten få gå. Behandlingen kan ikke fortsette lenge når det ikke er mer sjanse for at pasienten skal overleve. Pårørende kan iblant oppfatte den pleien og behandlingen

som pasienten får som et håp om at den døende vil overleve. Sykepleiere erfarer at pårørende i blant kan oppfatte den pleien og behandlingen som pasienten får, som et håp om den døende vil overleve.

Om pårørende vil ta del i pleien, må de få lov til dette, men om de ikke ønsker er det viktig at sykepleiere skåner pasienten og de pårørende for sykepleiers oppgaver. I følge Helsebiblioteket (2015,b) skal pårørende få tid til å ta avskjed når deres nære dør. De må få mulighet til å delta i stellet av den døde.

5.2.6 Kommunikasjon er mer enn informasjon

Informasjon om pasientens situasjon blir i hovedsak gitt til pårørende i den terminale fasen. Sykepleier må tilpasse informasjonen og kommunikasjonen til hver enkelt pårørende. Formålet er å hjelpe pårørende til å forberede seg på døden av deres nære, men også å betrygge de og forsikre om at pasienten ikke har det vondt. Når sykepleieren bygger en relasjon til pasienten og de pårørende, kan de i følge Tveiten (2008, 158) skape mulighet for å tilrettelegge individuell undervisning og veiledning. Sykepleiers undervisning og veiledning kan videre muliggjøre autonomi og medvirkning for pasient og pårørende (2008, 159).

Resultat fra litteraturstudien viste til at sykepleierne ikke informerer pasientene om situasjonen og hvor lang tid det tar før de dør i den terminale fasen, dette for å trygge pasienten. De snakket heller om dagligdagse ting, hvem som er i rommet og hva som kommer til å skje. I følge Helsebiblioteket (2015, c) er det viktig å diagnostisere at vedkommende er døende. Informasjon om at pasienten er døende, må formidles til pasient og pårørende. Når denne informasjonen er gitt, blir det enklere for pårørende og personalet å legge til rette for en verdig død i samsvar med hva pasienten ønsker.

Hvis en ikke diagnostiserer at pasienten er døende, eller unnlater å informere de pårørende om dette, kan det skape usikkerhet, kommunikasjonsproblemer og urealistiske forventninger. I praksis har vi erfart å pleie pasienter i terminal fase. Når pasienten ikke lenger er bevisst, vil kommunikasjonen som oftest baseres på trygging i form av ord og berøring. Praten handler vanligvis om hva som skal skje, om vi skal snu eller vaske. Vi prater også om hvem som er i tilstede og gjør vårt ytterste for at pasienten ikke skal føle på utrygghet og uforutsigbarhet.

5.2.7 Samarbeid mellom sykepleiere og annet helsepersonell

Sykepleiere erfarer at de må støtte pasienter når de ikke ønsket mer livreddende pleie, selv om familie ikke ville gi opp. I følge Mathisen (2011, 312) kan skam, skyldfølelse og opplevelsen av å være til bryderi sammen med sterke smerter være forhold som kan bringe ønsket om framskyndet død av den syke.

Funn fra vår litteraturstudie viste til at samarbeidet mellom leger og sykepleiere ofte var utfordrende. Sykepleiere opplevde usikkerhet og uklarhet i forhold til pasientprognose og om kurativ behandling skulle avsluttes. Å gi helsehjelp til pasienter med dårlig prognose er utfordrende på flere måter. Mulighetene for å oppnå bedring gjennom medisinske tiltak er ønsket benyttet så langt det er mulig. Livsforlengende behandling er alternativet der helbredende behandling ikke er mulig. Alvorlige beslutninger må tas, enten om å starte eller fortsette livsforlengende behandling eller å la være å starte, eller avbryte slik behandling. I disse situasjonene er det viktig at faglige, etiske og juridiske forhold blir overveid på en måte som skaper tillit i befolkningen (Helsedirektoratet 2013).

Sykepleierne erfarte også at leger ofte er nervøse med å skrive ut analgetika og beroligende før pasienten har fått en diagnose som sier at de skal dø. I forbindelse med smertebehandling eller annen medisinsk behandling, kan det blant sykepleiere oppstå en frykt for at den behandlingen vil være en form for passiv dødshjelp. Dette er en stor etisk utfordring og bør diskuteres grundig av sykepleiere og behandlende leger. Det er legen som har myndighet til å forordne legemidler, men gjøres dette på en slik måte at sykepleieren skal vurdere hva pasienten har behov for, tas sykepleieren med inn i den vanskelige avgjørelsen. Det er ønskelig at behandlingen er så god som mulig, uten å være livsforkortende. Å la pasienten ligge med sterke smerter kan vanskelig forstås som god behandling (Mathisen, 2011, 313).

5.2.8 Mangel på tid og rom – et problem

Sykepleierne erfarer at å skape en atmosfære som er mindre klinisk og mer hjemmekoselig er viktig for pasientene. Dette blir gjort ved å fjerne teknisk utstyr og sørge for at pasienten får et rom som representerer hvilested for pasienten, pårørende og ansatte. Dette støttes opp i (Mathisen 2011, 310): En som ligger for døden på en institusjon, kan oppleve at den personlige sfære blir sterkt redusert. Et rom på sykehus kan gjøres personlig ved at pasienten er omgitt av noen personlige eiendeler og minske på faktorer som virker nedbrytende for personligheten.

Sykepleierne erfarte at miljøet pasienten skal dø i er vesentlig for å gjøre pasientens og de pårørendes siste timer sammen så gode som mulig. Sykepleiere må tilstrebe å skape et trygt, rolig og behagelig miljø i rommet. Det skal være mulighet for nærhet og fellesskap. Bjørk og Breievne (2016) henviser til Nightingale og Nissen (1984), som beskriver at sykerommet først og fremst skal inngi en atmosfære av trygghet og trivsel, fordi det fremmer den sykes velvære. Det er sykepleierens ansvar å lage et godt miljø og holde god kvalitet på rommene.

Resultatfunn viste til et problemområde der det ofte var mangel på rom, og spesielt enerom. Ofte måtte pasienten dø på rom med flere pasienter, dette oppleves uverdig både for pasienten og pårørende. Det er en påkjenning å arbeide på et sted der pasientsenger fyller opp korrido og oppholdsrom (Kalfoss, 2016, 465).

Resultat fra vår litteraturstudie viste til at mangel på tid gikk utover pleien og ivaretagelsen av de døende pasientene. Det var ofte at pasientene døde uten at noen var til stede, samtidig fikk pårørende liten tid til å si farvel til pasienten på grunn av at ny pasient ventet på sengeplass. Det støttes også opp av McCourt, Power og Glackin(2013) det er sjelden tid til å gjøre alt man ønsker å gjøre for en pasient. Sykepleiere erfarer at de får alt for lite tid til å være inne hos pasienten og deres familie. Dette skaper en fysisk og psykisk påkjenning hos sykepleierne. De vet at en pasient er døden nær, samtidig som de ikke kan ta seg tid til å sette seg ned hos pasienten eller de pårørende på grunn av andre arbeidsoppgaver.

6.0 Konklusjon

Gjennom vårt arbeid med litteraturstudien viste det seg at sykepleiere erfarte utfordringer med pleie av døende pasienter. Utfordringene var relatert til pasientens fysiske og psykiske velvære, ivaretagelse av pårørende, egen erfaring, kunnskap og selvsikkerhet i arbeidet, mangel på tid og rom og utfordringer med tverrfaglig arbeid.

Erfaringen til sykepleierne vi har funnet i vår studie kan bidra til å gi økt refleksjon blant sykepleiere angående tema. Dette vil kunne bidra til at sykepleieren blir mer bevisst på å reflektere over egen praksis. Sykepleiestudenter og nyutdannede sykepleiere kan gjennom denne studien lære om hvordan andre har erfart prosessen med døende pasienter. Dette kan også føre til at sykepleiere setter flere krav og ønsker mer fokus på opplæring innen pleie til døende i utdanningen, teoretisk og praktisk, men også på arbeidsplassen.

6.1 Forslag til videre forskning

Vi mener at det bør forskes på hvordan sykepleiere kan føle seg mer komfortabel med denne delen av jobben. Å kunne gi et menneske og deres nære pårørende en verdig og god død er en viktig del av sykepleien. Derfor bør det settes mer fokus på hvordan sykepleier, utdanningsinstitusjoner og arbeidsplasser kan lære opp sine studenter og ansatte til å føle seg mer sikre i slike prosesser. En mulighet kan være å gi en gruppe sykepleiere et opplæringstiltak og sammenligne deres erfaringer med en tilsvarende gruppe sykepleiere uten et slikt tiltak.

7.0 Litteraturliste

- Andersson, Erika, Zivile Salickiene og Kristina Rosengren. 2016. «To be involved – A qualitative study of nurses' experiences of caring for dying patients.» *Nurse Education Today* 2016, 38: 144-149. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.11.026>
- Arbour, Richard B and Debra L. Wiegand. 2014. "Self-described nursing roles experienced during care of patients and their families: A Phenomenological study." *Intensive and Critical Care Nursing* 2014, (30): 211-218. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.12.002>
- Bjørk, Ida Torunn og Grete Breievne. 2016. "Kropp og velvære". i *Grunnleggende sykepleie Bind 2 utgave.3*, redigert av Gro Hjelmeland Grimsbø, s.13-39. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Christoffersen Line, Asbjørn Johannessen, Per arne Tuft og Inger Utne. 2015. *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Costello, John. 2006. "Dying well: nurses experience of good and bad deaths in hospital." *Journal of Advanced Nursing* 2006,(5): 594–601. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03867.x>
- Donnelly, SM and A. Psirides. 2015. "Relatives' and staff's experience of patients dying in ICU." *QJM: An international Journal of Medicine* 2015,(12): 1-8. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcv059>
- Evans, David. 2002. "Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of proceed data. " *Australian Journal of Advanced Nursing* 2002, 20(2): 22-26. <http://www.ajan.com.au/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- Fridh, Isabell, Anna Forsberg og Ingegerd Bergbom. 2009. "Doing one's utmost: Nurses' descriptions of caring for dying patients in an intensive care environment." *Intensive and Critical Care Nurses* 2009, 25(5): 233-241. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.06.007>
- Helsebiblioteket. 2014. "Veiledning hjalp utbrente sykepleiere." Lest: 03.05.19. <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/veiledning-hjalp-utbrente-sykepleiere-sykepleien.no>
- Helsebiblioteket. 2015, a. "Sykepleiere" i Grunnleggende palliasjon. Lest: 29.04.2019. <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/kompetanse/sykepleiere>
- Helsebiblioteket. 2015, b. "Ivaretakelse av pårørende" i Grunnleggende palliasjon. Lest: 29.04.2019. <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/kompetanse/sykepleiere>
- Helsebiblioteket. 2015, c. "Den døende pasienten – Kommunikasjon og informasjon" i Grunnleggende palliasjon. Lest: 24.04.2019. <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/2.kjennetegn-og-utfordringer/den-d%C3%B8ende-pasienten/kommunikasjon-og-informasjon>

- Helsebiblioteket. 2016, a. "Kvalitativ metode". Lest: 3.april 2019.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode>
- Helsebiblioteket. 2016, b. "PICO". Lest: 08.april 2019.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsebiblioteket. 2016, c. "Søketeknikker." Lest: 07.april. 2019.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/soketeknikker>
- Helsebiblioteket. 2016, d. "Sjekklistor". Lest: 08.april 2019.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsebiblioteket. 2018. "Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk." Lest: 09.april. 2019. <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>
- Helsedirektoratet. 2013. "Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling". Lest: 24.04.2019.
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/67/IS-2091-Beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling.pdf>
- Helsedirektoratet. 2018, a. "Lindrende behandling i livets slutfase". Lest 05.april 2018.
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase>
- Helsedirektoratet. 2019. "Støtte til pårørende ved livets slutt i Pårørendeveileder". Lest: 29.04.2019.
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/parorendeveileder/seksjon?Tittel=stotte-til-parorende-ved-9250#tilby-samtaler-og-tilpasset-informasjon-ved-livets-slutt>
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2015. "Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020."Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg_2020.pdf
- Holmen, Heine. 2014. "Erfaring". Store Norske Leksikon. Lest 05.juni 2019.
<https://snl.no/erfaring>
- Høgskolen i Molde. 2018. "Eksamen SA00 Bacheloroppgave i sykepleie". Lest 07.april 2019.
https://himolde.instructure.com/courses/478/files/83806?module_item_id=13285
- Håkonsen, K.M. 2014. *Psykologi og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Iranmanesh, Sedifheh, Zahra Ghazanfari, Stefan Sävenstedt og Twrttu Häggström. 2011. "Professional Development: Iranian and Swedish nurses experiences of caring for dying people." *Journal of Palliative Care* 2011, 27(3): 202-209.
<https://doi.org/10.1177%2F082585971102700304>
- 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 2012, (7): 2034-2043. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03952.x>

Kalfoss, Mary Harris. 2016. "Møte med lidende og døende pasienter – sykepleierens møte med deg selv". i *Klinisk sykepleie Bind 2*, redigert av Hallbjørg Almås, s.453-479. 5.utg Oslo: Gyldendal akademisk.

Kirk, T.W. 2007. "Managing pain, managing ethics. Pain management nursing". American society for pain management nursing 2007, 8(1):25-33. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2006.12.004>

Kirkevold, Marit. 1998. *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. 2 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kisorio, Leah C. og Gayle C. Langley. 2016. "Intensive care nurses' experiences of end-of-life care." *Intensive and Critical Care Nursing* 2016, (33): 30-38. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.11.002>

Kristoffersen, Nina Jahren. 2011. «sykepleie – kunnskap og kompetanse». I *Grunnleggende sykepleie Bind 1*, redigert av Eli-Anne Skaug, 161-206. 2.utg. Oslo. Gyldendal norsk forlag

Liu, Ying-Chun and Hsien-Hsien Chiang. 2017. "From vulnerability to passion in the end-of-life care: The lived experience of nurses." *European Journal of Oncology Nursing* 2017, (30): 30-36. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.09.002>

Mak, Yim Wah, Vico Chung Lim Chiang og Wai To Chui. 2013. «Experiences and perceptions of nurses caring for dying patients and families in the acute medical admission setting.» *International journal of palliative nursing* 2013, 19(9): 423-431. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2013.19.9.423>

Mathisen, Jorunn. 2006. *Sykepleiehistorie, ideer – mennesker – muligheter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Mathisen, Jorunn. 2011. «Sykepleie ved livets avslutning.» I *Grunnleggende sykepleie Bind 3*, red. Nina Jahren Kristoffersen Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 295-335. 2.utg Oslo: Gyldendal Akademisk.

McCourt, Roisin, John James Power og Marie Glackin. 2013. "General nurses experiences of end-of-life care in the acute hospital setting: a literature review." *International Journal of Palliative care* 2012,(10):510-6. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2013.19.10.510>

Norsk Palliativ forening og Norsk forening for palliative medisin. 2016. "Begreper med tilknytning til palliasjon. Oslo: Norsk Palliativ forening og Norsk forening for palliative medisin. https://legeforeningen.no/Global/Spesialforeninger/Norsk%20forening%20for%20palliativ%20medisin/Begrepsliste_september2016.pdf

Norsk senter for forskningsdata. 2017. "Vedtak av endringer å nivå 2 gyldig fra 2017". Lest: 7.april 2019. <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/VedtakNiva2>

- Nortvedt Monica.W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. *Jobb Kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribe.
- NOU 2017:16. ”På liv og død – Palliasjon til alvorlig syke og døende.” Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/995cf4e2d4594094b48551eb381c533e/nou-2017-16-pa-liv-og-dod.pdf>
- Ong, Keh Kiong, Kit Cheng Ting og Yeow Leng Chow. 2017. «The trajectory of experience of critical care nurses in providing end-of-life care: A qualitative descriptive study.» *Journal of clinical nursing* 2018, 27(1-2): 257-268.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13882>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. 2018. Lov om pasient- og brukerrettigheter av 20.juli 2018 nr.63. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3Persvold, Anja Zawadzka. 2019 ”Analyse”. Store Norske Leksikon. Lest: 08.april 2019. <https://snl.no/analyse>
- Peterson, Jennifer L, Malynnda A Johnson, Bonnie Halvorsen, Lisa Apmann, Pi-Ching Chang, Stephanie Kershek, Courtney Scherr, Matthew Ogi og Deborah Pincon. 2010. «what is it so stressful about caring for dying patient? A qualitative study of nurses experiences» *International journal of palliative nursing* 2010, 16(4): 181-187.
<https://doi.org/10.12968/ijpn.2010.16.4.47784>
- Ranse, Kristen, Patsy yates og Fiona Coyer. 2012. «End-of-life care in the intensive care setting: A descriptive exploratory qualitative study of nurses beliefs and practices.» *Australian critical care* 2012, 25 (1): 4-12.
<https://doi.org/10.1016/j.aucc.2011.04.004>
- Reid, Colette, Jane Gibbins, Sophia Bloor, Melanie Burcombe, Rachel McCourbie og Karen Forbes. 2013.”Healthcare professionals perspectives on delivering end-of-life care within acute hospital trusts: a qualitative study”. *BMJ Supportive and Palliative Care* 2013, (0):1-6. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2013-000468>
- Stensheim, Hanne og Marianne J. Hjermsstad. 2016. ”Ivaretakelse av pårørende” i *Palliasjon*, red. Jon Håvard Loge, 274-285. 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tveiten, Sidsel. 2008. *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. 2.utg. Oslo: Fagbokforlaget.
- Tømmerbakk, Marit. 2009. «Pleie ved livets slutt». *Sykepleien*. Lest 05.05.2019:
https://sykepleien.no/forskning/2007/09/pleie-ved-livets-slutt?fbclid=IwAR2FSEvFzWaTnmcWGCccFUba8-wkgphJT5li_V187-9xu6UyxHcmhICOau0
- WHO. 2012. ”WHO Definition of Palliative care.” Lest:29.04.2019.
<https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

8.0 Vedlegg

PICO-Skjema

P	I	O
Palliativ Terminal Dø* Livets slutt	Sykepleie* Palliative pleie Sykehus	Erfar* Sykepleiers erfaring
Palliative End-of-life Terminal ill ”end of life” Dying Death	Palliative care Nurs* Nursing Hospital	Experienc* Nurses experience

Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall Treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
Terminal Care/ or Palliative Care/ or palliati* .mp. or	02.03.19	Ovid Medline	699	50	10	6

<p>terminal*mp or . "end-of- life".mp. or end-of-life .mp. or end of life .mp. or death or Dying .mp. and nurs* or hospital .mp. or Hospitals/ and Experienc* .mp. and Limit 12 to (yr = "2009 – Current" and (danish or english or norwegian or swedish))</p>						
<p>Terminal Care/ or Palliative Care/ or palliati* .mp. or terminal*mp or . "end-of- life".mp. or end-of-life .mp. or end of life .mp. or death or Dying .mp. and nurs* or hospital .mp. or Hospitals/ and Experienc* .mp. and Limit 12 to (yr = "2009 – Current" and (danish or english or norwegian</p>	03.03.2019	Ovid medline	699	43	13	7

or swedish))						
--------------	--	--	--	--	--	--

Søkeord	Dato	Database	Antall Treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
Death/or death.mp. or Dying.mp. and Nursing.mp. or Nursing/ and Qualitative.mp and limit to (yr="2009-2001" and english)	05.03.19	Ovid Medline	138	10	1	1

Artikkel oversikt

Artikkel nummer	Artikkel nr. 1
Forfatter År Land Tidsskrift	Andersson, Erika, Zivile Salickiene og Kristina Rosengren 2015 Sverige Nurse education today
Tittel	<i>To be involved – a qualitative study of nurses experience of caring dying patients</i>
Hensikt	Hensikten med denne studien var å beskrive sykepleierens erfaring med pleie av døende pasienter i kirurgisk avdelinger.
Metode/instrument	Kvalitativ design. Individuelle intervju.
Deltakere/fracfall	To kirurgiske avdelinger i Sverige. Deltakerne var 5 kvinner og en mann, alder mellom 22 og 42 år. Ingen nevnte fracfall.

Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> - Sykepleierne beskriver at de har mangel på kunnskap om palliativ pleie og hvor lite tid de har til den palliative omsorgen og dette skaper frustrasjon som påvirker kvaliteten av pleien. - Sykepleierne beskriver også at første gang de skulle ta seg av døende pasient var vanskelig på grunn av det ansvaret og støtten som kreves, spesielt hos familien. - Sykepleierne beskriver omsorgsprosessen som en del av personlig utvikling, og vurderer det både positivt og utfordrende å være i palliative situasjoner. - Deltakerne beskriver også sin frustrasjon over legene på disse avdelingene som prioriterer de kurative pasientene i stedet for de palliative pasientene. - Deltakerne beskriver også at palliativ omsorg er følelsesmessig krevende å utføre. Enkelte pasienter krever med enn andre, og sykepleierne kommer nærmere disse pasientenes privatliv. Det kan også være vanskelig og legge fra seg tankene når arbeidsdagen er over.
Etisk vurdering	Etisk godkjenning og tillatelse til studien ble hentet fra lederne av de to kirurgiske avdelingene. Ingen annen etisk godkjenning var nødvendig på grunn av svenske regler og retningslinjer. Alle deltakere ble informert om frivillig deltakelse og at de kunne trekke seg tilbake til enhver tid, og svarene deres skulle holdes konfidensielle.
Vurdering av kvalitet	Kvalitetsvurdert ved bruk av sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning. Fagfellevurdert nivå 1

Artikkel nummer	Artikkel nr. 2
Forfatter	Colette Reid, Jane Gibbins, Sophia Bloor, Melanie Burcombe, Rachel McCoubrie, Karen Forbes
År	2013
Land	England
Tidsskrift	BMJ Supportive and Palliative Care
Tittel	Healthcare professionals' perspectives on delivering end-of-life care within acute hospital trusts: a qualitative study

Hensikt	Å finne helsepersonells profesjonelle syn på å gi pleie i livets slutt i et akutt sykehus.
Metode / instrument	Kvalitativ metode med fokusgrupper, individuelle intervju og sjekklister om holdninger til pleie i livets slutt.
Deltakere / frafall	Ansatte ble invitert til å delta i studien. Åtte sykepleiere deltok i fokusgruppe intervju og syv hadde ansikt til ansikt intervju. Deltakerne måtte ha erfaring i å pleie pasienter i livets slutt. Det var avdelingsleder som anbefalte fortfater av studien hvem som skulle inviteres til studien.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> - Sykepleiere følte at livsforlengende behandling ofte ble avsluttet for sent. At det tok for lang tid før det ble sagt at pasienten kom til å dø. - Sykepleierne følte da at oppstart av komfortabel pleie startet for seint. - Pasienten ble også ofte behandlet forskjellig ettersom hvilken avdeling de var på. - Leger var ofte nervøse med å skrive ut analgetika og beroligende før pasientene hadde fått en diagnose som sier at de skal dø. Etter dette fikk sykepleier mye mer ansvar for hvor mye pasienten fikk og legen sin jobb ble nesten bare å skrive ut lindrende medisin. - Flytting mellom avdelinger gjorde også at de følte de ikke kjente pasienten godt nok. - Et praktisk problem var også mangel på enerom som var svært uverdige for pasient og pårørende. - Personell var positive til et hjelpemiddel for å kartlegge når lindrende behandling skulle starte.
Etisk vurdering	Studien ble etisk godkjent av Frenchay Local Research Ethics Committee (REC), South West 5 REC.
Kvalitet	Kvalitetsvurdert ved bruk av sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning. Fagfellevurdert nivå 1.

Artikkelnummer	Artikkel nr. 3
-----------------------	----------------

Forfatter År Land Tidsskrift	Isabelle Fridh, Anna Forsberg, Ingegerd Bergbom 2009 Sverige Intensive and Critical Care Nurses
Tittel	Doing one's utmost: Nurses' descriptions of caring for dying patients in an intensive care environment
Hensikt	Hensikten med denne studien var å finne sykepleierens erfaring og oppfatning på å ta vare på en døende pasient i en intensivavdeling. Med spesielt fokus på pasienter som dør uten pårørende til stede, at familie er i nærheten og miljøaspekter.
Metode / instrument	En kvalitativ beskrivende metode. Sykepleiere ble intervjuet etter en intervjuguide. Intervjuet gikk som en dialog med intervjuer og det ble tatt lydopptak.
Deltakere / frafall	Det ble inkludert ni sykepleiere fra tre forskjellige intensivavdelinger. Det var syv kvinner og to menn, i alder mellom 33 og 58 år. Alle sykepleiere i de tre avdelingene med minst tre års erfaring i intensivavdeling fikk tilbud om å bli med i studie, men kun de inkluderte ønsket å bli med.

<p>Hovedfunn</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sykepleiere opplevde tiden etter at livsforlengende behandling ble avsluttet som mindre stressende. Da kunne sykepleier fokusere på at pasienten hadde det komfortabelt og godt. - Sykepleiere ble mer generøse med analgetika og beroligende legemidler når pasienten kom i den terminale fasen. Dette fordi det var viktig at pasientene hadde det godt. - Alle sykepleiere synes det var tragisk når pasienter må dø uten pårørende til stede. De følte at de måtte være sykepleiere, men også være en kompensasjon for pårørende som ikke er der. Det føles for sykepleiere viktig å gi disse pasientene like god pleie som pasientene som dør med familie ved sengekanten. - Når pasienten har det godt, kan sykepleieren gi mer oppmerksomhet til familien. Sykepleiere følte at å motivere pårørende til å være hos den døende pasienten var viktig. De skulle også betrygge pårørende og at de skulle føle seg så komfortable som mulig. De motiverte pårørende til å berøre og snakke til pasienten. - Sykepleierne brukte ikke å informere terminale pasienter om noe rundt deres død eller tid igjen. De snakket heller om hva de gjorde, om hvem som var i rommet, mer dagligdagse ting for at pasienten skulle føle seg trygg. De informerte pårørende om pasientens situasjon. - Om sykepleiere ikke hadde noe forhold til pasienten før de ble terminal i tillegg til at de døde uten pårørende til stede, ble hele prosessen mer anonym og noe sykepleieren husket mindre. - Når pasienter døde alene føltet ofte prosessen kortere og mindre dramatisk. - Sykepleiere følte det som et privilegium å kunne støtte, pleie og ledsage pasienten på deres siste reise i livet med deres pårørende. Tempo i rommet ble rolig og folk blir stille. - Fordelen med bruk av ventilator var at det var mulig å utsette døden litt til alle pårørende er informert og de som trenger å være tilstede, er der når pasienten dør. - Sykepleier synes ikke det er normalt at pårørende er til stede under akutte dødsfall. Det er ikke plass i rommet og leger og kollega ønsker ikke pårørende i rommet. - Sykepleier syntet det var vanligst når pasienter var unge, ikke-bedøvde pasienter og pasienter de har bygget opp et forhold til de som dør. - I intensiv avdeling er det et problem med mangel på private rom. Noen pasienter må dø på flersengsrom og det er liten tid etter de dør til å si hode til pasienten for pårørende, da nye pasienter venter på plassen. - EOLC erfares som veldig slitsomt og sykepleierne følte seg ofte utslitt og tom etter at pasienten dør. De trengte ofte tid til å komme seg før de kan ta over en ny pasient, spesielt om den neste pasienten også var døende. <p>Diskusjon funn:</p>
-------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Sykepleierne følte at deres nærvær var veldig viktig for pasienter og pårørende. - Sykepleierne synes det var tragisk at pasientene døde uten nære pårørende til stede. Men dette setter ofte ikke det samme merket i sykepleiernes minne. - Sykepleierne erfarer en god død som en rolig, ventilert pasient, omringet av nære pårørende i et privat rom. - Å gi pasienten komfort virket ikke som et problem for sykepleierne. Pasientene hadde ofte smerte, angst, og dyspne. Sykepleierne snakket til pasientene om dagligdagse tema, hvilke handlinger de gjorde for å være på pasientene og hvem som var i rommet. - Informasjon om pasientens helsetilstand ble gitt til pårørende og ikke til pasienten. - Berøring og kommunikasjon følt som viktige deler av sykepleien til den døende. - Plutselig død viser seg å være vanskeligere å håndtere som sykepleier. Deltakerne i studien hadde forskjellige meninger om familiens nerver under veiledning av pasienter. - Sykepleierne gjør sitt beste men, uttrykker at samarbeid med leger og miljøet i intensivavdelinger som en utfordring.
<p>Etisk vurdering</p>	<p>Studien fulgte Helsinki Declaration og Ethical guidelines for nursing research in the Nordic countries sine etiske retningslinjer. Alle deltakere deltok frivillig etter skriftlig og muntlig informasjon om studiet. Alle deltakere i studien ble anonymisert og de fikk muligheten til å trekke seg fra studien når de måtte ønske.</p>

Kvalitet	Kvalitetsvurdert ved bruk av sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning. Vurderer artikkelen til middels kvalitet. Fagfellevurdert nivå 1.
-----------------	---

Artikkel nummer	Artikkel nr. 4
Forfatter År Land Tidsskrift	Johansen, Kristina og Berit Lindahl 2011 Sverige Journal of clinical nursing
Tittel	<i>Moving between rooms – moving between life and death: nurses experiences of caring for terminally ill patients in hospitals</i>
Hensikt	Hensikten med denne studien er å belyse sykepleierens erfaringer med å gi palliativ pleie til pasienter som er innlagt på sykehus.
Metode/instrument	Kvalitativ design.
Deltakere/fracfall	8 kvinnelige sykepleiere på 2 ulike sykehus i Sverige ble intervjuet. De jobbet enten på kirurgisk eller medisinsk avdeling, og har jobbet mellom 3-32 år.

Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> - Deltakerne sier de er takknemlig for å kunne dele slutten til en annens liv. - Sykepleierne blir også ofte veldig knyttet til pasienten, for å kunne holde seg profesjonell er det viktig for sykepleierne og opprettholde en viss avstand. - Sykepleierne mener det er viktig å skape en god atmosfære for både pasienten og pårørende, spesialdesignet rom representerer et hvilested for pasientene, deres kjære og ansatte. - Sykepleierne sier det å være nær døden gir dem følelsen av at livet og døden er en naturlig del av livet. - Sykepleierne mener det å jobbe med døende pasienter koster mye energi, man gir mye av seg selv både som et medmenneske og som en profesjonell sykepleier. - Deltakerne synes også det er viktig å dele erfaringer med kollegaer, dette er en viktig støtte i slike situasjoner. - Deltakerne beskrev at når man går gjennom døren til pasientens rom, tar sykepleiere en annen rolle i en annen verden, slik at de kan møte hver enkelt pasient og andre som kan være i rommet. - Deltakerne sier også at de ikke har nok tid når det gjelder palliative pasienter, og dette fører til stress og misnøye.
Etisk vurdering	Etisk godkjenning var ikke nødvendig i følge Sveriges lovverk. Alle deltakere ble anonymisert..
Vurdering av kvalitet	Fagfellevurdert nivå 2. Kvalitetsvurdert ved bruk av sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning.

Artikkel nummer	Artikkel nr. 5
Forfatter År Land Tidsskrift	Leah C. Kisorio, Gayle C. Langley 2015 South Africa Intensive and Critical Care Nursing
Tittel	Intensive care nurses experiences of end-of-life care

Hensikt	Hensikten med studien var å utforske intensiv sykepleiere sine erfaringer med pleie av døende voksne i intensivavdeling.
Metode / instrument	Et utforskende, beskrivende kvalitativt studie. Det ble valgt ut intensivsykepleiere fra tre sykehus. Det ble så gjennomført gruppe intervju som fulgte en intervjuguide. Det ble også tatt lydopptak av intervjuene
Deltakere / frafall	Det ble inkludert 24 sykepleiere. Det var inklusjonskrav om at sykepleier hadde minst seks måneder erfaring med fast jobb i intensivavdeling, at de jobbet der nå og at de ga skriftlig samtykke til å delta.

<p>Hovedfunn</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sykepleieren fant det utfordrende psykisk og følelsesmessig når de ga livsluttende pleie til pasienter. Spesielt om pasienten hadde en yngre alder eller om de hadde blitt godt kjent med pasienten. - Sykepleierne synes det var vanskelig å kommunisere dårlige beskjeder om prognosen til pasienten til familien. De ville helst at legene skulle ta den praten. At familien benekter hva som foregår var også normalt. - Mindre erfarne sykepleiere følt at de hadde lite å si i beslutninger som ble tatt av leger som gjaldt deres pasienter. De ønsket gjerne å bli involvert da de følte at de kjente pasienten best. - Det var viktig for deltakerne i studien å inkludere religiøse og spirituelle faktorer for å sikre mest mulig komfort for pasienten. De ønsket at familie og pårørende ordnet dette med de religiøse menighetene og samfunnene de var en del av. - Sykepleierne ga samme komfortpleie til pasientene som var døende som de andre pasienter får. Dette for å sikre mest mulig komfort til pasientene. - Familie sin tilstedeværelse og deltakelse i pasient pleie var sett som en form for pasient støtte. Dette kunne føre til at pasienten ikke følte seg alene i prosessen imens familien fikk forberede seg på at pasienten skulle dø. Veldig få ble spurt om å delta på dette, men de fikk bli med om de ville. - Sykepleiere erfarte at dårlig tid i intensivavdelingene gikk utover pleie til de døende. Det var ofte at de ikke kunne være til stede når pasienten døde. - Lyd var også et problem, da det var mye bråk i en intensivavdeling. - Sykepleierne var så opptatte at det var behov for spesialiserte støtteapparat for familiene etter pasientene døde var viktig. - Familier ønsket ofte kulturelle eller religiøse ønsker som skulle respekteres. - Det var viktig at familie fikk besøke når de ville siden de var en så viktig del av pleie i livets slutt. - Det var ikke alltid sykepleier hadde mye tid til å støtte familien før, under og etter døden. - Familie møter med tverrfaglige team skulle begynne raskt etter pasienten blir innlagt på intensivavdelingen og jevnlig ettersom tilstanden endrer seg. Sykepleiere var ofte stresset over viktigheten av deres deltakelse, dette var sjeldent praktisert. - Deltakerne sa de trengte støtte fordi det var så utfordrende å pleie døende. Debrifing under og etter tiden de pleier den døende, kunne hjelpe. - Sykepleierne synes de har for lite erfaring i livsluttende behandling og spesielt nyutdannede sykepleiere synes det er utfordrende å møte familiens psykologiske behov. - Sykepleieren synes at det var viktig at de kunne slippe å gjøre terminal pleie om de hadde private årsaker som gjorde dette for vanskelig i en periode. Det var viktig å bytte på hvem som skulle ha den terminale pasienten. - Sykepleiere trenger tid til å komme seg etter en pasient har død til de skal begynne med en ny pasient.
-------------------------	---

Etisk vurdering	Studien fikk etisk godkjenning fra “relevant university Ethics and post graduate committees, Department of Health and hospital authorities.” Deltakerne var informert om at det var en frivillig studie og at de kunne trekke seg når som helst. De skrev under på samtykke skjema.
Kvalitet	Kvalitetsvurdert ved bruk av sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning. Fagfellevurdert nivå 1.

Artikkel nummer	Artikkel nr. 6
Forfatter År Land Tidsskrift	Mak, Yim Wah, Vico Chung Lim Chiang og Wai To Chui 2013 Hong kong Journal of palliative nursing
Tittel	<i>Experiences and perceptions of nurses caring for dying patients and families in the acute medical admission setting.</i>
Hensikt	Hensikten med denne studien var å utforske erfaringene og oppfatningene til sykepleierne ved å ta vare på døende pasienter og deres familie på akuttavdeling.
Metode/instrument	Kvalitativ.
Deltakere/fracfall	15 deltakere fra tre akuttavdelinger, alder mellom 20 til 55 år.

Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> - De fleste deltakerne følte på mangel på forberedelse av pasientens uventet dødsfall, og familienes intense reaksjoner til pasientens død. - Sammen med emosjonelle reaksjoner, hadde noen sykepleier somatiske problemer som søvnløshet ved pleie av døende pasienter. - Sammen med emosjonell og somatiske konsekvenser syntes noen sykepleiere at de hadde manglende evne til å ta vare på døende pasienter og deres familie. - Noen av sykepleierne sammenlignet noen pasienter med død av sine egne familiemedlemmer - Flere av sykepleierne synes det er vanskelig å ta vare på døende pasienter.
Etisk vurdering	<p>Godkjenning av studien var hentet fra the human subjects ethics subcommittee of the Hong kong polytechnic university og den relevante myndigheten på sykehuset.</p> <p>Forskerne informerte de potensielle deltakerne om at de kunne nekte å delta i studien eller trekke seg fra den når som helst. Alle deltakere ble anonymisert.</p>
Vurdering av kvalitet	<p>Kvalitetsvurdert ved bruk av sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning.</p> <p>Fagfellevurdert nivå 1.</p>

Artikkel nummer	Artikkel nr. 7
Forfatter	Ong, Keh Kiong, Kit Cheng Ting og Yeow Leng Chow
År	2017
Land	Singapore
Tidsskrift	Journal of clinical nursing
Tittel	<i>The trajectory of experience of critical care nurses in providing end-of-life care: A qualitative descriptive study</i>
Hensikt	Hensikten med denne studien var å forstå oppfatningen til intensivsykepleiere i møte med å gi pleie til pasienter i livets slutfase.

Metode/instrument	Kvalitativ design
Deltakere/fracfall	10 sykepleiere som var mellom 23-42 år, 8 av deltakerne var kvinner og 2 var menn. Deres jobberfaringer rangert fra 2-13 år.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> - Deltakerne fokuserte hovedsakelig på å ta vare på den fysiske dimensjonen hos pasienten ved å redusere smerte og øke komforten, men de andre dimensjonene som psykologiske og emosjonelle ble lagt til siden på grunn av at pasienter som var kritisk syke ikke var i stand til å kommunisere. Men ved ivaretagelse av familien fokuserte de på psykologisk støtte. - Siden pasientene ofte ikke var i stand til å kommunisere, måtte surrogater eller familiemedlemmer ta beslutninger for pasienten. - Sykepleiere måtte også ofte oversette medisinske utstykk for familiemedlemmene etter de har snakket med leger. - Sykepleierne følte også at familiemedlemmene oppfattet kritisk omsorg som maksimal støtte og forventet kurativ omsorg. De følte at dette gjorde at familiemedlemmene «holdte igjen» på pasienten, og at de hadde håp. - Sykepleierne opplevde mangel på selvbestemmelse, der det er ubalanse med tanke på makt mellom leger og sykepleiere, der legene sine meninger står sterkere. Dette begrenser sykepleierens evne til å påvirke omsorgsplanleggingen. - Kommunikasjon mellom doktorene og familiemedlemmene var ofte overfladiske og palliativ pleie planen ble ofte forstyrret fordi familiemedlemmer ikke hadde et klart perspektiv på hva det medførte. - Deltakerne beskrev at de ofte var «for opptatt» og hadde «mangel på tid», som hemmet deres evne til å ha dypere samtaler om palliativ pleie. - Deltakerne følte seg ikke forberedt på gi palliativ pleie, de forsto at det var komplisert og følte det ikke var tilstrekkelig utdanningstiltak som tilbys. - Viktige faktorer som påvirket dybden av sorg som sykepleiere opplevde, inkluderte emosjonell tilkobling, dramatiske reaksjoner fra familiemedlemmer og den sosiale konteksten til pasienter og familiemedlemmer. - Mestring var viktig for å opprettholde sykepleierens personlige helse. Pleie til pasienter i livets slutfase er emosjonelt og mentalt utfordrende og har en negativ påvirkning på sykepleierens helse og kan medføre utbrenthet. - Deltakerne beskrev at de var takknemlige for livet, for dem selv og deres pasienter, de følte seg også fornøyd når de så verdi i omsorgen de gav, og forstår at palliativ pleie er det beste for pasienten.

	<ul style="list-style-type: none"> - Sykepleierne endret deres måter å kommunisere med leger på for å bringe sine budskap - Sykepleierne endret også sin kommunikasjonsstil med familiemedlemmer for å få en lettere kommunikasjonsprosess
Etisk vurdering	Etisk godkjenning var hentet fra NUS-IRB og godkjenningen for tilgangen ble mottatt fra the director of nursing of the research site. Muntlig og skriftlig informasjon ble gitt til deltakerne før studien. Deltakerne ble anonymisert.
Vurdering av kvalitet	Kvalitetsvurdert ved bruk av sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning. Fagfellevurdert nivå 2.

Artikkel nummer	Artikkel nr. 8
Forfatter	Peterson, J, M. Johnson, B. Halvorsen, L. Apmann, P-C. Chang, S. Kershek, C. Scherr, M. Ogi og D. Pincon.
År	2010
Land	United Kingdom
Tidsskrift	International journal of palliative nursing
Tittel	<i>What is it so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses experience.</i>
Hensikt	Undersøke sykepleierens erfaringer og deres bekymring i forhold til omsorg for en døende pasient.

Metode/instrument	Kvalitativ design. Dybdeintervju. Spørreskjema med åpne spørsmål. Multidimensional fear of death scale. Frommelt scale.
Deltakere/fracfall	15 sykepleiere og sykepleiestudenter. 3 menn og 12 kvinner. Alder mellom 20 til 54 år.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> - Tid og prestasjon var en felles bekymring for sykepleierne. - Bekymringer over pasientens komfort, og pasientens fysiske og psykiske behov ble møtt. Bekymret for at pasienten ikke fikk tilfredsstilt informasjonsbehovet. - Bekymringer over ivaretagelse av familien til pasienten og deres behov. Sykepleierne følte at de ofte var meglere mellom pasient og familien.
Etisk vurdering	Deltakerne måtte signere et samtykkeskjema. Godkjent av The Institutional Review Board.
Vurdering av kvalitet	Kvalitetsvurdert ved bruk av sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning. Fagfellevurdert nivå 1.

Artikkel nummer	Artikkel nr. 9
Forfatter År Land Tidsskrift	Ranse, Kristen, Patsy Yates og Fiona Coyer. 2012 Australia Australian college of critical care nurses
Tittel	<i>End-of-life care in the intensive care setting: A descriptive exploratory qualitative study of nurses' beliefs and practices</i>
Hensikt	Hensikten med denne studien var å undersøke oppfatninger og praksisene for intensivsykepleiere ved palliativ pleie.

Metode/instrument	Kvalitativ design. Semi-strukturert intervju ble brukt til å samle inn data.
Deltagere/frafall	5 kvinnelige intensivsykepleiere. Ingen nevnte frafall.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> - Deltakerne brukte ord som privilegium og ære til å beskrive hvordan de følte for muligheten til å ta vare på pasienter og familie i livets slutfase. - Noen deltakere følte at ikke alle kollegaer verdsatte muligheten til å kunne ta vare på pasienter og deres familie i livets slutfase. - Deltakerne opplever emosjonell intensitet, noen deltakere mente at organisatorisk støtte var nødvendig. - Usikkerhet og uklarhet i pasientprognose og «end-of-life» valg. Selv om det har blitt tatt et valg var det fremdeles usikkerhet og uklarhet i forhold til behandling. - Deltakerne sier at palliativ pleie er så mye mer enn å avslutte behandling, det å skape komfort for både pasienten og pårørende er viktig. Fjern tekniske utstyr og skap en mer atmosfære som er mindre klinisk og mer hjemmekoselig. - Deltakerne beskrev hvor viktig det var å gi positive opplevelser for familier i den harde tiden.
Etisk vurdering	Etisk godkjenning for å gjennomføre studien ble gitt av helsetjenesten til studieinnstillingen og universitet tilknyttet til studien
Vurdering av kvalitet	Fagfellevurdert nivå 1. Kvalitetsvurdert ved bruk av sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning.

Artikkel nummer	Artikkel nr. 10
------------------------	-----------------

Forfatter År Land Tidsskrift	Richard B. Arbour, Debra L. Wiegand 2014 USA Intensive and Critical Care Nursing
Tittel	Self-described nursing roles experienced during care of dying patients and their families: A phenomenological study
Hensikt	Hensikten med denne studien var å forstå sykepleiers erfaring og forstå deres oppfatninger av aktiviteter og roller de utfører ved omsorg for pasienter og deres familier under overgangen fra aggressiv livreddende pleie til palliative og livsluttende pleie.
Metode / instrument	En beskrivende fenomenologisk studie. Individuelle intervju med lydopptak. Det ble brukt intervjuguide og intervjuene tok fra 20 til 100 min.
Deltakere / frafall	19 kritisk pleie sykepleiere med erfaring for døende pasienter og deres familier.

Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> - Sykepleiere erfarte at de måtte informere og undervise familiene. Undervisningen måtte tilpasses hver enkelt familie etter deres forståelse, bakgrunn og behov. De forklarte for eksempel viktigheten av bruk av analgetika og at dette skulle gjøre pasienten komfortabel. At det kunne senke blodtrykk og reparasjon, men at det ikke var noen direkte årsak til døden. - Sykepleier måtte støtte familien i beslutningstaking, spirituell støtte, praktisere kulturell sensitivitet og gi emosjonell støtte og klargjøre familien for døden. - Sykepleierne følte de måtte stå opp for sine pasienter for at legene skulle gi god nok smertelindring og beroligende. Ofte må de også ordne praktiske ting som å ordne papirarbeid som måtte være i orden før de ble for dårlig. Sykepleiere må også la pårørende forstå at de må få la pasienten gå, ikke fortsette pleie når det ikke er mer sjanse for at de skal leve. Sykepleier erfarte også å måtte støtte pasienter når de ikke ønsket mer livredde pleie, selv om familien ikke ville gi opp. Det er sykepleier og pasient som ofte ser best om pasient er komfortabel nok. Dette måtte sykepleier passe på å videreformidle tverrfaglig. - Sykepleiere synes at det var viktig å oppfordre familie til å være der mest mulig for pasientene, besøkstidene ble uviktig da dette kunne gjøre alt verre. At familien er der gjør at pasienten får det best mulig, men også familie kommer sammen og støtter hverandre. - Sykepleier fant symptom lindring som en viktig del av pleien. Når det ble bestemt at pasientene ikke skulle ha livsforlengende pleie mer, ble symptomlindring og at pasienten skulle ha det best mulig, det viktigste. Det var også viktig å involvere pasienten sine ønsker i denne delen av pleien. - Å få pasienten til å se komfortable ut kunne beskytte familien fra vonde minner. Det gjør at pårørendes siste minner var at pasienten hadde det bra. Det var viktig å la familien få sine ønsker. Om de ville holde hånden til den døende eller syngende for dem, så måtte de få lov til det. - Det var også viktig at pasientene fikk dø hvor de ble terminal, det er en stor påkjenning for familien om en terminal pasient må skifte rom eller avdeling når de egentlig skal ha ro og fred. - Informasjon og undervisning av familiene var også en del av at de kunne akseptere og ta inn hva som skulle skje. - Familie ønsker ble satt stor vekt på og støttet. - Sykepleiere erfarte også at de måtte lære opp å hjelpe nyere sykepleiere i denne form for arbeid. Det var en viktig del å snakke om erfaringer og følelser og ikke bare tekniske oppgaver.
Etisk vurdering	<p>Denne studien ble utført i samsvar med lovene til "The code og Ethics of the World Medical Association.(Declaration of Helsinki"</p>

Kvalitet	Kvalitetsvurdert ved bruk av sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning. Fagfellevurdert nivå 1.
-----------------	--

Artikkel nummer	Artikkel nr. 11
Forfatter År Land Tidsskrift	Sedigheh Iranmanesh, Zahra Ghazanfari, Stefan Savenstedt og Terrtu Haggstrom 2011 Sverige og Iran Journal of Palliative Care
Tittel	Professional Development: Iranian and Swedish nurses experiences of caring for dying people
Hensikt	Hensikten med studien var å belyse iranske og svenske sykepleieres erfaringer med profesjonell utføring av pleie til døende.
Metode / instrument	Kvalitative intervju som ble tatt opp på lydopptak og transkribert ordrett. Åpne strukturerte intervju. 45-60 minutter lange.
Deltakere / frafall	Åtte sykepleiere fra et sykehus i Iran ble inkludert og åtte sykepleiere fra svenske sykehus ble inkludert. Inklusjonskriteriene var at de måtte være sykepleiere og erfaring med å pleie døende.

<p>Hovedfunn</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Både iranske og svenske sykepleier var det viktig å få et godt forhold til familien og pasienten som var døende. Da kunne de adressere og imøtekomme familiens personlige behov og støtte de best mulig. - De svenske sykepleierne baserte kommunikasjonen på sannhet og tillit. De informerte pasienten og de pårørende om tilstanden slik at de kunne hjelpe til å forberede en god død. Dette gjorde familiene mer forberedt på at deres nære skulle dø og den døende til å dø slik den ønsket. - De iranske sykepleiere følte de burde si sannheten, men av kulturelle årsaker skulle de alltid fortsette å gi håp. De følte det var frustrerende å ikke kunne fortelle om pasientens prognose. Samtidig følte de at pasienten ofte ikke var klar for å høre at de hadde en dødelig diagnose, og å høre dette kunne hemme pasientens liv til de faktisk døde. - De svenske sykepleierne som jobbet i sykehus satte pris på at de hadde muligheten til å jobbe mer helhetlig. De synes det var veldig godt å få jobbe slik istedenfor bare å fokusere på de fysiske problemene. - Faglig utvikling betydde deling av kunnskap, erfaringer og ansvar. De svenske sykepleierne var veldig glad for å jobbe i et slikt team. Det var veldig viktig med tillit til hverandre. - Svenske sykepleier følte at strukturerte og profesjonelle ledede team diskusjoner og refleksjoner var en effektiv måte å møte problemer og utfordringer for faglig basert pleie. - Iranske sykepleiere følte lite samarbeid tverrfaglig. De følte de bar en stor arbeidsmengde alene. - Både svenske og iranske sykepleier mente at faglig utviklet kunnskap gjorde omsorgen optimal. Egne erfaringer og ressurser var også veldig viktige. Deres religiøse tro og deres egne erfaringer i jobber var viktigst. De følte de ble bedre og bedre med mer erfaring. - Iranske sykepleiere brukte religionen deres for å takle stresset. - Svenske sykepleiere brukte personlige filosofiske grunnlag for å finne mening når de pleide døende. - Svenske og iranske sykepleiere sa at personlige erfaringer hadde en effekt på hvordan de pleier døende. - Svenske og iranske sykepleiere sier at å pleie døende har endret måten de ser på deres egne liv og mye annet. Å bli kjent med døende pasienter og deres pårørende, både dårlige og gode forhold med dem, lærer de mye om seg selv i jobben og privat. - Over tid fikk de svenske sykepleierne selvtillit og ble mindre usikker på jobben de gjør. De lærte av hver gang de hadde en døende pasient. De lærte at de kom til å oppleve smertefulle øyeblikk og de lærte å akseptere de vanskelige situasjonene og ikke prøve å unngå de. De klarte å være en god balanse mellom profesjonell og være nær til pasienten og de pårørende. - Svenske sykepleiere følte selvtillit, men samtidig en stor grad ydmykhet. De måtte ikke ha svaret på alt. De lærte seg å tenke positivt og tåle sine egne reaksjoner. - Iranske sykepleiere følte frustrasjon og tristhet, spesielt når de hadde et godt forhold til pasienten.
-------------------------	---

Etisk vurdering	Studien ble godkjent av relevante etiske komitéer, sykehus direktør, matrone og sjefs sykepleiere på avdelingene. Sykepleierne ble informert om studien og de skrev under på samtykkeskjema. De hadde full rett til å trekke seg fra studien når som helst. De fikk god tid til å bestemme seg om de ville delta.
Kvalitet	Kvalitetsvurdert ved bruk av sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning. Fagfellevurdert nivå 1.

Artikkel nummer	Artikkel nr. 12
Forfatter År Land Tidsskrift	S.M. Donnelly og A.Psirides 2015 New Zealand QJM: An international Journal of Medicine
Tittel	Relatives' and staff's experience of patients dying in ICU
Hensikt	Hensikten med studien er å utforske pårørende og ansattes erfaring på pasienter som dør i intensivavdelinger.
Metode / instrument	Kvalitativ studie. Det ble brukt dybde intervjuet. Intervjuene kan ha en åpen slutt. Intervjuet skjedde ansikt til ansikt og skjedde innen 48 timer etter døden.
Deltakere / frafall	Det ble valgt ut ti pasienter som kom til å dø i en intensivavdeling. Sykepleiere som var mest involvert i å pleie de døende pasientene ble intervjuet. Alle som fikk tilbud om å bli med i studien takket ja. Ti sykepleiere deltok. Alle var "Senior ICU nurses"

Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> - Sykepleierne synes det er viktig å vise respekt ovenfor pasienten og familien, ikke forlate, familien, pasienten eller kroppen etter døden. Å behandle de som om det var deres egne familie som gikk igjennom dette. - Det er viktig å be familie om å gå innimellom så de og pasienten slipper å oppleve uverdige ting. - Det er viktig å få kondolere og kunne gi pårørende en klem for å vise støtte. - Erfaringer både personlige og faglige påvirker arbeidet deres, men også hva de ser andre sykepleiere gjør. - Sykepleierne er tilfredsstilt med omsorgsprosessen. - Sykepleierne ønsker at familien skal tenke at de virkelig bryr seg og ikke at dette bare er en del av jobben de må gjøre. - Døden har en innvirkning på dem, men de har laget seg egne måter å håndtere det. - Sykepleiere synes det er viktig å ikke forlenge døden unaturlig lenge, samtidig som de gir de pårørende nok tid. - Alle sykepleiere sier at de blir påvirket i det pasienten dør, og det er viktig å ha laget et miljø som skaper rom for intimitet for familien. - Sykepleierne synes at overlevering/overtakelse av pasienter kan være et problem når pasienter skal til pause eller vakt bytte. - Sykepleiere kan synes det er vanskelig om de skal tilby prest eller ikke. - Sykepleier føler et spesielt stort ansvar for å ta vare på barn som pårørende.
Etisk vurdering	Studien er etisk godkjent av Central Regional Ethics Committee. Studien var frivillig.
Kvalitet	Kvalitetsvurdert ved bruk av sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning. Liten presentasjon av funn og analyse. Det er presentert funn, men lite diskusjon rundt. Fagfellevurdert nivå 1.

Artikkel nummer	Artikkel nr. 13
Forfatter År Land Tidsskrift	Ying-Chun Liu og Hsien-Hsien Chiang 2017 Taiwan European Journal of Oncology Nursing
Tittel	From vulnerability to passion in the end-of-life care: The lived experience of nurses

Hensikt	Hensikten med studien var å finne ut hvordan sykepleiere spesialisert innen livsluttende pleie erfarer og hvordan de bruker deres erfaringer og tankegang.
Metode / instrument	Refleksjon gruppe med sykepleiere. Lydopptak. Det var ingen klar intervjuguide, fordi de ville høre sykepleiers refleksjoner og tanker i en åpen setting. Det var seks refleksjoner, men alle deltok på minst tre.
Deltakere / frafall	13 sykepleiere fra Taiwan.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> - Sykepleierne synes det var vanskelig og trist å se pasienter som kom til å dø, gå igjennom vonde, smertefulle og ubehagelige behandlingsmetoder. De synes det var unødvendig og at de skulle slippe å ha vondt. - Sykepleierne synes det er veldig viktig å høre på pasientens ønsker og behov og ikke alltid følge en standard prosedyre. - I Taiwan bruker de ikke å snakke om død. Samtidig skal ikke sykepleier gi falskt håp. Dette er veldig utfordrende. - Sykepleiere er opplært til å holde sine egne følelser tilbake og være profesjonelle. De har uansett behov for å sørge over pasienter som dør. - Sykepleiere tar med seg egne erfaringer inn i jobben. Det kan gjøre jobben enklere noen ganger og vanskeligere andre ganger. - Det vanskelig for sykepleierne når pasientene har lange sykehusopphold og de blir godt kjent med familien og pasienten. Da er det veldig trist når de dør. - Sykepleiere erfarte at å jobbe med døende gjorde at de ble mer forberedt til død på privat arena. - Med erfaring føler sykepleiere at de blir bedre på å pleie døende og å ta vare på deres familie. De føler etter hvert ydmykhet og takknemlighet for å få kunne føre noen igjennom livets siste stasjon. - Sykepleierne sier at de lære seg å leve i øyeblikket og ikke kaste bort tiden.
Etisk vurdering	Studien ble gjennomført i samsvar med Helsinki Decleration og var godkjent av the Institutional Review Board on human subjects for the National Taiwan University Hospital. Forfatter fikk tillatelse til å gjennomføre studien på sykehuset. Sykepleierne ble informert om studien og ga skriftlig samtykke. De kunne trekke seg fra studien om de ville.
Kvalitet	Kvalitetsvurdert ved bruk av sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning. Fagfellevurdert nivå 1