



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

**Sykepleiers erfaringer i palliativ omsorg**

**Nurse´s experiences in palliative care**

**Siv Sallaup og Hanne Kristine Målen Langholm**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 74**

**Molde, 05.04.2017**



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

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

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Marit Sandøy

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

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

Dato: 21.03.2017

**Antall ord: 11077**

## **Forord**

*Så ble det atter en ledig plass på jord  
Ingen kainn erstatt du som for  
i hjertan vår minnan ska bli  
I himmeln è du fri*

*Farvell kjære venn  
Og hade bra  
Det va du som vart henta i dag  
Æ vil tru det va te stjærnan du for  
for det e der - englan bor*

*All sett vi våre dype spor  
For dæm som e igjen bli sorgen stor  
Ingen veit, kæm englan ska hent  
all sammen – står vi på vent*

**(Monica Iversen 2011)**

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** I 2015 døde i overkant av 32 000 mennesker på somatiske sykehus og pleie- og omsorgsinstitusjoner i Norge. Mange av disse har et palliativt forløp som krever optimalisert behandling, pleie og omsorg for å kunne sikre god livskvalitet ved livets slutt. Det er krevende for sykepleier å forholde seg til mennesker i vanskelige livssituasjoner.

**Hensikt:** Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvordan sykepleiere erfarer sykepleie knyttet til palliativ omsorg.

**Metode:** En systematisk litteraturstudie basert på 14 kvalitative forskningsartikler.

**Resultat:** Sykepleierne la stor vekt på kunnskap, kompetanse og personlig erfaring for å gi god palliativ omsorg. Arbeidet var meningsfullt for sykepleierne, til tross for at de ble berørt av pasientens lidelse. Kvaliteten på pleien ble redusert på grunn av manglende samarbeid med kolleger, ledere, leger og andre instanser. Knapphet på ressurser skapte etiske dilemmaer for sykepleier når pasientens autonomi og verdighet ikke ble respektert.

**Konklusjon:** Denne systematiske litteraturstudien viser at sykepleiere møter ulike utfordringer i den palliative omsorgen. Utfordringene innebar mangel på samarbeid, tid og ressurser og problemer i forholdet til pasient og pårørende. De blir påvirket på det personlige plan og i arbeidshverdagen.

**Nøkkelord:** Palliativ omsorg, sykepleier, erfaring, opplevelser, kompetanse

## **Abstract**

**Background:** 32 000 people died in hospitals, nursing homes and care institutions in 2015, in Norway. Many of these have a palliative care course which requires optimized treatment and care in order to ensure quality of life at the end of life. It is demanding for nurses to deal with people in difficult life situations.

**Purpose:** The purpose of this literature study was to examine nurses experiences in palliative care

**Method:** A systematic literature study based on 14 qualitative research articles.

**Results:** The nurses emphasized on knowledge, expertise and personal experience to provide palliative care. The work was meaningful to the nurses, despite the fact that they were affected by the patient´s suffering. The quality of care was reduced due to a lack of cooperation with colleagues, managers, doctors and other professions. Scarcity of resources created ethical dilemmas for the nurses when the patient's autonomy and dignity was not respected.

**Conclusion:** This systematic literature study shows that nurses encounter various challenges in palliative care. The challenges entailed lack of cooperation, time and resources and problems in the relationship with the patient and the family. They are affected on a personal level and in their daily work.

**Key words:** Palliative care, nurse, experience, competence

## **Innholdsfortegnelse**

<b>1.0</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Hensikt .....	2
<b>2.0</b>	<b>Teoribakgrunn</b> .....	<b>3</b>
2.1	Den palliativ omsorgen .....	3
2.2	Sykepleiers rolle i den palliative omsorgen .....	4
2.3	Den palliative pasienten .....	5
2.4	Pårørende til palliative pasienter .....	5
2.5	Den tunge avskjedsprosessen .....	6
<b>3.0</b>	<b>Metodebeskrivelse</b> .....	<b>7</b>
3.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	7
3.2	Datainnsamling .....	8
3.2.1	Litteratursøkningsstrategi .....	9
3.3	Kvalitetsvurdering .....	10
3.4	Etiske hensyn .....	10
3.5	Analyse .....	11
<b>4.0</b>	<b>Resultat</b> .....	<b>13</b>
4.1	Utfordringer i sykepleieprosessen .....	13
4.1.1	Følelser som kan oppstå i sykepleieprosessen .....	14
4.1.2	Å opprettholde profesjonell avstand .....	15
4.2	Barrierer for å gi god palliativ pleie .....	16
4.2.1	Mangel på tid og ressurser .....	16
4.2.2	Bekymringer i relasjonen til pasient og familie .....	17
4.2.3	Mangel på retningslinjer og sikkerhet .....	18
4.2.4	Mangel på samarbeid mellom instanser .....	19
4.3	Å ivareta pasientens og familiens behov .....	20
4.3.1	Å ivareta pasientens autonomi og verdighet .....	21
4.3.2	Støtte til familien i dødsprosessen .....	21
<b>5.0</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>23</b>
5.1	Metodediskusjon .....	23
5.1.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	23
5.1.2	Datainnsamling .....	23
5.1.3	Kvalitetsvurdering og etiske hensyn .....	24
5.1.4	Analyse og resultat .....	25
5.2	Resultatdiskusjon .....	26
5.2.1	Nødvendigheten av kompetanse og personlige erfaringer .....	26
5.2.2	Et emosjonelt krevende arbeid .....	27
5.2.3	Ivaretagelse av pasientens og familiens behov .....	29
5.2.4	Å gi nødvendig informasjon og støtte gjennom kommunikasjon .....	30
5.2.5	Viktigheten av et godt samarbeid .....	32
5.2.6	Utfordringer i arbeidshverdagen .....	33
<b>6.0</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>35</b>

6.1 Forslag til videre forskning .....	36
<b>Litteraturliste .....</b>	<b>37</b>

**Vedlegg 1:** PI(C)O-oversikt

**Vedlegg 2:** Søkehistorikk

**Vedlegg 3:** Artikkeloversikt

**Vedlegg 4:** Sjekkliste for kvalitative forskningsartikler



# 1.0 Innledning

## 1.1 *Bakgrunn for valg av tema*

I 2015 døde i overkant av 32 000 mennesker på somatiske sykehus og pleie- og omsorgsinstitusjoner i Norge. Omtrent 31% døde i sykehus, mens 48% døde i sykehjem (Folkehelseinstituttet 2016). Palliativ (lindrende) behandling og pleie kan foregå innenfor flere deler av helsevesenet. Vi kan møte palliative pasienter i hjemmet, på dagsenter, sykehjem, sykehus og i spesialinstitusjoner (Mathisen 2012).

I 2011 hadde 26,1% av personalet i kommunal sektor ingen formell utdanning innen helse- og sosialfag. Den høye andelen av ufaglært personale, i kombinasjon med at grunn- og videreutdanning legger lite vekt på palliasjon i utdanningen, kan være grunnen til at man ikke alltid lykkes i å gi god palliativ omsorg (Helsedirektoratet 2015).

Ifølge definisjonen til Verdens helseorganisasjon og European Association for Palliative Care, går palliasjon ut på å aktivt behandle og lindre symptomer. Pasienten skal motta god omsorg og pleie for å få ivarett sine psykiske, sosiale og åndelige eller eksistensielle problemer. Målet i den palliative omsorgen er å sørge for best mulig livskvalitet for pasient og pårørende (Mathisen 2012). For å kunne møte pasientgruppers og pårørendes behov må den palliative omsorgen styrkes. Det meldes om manglende ressurser, knapphet på helsepersonell og for lite nødvendig kompetanse. Det kreves optimalisert behandling, pleie og omsorg for å kunne sikre livskvalitet ved livets slutt (Helsedirektoratet 2015).

Siden så store deler av helsetjenestene ivaretar palliative pasienter tenker vi at det kreves kunnskap om fagområdet hos alle sykepleiere. På bakgrunn av dette ser vi betydningen av å belyse hvordan sykepleier erfarer sin rolle i den palliative omsorgen. Vi synes dette er et viktig og interessant tema som vi ønsket å tilegne oss mer kunnskap om for å stå bedre rustet til å møte fremtidige situasjoner innen palliativ pleie. Vi ønsker at temaet skulle hatt større oppmerksomhet i den grunnleggende sykepleieutdanningen. Vi har selv erfart utfordringer knyttet til palliativ behandling, og tror at med økt kunnskap vil vi og andre sykepleiere kunne stå sterkere som profesjonelle yrkesutøvere i den palliative omsorgen.

## **1.2 Hensikt**

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvordan sykepleiere erfarer sykepleie knyttet til palliativ omsorg.

## 2.0 Teoribakgrunn

### 2.1 *Den palliativ omsorgen*

Verdens helseorganisasjon (WHO) og European Association for Palliative Care (EAPC) definerer palliasjon slik:

Palliasjon defineres som aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet (Mathisen 2012, 300).

Grunnleggende palliasjon består av å kartlegge symptomer og plager, gi symptomlindring, terminal pleie og informasjon, dokumentere og samarbeide med kolleger og instanser. Sykepleier skal også ta vare på pårørende gjennom prosessen og gi de oppfølging etter døden. For å oppnå god og effektiv palliasjon må alle parter som er involvert arbeide sammen for å gi det beste til pasienten og pårørende (Haugen, Jordhøy og Hjermsstad 2011).

Palliativ omsorg og behandling anser døden som en del av livet. Dødsprosessen skal ikke bli forlenget eller fremskyndet. Målet innen palliativ behandling og omsorg er å sørge for livskvalitet for de døende og for deres pårørende (Helsedirektoratet 2015).

”Palliative care” omfatter aktiv behandling, pleie og omsorg, og beskriver det faglige feltet som en helhet (Kaasa 2011). Et fundament i palliativ behandling, pleie og omsorg er det helhetlige menneskesyn. Alle ansatte skal på en faglig god måte samarbeide for at de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige eller eksistensielle behov skal bli ivaretatt (Busch og Hirsch 2011).

## ***2.2 Sykepleiers rolle i den palliative omsorgen***

Virginia Henderson mener at for å oppnå en verdig og fredfull død, må sykepleien opprettholde eller skape et livsmønster ved å fokusere på det enkelte individets behov (Kirkevold 1998). Hennes sykepleiedefinisjon går ut på at det er sykepleiers oppgave å hjelpe enkeltmennesker med å ivareta deres grunnleggende behov. For å oppnå dette må sykepleier innhente informasjon om hver enkelt pasient, og hvordan de ønsker å få dekt sine grunnleggende behov. Dette er en utfordrende, men nødvendig oppgave for at sykepleier kan få forståelse for hver enkelt pasients situasjon (Kristoffersen 2014c).

Å utøve sykepleie til døende pasienter innebærer omsorgsoppgaver som alle andre pasienter krever, men palliativ omsorg er av en helt spesiell karakter. Sykepleien som gis skal omhandle lindrende behandling og forebygging av nye lidelser, ikke helbredelse eller rehabilitering (Mathisen 2012).

Sykepleier som gir behandling til palliative pasienter skal ha forståelse, erfaring, kunnskap og handlingskompetanse i forhold til ulike aspekter i det palliative fagfeltet. Dette innebærer kunnskap om konsekvenser av sykdom og behandling, kartlegging og lindring av symptomer. Sykepleier skal ivareta den døende og familien gjennom støtte for å oppnå livskvalitet og mestring i den palliative fasen. Man har en undervisende funksjon i forhold til pasienter, pårørende og kolleger. Sykepleier har et ansvar i organisering av det palliative tilbudet og en vesentlig rolle i koordineringen av tjenestene rundt pasientene (Helsedirektoratet 2015).

For å kunne utvikle ferdigheter i å lindre symptomer, er evnen til å reagere og kjenne igjen lidelser en viktig forutsetning hos sykepleiere. Pasienten skal føle seg ivaretatt og sykepleier må bruke mye av seg selv for å lindre pasientens lidelse. Det å være hos et lidende menneske handler ikke alltid om at man må gjøre noe, men det å tørre å være der for personen som et medmenneske. Man bør skape en kontakt og se personen bak lidelsen og forstå hans behov. Det handler om at man som sykepleier må ha mot til å ta ansvar og gi av seg selv (Kristoffersen, Breievne og Nortvedt 2012).

### ***2.3 Den palliative pasienten***

Kjennetegn hos palliative pasienter er plagsomme symptomer og sviktende funksjon av organsystemer (Haugen, Jordhøy og Hjermsstad 2011). I review-artikkelen til André og Ringdal (2015) hevdes det at for å kunne gi god behandling kreves det kompetanse innen pleie og medisin. Det kan være behov for samarbeid mellom pårørende og ulike yrkesgrupper for å kunne lindre pasientens symptomer og bidra til god livskvalitet.

Den palliative enheten fokuserer på pasientens totale situasjon, og har stor effekt på pasientens tilfredstilthet med den palliative omsorgen. Det er viktig at sykepleier har et helhetlig fokus fra begynnelsen av, for å kunne identifisere utfordringer og problemer pasienten kan stå overfor (André og Ringdal 2015).

André og Ringdal (2015) hevder at palliative pasienter har ulike behov og ønsker, men det finnes allikevel noen likhetstrekk for hva som betegnes som god omsorg ved livets slutt. Pasientene ønsker å få sine emosjonelle og fysiske symptomer lindret, motta informasjon om sykdommen, og bli respektert av helsepersonell og pårørende. Personlige kvaliteter og opptreden hos sykepleier blir trukket frem som viktig for pasientene.

Selv om målet er at pasienten kan tilbringe mest mulig tid i hjemmet, vil de fleste ha behov for ett eller flere opphold i sykehjem eller på sykehus. Pleie i hjemmet kan være vanskelig å organisere, og hjemmeomsorg alene vil være urealistisk (Haugen, Jordhøy og Hjermsstad 2011).

Palliative pasienter blir omtalt som døende. Pasienten er fortsatt levende, og det kan derfor være misvisende å bruke denne betegnelsen. Sykepleien fokuserer på den tiden pasienten har igjen å leve (Sæteren 2010a).

### ***2.4 Pårørende til palliative pasienter***

I forhold til definisjonen av palliativ omsorg er pårørende en sentral gruppe for den palliative innsatsen. Pårørende blir av Pasientrettighetsloven definert som den pasienten oppgir som sine pårørende (Helsedirektoratet 2015).

For å kunne redusere belastningen pårørende føler på under sykdomsperioden, i sorgprosessen og i tiden etter dødsfallet, er det viktig å ivareta pårørendes behov. Å ivareta de pårørendes behov vil også kunne være en hjelp for pasienten. At de pårørende blir inkludert i avgjørelser rundt behandling og pleie vil trolig hjelpe pårørende i perioden etter dødsfallet (Helsedirektoratet 2015).

For å møte familien er det viktig at de blir sett og ivaretatt. Konkrete råd om sine roller, forventinger og funksjoner som pårørende og omsorgsgivere må bli gitt til hvert familiemedlem (Loge, Bjordal, Paulsen og Kaasa 2011).

Medisinsk informasjon og forberedelse på det som venter familien er noe de fleste har behov for. Hvis denne informasjonen er godt tilpasset gir det en større trygghet og mindre risiko for misforståelser og konflikter (Schjødt, Haugen, Straume og Værholm 2011).

## ***2.5 Den tunge avskjedsprosessen***

Det er viktig å erkjenne skillet mellom at pasienten er levende eller død. Det kan føre til unødvendig lidelse når helsepersonell, familie og pasienten fortsatt tror det er muligheter for kurativ behandling. Dette kan føre til uklare mål for behandlingen og pleien. I en slik situasjon bør alle involverte parter diskutere mulighetene for å sette klare mål for videre pleie og behandling (Birkeland og Flovik 2014).

Pasient og pårørende trenger trøst. De skal gjennom en tung avskjedsprosess og de har behov for å ta farvel og mimre om livet de har hatt sammen. Sykepleierne bør skape tid og rom for at de skal få mulighet til dette. For pårørendes sorgarbeid er det viktig med samtale etter døden, den bør gjøres av pasientansvarlig sykepleier og andre omsorgspersoner (Rønning, Strand og Hjermstad 2011).

### **3.0 Metodebeskrivelse**

Ifølge Høgskolen i Molde (2016) sine retningslinjer skal denne oppgaven gjøres som en systematisk litteraturstudie. En systematisk litteraturstudie skal besvares med relevante forskningsartikler. For å kunne velge gode forskningsartikler må man ha en tydelig formulert hensikt og/eller problemstilling. For å finne relevante forskningsartikler kan man bruke ulike databaser, og hver artikkel skal bli kritisk vurdert og analysert. Forskingen skal være et godt grunnlag for å svare på hensikten i vår studie (Forsberg og Wengström 2013).

#### **3.1 *Inklusjons- og eksklusjonskriterier***

For å avgrense litteraturstudiet skal vi ifølge Høgskolen i Molde (2016) sine retningslinjer bruke inklusjons- og eksklusjonskriterier. Før vi startet søkeprosessen skrev vi ned en liste med inklusjon- og eksklusjonskriterier. Dette gjorde det lettere å finne forskningsartikler som var hensiktsmessig for vår studie.

##### **Inklusjonskriterier**

- Kvalitative artikler
- Sykepleieperspektiv
- Sykepleiere og sykepleiestudenter
- Språk: engelsk, dansk, norsk og svensk
- Avgrenset fra 2011 til 2016
- Vitenskapelig publiseringsnivå, nivå 1 eller 2

##### **Eksklusjonskriterier**

- Annet helsepersonell
- Andre perspektiv
- Annet språk
- Kvantitative artikler
- Review-artikler
- Artikler uten vitenskapelig publiseringsnivå

## **Begrunnelse for inklusjons- og eksklusjonskriterier**

Kvalitative artikler er med på å belyse erfaringer og opplevelser hos deltagerne, og kvantitative artikler vil si mer om prevalens og statistikk (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim og Reinar 2012a). Vi ønsket å belyse sykepleiers erfaringer, og valgte derfor å ekskludere kvantitative artikler. Vi ønsket å se på erfaringene til sykepleier i den palliative omsorgen uavhengig av sykdom hos pasientene, og har derfor ikke avgrenset studiet til en spesifikk diagnose. Vi avgrenset litteraturstudien til artikler publisert fra 2011 til 2016, fordi vi ønsket å finne forskning av nyere dato.

### **3.2 *Datainnsamling***

For å få mest mulig presise søk anbefaler Nortvedt et al. (2012b) at man setter opp et PICO-skjema. Man setter opp PICO-skjemaet for å dele opp spørsmålet slik at søket blir så hensiktsmessig som mulig. Vi har valgt å bruke et PIO-skjema, fordi vi ikke ønsker å sammenligne tiltak.

«P» står for pasient eller problem, her identifiserer man hvilken type pasienter/pasientgrupper eller problem man ønsker å undersøke (Nortvedt et al 2012b). Her har vi valgt søkeordene palliative care, end of life, end of life care, terminal care, dying patient, dying patient\*, municipal.

«I» står for intervention/tiltak. Her identifiserer man hvilke intervensjoner man ønsker å vurdere. Uttrykket bør tolkes vidt, fordi tiltaket kan bestå av mange forskjellige deler (Nortvedt et al 2012b). Vi har valgt ordene nursing og nursing care.

«O» står for outcome, som betyr utfall. Her må vi tenke på hva vi ønsker å oppnå med vår studie (Nortvedt et al 2012b). Vi har brukt søkeordene experience, challenges, nurse experience og nurs\* experience.

Når man søker med flere søkeord kombinerer man de ulike søkeordene med de boolske operatorene AND eller OR. Når man bruker AND mellom søkeordene vil søkeord 1 og 2 bli søkt på samtidig. Bruk av OR vil gi treff på ett eller begge søkeordene. Trunkering bruker man når man søker på avkortede ord. Trunkeringstegn vil kunne øke antall treff og er nyttig dersom man bruker engelske søkeord for å få flertallsformer og ulike varianter av



ord (Kilvik og Lamøy 2007b). For eksempel dying patient\* AND nursing AND nurs\* experience. Fullstendig PI(C)O-skjema finner du i vedlegg 1.

### **3.2.1 Litteratursøkningsstrategi**

#### **CINAHL:**

Vi valgte å bruke databasen Cinahl fordi den har et faglig vitenskapelig nivå med tidsskrifter som dekker store områder innen sykepleie (Kilvik og Lamøy 2007a).

25.10.16 gjennomførte vi et søk som resulterte i 7 treff. Vi valgte å inkludere en artikkel av forfatterne Johansson og Lindahl (2012).

26.10.16 fikk vi 210 treff på vårt søk, og inkluderte en artikkel av forfatterne Karlsson, Karlsson, Barbosa da Silva, Berggren og Söderlund (2013).

27.10.16 gjorde vi to søk, hvor det første ga et treff på 541 og vi inkluderte fem artikler av forfatterne Peterson, Johnson, Halvorsen, Apmann, Chang, Kershek, Scherr, Ogi og Pincon (2010), Andersson, Salickiene og Rosengren (2016), Arbour og Wiegand (2014), Efstathiou og Walker (2014) og Zheng, Guo, Dong og Owens (2015). På det andre søket fikk vi 231 treff og valgte å inkludere en artikkel av Törnquist, Andersson og Edberg (2013).

#### **IDUNN:**

Idunn har kvalitetssikrede nordiske artikler innenfor helse- og sosialfag. For å finne artikler fra nordiske land prøvde vi å søke her.

27.10.16 gjorde vi et søk som fikk 40 treff. Studiene til Henriksen, Madsen og Meldgaard (2015) og Smedman, Gustafsson og Flensner (2015) ble inkludert.

#### **PROQUEST:**

Siden ProQuest er en database med tidsskrifter som omhandler blant annet helse, medisin og sykepleie, valgte vi å søke her.

21.11.16 gjorde vi vårt første søk i denne databasen, og fikk et treff på 537 artikler. Studien til Rafii, Nasrabadi og Karim (2016) ble inkludert.

06.12.16 utførte vi et søk som fikk 290 treff. Vi inkluderte studiene til Tunnah, Jones og Johnstone (2012) og Iranmanesh, Ghazanfari, Sävenstedt og Häggström (2011).

15.03.17 gjorde vi et kontrolløk med tidligere søkeord, som fikk 537 treff. Artikkelen til Johnson og Gray (2013) ble inkludert.

Vi søkte også i databasene Ovid Medline, Svemed+ og PubMed, men fant ingen artikler vi ønsket å inkludere. Se vedlegg 2 for fullstendig søkehistorikk.

### **3.3 Kvalitetsvurdering**

For å finne ut hvilke artikler som hadde god nok kvalitet for å bli inkludert i vår litteraturstudie, kvalitetsvurderte vi 17 artikler. Som verktøy brukte vi sjekkliste (vedlegg 4) for å vurdere kvalitativ forskning fra Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten. Vi har lagt vekt på vår helhetsvurdering av artiklene ved å svare på 9 punkt som kunne besvares med «ja», «uklart» og «nei» (Kunnskapssenteret 2016). Vi søkte på ISSN-nummer, tittel på artikkelen eller tidsskriftet artikkelen var publisert i på sidene til Norsk senter for forskningsdata (NSD), for å undersøke hvilket vitenskapelig publiseringsnivå tidsskriftene hadde. Alle våre artikler har publiseringsnivå 1 eller 2, hvor 2 er det høyeste nivået. Vi inkluderte 14 artikler, hvor 11 av disse hadde publiseringsnivå 1 og 3 hadde publiseringsnivå 2.

### **3.4 Etiske hensyn**

Ifølge de nasjonale forskningsetiske komiteene er hovedregelen ved medisinsk og helsefaglig forskning at de aktuelle deltagerne må være klar over hva de samtykker til, og det skal foreligge et informert, frivillig, uttrykkelig og dokumenterbart samtykke. Dette er et krav som knyttes opp mot etiske vurderinger om autonomi, menneskeverd og personlig integritet (De nasjonale forskningsetiske komiteene 2009). Vi har fem artikler hvor forskningen foregikk i Sverige. Fire av disse har ikke blitt godkjent i etisk komité. Forfatterne av artiklene sier at det ifølge svensk lov ikke er påkrevd når helsepersonell

intervjues, så lenge de forskningsetiske prinsippene er overholdt. Vi har derfor valgt å inkludere disse, fordi etiske overveielser er tatt hensyn til. Vi har valgt å inkludere to artikler fra USA som ikke nevnte noen etisk komité i artikkelen, men de har fått godkjennelse fra the Institutional Review Board for beskyttelse av mennesker.

### **3.5 Analyse**

Vi brukte Evans (2002) fire faser under vårt analysearbeid. Den første fasen består av å bestemme hvilke artikler man vil inkludere i analysen. For å finne artikler man vil inkludere må man gjøre strategiske søk i databaser, som vi har beskrevet i datainnsamling. Vi endte opp med 14 artikler (vedlegg 3).

I fase to skal man få en helhetsforståelse av artiklene og finne nøkkelfunn (Evans 2002). Vi valgte å skimlese artiklene hver for oss for å se om de kunne være relevante for vår hensikt. De artiklene vi mente var aktuelle leste vi grundig sammen flere ganger, diskuterte og skrev ned funn som var relevante for vår studie.

I fase tre skal man sammenligne ulike tema på tvers av studiene (Evans 2002). For å få en bedre oversikt, og kunne sammenligne, valgte vi å skrive ut våre funn fra hver artikkel. Vi nummererte de ulike funnene fra hver artikkel, før vi lagde et nytt dokument for hvert funn.

Fase fire består av å samle hovedfunnene for å lage synteser (Evans 2002). Vi dannet hovedkategorier og underkategorier som vi skrev inn i tabeller for å holde oversikten.

For å gjøre arbeidet med litteraturstudien mer oversiktlig fargekodet vi hver hovedkategori med tilhørende underkategorier. For å forsikre oss om at vi ikke hadde oversett viktige funn i artiklene valgte vi å lese artiklene på nytt etter vi hadde bestemt hovedkategoriene. Hovedkategoriene vi kom frem til var: utfordringer i sykepleieprosessen, barrierer for å gi god palliativ pleie og å ivareta pasientens og familiens behov.



*Figur 1: hovedkategorier med underkategorier*

## 4.0 Resultat

Her vil vi presentere de ulike funnene vi kom frem til under analyseringen av våre forskningsartikler. Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvordan sykepleiere erfarer sykepleie knyttet til palliativ omsorg.

### 4.1 *Utfordringer i sykepleieprosessen*

I flere studier kom det frem at nyutdannede følte seg stresset, maktesløse og sårbare i møtet med palliative pasienter. De ønsket tilstrekkelig kunnskap og kompetanse for å møte ulike situasjoner, og påpekte viktigheten av å utvikle ferdigheter sammen med erfarne kolleger gjennom veiledning. Dette ble støttet av de erfarne sykepleierne (Andersson, Salickiene og Rosengren 2016, Arbour og Wiegand 2014, Henriksen, Madsen og Meldgaard 2015, Zheng et al. 2015, Smedman, Gustafson og Flensner 2015 og Törnquist, Andersson og Edberg 2013). En sykepleier fortalte fra da hun var nyutdannet:

It was very difficult in the beginning. I worked so hard, and it felt that I could not do anything... And even with the palliative patients, there was so much I wanted to be able to do (Andersson, Salickiene og Rosengren 2016, 147).

Sykepleierne sa at mangel på kunnskap og lite erfaring var frustrerende, og kunne føre til redusert kvalitet på pleien eller vanskeligheter i kommunikasjon med pasient og familie (Peterson et al. 2010, Johnson og Gray 2013, Karlsson et al. 2013, Smedman, Gustafson og Flensner 2015 og Andersson, Salickiene og Rosengren 2016). Personlige og faglige erfaringer ble oppnådd gjennom å arbeide med døende pasienter. Erfaringene ga mulighet til individuell pleie ut ifra den enkeltes behov (Johnson og Gray 2013, Henriksen, Madsen og Meldgaard 2015 og Zheng et al. 2015). Palliativ behandling krevde dyp kunnskap om seg selv som person og større kunnskap i praksisfeltet (Johansson og Lindahl 2012). Det var behov for erfaringsbasert kunnskap. De påpekte viktigheten av å dele kunnskap, lære fra hverandre, få tilbakemeldinger og jobbe sammen som et team (Johnson og Gray 2013, Törnquist, Andersson og Edberg 2013 og Iranmanesh et al. 2011).

En sykepleier ga uttrykk for:

«Just maybe lack of experience if I can't, maybe this is more deficit, but just lack of experience of being able to give them the best» (Peterson et al. 2010, 184).

Sykepleierne beskrev den utfordrende sykepleieprosessen som viktig for selvinnsett og livserfaring (Andersson, Salickiene og Rosengren 2016). Sykepleiernes personlige utvikling påvirket deres profesjonelle utvikling. De lærte mye om interpersonlige forhold i sin praksis. De ble mindre usikker på sin kompetanse og klar over personlige begrensninger (Johnson og Gray 2013 og Iranmanesh et al. 2011). I studien til Zheng et al. (2015) kom det frem at sykepleierne følte en motvillighet for å ivareta døende pasienter, fordi det var mye arbeid og de følte seg ikke trygge nok i oppgaven. De gjorde allikevel sitt beste for å oppfylle sin profesjonelle plikt. De hadde personlige begrensninger som reduserte kvaliteten på pleien og skapte moralske problemer.

Erfaring gjorde at sykepleierne følte seg mer selvsikker, de satte seg inn i pasientens situasjon og baserte seg på praksis som tidligere hadde fungert godt. Til tross for dette følte de på usikkerhet (Efstathiou og Walker 2014 og Rafii, Nasrabadi og Karim 2016). Med tiden fikk de mer erfaring og kunne lage bedre planer for å kunne gi optimal pleie. Utfordringer som oppstod gjorde at sykepleierne fikk mer styrke til å møte fremtidige utfordringer (Johnson og Gray 2013, Smedman, Gustafson og Flensner 2015 og Rafii, Nasrabadi og Karim 2016).

#### **4.1.1 Følelser som kan oppstå i sykepleieprosessen**

Pasientens lidelse berørte sykepleierne og døden ble aldri en rutine (Johansson og Lindahl 2012 og Smedman, Gustafson og Flensner 2015). Å være følsom i sykepleieprosessen inkluderte meningsfulle og emosjonelt krevende situasjoner. Arbeidsoppgaven ble likevel beskrevet som kreativ, meningsfull og tilfredsstillende (Andersson, Salickiene og Rosengren 2016, Johnson og Gray 2013, Johansson og Lindahl 2012 og Zheng et al. 2015). De ble glad for hva de selv hadde i livet, men noen erfaringer ga dype inntrykk som ga negative virkninger på deres livssyn (Zheng et al. 2015).

En sykepleier beskrev sin opplevelse av arbeidet:

«You look at your own life... what you are and what you are satisfied with, and then I appreciate more what I have than I did before, when I see how easily it can disappear...»  
(Andersson, Salickiene og Rosengren 2016, 147).

Å møte døende pasienter fikk frem eksistensielle tanker og meninger om hvordan man burde opptre i den palliative omsorgen. Pasientens fysiske og eksistensielle behov kunne få sykepleier til å føle seg profesjonelt usikker og det kunne påvirke deres personlige identitet. Det var enklere for sykepleieren å møte pasient og pårørende hvis de hadde reflektert over sin egen eksistens. Selv om sykepleierne ga mye av seg selv, og følte seg tappet for energi, følte de at de fikk mye tilbake. Å kunne hjelpe pasienten til en god slutt på livet skapte en følelse av dyp mening og takknemlighet (Johnson og Gray 2013 og Johansson og Lindahl 2012).

Det var lettere å bearbeide følelser og tanker om pasientens bortgang hvis omsorgstiden var lang. Hvis den palliative fasen ble forlenget eller avslutningen ikke var god, opplevde sykepleierne en uforenelighet med en verdig død. Det var positivt når sykepleieren selv følte at den palliative omsorgen var god (Smedman, Gustafson og Flensner 2015).

#### **4.1.2 Å opprettholde profesjonell avstand**

Når en pasient krevde mye i omsorgen følte sykepleierne seg påvirket, og det var vanskelig å legge fra seg situasjonen når arbeidsdagen var over. Sykepleierne ble klar over deres egen og familiens dødelighet. For å takle disse følelsene følte de at det hjalp å snakke med kolleger, venner og gjøre aktiviteter på fritiden (Andersson, Salickiene og Rosengren 2016, Tunnah, Jones og Johnstone 2012 og Smedman, Gustafson og Flensner 2015).

Sykepleierne snakket om risikoen av å bli for involvert og nær pasienten. For å takle arbeidet var det viktig å opprettholde litt distanse i pleierelasjonen, slik at de ikke ble for involvert (Andersson, Salickiene og Rosengren 2016, Peterson et al. 2010 og Johansson og Lindahl 2012). En sykepleier sa:

I guess there´s always the risk as a nurse that being too compassionate, I guess. Being more sympathetic than empathetic and getting too involved. I guess that´s something that we all kind of have to deal with as were all human (Peterson et al. 2010, 184).

De iranske sykepleierne opplevde en følelse av frustrasjon og tristhet, spesielt når de var emosjonelt berørt. Sykepleierne bekreftet at de ville oppleve smertefulle øyeblikk, men lærte å akseptere vanskelige situasjoner. De så seg selv som i stand til å opprettholde balanse mellom profesjonell avstand og nærhet (Iranmanesh et al. 2011).

## **4.2 *Barrierer for å gi god palliativ pleie***

### **4.2.1 Mangel på tid og ressurser**

Mangel på ressurser ga ekstra belastning for sykepleierne, som førte til redusert kvalitet på pleien. Sykepleierne følte på utilstrekkelighet når de ikke rakk å ivareta alle pasientene eller var tvunget til å forlate døende pasienter alene. Når de ikke var i stand til å holde tritt med arbeidsoppgavene førte det til stress og utilfredsstilthet (Peterson et al. 2010, Johansson og Lindahl 2012, Smedman, Gustafson og Flensner 2015 og Rafii, Nasrabadi og Karim 2016).

En sykepleier beskrev mangel på tid slik:

«Then there are periods when it is just in and out as well... And you just hope that the stress doesn't show in your eyes when you are in there» (Johansson og Lindahl 2012, 2039).

For at arbeidsdagen skulle bli effektiv måtte sykepleierne prioritere arbeidsmengden. De opplevde fragmentering med tanke på tildeling av tid for palliative og kurative pasienter, og det var anstrengende å gå mellom disse pasientene (Andersson, Salickiene og Rosengren 2016, Johansson og Lindahl 2012 og Tunnah, Jones og Johnstone 2012). Sykepleierne mente de var ansvarlige for å gi god pleie til tross for dårlig bemanning og mangel på utstyr (Törnquist, Andersson og Edberg 2013 og Rafii, Nasrabadi og Karim 2016).



Det var vanskelig å gi nok av sin tid til den døende. Sykepleierne opplevde en følelse av utilfredstilthet og utilstrekkelighet når de ikke var i stand til å gi pasient og familie det de hadde behov for. Når pasient og familie var fornøyde følte sykepleierne seg anerkjent, fornøyd og fullstendig i pleiesituasjonen. Det ga en følelse av utilstrekkelighet når de hadde ansvaret for mange pasienter innenfor en tidsbegrensning (Peterson et al. 2010, Andersson, Salickiene og Rosengren 2016, Karlsson et al. 2013 og Johansson og Lindahl 2012).

#### **4.2.2 Bekymringer i relasjonen til pasient og familie**

En god relasjon til familien og pasienten basert på tillit var viktig. Når det oppstod situasjoner med manglende åpen kommunikasjon skapte det etiske problemer for sykepleier og en barriere for omsorgen (Andersson, Salickiene og Rosengren 2016, Henriksen, Madsen og Meldgaard 2015, Johnson og Gray 2013, Karlsson et al. 2013, Efstathiou og Walker 2014, Iranmanesh et al. 2011, Zheng et al. 2015 og Smedman, Gustafson og Flensner 2015). En hovedbekymring var om pasienten fikk den informasjonen og undervisningen de hadde behov for. Det var viktig å gi pasienten nødvendig informasjon og støtte når avgjørelser skulle tas. Undervisning til pårørende ble gitt fordi de ofte var bekymret. Dette innebar informasjon om behandlingen og hvordan de kunne ivareta pasienten (Peterson et al. 2010, Johnson og Gray 2013 og Arbour og Wiegand 2014).

Sykepleierne beskrev at det var vanskelig å snakke om døden med pasienten og pårørende. De hadde for lite kunnskap om eksistensielle problemer og følte behov for å utvikle sine kommunikasjonsferdigheter. De opplevde usikkerhet og uro når pasienten tok initiativ til å snakke om døden. Det var vanskelig å finne det riktige tidspunktet, men det var viktig å snakke om. Når pasienten følte at livet var begrenset var det viktig for sykepleierne å være følsom, lyttende og tilgjengelig for pasienten og familien. Sykepleierne opplevde en følelse av ulyst og tvilsomhet, men også et press når det gjaldt å snakke om døden. Det var viktig å være ærlig og ikke vite alle svar. Gjennom samtale kunne de støtte pårørende og gi svar på deres spørsmål og tanker om den palliative pleien. Å snakke om døden mente sykepleierne ville hjelpe familien til å forstå og mestre sorgprosessen (Andersson, Salickiene og Rosengren 2016, Henriksen, Madsen og Meldgaard 2015, Karlsson et al.

2013, Efstathiou og Walker 2014, Iranmanesh et al. 2011, Zheng et al. 2015 og Smedman, Gustafson og Flensner 2015).

En kulturell forskjell kom frem i studien til Zheng et al. (2015) hvor uttrykket palliativ omsorg ikke ble brukt i klinisk praksis, fordi det var tabubelagt i den kinesiske kulturen. Sykepleierne påpekte viktigheten av å opprettholde håpet og holdt derfor tilbake informasjon om pasientens tilstand. Psykiske tiltak ikke var godtatt i den kinesiske kulturen, og det var vanlig å snakke med familien om pasientens tilstand og ønsker. Dette ble sett på som en barriere for å gi god psykisk omsorg, og førte til ubehagelige følelser hos sykepleierne.

#### **4.2.3 Mangel på retningslinjer og sikkerhet**

Kompleksiteten av sykepleien og mangel på klare retningslinjer på avdelingen gjorde sykepleier usikker på hva som var riktig eller best å gjøre når behandlingen avsluttes. Det var vanskelig å finne de riktige retningslinjene (Henriksen, Madsen og Meldgaard 2015, Efstathiou og Walker 2014 og Törnquist, Andersson og Edberg 2013). Sykepleierne hadde behov for støtte i form av mer spesialisert kunnskap, støtte fra kolleger og systemet etter psykisk krevende situasjoner. Støtte fra kolleger ble identifisert som viktig for å takle arbeidsdagene, og de følte de ikke fikk nok støtte fra ledere og leger (Törnquist, Andersson og Edberg 2013, Iranmanesh et al. 2011, Tunnah, Jones og Johnstone 2012 og Smedman, Gustafson og Flensner 2015). Det opplevdes problematisk når sykepleierne var alene om å ta viktige avgjørelser (Törnquist, Andersson og Edberg 2013). En sykepleier uttrykte:

We need support and supervision, especially concerning situations when we've been there every second hour, relatives are in a chaotic state, the patient is anxious and in pain and the physician contact isn't working (Törnquist, Andersson og Edberg 2013, 656).

De erfarne sykepleierne brukte hverandre i stedet for retningslinjene. Noen av sykepleierne sa at de ikke hadde bruk for retningslinjer fordi den palliative innsatsen ikke lar seg standardisere. De mente retningslinjer hadde liten betydning for om de kunne yte god palliativ omsorg på det basale nivå. Det var felles enighet om at de myke verdiene ikke kunne nedskrives i retningslinjer. Dette handlet ikke om en generell motstand mot

retningslinjer, men en motstand mot ukritisk bruk av retningslinjene (Henriksen, Madsen og Meldgaard 2015).

Å ha spesielle pasientrom til det palliative formålet skapte ro og harmoni, og tillot pasient og familie å være mer sammen. Dette ga sykepleierne en komfortabel og tilfredsstillende følelse, og de følte seg mer sikker i sitt arbeid (Johansson og Lindahl 2012).

#### **4.2.4 Mangel på samarbeid mellom instanser**

Det var viktig med god tverrfaglig og tverretattlig kommunikasjon og koordinerte tjenester for å kunne yte god palliativ pleie. Sykepleierne oppfattet sin faggruppe som ansvarlig for koordinasjonen og samarbeidet, også i pasient- og pårønderrelasjonen (Henriksen, Madsen og Meldgaard 2015). Det var mangel på klar kommunikasjon mellom leger og sykepleiere rundt behandlingen. Dette ble sett på som en kilde til stress og en barriere for god kvalitet på pleien (Efstathiou og Walker 2014, Iranmanesh et al. 2011, Tunnah, Jones og Johnstone 2012 og Rafii, Nasrabadi og Karim 2016). De følte at andre yrkesgrupper tok avgjørelsene for dem, og at de ikke fikk være med i planleggingen (Törnquist, Andersson og Edberg 2013).

En sykepleier fortalte:

«The physicans don't listen to what we have to say, but think that they know best, even if they haven't seen the patient for the past 6 months» (Törnquist, Andersson og Edberg 2013, 654).

Sykepleierne opplevde et etisk problem når pasienter i hjemmesykepleien hadde behov for hjemmebesøk og ansvarlig lege ikke hadde tilstrekkelig kunnskap (Karlsson et al. 2013). Det var frustrerende at legen prioriterte kurative pasienter og ga mindre støtte til de palliative pasientene. Avgjørelser i forhold til den palliative behandlingen kunne bli forsinket, og pasienten mottok informasjonen for sent i forløpet. Sykepleierne følte seg utrygg i arbeidsoppgavene sine (Andersson, Salickiene og Rosengren 2016).

Sykepleierne erfarte uenighet og mangel på samarbeid mellom kolleger, pårørende og pasienter om hvordan de best skulle ta vare på den døende. De syntes det var vanskelig å

vite hvem de skulle henvende seg til, fordi det var mange parter involvert i den palliative fasen. De følte at de ikke ble hørt når de snakket på vegne av pasienten med primærlege (Efstathiou og Walker 2014). Kvaliteten på pleien ble derfor redusert og sykepleieren følte at situasjonen skapte etiske problemer for pasienten og pårørende. Av og til førte respekten for pårørendes integritet og privatliv til at det forhindret sykepleierne i å gi god palliativ behandling (Johnson og Gray 2013 og Karlsson et al. 2013).

### **4.3 Å ivareta pasientens og familiens behov**

Den palliative omsorgen krevde et nært forhold til pasienten og familien (Johnson og Gray 2013, Törnquist, Andersson og Edberg 2013 og Zheng et al. 2015). Sykepleierne måtte gå inn i en rolle som megler når det oppstod konflikter mellom pasient og familie. Dette dreide seg ofte om behandling, og hovedbekymringen var om pasienten ble hørt. En del av å være pasientens advokat innebar å lytte til pasienten og hjelpe familien til å forstå pasientens ønsker. Det var viktig å være støttende og snakke for å få pasientens ønsker oppfylt (Peterson et al. 2010, Johnson og Gray 2013 og Arbour og Wiegand 2014). Omsorg for døende pasienter i hjemmet kunne erfares som et etisk problem når pasienten og pårørendes autonomi, verdighet og integritet ikke ble respektert (Karlsson et al. 2013). En sykepleier uttrykte seg om sin opplevelse slik:

A lot of times my concerns are about the patient revolve around trying to make sure that they are having their voice heard over those of their family members. I think that a lot of times the patient who is dying has a hard time getting across the doctors and family members what they really want because of guilt and lack of energy (Peterson et al. 2010, 185).

Det var viktig for sykepleierne å oppmuntre og støtte familiens tilstedeværelse. Å avslutte behandling var av og til holdt tilbake slik at familien kunne være tilstede. Hvis familien ikke var tilstede var det ønskelig at en sykepleier skulle være der. Sykepleierne mente at de alltid burde være tilgjengelig for pasienten og familien (Arbour og Wiegand 2014, Efstathiou og Walker 2014 og Zheng et al. 2015).

### **4.3.1 Å ivareta pasientens autonomi og verdighet**

Verdier som omsorg, respekt, nærvær, empati og støtte for å bevare pasientens og pårørendes håp ble tillagt stor betydning for å ivareta pasientens verdighet og integritet (Henriksen, Madsen og Meldgaard 2015, Karlsson et al. 2013 og Zheng et al. 2015). Sykepleierne var bekymret for om pasienten var komfortabel eller lidde. De ville være sikker på at de gjorde alt for å lindre ubehag slik at pasienten kunne få en god død (Peterson et al. 2010, Arbour og Wiegand 2014, Henriksen, Madsen og Meldgaard 2015 og Efstathiou og Walker 2014). Hvis pasienten fikk god symptomlindring følte de seg bra når arbeidsdagen var over (Arbour og Wiegand 2014). Når pasientens symptomer ikke var tilfredsstillende behandlet følte sykepleierne seg hjelpeløse (Johnson og Gray 2013 og Andersson, Salickiene og Rosengren 2016).

For at pasienten skulle takle døden var det viktig for sykepleierne å ta vare på deres eksistensielle og åndelige behov. Dette var beskrevet som positivt for å kunne tilrettelegge for en god død. Selv om pasienten hadde en diagnose som ikke kunne kureres og var i terminal fase, ville mange familier fortsatt prøve å behandle sykdommen og forlenge livet (Iranmanesh et al. 2011).

Å kunne gi personlig pleie under livets slutt var lettere når sykepleieren lærte å kjenne pasienten over lengre tid, fordi det ga økt forståelse for pasientens individuelle behov. Når pasientens ønsker ble innfridd kjente sykepleierne en glede. Når pasientens død ble opplevd som god, følte sykepleierne trygghet i arbeidet (Smedman, Gustafson og Flensner 2015).

### **4.3.2 Støtte til familien i dødsprosessen**

Sykepleierne ønsket å skape et nært og tillitsfullt forhold til pasientens familie. Dette involverte å ta hensyn til familiens personlige behov og møte deres bekymringer med rådgivning og støtte. Det var viktig å tilby komfort og psykisk støtte til familien, slik at de kunne klare å ta vare på den døende. Relasjonen mellom sykepleierne og pårørende føltes naturlig hvis den var preget av trygghet (Törnquist, Andersson og Edberg 2013, Johnson og Gray 2013, Iranmanesh et al. 2011, Zheng et al. 2015 og Smedman, Gustafson og Flensner 2015).

Det var viktig å ta seg tid til familien, men sykepleierne var bekymret for om de klarte å være oppmerksomme på deres behov (Peterson et al. 2010). Når behandling ble avsluttet var hovedfokuset på pårørende, dette skapte usikkerhet hos sykepleierne (Efstathiou og Walker 2014).

Sykepleierne syntes det var viktig å beskytte familiens minner om pasienten. Døden skulle oppleves fin for å gi positive minner om pasientens bortgang. Det var viktig å støtte og være et talerør for familien ved å ta hensyn til deres ønsker når pasientens behandling skulle avsluttes. Dette ga sykepleierne en tilfredsstillende følelse (Arbour og Wiegand 2014). Sykepleierne ønsket å hjelpe familien til å takle situasjonen og gi de trøst (Peterson et al. 2010 og Arbour og Wiegand 2014).

## **5.0 Diskusjon**

Metodediskusjon skal inneholde drøfting av metodens ulike faser. I resultatdiskusjonen skal våre funn drøftes opp mot bakgrunnsteori, ny relevant teori, praksis og funn fra nye artikler (Høgskolen i Molde 2016).

### **5.1 *Metodediskusjon***

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

Vi har valgt å inkludere både sykepleiere og sykepleiestudenter i vår studie, dette kan ha påvirket våre funn siden studenter har mindre erfaring. Vi har imidlertid kun inkludert en artikkel som har sykepleiestudenter blant deltagerne i studien, vi ser derfor ingen grunn til at dette skal ha påvirket våre resultater i stor grad. Vi har også inkludert en artikkel hvor det er en helsefagarbeider med i utvalget, dette kan ha vært en svakhet for våre funn i den studien, men vi ser ikke på dette som noen svakhet for helheten i vår oppgave. Vi har ikke inkludert annet helsepersonell i vår litteraturstudie, fordi det vil kreve flere artikler med bredere utvalg for å få gyldige funn. Videre valgte vi å avgrense til kvalitativ forskning, fordi det belyser erfaringer og opplevelser (Nortvedt et al. 2012a), og ser det som en styrke at alle våre inkluderte artikler er av kvalitativt forskning.

#### **5.1.2 Datainnsamling**

Før vi skrev ned PIO-skjema gjorde vi en del prøvesøk for å finne ut om det var mulig å finne relevant forskning til vår hensikt. Vi hadde ikke utarbeidet PIO-skjema før vi møtte bibliotekar, men hadde funnet en del relevant forskning og skrevet ned alle søkeordene vi hadde brukt. Med bibliotekar fikk vi nye innfallsvinkler og bredere kunnskap om hvordan vi skulle gjøre strategiske systematiske søk, og kunne da sette sammen et PIO-skjema (vedlegg 1). Vi har valgt å bruke challenges som søkeord. Dette kan ha påvirket resultatet, fordi vi framprovoserte et ønsket utfall som kan ses på som en svakhet for resultatet i dette søket.

Vi utførte søk i seks ulike databaser, hvor databasene Cinahl, ProQuest og Idunn ga relevante resultater. Vi skrev ned søkehistorikk etter hvert som vi fant relevant forskning,

men denne metoden var ikke særlig effektiv fordi vi ikke skrev detaljert nok i forhold til å skrive litteratursøkestrategien.

Vi har inkludert en artikkel fra Kina og en fra Irak. Dette kan ses på som en eventuell svakhet ved vår studie på grunn av kulturelle forskjeller. Vi har valgt å inkludere disse forskningsartiklene fordi mange funn samsvarte med våre andre artikler, samt at kulturelle faktorer er godt fremstilt og forklart i forskningsartiklene. Vi har inkludert fem studier utført i Sverige og en i Danmark, noe som kan styrke vår studie fordi det kan relateres til norsk kontekst.

Vi har inkludert en artikkel hvor halvparten av deltagerne er fra Sverige og halvparten fra Iran. Vi ser ikke på dette som en svakhet fordi funnene fra svenske sykepleiere og iranske sykepleiere er tydelig atskilt, og kulturelle forskjeller kommer godt frem. Utvalget av de svenske og de iranske sykepleierne er også stort nok til at funnene kan vurderes til gyldige.

Da vi gjorde prøvesøk avgrenset vi år til de siste 7 årene og fant en artikkel fra 2010 som vi valgte å inkludere grunnet dens relevans for vår studie. Vi vurderte artikkelen til god kvalitet. Dette kan ses som en svakhet ved vår studie fordi det blir anbefalt forskning av nyere dato for at funn i forskningen skal presentere dagens situasjon på best mulig måte. Vi tenker at det ikke er store endringer i sykepleierne erfaringer innenfor 7 år kontra 6 år.

Da vi gjorde kontrolløk på tidligere brukte søkestrategier så vi samtidig etter om det var relevante studier vi hadde oversett. Vi valgte da å inkludere enda en artikkel i litteraturstudien vår, da den samsvarte med våre tidligere funn. Vi tror vi kan ha gått glipp av artikler tidlig i søkeprosessen grunnet lite erfaring i systematisk søking og kritisk vurdering av forskningsartikler, og ser dette som en svakhet i vår studie.

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

Vi brukte sjekklister for kritisk vurdering av forskningsartikler som vi innhentet fra kunnskapssenteret (Kunnskapssenteret 2016). Dette gjorde det mulig å finne artikler som hadde god nok kvalitet for å bli inkludert i studien vår. Vi satt sammen med sjekklisene og artiklene, og skrev utfyllende kommentarer for hvert punkt for å få med oss helheten i alle studiene. Dette kan ses som en styrke ved studien vår, fordi vi ble godt kjent med alle



artiklene. En svakhet ved denne delen er vår begrensede erfaring med å kvalitetsvurdere forskningsartikler.

Kun tre av våre artikler er godkjent i etisk komité, de andre artiklene har overholdt de forskningsetiske prinsippene i Helsinkideklarasjonen. Det kan ses på som en svakhet at så få artikler har vært opp i etisk komité. Fire av våre artikler, hvor forskningen foregikk i Sverige, oppgir som grunn til dette at det ikke er lovpålagt ifølge svensk lov med en slik godkjenning når deltagerne er helsepersonell. Alle våre inkluderte artikler fremstiller etiske vurderinger utfyllende og tydelig, noe vi ser på som en styrke ved vår oppgave.

Tretten av våre artikler har tydelig IMRAD-struktur. IMRAD-strukturen innebærer at vi enkelt kan finne **I**ntroduksjonen, **M**etoden som er brukt og hvordan de analyserte sine resultater, **R**esultat i deres studie **A**nd **D**iskusjon hvor forskerne forklarer deres tolkning av resultatene (Nortvedt et. al 2012a). Vi har en artikkel som har slått sammen resultat- og diskusjon, som ifølge Nortvedt et. al (2012a) er ganske vanlig i kvalitativ forskning.

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

Vi har brukt Evans (2002) fire faser når vi analyserte våre artikler. Vi syntes dette var en forståelig fremgangsmåte å forholde seg til, og ser på dette som en styrke for vår studie.

Når vi startet vårt analysearbeid leste vi først artiklene hver for oss, slik at vi ikke ble påvirket av hverandres tolkninger. Deretter satte vi oss sammen for å sammenligne det vi hadde kommet frem til, slik at vi ikke gikk glipp av eventuelle relevante funn.

Vi oversatte i fellesskap resultatdelene i alle artiklene for å få en bredere forståelse for artiklenes innhold. Dette kan ses som en svakhet fordi det er rom for misforståelser. På grunn av våre begrensede engelskkunnskaper mener vi det gjorde det videre arbeidet mer effektivt. Vi brukte ordliste for å finne synonymer slik at resultatene våre ikke ble tatt ut av kontekst. Dette mener vi kan styrke vår oppgave fordi vi fikk en bedre helhetsforståelse.

Vi sorterte hovedfunn ut ifra tenkte kategorier, og fargekodet disse etter samme tema innenfor kategorien. Dette gjorde det lettere å lage synteser som passet vår hensikt. Hvis vi

hadde vært mer strukturert i analyseringen av funnene, ser vi at denne prosessen ville blitt enklere.

Vi har valgt hensikt ut ifra egen interesse for temaet, og har under analyseringen forsøkt å legge vår egen forståelse til side. Man har en subjektiv tolkning av artiklene, og vi har tatt i betraktning at andre kan ha tolket vårt datamateriale annerledes.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvordan sykepleiere erfarer sykepleie knyttet til palliativ omsorg.

### **5.2.1 Nødvendigheten av kompetanse og personlige erfaringer**

I vår litteraturstudie ble nødvendigheten av kunnskap, kompetanse og personlige erfaringer tillagt stor vekt av sykepleierne. Noen av sykepleierne var ferske i yrket, og påpekte viktigheten av god støtte og opplæring fra sine erfarne kolleger. Ifølge Kalfoss (2015) har mange nyutdannede sykepleiere aldri vært i kontakt med en døende pasient. Det sies videre at sykepleiere vil stå dårlig rustet til å møte utfordringer i palliativ behandling hvis utdanningen tillegger palliasjon liten vekt under studiet. I studien til Gørlén, Gørlén og Neergaard (2013) hadde noen av deltagerne videreutdanning innen palliativ behandling. De følte en signifikant forskjell fra før de fikk denne videreutdanningen. I vår studie oppstod det frustrasjon når sykepleierne følte de ikke hadde tilstrekkelig kunnskap og erfaring innen lindrende omsorg. Dette opplevdes problematisk i relasjonen til pasient og familie. Vi tror manglende kunnskap og erfaring om palliativ behandling kan være grunnen til at mange vegrer seg for å ivareta døende.

Et funn fra vår studie var at erfaring oppstod i pleieforholdet, og med erfaring følte sykepleierne seg tryggere i arbeidet. For å kunne utvikle seg som profesjonell sykepleier ble det tillagt stor betydning å få tilbakemeldinger på sin praksis, som kunne bidra til at de var i stand til å gi optimal pleie til hver enkelt pasient. Vuerinen et al. (2000, sitert i Kristoffersen, 2014, 199) hevder at selvevaluering er nødvendig for kollegial tilbakemelding. Kollegial tilbakemelding innebærer hjelp, veiledning, støtte, anerkjennelse og oppmuntring. Sykepleierne i vår studie mente at det er behov for mer kunnskap og

kompetanse innen palliativ omsorg, og om seg selv som medmenneske. Ifølge Kalfoss (2015) kan manglende erfaring og utdanning virke inn på sykepleiers tro på egen kompetanse. Dette kan føre til at sykepleier opplever en utilstrekkelighet som hemmer arbeidet, og motivasjonen for å utrette et godt arbeid kan bli redusert.

Gjennom praksis ble sykepleierne i vår studie klar over sine personlige begrensninger, som ble ansett som viktig for selvinnstikk. Deres personlige utvikling i sykepleieprosessen påvirket deres profesjonelle utvikling. Dette understøttes av Kalfoss (2015) som sier sykepleier kan forbedre sin praksis ved å ha innsikt i egne følelser, tanker og reaksjoner som kan påvirke sykepleier i møte med lidende pasienter og deres familie. Uten en slik selvinnstikk kan man hemme pasient og familie i deres mestring av situasjonen.

For å kunne utvikle klinisk kompetanse er det viktig å tilegne seg teoretisk kunnskap, lære fra de mer erfarne sykepleierne og få omfattende og varierende erfaring i praksis. For å utvikle sin kompetanse må man som sykepleier være villig til å reflektere kritisk over egen yrkesutøvelse og kunne ta imot konstruktiv tilbakemelding fra kollegaer. Dette utvikler både den enkelte yrkesutøver og kollegene i fellesskapet. Som sykepleier har man ansvar for egen kompetanse, samtidig som man har et ansvar overfor sine sykepleiekolleger (Kristoffersen 2014b). Ifølge Kristoffersen og Nortvedt (2014) er de personlige egenskapene og hvilke verdier man har, de viktigste redskapene i sykepleieryrket. Hvilke verdier man har viser seg i møtet med andre mennesker. Holdninger og personlige egenskaper kan i mange situasjoner være viktigere enn den kunnskapen man innehar som sykepleier. For å være en god sykepleier må man bruke seg selv som person og være tilstede i situasjonen. Kari Martinsen sier at faglig skjønn og praktisk kunnskap hos sykepleier er viktigere for yrkesutøvelsen enn teoretisk kunnskap (Kristoffersen 2014c).

### **5.2.2 Et emosjonelt krevende arbeid**

Sykepleiere som klarer å involvere seg i arbeidet med døende pasienter og deres pårørende, uttrykker dyp innsikt og lærdom om livet på grunn av styrken den døende viser. Å møte døende mennesker kan gi forståelse for hva livet innebærer, menneskets sårbarhet, meningen med livet og se livet som noe verdifullt (Kalfoss 2015). Dette bekreftes i våre funn som viser at selv om arbeidet var emosjonelt krevende, ga pleierelasjonen en følelse av tilfredsstilthet hos sykepleierne. Det ga både positive og negative inntrykk. De ble glad

for hva de selv hadde i livet, men noen situasjoner var så krevende at de hadde negativ påvirkning av deres livssyn. Sykepleiernes eksistensielle tanker om sin egen eksistens og død lettet arbeidsbyrden.

Døden utfordrer våre tanker om livet og vår eksistens, og er en grunn til at noen vegrer seg for å snakke om døden. For å kunne gi god palliativ pleie er det viktig at man er åpen for å snakke med pasienten om tanker og følelser rundt livet og døden (Birkeland og Flovik 2014). Ifølge Kristoffersen (2012) må man i emosjonelt arbeid bruke sine egne følelser og uttrykk for følelser for å skape en bestemt opplevelse hos pasienten. Hensikten er at pasienten skal føle seg trygg og ivaretatt. Dette kan for sykepleier innebære å holde tilbake tårene når man vil gråte, eller smile når man er frustrert.

Arbeidet opplevdes aldri å bli en rutine, og flere av sykepleierne følte seg påvirket av pasientens død. Dette støttes opp av Kalfoss (2015) som sier at sykepleier alltid vil bli emosjonelt berørt når man ser et lidende menneske møte døden. I vår studie sa noen sykepleiere at de ikke klarte å legge fra seg pasientsituasjoner når arbeidsdagen var over. Det var en viss risiko for å bli involvert, som førte til frustrasjon og tristhet. Det ble løftet frem at det er viktig å ha en profesjonell distanse til pasienten og akseptere vanskelige situasjoner. Dette støttes opp av Kalfoss (2015) som sier det er viktig at sykepleiere opplæres til å ha en viss kontroll over sine følelser, men påpeker at ingen kan ha fullstendig kontroll og at det er viktig å være følelsesmessig involvert i arbeidet. Kristoffersen og Nortvedt (2014) mener sykepleiere settes i stand til å forstå pasientens situasjon hvis de påvirkes emosjonelt. Vi tenker det er positivt at døden ikke oppleves som en rutine fordi det betyr at vi bryr oss som medmennesker, men at det er viktig å opprettholde en profesjonell avstand så det ikke påvirker privatlivet.

Det kan oppleves truende for sykepleier å komme i en situasjon hvor det eneste som kreves er å være nær. Å være nær vil si at man aksepterer pasientens livsforståelse og lar pasienten være seg selv. Å snakke om åndelige forhold kan være smertefullt for pasienten, og sykepleier kan ikke gjøre annet enn å være tilstede. For å kunne være tilstede må man som sykepleier merke seg reaksjoner i egen kropp, arbeide med sin egen angst og være bevisst på hvordan man er tilstede i situasjonen (Sæteren 2010b).

### 5.2.3 Ivaretagelse av pasientens og familiens behov

Kjennetegn hos palliative pasienter er plagsomme symptomer og sviktende funksjon av organsystemer. Palliativ innsats har som mål å lindre plagene på best mulig måte for å gi god livskvalitet (Haugen, Jordhøy og Hjermestad 2011). Det kom frem i studien vår at god symptomlindring, og å ivareta pasientens verdighet og integritet, var viktig for en god død. I studien til Luxardo, Padros og Tripodoro (2014) var en god død beskrevet som at pasientens fysiske symptomer var godt lindret, at familien var til stede og at pasienten følte han ikke hadde noe uoppgjort.

Våre funn viser at sykepleierne opplevde at døden ikke var verdig når livets avslutning ikke var tilfredsstillende og familien satt igjen med dårlige minner om dødsfallet. Dette underbygges av studien til Luxardo, Padros og Tripodoro (2014) som sier det var utilfredsstillende når pasientens symptomer ikke var tilstrekkelig lindret, og når pasienten ikke hadde familien hos seg. Når døden opplevdes god for pasient og familie, ga dette en følelse av mening i jobben. I de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2016) står det at sykepleier har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp, lindre lidelse, bidra til at pasientens mening blir hørt og bidra til en naturlig og verdig død.

Virginia Henderson sier at sykepleien må fokusere på terminale pasienters individuelle behov for å tilrettelegge for en verdig og fredfull død (Kirkevold 1998). Ifølge Kristoffersen (2014c) mener hun at ansvaret for å tilrettelegge for en fredfull død ligger hos sykepleier. Hendersons sykepleiedefinisjon går ut på at sykepleier skal hjelpe enkeltmennesker i ivaretagelsen av deres individuelle grunnleggende behov, som kan oppnås ved å innhente informasjon om hvordan hver enkelt pasient ønsker å få dekt sine behov.

Reitan (2010) hevder at god kommunikasjon er viktig for å bli kjent med pasienten og forstå hans behov. Gjennom kommunikasjon har sykepleier mulighet til å gi informasjon og hjelpe pasienten til å finne mening i lidelsen. Funnet fra vår studie viser at det var viktig med god kommunikasjon for å få pasientens ønsker oppfylt. Sykepleierne måtte være en megler hvis det oppstod konflikter mellom pasient, familie og lege. De følte seg hjelpeløse når pasientens ønsker ikke ble innfridd. Ifølge Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2016) skal man ta hensyn til pasientens ønsker hvis det oppstår konflikter. Man har som

sykepleier mulighet til å være medlidende og dele opplevelsen av lidelse for at pasienten skal føle seg sett og forstått (Kristoffersen, Breievne og Nortvedt 2012).

Vi har erfart i praksis at pasientens og pårørendes interesser kan komme i konflikt. Vi tenker at sykepleier må lytte til begge meninger og ønsker slik at alle føler seg sett og hørt. Samtidig er det viktig at hovedfokuset ligger på pasientens ønsker for å ivareta pasientens verdighet og integritet, og dermed en god død. Gjennom god kommunikasjon tror vi at man kan hjelpe pårørende til å forstå pasientens situasjon og ønsker, slik at det blir en felles forståelse.

Dreyer, Førde og Nortvedt (2009, sitert i Kristoffersen og Nortvedt, 2014, 109) hevder at selv om sykepleier har ansvar for å ta selvstendige beslutninger til pasientens beste, er det viktig at sykepleier inkluderer pårørende og ser betydningen av deres kompetanse om pasientens tilstand. I mange situasjoner ser ikke pårørende hva som er det beste for pasienten, og ønsker å fortsette behandling som kommer i konflikt med pasientens ønsker. Ifølge Kristoffersen (2014c) sier Henderson at det er pasienten som står i sentrum, men pårørende bør være en del av pleien hvis det er hensiktsmessig for pasientens behov. I vår studie kom det frem at det var et etisk problem for sykepleierne når pasienten og familiens autonomi, verdighet og integritet ikke ble respektert.

Å ivareta familien innebar for sykepleierne i vår studie å beskytte minner og ta hensyn til deres ønsker for at de skulle takle døden på en god måte. Det var viktig med god kommunikasjon for at pårørende skulle klare å ta vare på den døende. At hovedfokuset var på de pårørende i slutfasen skapte usikkerhet hos sykepleierne. Ifølge Helsedirektoratet (2017) må sykepleier gi informasjon og være i dialog med pårørende, se de som en ressurs for pleien av døende, og samtidig se deres behov for ivaretagelse og støtte.

#### **5.2.4 Å gi nødvendig informasjon og støtte gjennom kommunikasjon**

Loge et al. (2011) sier at for å møte familien og pasienten er det viktig at familien blir sett og ivare tatt. Konkrete råd om sine roller, forventinger og funksjoner som pårørende og omsorgsgiver må bli gitt til familiemedlemmene. I vår litteraturstudie var det viktig for sykepleierne at pasient og familie fikk den informasjonen, undervisningen og støtten de hadde behov for. Medisinsk informasjon og forberedelse på det som venter familien er noe

de fleste i familien har behov for. Hvis denne informasjonen er godt tilpasset gir det en større trygghet og mindre rom for misforståelser og konflikter (Schjødt et al. 2011). Ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2016) skal sykepleier ivareta pasienten og pårørendes rett til informasjon. Informasjonen må også være tilpasset hver enkelt med hensyn til deres individuelle forutsetninger og gis på en hensynsfull måte. Sykepleier skal forsikre seg om at den gitte informasjonen er forstått (Lovdata 2016).

Sykepleiere skal være varsom i samtaler om åndelige og eksistensielle spørsmål, og bør legge til rette for at slike samtaler skal kunne gjennomføres. Man bør spørre om pårørendes tanker rundt temaet, og om de ønsker å ha noen å snakke med. Å tørre å være tilstede, vise omsorg og være lyttende er i mange situasjoner nok, og man trenger ikke ha svar på alt (Helsedirektoratet 2017). Et funn fra vår studie var at åndelig og eksistensiell støtte var viktig for sykepleierne, men at det var en vanskelig oppgave.

Det kom frem i vår studie at det var vanskelig å snakke om døden når sykepleierne manglet nødvendige kommunikasjonsferdigheter, når de ikke fant det riktige tidspunktet og ved mangel på åpen kommunikasjon. Samtidig mente de at det var viktig å være tilgjengelig for å ta denne samtalen, fordi det kunne gjøre situasjonen lettere for pasient og pårørende. Dette understøttes i review-artikkelen til André og Ringdal (2015) som sier at det er viktig å tørre å snakke om døden, fordi det kan bidra til trygghet og redusere angst hos alle de involverte. Ifølge Kristoffersen (2014b) vil en åpen og lyttende holdning gjøre at pasienten føler seg forstått i sin situasjon. Dette er vanskelig, og det forplikter sykepleieren. Hvor nær sykepleier kommer den lidende vil styres av sykepleierens kommunikasjon. Mange opplever en frykt for å ta disse samtalen, fordi de føler de overskrider sine profesjonelle grenser (Kalfoss 2015).

I en artikkel i vår studie kom det frem at i den kinesiske kulturen var det vanlig å snakke med familien rundt pasientens ønsker om døden, og den døende ble ikke informert om sin tilstand. Dette førte til ubehagelige følelser hos sykepleierne. Studien til Dong, Zheng, Chen, Wang, Zhou og Sun (2016) hevder at sykepleierne og legene sier at de på grunn av den kinesiske kulturen ikke har lov til å snakke om døden med pasienten, spesielt hvis pasienten var i den terminale fasen. I vår litteraturstudie var et funn at psykiske tiltak ikke var god tatt i den kinesiske kulturen. Sykepleierne opplevde den kinesiske kulturen som en barriere for å gi god psykisk omsorg. Dette støttes opp av Kalfoss (2015) som hevder at å

ikke tørre å snakke om døden, kan føre til en barriere mot god omsorg. Et annet funn i vår studie var at det ikke var godtatt å snakke om døden med pasienten, men de ivaretar pasientene på en måte som samsvarer med våre prinsipper i palliativ omsorg.

Det gjenspeiles i sykepleien at åndelige forhold på mange måter har vært tabubelagt. Sykepleiere synes det er vanskelig å snakke om åndelige og eksistensielle temaer, selv om pasientene ofte ønsker å snakke om livet, døden, lidelse, mening og tro. Hvis pasientens livsforståelse er fremmed for sykepleieren, kan det by på utfordringer. I åndelig omsorg er det pasientens livsforståelse som skal være styrende for den åndelige omsorgen som sykepleier gir (Sæteren 2010b).

### **5.2.5 Viktigheten av et godt samarbeid**

Våre funn viser at å få støtte fra kollegaer, ledere og leger i vanskelige situasjoner var viktig for å få bearbeidet sine følelser. Hvis det var uklare mål og avgjørelser om pleien ble det vanskelig for sykepleier å håndtere situasjonen og ivareta pasientsikkerheten. Å ta avgjørelser alene opplevdes problematisk. Dette underbygges i studien til Górlén, Górlén og Neergaard (2013) som sier legens manglende tilgjengelighet gjorde det problematisk for sykepleierne. De følte de ikke fikk gitt god palliativ pleie, fordi planlegging og avgjørelser ikke ble tatt. Ifølge Hjort (2010) er kommunikasjon mellom deltagerne i teamarbeidet i palliativ fase viktig for å gi optimal pleie.

Det kreves ofte en sammensatt pakke rundt den palliative pasienten. Sykepleiere i hjemmesykepleien kan trenge god støtte fra palliative enheter for å møte pasientens medisinske behov (Birkeland og Flovik 2014). I vår litteraturstudie kom det frem at dårlig kommunikasjon mellom leger, sykepleiere og andre instanser var en barriere for god pleie, spesielt for hjemmesykepleien. Det var også vanskelig å vite hvem de skulle henvende seg til når det var mange parter involvert i pleieprosessen. Sykepleierne følte seg usikker i pleierelasjonen når legene prioriterte kurative pasienter, fordi tilbudet til de terminale pasientene ikke var tilfredsstillende. Det var felles enighet om at god kommunikasjon mellom de involverte instansene var viktig for å kunne yte god palliativ omsorg. Dette støttes opp i studien til Nordsveen og Andershed (2015) hvor det kom frem at sykepleiere i hjemmesykepleien ønsket at sykehuset skulle gi nødvendig informasjon om pasienten og videre behandling for å kunne ta riktige vurderinger. Dette ble også støttet opp av



sykepleierne ved sykehus i studien, som forstår at dårlig planlegging av utskrivelser til kommunen kan være belastende for hjemmesykepleien og pasientene.

Det kom frem i vår litteraturstudie at samarbeid var viktig. Mangel på samarbeid mellom kolleger, leger, pårørende og pasienten førte til redusert kvalitet på pleien og skapte etiske problemer. Noen sykepleiere følte de ikke fikk være med i planleggingen av pasientforløpet, og at de stod med de vanskelige avgjørelsene alene. Dette underbygges av studien til Górlén, Górlén og Neergaard (2013) som sier det er viktig med et godt samarbeid med fastlege, fordi det er vanskelig å stå alene om viktige avgjørelser i en vanskelig situasjon. For å oppnå god og effektiv palliasjon må alle parter som er involvert arbeide sammen for å gi det beste til pasient og pårørende (Haugen, Jordhøy og Hjermland 2011).

Det er behov for samordning og samarbeid fordi de forskjellige yrkesgruppene har ulike kunnskap og arbeidsoppgaver. Samarbeid gjør det mulig å nå de overordnede målene for behandlingen. Tverrfaglig samarbeid går ut på å arbeide som et team for å dekke pasientens behov. De ulike yrkesgruppene må ha en felles forståelse og jobbe sammen for en handlingsplan. Tiltakene i handlingsplanen påvirkes og forsterkes av de ulike yrkesgruppenes kompetanse. Sykepleier er som regel den som tar kontakt med andre yrkesgrupper for å samarbeide om pasientens situasjon når de har behov for deres kompetanse. Det viktigste for sykepleiere er samarbeidet med leger. At man som yrkesutøver er trygg på egen funksjon og har evnen til å forstå andre yrkesutøveres synspunkt, er en forutsetning for et godt samarbeid mellom ulike faggrupper. Man må evne å være åpen og ha respekt for at andre yrkesgrupper også kan ha gode løsninger (Kristoffersen 2014a).

### **5.2.6 utfordringer i arbeidshverdagen**

I vår studie kom det frem at å ha ansvar for både kurative og terminale pasienter bydde på utfordringer i forhold til prioritering av arbeidsmengde. De følte de burde være mer tilgjengelig for den døende og familien. Det var ønskelig å ha spesielle pasientrom til formålet, for å tillate pasient og familie en fin avslutning. Samtidig følte sykepleierne at de fikk en pause fra det krevende arbeidet med palliative pasienter. Vi tenker at en slik arbeidssituasjon kan føre til utbrenthet. Utbrenthet beskrives av Bugge (2011) som en

følelsesmessig og fysiske utmattelse, som gjør det vanskelig å involvere seg i arbeidet som sykepleier. Vi tenker at utbrent personale kan gi mindre kvalitet på pleien, som i sin tur påvirker pasientens og familiens livskvalitet.

Mangel på ressurser var et funn i vår litteraturstudie, som i noen tilfeller gjorde at kvaliteten på pleien ble redusert og sykepleier måtte forlate døende pasienter alene. Dette gjorde at sykepleierne følte på utilfredsstilthet og stress. Det var ønskelig at sykepleier var tilstede hos pasienten når pårørende ikke var tilstede, og at sykepleier alltid var tilgjengelig for pasient og familie. I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2016) står det at sykepleier skal tilrettelegge for at pasienten ikke dør alene. I vår studie var det til tross for manglende ressurser viktig for sykepleierne å gi god palliativ pleie. Ifølge Brinchmann (2013) vil det få uheldige etiske utfall når arbeidssituasjonen blir preget av manglende ressurser, fordi sykepleier vil kunne oppleve det problematisk å balansere sin lojalitet til arbeidsplassen og pasienten.

Mangel på tilgjengelige retningslinjer gjorde arbeidssituasjonen vanskelig for sykepleierne i vår litteraturstudie. De brukte derfor hverandres kunnskap og erfaring for å løse utfordringer knyttet til palliativ omsorg. Noen mente også at generelle retningslinjer ikke hadde noen betydning for å kunne yte god generell palliativ pleie, fordi retningslinjer ikke omfatter myke verdier. Det var ingen motstand mot retningslinjer, men mot ukritisk bruk av disse. I praksis har vi erfart at erfarne sykepleiere, og sykepleiere med videreutdanning innen palliasjon, brukte lite retningslinjer og virket trygge i vanskelige situasjoner. Nyutdannede og sykepleiere med lite erfaring innen fagområdet brukte de erfarne sykepleiernes kompetanse til fordel for tilgjengelige retningslinjer.

Ifølge Kristoffersen (2014a) er yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere av god kvalitet og skal brukes som veiledning for sykepleier i ulike situasjoner. Sykepleiers handlinger bør være basert på skjønn, og valgene som tas må følge den faglige og etiske standarden for faget. I krevende situasjoner kan det være nødvendig med etiske prinsipper og normer, godt sinnelag og omsorgsetikk. Det er viktig at sykepleier er kritisk til etiske prinsipper og retningslinjer, og tilpasser sine valg til hver situasjon. Det er ikke bare kunnskap og yrkesetikk som regulerer omsorgen, men også et lovverk som er basert på menneskerettigheter og kulturelle verdier. Faglige beslutninger må foregå innenfor grensene som lovene definerer.

## 6.0 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvordan sykepleiere erfarer sykepleie knyttet til palliativ omsorg.

Et stort funn i vår studie var at sykepleierne mente at kunnskap, kompetanse, tilgjengelige retningslinjer og personlig erfaring var viktig for å kunne gi god palliativ omsorg. Det var viktig å gi støtte og opplæring til de som hadde manglende erfaring. Når de manglet erfaring syntes sykepleierne det var vanskelig å ta vare på den lidende og deres familie. Manglende samarbeid og støtte fra kolleger, leger og andre instanser gjorde den palliative omsorgen problematisk for sykepleierne. De følte at de ofte stod alene om vanskelige avgjørelser som førte til etiske problemer som påvirket kvaliteten av den palliative pleien. Vi tenker at sykepleiere kan ta mindre gode avgjørelser i situasjoner de er stresset og ikke har tilstrekkelig kompetanse. Dette kan gå på bekostning av pasientens og pårørendes sikkerhet i behandlingen, som kan føre til at deres individuelle behov ikke blir ivaretatt. For at vi som sykepleiere skal kunne føle oss trygge i egen yrkesutøvelse, tenker vi at det er viktig at kolleger og de ulike instansene arbeider sammen for å nå målet i den palliative behandlingen. Dette tenker vi spesielt kan relateres til hjemmesykepleien som arbeider alene ute i feltet, og har behov for hjelp fra andre instanser for å løse ulike utfordringer og problemer som kan oppstå.

Studien vår viser at sykepleier som profesjonell yrkesutøver blir påvirket av å arbeide med palliative pasienter og deres familie. Sykepleierne erfarte at de, ved å ha en god relasjon til pasient og pårørende, kunne hjelpe de å finne mening i situasjonen gjennom å gi tilpasset informasjon, undervisning og støtte. Til tross for at møtet med den lidende og familien var emosjonelt utfordrende, ga arbeidet sykepleierne en tilfredsstillende følelse og de lærte å se livet som noe verdifullt. På grunn av manglende ressurser var det vanskelig å prioritere arbeidsoppgavene og sykepleier mente at pasienten ikke fikk den palliative omsorgen han hadde behov for. Dette førte til at sykepleierne følte at pasientens og familiens autonomi, verdighet og integritet ikke ble ivaretatt. Vi tenker at hvis sykepleier har en god relasjon til pasient og pårørende kan det lette arbeidet ved at man er klar over deres behov for ivaretagelse og hvilke krav de har til den palliative pleien som ytes. For at sykepleier skal kunne skape en god relasjon tenker vi det er viktig at de får tildelt nok tid for å kunne være tilstede og utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte. Manglende ressurser kan påvirke

kvaliteten på den palliative pleien og relasjonen til pasient og pårørende. Hvis nødvendig medisinsk utstyr ikke er tilgjengelig i ulike situasjoner kan dette skape en usikkerhet i behandlingen, og føre til brudd i tilliten til pasient og pårørende.

### **6.1 *Forslag til videre forskning***

Gjennom arbeidet med vår systematiske litteraturstudie har vi funnet ulike kulturelle forskjeller. Vi mener det hadde vært interessant å sett forskning på hvordan minoritetsgrupper opplever palliativ omsorg i Norge og hvordan sykepleier erfarer å ivareta pasienter med annen kulturell bakgrunn.

I vår litteraturstudie fant vi ut at sykepleier følte at manglende kunnskap og kompetanse hadde innvirkninger på den palliative pleien. Vi mener det burde forskes mer på hva som kan gjøres for å gi et kompetanseløft hos sykepleierne, og vil se mer forskning på hvordan sykepleiers kompetanse påvirker pasientens og pårørendes tilfredsstilthet med den palliative omsorgen.

## 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* 38 (3): 144-149.

Andrè, Beate og Gerd Inger Ringdal. 2015. «Sykepleie og helsefremming blant pasienter i palliativ omsorg.» *Klinisk sygepleje* 29 (2): 62-73.

Arbour, Richard B. og Debra L. Wiegand. 2014. «Self-described nursing roles experienced during care of dying patients and their families: A phenomenological study.» *Intensive & Critical Care Nursing* 30 (4): 211-218.

Birkeland, Arvid og Anne Marie Flovik. 2014. «Å være døende og dø i eget hjem.» I *Sykepleie i hjemmet*. 2. utg. 95 – 105. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Bugge, Kari E. 2011. «Hvordan bli og forbli en god hjelper for sørgende?» I *Sorg*, red. Kari E. Bugge, Hilde Eriksen og Oddbjørn Sandvik, 188-197. Bergen: Fagbokforlaget.

Busch, Christian Juul og Anne Hirsch. 2011. «Eksistensiell og åndelig omsorg.» I *Palliasjon*, red. Stein Kaasa. 2.utg. 115-141. Oslo: Gyldendal Akademisk.

De nasjonale forskningsetiske komiteene. 2009. «Helseforskningsloven». Lest 08.12.2016. [https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helseforskningsloven/#\\_Toc224993082](https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helseforskningsloven/#_Toc224993082)

Dong, Fengqi, Ruishuang Zheng, Xuelei Chen, Yanhui Wang, Hongyuan Zhou og Rong Sun. 2016. «Caring for dying cancer patients in the Chinese cultural context: A qualitative study from the perspectives of physicians and nurses.» *European Journal of Oncology Nursing* 21 (4): 189-196.

Efstathiou, Nikolaos og Wendy Walker. 2014. «Intensive care nurses' experiences of providing end-of-life care after treatment withdrawal: a qualitative study.» *Journal of Clinical Nursing* 23 (21/22): 3188-3196.

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

Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2013. «Olika typer av litteraturstudier.» I *Att göra systematiska litteraturstudier*. 3. utg. 25 – 35. Stockholm: Natur og Kultur.

Folkehelseinstituttet. 2016. «Halvparten av oss dør i sykehjem». Lest 01.03.2017. <https://fhi.no/nyheter/2016/halvparten-av-oss-dor-i-sykehjem/>

Gorlèn, Tanja Fromberg, Thomas Gorlèn og Mette Asbjørn Neergaard. 2013. «Death in nursing homes: a Danish qualitative study.» *International Journal of Palliative Nursing* 19 (5): 236-242.

Haugen, Dagny Faksvåg, Marit S. Jordhøy og Marianne Jensen Hjermsstad. 2011. «Organisering av palliative tilbud.» I *Palliasjon*, red. Stein Kaasa. 2.utg. 197-212. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helsedirektoratet. 2015. «Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen». Lest 04.04.2017.

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20kreftomsorgen-IS-2285.pdf>

Helsedirektoratet. 2015. «Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt – å skape liv til dagene». Lest 02.03.2017.

[https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/892/Rapport\\_lindrende%20behandling%20og%20omsorg%20ved%20livets%20slutt\\_IS-2278.pdf](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/892/Rapport_lindrende%20behandling%20og%20omsorg%20ved%20livets%20slutt_IS-2278.pdf)

Helsedirektoratet. 2017. «Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten – Støtte til familie og andre pårørende». Lest 22.02.2017.

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/parendeveileder/seksjon?Tittel=stotte-familie-og-andre-9237>

Henriksen, Jette, Kirsten Halskov Madsen og Anette Meldgaard. 2015. «Sygepleje og palliativ indsats – Hvilken betydning tillagde basis sygeplejersker procedurer og kliniske retningslinjer i den palliative indsats?.» *Nordisk sygeplejeforskning* 4 (4): 382-396.

Hjort, Peter F. 2010. «Pleie og omsorg ved livets slutt.» I *Geriatrisk sykepleie*, red. Marit Kirkevold, Kari Brodtkorb og Anette Høyen Ranhoff, 447-455. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Iranmanesh, Sedigheh, Zahra Ghazanfari, Stefan Sävenstedt og Terttu Häggström. 2011. «Professional Development: Iranian and Swedish nurses' experiences of caring for dying people.» *Journal of Palliative Care* 27 (3): 202-209.

Iversen, Monica. 2011. «Tonny Iversen – Farvel kjære venn.» Lest. 16.03.2017.

<https://www.youtube.com/watch?v=zH451thelCk>

Kaasa, Stein. 2011. «Palliativ medisin – en introduksjon.» I *Palliasjon*, red. Stein Kaasa. 2.utg. 31-47. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kalfoss, Mary Harris. 2015. «Møte med lidende og døende pasienter – sykepleierens møte med seg selv.» I *Klinisk sykepleie* 2, red. Hallbjørg Almås, Dag-Gunnar Stubberud og Randi Grønseth, 475-499. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Karlsson, Margareta, Christina Karlsson, António Barbosa da Silva, Ingela Berggren og Maud Söderlund. 2013. «Community nurses' experiences of ethical problems in end-of-life care in the patient's own home.» *Scandinavian Journal Of Caring Sciences* 27 (4): 831-838.

Kilvik, Astrid og Liv Inger Lamøy. 2007a. «Artikkelbaser innen medisin og helsefag.» I *Litteratursøking i medisin og helsefag*. 2. utg. 25 – 32. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

Kilvik, Astrid og Liv Inger Lamøy. 2007b. «Søkestrategi.» I *Litteratursøking i medisin og helsefag*. 2. utg. 33 – 42. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

Kirkevold, Marit. 1998 «Virginia Hendersons definisjon av sykepleiens natur. » I *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. 100-112. 2 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, Nina Jahren. 2012. «Stress og mestring.» I *Grunnleggende sykepleie bind 3*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug. 2.utg. 133-196. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, Nina Jahren. 2014a. «Sykepleier i organisasjon og samfunn.» I *Grunnleggende sykepleie bind 1*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug. 2.utg. 281-341. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, Nina Jahren. 2014b. «Sykepleie – kunnskap og kompetanse.» I *Grunnleggende sykepleie bind 1*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug. 2.utg. 161-206. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, Nina Jahren. 2014c. «Teoretiske perspektiver på sykepleie.» I *Grunnleggende sykepleie bind 1*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug. 2.utg. 207-280. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, Nina Jahren, Grete Breievne og Finn Nortvedt. 2012. «Lidelse, mening og håp.» I *Grunnleggende sykepleie, bind 3*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Per Nortvedt og Eli-Anne Skaug. 2.utg. 245-293. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, Nina Jahren og Per Nortvedt. 2014. «Relasjoner mellom sykepleier og pasient.» I *Grunnleggende sykepleie, bind 1*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Per Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 83-133. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kunnskapssenteret. 2016. «Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar». Lest 08.12.2016.

<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskingsartiklar>

Johansson, Kristina og Berit Lindahl. 2012. «Moving between rooms – moving between life and death: nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospitals.» *Journal of Clinical Nursing* 21 (7): 2034-2043.

Johnson, Susan Carey og Patricia Gray. 2013. «Understanding Nurses' Experiences of Providing End-of-Life Care in the US Hospital setting.» *Holistic Nursing Practice* 27 (6): 318-328.

Loge, Jon Håvard, Kristin Bjordal, Ørnulf Paulsen og Stein Kaasa. 2011. «Den palliative konsultasjon.» I *Palliasjon*, red. Stein Kaasa. 2.utg. 63-73. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lovdata. 2016. «Lov om pasient- og brukarrettigheter (pasient- og brukarrettighetsloven).» Lest. 22.02.2017.

[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)

- Luxardo, Natalia, Cecilia Vindrola Padros og Vilma Tripodoro. 2014. «Palliative Care Staff Perspectives: The Challenges of End-of-Life Care on Their Professional Practices and Everyday Lives.» *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 16 (3): 165-172.
- Mathisen, Jorunn. 2012. «Sykepleie ved livets avslutning.» I *Grunnleggende sykepleie bind 3*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug. 2. utg. 295-335. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nordsveen, Heidi og Birgitta Andershed. 2015. «Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem – Sykepleieres erfaringer av samhandling.» *Nordisk sygeplejeforbund* 4 (3): 239-52.
- Norsk senter for forskningsdata. 2016. «Register over vitenskapelige publiseringskanaler». Lest 08.12.2016.  
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Norsk sykepleieforbund. 2016. «Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere». Lest 22.02.2017.  
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012a. «Kritisk vurdering.» I *Jobb kunnskapsbasert*. 2 utg. 67 - 160. Oslo: Akribe.
- Nortvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012b. «Spørsmålsformulering.» I *Jobb kunnskapsbasert*. 2 utg. 29 – 39. Oslo: Akribe.
- Peterson J., M. Johnson, B. Halvorsen, L. Apmann, P-C. Chang, S. Kershek, C .Scherr, M. Ogi og D. Pincon. 2010. «What is it so stressfull about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses´ experiences.» *International Journal Of Palliatice Nursing* 16 (4): 181-187.
- Rafii, Forough, Alireza Nikbakht Nasrabadi og Muaf Abdulla Karim. 2016. «End-of-life care provision: experiences of intensive care nurses in iraq.» *Nursing in Critical Care* 21 (2): 105-112.
- Reitan, Anne Marie. 2010. «Kommunikasjon.» I *Kreftsykepleie*, red. Anne Marie Reitan og Tore Kr. Schjølberg, 102 - 120. Oslo: Akribe.
- Rønning, Mette, Elisabeth Strand og Marianne Jensen Hjermsstad. 2011. «Palliativ behandling utenfor sykehus - hjemmesykepleien.» I *Palliasjon*, red. Stein Kaasa. 2.utg. 213-228. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Schjødt, Borrik, Dagny Faksvåg Haugen, Marianne Straume og Randi Værholm. 2011. «Familien.» I *Palliasjon*, red. Stein Kaasa. 2.utg. 89-114. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Smedman, Anna, Kerstin Gustafson og Gullvi Flensner. 2015. «Att vårda äldre personer på särskilt boende under livets slutskede – undersköterskornas perspektiv.» *Nordisk Sygeplejeforskning* 4 (2): 79-92.



Sæteren, Berit. 2010a. «Omsorg for døende pasienter.» I *Kreftsykepleie*, red. Anne Marie Reitan og Tore Kr. Schjølberg, 235 – 267. Oslo: Akribe.

Sæteren, Berit. 2010b. «Åndelig og eksistensiell omsorg.» I *Kreftsykepleie*, red. Anne Marie Reitan og Tore Kr. Schjølberg, 305 - 315. Oslo: Akribe.

Tunnah, Karen, Angela Jones og Rosalynde Johnstone. 2012. «Stress in hospice at home nurses: a qualitative study of their experiences of their work and wellbeing.» *International Journal of Palliative Nursing* 18 (6): 283-289.

Törnquist, Agneta, Magdalena Andersson og Anna-Karin Edberg. 2013. «In search of legitimacy – registered nurses' experience of providing palliative care in a municipal context.» *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 27 (3): 651-658.

Zheng, Rui-Shuang, Qiao-Hong Guo, Feng-Qi Dong og R. Glyn Owens. 2015. «Chinese oncology nurses' experiences on caring for dying patients who are on their final days: A qualitative study.» *International Journal of Nursing studies* 52 (1): 288-296.

## Vedlegg 1: PI(C)O-oversikt

P	I	O
Palliativ omsorg Livets slutt Omsorg på slutten av livet Terminal pleie Døende pasient Døende pasient* Kommunal	Sykepleie Sykepleie omsorg	Erfaringer Opplevelser Utfordringer Sykepleier erfaring Sykepleie* erfaring
Palliative care End of life End of life care Terminal care Dying patient Dying patient* Municipal	Nursing Nursing care	Experience Challenges Nurse experience Nurs* experience

## Vedlegg 2: Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
Palliative care OR end of life care OR terminal care AND nursing care AND experience Limits: publication date 2011-2016 og linked full text	25.10.16	Cinahl	7	2	2	1
End of life care OR terminal care AND nursing AND experience Limits: publication year 2011-2016, language (english) og geography (europe)	26.10.16	Cinahl	162	5	1	1
Dying patient OR end of life OR palliative care AND nursing OR nursing care AND experience OR challenges Limits: publication year 2010-2016 og language: (english)	27.10.16	Cinahl	541	10	8	5
Palliative care OR municipal AND nursing OR nursing care AND experience Limits: publication year 2011-	27.10.16	Cinahl	198	3	1	1

2016, language (english) og geography (europa)						
Palliative care AND nursing AND experience	27.10.16	Idunn	40	8	4	2
End of life care AND nursing AND nurse experience Limits: publication year 2011-2016 og language (english)	21.11.16	ProQuest	537	12	5	1
Dying patient* AND nursing AND nurs* experience Limits: publication year 2011-2016 og language (english)	06.12.16	ProQuest	511	9	5	2
End of life care AND nursing AND nurse experience Limits: publication year 2011-2016.11.21 og language (english)	15.03.17	ProQuest	537	5	3	1

### Vedlegg 3: Artikkelloversikt

<b>Forfatter</b> <b>År</b> <b>Land</b> <b>Tidsskrift</b>	Andersson, Erika, Zivile Salickiene og Kristina Rosengren 2016 United Kingdom Nurse Education Today
<b>Tittel</b>	<i>To be involved – A qualitative study of nurses' experiences of caring for dying patients</i>
<b>Hensikt</b>	Undersøke sykepleieres opplevelse av omsorg for døende pasienter i kirurgisk avdeling.
<b>Metode</b> <b>Instrument</b>	Kvalitativt design Individuelle intervju
<b>Deltagere/frafall</b>	6 sykepleiere fra 2 forskjellige sykehus. 5 kvinner og 1 mann, ingen nevnte frafall.
<b>Hovedfunn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sykepleierne sier at mangel på kunnskap om palliativ omsorg og lite klinisk erfaring skaper frustrasjon som igjen påvirker kvaliteten av pleien.</li> <li>- De beskriver sykepleieprosessen som en personlig utvikling, det er både positivt og utfordrende å jobbe med døende.</li> <li>- Sykepleierne beskriver at den første gangen i omsorgen for en døende pasient er vanskelig med tanke på ansvar og støtten som kreves, spesielt til familien.</li> <li>- De beskriver følelse av tilfredsstilhet i jobben med tanke på det å være følsom i prosessen. Noen pasienter krever mere enn andre, da blir sykepleieren nærmere dem og det blir vanskeligere å legge fra seg situasjonen selv om arbeidsdagen er over.</li> <li>- Det er frustrerende at legen i disse enhetene i hovedsak prioriterer kurative pasienter.</li> </ul>
<b>Etisk vurdering</b>	Etisk godkjenning og tillatelse ble hentet inn fra lederne for de to avdelingene. Ingen annen etisk godkjenning nødvendig – dette på grunn av svenske regler og retningslinjer om forskning når ansatte er inkludert. Respekt for enkeltpersoner var hovedbekymringen. Alle ble informert om at det var frivillig å delta, og de kunne trekke seg når de ville, og at deres svar ble behandlet konfidensielt. Etiske retningslinjer for menneskelig og sosial forskning vurdert i løpet av studien.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Vitenskapelig nivå 1 Vurderes til god.

<b>Forfatter</b>	Arbour, Richard B. og Debra L. Wiegand
<b>År</b>	2014
<b>Land</b>	USA
<b>Tidsskrift</b>	Intensive & Critical Care Nursing
<b>Tittel</b>	<i>Self-described nursing roles experienced during care of dying patients and their families: A phenomenological study</i>
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å forstå erfaringer og oppfatninger fra intensivsykepleiere om aktiviteter og roller de utførte i omsorg for pasient og familie i overgangen fra aggressiv livreddende behandling til palliativ omsorg.
<b>Metode</b>	Kvalitativt design
<b>Instrument</b>	Individuelle intervju
<b>Deltagere/fracfall</b>	19 intensivsykepleiere, flest kvinner. Ingen nevnte fracfall.
<b>Hovedfunn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sykepleierne mente det var viktig med undervisning av familie og nyutdannede sykepleiere basert på behov, bakgrunn, karakteristika og emosjonell tilstand. Undervisningen kan skje i mange sammenhenger. Til pårørende var den ofte gitt fordi de var bekymret.</li> <li>- De understreket betydningen av å være pasientens advokat på mange områder.</li> <li>- De påpekte viktigheten av å lindre symptomer gjennom dødsprosessen og at hvis de klarte dette hadde de en god følelse når arbeidsdagen var ferdig.</li> <li>- Sykepleierne sier de bør være støttende og oppmuntrende i forhold til familiens tilstedeværelse og at dette kunne hjelpe familien i den videre sorgprosessen.</li> <li>- Å beskytte familiens minner om familien var viktig for sykepleierne ved at døden skulle være så verdig som mulig, det var også viktig å kunne ta hensyn til pårørendes ønsker og behov.</li> </ul>
<b>Etisk vurdering</b>	Deltagerne skrev under på samtykkeskjema. Forskningen i denne artikkelen har vært i samsvar med The Code of Ethics of the World Medical Association (Helsinkideklarasjonen).
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Vitenskapelig nivå 1 Vurderes til god.

<b>Forfatter</b>	Efstathiou, Nikolaos og Wendy Walker
<b>År</b>	2014
<b>Land</b>	United Kingdom
<b>Tidsskrift</b>	Journal of Clinical Nursing
<b>Tittel</b>	<i>Intensive care nurses' experiences of providing end-of-life care after treatment withdrawal: a qualitative study</i>
<b>Hensikt</b>	Utforske erfaringene til intensivsykepleiere som har gitt palliativ omsorg til voksne pasienter og deres familie etter avgjørelsen om å avslutte behandling er tatt.
<b>Metode</b>	Kvalitativt design
<b>Instrument</b>	Semi-strukturert, ansikt til ansikt intervju
<b>Deltagere/frafall</b>	13 sykepleiere, 11 kvinner og 2 menn. Ingen nevnte frafall.
<b>Hovedfunn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De fleste mente at for en komfortabel og verdig død måtte pasientens fysiske behov og symptomlindring være godt ivaretatt.</li> <li>- Deltagerne identifiserte mangel på kommunikasjon som bekymrende og en barriere for god palliativ omsorg, og så viktigheten av et godt forhold til pasientens familie.</li> <li>- Deltagerne mente familiens tilstedeværelse var viktig, og hvis familien ikke var der ønsket de at en sykepleier skulle være hos den døende.</li> <li>- Det var usikkerhet på om fokuset skulle være på den døende eller familien.</li> <li>- Avdelingens miljø ble sett på som en barriere mellom pasienten og familiens nærhet.</li> <li>- Det ble identifisert mangel på retningslinjer, som gjorde sykepleierne usikker.</li> <li>- Mangel på kommunikasjon mellom leger og sykepleiere ble identifisert som et problem.</li> <li>- Det kom frem at de erfarne sykepleierne følte seg mer selvsikker i mange situasjoner.</li> </ul>
<b>Etisk vurdering</b>	Lokal etisk godkjenning ble gitt. Informert samtykke fra alle deltagere, anonymitet og konfidensialitet var garantert.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Vitenskapelig nivå 2 Vurderes til god.

<b>Forfatter</b>	Henriksen, Jette, Kirsten Halskov Madsen og Anette Meldgaard
<b>År</b>	2015
<b>Land</b>	Dansk/Norsk
<b>Tidsskrift</b>	Nordisk sygeplejeforskning
<b>Tittel</b>	<i>Sygepleje og palliativ innsats – Hvilken betydning tillagde basis sygeplejersker procedurer og kliniske retningslinjer i den palliative innsats?</i>
<b>Hensikt</b>	Undersøke sykepleieres oppfattelse av og erfaring med kliniske prosedyrer og retningslinjer om palliativ innsats i primær og sekundær helsesektor.
<b>Metode</b>	Kvalitativt design
<b>Instrument</b>	Kvalitative, individuelle, semi-strukturert intervju
<b>Deltagere/frafall</b>	6 deltagere, ingen frafall
<b>Hovedfunn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sykepleierne erfarte at retningslinjer har liten eller ingen betydning for kvaliteten på pleien. Sykepleierne var enig om at standardisering av de myke verdiene ikke kunne nedskrives i retningslinjer.</li> <li>- Sykepleierne i den palliativ innsats på basalt nivå opplevde at deres erfaringer var oppnådd gjennom arbeidet med døende pasienter, og at dette var grunnlaget for deres faglige skjønn og handlinger i praksis.</li> <li>- Det å komme tett på en pasient krevde ofte mot, som de hadde vanskelig for å beskrive.</li> <li>- Verdier som omsorg, respekt, nærvær, empati og støtte for å bevare pasientens og pårørendes håp ble tillagt stor betydning for å ivareta pasientens verdighet og integritet.</li> <li>- Samarbeidet og kommunikasjonen mellom hjemmesykepleien og sykehuset, palliativt team, pasient og pårørende var av stor viktighet, de anså seg selv som ansvarlig for denne koordinasjonen.</li> </ul>
<b>Etisk vurdering</b>	Innfrir nordiske etiske retningslinjer for sykepleieforskning. Deltagerne ble informert både skriftlig og muntlig om at det var frivillig å delta, de kunne trekke seg fra undersøkelsen når de måtte ønske. Arbeidssted og navn ble anonymisert.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Vitenskapelig nivå 1 Vurderes til meget god.



<b>Forfatter</b>	Iranmanesh, Sedigheh, Zahar Ghazanfari, Stefan Sävenstedt og Terttu Häggström
<b>År</b>	2011
<b>Land</b>	USA
<b>Tidsskrift</b>	Journal of Palliative Care
<b>Tittel</b>	<i>Professional Development: Iranian and Swedish nurses' experiences of caring for dying people</i>
<b>Hensikt</b>	Belyse betydningen av iranske og svenske sykepleiere sine erfaringer med faglig utvikling innenfor palliativ omsorg.
<b>Metode</b>	Kvalitativt design
<b>Instrument</b>	Åpen-strukturerte intervju
<b>Deltagere/frafall</b>	8 iranske sykepleiere (4 menn) og 8 svenske sykepleiere, ingen nevne frafall.
<b>Hovedfunn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faglig utvikling innbar bruk av erfaringsbasert kunnskap, personlige erfaringer hadde også bidratt til deres profesjonelle utvikling.</li> <li>- I den svenske konteksten var det fokus på å være ærlig og pasientens autonomi. Det var stimulerende å være en del av et team, og de var fornøyde med støtten de fikk på arbeidsplassen. Teammøter var viktig for å takle problemer og utvikle profesjonell omsorg. Gjennom erfaring ble de mindre usikker på sin omsorgskompetanse.</li> <li>- De iranske sykepleierne følte seg delt mellom å fortelle sannheten og å holde seg til den kulturelle koden. De rapporterte mangel på samarbeid med kolleger og andre profesjoner. Deres religiøse verdier, tro og praksis hjalp de å mestre jobben. De opplevde en følelse av frustrasjon kombinert med tristhet.</li> <li>- Det var felles enighet om at det var viktig med et nært og tillitsfullt forhold til pasienten og familien.</li> </ul>
<b>Etisk vurdering</b>	Godkjent av sykehusdirektør, forstander og avdelingssykepleier, som fikk informasjon om hensikten med studien og metode som skulle brukes. Informert samtykke innhentet fra deltagerne, både muntlig og skriftlig. De var informert om retten til å trekke seg på hvilket som helst tidspunkt og var garantert anonymitet.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Vitenskapelig nivå 1 Vurderes til meget god.

<b>Forfatter</b> <b>År</b> <b>Land</b> <b>Tidsskrift</b>	Johansson, Kristina og Berit Lindahl 2012 United Kingdom Journal of Clinical Nursing
<b>Tittel</b>	<i>Moving between rooms – moving between life and death: nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospitals</i>
<b>Hensikt</b>	Beskrive sykepleieres opplevelser av omsorg for palliative pasienter på sengeposter i sykehus.
<b>Metode</b> <b>Instrument</b>	Kvalitativt design Semi-strukturerte intervju
<b>Deltagere/frafall</b>	8 sykepleiere fra 2 forskjellige sykehus, ingen frafall.
<b>Hovedfunn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sykepleierne følte seg privilegerte som fikk delta i slutten av et annet menneskes liv, og påpeker at arbeidet med palliative pasienter gir en følelse av dyp mening og takknemlighet, og at man blir berørt av pasientens lidelse.</li> <li>- Deltagerne snakker om risikoen for å bli for involverte og bli for nær pasienten. Det må være en balanse mellom nærhet og distanse.</li> <li>- Deltagerne opplever det å ha spesielle pasientrom til formålet er positivt, men at det er vanskelig å gå fra behandling av akutt syke til palliativ pleie.</li> <li>- Sykepleierne følte at arbeidet med pasienter i terminal fase tapper mye energi og etterlater et eksistensielt tomrom, men at de får mye tilbake og det gir ny styrke.</li> <li>- Det oppleves problematisk at man ikke har tid til å gi pasient og pårørende det de har behov for og det gir en følelse av utilstrekkelighet.</li> </ul>
<b>Etisk vurdering</b>	Etisk godkjenning var ikke nødvendig ifølge svensk lov da deltagerne i studien hadde gitt samtykke. Alle mottok skriftlig og muntlig informasjon om studiens hensikt. Anonymitet og konfidensialitet ble garantert og de kunne trekke seg når de ville uten å måtte forklare seg.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Vitenskapelig nivå 2 Vurderes til meget god.

<b>Forfatter</b> <b>År</b> <b>Land</b> <b>Tidsskrift</b>	Johnson, Susan Carey og Patricia Gray 2013 USA Holistic Nursing Practice
<b>Tittel</b>	<i>Understanding Nurses' Experiences of Providing End-of-Life Care in the US Hospital Setting</i>
<b>Hensikt</b>	Studien undersøkte erfaringer hos sykepleiere som ga palliativ omsorg til døende pasienter og deres familier på sykehus.
<b>Metode</b> <b>Instrument</b>	Hermaneutisk fenomenologisk studie Semi-strukturerte individuelle intervju
<b>Deltagere/frafall</b>	13 sykepleiere, 1 mann og 12 kvinner. Ingen nevnte frafall.
<b>Hovedfunn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mangel på kunnskap og erfaring for å identifisere symptomer og manglende kommunikasjonsferdigheter.</li> <li>- Personlige og profesjonelle konflikter på grunn av ulike synspunkter i behandlingen og konflikter i arbeidsgruppen. Det oppstod ubehagelige følelser når pasientens symptomer ikke var tilfredsstillende behandlet og når døden ikke opplevdes god.</li> <li>- Sykepleierne fikk personlig og profesjonell erfaring i møtet med palliative pasienter og deres familie. De klarte derfor å stå bedre rustet til å møte andre palliative situasjoner.</li> <li>- De understreket betydningen av å få tilbakemelding fra pasient, familie og kolleger om sitt arbeid.</li> <li>- Sykepleierne mente det var nødvendig å lære fra hverandre og at det var behov for mer kunnskap og erfaring innen fagfeltet.</li> <li>- De var takknemlig for å få være en del av ivaretagelsen av palliative pasienter.</li> <li>- Det var viktig for sykepleierne å skape en trygg og tillitsfull relasjon til pasienten og familien. Dette gikk ut på å lytte til og respektere pasienten og familiens ønsker, være advokat og holde pasientens i sentrum.</li> <li>- Sykepleierne mente det var viktig å gi undervisning til pasient og familie, som ofte var gitt fordi de var engstelig.</li> </ul>
<b>Etisk vurdering</b>	Deltagerne måtte signere informert samtykkeskjema. Godkjent av The Appropriate Institutional Review Board. Konfidensialitet ble ivarettatt.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Vitenskapelig nivå 1 Vurderes til meget god.

<b>Forfatter</b>	Karlsson, Margareta, Christina Karlosson, António Barbosa da Silva, Ingela Berggren, og Maud Söderlund
<b>År</b>	2013
<b>Land</b>	United Kingdom
<b>Tidsskrift</b>	Scandinavian Journal Of Caring Sciences
<b>Tittel</b>	<i>Community nurses' experiences of ethical problems in end-of-life care in the patient's own home</i>
<b>Hensikt</b>	Hensikten er å få en dypere forståelse av hvordan sykepleiere som jobber i kommunen opplever etiske problemer i omsorg av døende pasienter i hjemmet.
<b>Metode</b>	Kvalitativt design
<b>Instrument</b>	Individuelle intervju
<b>Deltagere/frafall</b>	10 kvinnelige sykepleiere, ingen frafall
<b>Hovedfunn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sykepleierne opplevde et etisk dilemma når pasient og pårørendes komfort, privatliv og verdighet ble negativt påvirket grunnet manglende støtte fra lege og sykehus. Dette førte til ukomfortable følelser ved forverring av pasientens tilstand.</li> <li>- Når pasientens ønske om å dø hjemme ikke blir oppfylt, følte sykepleierne at pasientens autonomi, verdighet og integritet ikke ble ivaretatt.</li> <li>- De opplevde at hjemmesituasjonen ble opplevd som et sykehus som forstyrret freden og roen.</li> <li>- Sykepleierne erfarte uenighet og mangel på samarbeid på hvordan man best skulle ta vare på den døende, dette involverte både kolleger, pasienter og pårørende.</li> <li>- Sykepleierne opplevde mangel på sikkerhet i pasientens hjem som forhindret dem fra å skape og opprettholde en god og sikker situasjon for den døende. Dette ble opplevd som et etisk problem som hindret tillitsforhold med pasienten og pårørende mot livets slutt.</li> </ul>
<b>Etisk vurdering</b>	Tillatelse fra den etiske komiteen ved University West i Sverige. De etiske retningslinjene i Helsinkideklarasjonen ble overholdt. Deltagere ble informert om at studien var frivillig, og de kunne trekke seg når de ville uten negative konsekvenser og var garantert konfidensialitet.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Vitenskapelig nivå 1 Vurderes til meget god.

<b>Forfatter</b>	Peterson, J., M. Johnson, B. Halvorsen, L. Apmann, P-C. Chang, S. Kershek, C. Scherr, M. Ogi og D. Pincon
<b>År</b>	2010
<b>Land</b>	United Kingdom
<b>Tidsskrift</b>	International Journal Of Palliative Nursing
<b>Tittel</b>	<i>What is it so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses' experiences</i>
<b>Hensikt</b>	Undersøke sykepleieres erfaringer og bekymringer under omsorg for en døende pasient. En klar forståelse kan føre til mer effektiv trening og mestring av slike bekymringer.
<b>Metode</b> <b>Instrument</b>	Kvalitativt design Dybde intervju Multidimensional fear of death scale Frommelt scale
<b>Deltagere/frafall</b>	15 sykepleiere og sykepleiestudenter. 3 menn og 12 kvinner. Bare 9 fullførte Frommelt scale.
<b>Hovedfunn</b>	Sykepleierne hadde flere bekymringer med hensyn til omsorgen for døende pasienter. <ul style="list-style-type: none"> <li>- De var bekymret for pasientens komfort og det å sørge for at deres informasjonsbehov ble oppfylt.</li> <li>- Sykepleierne hadde også bekymringer for familien til pasienten. Både det å ivareta familien, samt at de i noen tilfeller følte de måtte være meglere mellom pasient og familie.</li> <li>- På det personlige nivået var de bekymret for tid og prestasjon.</li> </ul>
<b>Etisk vurdering</b>	Deltagerne måtte signere et samtykkeskjema. Godkjent av The Institutional Review Board.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Vitenskapelig nivå 1 Vurderes til god.

<b>Forfatter</b> <b>År</b> <b>Land</b> <b>Tidsskrift</b>	Rafii, Forough, Alireza Nikbakht Nasrabadi og Muaf Abdulla Karim 2016 United Kingdom British Association of Critical care Nurses
<b>Tittel</b>	<i>End-of-life care provision: experiences of intensive care nurses in iraq</i>
<b>Hensikt</b>	Utforske meningen av å ta vare på terminale pasienter fra perspektivet til kurdiske intensivsykepleiere.
<b>Metode</b> <b>Instrument</b>	Hermeneutisk fenomenologisk design Semi-strukturerte dybdeintervju
<b>Deltagere/frafall</b>	10 deltagere, ingen nevnte frafall.
<b>Hovedfunn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Å ta vare på terminale pasienter hadde positiv innvirkning på deres kliniske ferdigheter og selvtillit.</li> <li>- Med mer erfaring var de i stand til å planlegge det palliative forløpet og de følte jobben ble enklere. De problemer som oppstod styrket sykepleierne til å møte utfordringer i fremtiden.</li> <li>- De mente alle pasienter skal ha god pleie uavhengig av deres religion eller tro.</li> <li>- Deltagerne rapporterte at å ta vare på yngre pasienter opplevdes vanskelig og smertefullt.</li> <li>- Et godt forhold med pasienten og familien var identifisert som viktig.</li> <li>- Det var rapportert at begrensede ressurser ga en ekstra belastning på sykepleierne og reduserte kvaliteten på pleien.</li> <li>- Noen snakket om dårlig relasjon mellom sykepleiere og leger som en av de største barrierene for god pleie.</li> </ul>
<b>Etisk vurdering</b>	Godkjent av en etiske komite – Tehran University of Medical Sciences. De fikk informasjon om hensikt og metode, og var sikret konfidensialitet og var informert om at de kunne trekke seg når de måtte ønske. Informert samtykke var innhentet fra alle deltagere. De var sikret anonymitet.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Vitenskapelig nivå 1 Vurderes til god.

<b>Forfatter</b> <b>År</b> <b>Land</b> <b>Tidsskrift</b>	Smedman, Anna, Kerstin Gustafson og Gullvi Flensner 2015 Dansk/Norsk Nordisk Sygeplejeforskning
<b>Tittel</b>	<i>Att vårda äldre personer på särskilt boende under livets slutskede – undersköterskornas perspektiv</i>
<b>Hensikt</b>	Belyse hva det innebærer å ha omsorg for eldre personer i livets slutfase for personale på sykehjem.
<b>Metode</b> <b>Instrument</b>	Kvalitativt design Kvalitative intervju
<b>Deltagere/frafall</b>	8 deltagere, ingen nevnte frafall.
<b>Hovedfunn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sykepleierne ble berørt og deres følelser og opplevelser om døden ble påvirket. Det var vanskelig å legge fra seg jobben når arbeidsdagen var over.</li> <li>- Det var viktig å tilpasse pleien ut ifra hvert enkelt individs ønsker, noe som ble enklere hvis omsorgsforholdet var langvarig, men de ble også mer personlig knyttet til den døende slik at dødsfallet opplevdes vanskelig.</li> <li>- Hvis døden hadde gått stille og rolig for seg, innbød det til trygghet og de så på døden som en befrier fra lidelse.</li> <li>- Når de var tvunget til å forlate en pasient alene følte de på utilstrekkelighet.</li> <li>- Å snakke om døden med pasient og pårørende ble rapportert som vanskelig, men viktig av sykepleierne.</li> <li>- God kommunikasjon og relasjon til familien var viktig. Informasjon til pårørende om palliasjon var viktig for deres tilstedeværelse.</li> <li>- I visse tilfeller savnet de kompetanse og kunnskap, og de uerfarne rapporterte en følelse av sårbarhet og utrygghet.</li> <li>- Det ble rapportert godt samhold i arbeidsgruppen, som var viktig for å takle stresset.</li> </ul>
<b>Etisk vurdering</b>	De forskningsetiske prinsippene har blitt overholdt. Godkjenning ble hentet fra enhetssjef, ansvarlig avdelingssykepleier og deltagerne. Alle signerte informert samtykke. Studien har også blitt gransket av en lokal forskningsetisk komite.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Vitenskapelig nivå 1 Vurderes til god.

<b>Forfatter</b> <b>År</b> <b>Land</b> <b>Tidsskrift</b>	Tunnah, Karen, Angela Jones og Rosalynde Johnstone 2012 United Kingdom International Journal of Palliative Nursing
<b>Tittel</b>	<i>Stress in hospice at home nurses: a qualitative study of their experiences of their work and wellbeing</i>
<b>Hensikt</b>	Utforske følelser og erfaringer av hospice hos hjemmesykepleiere som gir palliativ omsorg for pasienter i kommunehelsetjenesten.
<b>Metode</b> <b>Instrument</b>	Kvalitativ metode Semi-strukturert intervju
<b>Deltagere/frafall</b>	10 sykepleiere og 1 helsefagarbeider, 3 sykepleiere falt fra studien.
<b>Hovedfunn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tilfredstilthet med jobben var identifisert som en viktig faktor for stressnivået hos sykepleierne.</li> <li>- Å prioritere arbeidsmengden var viktig for sykepleierne i studien for å kunne få arbeidsdagen til å bli effektiv.</li> <li>- De identifiserte konflikter med kollegaer fra utsiden av teamet, vanskelig kommunikasjon med legekantoret og distriktssykepleierne som en kilde til stress.</li> <li>- Mange av sykepleieren kommenterte at jobben var mentalt krevende, mer enn å jobbe i en annen klinisk situasjon.</li> <li>- Sykepleierne sa at de måtte ”skru seg av” etter arbeid. Mange av sykepleierne sa at å gå turer og trening hjalp de å koble av etter en vanskelig dag.</li> <li>- De identifiserte støtte fra kollega som viktig for at de skulle takle arbeidsdagene. Bruken av refleksjon i og om det praktiske arbeidet tar plass uformelt i gruppen og formelt på et ukentlig tverrfaglig teammøte.</li> </ul>
<b>Etisk vurdering</b>	Godkjent av North Wales Research Ethics Committee-West. Deltagerne var informert om studien, og de kunne trekke seg fra studien når de ville. Konfidensialitet var garantert både verbalt og skriftlig.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Vitenskapelig nivå 1 Vurderes til meget god.



<b>Forfatter</b> <b>År</b> <b>Land</b> <b>Tidsskrift</b>	Törnquist, Agneta, Magdalena Andersson og Anna-Karin Edberg 2013 United Kingdom Scandinavian Journal of Caring Sciences
<b>Tittel</b>	<i>In search of legitimacy – registered nurses' experience of providing palliative care in a municipal context</i>
<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne studien var å undersøke og beskrive sykepleieres erfaringer med å gi palliativ omsorg til eldre i kommunal sammenheng.
<b>Metode</b> <b>Instrument</b>	Kvalitativt design Fokusgruppe intervju
<b>Deltagere/frafall</b>	20 sykepleiere fra forskjellige kommuner. 19 kvinner og 1 mann. Ingen nevnte frafall
<b>Hovedfunn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sykepleierne i undersøkelsen syntes det var vanskelig å vite hvem de skulle henvende seg til, fordi det var mange parter involvert i den palliative fasen hos eldre i kommunen.</li> <li>- De følte seg ikke hørt når de snakket på vegne av pasienten med primærlege, og at mange sykehusopphold kunne vært unngått.</li> <li>- De følte at de manglet retningslinjer og at deres kunnskaper om palliativ behandling og deres sykepleieegenskaper ikke var anerkjent. Og at det var fare for at kompetansen kom til å gå bort.</li> <li>- Det var også problematisk at de ikke hadde godt nok utstyr og måtte være alene om å ta avgjørende bestemmelser.</li> <li>- Fordi sykepleierne var alene om å ha ansvaret for eldre palliative pasienter hadde de behov for støtte i form av mer spesialisert kunnskap, støtte fra kolleger og støtte fra systemet i forhold til debrifing etter psykisk krevende situasjoner.</li> </ul>
<b>Etisk vurdering</b>	Studien ble gjennomført i tråd med Helsinkideklarasjonen. Deltagerne fikk informasjon om at det var frivillig å delta, og de kunne avslutte når de måtte ønske. Det var ikke nødvendig med etisk godkjenning av studien fordi den var ikke lagt under reglene i den svenske lov om etisk vurdering av forskning som omfatter mennesker.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Vitenskapelig nivå 1 Vurderes til meget god.

<b>Forfatter</b> <b>År</b> <b>Land</b> <b>Tidsskrift</b>	Zheng <sup>a</sup> , Rui-Shuang, Qiao-Hong Guo <sup>b</sup> , Feng-Qi Dong <sup>a,*</sup> og R. Glyn Owens <sup>c</sup> 2015 USA International Journal of Nursing studies
<b>Tittel</b>	<i>Chinese oncology nurses' experiences on caring for dying patients who are on their final days: A qualitative study</i>
<b>Hensikt</b>	Belyse kinesisk kreftsykepleiere sine erfaringer i omsorgen for døende kreftpasienter.
<b>Metode</b> <b>Instrument</b>	Kvalitativt design Semi-strukturerte intervju
<b>Deltagere/frafall</b>	28 sykepleiere, ingen nevnte frafall.
<b>Hovedfunn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sykepleierne rapporterte at det viktigste behovet var å gi fundamental omsorg som var forklart som sykepleieholdninger og verdier i sykepleieprosessen.</li> <li>- Det var viktig å opprettholde pasientens verdighet, å innfri pasientens ønsker var en del av dette, men det var ofte familien som formidlet ønskene.</li> <li>- Kommunikasjon med pasienten ble opplevd som vanskelig. De var flau over å holde informasjon tilbake for pasienten, men dette ble styrt av kulturelle koder.</li> <li>- Det var viktig å skape god kontakt med familie og venner. I tillegg til å støtte familien var det viktig å legge til rette for familiens tilstedeværelse, ofte gjennom undervisning.</li> <li>- Personlige begrensninger påvirket kvaliteten av pleien og førte til moralske problemer.</li> <li>- Sykepleierne hadde en tendens til å kritisere seg selv.</li> <li>- De ferske sykepleierne ble mer påvirket enn de erfarne, og følte seg maktesløse.</li> <li>- Sykepleierne opplevde jobben som meningsfull for å takle jobben og deres private liv.</li> </ul>
<b>Etisk vurdering</b>	Godkjent av Human Research Ethics Board. Informert samtykke fra hver deltager for intervjuene. Deltagerne var informert om at det var frivillig og at de hadde rett til å trekke seg når som helst på hvilket som helst tidspunkt under studien. Informasjonen var anonym.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Vitenskapelig nivå 2 Vurderes til meget god.

## Vedlegg 4: Sjekklister for kvalitative forskningsartikler

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

### SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell

Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?*

*Hva forteller resultatene?*

*Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)

*Self-described nursing roles experienced during care of dying patients and their families: A phenomenological study*

### INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p><b>1. Er formålet med studien klart formulert?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det oppgitt en problemstilling for studien?</li> </ul>	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>
<p><b>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</li> </ul>	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>

Forstå erfaringer og oppfatninger fra intensivspil om aktiviteter og roller de utførte i omsorg for pasient og familie i palliativ omsorg.

### KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p><b>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet?</li> </ul>	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>
<p><b>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</b></p> <p>TIPS:</p> <p>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)?</li> <li>Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta?</li> <li>Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)?</li> </ul>	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>
<p><b>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</b></p> <p>TIPS:</p> <p>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er metoden som ble valgt god for å belyse</li> </ul>	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>

Kommentar:

Kommentar: 19 intensivspil. Ingen frafall. Rekrutterte deltagerer ved å reklamere om studien i avis på arb.plassen og ta direkte kontakt og spørre om de ville delta. Karakteristika var beskrevet.

<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel <b>feltstudier</b> (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), <b>intervjuer</b> (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), <b>dokumentanalyse</b>.</li> <li>Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?</li> <li>Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?</li> </ul>	<p>Individuelle Intervju                  Intervju tok fra 20-100 min                  Gjort observasjoner og skrevet ned.                  Intervjueren stulte spør for å følge opp intervjuguiden</p>
--	---

<p><b>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</b></p> <p>TIPS:                  En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.).</li> <li>Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)?</li> <li>Er motstridende data tatt med i analysen?</li> <li>Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til?</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> <p>Kommentar: fenomenologisk beskrivende studie.                  Intervjuet ble tatt opp og transkribert med en gang. Klar sammenheng mellom sitater og kategorier. Analysens trinn er klart formulert.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	0	0
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	0	0					

<p><b>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</b></p> <p>TIPS:                  Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor?</li> <li>Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn?</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Intervjuene foregikk på avdelingen på et privat rom uten forstyrrelser. En av forskerne jobber på avd, men hadde en forsker i reserve om det ble ubehagelig for deltagerne.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	0	0
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	0	0					

<p><b>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</b></p> <p>TIPS:                  Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Tatt med teori for å underbygge funn. To uavhengige forskere var med på analysen. 6 av deltagerne vurderte resultatene.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	0	0
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	0	0					

<p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?</li> </ul>			
<p><b>9. Er etiske forhold vurdert?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)?</li> <li>Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite?</li> </ul>	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p> <p>Kommentar: Deltagere signerte samtykkeskjema. I tråd med Helsinkideklarasjonen.</p>

### HVA ER RESULTATENE?

<p><b>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kan du oppsummere hovedfunnene?</li> <li>Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien?</li> </ul>	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p> <p>Kommentar: Viktig med underrising. Pasientens advokat. Oppmuntre til tilstedeværelse. Lindre symptomer. Beskytte familiens minner og ta hensyn til familiens ønsker.</p>
--	--	------------------------	---

### KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p><b>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</b></p> <p>TIPS:</p> <p>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i?</li> <li>Draft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?</li> </ul>	<p>Kommentar: Ja. Viktig å ta med seg disse erfaringene i praksis for å gi god palliativ omsorg. Viktigheten av å utvide nyutdannede og gi informasjon og støtte til familien. Viktigheten av å være pårørende i palliativ behandling.</p>
---	--

## SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell

Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?*

*Hva forteller resultatene?*

*Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)

*Intensive care nurses' experiences of providing  
end-of-life care after treatment withdrawal:  
a qualitative study*

### INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p><b>1. Er formålet med studien klart formulert?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det oppgitt en problemstilling for studien?</li> </ul>	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>
<p><b>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</li> </ul>	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>

Utforske erfaringene til intensivsp. som har gitt pasientu omsorg til pas. og familie etter avgjørelsen om å avslutte behandling er tatt.

### KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p><b>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet?</li> </ul>	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>
<p><b>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</b></p> <p>TIPS:</p> <p>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)?</li> <li>• Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta?</li> <li>• Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)?</li> </ul>	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>
<p><b>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</b></p> <p>TIPS:</p> <p>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er metoden som ble valgt god for å belyse</li> </ul>	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>

Kommentar: 13 deltagere. Rekruttering via forskningspl ved avdelingen som registrerte interesserte pl og skapte kontakt med forskerne. Alle deltagerne er intensivsp fra tre forskjellige avd. Alle har lang arb. erfaring på sykehuset. 5 hadde videre-utdanning. 11 kvinner, 5 menn.



<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel <b>feltstudier</b> (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), <b>intervjuer</b> (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), <b>dokumentanalyse</b>.</li> <li>Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?</li> <li>Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?</li> </ul>	<p>Kvalitative semi-strukturerte ansikt-til-ansikt intervju. Beskrevet intervju-guide. Intervju varte i 30-60 min på arbeidsplassen i arbeidstiden.</p>
--	---

<p><b>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</b></p> <p><i>TIPS:</i> En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.).</li> <li>Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)?</li> <li>Er motstridende data tatt med i analysen?</li> <li>Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til?</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p><b>Kommentar:</b> Fenomenologisk analyse-metode. De ulike trinnene i analyse er tydelig redegjort. Vi ser tydelig sammenheng mellom innsamlede data og kategorier.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

<p><b>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</b></p> <p><i>TIPS:</i> Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor?</li> <li>Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn?</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p><b>Kommentar:</b> forskerne har arbeidserfaring innen intensjonspl og er kjent med kulturen på en slik dukteing. Ingen har jobbet der studien foregikk</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

<p><b>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</b></p> <p><i>TIPS:</i> Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p><b>Kommentar:</b> Det er tatt med bakgrunnsteori og andre kilder i diskusjonen. Det er tatt inn andre forskere i analysen.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

<p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?</li> </ul>			
<p><b>9. Er etiske forhold vurdert?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)?</li> <li>• Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite?</li> </ul>	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p> <p>Kommentar: Lokal etisk godkjent. Informert samtykke. Lovet anonymitet og konfidensialitet.</p>

### HVA ER RESULTATENE?

<p><b>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan du oppsummere hovedfunnene?</li> <li>• Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien?</li> </ul>	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p> <p>Kommentar: Mangel på kommunikasjon. Tilstedeværelse av familie, fysiske og psykiske behov. Barrierer. Hænglende retningslinjer og samarbeid med leger. Usikkerhet.</p>
--	--	------------------------	---

### KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p><b>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</b></p> <p>TIPS:</p> <p>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i?</li> <li>• Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?</li> </ul>	<p>Kommentar: Ja. Være klar over hvor viktig god kommunikasjon med familie, pasient og kolleger er. Viktigheten av gode retningslinjer. Se familiens behov.</p>
--	---