



# Høgskulen på Vestlandet

## Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	25-02-2019 09:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Slutt dato:</b>	25-04-2019 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
<b>Eksamensform:</b>	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 SYKHB30011 PRO1 2018 HØST Haugesund		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 26

### Informasjon fra deltaker

**Tittel \*:** Sykepleiekompetanse i møte med pasienter i terminal fase.

**Antall ord \*:** 8553

**Engelsk tittel \*:** Nursing competence in meet with patients in the terminal phase.

**Egenerklæring \*:** Ja **Inneholder besvarelsen Nei**  
**konfidensiell materiale?:**

**Jeg bekrefter at jeg har Ja**  
**registrert oppgavetittelen**  
**på norsk og engelsk i**  
**StudentWeb og vet at**  
**denne vil stå på**  
**vitnemålet mitt \*:**

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja



## BACHELOROPPGAVE

**Sykepleiekompetanse i møte med pasienter i terminal fase.**

**Nursing competence in meet with patients in the terminal phase.**

**Kandidatnummer 26**

Bachelor i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap,

Campus Haugesund

Innlevering 25.04.19 kl. 14.00

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.*

## Sammendrag

**Tittel:** Sykepleiekompetanse i møte med pasienter i terminal fase

**Bakgrunn:** Med tanke på eldrebølgen som kommer i samfunnet, vil dette øke behovet for sykepleiere med kunnskap og kompetanse innen palliasjon. Sykepleie til pasienter i livets siste fase blir dermed en større del av sykepleieyrket nå og i fremtiden. Gjennom studiet, praksis og arbeid har jeg interessert meg for palliasjon og har et ønske om å få mer kunnskap og forståelse for hvilken betydning god kompetanse har å si i palliativ pleie. Dette på grunn av at jeg ser viktigheten for mitt fremtidige yrke som sykepleier. Palliativ pleie, behandling og omsorg praktiseres nemlig på alle områder og nivåer i helsevesenet, og er noe en vil møte i arbeidet som sykepleier.

**Problemstilling:** Hvilken kompetanse er av betydning for sykepleiere i møte med pasienter i terminal fase?

**Hensikt:** Hensikt med oppgaven er å se på kompetansen sykepleiere bør ha når en skal gi sykepleie til palliative pasienter. Samtidig se på viktigheten med god kommunikasjon, evne til å stå i «vanskelige» samtaler og klare å være tilstede i nuet med pasienten og dens pårørende.

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie, og inneholder kvalitative artikler med tanke på å belyse hensikten.

**Funn:** Forskning viser at det fortsatt er for lite kunnskap om palliasjon og palliativ pleie blant sykepleiere. Selv om det er med i utdanningsprogrammet, så føler ikke sykepleierne seg klar til å ta vare på terminale pasienter ute i feltet. Sykepleierne føler seg mye alene. Samtidig kom det frem at som sykepleier må en klare å stå i «vanskelige» samtaler, være åpen om eksistensielle spørsmål og være bevisst på at det å arbeide med palliative pasienter kan utfordre sykepleierne på et personlig plan.

**Konklusjon:** Sykepleierne trenger mer støtte og veiledning i arbeidet med palliasjon, samtidig som det trengs mer kunnskap rundt emnet. Rammefaktorene rundt arbeidet var også noe som ble trukket frem som ett viktig element for at pleien skulle bli god.

**Nøkkelord:** Palliativ pleie, Sykepleierens forhold til pasienten, sykepleierens rolle i palliativ omsorg, kommunikasjon og palliativ pleie, sykepleiekompetanse og terminal fase og palliasjon og sykepleiers rolle.

## Abstract

**Title:** Nursing competence in meet with patients in the terminal phase.

**Background:** Regarding the elderly population coming into society, this will increase the need for nurses with knowledge and competence in palliative care. Nursing for patients in the final phase of life thus becoming a larger part of the nursing profession now and in the future. Through the study, practice and work, I have been interested in palliative care and have a desire to gain more knowledge and understanding of the importance good competence has to say in palliative care. This is because I see the importance of my future profession as a nurse. Palliative care, treatment and care are practiced in all areas and levels of the health service and are something one will meet in the work as a nurse.

**Research question:** What competence is important for nurses in the meet of patients in the terminal phase?

**Purpose:** The purpose of the task is to look at the competence nurses should have when providing nursing to palliative patients. At the same time, look at the importance of good communication, the ability to stand in «difficult» conversations, and be able to be present in the present with the patient and its relative.

**Method:** The task is a literature study and contains qualitative articles with thought to illuminate the purpose.

**Results:** : Research shows that there is till too little knowledge about palliative care and palliative care among nurses. Although it is part of the education program, nurses do not fell ready to take care of terminal patients in the field. Nurses feel a lot alone. At the same time, it emerged that as a nurse one must be able to stand in «difficult» conversations, be open to existential questions and be aware that working with palliative patients can challenge nurses on a personal level.

**Conclusion:** Nurses need more support and guidance in the work of palliative care, while more knowledge is needed about the subject. The framework factors around the work were also pointed out as an important element for the care to be good.

**Key words:** Palliative care, nurse's relationship with the patient, the role of the nurse in palliative care, communication and palliative care, nursing competence and terminal phase and palliation and the role of nurses.

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	2
Abstract .....	3
Innholdsfortegnelse .....	4
1. Introduksjon .....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	6
1.2 Problemstilling .....	8
1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling .....	8
2. Teori.....	8
2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv .....	8
2.2 Palliasjon .....	10
2.2.1 Palliativ pleie og organisering av palliativ pleie. ....	10
2.3 Kommunikasjon .....	11
2.4 Etikk .....	11
3. Metode.....	12
3.1 Metode.....	12
3.2 Kvantitativ metode .....	12
3.3 Kvalitativ metode .....	13
3.4 Litteraturstudie .....	13
3.5 Søkeprosess .....	13
3.6 Forskningsetikk .....	14
3.7 Kildekritikk og kvalitetsvurdering .....	14
4. Resultat.....	15
4.1 Studie 1.....	15
4.2 Studie 2.....	16

4.3 Studie 3.....	17
4.4 Studie 4.....	18
4.5 Oppsummering av hovedfunn. ....	19
5. Drøfting.....	19
5.1 Sykepleiekompetanse og kunnskapsområder. ....	19
5.1.2 Pårørendes rolle og betydning for pasienter i livets siste fase .....	22
5.2 Kommunikasjon .....	23
5.2.1 Den eksistensiell samtale .....	25
5.3 Utfordringer for sykepleieren i møte med pasienter i livets siste fase .....	27
6. Avslutning.....	29
7. Referanseliste .....	30
Vedlegg 1: Søkehistorikk.....	33

## 1. Introduksjon

Det har vært en utvikling i forholdet til døden blant mennesker. For 100 år siden døde ca. 90 prosent i eget hjem, og døden var en naturlig del av familien. I dag er døden blitt mer fremmedgjort, døden blir skjult bak skjerm Brett og lukkede dører i institusjoner. Det er blitt til noe en ikke snakker om, noe som har bidratt til at døden blir undertrykt som en naturlig sorgprosess. Det har ført til at døden i dag er i stor grad institusjonalisert i vårt samfunn (Birkeland., & Flovik, 2014, s. 95-96). Dette fører igjen til at sykepleiere får et mye større ansvar i helsetjenesten, og det er da viktig å ha kunnskap, innsikt og forståelse for den krisesituasjonen både pasienten og de pårørende er oppi.

Samhandlingsreformen har som mål å sikre bedre folkehelse og bedre helse- og omsorgstjeneste på en bærekraftig måte. Det vil si at de ulike helseinstituttene skal blant annet samhandle bedre, og pasienter skal få tidlig og god hjelp nærmest mulig der de bor. Det skal være en helse- og omsorgstjeneste som har en helhet og er koordinert og tilpasset den enkelte pasient (Helsedirektoratet, 2018).

Folkehelseinstituttet (2018) skriver at bare 30 prosent av dødsfallene i 2017 skjedde på sykehus, 52 prosent døde i sykehjem eller annen helse- og omsorgsinstitusjon utenom sykehus og 13 prosent døde hjemme. Andelen som dør hjemme har endret seg lite de siste 20 årene. Dette selv om det i dag er mange som ønsker å dø hjemme, og helsepersonell og familie prøver å legge til rette for dette. Noe av forklaringen helseinstituttet har til dette, er at levealderen stadig øker og at det er flere eldre som bor på sykehjem eller annen institusjon den siste levetiden. En annen årsak kan være at dødeligheten av akutte sykdommer har gått ned (eksempel hjerteinfarkt) og flere dør av kreft og tilbringer dermed den sisten tiden på sykehjem eller hospice.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det var tidlig i studiet at jeg valgte tema for bachelor oppgaven min. En av årsakene til at jeg ønsker å skrive om palliasjon og sykepleierens kompetanse i møte med pasienter i livets siste fase, er at jeg har personlige erfaringer. Personlig så opplevde jeg å miste min far i kreft i 2013. Jeg hadde da liten kunnskap og forutsetning for å forstå sykdommen og dens forløp.

Det jeg opplevde som pårørende var blant annet viktigheten med tydelig kommunikasjon fra sykepleierne, samtidig kunne være trygg på at sykepleieren hadde god kompetanse og var faglig dyktig i arbeidet sitt. Det som var aller viktigst for oss pårørende i den situasjonen, var at far vår ble tatt best mulig vare på.

Jeg er interessert også for min fremtidige yrkeskarriere som sykepleier. Som snart ferdig sykepleier skal jeg begynne å jobbe i hjemmesykepleien, og har i løpet av de 6 årene jeg har jobbet der, sett at det er blitt ett større behov for kunnskap om palliativ pleie i hjemmet. Da dette er noe som jeg ser på som en stor og viktig del av arbeidet som sykepleier, ønsker jeg å få mer kunnskap og forståelse rundt dette.

Omsorg og velvære gjelder ikke minst overfor de som er døende, men palliativ omsorg retter seg også mot å forbedre livskvaliteten til pasienter og pårørende som står ansikt til ansikt med døden. Målet er å gjøre livet så godt som mulig den tiden pasienten har igjen å leve.

Forebygging og redusere smerte og lidelse er sentralt i palliativ omsorg, og det dreier seg om å verdsette livet og å se døden som en normal prosess. En skal ikke på en måte avslutte livet før det egentlig er slutt, selv om en har fått beskjed om at livet går mot slutten. Tvert imot kan det være det beste å leve livet så normalt og aktivt som mulig den tiden som er igjen. For mange vil det si å få være hjemme så lenge som mulig (Birkeland og Flovik, 2014, s. 97).

Haugen og Aass, (2016, s. 112) skriver at det i dag er en sterk vekst i økning av aldrende befolkning, og dette vil gjøre at behovet for palliasjon fortsetter å øke i tiden som kommer. Pasientene lever også lengre og får flere behandlingsrelaterte komplikasjoner på grunn av nye behandlingsformer for kroniske sykdommer og kreft. Omkring 80 % av alle som dør, opplever en periode med forverring, økende behandling og pleiebehov når sykdommen ikke lengre er kurativ. 70 – 80 % av disse pasientene har behov for palliasjon i de siste leveårene eller måneder.

Et flertall av befolkningen ønsker å være mest mulig hjemme ved livets siste fase, men i følge Helsedirektoratet (2015, s. 9) dør de fleste fortsatt på institusjon. Målet til helsetjenesten er at en skal legge til rette for at det er mulig for pasienten å få mest mulig tid hjemme ved sykdom og død. Valgene som blir tatt, er avhengig av hva som oppleves trygt for den enkelte.

Trygghetsfaktorer er blant annet tilgjengelighet til ulike tjenester, helsepersonell med god kompetanse som pasienten og pårørende har opparbeidet kjennskap til. Samarbeid mellom tjenestene er også en nødvendig del, slik at pasienten skal få leve et best mulig liv frem til livets slutt. De siste viktige valgene en gjør som menneske, blir gjort mot livets slutt. Da er



det sentralt hvordan pasient og pårørende blir møtt den siste tiden, da dette er avgjørende for opplevelsen av omsorgen. Her har pårørende også en sentral rolle, og må alltid inkluderes og ivaretas (Helsedirektoratet, 2015, s. 10).

## 1.2 Problemstilling

- Hvilken kompetanse er av betydning for sykepleiere i møte med pasienter i terminal fase?

## 1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Avgrensinger for meg i denne oppgaven vil være at jeg har hovedfokuset på sykepleiekompetansen i terminal fase. Videre avgrensinger vil være at jeg har hovedfokuset på palliasjon i forhold til voksne pasienter, over 18 år. Jeg velger ikke å dra inn palliasjon til barn, for da må jeg komme mer inn på familie og familien som pårørende og dette har ikke oppgaven rom for. Jeg ikke ser på diagnosene, eller den medisinske siden av behandling, og vil derfor ikke gå inn på symptomlindring eller smertelindring. De ulike definisjonene kommer i teoridelen, og pårørende blir tatt med i diskusjonsdelen.

## 2. Teori

Teoretisk perspektiv vil si at vi velger å se problemet vårt i lys av en bestemt teori, og da vil teorien peke ut retningen for forskningsinteressen vår. Hensikten med teori er å komme frem til en enklest og best mulig treffende beskrivelse av virkeligheten (Dalland, 2013, s. 134).

I denne delen av oppgaven vil teorier knyttet opp til tema bli gjennomgått, og de ulike begrepene bli forklart. Med tanke på oppgavens begrensninger har jeg valgt disse emnene: Sykepleieteoretisk perspektiv, palliasjon, palliativ pleie og organisering av palliativ pleie, kommunikasjon, og etikk.

### 2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv

Sykepleie er et profesjonsfag og sykepleiens fokus er de områdene sykepleiere retter oppmerksomheten mot og har en spesiell kompetanse til å ivareta. Det som er sentralt i beskrivelsen av sykepleie er, mennesket- pasienten- og hans helsetilstand. Nestekjærlighet og

barmhjertelighet er verdier som er grunnleggende for utøvelse av sykepleie, samtidig som sykepleiens innhold består av fagkunnskap og verdier som er integrert i utøvelsen av sykepleie i konkrete situasjoner. Sykepleie som blir iverksatt som konkrete tiltak, handler om forebygging, behandling og/eller lindring (Kristoffersen., Nortvedt., Skaug., & Grimsbø, 2016, s. 16- 27).

Sykepleierteori som knytter min oppgave til problemstillingen vil være en teori som omhandler relasjoner mellom sykepleier og pasient. Da har jeg valgt å skrive om Joyce Travelbee sin teori om sykepleiefunksjonens betydning og rolle. Hun forholder seg til at ethvert menneske er en unik person, er enestående, uerstattelig, forskjellig fra andre som har levd og som noensinne kommer til å leve. Travelbee understreker at mennesket har en tilbøyelig evne til å søke etter mening i møte med lidelse, smerte og sykdom. Denne meningen vil være individuell og personlig, og sykdom og lidelse gir derfor mennesket en spesiell anledning til personlig vekst og utvikling. Selv om hun knytter familie og samfunn til sin definisjon av sykepleie, konsentrerer hun seg først og fremst om enkeltmennesket. Hennes sykepleiedefinisjon bygger på at lidelse og smerte er en uunngåelig del av menneskelivet, og ut fra dette består sykepleie i å hjelpe den syke og lidende til å finne en mening i den situasjonen den opplever (Kristoffersen, 2016, s. 29).

Travelbee mener at sykepleiens mål og hensikt bare kan nås gjennom etablering av et virkelig menneske-til-menneske-forhold. Da er det viktig at sykepleier og pasient klarer å se hverandre, og klarer å forholde seg til hverandre som unike mennesker. For å kunne etablere dette forholdet, mener Travelbee at denne prosessen inneholder flere faser. Det handler om det innledende møte, framveksten av identitet, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt (Kristoffersen, 2016, s. 32-33).

Kommunikasjon er i følge Travelbee den viktigste redskapen sykepleieren bruker for å klare å skape et godt menneske-til-menneske-forhold. Det foregår kontinuerlig kommunikasjon gjennom ett møte med et annet menneske, og vi kommuniserer da på flere nivå. Alt fra verbalt, til ikke-verbalt som mimikk, tonfall, bevegelse og berøring. Travelbee mener at det er helt sentralt med kommunikasjon mellom sykepleier og pasient for å sikre at de tiltakene sykepleieren iverksetter, samsvarer med pasientens behov. Kommunikasjonsferdigheter og teknikker mener Travelbee er verdifulle når en vil oppnå bestemte resultater eller hensikter, men det er ikke mirakelkur. Da er det viktig at sykepleieren er fortrolig med sine metoder,

samtidig å være klar over hvorfor en bruker dem og hva en ønsker å oppnå (Kristoffersen, 2016. s. 34- 35).

## 2.2 Palliasjon

En definisjon på palliasjon er at det er en aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med sykdommer som ikke er kurative, og en forventer kort levetid. Sentralt står lindring av pasientens fysiske smerte, tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer (Helsedirektoratet, 2015, s. 11). Behandlingen, pleien og omsorgen har som mål å gi best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling ser på døden som en del av livet, og verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen.

Palliasjon har i følge WHO (Helsedirektoratet, 2015 s. 11) en helhetlig tilnærming til pasienten og de pårørende. Dette gjør at et tverrfaglig team er det sentrale «arbeidsredskapet» i lindrende behandling. Helsedirektoratet (2015, s. 11) skriver at palliasjon kjennetegnes som:

- *Helhetlig tilnærming til den alvorlige syke og døende pasient og hans/hennes pårørende.*
- *Respekt for pasienten, pårørende og medarbeidere, med fokus på pasientens beste.*
- *Anerkjennelse av døden som en naturlig del av livet.*
- *Aktiv og målrettet holdning til diagnose, forebygging og lindring av symptomer.*
- *Forutseende planlegging og tilrettelegging med tanke på behov og komplikasjoner som kan komme til å oppstå.*
- *Fokus på åpen kommunikasjon og informasjon.*
- *Tverrfaglig arbeid.*
- *Koordinerte tjenester og systematisk samarbeid på tvers av nivåene.*
- *Systematisk samarbeid med andre medisinske fagområdet.*

### 2.2.1 Palliativ pleie og organisering av palliativ pleie.

Palliativ pleie må tilbys alle alvorlige syke og døende pasienter, uansett alder, diagnose og oppholdsted, og er et helhetlig konsept. Dette konseptet skal sikre alvorlig syke og døende et optimalt liv med verdighet til de dør. Det innebærer god smerte- og symptomlindring, åpen og forberedende kommunikasjon, kompetanse i etikk, informert eller formodet samtykke, psykososiale integrasjon og sjelesorg (Husebø & Husebø, 2015, s. 26).

Pasienter i en palliativ fase har behov for en bred tilnærming fra flere yrkesgrupper. De faglige kravene til utøvelsen av palliasjon for de aktuelle gruppene av helsepersonell på ulike nivåer i helsevesenet er klart beskrevet i det nasjonale handlingsprogrammet for palliasjon (Kaasa., & Loge, 2016, s. 41).

## 2.3 Kommunikasjon

Ordet kommunikasjon kommer fra verbet *communicare*, som er latinsk og betyr «å gjøre felles». Vi mennesker har alle en grunnleggende evne til kommunikasjon, noe som gjør det mulig å kommunisere til en viss grad med en person som snakker et annet språk og har en annen bakgrunn. Det er et grunnleggende behov for mennesker å delta i gjensidig kommunikasjon med andre. Når vi kommuniserer, bringer vi våre erfaringer, meninger og vår egen opplevelse inn i opplevelsesfellesskapet. Dette fører til at vår opplevelse blir tilgjengelig for den andre og denne rammen for kommunikasjon er en forutsetning for at vi skal kunne forstå hverandre (Røkenes., & Hanssen, 2012, s. 41- 42).

Alle mennesker er sosiale vesener og vi er avhengig av kommunikasjonsferdigheter for å sikre grunnleggende livsbetingelser som deltakelse i utdanning, arbeidsliv, problemløsning og så videre (Heap, 2012, s. 45). I alderdommen er aspektet ved kommunikasjon av spesiell betydning, da selvbilde til eldre ofte endrer seg og mengden av bekreftende samvær og kommunikasjon ofte blir innskrenket. Eldre mennesker som blir isolert, risikerer å miste en del av sine ferdigheter til aktiv kommunikasjon. Dette fører til at de mister muligheten kommunikasjon gir for å få reaksjon og respons på seg selv, sine behov og sine forestillinger om tilværelsen (Heap, 2012, s. 46). Samtidig kan kommunikasjon være vanskelig, da det kan skje misforståelser og selektiv eller redigert registrering av det som blir forsøkt formidlet. Dette skjer som oftest ikke rundt ufarlige og alminnelige ting, men når det dreier seg om viktige, problematiske og følelseladete emner blir kommunikasjonen i økende grad vanskeligere. Ved usikkerhet må vi spørre for å finne ut, samtidig være sensitiv overfor nyanser i signaler og spørre om mindre tvetydige utsagn. Kroppsspråk og øyekontakt har her en stor betydning (Heap, 2012, s. 52).

## 2.4 Etikk

Etikk handler om verdien av ondt eller godt og etiske verdier berører hva som er ondt eller godt for et menneske. Det vil si i menneskets preferanser, opplevelser, eksistens og

forestillinger (Nortvedt, 2016, s. 43). Pasientmedvirkning, selvbestemmelse og pasientrettigheter er idealer som er fremtredende i vår tid og i utøvelsen av sykepleie. Det omhandler rettigheter til sykepleie og helsehjelp ut fra individuelle behov, og medfører at sykepleierne forplikter seg til å følge etiske prinsipper om velgjørenhet, ikke-skade og rettferdighet (Nortvedt, 2016, s. 25-26). Det kreves gode helsefaglige og biomedisinske kunnskaper, kunnskaper om helserett og tolkning av lovverk, og samfunnsvitenskapelig kunnskap i dagens sykepleietikk. Samtidig som en må ha kunnskap om kulturer og ulike kulturelle oppfatninger om sykdom. Sykepleieren må samtidig ta veloverveide beslutninger med utgangspunkt i relevant og tilgjengelig fagkunnskap. Den eldre andelen av befolkningen øker og skaper nye sykdoms- og pleiepanoramaer som vil legge beslag på en stor del av framtidens helseressurser. Etikken og lovverket som vektlegger pasientens selvbestemmelse er en annen viktig utfordring for sykepleietikken (Nortvedt, 2016, s. 27).

### **3. Metode**

#### **3.1 Metode**

Metode er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke, og hjelper oss til å samle inn data. Det vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår (Dalland, 2013, s. 112). Når vi velger en bestemt metode, mener vi at akkurat den metoden er best til å belyse en problemstilling eller et spørsmål. Metoden skal hjelpe oss til å samle inn data og finne den informasjonen vi trenger til undersøkelsene våre (Dalland, 2017. s., 51-52).

#### **3.2 Kvantitativ metode**

Kvantitativ metodetilnærmingen er den naturvitenskapelige, forklarende kunnskapstradisjonen. Det vil si at det er data som er målbare, tall, såkalte harde og objektive data, som gir oss faktakunnskap. Ved kvantitativ metode samles data inn ved spørreskjema med faste svaralternativer. Det er en systematisk og strukturert observasjon og eksperiment. Kjentegn med metoden er breddekunnskap, som vil si at en får et lite antall opplysninger fra mange undersøkelsesenheter (Thidemann, 2015, s. 77-78).

### 3.3 Kvalitativ metode

Den kvalitative metoden har som hensikt å fange opp mening og opplevelser som ikke lar seg måle eller tallfeste (Dalland, 2017, s. 52). Hensikten med denne metoden er å få kunnskap om menneskelige egenskaper, som, opplevelser, erfaringer, meninger, tanker, motiver, forventninger og holdninger, og få frem nyanser. Den kvalitative metoden handler om å finne meningssammenhenger, og kjennetegnes ved at det er dybdekunnskap som vil si at en får mange opplysninger fra få undersøkelser en såkalt myk data (Thidemann, 2015, s. 78).

### 3.4 Litteraturstudie

Litteraturstudie vil si at en studerer litteraturen, om tema som allerede er undersøkt og skrevet om i original av artikkelforfatterne. Litteraturstudie skaper ingen ny kunnskap, men det kan komme frem nye erkjennelser når man sammenstiller kunnskap fra flere undersøkelser/artikler. Det er allerede eksisterende kunnskap som blir presentert i artikler som en henter når en søker i database, og litteraturstudien er en systematisering av kunnskapen. Når du systematiserer kunnskapen, søker du den, samler den, vurderer den og sammenfatter den. Du skaffer deg en oversikt over den kunnskapen din fremtidig yrkesgruppe er opptatt av, og er et nyttig arbeid for deg (Støren, 2013, s., 16- 17).

### 3.5 Søkeprosess

I søkeprosessen har jeg valgt å bruke databasene CINAHL, PubMed, Sykepleien Forskning og Idunn. Alle disse er pålitelige databaser og inneholder fagfellevurdert forskning innen helse og sykepleie. Ordene jeg har brukt i søkeprosessen er:

- Palliative home care
- Nursing relationships with patients
- End of life care
- Nurses role in end of life care
- Relationship with patients
- Communication AND end of life or palliative care AND older people.
- Nursing skills AND terminal phase
- Palliasjon og sykepleiers rolle

Inklusjonskriteriene er blant annet å begrense årstallene fra 2014 til 2019, dette for at jeg ikke skulle få artikler som var eldre en 5 år. Jeg avgrenset søket også til å være norske eller engelske språklige artikler, og Peer Reviewed. Søkehistorikk er gjengitt i tabeller (Vedlegg 1).

### 3.6 Forskningsetikk

Forskningsetikk forstås som å ivareta personvernet og sikre at de som deltar i forskning ikke får unødvendige belastninger eller blir påført skade. Målet med forskningen er å tilegne seg ny kunnskap og innsikt, men skal ikke skje på bekostning av enkeltindividets velferd og integritet (Dalland, 2017, s. 236). Forskning innen palliasjon bør danne grunnlaget for god pasientbehandling, på lik linje som innen alle andre deler av medisinen. Samtidig må man så langt det er mulig, anvende den generaliserte kunnskapen på en vitenskapelig måte overfor hver enkelt pasient (Kaasa, 2016, s. 51). World Medical Association (WMA) utformet Helsinki-deklarasjonen for å sikre at grunnleggende etiske prinsipper blir fulgt. Denne forskningsetiske institusjonen er den første som ble startet (Kaasa, 2016, s. 53). Helsinki-deklarasjonen ble vedtatt 1964, men revidert sist gang i 2013. Helsinki-deklarasjonen retter seg mot klinisk forskning og informerte samtykke står sentralt her. Hensynet til særlig sårbare grupper står sterkt i deklarasjonen, men på samme tid åpnes det opp for forskning på grupper og individer som har krav på særlig beskyttelse. Dette fordi mangel på kunnskap, gjør behandlingen usikker og utsetter disse individene for risiko (Helsinki-deklarasjonen, 2014). En forskning skal alltid ha i mente at studiene skal kun utføres om fordelene er større enn farene. De palliative pasientene er ofte gamle, svake, og har ofte redusert kognitiv funksjon, noe som gir forskerne store utfordringer (Kaasa, 2016, s. 57).

### 3.7 Kildekritikk og kvalitetsvurdering

Kildekritikk er i følge Dalland (2017, s. 158) både å vurdere og å karakterisere den litteraturen du har funnet. Kildekritikk betyr at en så godt en kan klarer å vurdere litteraturen en har funnet, lar seg bruke til å beskrive og belyse problemstillingen din.

IMRaD- strukturen er den vanlige strukturen på artikler og formidle forskning på, og navnet står for forkortelse av introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Dette gjør det enklere å orientere seg i ukjente tidsskrifter, og lesingen går raskere (Dalland, 2017, s. 163).

Forskningsartiklene er vurdert ut fra Helsebiblioteket sin sjekkliste for kvalitative studier (Helsebiblioteket, 2016). Deres sjekkliste inneholder følgende spørsmål:

1. *Er formålet med studien klart formulert?*
2. *Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?*
3. *Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?*
4. *Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?*
5. *Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?*
6. *Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha innvirket fortolkningen av data?*
7. *Er etiske forhold vurdert?*
8. *Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?*
9. *Er funnene klart presentert?*
10. *Hvor nyttig er funnene fra denne studien?*

Artiklene i oppgaven er valgt på bakgrunn av at de svarer på problemstillingen i ulik grad, og det er forskning fra både Norge, Sverige, Portugal og Australia. Jeg har valgt å ta med artikler fra Portugal og Australia da undersøkelse fra andre land også er viktig å bruke. Dette for at en da kan sammenligne data, diskutere forskjeller og eventuelt dra nytte av dette.

## 4. Resultat

### 4.1 Studie 1

**Publisert:** Mai 2014

**Forfatter:** Strang, S., Henoch, I., Danielson, E., Browall, M., & Melin-Johansson, C.

**Tittel:** Communication about existential issues with patients close to death-nurse's reflections on content, process and meaning.

**Hensikt:** Å møte døende pasienter med eksistensielle spørsmål krever at sykepleierne har en positiv og behagelig holdning til å snakke om eksistensielle spørsmål. Denne studien beskriver sykepleierne refleksjon om eksistensielle problemer i kommunikasjonene med pasienter nær døden.



**Metode:** Studien er en kvalitativ studie. Det ble rekruttert sykepleiere (98) fra sykehus, hospice og hjemmesykepleie. Hver sykepleier deltok i fem refleksjonsgrupper, som ble tatt registrert og analysert ved hjelp av en kvalitativ innholdsanalyse. Studien ble gjennomført i Sverige.

**Etikk:** Studien er godkjent av Gothenburg Regional Research Ethic Committee.

**Resultat:** Ble organisert i 3 hovedpunkter, der ni temaer dukket opp. Innholdet til den eksistensielle samtalen dekket levende, døende og relasjoner. Prosessen i eksistensiell samtale handlet om hjelp til samtaleteknikker for å åpne samtalen, være tilstede og bekrefte. Det siste punktet var betydningen av eksistensielle samtaler for sykepleiere. Grupperefleksjonen avslørte en tydelig bevissthet om verdien av følsomhet og støttende samtaler.

**Konklusjon:** Denne studien støtter påstanden om at erfaring med å snakke om eksistensielle problemer og støttende omgivelser, gjør sykepleiere komfortable når de veileder pasienter nær døden. Det var åpenbart ut fra denne studien at det å ha mot til å være tilstede og bekrefte, å ha tid og ikke prøve «løse» hvert eksistensielt problem, var de viktigste faktorene i samtaler med pasientene nær døden.

## 4.2 Studie 2

**Publisert:** Januar 2018

**Forfatter:** Croxon, I., Deravin, L., & Anderson, J.

**Tittel:** Dealing with end of life- New graduated nurse experiences.

**Hensikt:** Artikkelen utforsker oppfatningen av nyutdannede sykepleier rundt deres beredskap for å praktisere når de står overfor døden og døende på arbeidsplassen, særlig i landlige sykehus og kommunale sykepleiesettinger.

**Bakgrunn:** Et viktig vesentlig hensyn til sykepleiere i omsorg for personer med livsbegrensende sykdom er omfanget av forberedelsene til dette praksisområdet. Sykepleiere må være oppmerksomme på en rekke faktorer som vil påvirke hvordan og hvor personen blir tatt vare på. Til tross for betydelig litteratur om hvordan man gir pleie ved livets slutt til sykepleiere under utdanning, er det lite litteratur som utforsker erfaringene fra nyutdannede sykepleiere.

**Metode:** Dette er en kvalitativ studie med datasamling fra syv semi- strukturerte intervjuer. Deltakerne ble inviterte til å bli intervjuet med en online mail, som gikk ut til deltakere som var utdannet mellom 1- 2 år tidligere. En tematisk analyse av intervjuene ble deretter utført, og ble gjennomført i Australia.

**Etikk:** Studien er godkjent av University Human Research Ethics Committee.

**Resultat:** Det var fire tema som dukket opp fra den tematiske analysen av intervjuene. Disse var: rollen som nyutdannet i palliativ omsorg, forberedelse til palliativ omsorg i grunnleggende sykepleie under utdanning, beredskap for å håndtere død og døende og gapet i utdanningsarbeidet.

**Konklusjon:** Palliativ omsorg er sett på som et viktig aspekt ved grunnleggende sykepleieutdanning. Det er anerkjent som et område med praksis som sykepleiere under utdanning føler at de ikke er nok forberedt på. Denne studien identifiserer behovet for ferdigheter som det å ha samtaler og kommunisere effektivt med pasienter og familiens opplevelser av livets siste fase problemer.

### 4.3 Studie 3

**Publisert:** September 2017

**Forfatter:** Svendsen, S. J., Landmark, B. T., & Grov, E. K. (2017).

**Tittel:** Døende pasienter i sykehjem: Sykepleiere gjør «mer av alt» og er «alene om alt».

**Bakgrunn:** Et økende antall dødsfall skjer i sykehjem. Det stiller store krav til sykehjemmet som arena for terminalpleie og til helsepersonellet som skal yte denne tjenesten. Det er derfor behov for mer kunnskap om hvordan sykepleiere erfarer at døende pasienter blir ivaretatt i sykehjem

**Hensikt:** Det var å beskrive sykepleiernes erfaringer med døende pasienter i sykehjem. Søkelyset til forskningsspørsmålene var på hva som er nødvendig for optimal behandling, pleie og omsorg ved livets slutt.

**Metode:** Det var tre fokusgruppeintervjuer med til sammen tolv sykepleiere genererte data. Det ble benyttet kvalitativ innholdsanalyse som metodisk tilnærming, og studien ble gjennomført i Norge.

**Etikk:** Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste.

**Resultat:** Målet til sykepleierne er å utøve faget slik at pasientene får optimal symptomlindring. Samtidig skal de ta vare på pårørendes behov. Erfaringene sykepleierne hadde, var at behandling av døende pasienter i sykehjem og kompleksiteten i pleie og omsorg fordret mer av alt. Dette innebærer betydelig kunnskap, ferdigheter og holdninger for å møte den døendes behov for lindrende behandling, omsorg og pleie. Funnene viser at sykepleierne ofte er «alene om alt» siden sykehjem har lav bemanning og medarbeiderne har mangelfull sykepleiefaglig kompetanse. Forventningene til sykepleierne er at de skal være dyktige klinikere, utøve lederskap, samtidig gi veiledning og råd til pårørende og medarbeidere.

**Konklusjon:** Sykepleierne beskriver at sykepleie til døende i sykehjem krever «mer av alt», på samme tid som de opplever å være «alene om alt». Det må prioriteres opplæring av medarbeidere siden det er få ansatte sykepleiere.

#### 4.4 Studie 4

**Publisert:** Desember 2014

**Forfatter:** Estevens, P. M. C. E., Nunes, L., & Barbosa, A. (2014).

**Tittel:** Faktors influencing the experience of the terminal phase and the grieving process: the primary caregiver's perspective.

**Mål:** Beskrive de faktorene som fra den primære omsorgspersonens perspektiv, påvirket opplevelsen av sykdom i terminal fase og sorg over å miste en nær person. Å forstå innflytelsen fra sykepleiers atferd på opplevelsen av sykdom i den terminale fasen.

**Bakgrunn:** I vestlige kulturer har døden gått fra å være en opplevelse som foregår innen familiemiljø til å bli en del av sykehusmiljøet med mindre påvirkning fra familiene. Det er for lite refleksjoner rundt død og døden som en naturlig prosess i livet i sosiale settinger. Det blir istedenfor undertrykt, og er blitt et ansvar for helsepersonell. På en annen side blir ikke døden sett på som en naturlig prosess av ett stort antall helsepersonell. Dette fører til at helsepersonalet ikke er forberedt til å assistere, forstå, og gi god hjelp til et menneske som er i livets siste fase.

**Metode:** Kvalitativ, beskrivende undersøkende studie fra Portugal.

**Etikk:** Studien er godkjent av Ethics Committee of the Unit.

**Resultat:** Følgende faktorer ble verdsatt: Forstå omsorgspersonens rolle, åpne opp for muligheten til at de siste dagene/den terminale fasen kan foregå i hjemmet eller i nærheten av familien. Viktigheten av sykepleierens rolle, kunnskap, kommunikasjon og forholdet som ble etablert av sykepleierne ble også fremhevet.

**Konklusjon:** I tillegg til å utvide implementeringen av spesifikke palliative omsorgsteam, kom det og frem viktigheten med utvikling av grunnleggende ferdigheter innen palliasjon var avgjørende.

#### 4.5 Oppsummering av hovedfunn.

Felles for forskningsartiklene var at de fremhevet at det trengs mer kunnskap om palliativ pleie og behandling blant sykepleiere. Hvilken betydning åpenhet om eksistensielle spørsmål har, og at det her var viktig at sykepleierne har en positiv og behagelig holdning til å snakke om emnet. God kommunikasjon mellom sykepleier- pasient/pårørende er essensielt, da dette hadde stor innvirkning på hvordan utfallet av pleien og omsorgen som ble utført fra sykepleierne. Ett annet resultat var at sykepleierne ofte følte seg alene om arbeidet, da det ofte er ufaglærte kollegaer og for lite personell til at de følte at de hadde nok tid til pasientene.

### 5. Drøfting

Jeg vil i denne delen av oppgaven drøfte problemstillingen «*Hvilken kompetanse er av betydning for sykepleiere i møte med pasienter i terminal fase?*». Dette vil jeg drøfte opp mot teori, funnene i forskningsartiklene, og Travelbee sine teorier om sykepleiekompetanse, menneske- til- menneske forhold og kommunikasjon.

#### 5.1 Sykepleiekompetanse og kunnskapsområder.

I Svendsen et al (2017) sin studie kom det frem at sykepleierne erfarte at kompleksiteten i pleie, omsorg og behandling av døende pasienter på sykehjem fordrer mer av alt. Dette innebærer betydelig kunnskap, ferdigheter og holdninger for å møte den døendes behov for lindrende behandling, pleie og omsorg. Samtidig mente sykepleierne at kompetanse er en

forutsetning for å føle seg trygg i egen rolle. Dette gjaldt både ved å ivareta den koordinerende funksjonen, samarbeide med andre yrkesgrupper og ikke minst håndtere pasientens behov.

Funn i Croxon et al (2018) viste at nyutdannede sykepleiere følte at ferdighetene i arbeidet med døende mennesker, utviklet seg etter hvert som deres erfaring økte. Det kom også frem i studien at deltakerne ikke viste nok om den faktiske prosessen døende gikk gjennom, og hvordan de skulle forklare dette til pårørende.

I livets siste fase trengs det som oftest kompetansekrevede helsehjelp døgnet rundt (Aakre, 2015, s. 50). Studien til Svendsen et al (2017) viste at kompetansen sykepleierne mente var viktig å ha, var faglig trygghet, samt evnen til å gjøre vurderinger og bringe informasjon videre. Dette støttes av Travelbee (1999) som skriver at det kreves stor dyktighet og kompetanse av sykepleier som skal ta seg av en pasient i livets siste fase. Det som spiller inn er hvordan sykepleieren sin egen innstilling til dette er, hennes oppfatning om døden, det å dø, religiøse innstilling, livssyn og forhold til døden. Samtidig vil egne erfaringer med døende mennesker spille inn, og en vesentlig faktor er at det har vært undervisning om pleie av døende under utdanningen (Travelbee, 1999, s. 39).

Kompetanse blir beskrevet som noe som en ikke har, men noe som viser seg i konkrete og virkelige situasjoner. Det vil si en synliggjøring av kompetansen sin ved å nyttiggjøre seg og omsette kunnskaper, ferdigheter og verdier i arbeidet. Sykepleieryrket er et profesjonsfag, og utdanningen består av ulike former for kunnskap: teoretisk kunnskap, ferdighetskunnskap og etisk kunnskap (Kristoffersen, 2016, s. 140- 142). Klinisk sykepleiekompetanse eller handlingskompetanse i sykepleie kan betegnes som personlig kompetanse i sykepleie. En viktig side ved denne kompetansen er å kunne observere pasientens tilstand, i tillegg til å ha evnen til å reagere og handle hensiktsmessig. Klinisk sykepleiekompetanse vil da si den samlede kompetansen som en sykepleier innehar som grunnlag for å handle i sykepleiesituasjoner. Hvordan en sykepleier utøver sykepleie til den enkelte pasient har mye å si, da handlemåten kan formidle sikkerhet og kyndighet, respekt og omsorg for pasienten, men og det motsatte (Kristoffersen, 2016, s. 162-163).

Helsedirektoratet (2015) belyser viktigheten med nødvendig faglig kompetanse som en forutsetning for god palliasjon. Med faglig kompetanse menes både kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen (2015) beskriver at kravene til kompetanse innen palliasjon har 3 ulike kompetansenivåer:

*Nivå A: Grunnleggende kompetanse. Denne skal alle helsearbeidere innenfor de aktuelle yrkesgruppene inneha, og den må formidles i grunnutdannelsen.*

*Nivå B: Nødvendig kompetanse for helsearbeidere som behandler palliative pasienter som en del av sitt kliniske arbeid, både i kommunehelsetjenesten og på sykehus.*

*Nivå C: Nødvendig kompetanse for helsearbeidere som leder eller arbeider i palliative team og på palliative enheter. Dette nivået tilsvarer spesialistnivået.*

I følge forskningen til Estevens et al (2014) ble det fremhevet at sykepleieren må ha kunnskap om prosessen både pasienten og pårørende gikk gjennom. På samme tid ble det poengtert fra pårørende at det aller viktigste for dem var hvilket forhold sykepleieren hadde til dem og pasienten, samtidig som det var en god kommunikasjon mellom alle parter etablert av sykepleieren.

For å sikre at en person forlater livet så fredfullt så mulig, er det grunnleggende å ha en god tilnærming til både pasienten og familien mot livets slutt. Dette er noe som er viktig både for pasienten selv og de etterlatte. For å kunne gi god omsorg i den døende fasen, må en forstå at døden nærmer seg. Døden er en irreversibel fysiologisk prosess og det skjer som regel en gradvis funksjonsforverring når døden nærmer seg (Brenner & Dalene, 2016, s. 638).

I følge Brenner og Dalene (2016, s.638) vil leger og sykepleier som følger pasienten observere det gradvise tapet av funksjoner og dårligere allmenntilstand. Dette er noe som kan skje over lengre eller kortere tidsrom og det er viktig å legge merke til vendepunkter i sykdomsforløpet. Slik som komplikasjoner, nye symptomer eller funksjonsforverringer som tilsier at pasienten nærmer seg livets slutt. Det er viktig at pasienten får mulighet til å komme med ønsker om hvilken behandling, omsorg og ivaretagelse pasienten ønsker eller eventuelt ikke ønsker. Pasienten må få mulighet til å komme med innspill om hvordan hun eller han ønsker å dø (Brenner & Dalene, 2016, s. 639).

En døende pasient vil si en pasient som viser kliniske tegn på at de fysiologiske prosesser som holder en i live er i ferd med å opphøre, samtidig som alle mulige reversible årsaker til dette er vurdert og utelukket. De vanligste kliniske tegn hos døende pasienter er uro og agitasjon, redusert bevissthet, dysfagi, urinproduksjon siste 12 t (< 100ml), surkling, apnøperioder, puster med bevegelse av mandibula, Cheyne-Stokes respirasjon, Perifer cyanose og fravær av

radialispuls. Alle de kliniske tegnene forekommer ikke hos alle pasienter som er døende (Brenner & Dalene, 2016, s.639- 640).

### **5.1.2 Pårørendes rolle og betydning for pasienter i livets siste fase**

Funn i Estevens et al (2014) sin studie viste blant annet at pårørende sin rolle i en terminal fase var avhengig av hvilken relasjon de hadde til pasienten. Innvirkninger på hvordan de taklet sykdomsforløpet til pasienten, hadde mye å si i forhold til hvor tette bånd det var dem i mellom. Likevel mente de pårørende at familiens omsorg i slutten av livet var den mest hensiktsmessige omsorgen som klarte å tilby pasienten sine behov og ønsker. Samtidig trengte pårørende helsepersonell til å støtte seg til, både følelsesmessig og i forhold til praktiske løsninger. Her følte pårørende at det manglet sensitivitet og kunnskap fra helseprofesjonene de møtte, og at dette gjorde det vanskeligere å klare å handtere situasjonen de var i.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 1- 3) beskriver at pårørende er den pasienten oppgir som nærmeste pårørende. Ved tilfeller der pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten. Det tas likevel utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, barn over 18 år, foreldre eller andre som har foreldreansvaret, søsken over 18 år, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller fremtidsfullmektig med kompetanse på det personlige området.

Helsevesenet må i dagens samfunn være klar over at det ikke bare er helsepersonell som har en rolle i å ivareta den syke pasienten. De må være våkne for betydningen av den kompetansen pårørende har, og informasjonen som de har angående pasientens helsetilstand. Likevel har sykepleierne et selvstendig ansvar for at beslutninger som blir tatt, tas til pasientens beste og at pårørende inkluderes på en måte som gjør at de føler seg ivaretatt og respektert. Samtidig er ikke alle pårørende alltid de som kan ivareta pasienten på den best mulige måten, med tanke på interesser og samtidig vite hva pasientens ønsker er i den aktuelle situasjonen pasienten er i. Pårørende kan i noen tilfeller også legge press på sykepleiere og lege til å fortsette behandling som pasienten ikke er tjent med (Kristoffersen., & Nortvedt, 2016, s. 112).

I følge Stensheim, Hjermsstad og Loge (2016, s. 274) er det ikke bare den syke og døende pasienten som blir rammet, men også dens pårørende. Pårørende representerer ofte trygghet og ivaretagelse av pasienten, og de syke har tillit til dem. Samtidig hjelper pårørende pasienten med å ivareta deres integritet og selvbilde gjennom sykdom og behandling. De pårørende opplever mer av at mye ansvar blir lagt på dem, dette på grunn av stadig kortere liggetid på sykehus og mer bruk av poliklinisk behandling.

## 5.2 Kommunikasjon

I Strange et al (2014) sin studie beskrev sykepleierne at et viktig element med å være aktiv lyttende var at de klarte å stille åpne spørsmål til pasienten, responderte med et nytt spørsmål, spurte på ny, brukte humor der det var passende og unngikk ladede ord. Bekreftede pasienten på det han eller hun sa for å være sikker på at en hadde forstått pasienten riktig, samtidig som en ikke brukte ord som «jeg forstår hvordan du har det». Dette fordi en aldri klarer å forstå fullstendig hvordan en annen person opplever en situasjon. Taus kommunikasjon var og en del av å være aktiv lyttende og tilstede, da ikke alle pasienter klarer å sette ord på hvordan de har det. Det handlet om kroppsspråk, blikk kontakt, og det at det ikke alltid er nødvendig å bruke ord for å forstå hverandre.

Funn i Croxon et al (2018) sin studie støtter at kommunikasjon er en essensiell del av å gi adekvat og trygg omsorg til pasienten, og enda mer viktig når en skal pleie den palliative pasienten. Deltakerne i studien uttrykte at de ikke var klar for denne kommunikasjonen med familie og omsorgspersoner som var stresset over å se en de var glad i nærme seg døden. De uttrykte at selv om en har kunnskap om kommunikasjon, så har en ikke kompetansen til hvordan en skal snakke med verken pårørende eller pasienten. Dette handlet om hvordan en skulle forklare hva som skjer med pasienten når kroppens funksjoner begynner å svikte. I den situasjonen følte den ene deltakeren at det da var enklere å snakke med pasienten og ikke pårørende.

Grunnlaget for relasjonen mellom sykepleier og pasient i alle aspekter av omsorg er kommunikasjon. Hvor nært sykepleieren kommer inn på pasienten styres av kommunikasjonen, og kommunikasjon er mer enn ord. Den handler også om kunsten til å lytte og bevitne lidelse, gir pasienten mulighet til å sette ord på erfaringene sine, til å fortelle om sine forhåpninger, drømmer, verdier, behov og prioriteringer i alle stadier av sykdommen. Det er ikke alle pasienter som ønsker å snakke om smerte, sinne, skyldfølelse og lignende da



de syns det er flaut, er sjenert, forvirret, eller på grunn av kulturelle føring. Noen er redde for å snakke, da det kan bli en for stor psykologisk påkjenning for både dem selv og familien (Kalfoss, 2016, s. 460- 461).

Helsedirektoratet (2015, s. 29- 31) skriver at kommunikasjon blir benyttet av helsepersonell som arbeider med palliasjon som arbeidsverktøy hver dag. Dette trengs det særskilt kompetanse til. Palliative pasienter går gjennom ulike faser av sykdommen, har ulike behov for informasjon og ulike ønsker om medvirkning. Sykepleiere kan oppleve samtaler om døden som utfordrende og vanskelige. Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen deler kommunikasjonen inn i emosjonelt orienterte og oppgaveorientert kommunikasjonsferdigheter. Emosjonelt orientert kommunikasjon vil sannsynligvis pasienter med begrensede leveutsikter ha et økt behov for. Dette omhandler fokus på pasientens psykiske tilstand og sosiale og eksistensielle forhold. Oppgaveorienterte kommunikasjon vil være fokus på å kartlegge medisinske fakte, hjelpebehov og pasientens sykdomsbilde (helsedirektoratet, 2015).

Forskningsutvalget til NOU 2017:16 (2017, s. 29- 30) skriver at i alle sammenhenger er det avgjørende at pasienter og pårørende blir hørt, og at man lytter og tar stilling til deres ønsker. Gode beslutninger forutsetter at det gis rom og tid til pasientens ønsker, ut fra hva han eller hun tror vil gi best livskvalitet. «Den gode samtalen» mellom helsepersonell og pasienten inngår i palliativ behandling, og det stiller krav til kommunikasjonsferdigheter hos helsepersonell. Det er viktig at pasienten så tidlig som mulig tilbys samtaler med aktuelle fagpersoner for at pasienten skal kunne få samtale om både fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle/åndelige tema. Hvilken faggruppe som skal tilbys og hva samtalene skal inneholde, må være styrt ut i fra hva som er viktig for pasienten. Samtidig må kommunikasjonen sees på som et sammenhengende forløp, der pasienten jevnlig får mulighet til å bli oppdatert på egen helsesituasjon og inviteres til å gi uttrykk for egne preferanser.

I følge Travelbee (1999, s, 137) er kommunikasjon en pendelbevegelse. Det vil si at i interaksjonen går påvirkning og motpåvirkning gjensidig fram og tilbake mellom sykepleieren og den syke. De observerer hverandre og utveksler følelser, holdninger og tanker. Men en deler ikke noe meningsfylt med andre før en er relativt sikker på at det en meddeler, vil bli mottatt, ikke blir ignorert, avvist, latterliggjort eller nedvurdert. Kommunikasjon er en gjensidig prosess, sykepleieren bruker den for å søke og å gi informasjon og den syke og hans

familie bruker den for å få hjelp. På samme tid kan kommunikasjonen ha dyp innvirkning på graden av mellommenneskelig nærhet i sykepleiesituasjoner. Da den kan brukes til å trekke andre mennesker nærmere, til å gi hjelp, til å støtte dem bort eller til å såre.

### 5.2.1 Den eksistensiell samtale

Funnene i Strange et al (2014) var at noen ganger følte sykepleierne at eksistensielle samtaler med pasienter i livets siste fase var en stor byrde. Dette medførte at de følte at de ble tappet for energi og at deres egen angst ble trigget. De kunne da identifisere seg med pasienten og tenke at « dette kunne ha vært meg». Samtidig viste studien at sykepleierne mente at det var spesielt tøft i forhold til unge mennesker med angst, eller barn som hadde døende foreldre. Når disse følelsene kom frem, trengte sykepleierne å ta ett skritt tilbake for ikke å bli overveldet av følelser. På grunnlag av dette ønsket sykepleierne ikke å gå for dypt inn i samtalene med pasientene, da de ikke hadde kapasitet til å ta hånd om dyp terapi. På samme tid som pasienten heller ikke hadde tid eller energi for langvarig terapi. Sykepleierne innså at deres arbeid ikke var å løse alle problemer eller komplekse livssituasjoner, men møte og støtte pasienten og dens familie. Bare det å være aktiv lyttende er en viktig del av eksistensiell støtte. Når samtalene ble for vanskelig, eller for dype var det viktig at sykepleierne fant andre kollegaer eller andre instanser som kunne gi pasienten muligheten til å få snakke.

Sykepleiere står for det meste av ivaretagelsen av åndelige og eksistensielle behov, og dette skjer ofte gjennom de mange små samtalene de har med pasienter og pårørende (Hirsch og Røen, 2016, s. 315). Samtidig har også andre faggrupper ansvar her, og dette gjelder spesielt prestetjenesten som har samtaler med pasienter og pårørende, veiledning og opplæring av helsepersonell. Tanken på døden og det å forlate sine nærmeste skaper gjerne uro, og det kan oppleves truende i økende grad å bli avhengig av andres hjelp. Når en da skal oppsummere livet og stå foran avslutningen av det, kan dette vekke sterke følelser og opplevelsen av tap og tapsopplevelser følges gjerne av sorg. Hvordan pasienter møter disse forholdene, kan være svært forskjellig fra pasient til pasient. Dette er avhengig av blant annet personlighet, tidligere opplevelser av tap, relasjonen til de pårørende, kjønn, alder, verdier, tro og livsfilosofi (Hirsch og Røen, 2016, s. 317).

I følge Hirsch og Røen (2016, s. 322) er det et uttalt mål å igangsette den palliative innsatsen på et tidlig stadium i forløpet. Da er det viktig å registrere behov og sette inn tiltak mens

pasienten ennå har krefter nok til å håndtere vanskelige spørsmål. Det er mange opplysninger som blir registrert ved innleggelse i sykehus, og pasientens åndelige/eksistensielle behov bør registreres i tillegg til de fysiske. Det er for eksempel viktig å vite hvilken tros- eller livssynstilhørighet pasienten har, samtidig som en informerer pasienten om hvem som er tilgjengelig i det tverrfaglige teamet og hvilken kompetanse de kan tilby. Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn STL, Norges kristne råd og Kirkerådet for Den norske kirken har i samarbeid med Helsedirektoratet utgitt et hefte i 2013 som heter: *Samhandling mellom helse og omsorgstjenesten i kommunene og tros- og livssynssamfunn. Den som mottar helse og omsorgstjenester har også rett til å utøve sin tro eller livssyn- alene og i felleskap med andre.* Dette hefte viser til at alle medlemmer i det palliative teamet må ha oppmerksomhet på pasientens eksistensielle/åndelige behov i sitt daglige arbeid. En må vite noe om hva en skal se etter og hvordan det skal kartlegges for å se disse behovene. Ikke alle signaler er verbale, dette kan vise seg som redde øyne, hvite knokler over dynekanten, ansiktet vendt mot veggen eller uro. Mye kommer fram gjennom det pasienten eller de pårørende sier, og i begge tilfeller gjelder det først og fremst å være oppmerksom og stille kloke spørsmål. Her er det viktig å tenke over at vi ikke skal bryte oss inn i menneskers indre liv, men be om tillatelse (Hirsch og Røen, 2016, s. 232).

Strange et al (2014) sin studie resulterte med at viktige tilretteleggingsfaktorer i åndelig omsorg inkluderte viktigheten med å ha tid til å lytte, og at det er ett støttende miljø. Samtidig som det er muligheter for de ansatte til å reflektere over egen tro og trening i lyttekompetanse. Sykepleierne var takknemlig for jobben deres og mange hadde revurdert livet sitt. De møtte mennesker med lidelse og nær døden hver dag, noe som førte til at de lærte å leve et autentisk liv.

Travelbee (1999, s. 171- 172) skriver at et menneske-til-menneske- forhold i sykepleiesituasjonen er virkemidlet som gjør det mulig å oppfylle sykepleiens mål og hensikt. Det er nemlig å hjelpe et individ eller en familie med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og med å finne mening med disse erfaringene. Alt sykepleieren sier og gjør for og sammen med den syke, bidrar til å oppfylle sykepleiens mål og hensikt. Videre skriver Travelbee at all kontakt sykepleieren har med den hun har omsorg for, kan være et skritt på veien mot menneske-til-menneske-forholdet. Et slikt forhold kommer ikke av seg selv, men bygges opp dag for dag mens sykepleieren samhandler med den syke og med andre. Noe som betyr at sykepleieren må vite hva hun gjør, erfarer, føler og tenker, og hun må strukturere sykepleieintervensjonen i full bevissthet om hva hun gjør.

Sykepleiere i studien til Strange et al (2014) fremhevet at det var deres oppgave å åpne opp for eksistensielle samtaler og oppmuntre til samtale mellom pasienten og dens pårørende. For å kunne gjøre dette måtte sykepleierne etablere ett forhold basert på tillit, tilgjengelighet, fleksibilitet og være fordomsfri. Det var viktig å følge pasientens følelsesmessig status, samtidig som en ikke tvang frem eller unngikk samtalene. Samtidig mente sykepleierne at en måtte passe på at en ikke gikk for dypt inn i samtalene sammen med pasienten, slik at en kan respektere pasientens privatliv og gi pasienten muligheten selv til å bestemme om de ønsket å snakke. Ofte begynte samtalene med pasienten spontant, og kunne oppstå mens sykepleierne for eksempel holdt på med en sykepleieprosedyre. Dette hendte når pasienten forstod at sykepleierne kom til å være hos dem en stund. I følge sykepleierne var det å være tilstede i nuet den viktigste faktoren for å kunne ha eksistensielle samtaler. Utrykk som «bare å være der», «ikke unngå pasienten», og «fokusere på pasienten» var essensielle. På samme tid var det viktig å ikke avbryte pasienten for snart eller finne løsninger på alle problemer. Løsningen for pasienter med for eksempel dødsangst, var ikke å tilføre mer angstdempende medisiner, men å ha mot til å bli værende hos pasienten og lytte.

### 5.3 utfordringer for sykepleieren i møte med pasienter i livets siste fase

Croxon et al (2018) sin forskning fremhever nyutdannede sykepleiere sine utfordringer i møte med døende mennesker. De var overrasket over hvor stor rolle de som sykepleier hadde i dette møte, og de trodde at det skulle være mer veiledning fra andre erfarne sykepleiere enn det som var realiteten. Den ene sykepleieren beskrev dette slik: *Jeg trodde helt ærlig talt at dette ikke skulle være min jobb som nyutdannet sykepleier. Dette trodde jeg ikke at jeg skulle måtte forholde meg til. Ikke det at jeg ikke hadde lyst, men jeg hadde ikke kunnskap nok til å vite når det var hensiktsmessig, eller hva det var meningen at jeg skulle gjøre. Jeg gikk stadig og tenkte på at det vil komme noen andre her* (Croxon et al, 2018).

Når en kommer ut som nyutdannet sykepleier er det viktig at arbeidsplassen er tilrettelagt slik at en kan få oppfølging, veiledning og støtte. Dette for at en skal bli trygg i yrkesrollen, videreutvikle praktiske ferdigheter og klinisk vurderingsevne, for å videreutvikle sin sykepleiekompetanse (Kristoffersen, 2016, s. 170- 171).

Når en er ung og har lite erfaring, er det ikke uvanlig at en blir redd for å møte mennesker som skal dø. Det er en dårlig løsning å trekke seg unna, og selv erfarne sykepleiere kan ønske

å gjøre det. Det er uprofesjonelt og en uetisk løsning å trekke seg unna pasienten fordi en ikke mestrer situasjonen, og det går ut over den syke. Noe som kan være til hjelp i slike situasjoner, er å snakke med erfarne veiledere om sine følelser og sin redsel, og observere erfarne sykepleiere i deres møte med pasienten. Mange pasienter får dø på en verdig og rolig måte, med sine nærmeste pårørende rundt seg. Døden kan også oppleves som en høytidelig og spesiell stund for dem som er til stede (Mathisen, 2016, s. 416- 417).

For å kunne gi en god omsorg må sykepleierne ha det godt med seg selv, og/eller kjenne seg selv slik at ordene en sier blir av god virkning. Dette på grunn av at vi formidler gjennom vår kroppslige uttrykk og handlinger hvordan vi har det egentlig i den situasjonen vi er oppe i. Det er når vi er sikre og trygge at vi klarer å fremtre ekte overfor pasienten og pårørende. Den viktigste oppgaven sykepleierne kan gi alvorlig syke og døende pasienter, er evnen til å være seg selv, nærværende og til stede i nuet (Kalfoss, 2016, s. 477- 479).

Som sykepleier blir en utfordret på et personlig plan i møte med lidende og døende pasienter. Da må sykepleieren kontinuerlig utforske hvordan reaksjoner, følelser og tanker som dukker opp, påvirkes og utvikle evnen til å stå i situasjonene og samtidig mestre dem (Kalfoss, 2016, s. 453).

I møte med døende pasienter kan en som sykepleier lære noe om hva det innebærer å være menneske, om livets mening, om sårbarhet, om menneskeverd, om menneskers åndelige styrke og om hvor verdifullt livet er når en ikke har lang tid igjen å leve. Det å se mennesker lide, blir aldri en vane og slike møter er utfordrende fordi de alltid vil berøre sykepleieren følelsesmessig. Dette kan oppleves vanskelig fordi det berører sykepleierens selvoppfatning og den kan være truet. Situasjonen kan aktivere tanker som truer ens egen verdi, mening, forhåpning og mål. Det kan vekke til live vonde minner, utløse negative følelser som angst, maktløshet, sinne, tristhet, usikkerhet og skyldfølelse. En kan få vanskelige kroppslige reaksjoner som svette, munntørrhet, frykt, ubehag og så videre. Det kan også utløse spørsmål som er etisk, åndelig og eksistensielt vanskelige (Kalfoss, 2016, s. 454-455).

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere skriver at sykepleierens fundamentale plikt er å fremme helse, forebygge sykdom, lidelse og sikre en verdig død. Dette ansvaret omfatter mennesker i alle livsfaser fra livets begynnelse til slutt (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

## 6. Avslutning

Palliasjon har som mål å oppnå best mulig livskvalitet for både pasienten og dens familie eller pårørende. Denne litteraturstudien har hatt som hensikt å belyse hvilken kompetanse en sykepleier bør ha i møte med pasienter i livets siste fase.

Selv om det per dags dato er mye litteratur om palliasjon, så mangler det fortsatt kunnskap og erfaring rundt dette området blant sykepleierne. Det krever faglig dyktighet, vilje og evne til å gi av seg selv med arbeid blant lidende og døende pasienter og deres nærmeste.

Sykepleierne trenger kunnskap om seg selv og om hvilke meninger, vurderinger, følelser og reaksjoner som utløses i den enkelte i utfordrende situasjoner, for ikke å miste seg selv. På samme tid er det essensielt at en klarer å kommunisere godt med pasienten og dens pårørende, samt at en tør å ta opp vanskelige tema som blant annet omhandler eksistensielle spørsmål.

Mange sykepleiere føler seg ensom i arbeidet, og trenger støtte og veiledning fra arbeidskollegaer. Ut i fra dette, kan det se ut som at det er behov for at flere sykepleiere får mer kunnskap om palliasjon, om palliativ pleie og kompetanseheving om hvordan en kan gi åndelig/eksistensiell omsorg.

## 7. Referanseliste

- Aakre, M. (2015). Verdig livsavslutning for alle. I M. S. Holm., & S. Husebø. (Red.). *En verdig alderdom. Omsorg ved livets slutt.* (s. 49- 52). Bergen: Fagbokforlaget.
- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2014). *Sykepleie i hjemmet.* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Brenner, A-T., & Dalene, R. (2016). Symptomlindring av den døende pasienten. I S. Kaasa., & J. H. Loge. (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok.* (3.utg., s. 638- 651). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Croxon, L., Deravin, L., & Anderson, J. (2018). Dealing with end of life-New graduated nurse experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), 337–344. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/jocn.13907>
- Dalland, O. (2013), *Metode og oppgaveskriving.* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving.* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Estevens Pazes, M. C., Nunes, L., & Barbosa, A. (2014). Factors influencing the experience of the terminal phase and the grieving process: the primary caregiver's perspective. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 95–104. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.12707/RIII12135>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *De fleste dør på sykehjem, få dør hjemme.* Hentet 5 april fra <https://www.fhi.no/nyheter/2018/de-fleste-dor-pa-sykehjem/>
- Haugen, D. F., & Aass, N. (2016). Organisering av palliative tilbud. I S. Kaasa., & J. H. Loge. (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok.* ( 3. utg., s. 112-124). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Heap, K. (2012). *Samtalen i eldreomsorgen. Kommunikasjon – minner- kriser- sorg.* Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Helsebiblioteket. (2016). *Sjekkliste.* Hentet 2 april fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>
- Helsedirektoratet. (2015). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen.* Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015). *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt- å skape liv til dagene.* (IS-2278). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2018, 3. august). *Samhandlingsreformen.* Hentet 24 februar 2019 fra <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>
- Helsinkideklarasjonen, (2014, 10. oktober). *De nasjonale forskningsetiske komiteene.* Hentet fra <https://www.etikkom.no/fbib/praktisk/lover-og-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Hirsch, A., & Røen, I. (2016). Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov. I S. Kaasa., & J. H. Loge. (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok.* (3. utg., s. 315- 325). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Husebø, S., & Husebø, B. (2015). Omsorg ved livets slutt. I M. S. Holm., & S. Husebø (Red.), *En verdig alderdom: Omsorg ved livets slutt.* (s. 21- 37). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kaasa, S. (2016). Forskning innen palliasjon. I S. Kaasa., & J. H. Loge. (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok.* (3. utg., s. 51- 61). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kaasa, S., & Loge, J. H. (2016). Palliativ medisin- en innledning. I S. Kaasa., & J. H. Loge. (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok.* (3. utg., s. 34- 49). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kalfoss, M. H. (2016). Møte med lidende og døende pasienter- sykepleierens møte med seg selv. I D-G. Stubberud., R. Grønseth., & H. Almås. (Red.), *Klinisk sykepleie 2.* (5. utg., s.453- 479). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleie- kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E- A. Skaug., &G. H. Grimsbø. (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Sykepleie- fag og funksjon.* (3. utg., s. 139- 185). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling- en historisk reise. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E –A. Skaug., & G. H. Grimsbø. (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Pasientfenomener, samfunn og mestring.* ( 3. utg., s.15- 64). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt,P. (2016). Pasient og sykepleier- verdier og samhandling. I N.J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E-A. Skaug., & G. H. Grimsbø. (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Sykepleie- fag og funksjon.* (3.utg., s. 89- 132). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E- A., & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? Sykepleie- fag og funksjoner. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E-A. Skaug., & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Sykepleie – fag og funksjon.* (3.utg., s. 15 – 27). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Mathisen, J. (2016). Sykepleie ved livets avslutning. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E-A. Skaug., & G. H. Grimsbø. (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Pasientfenomener, samfunn og mestring.* (3.utg., s. 407- 443). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler.* Oslo: Norsk Sykepleierforbund. Hentet 8/03 fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke: En innføring i sykepleierens etikk.* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- NOU 2017:16 (2017). *På liv og død- Palliasjon til alvorlig syke og døende.* Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.
- Pasient- og brukerrettighetsloven- pbrl. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).* Hentet 10. mars 2019 fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL\\_3#%C2%A73-1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#%C2%A73-1)
- Røkenes, O.H., & Hanssen, P-H. (2012). *Bære eller breste: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker.* ( 3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.



- Stensheim, H., Hjermsstad, M. J., & Loge, J. H. (2016). Ivaretagelse av pårørende. I S. Kaasa., & J. H. Loge. (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok*. (3. utg., s. 274- 285). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Strang, S., Hensch, I., Danielson, E., Browall, M., & Melin-Johansson, C. (2014). Communication about existential issues with patients close to death-nurses' reflections on content, process and meaning. *Psycho-Oncology*, 23(5), 562–568. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1002/pon.3456>
- Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudie*. (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Svendsen, S. J., Landmark, B. T., & Grov, E. K. (2017). Døende pasienter i sykehjem: Sykepleiere gjør «mer av alt» og er «alene om alt». *Sykepleien Forskning* 2017 12(63396)(e-63369). DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.63396>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bachelor- oppgave for sykepleier-studenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

**Vedlegg 1: Søkehistorikk**

søkedato	Database	Søkeord	antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	artikler inkludert
21/2	CINAHL	Palliativ home care AND nursing relationships with patients	39	3	2	
	CINAHL	Nursing relationships with patients AND end of life care	105	5	2	
22/2	CINAHL	Nursing religion AND end of life care	36	4	3	
	CINAHL	Nurse patients relationship AND end of life care	105	5	3	
	CINAHL	Communication AND existential issues	30	8	2	1
24/2	PubMed	Nursing relations with pasient in end of life	28	4	1	
	Idunn	Palliasjon og sykepleierens rolle	2	1	1	
25/2	CINAHL	Communication AND end of life or palliative care AND older people	35	8	2	1
	CINAHL	End of life care or palliative care AND nurses role AND communication	82	4	2	
27/2	Sykepleien.no	Palliasjon	33	3	2	
17/3	Sykepleien.no	Sykepleiekompetanse og palliasjon	11	3	1	1
19/3	CINAHL	Nursing skills AND terminal phase	3	2	1	1