

Karoline Knatten Ek

Hvordan kan sykepleier ivareta pårørende til pasienter i terminal fase?

Bacheloroppgave i Sykepleie

Veileder: Bente Hamnes

Mai 2021

Karoline Knatten Ek

Hvordan kan sykepleier ivareta pårørende til pasienter i terminal fase?

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Bente Hamnes
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan kan sykepleier ivareta pårørende til pasienter i terminal fase?	Dato : 21.05.21
Forfatter:	Karoline Knatten Ek	
Veileder:	Bente Hamnes	
Nøkkelord (3-5 stk)	Pårørende, palliasjon, kommunikasjon, sykepleier	
Antall sider/ord: 29/8793	Antall vedlegg: 0	
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:		
<p>Introduksjon: Å være pårørende til pasienter i terminal fase kan være fysisk og psykisk krevende og de har også behov for informasjon og omsorg fra sykepleiere. Sykepleier bør kartlegge og fange opp pårørendes behov for støtte.</p>		
<p>Hensikt: Omsorg for pårørende er et viktig tema hvor det er behov for mer kunnskap. Hensikten med litteraturstudien er å undersøke hva sykepleier kan gjøre for å ivareta de pårørende. Problemstilling: «Hvordan kan sykepleier ivareta pårørende til pasienter i terminal fase?».</p>		
<p>Metode: Det er brukt litteraturstudie som metode i denne oppgaven. Det er gjort åpne og strukturerte søk i Cinahl og PubMed. Det er valgt ut fem forskningsartikler. Mest brukte søkeord: palliative care, professional-family relations, family centered care.</p>		
<p>Hovedresultat: Sykepleiernes holdning bestod hovedsakelig av respekt for døende pasienten og deres pårørende. Det er viktig å gi omsorg til hele familien som en enhet. Noen pårørende opplevde også å bli ignorert og ikke få tilstrekkelig informasjon. Å ivareta pasienten på en god måte har styrket de pårørendes egen følelse av ivaretakelse, men de ønsket også mer informasjon rundt pasientens behandling. Pårørende satte pris på å bli mottatt imøtekommende og bli anerkjent av sykepleierne.</p>		
<p>Konklusjon: Sykepleierens oppførsel, holdning, nonverbal og verbal kommunikasjon er alle med på å ivareta pårørende. De er i en sårbar situasjon og det kreves en del kunnskap hos sykepleieren for å tilnærme seg på en god og omsorgsfull måte. Det er viktig å gi informasjon tilpasset mottakeren og fange opp behov som kanskje ikke ytres høyt. Selv om det er pasienten som er sykepleierens hovedansvar må en likevel ta ansvar og dekke pårørendes behov.</p>		

ABSTRACT

Title:	How can the nurse take care of next-of-kin of patients in the terminal phase?	Date : 21.05.21
Author:	Karoline Knatten Ek	
Supervisor:	Bente Hamnes	
Keywords (3-5)	Next-of-kin, palliative care, communication, nurse	
Number of pages/words: 29/8793	Number of appendix: 0	
Short description of the bachelor thesis:		
<p>Introduction: Being the next-of-kin of patients in the terminal phase can be physically and mentally demanding and they also need information and care from nurses. The nurse should map and capture the relatives' need for support.</p> <p>Aim: Caring for relatives is an important topic where there is need for more knowledge. The purpose of the literature study is to investigate what a nurse can do to take care of the relatives. Research question: «How can the nurse take care of next-of-kin of patients in the terminal phase?».</p> <p>Method: The thesis is based on a literature study method. It has been done both open and systematic searches in Cinahl and PubMed. It has been selected five research articles. Main search words: palliative care, professional-family relations, family centered care.</p> <p>Main results: The attitude of the nurses consists mainly of respect for the dying patient and their relatives. It is important to provide care for the whole family as a unit. Some relatives also experienced being ignored and not receiving sufficient information. Taking care of the patient in a good way has strengthened the relatives' own sense of care, but they have also wanted more information about the patient's treatment. Relatives appreciated being received attentively and being recognized by the nurses.</p> <p>Conclusion: The nurse's behavior, attitude, nonverbal and verbal communication all help to take care of relatives. They are in a vulnerable situation and it requires that the nurse has some knowledge in able to approach the relatives in a good and caring way. It is important to provide information tailored to the recipient and capture needs that may not be expressed highly. Even if it is the patient who is the nurse's main responsibility, one must still take responsibility and cover the relatives' needs.</p>		

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema.....	1
1.2 Sykepleiefaglig relevans	2
2 Bakgrunn	2
2.1 Hvem er pasienten.....	2
2.2 Hvem er pårørende.....	3
2.3 Sykepleierens rolle.....	4
2.4 Kommunikasjon.....	6
2.5 Sykepleieteori – Joyce Travelbee	6
2.6 Etikk.....	8
3 Studiens hensikt og problemstilling	9
3.1 Oppgavens avgrensinger.....	9
4 Metode	9
4.1 Begrunnelse for valg av metode.....	9
4.2 Søkestrategi.....	10
4.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	10
4.4 Søkeshistorikk	11
4.5 Presentasjon av funn/resultater.....	12
4.6 Forskningsetikk.....	14
4.7 Kildekritikk.....	14
5 Analyse av funn og resultater	15
5.1 Sykepleierens holdning.....	15
5.2 Ivaretagelse av pasienten.....	16
5.3 Kommunikasjon med pårørende	17
5.4 Kommunikasjonsverktøy	18

6 Drøfting	18
6.1 Sykepleierens holdning og kommunikasjon.....	18
6.2 Ivaretagelse av pasienten.....	20
6.3 Bruke kommunikasjonsverktøy?.....	21
6.5 Metodiske overveielser	22
7 Konklusjon	23
7.1 Forslag til innovasjon	23
Litteraturliste	24

1 Innledning

7. mai 2020 kom den første stortingsmeldingen om lindrende behandling for døende, «Lindrende behandling og omsorg – Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve». Det blir lagt vekt på at å leve nær en som skal dø er krevende, og at pårørende kan selv få behov for støtte og avlastning. Stortingsmeldingen har et familie- og pårørendeperspektiv som innebærer et fokus på å støtte, involvere og respektere familien og pårørende ved å ivareta deres behov på en helhetlig måte. En av hovedutfordringene meldingen tar utgangspunkt i er manglende ivaretagelse av pårørende (Meld. St. 24, 2020).

Døden er en naturlig del av livet, men mange fortrenger likevel denne sannheten. Sykepleiere har ikke den muligheten og møter døende mennesker i alle aldre og faser. Å lindre fysisk og psykisk lidelse i størst mulig grad for den syke og bidra til en verdig avslutning på livet er sykepleiers hensikt i palliasjon. Målet overfor pårørende er å hjelpe de til å mestre situasjonen og støtte dem i sorgen (Mathisen, 2016).

Konsekvensene for en familie og pårørende kan være store når en person får behov for lindrende behandling. Det er mange pårørende som opplever å ha krevende omsorgsoppgaver, og derfor vil mange ha behov for å opprettholde en form for normalitet i hverdagslivet, som arbeid, utdanning, et sosialt liv og fritid. Helse- og omsorgstjenesten skal sørge for en helhetlig ivaretagelse av hele familien, spesielt hvis det er barn og unge involvert (Meld. St. 24, 2020).

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Jeg har erfart at døden er en naturlig del av livet gjennom praksis ved sykepleierstudiet, i arbeid og som privatperson. Jeg har hatt opplevelser både som sykepleierstudent og som pårørende, og har sett både bra og mindre bra kommunikasjon og behandling av pårørende. Forskjellen har vært størst på hvor høy kompetanse avdelingen har på pleie av døende mennesker. Jeg har forståelse for at sykepleie er et spesialisert yrke, hvor en hver blir ekspert på områder som deres respektive arbeidsplass operer med. Likevel ser jeg at pårørendearbeid og palliativ pleie er noe som går igjen som en fellesnevner i flere områder av helsevesenet, og det er dermed viktig at flere tilegner seg kunnskap om dette. Derfor har jeg valgt kommunikasjon med pårørende til døende pasienter som tema for denne bacheloroppgaven.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

I desember 2020 publiserte regjeringen en pårørendestrategi og handlingsplan «Vi – de pårørende». Dette er et av tiltakene som kommer frem i Meld. St. 24 (2020) for en helhetlig ivaretagelse av pårørende. Regjeringen fikk over 300 innspill fra pårørende i tillegg til faglige innspill fra Helsedirektoratet, bruker- og pårørendeorganisasjoner, fag- og profesjonsforeninger og kompetansemiljøer. En oppsummering av hva som er viktig for pårørende:

- Trygghet for at bruker blir ivaretatt på en god måte og får et kvalitativt godt tilbud. I dette ligger både god behandling og omsorg, kompetanse hos personalet og forutsigbarhet i tilbudet.
- Behov for å bli mer sett og hørt. Flere pårørende beskriver å stå i vanskelige situasjoner og ønsker å bli møtt med empati og respekt.
- Mer informasjon og veiledning, slik at de lettere kan forstå hvordan de best kan hjelpe. I noen tilfeller opplever pårørende at taushetsplikten kommer i veien for et godt samarbeid.
- Behov for å ha større oppmerksomhet på hele familien når et familiemedlem lider av en sykdom. Flere er også opptatt av at familier har behov for psykososial støtte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 8).

2 Bakgrunn

2.1 Hvem er pasienten

Ord og begreper som omtaler pasienter i livets slutfase er følsomme og bør brukes bevisst. Det er forskjell på å være alvorlig syk, dødssyk og døende. Det at en pasient er alvorlig syk er ikke synonymt med at han *skal* dø av sykdommen, men at han *kan* dø av den. Er pasienten dødssyk, så har han en langtkommen uhelbredelig sykdom. Hvis pasienten omtales som døende har han klinisk observerbare fysiologiske forandringer som tyder på at han kommer til å dø innen kort tid. Slike forandringer kan for eksempel være opphør av urinproduksjon, marmorering i hud og overfladisk respirasjon. Dette er fasen av livet hvor en sier at pasienten er i en terminal fase (Mathisen, 2016).

Terminal kommer fra det latinske ordet *terminus* som betyr «grense, slutt», en slutfase som døden (Kåss, 2020). Mathisen (2016) forklarer videre at begrepet *terminal* brukes ofte feil i praktisk språkbruk, da noen helsearbeidere benytter begrepet om den siste fasen i livet i et

lengre tidsperspektiv. Det som oftest menes er fasen da pasienten mottar *palliativ behandling og pleie*. Sykepleiere bør være bevisst på hvilke betegnelser en bruker om pasienter i livets slutfase, da det i verste fall kan føre til annen hjelp enn hva pasienten har behov for.

Mange pasienter ønsker å få være hjemme lengst mulig mot livets slutt, men det er bare omkring 15 % av pasienter i Norge som dør hjemme. De fleste dør på helseinstitusjon, sykehus eller sykehjem. Det er sentralt med en tverrfaglig tilnærming til pasient og pårørende. Det er en forutsetning for pasientens og pårørendes tillit til helse- og omsorgstjenesten, at det er en tydelig etisk bevissthet hos sykepleierne (NOU 2017: 16).

Helsedirektoratet (2013) definerer livsforlengende behandling som alle tiltak og behandling som utsetter pasientens død. Eksempler på dette kan være hjerte- og lungeredning, annen pustehjelp og hjertestimulerende medikamenter, ernæring- og væskebehandling, dialyse, antibiotika og kjemoterapi. Når den livsforlengende behandlingen stanses, så skal lindrende behandling videreføres eller trappes opp. Pasienten skal få tilfredsstillende smerte- og symptomlindring, også der det ikke kan utelukkes at dette kan fremskynde døden.

2.2 Hvem er pårørende

«Pårørende representerer livgivende ressurser fordi de er mennesker som bryr seg, og som den syke har tillit til. Kjærligheten fra dem som står nær påvirker motstandskraften og er en kilde til overlevelse (Mads Gilbert, som sitert i NOU 2017: 16, s. 120)».

I «Vi – de pårørende» er pårørende definert som nærstående – både familie og venner – i livet til mennesker som er syke, har funksjonsnedsettelse eller rusproblemer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Familiestrukturer kan være svært forskjellige og det er ikke alltid like lett å føre inn hvem som er pårørende. Mange kan ha brutte bånd med nær familie, lever alene eller er aleneforeldre. Andre har følelsesmessige relasjonsbrudd med nær familie. Det kan derfor være aktuelt med et nettverkskart for å få en oversikt over pasientens pårørende (Grov, 2017).

En pasient kan ha flere pårørende, men ikke alle pårørende har samme rettigheter selv om flere bidrar på forskjellige måter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Det står i pasient- og brukerrettighetsloven (2001) § 1-3 første ledd, bokstav b, at pasienten selv bestemmer hvem sin nærmeste pårørende skal være. Helsetjenesten skal oppklare hvem som er pasientens nærmeste pårørende (Helsedirektoratet, 2017). Hvis pasienten ikke er i stand til å oppgi nærmeste pårørende skal den som har varig og løpende kontakt med pasienten oppnevnes (Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3, 2001). Pasienten kan også endre hvem som er sin

nærmeste pårørende når som helst. Den nærmeste pårørende har andre rettigheter enn andre pårørende når det kommer til informasjon, samtykke, journalinnsyn og klage (Helsedirektoratet, 2017). Oftest er den pårørende en del av kjernefamilien, som ektefelle, partner, barn eller forelder (Grov, 2017).

Alvorlig sykdom og død kan beskrives som en krisesituasjon for pasienten og de pårørende (Stensheim, Hjermsstad og Loge, 2016). Dette oppleves som regel som en traumatisk krise. Personer i krise har behov for støtte, medmenneskelig kontakt og noen å dele tanker og følelser med (Eide og Eide, 2016). Pårørende skal behandles med respekt og omtanke, og skal få motta nødvendig informasjon dersom pasienten samtykker (Helsedirektoratet, 2013). God kommunikasjon kan hjelpe pasient og pårørende til å bearbeide reaksjoner, samtidig er det viktig at de får god og tilstrekkelig informasjon om sykdom og behandling. Dette bidrar til å gjøre situasjonen mer forutsigbar og forståelig (Eide og Eide, 2016).

Det er ikke kun det syke mennesket som trenger hjelp til å finne mening i sykdommen, men den syke sin familie kan også trenge hjelp fra den profesjonelle sykepleieren. Den syke er et medlem av en familie, og det som berører et familiemedlem vil uunngåelig ha sine effekter på de andre familiemedlemmene. Måten et familiemedlem reagerer på mot den sykes sykdom, blir alltid formidlet til ham (Travelbee, 1996).

2.3 Sykepleierens rolle

I praksis er det legens oppgave å informere pasienten om sykdommen han lider av, og hvilke konsekvenser sykdommen kan ha. Sykepleierens oppgave kan handle om å støtte pasient og pårørende etter denne informasjonen. Det er derfor veldig viktig at sykepleieren og legen samtaler om hvordan informasjonen formidles, og om hvilken oppfølging som trengs. Enkelte ganger kan legen ønske at pasientens sykepleier er til stede i samtalen (Mathisen, 2016).

Sykepleieren bør kartlegge og fange opp pårørendes behov for støtte. Det skal tas utgangspunkt i den enkeltes behov for støtte, da ulike pårørende i samme familie kan ha ulike behov for å kunne mestre situasjonen (Helsedirektoratet, 2017). Bøckmann og Kjellevoll (2010) sier at sykepleieren ikke kan vite hvordan pårørende opplever sin situasjon og deres behov vil variere. Noen pårørende tilpasser seg og mestrer sine roller som pårørende, mens andre har på sin side vanskeligheter med å håndtere sin situasjon. Reaksjonene kan være både sammensatte og komplekse, for alle har forskjellige forutsetninger og ulike livsbetingelser som er med på å påvirke deres rolle som pårørende.

Å forholde seg til pårørende kan være en del av ansvarsområdet til helsepersonellet, uavhengig av hvilken type helsehjelp de yter. Ansvar for involvering av pårørende må først og fremst kunne relateres til pasientens eget behov for helsehjelp. Pårørendearbeid vil derfor være en del av det som vurderes som relevant helsehjelp for den syke, men det kan også omfavne utover dette. Alvorlig syke sine pårørende har også behov for omsorg og støtte. Behovet deres kan imidlertid være varierende. Noen har behov for mange og lange samtaler, mens andre har mer handling som fokus. Uavhengig av de pårørendes mestringsstrategi, har helsetjenesten et visst ansvar for å yte omsorgsfull hjelp overfor den pårørende (Bøckmann og Kjellevoll, 2010).

Det er en forutsetning at helsepersonell tilegner seg kunnskap om pasientens sykdomshistorie og er fortrolig med potensielle vendepunkter i sykdomsforløpet for å kunne yte tilpasset behandling og omsorg i livets slutfase. Både pasienten og de pårørende bør gis mulighet til å kunne forberede seg på at pasientens liv går mot slutten. Sykepleieren bør forsøke å oppfylle den døendes behov og samtidig lytte til de pårørende, støtte og trygge dem i situasjonen. Dette er for at pasienten, pårørende og sykepleieren har størst mulig gjensidig forståelse av situasjonen (Helsedirektoratet, 2018).

Å yte omsorgsfull hjelp overfor de pårørende kan handle om alt fra å servere kaffe og tilrettelegge for samvær, til å ha dype samtaler med pårørende om dem og deres følelser. Det må i de fleste tilfeller forventes at sykepleieren som er kontaktperson for de pårørende, sikrer at informasjonen som blir gitt er tilstrekkelig og individuelt tilpasset omsorg til familien når behovet for oppfølging melder seg. Dette kan begrunnes enten med at omsorgen er betydningsfull for pasientbehandlingen, eller ut fra behovene til de pårørende (Bøckmann og Kjellevoll, 2010).

Tid, inkludering når informasjon blir gitt og å få oppmerksomhet av helsepersonell er svært betydningsfullt for pårørende. Dette krever ikke mye tid eller ekstra økonomiske bevilgninger, men det er ofte disse faktorene som blir skyldt på når ting ikke går opp i praksis. Deltagelse i sorggrupper etter at en nær person er død er fremdeles viktig for den pårørendes helse. Likevel bør pårørendearbeid begynne i større grad allerede før pasienten er død, mens de fremdeles lever i en hverdag som pårørende (Sand, 2001).

«Helsevesenet er kritisert for at oppmerksomheten rettes mot den syke, mens familien blir oversett (Travelbee, 1971; Piltz og Gústavdóttir, 1994; Sand, 1999, som sitert i Sand, 2001, s. 33)». Det er en del av sykepleierens ansvar, for familien som er rammet av sykdom, å se pårørendes behov. Ofte er det relasjonen mellom lege eller sykepleier og pasient som står i fokus (Sand, 2001).

2.4 Kommunikasjon

Eide og Eide (2016, s. 17) definerer kommunikasjon i sin enkleste form som «utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter». Begrepet «kommunikasjon» kommer av det latinske *communicare*, som betyr å ha forbindelse med, å gjøre noe felles eller delaktiggjøre en annen i. I daglig tale brukes begrepet om flere fenomener, fra personlige samtaler med en eller flere personer til chatting på internett (Eide og Eide, 2016). Nonverbal kommunikasjon er all ikke-språklig kommunikasjon som kroppsspråk, berøring og den verbale kommunikasjonens volum, rytme og tonefall (Svartdal, 2020).

Verbale og nonverbale tegn og signaler er ofte sammensatte og må fortolkes. Møtet med andre kan oppleves forskjellig avhengig av hvordan en tolker signalene. De samme signalene kan gi forskjellige reaksjoner hos ulike personer. En vet sjeldent med sikkerhet hva signalene uttrykker eller er ment å uttrykke. Selv om ordene er temmelig entydige, kan endret nonverbalt ledsagelse gi ordene en ny mening (Eide og Eide, 2016).

Sykepleieren har ofte kort tid til å etablere kontakt og innhente et helhetlig bilde av situasjonen overfor pasienter og pårørende. Det å lytte aktivt og kommunisere er desidert en forutsetning for å definere hva situasjonen gjør krav på og for å forebygge ugunstige valg og utilfredsstillende løsninger. Det kan oppstå fare for profesjonelle feil og mangler hvis kommunikasjonen er mangelfull eller dårlig. Av samme grunn innebærer god kommunikasjon en kvalitetssikring av det helsefaglige arbeidet (Eide og Eide, 2016).

Nonverbal kommunikasjon er et responderende språk. Det sier noe om begge partene i en dialog, og noe om relasjonen mellom dem. Det er derfor viktig at en lytter aktivt også til den andre sitt nonverbale språk, sånn at en kan oppfatte den viktige informasjonen om personen som uttrykker seg nonverbalt. Samtidig er det viktig at sykepleieren nonverbalt formidler den profesjonelle holdningen av interesse og hjelpevilje ved å innstille seg på den andre og forholde seg henvendt. Sykepleierens nonverbale kommunikasjon er formodentlig viktigere enn en først tenker seg, da en via det nonverbale signaliserer hvorvidt en er innstilt på å hjelpe og lytte. Dette kan være avgjørende for hvorvidt pasienten og pårørende føler seg trygge og godt ivaretatt (Eide og Eide, 2016).

2.5 Sykepleieteori – Joyce Travelbee

Joyce Travelbee inkluderer den sykes familie allerede i sin definisjon av sykepleie. Hun er den første sykepleieteoretikeren som spesifikt skrev om pårørende. Hun argumenterer for at familien er knyttet til den syke som en rød tråd (Sand, 2001). Travelbee (1996) forklarer videre

at sykepleieren ikke kan utelate familien siden den syke er en del av den. En kan ikke sette et klart skille mellom den syke og de pårørende, siden hvis en gjør noe godt for den syke så gjør en også noe godt for den pårørende. Og motsatt - gjør en noe godt for de pårørende, gjør en samtidig noe godt for den syke.

Kommunikasjon står sentralt i Travelbees sykepleieteori (Eide og Eide, 2016).

A major assumption of this work, then, is that communication is a process which can enable the nurse to establish a human-to-human relationship and thereby fulfill the purpose of nursing, namely, to assist individual and families to prevent and to cope with the experience of illness and suffering and, if necessary, to assist them to find meaning of these experiences (Travelbee, 1996, s. 93).

Sykepleiere kan møte pårørende på mange ulike måter. Noen pårørende kan oppleve å bli sett på som «et nødvendig onde» som stiller mange spørsmål. Videre forklarer hun at en slik negativ holdning til pårørende har grunnlag i at pårørende ofte blir sett på som et problem, men ikke som personer som har et problem. Hun hevder at sykepleiere som kan ha en slik holdning lurert seg selv om de tror dette er å gi god sykepleie til pasienten (Travelbee, 1996).

Sykepleieren vil indirekte være til hjelp for familien ved å bruke god og kompetent sykepleie rundt den syke. Mer direkte burde hun gå inn for å bli kjent med familien. Hvis mulig, bør hun gå rundt ved besøkstider og vise interesse i den sykes besøkende, og både snakke med og høre på dem. Hvis familien ønsker å diskutere aspekter rundt sykepleien den syke mottar, bør sykepleieren være tilgjengelig for dette. Hun bør også vite hvilke støttetilbud som finnes i området, og eventuelt videreformidle disse til familien ved behov (Travelbee, 1996).

Avhengig av hvilke retningslinjer sykehuset har, bør de pårørende få lov til å bli værende med den syke utover besøkstiden, spesielt dersom han er alvorlig syk. Disse familiemedlemmene er ofte på lange besøk om gangen, og noen er der hele døgnet hvis mulig. Dette kan vedvare over lengre tid, uker eller til og med måneder. De blir fysisk utslitte og emosjonelt tappet av omstendighetene. Det kan oppleves som veldig ensformig å sitte og vente, og den emosjonelle belastningen setter sine spor. Likevel så har sykepleier større mulighet til å gjøre seg kjent med de pårørende som er tilstede over lengre tid enn slektningene som kun kommer ved besøkstidene (Travelbee, 1996).

Å bli vist anerkjennelse og forståelse av sykepleieren for påkjenningene familien gjennomgår, kan bety mye for dem. I tillegg til å vise interesse i de pårørende så vell som den syke, kan sykepleieren konsentrere seg på små vennlige handlinger som ikke tar mye tid, men blir satt

stor pris på. For eksempel, hvis hun vet at de pårørende drikker kaffe, så kan hun komme med varm kaffe til dem. Denne lille handlingen settes stor pris på. Hun kan også gi dem noe å lese på, puter til stolene eller gjøre andre omtenkssomme handlinger. Ingen av disse handlingene krever mye tid, men de blir som regel ikke glemt av de pårørende. Når sykepleieren hjelper en pårørende, hjelper hun også den syke. Jo mer støtte og omtanke hun viser de pårørende, jo mer vil de pårørende makte å oppmuntre, støtte og hjelpe den syke (Travelbee, 1996).

2.6 Etikk

Sykepleiere stilles daglig overfor etiske utfordringer. Vanligvis handler ikke etikk om hva som er åpenbart rett eller galt, men om å vurdere hensyn som kan være motstridende (Markestad, 2020). Eide og Eide (2016, s. 51) har brukt Rådet for humanetisk forskning sin definisjon av etikk: «systematisk refleksjon over moralske problemer og sammenhenger». De forklarer videre at de bruker denne definisjonen fordi:

(..) ingen profesjonsetiske normer og verdier er av et slikt slag at de i enhver situasjon kan gi svar på de spørsmål man møter som profesjonell helper. Ikke en gang taushetsplikt eller plikten til å redde liv er uavkortet gyldig i enhver situasjon. Det kan tenkes situasjoner der hensynet til konsekvensene og respekten for at liv også en gang tar slutt, må veie tungt (Eide og Eide, 2016, s. 51).

Etisk bevissthet og refleksjon er en forutsetning for god yrkesutøvelse (Markestad, 2020). Ved etisk bevissthet vil sykepleieren kunne reflektere hvordan en som yrkesutøver og overfor arbeidsgiver bør forholde seg i ulike situasjoner (Eide og Eide, 2016). I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2019) står det at sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie.

Etisk kommunikasjon består av tre sentrale etiske utfordringer. Den første er spørsmålet om hvordan en burde forholde seg til kommunikasjonspartneren, uansett om det er pasienter, pårørende, kolleger eller andre. Relasjonsetikken til Løgstrup og Lévinas kalles nærhetsetikk (Eide og Eide, 2016). Markestad (2020) forklarer nærhetsetikken med at den omhandler sykepleierens holdninger og måte å oppføre seg på. Det er en hovedtanke om at mennesker er et sårbart vesen, og dermed har alle et moralsk ansvar for å oppføre seg hensynsfullt overfor andre. Det forutsetter at en blant annet er følsom for verbale, og ikke minst nonverbale, signaler fra pasienter eller pårørende og at en tar hensyn til disse gjennom en forsiktig tilnærming kjennetegnet av empati og respekt (Eide og Eide, 2016; Markestad, 2020).

3 Studiens hensikt og problemstilling

Med bakgrunn i teorien som er fremstilt har pårørende til døende behov for informasjon og omsorg fra sykepleiere. Omsorg for pårørende er et viktig tema hvor det er behov for mer kunnskap. Å være pårørende til en døende person kan være utmattende både fysisk og psykisk. Hensikten med litteraturstudien er å undersøke om hva sykepleier kan gjøre for å ivareta de pårørende.

«Hvordan kan sykepleier ivareta pårørende til pasienter i terminal fase?»

3.1 Oppgavens avgrensinger

I denne oppgaven er det valgt å avgrense fra disse temaene og kun fokusere på pasienter og pårørende som er voksne over 18 år. Pasienten er dødssyk eller døende, og mottar palliativ pleie i heldøgnbemannet institusjon, som for eksempel sykehjem. Det er hovedfokus på de pårørende, og det er dermed ingen avgrensning for hvilken sykdom pasienten har, da palliativ pleie ikke avhenger av sykdommen som fører til døden.

4 Metode

4.1 Begrunnelse for valg av metode

Valgt metode for denne bacheloroppgaven er litteraturstudie. En litteraturstudie er en studie som organiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Oppgaven har som hensikt å gi leseren en god og oppdatert forståelse av kunnskapen på området problemstillingen etterspør, og en skal beskrive fremgangsmåten til nevnt kunnskap (Thidemann, 2019). En litteraturstudie vil ha en klart definert problemstilling, som blir besvart ved å søke etter relevant litteratur, for deretter å vurdere, analysere og evaluere den litteraturen (Aveyard, 2019).

Det vil hovedsakelig bli søkt etter forskningslitteratur i denne oppgaven, som systematiske oversikter, kvalitative og kvantitative studier eller blandet metodeforskning. Forskningen kan også være empirisk, som vil si at studien er basert på observasjon, erfaringer eller eksperimentering for datainnhenting. Blandet metodeforskning vil si at studien bruker varierte metoder i samme artikkel, som for eksempel både kvalitative og kvantitative tilnærming til en problemstilling (Aveyard, 2019).

4.2 Søkestrategi

Det har blitt utført åpne søk i CINAHL Complete og PubMed (Medline) for å finne gode søkeord til det strukturerte søket senere i oppgaven.

Innledende søkeord: Palliative care, next of kin, family, withdrawal of treatment, end of life care, life-prolonging treatment, family centered care, hospice and palliative nursing, communication, nurse-family relations

De systematiske søkene i databasene CINAHL Complete og PubMed (Medline) er gjennomført over flere dager, i perioden 5. til 13. april 2021.

4.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterer
Har IMRaD-struktur	Barn under 18 år som pasient
Er fagfellevurdert (peer review)	Pårørende under 18 år eller med kognitiv svikt
Engelsk eller skandinavisk språk	Artikler fra land som ikke kan sammenliknes med Norge
Tilgjengelig fulltekst	
Artikler nyere enn 10 år	
Voksne pasienter som er døende/i terminal fase	
Pårørende over 18 år	

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I tillegg til kriteriene i tabellen er det noen kriterier som blir forklart i større detalj. Artikkene skal ha pårørende som hovedfokus. Artikler som ikke har det men omhandler pårørende i stor grad kan likevel bli valgt dersom det passer til oppgaven. Artikkene skal omhandle sykepleiere, men andre helsefaglige arbeidere som gjør samme jobb blir ikke nødvendigvis ekskludert hvis det passer til oppgaven. Leger eller annet personell som ikke er primært i pleiearbeid vil bli ekskludert da det mest sannsynlig handler om andre perspektiver enn oppgaven er ute etter. Artikkene bør omhandle heldøgnbemannet omsorg, som sykehjem, sykehus eller omsorgsbolig. Artikler som omhandler pleie av døende i eget hjem kan likevel inkluderes dersom overføringsverdien og sammenlikningen med heldøgnbemannet omsorg er av stor grad.

4.4 Søkehistorikk

De systematiske søkene som er gjort er presentert i tabellen under.

Søkeord	CINAHL complete	Leste abstracts	Leste art.	Valgte artikler	PubMed (Medline)	Leste abstracts	Leste artikler	Valgte artikler
1. palliative care	37,682				85,364			
2. end of life care	45,545				90,088			
3. professional-family relations	16,984				19,968			
4. communication with next of kin	1				244			
5. family centered care	7,814							
6. hospice and palliative nursing	5,163							
7. terminal care	18,831							
8. hospice care	9,151							
9. 1 OR 2	55,484				149,069			
10. 9 AND 3	2,249				3,341			
11. 10 AND 4	0				18			
12. 1 AND 5 AND 6	20	10	3	2	71 – 28 med filter <i>Filters: in the last 10 years, English, Adult: 19+ years, Adult: 19-44 years, Middle Aged + Aged: 45+ years, Middle Aged: 45-64 years, Aged: 65+ years, 80 and over: 80+ years, Young Adult: 19-24 years.</i>	28	4	2
13. 1 OR 2 OR 7 OR 8	69,644							
14. 3 OR 4	16,985							

15. 13 AND 14	2,432 – 30 med filter Ingen artikler ble valgt ut av søket			
---------------	---	--	--	--

Tabell 2: Søkehistorikk for søk i databasene CINAHL Complete og PubMed (Medline)

4.5 Presentasjon av funn/resultater

Det ble valgt ut syv artikler fra de fire søkene. To artikler ble i første del av analysen forkastet, etter en gjennomgang med inklusjons- og eksklusjonskriterier. De artiklene som har blitt valgt ut blir presentert under hver for seg med hovedresultatene som er relevante for oppgaven.

Artikkel 1	Andersson <i>et al.</i> (2010) The experience of being next of kin to an older person in the last phase of life, <i>Palliative and Supportive Care</i> , 8, s. 17-26. Sverige.
Hensikt	Målet med studien var å undersøke opplevelsen av å være pårørende til en eldre i den siste livsfasen som fortalt etter den eldre personens død.
Metode	Kvalitativ studie. <i>Uvalg</i> : Studien er gjennomført i en kommune sør i Sverige, i etterkant av pasientens død. 17 pårørende deltok i studien, både menn og kvinner, ektefeller, barn og barnebarn er representert. Syv pasienter døde i institusjon og 10 døde hjemme. <i>Datainnsamlingsmetode</i> : Semi-strukturert intervju med åpne spørsmål. Lyddopptak og verbatim transkribering.
Hovedresultater	<ul style="list-style-type: none"> - Pårørende har behov for å bli anerkjent, forstått og hørt av de profesjonelle. - Pårørende føler seg som primær omsorgsgiver og har vanskeligheter med å slippe til de profesjonelle. - Pårørende har behov for støtte i pasientens siste livsfase. - De fant styrke i oppmerksomhet fra andre om deres situasjon.

Tabell 3: Presentasjon av artikkel 1

Artikkel 2	Petursdottir <i>et al.</i> (2019) The impact of implementing an educational intervention to enhance a family-oriented approach in specialized palliative home care: a quasi-experimental study, <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 33, s. 342-350. Island.
Hensikt	Å evaluere virkningen av et avansert utdannings- og veiledningsprogram i en familiesentrert sykepleietilnærming for palliative sykepleiere i hjemmet.
Metode	Kohort studie med kvalitative og kvantitative resultater. <i>Uvalg</i> : Alle ansatte (11) på en palliativ avdeling ved et universitetssykehus deltok. <i>Datainnsamlingsmetode</i> : De gjennomførte en spørreundersøkelse før og etter sykepleierne hadde deltatt på kurset Advanced educational and training intervention (A-ETI). Det er et kurs for å bedre sykepleiernes kunnskap om familiesentrert sykepleie, og hvordan de skal implementere dette i palliativ sykepleie.
Hovedresultater	Kvantitative funn: <ul style="list-style-type: none"> - Overordnet signifikant forskjell i total score, som bekrefter hypotesen deres om at kursdeltakere får en økt positiv

	<p>holdning til å inkludere pårørende i deres behandling av pasienten.</p> <p>Kvalitative funn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Syv av sykepleierne så viktigheten i å inkludere pårørende ved formidling av informasjon om pasientens tilstand. - Sykepleierne ser raskere pårørendes styrker og behov for støtte. - Flere sykepleiere så behovet for å fokusere på familien som en enhet. - Alvorlig sykdom har innvirkning på pasienten men også hans nærmeste pårørende.
--	---

Tabell 4: Presentasjon av artikkel 2

Artikkel 3	Kaarbø, E. (2010) End-of-life care in two Norwegian nursing homes: family perceptions, <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 20, s. 1125-1132. Norge.
Hensikt	En studie som utforsker erfaringer fra pårørende som har vært til stede rett før og etter død (i løpet av de siste 72 timene) av en pasient på et sykehjem, for å tilegne seg forskningsbasert kunnskap for å forbedre praksis.
Metode	Både kvalitativ og kvantitativ metode er brukt. <i>Utvalg:</i> Studien er utført ved to sykehjem i Norge. Et gammelt sykehjem i en storby på vestlandet med 188 pasienter. Et moderne sykehjem i en landlig kommune på østlandet med 93 pasienter, inkludert palliativ avdeling med 4 plasser. 50 pårørende deltok. <i>Datainnsamlingsmetode:</i> Strukturerte intervjuer. Kombinasjon av åpne og lukkede spørsmål. Intervjuene skjedde omtrent åtte uker etter dødsfallet til pasienten. Pårørende fikk selv velge tid og sted for intervjuet. Varighet var ca. 1-2 timer.
Hovedresultater	<ul style="list-style-type: none"> - Sykepleierne hadde en god holdning overfor pasient og pårørende, med interesse og respekt. - Omtrent en tredjedel av de pårørende var misfornøyd med mengden informasjon de mottok. - Pårørende følte at informasjonsflyten var avhengig av hvilke personalet de møtte på. - Pasientene hadde hovedsakelig dødd fredfullt uten symptomer, men seks av de 50 pårørende rapporterte om manglende hjelp med pusteproblemer. - Pårørende satte personlig hygiene høyt for god omsorg.

Tabell 5: Presentasjon av artikkel 3

Artikkel 4	Groebe <i>et al.</i> (2019) How to talk about attitudes toward the end of life: a qualitative study, <i>American Journal of Hospice & Palliative Medicine</i> , 36(8), s- 697-704. Tyskland.
Hensikt	Få innsikt i hvilke spesifikke krav og betingelser for kommunikasjon rundt livets siste dager i ulike behandlingssteder for døende.
Metode	Kvalitativ studie. <i>Utvalg:</i> Fire fokusgrupper. To sykehjem, en palliativ avdeling på sykehus og en hjemmebasert enhet. Det var 2-6 deltakere i hver gruppe, med profesjonelle og frivillige innen palliativ pleie. <i>Datainnsamlingsmetode:</i> Semistrukturert intervju med demografisk spørreundersøkelse. Lydopptak med verbatim transkribering og notater som supplement til lydopptakene.
Hovedresultater	<ul style="list-style-type: none"> - Deltakerne hadde forsøkt ulike tilnærminger ved samtaler med pårørende.

	<ul style="list-style-type: none"> - Deltakerne hadde en profesjonell holdning som omsorgsgivere for mennesker i livets slutfase. - Det fremkommer fordeler og ulemper ved implementering av strukturerte verktøy for samtaler rundt døden.
--	---

Tabell 6: Presentasjon av artikkel 4

Artikkel 5	Gonella <i>et al.</i> (2019) Good end-of-life care in nursing home according to the family carers' perspective: a systematic review of qualitative findings, <i>Palliative Medicine</i> , 33(6), s. 589-606. Italia.
Hensikt	Å identifisere elementene som sykehjemsbeboerens pårørende oppfatter som god omsorg for livets siste dager, og å utvikle en konseptuell modell for god omsorg i henhold til familiens perspektiv.
Metode	Systematisk oversikt over kvalitative studier. <i>Utvalg:</i> Publiserte kvalitative og blandet metode studier om erfaringer av pårørende rundt livets siste dager for pasienter på sykehjem. <i>Datainnsamlingsmetode:</i> Metasynthese. Gjort søk i fem databaser etter kvalitative og blandet metode studier. 18 studier ble inkludert.
Hovedresultater	<ul style="list-style-type: none"> - Pårørende beskrev ivaretagelse av grunnleggende og eksistensielle behov, symptomlindring og respekt som god omsorg. - Bedre kvalitet på behandling ved livets slutfase på bakgrunn av blant annet god relasjonsbygging mellom partene. - Pårørende fortalte om barrierer når de søkte informasjon. - Pårørende ønsker å bli informert og forstå pasientens tilstand. - God informasjon og kommunikasjon med helsevesenet ble satt stor pris på av pårørende.

Tabell 7: Presentasjon av artikkel 5

4.6 Forskningsetikk

I denne oppgaven er det lagt vekt på å gjengi andres forskning på en korrekt og troverdig måte og hvor kilder er oppgitt. Alle artiklene som er inkludert har blitt godkjent av en etisk komité og beskriver etiske overveielser. Det står i § 5 i Helseforskningsloven (2008) at medisinsk og helsefaglig forskning skal utøves forsvarlig. Det er viktig med korrekte prosedyrer når en intervjuer, overholder personvern og tilstreber at informantene er ugjenkjennelige i forskningen. Regional komité for medisin og helsefaglig forskningsetikk har en egen sjekkliste for vurdering av kvalitative forskningsprosjekter (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, 2009).

4.7 Kildekritikk

Samtlige av artiklene som brukes er fagfellevurderte, har IMRaD-struktur og er publisert i anerkjente tidsskrifter. I artikkel 1-4 har deltakerne gitt skriftlig samtykke til deltakelse og fått muntlig og skriftlig informasjon om at det er frivillig. Artikkel 5 er en systematisk oversikt og

har ingen deltakere på samme måte som de andre artiklene. Alle artiklene har blitt godkjent av en etisk komité og beskriver etiske overveielser.

Artikkel 3 (Kaarbø, 2010) er en av artiklene som er utvalgt i artikkel 5 (Gonella *et al.*, 2019). Kaarbø var allerede valgt ut før Gonella *et al.*, så det er en tilfeldighet. Likevel anses det som en styrke for Kaarbø, siden Gonella *et al.* har valgt den ut systematisk og basert på kriterier som gjør den mer relevant for denne oppgaven.

I artikkel 1 (Andersson *et al.*, 2010) har de valgt åtte av 17 kandidater ut fra en tidligere studie forfatteren har gjort. Dette kan gjøre utfallet av resultatene litt svakere, da det kan tenkes at utvelgelsen har vært noe selektiv ut ifra hva som er ønsket resultat. Artikkelen blir likevel tatt med, da den tar opp en del gode poeng.

Det har så langt det er mulig vært forsøkt å finne tilbake til primærkilden, men der det ikke har vært mulig så har det blitt referert via sekundærkilden. Det har blitt brukt faglitteratur fra bachelorprogrammets pensumliste, men det er også funnet supplerende, nyere faglitteratur på universitetets bibliotek ved søk i Oria.

5 Analyse av funn og resultater

Det første steget i analysen er å kritisk vurdere hver artikkel (Aveyard, 2019). Critical Appraisal Skills Programme (CASP) har utformet en rekke sjekklister for kritisk vurdering av artikler. I denne oppgaven har sjekklisene for kvalitativ studie, kohort studie og systematisk oversikt blitt brukt for kritisk vurdering av artiklene (2019a; 2019b; 2019c). Det neste steget er å utforme temaer ut fra hovedfunnene og resultatene av hver artikkel (Aveyard, 2019).

Hvordan sykepleieren kan ivareta pårørende til pasienter i terminal fase kan være ganske omfattende. Etter å ha lest artiklene flere ganger og analysert dem har det kommet frem fire hovedtemaer som belyser flere sider av dette området; sykepleierens holdning, behandling av pasienten, kommunikasjon med pårørende og hjelpemidler. Dette er temaer som blir sett på som mest relevant for problemstillingen i denne oppgaven. Det er kun resultater som er av betydning for problemstillingen som blir tatt med videre i oppgaven.

5.1 Sykepleierens holdning

Sykepleiernes holdning besto av respekt for den døende pasienten og deres pårørende ved å vise genuin interesse og ønske om å gjøre det rette. Det ble sett på som en profesjonell holdning

og måten de snakket på, kroppsspråk og deres følsomhet ble satt stor pris på (Kaarbø, 2010; Groebe *et al.*, 2019). Sykepleierne satte sine egne forventninger til side til fordel for pasient og pårørendes følelser og behov. Dette bygget gode relasjoner til både pasient og de pårørende (Kaarbø, 2010; Groebe *et al.*, 2019; Petursdottir, Haraldsdottir og Svavarsdottir, 2019). Det er viktig å gi omsorg med fokus på familien som en enhet og å støtte familien er en del av omsorgen som sykepleieren yter. Alvorlig sykdom har innvirkning på pasienten, men også hans nærmeste pårørende som også ofte er hans omsorgsgivere (Petursdottir, Haraldsdottir og Svavarsdottir, 2019). Derfor er det en kritisk del av omsorgsprosessen. Ved at de pårørende ble involvert i omsorgsavgjørelser, økte tillitten til de profesjonelle (Andersson *et al.*, 2010; Petursdottir, Haraldsdottir og Svavarsdottir, 2019).

Pårørende kunne føle seg ignorert av de profesjonelle når deres nære var innlagt på sykehus eller andre omsorgsinstitusjoner. Dette kunne føre til komplikasjoner med kommunikasjonen. Lite kunnskap om helsevesenet førte med seg en avmakt fordi de pårørende ikke visste hvem de skulle kontakte eller hva de kunne forvente. Dersom pårørende selv jobbet i helsevesenet ble de møtt med anerkjennelse av de profesjonelle. Det motsatte skjedde for eksempel da en pårørende ikke mottok noe eller bare tvetydig informasjon om den planlagte eller pågående behandling for den døende (Andersson *et al.*, 2010). Pårørende fortalte om barrierer når de søkte informasjon, at ansatte tok det for gitt at de allerede var klar over endringene i pasientens tilstand, og derfor unngikk tydelig diskusjon rundt prognosen. Dette medførte at den pårørende følte seg liten, uviktig og ekskludert og skapte bekymringer. (Andersson *et al.*, 2010; Gonella *et al.*, 2019).

5.2 Ivaretagelse av pasienten

Gonella *et al.* (2019) og Kaarbø (2010) sine studier så på blant annet ivaretagelse av grunnleggende behov og symptomlindring som god behandling. Fraværet av dette ble oppfattet som dårlige ferdigheter og kunnskaper hos de ansatte, og det gikk negativt utover de pårørendes tilfredshet med pasientens behandling. Pårørende var bekymret for at deres fravær var en risiko for at pasienten ikke mottok helsehjelpen han hadde rett på. Siden de pårørende ofte følte seg ansvarlige, var det ikke lett å gi fra seg ansvaret til de profesjonelle (Andersson *et al.*, 2010; Gonella *et al.*, 2019). Omtrent to tredjedeler av de pårørende i Kaarbø (2010) rapporterte at pasienten hadde dødd fredfullt uten plagsomme symptomer. Nesten alle rapporterte at pasienten hadde fått god smertelindring. Seks rapporterte om manglende hjelp med pusteproblemer, og det var mangelfull informasjon rundt problemet. Fem pårørende syntes pasienten hadde fått for

lite munnstell, og er et forbedringsområde som kommer frem i studien som enkelt å implementere i praksis.

5.3 Kommunikasjon med pårørende

Å yte god omsorg betyr også å ta seg av de pårørende. Muligheten til å komme og gå som de ville, at en fra personalet satt ved sengen sammen med dem, bli tilbudt mat og drikke og en god stol eller seng å hvile seg i ble høyt verdsatt (Kaarbø, 2010). Grunnleggende ting som å bli mottatt imøtekommende og bli anerkjent og lyttet til ga følelser av å bli styrket i sin situasjon, bekreftet og gjorde slik at de kunne tåle å stå i situasjonen. Støtte var viktig i denne fasen, ettersom pårørende kunne føle seg som «et frø i vinden» i en situasjon som var helt ny for dem (Andersson *et al.*, 2010; Gonella *et al.*, 2019). Pårørende fremhevet viktigheten av å skape en følelse av tilhørighet og tilknytning mellom pasient og personalet, men også familien og personalet. Et godt forhold til personalet skapte tillitt, og når forventninger om omsorg ikke ble oppfylt opplevde de frustrasjon uten å utvikle et nært forhold til personalet (Gonella *et al.*, 2019). Omtrent en tredjedel av de pårørende var misfornøyde med mengden informasjon de mottok og måten den ble formidlet på, spesielt av medisinsk personell. Pårørende beskrev det som usystematisk og tilfeldig, og for mye var avhengig av hvilke personale de møtte på (Kaarbø, 2010). Pårørende ønsket å bli informert og forstå pasientens tilstand og prognose, og ønsket å bli sett på som etterlatte som trengte miljømessig, følelsesmessig og psykisk støtte. I kommunikasjon med pårørende er deres behov for informasjon et kritisk punkt. God informasjon og kommunikasjon med helsevesenet ble verdsatt av pårørende, spesielt i den siste fasen så de forsto nøyaktig hva som foregikk (Gonella *et al.*, 2019). Pårørende var mer bekymret for pasientens tilstand, og stilte spørsmål om dødsprosessen og hva de skulle gjøre videre. Pasienten og pårørendes vilje til å snakke om livets slutt opplevdes forskjellig for sykepleierne. Noen pasienter hadde akseptert at døden var nært forestående. De viste en indre tilfredshet og snakket åpent om deres holdninger til og ønsker rundt døden, det samme gjorde noen pårørende. Andre pasienter og pårørende unngikk bevisst refleksjon rundt disse spørsmålene helt til døden inntraff (Groebe *et al.*, 2019).

Sykepleierne rapporterte om viktigheten av å involvere pårørende når de formidlet informasjon om pasientens tilstand. Noen av sykepleierne kommenterte sin tolkning av verdien av å bruke familiesentrert sykepleie i deres daglige praksis. De fokuserte tidligere på styrken og sårbarheten til de pårørende i planleggingsprosessen. Sykepleierne bekreftet at hele familien er deres klienter og trenger støtte (Petursdottir, Haraldsdottir og Svavarsdottir, 2019). Sykepleierne følte generelt at de måtte starte vanskelige samtaler ved å diskutere

forhåndsdirektiv eller pasientens livshistorie for å tilrettelegge en personlig omsorgsplan. Samtalene bør tilstrebe positive utfall og ikke påføre pårørende ytterligere bekymringer (Groebe *et al.*, 2019).

5.4 Kommunikasjonsverktøy

De kvantitative funnene i Petursdottir, Haraldsdottir og Svavarsdottir (2019) viser en signifikant økning i sykepleiernes holdning til å inkludere pårørende i omsorgen av pasienten etter deltakelse på A-ETI kurset. I de kvalitative funnene kom det frem at samtlige deltakere i studien rapporterte en økt bevissthet om å systematisk integrere en familiesentrert sykepleietilnærming. De ble flinkere til å se fordelene for hele familien og hvordan denne tilnærmingen potensielt kunne bedre kvaliteten på omsorgen.

Selv om pårørende var fornøyde med omsorgen, indikerte de behovet for mer nøyaktig informasjon og bedre kommunikasjon. Personalet bør ta initiativ til å gjøre dette systematisk. Pårørende foreslo regelmessige møter, behovet for primærsykepleier og både skriftlig og muntlig kommunikasjon. De pårørende som rapporterte at det ikke var hjelp med pusteproblemer, var opprørt over mangelen på informasjon om dette problemet (Kaarbø, 2010).

Studiedeltakere på tvers av områdene rapporterte at det for øyeblikket ikke ble brukt noen verktøy eller retningslinjer for å støtte de avklarende samtalene rundt døden. Det ble i studien sett på potensiell nytte av slike verktøy, med argumenter for og i mot (Groebe *et al.*, 2019).

6 Drøfting

Hensikten med denne oppgaven er å finne ut hvordan sykepleiere kan ivareta pårørende til pasienter i terminal fase. Det skal her tas stilling til dette, basert på resultater fra oppgavens analyse og teori.

6.1 Sykepleierens holdning og kommunikasjon

Det kan bety mye for pårørende at sykepleieren viser dem interesse, anerkjennelse og forståelse for påkjenningene de gjennomgår (Travelbee, 1996). Det fremkommer i Kaarbø (2010) sin studie at sykepleierens holdning besto av respekt for pasienten og deres pårørende. Sykepleierne bygget gode relasjoner til pasient og pårørende, og dette ble sett på som en profesjonell holdning som ble satt pris på. Groebe *et al.* (2019) støtter dette med at sykepleierens holdning bar preg av å være autentisk, genuint interessert i hvert individ og å

sette andres følelser og behov foran sine egne. Samtidig begrunner Petursdottir, Haraldsdottir og Svavarsdottir (2019) at sykepleierne har fokusert mer på å vise medfølelse og å ha respekt, samt at å støtte familien er en del av omsorgsoppgavene deres.

Som nevnt tidligere kan sykepleiere møte pårørende på ulike måter. Pårørende kan oppleve å bli sett på som et nødvendig onde som stiller mange spørsmål (Travelbee, 1996). Andersson *et al.* (2010) fant at sykepleiere ikke alltid hadde en god holdning overfor pårørende. Dette gjaldt spesielt dersom de fikk tvetydig eller ikke mottok informasjon om pasientens behandling. Travelbee (1996) mener at sykepleiere med en slik holdning ikke yter god sykepleie.

Helse- og omsorgsdepartementet (2020) skriver at pårørende skal oppleve å bli sett, lyttet til og anerkjennes som en ressurs. De vil fange opp pårørendes behov tidligere, for å innta et forebyggende perspektiv. Videre beskriver Helsedirektoratet (2017) at helsevesenet har en veiledningsplikt som tilsier at pårørende som henvender seg skal få generell informasjon, som for eksempel rettigheter, symptomer og behandling. Informasjonen og kommunikasjonen må tilpasses mottakeren med hensyn til blant annet alder, modenhet, kultur, språk og erfaringer. Derfor anses det som viktig at sykepleieren så langt det er mulig sikrer at pårørende forstår informasjonen som er gitt, og det gis på en hensynsfull måte. Eide og Eide (2016) og Markestad (2020) sier at i nærhetsetikk er sykepleierens holdning bygget på at en har et moralsk ansvar for å oppføre seg hensynsfullt overfor andre. En skal være følsom for verbale og nonverbale signaler og ta hensyn til disse med en empatisk og respektfull tilnærming. For at pasient og pårørende skal ha tillitt til helsevesenet er det en forutsetning at det er tydelig etisk bevissthet hos sykepleierne (NOU 2017: 16).

Det som går igjen i flere av artiklene er at måten informasjon blir kommunisert på er viktig for hvordan pårørende føler seg ivaretatt. Eide og Eide (2016) beskriver at det er viktig at sykepleieren formidler nonverbalt en profesjonell holdning av interesse og hjelpevilje. Andersson *et al.* (2019) og Gonella *et al.* (2019) rapporterer at pårørende følte seg styrket og bekreftet fordi sykepleieren var imøtekommende, anerkjennende og lyttende. I denne nye situasjonen hvor pårørende kunne føle seg maktesløse og forvirret var det godt med en støttende part. Sykepleieren har ofte kort tid til å etablere kontakt og danne seg et helhetlig bilde av situasjonen med pasient og pårørende. Det er en forutsetning å aktivt lytte og kommunisere for å forebygge utilfredsstillende løsninger. Dersom kommunikasjonen er mangelfull kan det oppstå profesjonelle feil, så god kommunikasjon er en kvalitetssikring av det helsefaglige arbeidet (Eide og Eide, 2016).

Ved mangelfull kommunikasjon kunne pårørende føle seg misfornøyde, i tillegg hvis forventninger om omsorg ikke ble oppfylt, og mengden informasjon og formidlingsmetoden var dårlig (Kaarbø, 2010; Gonella *et al.*, 2019). Sykepleierens nonverbale kommunikasjon er viktig for det er slik en signaliserer hvorvidt en er villig til å hjelpe og lytte. Dette kan avgjøre om pasient og pårørende føler seg godt ivaretatt og trygge (Eide og Eide, 2016). Sand (2001) hevder at oppmerksomhet, inkludering og tid er betydningsfullt for pårørende. For lite tid og penger er ofte faktorene som blir skyldt på når det ikke går opp i praksis, men det krever ikke mye mer av noe av delene. Travelbee (1996) bygger videre på dette ved å si at å gjøre små handlinger for de pårørende krever lite tid men blir høyt verdsatt.

På bakgrunn av dette kan en se at pårørendes oppfatning av sykepleiernes holdning ikke alltid er positivt. En kan derfor si at ivaretakelsen av pårørende blir påvirket av sykepleierens holdninger mot dem og pasienten. Dette fordi det kan oppstå usikkerheter ved dårlig holdning, men også følelse av støtte og annerkjennelse ved gode holdninger. Videre kan en se at det er viktig at sykepleieren tar seg god tid til å reflektere over sin kommunikasjon, både nonverbalt og verbalt. De pårørende føler seg bedre ivaretatt dersom sykepleieren har en god holdning og viser interesse gjennom kommunikasjonen sin.

6.2 Ivaretakelse av pasienten

Pårørende ønsker at pasienten blir ivaretatt på en god måte. Dette innebærer et kvalitativt godt tilbud med god behandling og omsorg, forutsigbarhet og kompetanse hos personalet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Å tilby en verdig død og god slutt på livet innebærer å tilfredsstille både de grunnleggende og eksistensielle behovene til de døende, symptomlindring og -behandling, sørge for godt samarbeid mellom helsetjenestene og respektere den døendes ønsker rundt livets slutt. Ivaretakelse av grunnleggende behov, som for eksempel personlig hygiene, ble sett på som en viktig ingrediens men også å håndtere symptomer var et krav som ble ansett som essensielt (Kaarbø, 2010; Gonella *et al.*, 2019). I tillegg finner Andersson *et al.* (2010) og Gonella *et al.* (2019) at det ikke var lett for pårørende å gi fra seg ansvaret til de profesjonelle, da de var bekymret for at deres fravær betydde at pasienten ikke fikk den helsehjelpen han hadde krav på. Pårørende var ofte mer tilpasset pasientens skiftende tilstand og uttalte at deres tilstedeværelse forbedret kvaliteten på omsorgen fra personalet.

Travelbee (1996) hevder at en ikke kan sette et klart skille mellom de pårørende og den syke, og hvis en gjør noe godt for den syke gjør en også noe godt for den pårørende. Sykepleieren

kan derfor ikke utelate familien siden den syke er en del av den. Bøckmann og Kjellevoll (2010) skriver at pårønderarbeid kan vurderes som relevant helsehjelp for den syke og uavhengig av hvilken type helsehjelp de yter, kan pårørende være en del av ansvarsområdet til helsepersonellet. For noen pårørende kan behovet handle om behandlingen til pasienten. For at pasient, pårørende og sykepleieren skal ha mest mulig gjensidig forståelse av situasjonen, bør sykepleieren forsøke å oppfylle den døendes behov og samtidig høre på de pårørende, støtte og trygge dem i situasjonen. Med dette vil både pasienten og de pårørende bli gitt mulighet for å kunne forberede seg på livets siste fase (Bøckmann og Kjellevoll, 2010; Helsedirektoratet, 2018).

Samtidig vil fravær av ivaretagelse av grunnleggende behov og symptomlindring kunne oppfattes som dårlige ferdigheter og kunnskaper hos de ansatte. Dette gikk negativt utover de pårørendes tilfredshet med pasientens behandling (Andersson *et al.*, 2010; Gonella *et al.*, 2019). I Kaarbø (2010) sin studie ble det rapportert om dårlig munnstell av pasienten og omtrent en av 10 av de pårørende rapporterte om manglende hjelp med pusteproblemer. I løpet av studiet kom det frem at ingen av de pårørende hadde blitt informert om at en døende person vil kunne ha pusteproblemer de siste timene til tross for medisinerings.

På den ene siden har pårørende behov for informasjon for å vite at pasienten blir tatt vare på, og det kan bli sett på som en byrde å måtte be om informasjonen (Kaarbø, 2010). På den andre siden, selv om det fremkommer en klar sammenheng mellom trygghetsfølelse og informasjon, er det pårørende som kanskje ikke har behov eller kapasitet til så mye informasjon om pasientens behandling. Derfor er det uansett viktig å tilpasse fremgangsmåten til hver situasjon individuelt. Helsedirektoratet (2017) understreker at ulike pårørende i samme familie kan ha forskjellige behov for å mestre situasjonen, og det er sykepleierens oppgave å kartlegge og fange opp pårørendes behov for støtte. Bøckmann og Kjellevoll (2010) støtter dette med at informasjon som blir gitt til pårørende skal være tilstrekkelig og individuelt tilpasset.

Som en oppsummering kan en ut ifra dette se at de pårørende føler seg bedre ivaretatt når pasienten også blir ivaretatt på en god måte og dersom de får informasjon etter sitt eget behov og kapasitet.

6.3 Bruke kommunikasjonsverktøy?

Observasjoner fra egen praksis er at det ikke har blitt brukt noe konkret verktøy ved avklarende samtaler med pasient og pårørende. Groebe *et al.* (2019) legger frem både positive og negative sider ved bruk av støttende kommunikasjonsverktøy i slike samtaler. På den ene siden vil bruk

av samtaleteknikker og -guider for å starte en åpen og detaljert avklarende samtale om livets slutt kunne bidra til å avklare pasient og pårørendes holdninger. Strukturerede spørsmål kan hjelpe til med å starte samtaler om døden og sette ord på underforståtte preferanser og bekymringer. Samtaler om holdninger ved livets slutt kan derfor skape gjensidig forståelse og legge til rette for å si farvel. På den andre siden ble det rapportert om problemer ved bruk av standardiserte kommunikasjonsverktøy. For eksempel bekymringer rundt å gå glipp av individualiteten rundt døden. Jo mindre standardisert det er, jo mer passer det inn med pasienten, for det er en så individuell situasjon. Derfor har deltakere i studien rådet til å bruke en narrativ tilnærming til denne sårbare målgruppen.

Resultater fra Petursdottir, Haraldsdottir og Svavarsdottir (2019) viser at sykepleierne etter kursdeltakelsen, så på det som viktigere å involvere pårørende når de formidlet informasjon om pasientens tilstand og å se familien som en enhet. Dette samsvarer med funnene til Helse- og omsorgsdepartementet (2020) om at det er behov for større oppmerksomhet rundt familien som en helhet, og at de trenger mer informasjon og veiledning så de forstår situasjonen. Ruland (2000) og Detmar *et al.* (2002) som sitert i Eide og Eide (2016) hevder basert på forskning at en kan få mer informasjon om pasient og pårørende ved bruk av systematiske kartleggingsverktøy. Eide og Eide (2016) skriver også at ved bruk av kommunikasjonsverktøy kan en få svar på spørsmål som en kanskje normalt ikke ville stilt i en samtale. Deltakere i Groebe *et al.* (2019) sin studie la vekt på at gode kommunikasjonsevner og milde intervjuemetoder burde være obligatorisk for alle i palliativ omsorg.

Hvis en tar det sårbare aspektet rundt døden i betraktning vil en kunne antyde at det ikke vil være gunstig med en standardisert mal, men noen strukturerede spørsmål kan være til hjelp for å starte en samtale på en god måte. Egne observasjoner fra praksis er at hver sykepleier har funnet sin måte å skape kontakt med pårørende, og noen bruker seg selv mer enn andre. De har likevel noen punkter de er innom i løpet av en samtale men lar som regel pårørende styre samtalen i sitt tempo.

6.5 Metodiske overveielser

Det har her blitt benyttet litteraturstudie som metode for å få svar på problemstillingen. Basert på tid og omfang har dette vært riktig metode med tanke på oppgavens tema. De fleste artiklene som har kommet frem gjennom systematiske søk har vært kvalitative og empiriske. En empirisk studie hadde muligens vært enda mer lære- og kunnskapsrikt, men det hadde det ikke vært tid til.

I denne oppgaven har det blitt benyttet CINAHL og PubMed som databaser for litteratursøket. Det kan hende at ved bruk av andre søkeord eller databaser hadde det blitt funnet andre artikler som hadde bidratt til et bedre resultat. Samtlige av artiklene er også skrevet på avansert engelsk, og det kan ha oppstått mistolkninger ved oversettelse.

7 Konklusjon

Problemstillingen i denne oppgaven var «Hvordan kan sykepleier ivareta pårørende til pasienter i terminal fase?». Det har vært et veldig omfattende spørsmål men mange aspekter og innfallsvinkler å velge i. Gjennom arbeidet har det tilspisset seg mer et perspektiv rundt kommunikasjon, da det var noe som gikk igjen med både positive og negative sider. Kunnskap om kommunikasjon er noe som en vil få bruk for uansett, og ikke kun med pårørende til døende pasienter.

Avslutningsvis, som en konklusjon, kan en se at hvordan sykepleieren oppfører seg, holdning, nonverbal og verbal kommunikasjon er alle med på å ivareta pårørende. Pårørende er i en sårbar situasjon og det kreves en del kunnskap hos sykepleieren for å tilnærme seg på en god og omsorgsfull måte. Det er viktig å respektere ønsker, gi informasjon tilpasset mottakeren og fange opp behov som kanskje ikke ytres høyt. Det kommer tydelig frem at pårørende er veldig opptatt av hvordan pasienten har det, og det er først og fremst pasienten som er i fokus. Likevel må sykepleiere ta ansvar og dekke pårørendes behov også.

7.1 Forslag til innovasjon

Pårørende er i en livssituasjon der det kan være behov for å slippe ekstra påkjenninger. De har behov for forutsigbarhet og kanskje et «sykepleierens visittkort» kan være noe å begynne med. Der kan det stå hvem kontaktsykepleieren er, bilde og litt bakgrunnsinformasjon for å bli bedre kjent med sykepleieren. Dette kan hjelpe til med å gjøre relasjonen bedre og samtalene enklere. «Visittkortet» gis til pasient og pårørende og de vil ikke trenge lure på hvem som er deres kontaktperson, siden de har både navn og bilde for å hjelpe de med å huske.

Sykepleiere er stort sett flinke til å forklare hva de gjør og gi informasjon om pasientens tilstand. I denne situasjonen er det ikke sikkert at så mye informasjon blir sittende og det kan være behov for mer skriftlig, men ikke for omfattende informasjon. Et alternativ kan være et samtalehefte om det å være pårørende til døende. Der kan det stå spørsmål og svar om døden og kontaktinformasjon til relevante hjelpeorganisasjoner.

Litteraturliste

- Andersson, M. *et al.* (2010) The experience of being next of kin to an older person in the last phase of life, *Palliative and Supportive Care*, 8, s. 17-26. Doi: <https://doi.org/10.1017/S1478951509990666> (Hentet: 08.04.21)
- Aveyard, H. (2019) *Doing a literature review in health and social care – a practical guide*. 4. utg. London: Open University Press.
- Bøckmann, K. og Kjellevoid, A. (2010) *Pårørende i helsetjenesten – en klinisk og juridisk innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Critical Appraisal Skills Programme (2019a). *CASP Cohort Study Checklist*. Tilgjengelig fra: https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/01/CASP-Cohort-Study-Checklist_2018.pdf (Hentet: 22.04.21)
- Critical Appraisal Skills Programme (2019b). *CASP Qualitative studies Checklist*. Tilgjengelig fra: <https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/01/CASP-Qualitative-Checklist-2018.pdf> (Hentet: 19.04.21)
- Critical Appraisal Skills Programme (2019c). *CASP Systematic Review Checklist*. Tilgjengelig fra: https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/01/CASP-Systematic-Review-Checklist_2018.pdf (Hentet: 19.04.21)
- Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (2009) *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/> (Hentet 14.05.21)
- Eide, H. og Eide, T. (2016) *Kommunikasjon i relasjoner*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gonella, S. *et al.* (2019) Good end-of-life care in nursing home according to the family carers' perspective: a systematic review of qualitative findings, *Palliative Medicine*, 33(6), s. 589-606. Doi: <https://doi.org/10.1177/0269216319840275> (Hentet: 13.04.21)
- Groebe, B., Rietz, C., Voltz, R. og Strupp, J. (2019) How to talk about attitudes toward the end of life: a qualitative study, *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 36(8), s. 697-704. Doi: <https://doi.org/10.1177/1049909119836238> (Hentet: 13.04.21)
- Grov, E.K (2017) Pårørende, i Reitan, A.M, og Schjølberg, T.K (red.) *Kreftsykepleie – pasient, utfordring, handling*. 4. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 251-266.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2020) *Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan*. (i-1191 B). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/08948819b8244ec893d90a66deb1aa4a/vi-de-parorende.pdf> (Hentet: 25.03.21)
- Helsedirektoratet (2013) *Beslutningsprosesser ved begrenning av livsforlengende behandling*. (IS-2091) Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling> (Hentet: 22.03.21)
- Helsedirektoratet (2017) *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parendeveileder> (Hentet: 22.03.2021)

- Helsedirektoratet (2018) *Lindrende behandling i livets slutfase*. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase> (Hentet: 22.03.21)
- Helseforskningsloven (2008) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44> (Hentet: 10.05.21)
- Kaarbø, E. (2010) End-of-life care in two Norwegian nursing homes: family perceptions, *Journal of Clinical Nursing*, 20, s. 1125-1132. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03171.x> (Hentet: 08.04.21)
- Kåss, E. (2020) *Terminal*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/terminal> (Hentet: 26.03.21)
- Markestad, T. (2020) *Helsefaglig yrkesetikk i daglig klinisk praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Mathisen, J. (2016) Sykepleie ved livets avslutning, i Kristoffersen, N.J., et al. (red.) *Grunnleggende sykepleie: Bind 3*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 407-449.
- Meld. St. 24 (2019-2020) (2020) *Lindrende behandling og omsorg: Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20192020/id2700942/?ch=1> (Hentet: 22.03.21)
- Norsk Sykepleierforbund (2019) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> (Hentet: 14.04.2021).
- NOU 2017: 16 (2017) *På liv og død – Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Oslo: Departementets sikkerhets- og serviceorganisasjon, Informasjonsforvaltning. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/ed91baf5d25945b1a0b096c0ce376930/no/pdfs/nou201720170016000dddpdfs.pdf> (Hentet: 22.03.21)
- Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet: 25.03.21)
- Petursdottir, A.B, Haraldsdottir, E. og Svavarsdottir, E.K. (2019) The impact of implementing an educational intervention to enhance a family-oriented approach in specialized palliative home care: a quasi-experimental study, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33, s. 342-350. Doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12628> (Hentet: 06.04.21)
- Sand, A.M (2001) Se også meg – om å være pårørende til en syk, i Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie: Bind 1*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 31-47.
- Stensheim, H., Hjerrestad, M.J. og Loge, J.H. (2016) Ivaretagelse av pårørende, i Kaasa, S. og Loge, J.H (red.) *Palliasjon – Nordisk lærebok*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 274-286.
- Svartdal, F. (2020) *Nonverbal kommunikasjon*. Tilgjengelig fra: https://snl.no/nonverbal_kommunikasjon (Hentet: 20.04.21)
- Thidemann, I.J. (2019) *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1996) *Interpersonal aspects of nursing*. Oslo: Pensumtjeneste.

