

Johanne Almås - 10130  
Håkon Størset Grøtte - 10031

## Sykepleie for hjertevsiktpasienter i palliativ fase

Hvordan kan sykepleiere gi god palliativ omsorg til hjertevsiktpasienter?

Antall ord: 7682  
Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Juni 2023



**NTNU**

Kunnskap for en bedre verden



Johanne Almås - 10130  
Håkon Størset Grøtte - 10031

## **Sykepleie for hjertevisiktpasienter i palliativ fase**

Hvordan kan sykepleiere gi god palliativ omsorg til hjertesviktpasienter?

Antall ord: 7682  
Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Juni 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden



# Sammendrag

**Bakgrunn for problemstilling:** Gjennom praksiserfaringer har vi merket oss at hjertesviktpasienter ikke får tilstrekkelig palliativ behandling. På den andre siden ser man at kreftpasienter får en mye bedre og mer strukturert oppfølging knyttet til palliativ behandling. Dette tyder på en skeivhet som ikke skal forekomme i dagens helsetjeneste.

**Hensikt:** Hensikten med denne studien er å belyse hvordan sykepleiere kan gi god palliativ omsorg til hjertesviktpasienter. Ved å fokusere på hjertesviktpasienter har vi som mål å belyse problemene og øke forståelsen rundt deres palliative omsorg.

**Metode:** En systematisk litteraturstudie med bruk av åtte fagfelleverderte forskningsartikler. Hvorav fem artikler er kvantitative og tre er reviewartikler, hvor en av disse kun bruker kvalitativ forskning.

**Resultat:** Funnene viser at det er stor mangel på palliativ omsorg til hjertesviktpasienter. Hjertesviktpasienter dør ofte alene og har lite kontinuitet i sykdomsforløpet. Hjertesvikt har et uforutsigbart sykdomsforløp, der sykepleiere opplever usikkerhet rundt den palliative behandlingen og vanskeligheter i kommunikasjon om palliativ behandling. I tillegg er samhandling mellom helsesektorene dårlig koordinert.

**Konklusjon:** Ved å benytte palliativ behandling i sykdomsforløpet til hjertesviktpasienter vil behandlingen være med og øke pasientens trygghet, autonomi og lovfestede rettigheter. I tillegg vil man som sykepleier jobbe helsefremmende, etter etiske prinsipper og lovfestede regler. For å gjennomføre en god palliativ behandling må kunnskapen på feltet økes. I tillegg er det nødvendig med god samhandling mellom helsesektorene for at en palliativ behandling skal kunne implementeres i det norske helsevesenet.

**Nøkkelord:** Hjertesvikt, palliativ omsorg, palliativ behandling

# Abstract

**Background:** Through practical experience, we have noticed that heart failure patients do not receive adequate palliative treatment. On the other hand, you can see that cancer patients receive a much better and more structured follow-up linked to palliative treatment. This indicates a bias that should not occur in today's health service.

**Aim:** The purpose of this study is to shed light on how nurses can provide good palliative care to heart failure patients. By focusing on heart failure patients, we aim to shed light on the problems and increase understanding of their palliative care.

**Method:** A systematic literature study using eight peer-reviewed research articles. Of which five articles are quantitative and three are review articles, where one of them only uses qualitative research.

**Results:** The findings show that there is a great lack of palliative care for heart failure patients. Heart failure patients often die alone and have little continuity in the course of the disease. Heart failure has an unpredictable disease course, where nurses experience uncertainty about palliative care and difficulties in communicating about palliative care. In addition, interaction between the health sectors is poorly coordinated.

**Conclusion:** By using palliative treatment in the course of the disease of heart failure patients, the treatment will contribute to and increase the patient's security, autonomy and statutory rights. In addition, as a nurse, you will work to promote health, according to ethical principles and statutory rules. To carry out good palliative treatment, knowledge in the field must be increased. In addition, good cooperation between the health sectors is necessary for palliative treatment to be implemented in the Norwegian health system.

**Keyword:** Heart failure, palliative care, end of life care

# Forord

*Det betyr ikke så meget  
hvordan man er født, men det  
har uendelig meget å si  
hvordan man dør*

- Dikt av Søren Kierkegaard (1813-1855)

# Innhold

<b>1. Innledning</b> .....	6
1.1. Introduksjon .....	6
1.2. Teori .....	6
1.2.1. Hjertesvikt .....	6
1.2.2. Palliativ omsorg og pallitiv plan .....	7
1.2.3. Joyce Travelbees teori .....	8
1.2.4. Sykepleiers rolle og funksjon .....	8
1.3. Formål og problemstilling .....	9
1.4. Avgrensning .....	9
<b>2. Metode</b> .....	10
2.1. Beskrivelse av metode .....	10
2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	10
2.3. Søkestrategi .....	11
2.4. Søketablell .....	13
2.5. Vurdering og utvelgelse av artikler .....	15
2.6. Analyse .....	15
<b>3. Resultater</b> .....	17
3.1. Artikkelmatriks .....	17
3.2. Sammenfattet resultat av forskningen .....	26
3.2.1. Behov for palliativ plan .....	26
3.2.2. Samtaler om palliativ behandling .....	26
3.2.3. Sykepleierens rolle i den palliative omsorgen .....	27
3.2.4. Behov for økt kunnskap .....	28
3.2.5. Samhandling mellom helsesektorene .....	28
<b>4. Diskusjon</b> .....	29
4.1. Behov for palliativ plan .....	29
4.2. Samtaler om palliativ behandling .....	30
4.3. Sykepleierens rolle i den palliative omsorgen .....	32
4.4. Behov for økt kunnskap .....	33
4.5. Samhandling mellom helsesektorene .....	33
4.6. Metodediskusjon .....	34
4.7. Konklusjon .....	35
<b>Referanser</b> .....	36



# Tabeller

Tabell 1 - Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	10
Tabell 2 - PICO skjema .....	12
Tabell 3 - Konsept tabell .....	12
Tabell 4 - Søketabell.....	13
Tabell 5 - Analyse av hoved- og undertema i artiklene .....	16
Tabell 6 - Artikkelmatrise A.....	17
Tabell 7 - Artikkelmatrise B.....	18
Tabell 8 - Artikkelmatrise C .....	19
Tabell 9 - Artikkelmatrise D .....	21
Tabell 10 - Artikkelmatrise E .....	22
Tabell 11 - Artikkelmatrise F .....	23
Tabell 12 - Artikkelmatrise G.....	24
Tabell 13 - Artikkelmatrise H.....	25

# 1. Innledning

## 1.1. Introduksjon

Hjertesvikt er en svært alvorlig diagnose som er forbundet med betydelig sykkelighet og høy mortalitet. Pasienter med hjertesvikt har en overlevelse på omtrent fire år fra de får diagnosen (Hildebrandt et al., 2009, s. 19; Ørn & Brunvand, 2016, s. 176). Hjertesvikt som fagfelt har de siste tiårene gått inn i en ny æra. Dette gjennom utvikling av blant annet nye medisiner. Likevel kan man se på hjertesvikt som en verdensomspennende epidemi (McIlvennan & Allen, 2016).

I Norge har mellom 1-2 prosent av befolkningen diagnosen hjertesvikt, som vil si ca. 60 000-100 000 mennesker (Broch, 2023). Forekomsten av hjertesvikt stiger med alderen. For nordmenn over 75 år har ca. 10% av befolkningen hjertesvikt som diagnose. Antallet pasienter med hjertesvikt i Norge øker, hovedsakelig på grunn av den økende eldrebefolkningen (Broch, 2023). Sykepleiere vil med bakgrunn i dette ofte møte pasienter med diagnosen hjertesvikt i alle deler av helse- og omsorgstjenesten.

I 2020 kom Stortingsmeldingen «Lindrende behandling og omsorg». Denne stortingsmeldingen hadde blant annet som formål «å bidra til at de som har behov for det, får tilgang til lindrende behandling og omsorg» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). I denne Stortingsmeldingen legges det stor vekt på palliativ omsorg til kreftpasienter, og ytterst lite vekt på palliasjon til hjertesviktpasienter. Forskning påpeker at pasienter med hjertesvikt kan oppleve en lik eller verre symptombyrde enn pasienter med kreftdiagnoser (McIlvennan & Allen, 2016). Likevel viser forskning at kreftpasienter får bedre og mer tilrettelagt palliativ behandling og oftere tilbud om dette (Den norske legeforening, 2020; Lastrucci et al., 2018).

Palliasjon er en tverrfaglig tilnærming til omsorg, som har fokus på livskvalitet og en verdig død. Sykepleiere har en viktig rolle i den palliative behandlingen hos hjertesviktpasienter, noe som gjør at det stilles store krav til kompetanse hos sykepleiere knyttet til feltet palliativ omsorg av hjertesvikt (Gjeilo, 2022, ss. 555-557). Det er lite samhandling mellom fagfeltene kardiologi og palliativ medisin, og spesialister i palliativ medisin fokuserer i liten grad på hjertesviktpasienter som pasientgruppe (Hole, 2016, s. 691). Vi vil i denne bacheloroppgaven fokusere på hvordan sykepleiere kan bidra til å gi hjertesviktpasienter god palliativ omsorg.

## 1.2. Teori

### 1.2.1. Hjertesvikt

Det er mange årsaker til at pasienter utvikler hjertesvikt. De vanligste årsakene er koronarsykdom (angina pectoris og hjerteinfarkt) og hypertensjon (Stubberud & By, 2022, ss. 401-402). Hjertesvikt deles inn i to hovedkategorier, akutt og kronisk (Eikeland et al., 2020, s. 252). Når en pasient har hjertesvikt, klarer ikke hjertet til vedkommende å pumpe tilstrekkelig med blod rundt i kroppen. Enkelte organer og vev vil dermed ikke få tilstrekkelig med blodtilførsel (NHI, 2022). Pasienter med hjertesvikt har lavere

minuttvolum enn normalt. Når minuttvolumet faller, vil kroppens organismer prøve å kompensere med å endre fordelingen av blodstrøm i kroppen (hjerte, hjerne og nyrer prioriteres, muskulatur og mage-tarm kanalen, nedprioriteres). Dette fører til økt perifer motstand, væskeretensjon og saltretensjon. Mekanismene bidrar til at belastningen på hjertet øker (Gullestad & Westheim, 2004, s. 7).

Hjertesvikt påvirker både pasientens fysiske og psykiske helse og medfølger ofte sosiale utfordringer hos pasientene (Eikeland et al., 2020, s. 252). De mest utalte symptomene ved hjertesvikt er dyspné, utmattelse og ødemer (Ørn & Brunvand, 2016, s. 176). Andre symptomer kan også forekomme, men vil variere gjennom sykdomsforløpet til pasienten. Kormorbiditet og skrøpeligheit er tilstander ofte sett hos hjertesviktpasienter (McIlvennan & Allen, 2016). Livsforløpet til pasienter med kronisk hjertesvikt kjennetegnes med akutte forverringer av tilstanden, etterfulgt av funksjonsreduksjon helt til pasienten til slutt dør (Ørn & Brunvand, 2016, s. 177).

Det har blitt gjort store fremskritt i behandlingen av hjertesviktpasienter, men sykdommen er fremdeles en progredierende og dødelig sykdom. Hjertesviktpasienter er derfor en pasientgruppe som har et stort hjelpebehov (Gjeilo, 2022, s. 560). I Norge behandles lettere grad av hjertesvikt i allmennpraksis. Ved alvorlig eller akutt hjertesvikt vil pasientene ha behov for innleggelse og behandling ved sykehus (NHI, 2022). I følge NHI (2022) er formålet med behandlingen av hjertesviktpasienter å lindre symptomer, bedre livskvalitet og øke livslengden. Pasienter med hjertesvikt må ha livslang behandling av ulike medikamenter for å lindre og behandle sykdommen (Ellingsen & Solberg, 2022, ss. 160-162).

### 1.2.2. Palliativ omsorg og pallitiv plan

Verdens befolkning lever lengere enn tidligere, noe som gjør at behovet for palliasjon øker (Haugen & Aass, 2016, s. 112). Fagområdet palliasjon omhandler hvordan lindring og best mulig livskvalitet skal oppnås for både pasienter og pårørende. Alle områder og nivåer i helsetjenesten skal praktisere palliasjon (Helsedirektoratet, 2019). Palliativ omsorg skal komme alle som har behov for dette, til gode (Grov, 2020, s. 540). WHO definerer palliasjon som å lindre den helserelevante lidelsen, enten den er fysisk, psykologisk, sosialt eller åndelig (WHO, u.å.). Alle lidelser har rett til å motta palliativ behandling, enten årsaken til lidelsen er hjerte- og karsykdommer, kreft eller andre sykdommer.

For å kunne gi et godt klinisk tilbud til pasientene med behov for lindrende behandling, står tverrfaglig palliativt team sentralt. Personalet bør her ha en bred kompetanse knyttet til palliasjon (Paulsen et al., 2016, s. 139). Et palliativt team, består i sin kjerne av sykepleiere og leger med spesialkompetanse på palliasjon. Hovedoppgavene til det palliative teamet er å blant annet dra på hjemmebesøk, gjennomføre polikliniske konsultasjoner, vurdere problemer og planlegging av behandling, gi smerte- og symptomlindring og gi råd og hjelp ved sosiale og åndelige/eksistensielle problemer (Paulsen et al., 2016, ss. 141-142).

Pasienter som mottar palliativ behandling får mulighet til å ytre ønske om hvilken behandling, ivaretagelse og omsorg pasienten ønsker, eller eventuelt ikke ønsker. I tillegg bør det legges stor vekt på pasientens ønske om livsforlengende behandling og ønske om død (Den norske legeforening, 2020). For å få fram pasientenes ønsker i den palliative fasen, vil det være hensiktsmessig med en *forhåndsamtale* eller å lage en

*palliativ plan*. Dette har vist seg å kunne gi pasientene bedre livskvalitet og færre sykehusinnleggelse (Brenne & Dalene, 2016, ss. 638-639). Innholdet i en palliativ plan er kombinasjonen av å lindre den helserelaterte lidelsen enten den er fysisk, psykisk, sosialt eller åndelig. Anbefalinger og vurderinger fra helsevesenet skal også framkomme i planen, i tillegg til samhandling, tilrettelegging og planlegging på tvers av helsesektorer (Strachan et al., 2009). En palliativ plan er en prosess som foregår over tid for å hjelpe pasient og pårørende å håndtere situasjonen. Planen bør utarbeides tidlig i pasientens sykdomsforløp og oppdateres jevnlig. Dette bør gjøres i forkant av en situasjon der pasienten ikke lenger er i stand til å ta avgjørelser.

### 1.2.3. Joyce Travelbees teori

Joyce Travelbee var en amerikansk sykepleier (Travelbee, 2007, s. 5). Hun har gjennom sin sykepleietenkning og filosofi hatt stor innflytelse på sykepleierutdanninger verden over, samt sykepleie som fag. I følge Travelbee (2007, s. 48) er hovedfunksjonene til en sykepleier en mellommenneskelig prosess hvor sykepleieren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer knyttet til sykdom og lidelse, og å finne mening i sykdom og lidelse. En av Travelbees grunntanker er at den profesjonelle sykepleieren har som oppgave å etablere et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2007, s. 41). Et slikt forhold kan kjennetegnes ved at både sykepleier og pasient forholder seg til hverandre som unike menneskelige individer, ikke som «pasient» eller «sykepleier» (Travelbee, 2007, s. 171). Travelbee setter kommunikasjon sentralt i etableringen av et menneske-til-menneske-forhold. Kommunikasjon skjer ved et hvert møte mellom sykepleier og pasient (Travelbee, 2007, s. 176).

### 1.2.4. Sykepleiers rolle og funksjon

Innenfor fagfeltet sykepleie, har Norsk Sykepleierforbund (NSF) utviklet *Yrkesetiske retningslinjer*. Dette er retningslinjer som skal være førende for sykepleieryrket. Særlig tre av retningslinjene kan knyttes til sykepleiers ansvar ved palliativ omsorg.

2.3 – Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg.

2.10 – Sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse.

2.12 – Sykepleieren bidrar til en naturlig og verdig død, og at pasienten ikke dør alene.

(NSF, 2019)

Sykepleiefunksjonen som en helhet kan deles inn i ulike funksjonsområder, «*helsefremming, forebygging, behandling, lindring, rehabilitering, undervisning og veiledning, organisering, administrasjon og ledelse, fagutvikling, kvalitetssikring og forskning*» (Kristoffersen et al., 2016, s. 17). Alle disse funksjonene bidrar til den helhetlige omsorgen. I tillegg, skal alltid pasientens verdier stå i sentrum for den helhetlige omsorgen. Funksjonene som sykepleier utøver vil gjennom situasjonen, tidspunktet og stedet endres for å tilpasse den nødvendige hjelpen. Gjennom helsepersonellens kunnskap, kvalifikasjoner og erfaringer vil de kunne utøve funksjonene på en helhetlig og forsvarlig måte (Helsepersonelloven, 2001, §4). I denne oppgaven vil funksjonene til sykepleier hovedsakelig omfatte helsefremming og lindring. Helsefremming er en prosess som er med på å øke pasientens kontroll, kompetanse og

ferdighet i egen sykdom. Lindring har som hensikt å redusere omfanget av fysiske, psykiske, sosiale eller spirituelle belastninger (Kristoffersen et al., 2016, s. 18).

### 1.3. Formål og problemstilling

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse hvordan sykepleiere kan bidra til å gi pasienter med diagnosen hjertesvikt bedre sykepleie i den palliative fasen. Videre er målet å undersøke hvordan sykepleiere kan tilby god individualisert og tilpasset palliativ behandling til denne pasientgruppen. Problemstillingen vi har valgt knyttet til temaene palliasjon og hjertesvikt er:

**«Hvordan kan sykepleiere gi god palliativ omsorg til hjertesviktpasienter?»**

### 1.4. Avgrensning

I denne oppgaven har vi valgt å foreta en avgrensning. Grunnprinsippet for organiseringen av palliasjon i Norge er at alle helsetjenestenivåene skal beherske grunnleggende palliasjon (Haugen & Aass, 2016, s. 114). Vi har derfor valgt å finne forskning og litteratur for den palliative hjertesviktpasienten på alle nivå i helsetjenesten. Dette begrunnet i at de fleste pasientene vil forflytte seg flere ganger mellom de ulike tjenestenivåene.

## 2. Metode

### 2.1. Beskrivelse av metode

Et litteraturstudium bygger på et eget formulert spørsmål som man ønsker å besvare. For å besvare spørsmålet må man gjennom systematiske søk på godkjente og relevante databaser finne litteratur som omhandler det samme fagfeltet som spørsmålet man har formulert. Artikkene som de systematiske søkene kan vise til må deretter evalueres og analyseres for å undersøke om de gir svar på spørsmålet. I tillegg skal faglitteratur og teori på området brukes for å gi svar på spørsmålet (Aveyard, 2019, ss. 2-3)

### 2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Før gjennomføringen av det systematiske søket måtte vi utarbeide inklusjons- og eksklusjonskriterier. Kriteriene er med på å spisse søket og forenkler utvelgelsesprosessen (Aveyard, 2019, s. 74)

Standard inklusjonskriterier som fagfelleverderte artikler er med på å utelukke irrelevant og utilstrekkelig forskning. Egne valgte inklusjonskriterier som hjertesviktpasienter, palliative pasienter, pasientgruppe 65+år er med på å tilpasse søket. Vi har valgt å inkludere et alderskriterium på 65+ år, ettersom de fleste hjertesviktpasienter i palliativ fase er i denne aldersgruppen.

Eksklusjonskriteriene vi har valgt å ta med, er studier som er eldre enn 2013 og pasienter som ikke har diagnosen hjertesvikt. Da artikler som er eldre enn 2013, kan være utdaterte i forhold til dagens praksis. Videre var det nødvendig å ekskludere artikler som ikke omhandlet hjertesviktpasienter, siden mye av forskningen på området omhandlet andre diagnoser. Tabell 1 viser hvilke inklusjons- og eksklusjonskriterier vi har benyttet oss av i oppgaven.

**Tabell 1 - Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Hjertesviktpasienter	Studier eldre enn 2013
Palliative pasienter	
Pasientgruppe +65år	
Studier mellom 2013-2023	Pasienter som ikke har diagnosen hjertesvikt
Språk på engelsk eller skandinavisk	
Kvalitative-, kvantitative- og reviewartikler	
Fagfelleverderte artikler	

## 2.3. Søkestrategi

Før søkeprosessen startet valgte vi å lese litteraturen som omhandlet palliasjon og hjertesvikt. Deretter benyttet vi oss av et PICO-skjema for å utarbeide en problemstilling som vi ønsket å få besvart. PICO-skjemaet er med på å tydeliggjøre problemstillingen og gav oss en pekepinn på hvilke søkeord vi skulle bruke i de systematiske søkene (Strømme, 2017). PICO-skjemaet kan ses i tabell 2. Videre laget vi en konsepttabell for å tydeliggjøre hvilke søkeord vi skulle benytte. Ved nøye planlegging av søkene vil dette maksimere utbytte av forskningsartiklene man finner (Aveyard, 2019, s. 77).

Ved utarbeidelsene av søkeordene til konsepttabellen gjennomførte vi først et uoffisielt prøvesøk. Søket var med på å danne et bilde av terminologien som ble brukt i forskningen. Gjennom dette uoffisielle søket bemerket vi oss at begreper som «end of life care», «person centered care», «advanced care planing», «coordination of care» og «empowerment» ble benyttet i forskningen. I tillegg valgte vi å benytte oss av søkeverktøyet Medical Subject Headings (MeSH). Ved å kombinere både det uoffisielle prøvesøket og MeSH, utarbeidet vi en konsepttabell. Se tabell 3.

Vi gjennomførte det systematiske søket på databaser som Cinahl, Cinahl complete, Medline, PubMed og SveMed+. Medline og PubMed ble benyttet grunnet at det er to databaser med bred rekkevidde på artikler innenfor medisin og helsefag (Helsebiblioteket, 2018). Databasen Cinahl og Cinahl complete ble benyttet da begge er databaser med bred sykepleiefaglig forskning (Helsebiblioteket, 2018). SveMed+ ble benyttet da det er en nordisk database innenfor medisin og helse (Helsebiblioteket, u.å.). Vi er kjent med at SveMed+ ikke har forskning etter 2019, men valgte likevel å benyttes oss av denne forskningen. Det strukturerte søket kan ses i tabell 4.

**Tabell 2 – PICO skjema**

Hvordan kan sykepleiere gi god palliativ omsorg til hjertesviktpasienter?			
<b>P:</b> Hvilken type pasient/populasjon dreier dette seg om?	<b>I:</b> Hvilke tiltak/behandling/intervensjon ønsker vi å vite noe om?	<b>C:</b> Eventuelt Sammenligning	<b>O:</b> Hvilket utfall er vi ute etter, hva ønsker vi å finne ut av?
Hjertesviktpasienter som har behov for palliativ omsorg i ulike deler av helsesektoren	Medikamentelle, fysiske og psykososiale tiltak		Hvordan kan man bedre den palliative omsorgen til hjertesviktpasienter
Sykepleiere			

**Tabell 3 – Konsept tabell**

Hvordan kan sykepleiere gi god palliativ omsorg til hjertesviktpasienter?			
Konsept 1	Konsept 2	Konsept 3	Konsept 4
Hjertesviktpasienter	Palliative pasienter og palliativ omsorg	Tiltak for å bedre den palliative omsorgen	Sykepleie
<b>Søkeord</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Søkeord</b>
«Heart failure»	«Palliative care» «End of life care»	«Empowerment» «Person centered care» «Coordination of care» «Advanced care planning»	«Nurse» «Nursing» «Nursing care»

OR

AND



## 2.4. Søketabell

Tabell 4 – Søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
<b>PubMed</b>	14.04.2023	S1.	(Palliative care OR End of life care)		169 908	
		S2.	(Heart failure)		308 567	
		S3.	(Empowerment OR Person centered care OR Coordination of care)		82 114	
		S4.	S1. AND S2. AND S3.		164	
		S5.	S4.	Alder 65+	63	<b>3 (A, B &amp; C)</b>
<b>Cinahl, Cinahl complete, Medline</b>	17.04.2023	S1.	(Nurse OR Nursing OR Nursing care)		1 753 160	
		S2.	(Heart failure)		338 683	
		S3.	(Palliative care OR End of life care)		175 224	
		S4.	S1. AND S2. AND S3.		864	
		S5.	S4.	År 2013-2023 Alder 65+	216	<b>2 (D &amp; E)</b>
<b>SveMed+</b>	17.04.2023	S1.	(Palliativ care AND Heart failure AND Nursing)		3	
		S2.	S1.	År 2013-2019	2	<b>1 (F)</b>
<b>Cinahl</b>	20.04.2023	S1.	(Nursing)		786 333	
		S2.	(Palliative care OR End of life care)		28 939	

		S3.	(Heart failure)		77 449	
		S4.	S1. AND S2. AND S3.		109	
		S5.	S4.	År 2013-2023	66	<b>1 (G)</b>
<b>Oria</b>	25.04.2023	S1.	Håndsök			<b>1 (H)</b>

#### Inkluderte artikler:

- A)** Kyriakou, M., Samara, A., Philippou, K., Lakatamitou, I., & Lambrinou, E. (2021). A qualitative meta-synthesis of patients with heart failure perceived needs. *Reviews in Cardiovascular Medicine*. <https://doi.org/10.31083/j.rcm2203091>
- B)** Årestedt, K., Alvariza, A., Boman, K., Öhlén, J., Goliath, I., Håkanson, C., ... & Brännström, M. (2018). Symptom relief and palliative care during the last week of life among patients with heart failure: a national register study. *Journal of palliative medicine*, 21(3), 361-367. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0125>
- C)** Strachan, P. H., Ross, H., Rucker, G. M., Dodek, P. M., Heyland, D. K., & Canadian Researchers at the End of Life Network (CARENET). (2009). Mind the gap: Opportunities for improving end-of-life care for patients with advanced heart failure. *Canadian Journal of Cardiology*, 25(11), 635-640. [https://doi.org/10.1016/S0828-282X\(09\)70160-6](https://doi.org/10.1016/S0828-282X(09)70160-6)
- D)** Matsui, M. (2022). Nurses' symptom management and views on death and caring for heart failure and chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Palliative Nursing*, 28(5), 214-221. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2022.28.5.214>
- E)** Sidebottom, A. C., Jorgenson, A., Richards, H., Kirven, J., & Sillah, A. (2015). Inpatient palliative care for patients with acute heart failure: outcomes from a randomized trial. *Journal of palliative medicine*, 18(2), 134-142. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0192>
- F)** Nielsen, K. T., & Raunkiær, M. (2014). Palliativ indsats til ældre med kronisk hjertesvigt—en systematisk litteraturgennemgang. *Vård i Norden*, 34(2), 38-43. <https://doi.org/10.1177/010740831403400208>
- G)** O'Hanlon, D., & Harding, R. (2013). Are specialist heart failure nurses currently able to provide palliative care to their patients?. *Progress in Palliative Care*, 19(4), 165-171. <https://doi.org/10.1179/1743291X11Y.0000000010>
- H)** McIlvennan, C. K., & Allen, L. A. (2016). Palliative care in patients with heart failure. *bmj*, 353. <https://doi.org/10.1136/bmj.i1010>

## 2.5. Vurdering og utvelgelse av artikler

Vurderingene vi foretok for utvelgelsen av artiklene bestod av flere trinn. Noen av søkene våre ga mange treff, men likevel valgte vi å ikke minimere søkene. Dette er begrunnet i at vi kunne ha mistet verdifulle artikler. Første trinn i vurderingen og utvelgelsen av artikler var å lese overskriften til artikkelen. Her benytte vi oss av inklusjons- og eksklusjonskriteriene våre, og tok med de artiklene som var relevante. Andre trinn bestod av å lese abstraktet av forskning, her ble også noe forskning skrotet. Tredje trinn bestod av å skimle selve artiklene for å undersøke om de inneholdt den informasjonen vi ønsket for vår studie. Gjennom denne trinnvise prosessen kom vi frem til de åtte artiklene vi ønsket å benytte oss av i vår studie. Fjerde og siste trinn bestod av kvalitetssikring av artiklene. Vi benyttet oss av sjekklister på helsebiblioteket sine sider for å kvalitetssikre forskningen (Helsebiblioteket, 2021). I tillegg benyttet vi oss av Oria.no for å vurdere om artiklene var fagfelleverdert.

De åtte forskningsartiklene vi har valgt å bruke i litteraturstudiet består av fem kvantitative studier og tre systematiske reviewartikler, der den ene kun benytter kvalitativ forskning. Ved utvelgelsen av forskningsartiklene hadde vi som hensikt å benytte litteratur med ulike forskningsmetoder.

## 2.6. Analyse

Evans (2002) beskriver hvordan man analyserer artikler i fire trinn. *Trinn 1* består av datainnsamlingen, *Trinn 2* indentifisere nøkkelfunn, *Trinn 3* indentifisere temaer i artiklene, *Trinn 4* sammenfatning av funnene (Evans, 2002). Ved bruk av Evans analysemodell gjennomførte vi en trinnvis analyse av artiklene.

**Trinn 1:** Det første trinnet består av en nøyaktig datainnsamling. Datainnsamlingen inneholder inklusjons- og eksklusjonskriterter slik at studiene som blir valgt omfatter samme tema (Evans, 2002). Det første trinnet blir gjennomført og beskrevet i delkapitlene 2.2 *Inklusjons- og eksklusjonskriterier*, 2.3 *Søkestrategi* og 2.4 *Søketabell*. I tillegg skal man velge ut artiklene som skal benyttes i litteraturstudien (Evans, 2002). Utvelgelsen av de de åtte artiklene blir forklart i delkapittelet 2.5 *Vurdering og utvelgelse av litteraturen*.

**Trinn 2:** Handler om å identifisere hva som er hovedinnholdet i de aktuelle studiene og legge frem dette på en sammenfattende måte (Evans, 2002). Ved bruk av artikkelmatrise har vi dratt ut hovedinnholdet i hver artikkel på en sammenfattende måte. Artikkelmatrisen blir beskrevet i delkapittel 3.1 *Artikkelmatrise*.

**Trinn 3:** Handler om å identifisere temaer i artiklene, både hovedtemaer og undertemaet (Evans, 2002). I tabell 5 har vi utarbeidet og konkretisert funnene våre ved å dele opp artiklene i ulike temaer. De temaene vi har valgt å fokusere på er hvordan sykepleierens «kompetanse» og «organisering» påvirker utførelsen av palliativ omsorg til hjertesviktpasienter. Hoved- og undertema er satt opp i tabell 5, med deres respektive artikler.

**Trinn 4:** Er en sammenfatning av resultatene. Her blir resultatene av artiklene beskrevet og en syntese av artiklene skal sammenfattes (Evans, 2002). Dette siste trinnet blir beskrevet i delkapittel 3.2 *Sammenfattet resultat av forskningen*.

**Tabell 5 - Analyse av hoved- og undertema i artiklene**

<b>Tema/undertema</b>	<b>Artikler som omhandler tema</b>
<b>Kompetanse</b>	
Behov for økt kunnskap	<b>B, D, F, G, H</b>
Samtaler om palliativ behandling	<b>B, C, D, F, G, H</b>
<b>Organisering</b>	
Behov for palliativ plan	<b>A, B, C, E, F, H</b>
Samhandling mellom helsesektorene	<b>C, F, H</b>
Sykepleierens rolle i den palliative omsorg	<b>A, C, F, G, H</b>

## 3. Resultater

### 3.1. Artikkelmatrikse

Artikkelmatriksen består av åtte artikler og blir presentert i tabell 6-13.

Tabell 6 - Artikkelmatrikse A

Artikkel A	
<b>Referanse</b>	<b>A)</b> Kyriakou, M., Samara, A., Philippou, K., Lakatamitou, I., & Lambrinou, E. (2021). A qualitative meta-synthesis of patients with heart failure perceived needs. <i>Reviews in Cardiovascular Medicine</i> . Hentet fra: <a href="https://doi.org/10.31083/j.rcm2203091">https://doi.org/10.31083/j.rcm2203091</a>
<b>Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål</b>	Hensikten med studien var å undersøke hjertesviktpasienter sine opplevde behov. Ettersom hjertesviktpasienter ofte opplever å ha dårlig helse relatert livskvalitet (HR-QoL).
<b>Metode</b>	Design: Systematisk reviewartikkel med bruk av kvalitativ metode.  Utvalg: Studien har gjennomført et systematisk søk på litteratur som inneholder ordene «needs» eller «need», «heart failure» og «qualitative». Ut ifra dette søket ble 11 kvalitative studier valgt.
<b>Resultat</b>	Studien kom fram til et hovedtema som de kaller «Vind under vingene mine». Hovedtemaet bygger på kontinuerlig empowerment og støtte fra helsepersonell og pårørende. Undertemaene er egenbehandling, palliativ omsorg, støttende omsorg, sosial støtte og kontinuerlig person sentrert omsorg. Når disse behovene blir diskutert og undersøkt i fellesskap med pasient og helsepersonell, vil dette øke hjertesviktpasienters livskvalitet. Studien understreker også at for å bedre behandlingstilbudet til hjertesviktpasienter må man utvikle en modell for «kontinuerlig person sentrert omsorg» (CPCC).
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Denne artikkelen er relevant for vår oppgave ettersom den tar for seg flere aspekter av hvordan man på best mulig måte kan behandle hjertesviktpasienter. I tillegg viser den hvordan en kontinuerlig plan vil kunne gi den beste behandlingen for hjertesviktpasienter. En sterkt side ved studien er at den er skrevet av kvalifiserte kardiologer og kardiologiske sykepleiere.

Tabell 7 - Artikkelmatrise B

Artikkel B	
<b>Referanse</b>	<b>B)</b> Årestedt, K., Alvariza, A., Boman, K., Öhlén, J., Goliath, I., Håkanson, C., ... & Brännström, M. (2018). Symptom relief and palliative care during the last week of life among patients with heart failure: a national register study. <i>Journal of palliative medicine</i> , 21(3), 361-367. Hentet fra: <a href="https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0125">https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0125</a>
<b>Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål</b>	Hensikten med denne studien var å beskrive sentrale elementer for palliativ omsorg til hjertesviktpasienter i livets slutfase. Med utgangspunkt i helsearbeidere sine rapporter.
<b>Metode</b>	Design: Kvantitativ studie. Nasjonal registerforskning, der data fra «Det Svenske registeret for palliativomsorg» ble brukt.  Utvalg: Studien inkluderer 3981 pasienter som hadde hjertesvikt som sin underliggende årsak til dødsfall.  Metode: Studien tok utgangspunkt i kvalitetsregistrerte data der sykepleiere og leger har rapportert hvordan den siste uken til den palliative hjertesviktpasienten var. Dette etter pasientens død. Studien har i tillegg sett på behandlingsintervensjoner og sentrale elementer i den palliative omsorgen til hjertesviktpasienter.
<b>Resultat</b>	Studien viste at smerte var det mest utbredte symptomet hos palliative hjertesviktpasienter, der 62,2% rapporterte smerter i den siste leveuken. 25,4% av pasientene fikk delvis eller ikke lindret smerten tilstrekkelig. Dødsralling, -angst, dyspné, forvirring og kvalme var symptomer som også forekom ved livets slutfase til hjertesviktpasienter. Dødsralling, dyspné og svimmelhet var symptomer hvor over halvparten av pasientene ikke hadde fått lindret eller kun delvis hadde fått lindret sine symptomer. For lindring av symptomene ble injeksjoner for smerte, angst og knatrelyder benyttet. Kun 11,7% fikk ekstern hjelp for smertelindring.  Mindre enn 1/3 av pasientene hadde en samtale med lege om livets slutt. I tillegg fikk kun litt over halvparten av pårørende den samme samtalen. Forskingen trekker frem flere mulige årsaker, blant annet utfordringer å vite når den hjertesyke pasienten trenger lindrende behandling.  Rundt 1/5 av pasientene døde alene, uten helsepersonell eller familie til stede. Både pasientene selv og helsepersonellet forteller om viktigheten av å ikke dø alene. Likevel er forekomsten høy.

	<p>Artikkelen viser at det er kun 4,2% av pasientene som fikk spesialisert palliativ omsorg. Dette fører med seg både dårligere symptomlindring, mindre åpenhet rundt døden og reduserer pasientenes egen påvirkning.</p>
<p><b>Kommentar og relevans for problemstilling</b></p>	<p>Studien er relevant for vår oppgave ettersom den forteller om hvordan den palliative omsorgen til hjertesviktpasienter kan forbedres, gjennom å se på tidligere hendelser. Forskningsartikkelen gir oss et godt grunnlag for sykepleiernes perspektiv knyttet til den palliative omsorgen til hjertesviktpasienter. I tillegg kan man trekke likheter mellom norsk og svensk helsevesen.</p> <p>Studien ser kun på behandlingen ved livets slutt, ikke gjennom et helt behandlingsforløp.</p> <p>Utfordringer med denne studien var at «Det svenske registeret for palliativ omsorg» hadde kun samlet rapporter fra halvparten av alle dødsfallene som var forårsaket av hjertesvikt i Sverige. I tillegg er rapportene levert i etterkant av dødsfallet, noe som vil medføre hukommelsesskjevhet fra helsearbeiderne. Det er helsepersonellet som har levert inn rapportene, og ikke pasienten selv, altså primærkilder. Dette kan være et opphav til feilkilder i forskningen.</p>

**Tabell 8 - Artikkelmatrise C**

Artikkel C	
<p><b>Referanse</b></p>	<p><b>C)</b> Strachan, P. H., Ross, H., Rocker, G. M., Dodek, P. M., Heyland, D. K., &amp; Canadian Researchers at the End of Life Network (CARENET). (2009). Mind the gap: Opportunities for improving end-of-life care for patients with advanced heart failure. <i>Canadian Journal of Cardiology</i>, 25(11), 635-640. Hentet fra: <a href="https://doi.org/10.1016/S0828-282X(09)70160-6">https://doi.org/10.1016/S0828-282X(09)70160-6</a></p>
<p><b>Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål</b></p>	<p>Hensikten med denne studien var å identifisere fra pasientens perspektiv, hvordan man kan forbedre palliativ behandling til pasienter med hjertesvikt som er innlagt på sykehus.</p>
<p><b>Metode</b></p>	<p>Design: Kvantitativ studie</p> <p>Utvalg: Studien ble gjennomført i Canada. 106 innlagte pasienter som hadde avansert hjertesvikt ble inkludert i studien.</p>

	<p>Studien sammenlignet aspekter av palliativ omsorg som pasientene vurderte som «ekstremt viktige» og deres grad av tilfredsstilhet knyttet til disse aspektene. Dette ble undersøkt for å identifisere mulighetene for å forbedre den palliative omsorgen for denne pasientgruppen. Tverrsnittsundersøkelsen inneholdt 28 spørsmål med fem hovedtema: medisin og sykepleieomsorg; kommunikasjon og beslutningstaking; sosiale relasjoner og støtte; mening og eksistens; avansert omsorgsplanlegging.</p>
<p><b>Resultat</b></p>	<p>De tre elementene som var vurdert som «ekstremt viktige» oftest var unngåelse av livsstøtte hvis det ikke var håp for en meningsfull bedring, at informasjonen ble formidlet ærlig av legen og ikke å være en byrde for familien.</p> <p>Elementene som ble vurdert som «minst viktig» var at sykdommen ikke skulle føre til en finansiell byrde for familien, at religiøse og spirituelle behov ble møtt og å dø på et sted av eget ønske. Alle pasientene rapporterte om minst et element de var misfornøyde med knyttet til den palliative behandlingen. Den største mulige forbedringen fra pasientens perspektiv knyttet til palliativ omsorg var; reduksjon av emosjonell og psykisk byrde på familie, en tilstrekkelig plan for utskrivelsen til hjemmet. Ærlig kommunikasjon fra deres lege. Lindring av symptomer. Tilgjengeligheten til legen og vite hvilken lege og sykepleier som hadde hovedansvaret for behandlingen.</p>
<p><b>Kommentar og relevans for problemstilling</b></p>	<p>Denne studien er relevant for vår problemstilling, da den har spurt pasienter direkte hva de mener er mangelfullt knyttet til palliativ omsorg i deres situasjon med hjertesvikt. Studien peker på flere elementer pasientene mener er viktige, og andre elementer de mener er mindre viktige. Studien undersøker også hvor tilfredse pasientene er knyttet til de ulike elementene av palliativ omsorg.</p> <p>Denne studien er eldre enn det vi har satt som søkekriterier for vår oppgave. Vi har likevel valgt å inkludere artikkelen. Dette grunnet dens relevans for vår problemstilling, da den har spurt pasientgruppen vi undersøker direkte spørsmål knyttet til palliativ omsorg. Vi vil dermed få tydelige svar fra pasientene selv hva de mener er viktig og hva de mener er manglende i den palliative behandlingen.</p>



**Tabell 9 - Artikkelmatrise D**

Artikkel D	
<b>Referanse</b>	<p><b>D)</b> Matsui, M. (2022). Nurses' symptom management and views on death and caring for heart failure and chronic obstructive pulmonary disease. <i>International Journal of Palliative Nursing</i>, 28(5), 214-221.  Hentet fra: <a href="https://doi.org/10.12968/ijpn.2022.28.5.214">https://doi.org/10.12968/ijpn.2022.28.5.214</a></p>
<b>Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål</b>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke sykepleiers symptom-håndtering knyttet til symptomvurderinger og ikke-farmakologiske intervensjoner. I tillegg til faktorer knyttet til sykepleieres syn på død hos hjertesvikt- og KOLS-pasienter.</p>
<b>Metode</b>	<p>Design: Kvantitativ studie.</p> <p>Utvalg: Studien ble gjennomført på ulike sykehus med hjertesvikt-, og lungeavdelinger i Tokyo, Japan. 266 sykepleiere var med i studien.</p> <p>Metoden for denne studien var bruk av spørreskjema for innhenting av data. Spørreskjema undersøkte 14 symptomer som oppstår i livets slutfase. Symptomene var dyspné, hoste, smerte, fatigue, kvalme/oppkast, forstoppelse, ødem, angst, depresjon, delir, søvnforstyrrelser, kognitive forstyrrelser og anoreksi. For hvert symptom ble sykepleier spurt hvilke non-farmakologiske tiltak som ble benyttet for å redusere disse symptomene. For å vurdere sykepleieres holdninger til døden ble spørreskjema FATCOD (Frommelt Attitude Toward Care of Dying) brukt.</p>
<b>Resultat</b>	<p>Studien viste at symptomene dyspné og hoste ble behandlet i størst grad, da med justering av ligge- og sittestilling. I tillegg ble smerte, forstoppelse og ødem godt behandlet med varme og kalde kompresser og massasje. Daglige rutiner som måltider, dobesøk og stell ble i større grad endret hos pasienter som hadde smerter og kvalme. Symptomer som depresjon og angst ble ikke behandlet godt nok.</p> <p>Studien viser at sykepleierne som jobber med pasienter med hjertesvikt og KOLS har dårligere holdninger enn kreftsykepleiere. Videre blir det også nevnt at sykepleierne ønsker mer trening og kunnskap til hvordan man skal gi palliativ behandling til disse pasientgruppene.</p>
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	<p>Studien viser hvordan det er manglende kunnskap ovenfor palliativ behandling til hjertesviktpasienter. I tillegg viser studien at hjertesviktpasienter ikke får like mye omsorg som kreftpasienter i den palliative fasen.</p>

	Selv om studien er gjennomført i Japan, kan vi trekke sammenhenger til det norske helsevesenet, dette fordi Japan er vestlig orientert og har et godt helsevesen. Begrensninger med denne studien er at de ikke bare undersøker hjertesviktpasienter, men også KOLS-pasienter.
--	--

**Tabell 10 - Artikkelmatrise E**

<b>Artikkel E</b>	
<b>Referanse</b>	<b>E)</b> Sidebottom, A. C., Jorgenson, A., Richards, H., Kirven, J., & Sillah, A. (2015). Inpatient palliative care for patients with acute heart failure: outcomes from a randomized trial. <i>Journal of palliative medicine</i> , 18(2), 134-142. Hentet fra: <a href="https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0192">https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0192</a>
<b>Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål</b>	Hensikten med studien var å undersøke om bruken av palliativ omsorg hos inneliggende pasienter med akutt hjertesvikt hadde noen effekt på symptomlindring, depresjonssymptomer og livskvalitet.
<b>Metode</b>	Design: Randomisert studie med bruk av kvantitativ metode  Utvalg: Studien ble gjennomført i Minnesota, USA og hadde 232 deltakere. 116 var i behandlingsgruppen og 116 var i kontrollgruppen.  Undersøkelsen benyttet seg av kartleggingsverktøyene, ESAS, PHQ-9 og MLHF. Kartleggingsverktøyene ble besvart ved innleggelse, etter én måned og etter tre måneder.  Behandlingsgruppen fikk i løpet av de første 24 timene etter innleggelse på sykehuset tilbud om å snakke med et palliativt team. Dette palliative teamet bestod av fire leger med videreutdanning i palliasjon, to palliasjons sykepleiere, en sosialarbeider og en fra samtaletjenesten. Kontrollgruppen var pasienter på sykehuset som ikke fikk dette tilbudet, men fikk standard behandling av palliativ omsorg, uten bruken av det palliative teamet.
<b>Resultat</b>	Undersøkelsen viste at bruken av palliative team hadde en positiv effekt på symptombyrden, livskvalitet og depresjon hos pasientene som mottok behandling gjennom palliativt team. Symptomer som dyspné, angst og trøtthet var de symptomene med størst forbedring i behandlingsgruppen i forhold til kontrollgruppen. Totalt opplevde behandlingsgruppen en 11% forbedring av symptombyrden, 17% hadde færre

	depresjonssymptomer og 10% opplevde større livskvalitet. Studien diskuterer også hvordan sykehuset bruker ACP (Advanced Care Planning) når de skriver ut pasienter med hjertesvikt for å bedre den palliative omsorgen.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Studien er relevant for vår problemstilling ettersom den gir konkrete bevis på at det er viktig med palliativ omsorg til hjertesviktpasienter. I tillegg diskuterer artikkelen funnene opp mot palliativ plan.

**Tabell 11 - Artikkelmatrise F**

<b>Artikkel F</b>	
<b>Referanse</b>	<b>F)</b> Nielsen, K. T., & Raunkiær, M. (2014). Palliativ indsats til ældre med kronisk hjertesvigt—en systematisk litteraturgennemgang. <i>Vård i Norden</i> , 34(2), 38-43. Hentet fra: <a href="https://doi.org/10.1177/010740831403400208">https://doi.org/10.1177/010740831403400208</a>
<b>Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål</b>	«Hvordan beskriver den internasjonale forskningsbaserte litteraturen utfordringer og løsninger i forhold til palliativ innsats overfor eldre med kronisk hjertesvikt?»
<b>Metode</b>	Design: Systematisk review  Utvalg: Studien tar for seg 37 ulike artikler, fordelt på 10 ulike land. 15 kvalitative, 11 kvantitative artikler, ni reviews og to artikler med mikset-metode.  Metoden i denne studien er en systematisk litteratursøking med inklusjons- og eksklusjonskriterier. Etterfulgt av en todelt analyse. Første del er en kvalitetsvurdering av artiklene, mens andre del er en analyse av artiklene.
<b>Resultat</b>	Studien antyder at sykepleiere synes det er vanskelig å anslå prognosene for pasienter med hjertesvikt. Konsekvensen kan da være en manglende palliativ innsats. Innsatsen hos sykepleieren preges av mangel på kontinuitet, kommunikasjon og koordinasjon knyttet til pasientoverganger mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Datamaterialet som er undersøkt i denne studien viser at det kan være hensiktsmessig med en tosidig innsats, hvor den palliative behandlingen tilbys samtidig med en rehabiliterende tilnærming. Det rettes søkelys på manglende tydeliggjøring mellom helsepersonell, og hvem som har hovedansvaret for den palliative behandlingen. Studien påpeker ved flere anledninger at en «flytende» pleieplan som pasientene er med på å skrive, tidlig i sykdomsfasen, vil sikre større kontinuitet

	og forståelse for pasientens ønsker rundt den palliative behandlingen.
<b>Kommentar og relevans for problemstillingen</b>	Denne studien er relevant for vår problemstilling da den belyser både utfordringer knyttet til palliativ behandling hos hjertesviktpasienter, men også løsninger og tiltak.

**Tabell 12 - Artikkelmatrise G**

<b>Artikkel G</b>	
<b>Referanse</b>	<b>G)</b> O’Hanlon, D., & Harding, R. (2013). Are specialist heart failure nurses currently able to provide palliative care to their patients?. <i>Progress in Palliative Care</i> , 19(4), 165-171. Hentet fra: <a href="https://doi.org/10.1179/1743291X11Y.0000000010">https://doi.org/10.1179/1743291X11Y.0000000010</a>
<b>Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål</b>	Denne studien hadde som mål å beskrive den nåværende palliative kompetansen og kunnskapen til kardiologiske sykepleiere med spesialisering i hjertesvikt. I tillegg hadde studien som mål å identifisere hull i utdanningen og erfaringen innen symptomkontroll og palliativ behandling hos hjertesviktpasienter.
<b>Metode</b>	Design: Kvantitativ studie  Utvalg: Studien ble gjennomført i Storbritannia. Alle kardiologiske sykepleiere i Storbritannia med ekspertise innenfor hjertesvikt ble invitert til å delta. 142 sykepleiere deltok.  Sykepleierne ble stilt ulike spørsmål, knyttet til deres kunnskap og kompetanse om palliativ behandling hos hjertesviktpasienter.
<b>Resultat</b>	Sykepleierne som deltok i studien, påpeker at det er behov for økt kompetanse om palliativ omsorg til hjertesviktpasienter. Sykepleierne rapporterer at de har hull i deres kompetanse med fokus på palliativ pleie og at de ikke har nok kommunikasjonsferdigheter knyttet til den palliative omsorgen. I tillegg, er sykepleierne usikre på deres rolle i et palliativt forløp. Studien påpeker behovet for en tydelig definisjon av roller i den palliative omsorgen og en oppdatert modell for palliativ omsorg til hjertesviktpasienter.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Studien er relevant for vår problemstilling, da den belyser usikkerheten og mangelen på kunnskap knyttet til feltet palliativ omsorg til hjertesviktpasienter. Videre belyser studien flere ulike forbedringspunkter i den palliative omsorgen. Studien gjør godt rede for hvordan sykepleiere selv erfarer sin kompetanse og kunnskap om palliativ omsorg til hjertesviktpasienter.

Tabell 13 - Artikkelmatrise H

Artikkel H	
<b>Referanse</b>	<b>H)</b> McIlvennan, C. K., & Allen, L. A. (2016). Palliative care in patients with heart failure. <i>bmj</i> , 353. Hentet fra: <a href="https://doi.org/10.1136/bmj.i1010">https://doi.org/10.1136/bmj.i1010</a>
<b>Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål</b>	Artikkelen har som hensikt å oppsummere gjeldende litteratur om den nye rollen palliativ behandling har til pasienter med hjertesvikt. Artikkelen ser også på utfordringene og mulighetene for å integrere palliativ omsorg som en rutinemessig behandling til hjertesviktpasienter.
<b>Metode</b>	Design: Systematisk review  Utvalg: Studien nevner ikke antallet studier den har benyttet  Studien har benyttet strukturert litteratursøk i databasen PubMed med «heart failure», «Palliative care», «quality of life», «symptom burden» og «end of life» som søkeord. Studien hadde spesiell oppmerksomhet på randomiserte kontrollerte studier og intervensjonsstudier.
<b>Resultat</b>	Studien slår fast at palliativ behandling er dårlig integrert i omsorgen for pasienter med hjertesvikt. Studien peker på dårlig kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient som en utfordring knyttet til implementeringen av palliativ behandling. I tillegg er manglende vilje til å snakke om dårlig prognose og døden blant helsepersonell bremsende. Et samarbeidsforhold mellom primærhelsetjenesten, kardiologi og palliative fagfelt kan føre til forbedret forståelse av pasientens mål og bedre livskvalitet for pasientene. Studien slår fast at svært få pasienter med hjertesvikt har en palliativ plan, og mange har ikke hatt en samtale om livets slutt med helsepersonell. Hjertesviktpasienter som mottar palliativ og rehabiliterende behandling tidlig i sykdomsforløpet opplever bedre livskvalitet.
<b>Kommentar og relevans for problemstilling</b>	Artikkelen ser på utfordringer og muligheter for å integrere palliativ omsorg som en rutinemessig behandling til hjertesviktpasienter. Denne studien er derfor relevant for vår problemstilling da den diskuterer hvordan sykepleiere kan gi god palliativ behandling til hjertesviktpasienter. Studien legger fram både positive og negative sider med dagens bruk av palliativ behandling, og kommer med forslag til hva som kan endres for at fremtidens hjertesviktpasienter skal få en bedre palliativ behandling.

## 3.2. Sammenfattet resultat av forskningen

### 3.2.1. Behov for palliativ plan

Seks av de åtte artiklene påpeker palliativ plan som en anbefalt behandling for hjertesviktpasienter (Kyriakou et al., 2021; Årestedt, et al., 2018; Strachan et al., 2009; Sidebottom et al., 2015; Nielsen & Raunkiær, 2014; Mcllvennan & Allen, 2016). Gjennom den randomiserte studien til Sidebottom et al. (2015) ser vi at både symptombyrden og depressive symptomer reduseres, i tillegg til at livskvaliteten til pasientene øker ved bruk av palliativ plan. Studien ga halvparten av pasientene samtaler med en eller flere fra et palliativt team. Samtalene inneholdt evaluering av symptombyrden, emosjonell, spirituell og psykososiale behov ved behandlingen. I tillegg inneholdt samtalene anbefalinger for endring av behandlingsplan, fremtidige behandlinger og opprettelse av en palliativ plan (Sidebottom et al., 2015). Videre viser den kvalitative reviewartikkelen til Kyriakou et al. (2021) at et av behovene til hjertesviktpasienter er å få individualisert omsorg, basert på pasientenes egne ønsker, egenskaper, rutiner og mål. I tillegg viser studien til Strachan et al. (2009) at en adekvat palliativ plan, og lett tilgang til helsetjenester ved hjemkomst fra sykehus er svært viktig for hjertesviktpasienter. Ved hjelp av en palliativ plan kan dette gjennomføres (Strachan et al., 2009).

Den svenske studien fra 2018 viser at kun 4,2% av hjertesviktpasienter mottok palliativ plan (Årestedt et al., 2018). Dette samsvarer med annen forskning fra Storbritannia der palliative behandlere mottok svært få henvisninger fra hjertesviktpasienter (Mcllvennan & Allen, 2016). I tillegg sammenlignet forskningsartiklene den palliative behandlingen til hjertesviktpasienter mot den palliative behandlingen til kreftpasienter. Artiklene påpeker at tilbudet til kreftpasienter er mye mer omfattende og kreftpasienter oftere blir tilbudt palliasjon enn hjertesviktpasienter (Årestedt et al., 2018; Nielsen & Raunkiær, 2014; Strachan et al., 2009; Mcllvennan & Allen, 2016). Studien til Årestedt et al. (2018) viser at 1/5 av hjertesviktpasienter dør alene. Studien påpeker at dette tallet er unormalt høyt, også tatt i betraktning at hjertesvikt er en uforutsigbar sykdom. Strachan et al. (2009) påpeker at usikkerhet i sykdomsforløpet burde være en indikasjon på opprettelsen av en palliativ plan. Flere studier påpeker vanskeligheten med å finne en naturlig overgang mellom den rehabiliterende fasen og den palliative fasen av hjertesvikt (Nielsen & Raunkiær, 2014; Strachan et al., 2009). Mcllvennan & Allen (2016) viser til viktigheten av å starte med palliativ plan tidlig i forløpet da dette kan bidra til forutsigbarhet for både pasient og sykepleier.

### 3.2.2. Samtaler om palliativ behandling

Flere av artiklene påpeker at sykepleiere ikke føler seg komfortable med å snakke om døden og palliativ behandling med pasientene sine (Mcllvennan & Allen, 2016; Matsui, 2022; O'Hanlon & Harding, 2013; Årestedt et al., 2018). En sykepleier uttalte: «*I have to admit to not discussing death with patients*» (O'Hanlon & Harding, 2013).

Sykepleiere mener det må være mer fokus på undervisning og trening av deres kommunikasjonsferdigheter. Dette for å føle seg trygg i diskusjoner og samtaler om døden med pasienter og pårørende i en palliativ fase (O'Hanlon & Harding, 2013; Mcllvennan & Allen, 2016; Matsui, 2022). En sykepleier uttalte følgende: «*My background has not always enabled me to learn about broaching end of life issues. Most*

*deaths have been sudden so I need skills in dealing with end of life»* (O'Hanlon & Harding, 2013).

I artikkelen til Mcllvennan & Allen (2016) rapporterer sykepleierne om en uvilje til å diskutere informasjon om dårlig prognose og døden med pasientene. Dette følges opp med at 1/3 sykepleierne, som ble spurt, i studien til Mcllvennan & Allen (2016) føler de har lav eller veldig lav selvtillit til å igangsette samtaler eller diskusjoner knyttet til prognosen. Artikkelen til Årestedt et al. (2018) påpeker at mindre enn 1/3 av pasientene rapporterte å ha hatt en «end-of-life» diskusjon underveis i deres sykdomsforløp.

Pasienter rapporterer i flere av studiene at de ønsker at sykepleiere og helsepersonell skal være ærlige i informasjonen de gir knyttet til diagnose, behandling og døden (Strachan et al., 2009; Mcllvennan & Allen, 2016; Nielsen & Raunkiær, 2014). Nielsen & Raunkiær (2014) og Årestedt et al. (2018) påpeker at hjertesviktpasienter får lite informasjon om sykdommen. Dette resulterer i at hjertesviktpasienter har mindre forståelse av sykdommen og prognosen. Forklaringen på dette er at sykepleiere ikke føler seg komfortabel med å samtale om dette temaet (Nielsen & Raunkiær, 2014). Studien til Årestedt et al. (2018) antyder at sykepleiere ofte avstår fra å samtale om palliativ behandling med pasientene, og holder tilbake informasjon til tross for at de mener pasienter og deres pårørende bør bli gitt ærlig informasjon. Pasienter ønsker å diskutere prognosen tidligere i sykdomsforløpet, for å få klarhet i behandlingsoalternativer og beslutninger tilknyttet diagnosen (Mcllvennan & Allen, 2016).

### 3.2.3. Sykepleierens rolle i den palliative omsorgen

Rollen til sykepleiere blir evaluert og diskutert i forskningen (Kyriakou et al., 2021; Strachan et al., 2009; Nielsen & Raunkiær, 2014; O'Hanlon & Harding, 2013; Mcllvennan & Allen, 2016). Flere av studiene påpeker at sykepleierens rolle er å følge opp den medikamentelle behandlingen til hjertesviktpasienter (O'Hanlon & Harding, 2013; Mcllvennan & Allen, 2016; Kyriakou et al., 2021). Sykepleiere har en sentral rolle i vurderingen av effekt og bivirkninger av den medikamentelle symptomlindringen til hjertesviktpasienter. De vanligste symptomene som blir behandlet med medikamenter er smerte, dyspné, kvalme, obstipasjon og depresjon (O'Hanlon & Harding, 2013). To studier påpeker at pasienter opplever å ikke bli tilstrekkelig symptomlindret (Årestedt et al., 2018; O'Hanlon & Harding, 2013).

Studien til Strachan et al. (2009) undersøkte hva som var viktigst for hjertesviktpasienter i den palliative fasen. Dette var følgende: å få god symptomlindring, å ha tillit og fortrolighet til sykepleierne, å ha noen som kan lytte til deg når man føler seg redd, trist, engstelig og forvirret, og å ha god kommunikasjon med sykepleier slik at informasjonen man får er forståelig (Strachan et al., 2009). Videre viser studien til O'Hanlon & Harding (2013) hva sykepleiere føler er deres rolle når det kommer til den palliative omsorgen. Resultatene viser at 100% mener symptomlindring er deres ansvar, 98% mener de skal tilby psykologisk støtte, 76% mener det er deres rolle å tilby palliativ omsorg og 56% mener det er deres ansvar å tilby sorg støtte (O'Hanlon & Harding, 2013). I den samme undersøkelsen forteller sykepleierne at de er usikre på hvem som skal ta ledelsen når hjertesviktpasienter har behov for palliativ omsorg. To sykepleiere uttalte følgende «*Depends if I'm expected to be a palliative care specialist.*» og «*When do I refer to palliativ care?*» (O'Hanlon & Harding, 2013).

I en annen studie opplever hjertesviktpasienter manglende grad av sammenheng og kontinuitet i pleie, behandling og involvering av pårørende (Nielsen & Raunkiær, 2014). Pasienter og pårørende ønsker en kontinuerlig relasjon med en fast sykepleier, som preges av tillit, fortrolighet, og som koordinerer den palliative behandlingen og jevnlig vurderer pasientens tilstand og medisiner (Nielsen & Raunkiær, 2014).

#### 3.2.4. Behov for økt kunnskap

Et annet funn fra fem av artiklene er behovet for økt kompetanse blant sykepleiere (Årestedt et al., 2018; Matsui, 2022; Nielsen & Raunkiær, 2014; O'Hanlon & Harding, 2013; McIlvennan & Allen, 2016). To av forskningsartiklene er basert på sykepleiere sine meninger og erfaringer om palliativ omsorg til hjertesviktpasienter. I den ene studiene svarte 93% at det var hull i deres kunnskap i den palliative behandlingen til hjertesviktpasienter, og med mer trening på området vil selvsikkerheten og ferdighetene øke (O'Hanlon & Harding, 2013). I den andre studien opplever sykepleiere også mangler på kunnskap i behandlingen av palliative hjertesviktpasienter. Studien poengterer at en mer spesialisert opplæring for sykepleiere rettet mot den palliative behandlingen til hjertesviktpasienter bør finne sted (Matsui, 2022). Nielsen & Raunkiær (2014) påpeker at hovedfokuset til sykepleiere på kardiologiske avdelinger er å behandle hjertesvikten og jobbe rehabiliterende (Nielsen & Raunkiær, 2014).

Studien til Årestedt et al. (2018) fremhever at mangel på kompetanse og ressurser er en stor barriere for integrering av palliativ omsorg til hjertesviktpasienter. Resultatene i studien til Matsui (2022) og Nielsen & Raunkiær (2014) tyder på at sykepleieres holdninger og kompetanse til omsorg for døende pasienter, med andre sykdommer enn kreft, er suboptimal. I følge studiene må kompetansen økes, og det kreves forbedring for å matche holdningene til kreftsykepleiere (Nielsen & Raunkiær, 2014; Matsui, 2022). Nielsen & Raunkiær (2014) peker på mange utfordringer for sykepleiere når palliativ omsorg skal integreres til hjertesviktpasienter, både menneskelig, faglig og organisatorisk.

#### 3.2.5. Samhandling mellom helsesektorene

Flere av artiklene legger frem manglende kommunikasjon på tvers av helsesektorene og at dette kan påvirke pasientenes palliative behandling (Strachan et al., 2009; Nielsen & Raunkiær, 2014; McIlvennan & Allen, 2016). Nielsen & Raunkiær (2014) fremhever at overgangen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er særlig problematisk. Den samme artikkelen påpeker at løsningen er å ha en palliativ plan som følger pasienten mellom helsesektorene. Forskingen påpeker at dette kan øke kontinuitet og bidra til færre sykehus innleggelses for hjertesviktpasienter (Nielsen & Raunkiær, 2014). En annen studie påpeker at et samarbeidsforhold mellom primærhelsetjenesten, kardiologi og palliativt team kan føre til forbedret kommunikasjon på tvers av helsesektorene (McIlvennan & Allen, 2016).

Strachan et al. (2009) påpeker at pasientene ofte har en mangelfull plan og helseoppfølging når de skrives ut av sykehuset. Videre påpeker den samme studien at sykepleiere kan bidra til å forbedre koordinasjonene ved samhandling. I tillegg til viktigheten av oppfølging av palliative team (Strachan et al., 2009; McIlvennan & Allen, 2016)



## 4. Diskusjon

I dette kapittelet diskuteres funn i valgte forskningsartikler og litteratur presentert tidligere i oppgaven opp imot problemstillingen. I denne delen vil også metoden drøftes, hvor oppgavens styrker og svakheter belyses. Egne erfaringer og implikasjoner for sykepleien vil også diskuteres opp mot forskning og litteratur. Vår problemstilling er:

**«Hvordan kan sykepleiere gi god palliativ omsorg til hjertesviktpasienter?»**

### 4.1. Behov for palliativ plan

Behovet for palliativ plan blir både i forskningen og i litteraturen nevnt som nødvendig i behandlingen av hjertesviktpasienter. Hjertesviktpasienter er en sårbar gruppe med et progredierende sykdomsforløp der behovet for tett oppfølging er nødvendig. Forskningen påpeker at ved bruken av palliativ plan vil livskvaliteten til hjertesviktpasienter øke gjennom individualiserte og skreddersydde behandlingsforløp (Sidebottom et al., 2015; Strachan et al., 2009; Kyriakou et al., 2021; Nielsen & Raunkiær, 2014). Dette viser også standard for palliasjon i Norge, at pasienter som er i en palliativ fase trenger en personsentrert behandling og oppfølging (Norsk forening for palliativ medisin, 2004, s. 12). Kombinasjonen av en individualisert behandling, rutinemessig oppfølging, og helhetlig omsorg er fundamentet i en palliativ plan.

Vi ønsker derfor å stille spørsmålene: **Hvorfor bør palliativ plan benyttes hos hjertesviktpasienter? Er en palliativ plan nødvendig for å kunne gi helhetlig omsorg til hjertesviktpasienter?**

For det første påpeker forskningen at en palliativ plan i ytterst få tilfeller blir gitt til hjertesviktpasienter og blir benyttet betraktelig oftere til kreftpasienter (Årestedt et al., 2018; Nielsen & Raunkiær, 2014; Strachan et al., 2009; McIlvennan & Allen, 2016). Forskningen påpeker at årsaken til denne skeivfordelingen er utilstrekkelige ressurser til palliative team. Da palliative team som oftest tilbyr palliativ plan (McIlvennan & Allen, 2016). Dette motstrider helse og omsorgtjenestenes egne etiske prinsipper om likebehandling og rettferdighet. Det etiske prinsippet innebærer at helseressurser skal fordeles likt og likebehandling av pasienter uavhengig av kjønn, sosial status, rase og påvirkning fra pårørende eller utenforstående skal forekomme (Stubberud, 2022, s. 57). Forskjell i status mellom disse to sykdommene blir da tydelig, da behandlingen blir tilbudt i ulik grad.

Videre er en palliativ plan med på å underbygge autonomiprinsippet innenfor helseetikken. Autonomiprinsippet omhandler det å respektere pasientens autonomi, verdighet og integritet. Det å respektere pasientens autonomi vil først og fremst innebære at pasienten gir samtykke til all medisinsk behandling og sykepleie, men også at pasientens kunnskap og erfaringer tas med i beslutninger om helsehjelp (Stubberud, 2022, s. 57). Gjennom egne erfaringer i sykehuspraksis opplevde vi at hjertesviktpasienter med forverring av sykdommen kom inn uten en palliativ plan. Pasientene hadde vanskeligheter med å uttrykke egne meninger og behov, som førte til at pasientens egen autonomi ikke ble ivaretatt. Hjertesvikt er en uforutsigbar sykdom der

allmentilstanden varierer stort (Nielsen & Raunkiær, 2014; McIlvennan & Allen, 2016). Ved bruken av en palliativ plan vil pasientens autonomi bli ivaretatt, og bidra til at man som sykepleier jobber helsefremmende. Både likebehandlings prinsippet og autonomi prinsippet er med på å støtte opp påstanden om hvorfor en palliativ plan bør benyttes hos hjertesviktpasienter.

Er en palliativ plan virkelig nødvendig? Et sterkt argument for dette er retten på en individuell plan. Verktøyet palliativ plan benyttes av palliative pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, med spesielt fokus på palliasjon. Individuell plan er en plan for alle som behøver koordinerte tjenester og et helhetlig tilbud (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2012, §7-1; Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §2-5). Hjertesviktpasienter er en gruppe med stort behov for koordinerte tjenester, da de opplever hyppige sykehusinnleggelseser, økende forverring gjennom sykdomsforløpet og har behov for spesialisert hjelp. Hjertesviktpasienter har ikke rett på en palliativ plan, men en individuell plan. Begge planene fører til koordinerte tjenester og et helhetlig tilbud. Dermed kan vi knytte en palliativ plan opp mot denne lovfestede retten.

En annen grunn til at palliativ plan bør benyttes er pasientenes eget ønske om mer åpenhet og klarhet i egen situasjon (McIlvennan & Allen, 2016). Ved å formidle kunnskap om sykdommen og situasjonen vil dette være med å øke mestringen hos pasienten (Eide & Eide, 2017, ss. 47-57). Bruken av en palliativ plan er unaturlig for kardiologiske sykepleiere ettersom en stor del av arbeidsfokuset er behandling og rehabilitering, ikke palliasjon (Nielsen & Raunkiær, 2014). Denne forskningen tyder på at det fortsatt er den «gamle» måten å betrakte palliativ pleie på som blir praktisert i dag. Den «gamle» måten å betrakte den palliative pleien på er først å ha en kurativ fase for deretter å gå direkte over i en palliativ fase, når pasienten har få uker igjen å leve. Den palliative modellen bør heller organiseres slik at de to fasene av behandlingen starter samtidig (Kaasa & Loge, 2016, s. 43). Ved å benytte palliativ plan tidlig vil dette bidra til mer åpenhet og mestring hos pasienten.

For å besvare den andre påstanden, må vi se på hva helhetlig omsorg innebærer. Helhetlig omsorg blir oppnådd gjennom sykepleiers funksjon. Travelbee påpeker at sykepleierfunksjon er å få pasienten til å oppleve mestring i egen sykdom (Travelbee, 2007, s. 48). Hensikten med en palliativ plan er å øke pasientens kontroll og mestring ved livets slutt. Ifølge Eide & Eide (2017, s. 52) vil det å diskutere utfordringer, sette opp mål, ta imot hjelp og øke kunnskapsgrunnet i samarbeid med helsepersonellet, føre til mestring hos pasienten. Det Eide & Eide (2017, s. 52) beskriver her kan sammenlignes med det som blir utført i en palliativ plan. For å sammenfatte dette vil en palliativ plan både bidra til mestring hos pasienten og oppnå sykepleiers funksjon, føre til helhetlig omsorg.

Ovenfor viser både forskning, litteratur og praksisfeltet at dagens praksis ikke gir tilstrekkelig palliativ behandling til hjertesviktpasienter. Vår litteraturstudie påpeker at det er et stort gap i den palliativ omsorgen til hjertesviktpasienter og det bør benyttes palliativ plan for å minske dette gapet.

## 4.2. Samtaler om palliativ behandling

Det er ikke sykepleier sitt ansvar å overlevere dødsbudskapet til pasienten. Dette er legen sitt ansvar. På tross av dette er det viktig at sykepleiere har de kommutative ferdighetene for å kunne samtale om palliativ behandling. Budskapet om døden vil mest

sannsynlig føre til mange spørsmål hos pasienten i etterkant av samtalen med lege. Dermed ligger det et stort ansvar på sykepleier. Til tross for at samtaler om palliativ behandling og døden blir beskrevet i litteraturen som viktig, viser flere av studiene at mange pasienter og pårørende ikke har fått tilbud om slike samtaler (Årestedt et al., 2018; O'Hanlon & Harding, 2013). Helse- og omsorgsdepartementet (2020) fremhever at personell i helse- og omsorgstjenesten må ha evnen til å snakke om døden. Dermed kan man se en differanse mellom funn i forskningen og målene som er satt av Helse- og omsorgsdepartementet. Studien belyser nødvendigheten av å sikre samtaler om døden i en tidlig palliativ fase. I tillegg må sykepleiere få økt kompetanse på feltet, for å føle seg komfortable og selvsikre på å initiere til slike samtaler (O'Hanlon & Harding, 2013). Da forskningsartiklene viser at sykepleiere kan være ukomfortable i samtaler om den palliative behandlingen til hjertesviktpasienter.

For å kunne tilrettelegge for en trygg og verdig død for pasientene, bør sykepleiere initiere til samtaler om døden og palliativ behandling, slik at pasienten skal kunne gi uttrykk for sine ønsker og behov. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, stilles det krav om at sykepleiere skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (NSF, 2019). Ved å initiere til samtaler om palliativ behandling tidlig i sykdomsforløpet, vil dette kunne sikre en trygg og verdig død, hvor pasienten får delta i beslutningene som gjelder sin siste tid (Grov, 2020, ss. 546-547). Dette vil kunne bedre kommunikasjonen mellom pasient, pårørende og sykepleier. Dersom sykepleiere ikke føler seg komfortable i samtaler om døden, kan dette skape frykt og føre til misforståelser og uklarhet rundt behandlingen. Sykepleiere bør derfor bruke seg selv terapeutisk, og gå inn i seg selv for å kjenne på sine følelser og tanker rundt døden (Travelbee, 2007, s. 34). Dette kan bidra til at sykepleier føler seg mer komfortabel rundt disse samtalene og dermed oftere initiere til samtaler om livets slutt. Kommunikasjon er en av sykepleierens viktigste redskaper for å kunne skape en trygg relasjon og identifiser pasientens behov (Travelbee, 2007, ss. 33-35).

Ifølge Travelbee (2007, s. 135) er all interaksjon og kommunikasjon med den syke-, en anledning for sykepleieren å bli kjent med pasienten som menneske. Dette er med på å skape et menneske-til-menneske-forhold, og oppnå sykepleierens mål og hensikt (Travelbee, 2007, s. 135). Benytter man Travelbees tankegang, vil samtaler om palliativ behandling være med å skape en trygg relasjon og et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og pasient. I forskningen gjort av Nielsen & Raunkiær (2014) etterspør både pasienter og pårørende en støttende og kontinuerlig relasjon til en sykepleier. Sykepleier skal kunne koordinere den palliative behandlingen som skal være preget av tillit og fortrolighet (Nielsen & Raunkiær, 2014). Dermed kan man si at ved å benytte Joyce Travelbees teori om menneske-til-menneske-forhold, kan man skape støtte, tillit og relasjon mellom pasient, pårørende og sykepleier. Dette kan styrke den palliative behandlingen av hjertesviktpasienter.

Sykepleier har et ansvar for å informere både pasienten og pårørende. Dersom pasient og pårørende ikke får tilstrekkelig informasjon knyttet til forløp, diagnose og aktuelle behandlingstilbud, vil dette kunne være begrensende for den palliative behandlingen. I tillegg viser forskningen, at pasienter ønsker at sykepleiere og helsepersonell skal være ærlige i informasjonen som blir gitt knyttet til diagnose, behandling og døden. I følge Pasient- og brukerrettighetsloven (2001, §3-2 & §3-5) og de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (NSF, 2019, 2.5) må sykepleiere gi tilstrekkelig informasjon til pasienten og forsikre seg om at pasienten har forstått informasjonen. Dersom sykepleier ikke legger fram informasjon på en tilfredstillende måte, kan pasienten være uvitende om

egen prognose og behandling. Dette kan føre til at pasientenes ønsker og betraktninger knyttet til en egens død ikke blir diskutert. Det er viktig at sykepleier lytter, gir tilpasset og ærlig informasjon og vektlegger pasientens ønsker og behov i den palliative behandlingen. På den andre siden kan en samtale om prognose, palliativ behandling og død tidlig i forløpet føre til at pasienten mister håpet rundt egen sykdom. Dette er en barriere for sykepleiere når samtaler om palliativ behandling skal initieres. I praksisfeltet opplevde vi at sykepleiere var redde for å ta fra pasienten håpet og snakket mer om det rehabiliterende og behandlende enn det palliative.

Når er det rette tidspunktet? Dette er vanskelig å si helt konkret, da hver pasient må behandles individuelt. Ut i fra pasientens sykdomsforløp og ønsker. Pasienter som ikke har en helse-relatert bakgrunn kan ha problemer med å forstå begrepet palliasjon og palliativ behandling. Her bør det legges vekt på å forklare hva begrepet er, og ha åpenhet rundt temaet døden. Slik at begrepet palliasjon ikke blir skremmende, men benyttes som en inngangsport til et godt samarbeid mellom sykepleier og pasient gjennom behandlingsforløpet.

### 4.3. Sykepleierens rolle i den palliative omsorgen

I studien til O'Hanlon & Harding (2013) legger sykepleierne stor vekt på at deres rolle i den palliative omsorgen til hjertesviktpasienter er symptomkontroll. Noe som videre styrkes i litteraturen, hvor det nevnes at symptomlindring er sentralt i den palliative behandlingen (Lorentsen & Grov, 2017, s. 425). Likevell svarer kun 1/3 av pasientene i forskningen til Strachan et al. (2009) at symptomlindring er svært viktig. Dermed kan man se en stor forskjell mellom sykepleieres og pasientenes perspektiv på symptomlindring. Men det betyr ikke at sykepleiere ikke skal ha fokus på symptomlindring. Dersom sykepleiere ikke symptomlindrer vil man som sykepleier ikke utføre sin lindrende funksjon som bidrar til helhetlig sykepleie.

En annen rolle sykepleiere har i den palliative omsorgen, er smertelindring. Dette påpekes av Lorentsen & Grov (2017, ss. 426-427) som en av de viktigste rollene sykepleiere har i den palliative behandlingen. Likevel ser man på forskningen gjort av Årestedt et al. (2018) at 25,4% av pasientene ikke var tilstrekkelig smertelindret. Ser man på det fra sykepleierens perspektiv, hadde 88% av sykepleierne i studien til O'Hanlon & Harding (2013) svart at de visste hvilket preparat som var førstelinje for smertelindring i henhold til WHO's smertestige. For å sammenfatte dette viser forskningen at sykepleiere har kompetanse om smertelindrings preparater, men mangler kompetanse knyttet til observasjoner av smertene. Helsepersonelloven (2001, §4) påpeker at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med krav om faglig forsvarlighet og skal innhente bistand om dette er nødvendig. Forskningen viser at pasientene ikke blir godt nok smertelindret og sykepleierene burde derfor innhentet ekstrert hjelp. Forskningen viser også at få henvisninger til spesialisert lindrende behandling forekommer.

NSF sine yrkesetiske retningslinjer punkt 2.12 sier at pasienten ikke skal dø alene (NSF, 2019). På den andre siden viser forskningen til Årestedt et al. (2018) at 1/5 av pasientene med hjertesvikt dør alene. Dette strider mot de yrkesetiske retningslinjene. Denne studien er gjennomført i Sverige, som er veldig overførbart til norsk helsevesen. Ser man på samme studie av Årestedt et al. (2018) viser den at 11% av kreftpasienter døde alene. Og viser til et stort språk mellom de ulike diagnosene, samt svært ulik

behandlingsforløp. Likevell rapporterer sykepleierne viktigheten av å ikke la pasientene dø alene. Sykepleiere har et stort ansvar med å tilrettelegge for en verdig død og at pasienten ikke dør alene, men man ser mangler med hensyn til lindrende behandling hos denne pasientgruppen.

En av hovedfunksjonene til sykepleiere er i følge Travelbee «Å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å finne mening i sykdom og lidelse (om nødvendig).» (Travelbee, 2007, s. 48). Vedrørende dette kan man se at pasienter og pårørende ønsker at sykepleiere er mer ærlige angående prognose og behandlingalternativer (Strachan et al., 2009). Dette følges også opp i studiene til Nielsen & Raunkiær (2014) og McIlvennan & Allen (2016). Dermed kan man se at Travelbees syn på hovedfunksjonen til sykepleiere mangler i praksisfeltet. Gjennom at sykepleiere ikke er direkte nok i samtaler med pasienter og pårørende, vil pasienten ikke finne mening i sin sykdom og lidelse. Litteraturen viser også til at sykepleiere vegrer seg for å gi ærlig informasjon vedrørende prognose og forløp, noe som blir beskrevet som *elefanten i rommet* (Gjeilo, 2022, s. 567).

#### 4.4. Behov for økt kunnskap

Sykepleiere skal i følge de yrkeestiske retningslinjene jobbe kunnskapsbasert (NSF, 2019). Å jobbe kunnskapsbasert er å ta faglig avgjørelser basert på den mest oppdaterte forskningen, kunnskap fra egne erfaringer, og pasientens kunnskap og erfaringer (Stubberud, 2022, s. 34). I forskningen ser man at behovet for økt kunnskap etterspørres av sykepleierne. Det rapporteres om kunnskapshull i deres kompetanse knyttet til palliativ omsorg. På den andre siden rapporterer sykepleierne at de har god kunnskap om hvordan de skal behandle smerter og symptomer hos palliative hjertesviktpasienter (Matsui, 2022; O'Hanlon & Harding, 2013). Dette tyder på at sykepleierne har god kunnskap om noen deler av den palliative behandlingen til hjertesviktpasienter, men opplever fremdeles usikkerhet rundt behandlingen. Ut ifra forskningen ser vi at flere pasienter ikke får den palliative omsorgen de trenger, og kan indikere at sykepleiernes forståelse og kunnskap på området ikke er tilstrekkelig.

Hvordan kan sykepleiere øke kunnskapen om den palliative behandlingen? Ved å undervise om palliativ behandling vil flere sykepleiere kunne jobbe lindrende. Gjennom sykepleierutdanningen har vi lært om palliativ behandling, men denne kunnskapen er ikke tilstrekkelig. Det må derfor legges vekt på internundervisning på arbeidsplassen. Hjertesviktpasienter finnes på alle tjenestenivå og har ulike behov på de ulike nivåene. Digitalundervisning kan derfor være hensiktsmessig å bruke fordi den når ut til flere sykepleiere og tjenestenivå. I undervisningen bør det legges vekt på bruken av en palliativ plan for å håndtere det varierende sykdomsforløpet som er preget av akutte forverringer, funksjonsreduksjon og nedsatt livskvalitet.

#### 4.5. Samhandling mellom helsesektorene

Studien til Nielsen & Raunkiær (2014) påpeker manglende koordinasjon og samhandling i overgangene mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette er noe man også kan finne i Stortingsmeldingen til Helse- og omsorgsdepartementet (2020, s. 43). Der skrives det at samarbeidet mellom sykehus og kommuner må utbedres slik at palliative pasienter skal ivaretas på en bedre måte. Sykepleiere kan påvirke samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten i stor grad. Dette ved at det ofte er sykepleiere som har mest

kjennskap til pasientene, og dermed kjenner deres sykdomsbilde best. Videre kan sykepleiere initiere til en palliativ plan som følger pasienten på tvers av helsesektorene, noe som vil bedre samhandlingen. Orvik (2022, s. 237) legger også vekt på at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke har blitt godt nok ivaretatt, spesielt for sårbare pasientgrupper.

Travelbee (2007, ss. 221-222) understreker at sykepleieren står ansvarlig for å følge opp pasienten slik at pasienten får den hjelpen vedkommende trenger. Videre skriver Travelbee (2007, s. 222) at det ikke er nok å henvise pasienten og dermed regne med at ansvaret er overlatt til andre. Ser man til praksisfeltet har vi erfaringer med at når pasienten blir utskrevet, føler sykepleieren ikke lenger ansvar for pasienten. Men ser man på Travelbees tankegang blir dette feil. Sykepleier har et ansvar knyttet til samhandlingen mellom de ulike sektorene i helsetjenesten. Dette viser at sykepleiere er nødt til å bidra til den tverrprofesjonelle samhandlingen med andre helseprofesjoner og helseinstanser for å bedre pasientenes palliative omsorg.

Studien til McIlvennan & Allen (2016) peker på palliativt team som essensielt i den palliative behandlingen av hjertesviktpasienter. Helsedirektoratet (2019, s. 18) definerer palliativ omsorg som en tverrfagelig tilnærming med høy grad av samarbeid og samhandling, både innad og på tvers av helsesektorene. Dette mener vi styrker tanken rundt det å ha en mer klar rollefordeling i den palliative omsorgen, noe som kan løses ved å benytte palliative team. Rollefordeling er noe Strachan et al. (2009) påpeker i sin studie som viktig for at pasient og pårørende skal få best mulig oppfølging og behandling. Dette for at sykepleieren skal kunne oppfylle sin funksjon, og for at sykepleier skal kunne bidra til det beste for pasienten. Dersom det blir en klarere rollefordeling i behandlingen, vil sykepleieren ha et bedre utgangspunkt for å gi hjertesviktpasienter helhetlig omsorg. Bruken av palliative team til hjertesviktpasienter er ikke tilstrekkelig, og pasientene får dermed ikke nytte av den spesialiserte kunnskapen disse teamene har på fagfeltet palliasjon.

## 4.6. Metodediskusjon

I denne delen av oppgaven skal styrker og svakheter ved oppgaven diskuteres. Forskningsartiklene som ble valgt ut, ble vurdert ut fra Evans (2002) analysemodell, noe som kan ses på som en styrke.

Oppgaven baserer seg på forskning fra Sverige, Canada, Japan, USA og Storbritannia. Forskjeller i kultur, økonomi, tradisjoner og helsevesenets oppbygning kan ha innvirkning på resultatene i forskningen og dermed gi mindre overførbarhet til norsk helsevesen. Likevel kan man se enkelte likhetstrekk mellom helsevesen i landene som har gjennomført forskningen med norsk helsevesen. Artiklene er inkludert grunnet deres problemstilling, relevans for vår oppgave og funn. Det er gjort lite forskning på dette feltet i Norge, og vi må dermed se til forskning fra utlandet.

I denne oppgaven har vi benyttet artikler med ulike forskningsmetoder, noe som kan være en styrke med oppgaven. Ved å bruke ulike forskningsmetoder (såkalt metodetrianglering) vil disse kunne utfylle hverandre, og skape en bredde og dybde i oppgaven (Johansen & Sundbye, 2019). I artiklene finner vi forskning på pasientperspektiv, og sykepleierperspektiv. Dette kan være en styrke da man får belyst temaet fra ulike perspektiv.

Av artiklene som er inkludert, er syv av åtte artikler skrevet etter 2013, hvor en av artiklene er fra 2009. Dette kan ses på som en svakhet, da dette er en artikkel som kan være noe utdatert. Vi valgte likevel å inkludere denne da den inneholdt viktig forskning for å belyse vår problemstilling. Artikkelen tok for seg pasientenes perspektiv på palliativ behandling, noe vi slet med å finne annen relevant forskning om. En av artiklene vi har valgt å ta med omhandler pasienter med hjertesvikt og pasienter med KOLS (Matsui, 2022). Dette kan ses på som en svakhet. Likevel har vi valgt å benytte de delene av artikkelen som omhandler pasienter med hjertesvikt. Da dette er svært relevant for vår problemstilling. I tillegg er artikkelen publisert i 2022, som gjør den svært oppdatert.

## 4.7. Konklusjon

Opgavens hensikt har vært å belyse hvordan sykepleiere kan gi god palliativ omsorg til hjertesviktpasienter. Gjennom oppgaven har vi benyttet oppdatert teori, etiske prinsipper, lovverk og egne erfaringer på området som vi har vurdert opp mot funnene i forskningen. Gjennom litteraturstudium har vi kommet frem til følgende funn:

Behovet for en palliativ plan er essensielt for at den palliative omsorgen til hjertesviktpasienter skal bli optimal. En palliativ plan vil være med på å underbygge pasientens egen autonomi, lovmessige rettigheter og sykepleiers etiske plikter

Sykepleiere må ha kunnskap og evne til å snakke om palliativ behandling. Hvordan vite når det rette tidspunktet er, er vanskelig å si, men det er viktig at man tilpasser samtalene til individet ut ifra dens ønsker og behov. Dette vil være med å tilrettelegge for en god og verdig død. Litteraturstudien vår tyder på at sykepleiere vegrer seg for å ta disse samtalene, da sykepleiere er redde for å ta håpet pasientene ved å bringe inn begrepene lindrende behandling og død tidlig i forløpet.

Sykepleiere har et ansvar for å følge opp pasienten i den palliative omsorgen. Sykepleiere er i den palliative omsorgen tett på pasientene, og har som oppgave å observere pasientene knyttet til symptom- og smertelindring. I tillegg har sykepleier en rolle knyttet til døden hos pasientene. Studien viser at mange hjertesviktpasienter dør alene, noe sykepleier har som ansvar å følge opp at ikke skjer. Sykepleiere rapporterer at de ofte vegrer seg for å samtale med hjertesviktpasientene om deres diagnose, noe som er viktig for å ivareta pasientenes helhetlige omsorg.

Samhandlingen mellom de ulike helsesektorene er ikke tilstrekkelig. Sykepleier har et ansvar for samhandling, da sykepleier ofte er den som kjenner til pasientenes sykdomsbilde best. I tillegg er bruken av spesialiserte palliative team ikke tilstrekkelig i den palliative omsorgen til hjertesviktpasienter, noe som gjør at denne pasientgruppen ikke får tilstrekkelig oppfølging. Studien vår setter søkelyset på at det er behov for videre forskning om hjertesviktpasienters behov for palliativ behandling. Internundervisning på arbeidsplasser og større fokus på palliativ behandling i sykepleierutdanningen er vesentlig for å kunne forbedre den palliative omsorgen til hjertesviktpasienter.

# Referanser

- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care : a practical guide*. New York: Open University Press.
- Brenne, A.-T., & Dalene, T. (2016). Symptomlindring av den døende pasienten. I S. Kaasa, & J. Loge, *Palliasjon* (ss. 638-652). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Broch, K. (2023, Februar 17). *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/hjertesvikt>
- Den norske legeforeningen. (2020, Mai 8). *Stortingsmelding nr. 24 2020: Lindrende behandling og omsorg — Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve*. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/spesial/norsk-forening-for-palliativ-medisin/aktuelt/2020/stortingsmelding-om-lindrende-behandling/>
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eikeland, A., Stubberud, D.-G., & Haugland, T. (2020). Sykepleie ved hjertesykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås, *Klinisk sykepleie 1* (ss. 229-280). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ellingsen, T.-L., & Solberg, P. (2022). Sykepleierens funksjon og ansvar ved behandling av akutt koronarsyndrom. I D.-G. Stubberud, & K. By, *Sykepleie ved hjertesykdom* (ss. 132-178). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Evans, D. (2002, April). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data. *Australian Journal of Advanced Nursing* , ss. 22-26.
- Gjeilo, K. H. (2022). Palliativ behandling ved hjertesykdom. I D.-G. Stubberud, & K. By, *Sykepleie ved hjertesykdom* (ss. 555-573). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Grov, E. K. (2020). Pleie og omsorg ved livets slutt. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (ss. 538-557). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gullestad, L., & Westheim, A. (2004). *Hjertesvikt - Årsaker, diagnostikk og behandling*. Oslo: AstraZeneca.
- Haugen, D. F., & Aass, N. (2016). Organisering av palliative tilbud. I S. Kaasa, & J. Loge, *Palliasjon* (ss. 112-125). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020, Mai 7). Meld. St. 24 (2019–2020) - Lindrende behandling og omsorg.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2012, Januar 1). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL\\_7#%C2%A77-2a](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_7#%C2%A77-2a)



- Helsebiblioteket. (2018, November 11). *Metodebeskrivelse for litteratursøk*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nye-fagprosedyrer/artikler/metode/metodebeskrivelse-for-litteratursok>
- Helsebiblioteket. (2021, September 17). *4.1 - Sjekklistor*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklistor>
- Helsebiblioteket. (u.å.). *Databaser*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/databaser/svemed>
- Helsedirektoratet. (2019, Oktober 14). *Hva er palliasjon*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/innledning/hva-er-palliasjon>
- Helsepersonelloven. (2001, Januar 1). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hildebrandt, P., Gustafsson, F., & Egstrup, K. (2009). Diagnostik ved hjertesvigt. I P. Hildebrandt, & F. Gustafsson, *Hjertesvigt i klinisk praksis* (ss. 95-122). København: Munksgaard Danmark.
- Hole, T. (2016). Palliativ behandling ved hjertesjukdom. I S. Kaasa, & J. Loge, *Palliasjon* (ss. 690-701). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Johansen, C. M., & Sundbye, L. T. (2019, November 19). *Kvantitative og kvalitative metoder*. Hentet fra Nasjonal Digital Læringsarena - NDLA: <https://ndla.no/nb/subject:1:f18ad41e-d9c3-4428-8cb6-5eb852e45082/topic:1:7df2950d-3af9-462e-b27f-cf3df147eaa3/topic:1:f189e9b6-222c-4d31-adc4-d7bc74149e03/resource:f2a118d4-d382-4476-ac4a-8906bba2f736>
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø, *Grunnleggende sykepleie 1* (ss. 15-27). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kyriakou, M., Samara, A., Philippou, K., Lakatamitou, I., & Lambrinou, E. (2021, September 24). A qualitative meta-synthesis of patients with heart failure perceived needs. *Reviews in Cardiovascular Medicine*.
- Kaasa, S., & Loge, J. H. (2016). Palliativ medisin - en innledning. I S. Kaasa, & J. H. Loge, *Palliasjon* (ss. 34-50). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lastrucci, V., D'Arienzo, S., Collini, F., Lorini, C., Zuppiroli, A., Forni, S., . . . Vannucci, A. (2018, September 25). Diagnosis-related differences in the quality of end-of-life care: a comparison between cancer and non-cancer patients. *PLoS one*.
- Lorentsen, V. B., & Grov, E. K. (2017). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås, *Klinisk sykepleie 2* (ss. 397-436). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Matsui, M. (2022, Juni 1). Nurses' symptom management and views on death and caring for heart failure and chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Palliative Nursing*, ss. 214-221.

- Mcllvannan, C. K., & Allen, L. A. (2016, April 14). Palliative care in patients with heart failure. *Bmj*.
- NHI. (2022, Oktober 25). *NHI*. Hentet fra <https://nhi.no/sykdommer/hjertekar/ulike-sykdommer/hjertesvikt-kronisk/>
- Nielsen, K. T., & Raunkiær, M. (2014). Palliativ innsats til ældre med kronisk hjertesvigt - en systematisk litteraturgennemgang. *Vård i Norden*, ss. 38-43.
- Norsk forening for palliativ medisin. (2004). *Standard for palliasjon*. Oslo: Den norske legeforening.
- NSF. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra Norsk Sykepleierforbund: <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- O'Hanlon, D., & Harding, R. (2013, Juli 19). Are specialist heart failure nurses currently able to provide palliative care to their patients? *Progress in Palliative Care*, ss. 165-171.
- Orvik, A. (2022). *Organisatorisk kompetanse - innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001, Januar 1). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)
- Paulsen, Ø., Haugstøl, T., & Rosland, J. (2016). Palliative team på sykehus. I S. Kaasa, & J. Loge, *Palliasjon* (ss. 139-149). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sidebottom, A. C., Jorgenson, A., Richards, H., Kirven, J., & Sillah, A. (2015, Januar 26). Inpatient Palliative Care for Patients with Acute Heart Failure: Outcomes from a Randomized Trial. *Journal of palliative medicine*, ss. 134-142.
- Strachan, P. H., Ross, H., Rocker, G. M., Dodek, P. M., & Heyland, D. K. (2009, November 11). Mind the gap: Opportunities for improving end-of-life care for patients with advanced heart failure. *Canadian Journal of Cardiology*, ss. 635-640.
- Strømme, H. (2017, Februar 2). Litteratursøking i kunnskapsbasert praksis og forskning. *Sykepleien forskning*.
- Stubberud, D.-G. (2022). Sykepleierens funksjon og ansvar ved helsehjelp til pasienter med hjertesykdom. I D.-G. Stubberud, & K. By, *Sykepleie ved hjertesykdom* (ss. 29-63). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Stubberud, D.-G., & By, K. (2022). Sykepleierens funksjon og ansvar ved behandling av kronisk hjertesvikt. I D.-G. Stubberud, & K. By, *Sykepleie ved hjertesykdom* (ss. 401-430). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Travelbee, J. (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- WHO. (u.å.). *Palliative care*. Hentet fra <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
- Ørn, S., & Brunvand, L. (2016). Hjerte- og karsykdommer. I S. Ørn, & E. Bach-Gansmo, *Sykdom og behandling* (ss. 163-200). Oslo: Gyldendal akademisk.

Årestedt, K., Alvariza, A., Boman, K., Öhlén, J., Goliath, I., Håkanson, C., . . .  
Brännström, M. (2018, Mars 1). Symptom Relief and Palliative Care during the  
Last Week of Life among Patients with Heart Failure: A National Register Study.  
*Journal of palliative medicine*, ss. 361-367.

