



Fordypningsoppgave

VAD750 Omsorg ved alvorlig sykdom og død

Tittel : Prosjektplan for klinisk prosjekt: Hvilke erfaringer har helsepersonell med bruk av kartleggingsverktøy som ESAS og palliativ plan i omsorg for alvorlig syke og døende.

Line Østrem Bjørnevik

Totalt antall sider inkludert forsiden: 54

Molde, Innleveringsdato 17.05.2012



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

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

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Aud J. Orøy

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

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

Dato: 17.05.2012

Sammendrag

Som fordypningsoppgave tilknyttet videreutdanningen i «Omsorg ved alvorlig sykdom og død» har jeg valgt å utarbeide en prosjektplan for et klinisk prosjekt. Jeg ønsker å undersøke erfaringer som helsepersonell har med bruk av ESAS og Palliativ Plan i forhold til pleie, omsorg og behandling av pasienter i livets slutfase. Jeg vil undersøke dette ved hjelp av dybdeintervju med sykepleiere, hjelpepleiere og leger som jobber med nevnte pasient gruppe i en korttids/rehabiliteringsavdeling på et sykehjem. Intervjuene vil jeg gjennomføre 14 dager etter at en pasient i palliativ fase har gått bort.

Bakgrunn for å gjøre dette prosjektet er at pleie, omsorg og behandling av alvorlig syke og/eller døende ofte har et komplekst og sammensatt bilde. Denne pasient gruppen har ofte behov for et godt koordinert tilbud der flere grupper av helsepersonell er involvert. Et av de viktigste punktene i samhandlingsreformen er at de ulike delene av helse og omsorgstjenestene skal bedre sin evne til å svare på pasientenes behov for koordinerte tjenester. Pasientene i den palliative fasen trenger kvalifisert pleie, omsorg og behandling for å få lindret sine ulike symptomer i den siste levetiden. For å oppnå dette kreves det god kartlegging, planlegging og tilrettelegging. Med innføring av samhandlingsreformen er det viktigere enn noen gang at de ulike delene av helsetilbudet til pasienter i livets slutfase kan kommunisere og utveksle nødvendig informasjon slik at tilbudet skal bli bedre. Kommunikasjon og informasjon er nøkkelordene for å få til god samhandling i pasientomsorgen.

Tidligere forskning viser at bruk av palliativ plan og ESAS fører til at pasient og pårørende føler at de er involvert i sykdomsforløpet. Helsepersonell blir utfordret til å snakke om liv og død med pasient og pårørende når de skal bruke disse verktøyene. Jeg ønsker å undersøke om bruk av ESAS og palliativ plan kan være med på å bedre samhandlingen rundt nevnte pasientgruppe, og dermed skape gode arenaer der pasienter i livets slutfase føler trygghet og respekt.

Abstract

As my In-depth study related to continuing education in “Care for severe illness and death”, I decided to prepare a project plan for the clinical project. I want to examine the experiences health professionals have with the use of ESAS and palliative care plan in relation to nursing, care and treatment of patients in the terminal stage. I will investigate this by means of in-depth interviews with nurses, auxiliary nurses and doctors who work with that group of patients in a short term/rehabilitation ward of a nursing home. The interviews I will conduct 14 days after a patient in the palliative phase has passed away.

Background to do this project is that care and treatment of severely ill and/or dying often have a complex and diverse picture. This group of patients are often in need of a well-coordinated service in which several groups of health professionals are involved. One of the key points of the interaction reform is that different parts of health care services need to improve their ability to respond to patients needs for coordinated services. Patients in the palliative phase need qualified nursing, care and treatment to alleviate their various symptoms in their final lifetime. To achieve this requires a good assessment, planning and organizing. With the introduction of the interaction reform, it is important that the different parts of the health care to patients in the terminal phase can communicate and exchange information necessary so that the offer of care will be improved. Communication and information are key words to get to good teamwork in patient care.

Previous research shows that the use of palliative care plan and ESAS leads to patient and family feeling they are involved in the disease course. Health professionals are challenged to talk about life and death with patients and their family when they use these tools. I want to investigate whether the use of ESAS and palliative care plan can help to improve the interaction around the before mentioned patient group, and thus create good arenas in which patients in the terminal stage of their illness feel secure and respected.

Innhold

1.0 Innledning	1
<i>Valg av tema</i>	1
<i>Bakgrunn for valg av tema</i>	1
<i>Utforming av problemstilling</i>	2
<i>Hensikt</i>	3
2.0 Teoretisk bakgrunn for valg av tema	3
<i>Palliasjon</i>	3
<i>ESAS</i>	4
<i>Palliativ plan</i>	5
<i>Den vanskelige samtalen</i>	7
3.0 Tidligere forskning	8
<i>Planlegging av litteratursøket</i>	8
<i>Ekskluderings og inkluderings kriterier</i>	9
<i>Litteratursøk</i>	9
<i>Tidligere forskning – funn</i>	11
4.0 Metode	14
<i>Bakgrunn for valg av metode</i>	14
<i>Fenomenologien</i>	14
<i>Hermeneutikk</i>	14
<i>Kvalitativ metode</i>	15
<i>Utvalg</i>	16
<i>Tidspunkt for intervjuet</i>	17
<i>Antall intervju</i>	17
<i>Utfordring med å være forsker i eget felt</i>	17
<i>Gjennomføring av intervjuet ved bruk av båndopptak</i>	19
<i>Transkribering av intervjuene</i>	19
<i>Analysen</i>	20
<i>Publisering</i>	21
5.0 Nødvendige tillatelser	22
<i>Tillatelse til å gjennomføre prosjektet i egen avdeling</i>	22
<i>Etiske overveielser</i>	23
6.0 Fremdriftsplan	24
<i>Kostnadsoverslag</i>	24
<i>Refleksjon</i>	25
Litteraturliste	27
Innholdsfortegnelse vedlegg	30

1.0 Innledning

Valg av tema

I denne oppgaven har jeg valgt å lage en prosjektplan for å undersøke hvilke erfaringer helsepersonell har med å bruke ESAS og palliativ plan som hjelpemiddel i pleie, omsorg og behandling av pasienter i livets slutfase.

Jeg ønsker å undersøke personalets erfaringer med bruk av ESAS og Palliativ plan. Jeg ønsker å finne ut om helsepersonell har positive eller negative erfaringer med disse verktøyene, og hva som hindrer og hva som fremmer at de blir brukt.

Bakgrunn for valg av tema

Gjennom undervisningen på Høgskolen i Molde har det blitt klart for meg at for å heve kvaliteten på omsorg til pasienter i den palliative fasen, og deres pårørende, er det viktig at vi er kjent med, og bruker samme kartleggingsverktøy på tvers av profesjoner og tjenestetilbud. Dette er viktig fordi denne pasientgruppen ofte har komplekse og sammensatte problemstillinger. Ulike symptom i tillegg til sorg over en uhelbredelig sykdom krever at dokumentasjon og informasjon bør følge pasienten uansett hvilket tjenestenivå han/hun er på.

Temaet har jeg valgt på grunn av at jeg, i tillegg til å ta videreutdanning ved Høgskolen i Molde, sitter i en arbeidsgruppe for lindrende behandling i egen kommune.

Arbeidsgruppen arbeider med utarbeiding av felles rutiner og prosedyrer for oppfølging av pasienter i den palliative fasen. Fokuset har vært å implementere samme verktøy i de ulike delene av tjenestetilbudet vårt for på denne måten å heve kvaliteten og bedre koordineringen av hjelpen til pasienter i siste fase av livet. Som en følge av dette valgte vi å innføre bruk av ESAS og palliativ plan. Dette er i tråd med at det i helse- og omsorgstjenesteloven står at kommunen er pliktig til å koordinere hjelp til pasienter med behov for koordinerte tjenester (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester), og samhandlingsreformen sine intensjoner er at kommunene skal ta mer ansvar for behandling til sine innbyggere. Det blir da viktig å koordinere tilbudet, slik at de involverte vet hva som er bestemt for videre behandling. Dersom pasienten har en palliativ plan som følger

ham/henne kan det fører til at pasienten føler han /hun har medbestemmelse og medansvar i eget sykdomsforløp.

Før implementeringen av nevnte hjelpemidler har det vært fokus for å øke kompetansen til hele personalgruppa. Vi startet med å undervise på avdelingsmøte. Både det ordinære symptomregistreringsskjemaet, forløpsskjema og kroppskart ble gjennomgått og diskutert. Videre ble vi i personalgruppa enig om hvor ofte vi skulle fylle ut skjemaene. Her var utgangspunktet i pasienten. Det er viktig at pasienten fyller ut skjemaet selv, for å unngå påvirkning fra andre. På denne måten får vi fram pasienten sin opplevelse av styrke på symptom.

Vi ville bruke verktøyet på alle palliative pasienter i avdelingen. I tillegg har vi arbeidet med å utarbeide og implementere palliativ plan slik at pasient og pårørende kan føle seg trygg på at de får et optimalt tilbud. Undervisning for de tilsette ble utført av kreftsjukepleier. Legene i kommunen hadde egen gjennomgang/opplæring.

Det har vært arbeidskrevende å få alle med på ideen om at bruk av disse redskapene er viktig for å heve kvaliteten. Gjennom arbeid med implementering oppdaget jeg at det ikke er lett å få alle til å bruke verktøyene. Det er ulike årsaker til dette: noen føler at det ikke er tid til dette arbeidet i tillegg til «alt det andre», noen ønsker å ha det som før, og noen synes at det er vanskelig å snakke om døden med pasient og pårørende.

Min viktigste arbeidsoppgave i denne perioden har vært å veilede kollegaer i bruken av ESAS og palliativ plan. Det er en utfordring å være veileder samtidig som jeg ikke skal ta for mye plass i arbeidet med gjennomføring. Samtidig ser jeg at veiledning er viktig for at personalet skal bli trygg på å ta opp ofte vanskelige spørsmål med pasient og pårørende.

Utforming av problemstilling

Egne erfaringer med å bruke disse redskapene er at det blir enklere for alle involverte å gi bedre omsorg, pleie og behandling til pasienter i livets slutfase. Ved å bruke palliativ plan aktivt kan eksempelvis sykepleieren fort gi nødvendig medikament uten at lege må kontaktes. Alle involverte vet hvem som skal kontaktes ved forverring, og om det vi skal gi intravenøs dersom pasienten ikke drikker nok. I planen står det også om pårørende

ønsker å bli kontaktet på natt, og eventuelt hvem som da skal ringes til. ESAS er etter mine erfaringer et redskap som fører til hurtig symptomkartlegging og oppstart med behandling. Med bakgrunn i dette har jeg utformet følgende problemstilling:
Hvilke erfaringer har helsepersonell med bruk av kartleggingsverktøy som ESAS og palliativ plan i omsorg for alvorlig syke og døende.

Hensikt

Hensikten med prosjektet er å utforske leger og sykepleieres/hjelpepleieres erfaringer for å få en dypere forståelse for hva som hemmer og hva som fremmer bruken av ESAS og palliativ plan samt hvilke utfordringer som er knyttet til både å ta i bruk og bruke disse redskapene for helsepersonell.

2.0 Teoretisk bakgrunn for valg av tema

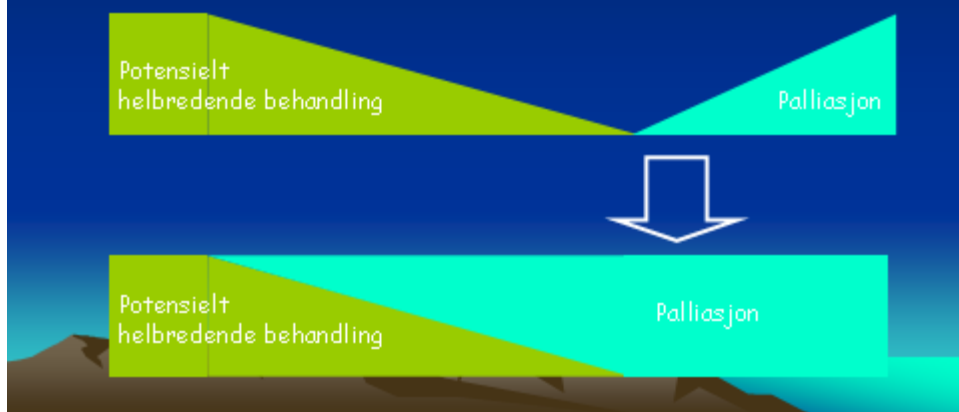
Palliasjon

WHO sin definisjon av Palliativ Care er: Palliasjon er en tilnærming som forbedrer livskvaliteten til pasientene og deres familier som står overfor problemer knyttet til livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse ved hjelp av tidlig identifisering og upåklagelig vurdering og behandling av smerter og fysiske, psykososiale og åndelige problemer (Kaasa 2007, 37). I følge Kaasa (2007) har palliasjon sine røtter og mange års klinisk forankring hos kreftpasienter. Palliasjon kan også brukes på andre pasient grupper, som for eksempel pasienter med kronisk hjerte- og lungesykdom i tillegg til nevrologiske sykdommer som for eksempel ALS.

Tradisjonelt har palliasjon vært forbundet med lindring til pasienter med kort forventet levetid. I dag kan pasientene leve mye lenger med alvorlig sykdom og den palliative fasen kan vare i flere år. I følge forelesning med overlege/professor Strømskag ved Molde sjukehus 31.10.11, kan en pasient være i en palliativ fase i flere år eller måneder, uker eller dager. Overgangen fra potensiell helbredende behandling til palliasjon kan illustreres på følgende måte (se figur)

Palliative omsorg og behandling

Utvidelse av palliasjonen i tid



En pasient i den palliative fasen har mange sammensatte og komplekse fysiske behov og eksistensielle behov. Pasientene har ulike symptom som han/hun trenger behandling for, slik at kvaliteten på livet blir best mulig. For å kartlegge disse symptomene og behovene best mulig er det viktig at vi bruker redskaper som gir oss en plan for arbeidet vårt.

Det er utfordrende å arbeide med pasienter i en palliativ fase. Pasienten og dens pårørende vet at pasienten skal dø, men ikke når dette vil skje. Dette fører til utfordringer både på det eksistensielle og på det kroppslige plan. For denne pasientgruppen er det veldig viktig med gode samarbeidskonstellasjoner på tvers fordi flere faggrupper som lege, sykepleier, sosionom, fysioterapeut, ernæringsfysiolog, prest og psykolog er involvert i pasienten. Dersom en ser at utfordringene er for store for oss i kommunene, er det viktig å søke veiledning ved å kontakte palliativt team.

ESAS

ESAS står for *Edmonton Symptom Assessment System* (vedlegg 3), og blir brukt til symptomregistrering hos pasienter med sammensatte symptom som er i en palliativ fase av sykdommen sin. ESAS skjemaet skal være et hjelpemiddel for helsepersonell til å kartlegge hvilke symptom pasienten trenger hjelp til å lindre/behandle i livets slutfase. Gevinsten for pasienten vil være å få hjelp til å lindre sine symptom før de blir for sterke.

Kartleggingsverktøyet skal fylles ut regelmessig og systematisk. Helsepersonell må ha rutiner på å starte utfylling av ESAS skjema når en pasient i en palliativ fase kommer til avdelinga. Deretter bør rutiner for hyppighet for utfylling av skjemaet i ulike faser av sykdomsforløpet være innarbeid i en avdeling. Skjemaet består av 10 indikatorer som er smerter, slapphet, kvalme, matlyst osv. Her fyller pasienten inn hvordan han/hun har det på en skala fra 0 til 10. Dersom pasienten har problem med smerter i bevegelse vil dette komme fram på skjemaet og tiltak på dette skal da iverksettes. (Kaasa 2007). Det er viktig med felles referanserammer for i kommunikasjon og rapportering av symptomene til pasienten.

Et kroppskart (vedlegg 4) hører også med til dette kartleggingsverktøyet. På dette skjemaet kan pasienten skravere hvilke felt på kroppen smerten sitter. På denne måten kan en kartlegge smertene og smertenens lokalisasjon (Kaasa 2007).

Det er anbefalt at en i tillegg fyller ut et forløpsskjema (vedlegg 5). Her skriver en dato og tidspunkt og fører inn resultatene fra ESAS skjemaet som er utfylt. På denne måten blir det enkelt å se om der er endringer i pasientens tilstand.

Palliativ plan

En palliativ plan er en forberedende plan for optimal omsorg ved livets slutt (vedlegg 6). Denne planen skal bygges på gjentatte åpne og forberedende samtaler med pasienten, pårørende, helsepersonell og lege (Husebø 2011). Tanken er at dersom en har snakket gjennom utfordringene som kan oppstå ved livets slutt vil en unngå konflikter som kan føre til at den døende ikke får avsluttet livet på en verdig måte. Her kan man for eksempel ta opp de vanskelige spørsmålene, som for eksempel hvor pasienten ønsker å dø? Hva om pasienten ønsker ny innleggelse i sykehus? På denne måten kan pasientens autonomi bli ivaretatt på en god måte, og samhandlingen mellom ulike personer, profesjoner og nivå i helsetjenestene blir enklere. Ved å bruke en palliativ plan kan vi være i forkant og dermed møte pasienten og de pårørende i deres situasjon.

Målsetting med en palliativ plan er forberedelse for alle parter (Husebø 2011). En palliativ plan er aktuell å skrive når pasienten går over fra kurativ fase til palliativ fase. Dette redskapet skal være et hjelpemiddel gjennom hele den palliative fasen. Dersom planen blir

utarbeidet i starten av den palliative fasen, vil planen ha stor nytteverdi når livet går mot slutten. I følge Husebø (2011) ligger hovedansvaret for å ta forberedende samtaler og å skrive en palliativ plan hos legen. Sykepleier og annet helsepersonell er nær pasienten i alle situasjoner gjennom hele døgnet. Vi observerer pasienten gjennom personlig stell og daglige gjøremål. En sykepleier vil derfor kunne se endringer tidligere enn legen som har ansvaret for behandlingen av pasienten. God kommunikasjon og samarbeid mellom sykepleier og lege er viktig. På denne måten kan vi sammen med pasient og pårørende skrive planer for forløpet. Planene må evalueres og skrives om etter hvert som pasientens situasjon endres og sykdomsforløpet går over i nye faser.

Pasienter i en palliativ fase er ofte i kontakt med mange fra helsevesenet som for eksempel ernæringsfysiolog, fysioterapeut, ergoterapeut i tillegg til leger og annet helsepersonell. Utarbeidelse av en plan kan være med på å gjøre det enklere for pasienten og de pårørende i møte med nye «hjelpere». I §7-2. står det at kommunen skal tilby en koordinator til pasienter med langvarige behov. Denne koordinatoren skal sikre at den individuelle planen blir oppdatert. Sykepleieren har ofte en koordinator rolle mellom ulike profesjoner som er involvert i pleie, omsorg og behandling av pasienten. Det er viktig at pasienten slipper å fortelle samme historie til alle, da dette kan være slitsomt i en ellers vanskelig situasjon. Det er viktig at en plan blir utarbeidet i samarbeid med pasient og pårørende så tidlig som mulig i forløpet, og at planen blir et levende redskap som blir oppdatert etter hvert.

I følge Kaasa (2007) har «Alle pasienter har rett til god behandling, pleie og omsorg ved livets slutt. De palliative tiltak bør planlegges og gjennomføres ikke bare i livets slutfase, men også i den fasen av sykdommen hvor livsforlengelse er et realistisk mål.» (Kaasa 2007, 5). En palliativ plan kan sidestilles med en individuell plan; å få utarbeidet en individuell plan er en rettighet etter helse- og omsorgstjenesteloven §7-1.

Noen bruker Liverpool Care Pathway for døende pasienter (LCP). Dette er en plan for hva en pasient kan forvente i de siste dager og timer av livet. Denne planen er beregnet på terminale pasienter. Formålet med denne planen er å hjelpe leger og sykepleiere å gi end-of-life omsorg til pasienter helt i livets siste fase (Wikipedia). Planen blir brukt for å sikre at både pasienter og pårørende forstår at livets siste fase er nær. Fokuset er å vise at omsorgen er endret, og at det nå er omsorg og komfort som er målsetting. Liverpool Care

Pathway har som mål å veilede i viktige spørsmål som fortsatt medisinsk behandling, seponering av behandling og lindring i løpet av de siste dager og timer (Wikipedia).

Jeg ønsker å undersøke erfaring med bruk av redskaper i den palliative fasen, og denne fasen er mer enn de siste døgn av livet. Jeg har derfor valgt å inkludere palliativ plan i mitt prosjekt, da denne planen dekker hele den palliative fasen, også de siste dagene.

Den vanskelige samtalen

I møte med palliative pasienter og deres pårørende, er det viktig med åpen kommunikasjon. De trenger ofte å få informasjon i små doser, og ofte trenger de repetisjon av informasjon. Spørsmål rundt liv og død kan være utfordrende å stå i. «En dyktig fagperson møter hele mennesket. Gode fagfolk kan samhandle med andre mennesker på en måte som skaper trygghet, tillit, åpenhet, respekt og anerkjennelse, og som fremmer selvstendighet og medvirkning» (Røknes og Hanssen 2011, 15). Det er viktig å være åpen for at mennesker i en palliativ fase kan velge hvem de vil snakke med, og at det ikke alltid blir de planlagte samtaler som blir de beste. Dette er viktig å tenke over ved utarbeiding av en palliativ plan.

I arbeid med denne pasient gruppen er det viktig at vi er åpen på å svare på vanskelige spørsmål når de kommer. «I samarbeidsforhold vil det finnes mennesker som umiddelbart vil møte andre med tillit. Samtidig vet vi at utgangspunktet vil være svært forskjellig for den enkelte deltager. Mange mennesker har gjort erfaringer gjennom ulike samarbeidsprosesser som har gjort dem skeptiske og mistenksomme» (Eide et al 2003, 103). Pasienten kan for eksempel spørre om det er noe poeng å bruke tid og energi på å fylle ut ESAS skjemaene. Da er det viktig at vi som helsepersonell er positiv, og forklarer at dette er et kartleggingsverktøy som kan gi bedre lindring av symptom.

Ved utarbeiding og oppdatering av en palliativ plan er det viktig at sykepleier ser pasienten. Det er pasienten som skal være førstepersonen. Samtalen er viktig i alt pasient arbeid. For denne gruppe pasienter er det ekstra viktig, da dette arbeidet ikke kan gjøres igjen. Målet med å skrive en palliativ plan er å få fram ønsker og behov før livets slutt. Det kan være nødvendig med flere samtaler for at pasienten og de pårørende skal få tid til refleksjon og diskusjon om hvordan de ønsker den siste tiden.

Det er ikke alt vi som helsepersonell kan innfri. Det kan være at pasienten ønsker å dø hjemme, men at dette ikke kan la seg gjennomføre på grunn av familiære forhold eller vanskelig gjennomførbare medisinske prosedyrer. Poenget med en palliativ plan er ikke at alt nødvendigvis skal innfris, men at vi så langt som mulig kan få til det pasienten ønsker for sin siste tid. Dersom symptomene er lindret og en plan for videre forløp er tilgjengelig, kan det være med på å skape gode rammer for den siste tiden for pasienten og familien selv om ikke alle ønsker blir innfridd.

I samtaler med en pasient i palliativ fase og de pårørende er det viktig å tenke at det er et møte med lidelse. Ett menneske i en palliativ fase har ofte mange smerter. Smertene kan være kroppslig, men også smerter med tanke på det tapte liv. Dette er viktig at vi er klar over når vi skal veilede til utfylling av ESAS og kroppskart. Symptom som for eksempel søvnløshet kan være knyttet til eksistensielle bekymringer. Det er ikke alltid at medisiner er svaret på en høy skår på for eksempel søvnløshet. Det vil smerte en mor å tenke på at hun ikke skal få være til stede ved sine barns konfirmasjon eller bryllup. Denne lidelsen må vi som helsepersonell reflektere over om vi kan tåle. Vi må ha evnen til å sette oss inn i, og evnene til å forstå.

For å forstå et menneske sin situasjon er det viktig å ha evnen til å kunne sette seg inn i denne personen sin livsverden. Hvordan har denne personen det? En sykepleier som skal ta en samtale med en pasient i palliativ fase må være åpen for den historien som den syke har. «Når vi kan forstå andre mennesker situasjon, er det ikke fordi vi kan se «dypt inn i deres sjel», men fordi vi er i stand til å forestille oss deres livsverden» (Fjelland og Gjengedal 1995,120). En sykepleier har ofte erfaring i å se en situasjon. Dette bygger på erfaring og det at vi utvikler et klinisk blikk ved hjelp av teori og erfaring.

3.0 Tidligere forskning

Planlegging av litteratursøket

For å få et bilde av tidligere forskning i forhold til helsepersonell sine erfaringer med bruk av ESAS og palliativ plan, gjorde jeg et litteratursøk. Før jeg startet søket brukte jeg et pico skjema. I pico skjemaet satte jeg inn problemstillingen min etter pasient /gruppe, intervensjon, sammenligning og utfall/effekt. Deretter valgte jeg engelske søkeord utfra

valgt problemstilling. For å organisere søket mitt søkte jeg primært via skolen sine bibliotek sider. Jeg søkte primært i databasen Ovid Medline, og opprettet en konto der jeg lagret søkehistorikken min. Ved denne metoden fikk jeg ulike artikler til gjennomlesing og vurdering. De fleste artiklene fikk jeg utskrift av via Høgskolen sine databaser. 1 artikkel bestilte jeg via biblioteket, og 3 søkte jeg opp på fulltekst utskrift via internett.

Ekskluderings og inkluderings kriterier

Jeg valgte å inkludere norske, svenske og engelskspråklige forskningsartikler fra 2006 og frem til i dag. Ved gjennomlesing ekskluderte jeg artikler som var fra Asia, og inkluderte artikler fra Europa, USA og Canada. Etter gjennomgang av artikler har jeg likevel valgt å inkludere en artikkel fra 2002 da artikkelen har relevans for mitt prosjekt.

Litteratursøk

(Vedlegg 1)

I første søket brukte jeg søkeordene palliative plan or palliative care, ESAS, terminal care og cancer pasients. Jeg avgrenset søket til å gjelde fra 2010 til nåtid. Søket gav meg 13 treff. Jeg gikk gjennom artiklene og lagret de som virket interessant ut under mitt prosjekt. Til slutt inkluderte jeg 3 artikler fra dette søket, de andre ble ekskludert.

Det andre søket jeg gjorde i OVID ble gjort ved bruk av søkeordene Palliative Care or palliative plan, ESAS, implement, patient autonomy, terminal care og respect. Fikk treff på 4 artikler i dette søket. Valgte å inkludere 2 av artiklene og ekskludere de 2 andre.

Sekundært søkte jeg i Pro Quest med søkeordene palliative plan or individualized plan and ESAS. La inn under inkluderingskriterier at søkene skulle bli sorter etter publiseringsdato med det nyeste først. Fikk da 99 funn av artikler. La til søkeordene quality of care og palliative care. Fikk da 97 funn. Jeg leste her 11 sammendrag som jeg valgte utfra overskriftene og 7 av artiklene hadde jeg nøye gjennomlesning av. Til slutt valgte jeg å inkludere 1 av artiklene.

Jeg søkte også i SveMed+ med søkeordene palliative plan, ESAS og symptom lindring. Fikk fram «palliativ plan – eldreomsorg. Forberedende samtaler og planlegging av omsorg ved livets slutt». Dette funnet valgte jeg å ta med som litteratur, da det var rewiev og ikke

en forskningsartikkel. De andre 19 artiklene jeg fikk fram ved søket her, var ikke bedre enn de jeg fant i OVID Medline. Jeg valgte å ekskludere de andre søkene.

Videre søkte jeg i BIBSYS for å finne eventuelle oppgaver som har vært skrevet om emnet før. Ved søk på emnet ESAS fant jeg en Bachelor oppgave fra Høgskolen i Molde. Denne oppgaven; «Symptomkartlegging til pasienter med kreft i palliativ fase ved bruk av måleinstrumentet Edmonton Symptom Assessment Scale», leste jeg gjennom for å få litt ideer, men ekskluderte den som litteratur.

Videre søkte jeg i BIBSYS på emnet individuell plan og palliativ plan. Fikk da ingen treff. Forsøkte meg videre på individuell plan til palliative pasienter. Fikk ett treff; «Individuell plan for palliative pasienter – et nyttig redskap». Dette var en fordypningsoppgave i palliativ omsorg fra Høgskolen i Gjøvik. Valgte å inkludere denne som litteratur. I litteraturlisten til denne oppgaven fant jeg en artikkel som jeg ønsket å inkludere. Søkte opp artikkelen via Ovid, og bestilte den ved biblioteket.

Hadde fortsatt etter gjennomlesing for få artikler. Jeg gjorde et nytt søk på Ovid Medline ved hjelp av søkeordene terminal care, palliative care, quality of life, cancer patients, palliation, communication and end-of-life-care. Ved dette søket fikk jeg 4v artikler, og valgte å inkludere 2 av disse i oppgava mi.

Siste søket gjorde jeg i google scholar. Der søkte jeg på søkeordene palliative care, communication, nurses og quality of care. Fikk da 5 artikler, og inkluderte 1 av disse. Utfordringen med å søke etter forskningsartikler har vært å finne artikler som omhandler erfaring fra helsepersonellperspektiv. Derfor har jeg valgt å inkludere artikler der det er pasienten som har vært informant fordi dette belyser viktigheten av å bruke skjema for å bedre symptomlindringen. Samtidig viser dette betydningen av mitt prosjekt for å få kunnskap om helsepersonells erfaringer med å bruke ESAS og palliativ plan som hjelpemidler til denne pasientgruppen. Jeg tenker at prosjektet vil ha relevans, da det er lite eller ingen forskning på akkurat dette.

Tidligere forskning – funn

(Vedlegg 2)

Det første jeg gjorde var å lese gjennom de 10 artiklene som jeg hadde valgt meg ut. Jeg delte artiklene inn i ulike kategorier. Første kategori inndeling gikk på ESAS og palliativ plan. Deretter delte jeg inn i underkategorier for å finne kvalitative og kvantitative undersøkelser. Videre gikk jeg gjennom hvilke av artiklene som var fra helsepersonell perspektiv, pasient perspektiv, og hvilke som hadde begge perspektivene i seg.

De 4 artiklene jeg valgte å inkludere som omhandlet ESAS brukte alle kvantitativ metode (Brechti et al. 2006, Ezekowitz et al. 2011, Selby et al. 2010, Watanabe et al. 2011).

Hensikten med alle fire undersøkelsene var å undersøke om ESAS ble brukt riktig og ofte nok, og om pasienter og helsepersonell synes at ESAS var anvendelig.

Ezekowitz et al. (2011) så på nytten av å bruke ESAS til pasienter med hjertesvikt.

Funnene viser at ESAS kan være et nyttig instrument til å kartlegge symptomer hos pasienter med hjertesvikt. Svakheten her er at disse pasientene ikke er så enkelt å identifisere som pasienter i den palliative fasen.

To av artiklene konkluderte med at symptom kunne lettere bli identifisert og behandlet dersom ESAS ble fylt ut ofte nok (Brechti et al. 2006, Selby et al. 2010). Dersom personalet ser nytte effekt av ESAS blir det også benyttet etter implementeringsfasen er over. (Brechti et al. 2006).

Watanabe et al. (2011) brukte i tillegg til kvantitativ metode, oppfølgingsspørsmål som er å oppfatte som kvalitative. Det strukturerte intervjuet bestod av sju spørsmål som fokuserte på pasientenes kjennskap til å bruke ESAS, hvordan de forstod skjemaet, hvor lett de greide å fylle ut skjemaene, og hvilke av to ESAS skjemaene pasientene foretrakk. De kvalitative kommentarene ble analysert ved hjelp av oppdeling i tema. Hovedfunnet var at pasientene lettere kan fylle ut et ESAS skjema alene, dersom det inneholder litt mer forklaring om punktene. Eksempel; trøtt (mangel på energi), døsigheit (føle seg søvnnig), depresjon (være trist) og angst (føle seg nervøs).

To av artiklene jeg valgte å inkludere brukte kvalitativ metode (Thompson-Hill et al. 2009, Kashifa et al. 2008). Begge artiklene handlet om viktighet av samhandling mellom ulike

nivå i helsetjenesten til pasienter i livets slutfase. Koordinering og samtaler med pasienten og pårørende ble omtalt som svært viktig for å oppnå høy kvalitet på palliativ omsorg.

Thompson-Hill et al. (2009) beskriver erfaringer med å bruke en skriftlig plan for kommunikasjon og koordinering av tjenester til pasienter ved slutten av livet. I denne undersøkelsen blir pasienten sine ønsker dokumentert. Her tas det opp utfordringene det kan være for helsepersonell å ta disse samtalene om ønsker for omsorg ved slutten av livet. Artikkelen konkluderer med at det er fordeler for pasienten å få muligheten til å være involvert i planlegging av sin siste tid. Nedfelling av ønsker fra pasienten selv fører til at pasienten sine ønsker blir oppfylt så langt det lar seg gjøre. «We would have been relieved to have a Supportive Care Plan in place some time ago» (Thompson- Hill et al., 2009).

Kashifa et al. (2008) har valgt å undersøke hvilke erfaringer helsepersonell har med retningslinjene «Gold Standards Framework» (dette er et program rettet mot tilrettelegging av primære behov i palliativ omsorg). Det er ment å hjelpe primærhelsetjenesten med å identifisere pasienter som har palliative behov og for å sikre at de får høy kvalitet på omsorg og støtte i livets slutfase. GPS påvirket yrkesmessige relasjoner og kommunikasjon, og de hjelper med å sammenligne legenes og sykepleiernes erfaringer. Høy kvalitet i omsorg ved livets slutt i kommunene/distriktene oppnås med effektiv tverrfaglig samarbeid, tverrfaglig kommunikasjon mellom fastlege og sykepleiere som arbeider i kommunene/distriktene, og tidlig henvisning av pasienter med sammensatte problemstillinger til sykepleiere i kommunene i følge funnene i denne artikkelen.

Jeg valgte å inkludere en kvantitativ studie av Seymour et al. (2002) på tross av at denne var fra 2002. Hensikten med studien var å undersøke om planer for palliativ omsorg er blitt laget, og eventuelt hvem de palliative planene blir brukt på i ulike helsedistrikter i England. Seymour et al. undersøkte om kreft pasienter var inkludert eller ekskludert i planarbeidet. Studiet viste at det ikke var alle som arbeidet med dette til tross for at det var en plikt hos de ulike helsedistriktene å lage strategiske planer for palliativ omsorg, og å undersøke behovet for lokale palliative planer. Blant de som hadde palliative planer var disse utarbeidet for kreftpasienter. (Seymour et al. 2002).

Fitzsimons et al. (2007) har undersøkt de palliative omsorgsbehovene til pasienter uten kreft diagnose fra pasient, pårørende og helsepersonell perspektiv. Pasientene i denne

studien hadde enten hjertesvikt på siste stadiet, nyre svikt eller en lunge sykdom. Fitzsimons et al. har valgt å bruke en kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ metode. Konklusjonen var at disse pasientene døde uten at deres palliative behov ble møtt. Det var vanskelig for helsepersonell å ta de vanskelige samtale med pasient og pårørende, da de ikke var en klassisk pasient i palliativ fase. Fitzsimons et al. sin konklusjon er at det er viktig med opplæring og implementering i palliasjon i forhold til nevnte pasient grupper.

De to siste artiklene som jeg valgte å inkludere handlet om hvordan ulike verktøy for symptomregistrering og samhandling kan være med på å heve kvaliteten på livet til pasienter i livets slutfase (Jones, Jennifer et al. 2010, Dudgeon, Deborah J. et al. 2008). Disse to studiene var kvantitative studier. Konklusjonen til Jones et al. var at vi må bli flinkere til å samarbeide, og til å tenke hele mennesket for å få til palliativ omsorg av høy kvalitet. Jones et al. påpeker at hos denne gruppe pasienter er det viktig at vi ikke bare tenker på kroppen, men også tenker på eksistensielle og åndelige behov. Dudgeon et al. konkluderer med at det tar lenger tid å implementere disse verktøyene, enn hva man kan forvente, på grunn av mange ledd i omsorgen for pasienter i livets slutfase.

Jeg fant flere artikler som jeg kunne tenke meg å ha med i oppgava mi. Jeg har valgt å inkludere de som jeg fant mest relevant for mitt kliniske prosjekt. Tidligere forskning viser at ESAS fører til tidligere lindring av symptom, og at utfylling av palliativ plan ofte fører til at den syke i stor grad får være med på å bestemme eget sykdomsforløp. Det finns mer forskning på ESAS enn på palliativ plan. Oppsummering over tidligere forskning har vist meg at studiet mitt er viktig å gjennomføre, da det finns lite studier om erfaringene til helsepersonell med ESAS og palliativ plan. En kvalitativ studie om emnet vil forhåpentligvis få fram nyttige erfaringer som kan vise oss noen av de utfordringene som ligger i å bruke disse verktøyene etter de er blitt implementert. Forskningen viser at for å få bedre samhandling og kvalitet på omsorg, pleie og behandling til pasienter i livets slutfase, er kommunikasjon, planlegging av forløp og symptomkartlegging viktig.

4.0 Metode

Bakgrunn for valg av metode

Prosjektet vil ha et fenomenologisk-hermeneutisk perspektiv.

Fenomenologien

«Begrepet «fenomenologi» kommer fra gresk *phainomenon*; fremtoning, det som viser seg eller kommer til syne, og *logos*; lære» (Thomassen 2006, 82). I følge Jensen et al. (1990) bryter fenomenologien med tradisjonell emperi, og satser på å forstå de empiriske data fra de som blir forsket på sitt ståsted. Fenomenologien anerkjenner innenfra- perspektivet og ser på mennesker som bevissthetsvesen. Det vil si at de kan tenke, symbolisere og ha motiver og lignende. I følge Jensen et al. (1990) kan fenomenologien forstås som studiet av menneskers opplevelser. Det vil si at det er menneskers egne, umiddelbare opplevelser som blir undersøkt. Det vil si at i fenomenologiske studier blir menneskers verden beskrevet. Den fenomenologiske forskeren prøver å avdekke opplevelser og erfaringer.

Som sykepleier prøver vi å forstå menneskelig erfaring. Når en pasient kommer inn i en avdeling er det viktig at vi som helsepersonell er åpen for at pasienten skal få fortelle sin historie. Vi må lytte og lære av de erfaringer som pasienten har. Fenomenologien er studiet av menneskers opplevelser. I mitt prosjekt vil det være å studere helsepersonells erfaringer/opplevelser med å bruke ESAS og palliativ plan til pasienter i en palliativ fase. Ved at vi som helsepersonell beskriver de erfaringene vi har med å bruke verktøyene vil det resultere i bedre forståelse av pasientenes behov for omsorg, pleie og behandling i den palliative fasen.

Hermeneutikk

Betegnelsen ”hermeneutikk” kommer fra det greske ordet ”hermeneuein” som betyr å tolke eller fortolke(Thomassen 2006). «At sygepleje ikke bare er medicingiving, badning av pasienter, skift af sengelinned osv., men også indebærer møde og omgang med og forståelse af patienter, der er angste, hjælpeløse, vrede, taknemmelige, glade osv., osv., og dermed hele tiden giver muligheden for at blive klogere på sig selv og livet, er vel en av hovedårsagene til, at så mange sygeplejersker bliver i faget og kan udholde tanken om «at

blive gamle med faget»» (Jensen et al 1999, 146). Hermeneutikk handler om å fortolke og å reflektere over de beskrivelsene som kommer frem.

I sykepleiesammenheng er det, å lese en situasjon, dra veksler på de erfaringene vi har fått gjennom tidligere yrkesutøvelse og den teoretiske bakgrunnen vi har, det som gir oss faglig tyngde og sikkerhet til å gi pasienten den beste pleie i hvert tilfelle. I all forståelse ligger det etiske føringer. Det er viktig at vi som helsepersonell reflekterer over erfaringene våre, slik at vi møter pasienten med et åpent sinn, selv om vi av andre har fått høre historier om «hvor utfordrende» pasienten kan være. «Forståelse er en måte at være på, nemlig med utgangspunkt i egne samlede erfaringer at være åben, saglig, nærværende og konkret» (Jensen et al 1999, 145).

Hermeneutikken går ut fra at forsker har en forforståelse for det han/hun ønsker å undersøke. I prosessen går forskeren med sin forforståelse inn i dialog. I dialogen blir data innsamlet og forskeren vil korrigere sin forforståelse ved hjelp av fortolkning av innsamlet data. Ny forståelsesramme kan føre til ny fortolkning. Dette er en dynamisk prosess der de enkelte delene kan gjøres flere ganger dersom forskeren ser det som nødvendig (Jensen et al 1999).

Kvalitativ metode

Jeg vil velge å bruke en kvalitativ metode i prosjektet mitt. «Kvalitative metoder er forskningsstrategier som egner seg for å beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomener som skal studeres» (Malterud 2008, 31). I følge Jacobsen (2010) bør kvalitativ metode benyttes når vi har lite kunnskap om fenomenet vi skal studere, når vi har ønske om mye informasjon om få enheter, når vi skal finne ut hva som er innholdet i et fenomen og når vi ønsker dybde og detaljforståelse (Jacobsen 2010, 135). Jeg har valgt en kvalitativ metode på grunn av at jeg ønsker dybdeinformasjon om erfaringer med bruk av redskapene til pasienter i livets slutfase.

I og med at jeg har valgt å belyse helsepersonells erfaringer med bruk av ESAS og palliativ plan til pasienter i livets slutfase vil jeg velge en kvalitativ tilnærming og bruke dybdeintervju som metode til innsamling av mine data. Jeg vil i forkant lage meg en intervju guide for å bevisstgjøre meg om hvilke temaer jeg ønsker å vite noe om, og som

kan være et hjelpemiddel i samtalen med helsepersonell. «Når formålet er å få vite noe vi ikke visste fra før, eller å gjennomføre en samtale som skal bidra til å åpne opp for nye spørsmål angående problemstillingen, er det viktig ikke å gjøre intervjuguiden for detaljert eller følge den slavisk» (Malterud 2008, 129). Det betyr at jeg må utforme noen åpne spørsmål som kan bidra til å belyse problemstillingen. Jeg tenker at intervjuet kan fungere som en samtale, der jeg ber informantene fortelle om hvilke erfaringer han eller hun har med å bruke ESAS og palliativ plan i siste pasientforløpet de har stått i. Dette vil kreve mye tid av meg som forsker, men jeg tenker at nyttig informasjon kan komme frem dersom jeg velger intervju som metode fordi jeg her kan få en dybde og en begrunnelse fra informantene som vil føre til en annen forståelse.

Utvalg

Utvalget vil jeg hente fra egen arbeidsplass. Dette er en korttids/rehabiliteringsavdeling ved en sjukeheim. Pasientene kommer hit for rehabilitering, avlastning, utredning/behandling eller for å få omsorg i livets siste fase. Dette kan være pasienter med ulike kreftdiagnoser, KOLS eller med hjertesykdommer. Tidsrommet de er i avdelingen varierer etter hvor langt de har kommet i den palliative fasen. Noen av pasientene har vært i avdelingen i 5-6 måneder, mens andre bare har vært der i to døgn. Variasjon av pasienter og diagnoser krever stor omstillingsevne fra helsepersonellet som arbeider i avdelingen. Det er utfordrende å få inn en pasient som er så langt kommet at vi ikke rekker å få satt i verk gode nok palliative tiltak. Samtidig kan det være utfordrende med lange forløp, da personalet blir godt kjent med både pasienten og de pårørende. Min erfaring er at de pasientene som har vært i avdelingen en tid, får bedre kvalitet på den siste tiden av livet på grunn av at personalet har den informasjonen de trenger for å gjøre en god jobb.

Deltagerne mine vil være sykepleiere, hjelpepleiere og leger som er involvert i pleie, omsorg eller behandling av pasienter i den palliative fasen. I og med at dette er en oppfølgingsstudie av helsepersonells erfaringer etter implementering av ESAS og palliativ plan, vil informantene være tilknyttet pasienten fra han/hun kommer til avdelingen, og til døden har inntruffet. Ved avdelingen prøver vi så langt som mulig å ha primærpleiere på alle rom. Ved sykdom, ferier, helg og permisjoner vil det likevel være vikarer i avdelingen, dette kan gi noen utfordringer i forhold til informanter. Jeg har derfor valgt å konsentrere meg om faste ansatte i stillingsbrøker fra syttifem prosent til hundre prosent.

Tidspunkt for intervjuet

Jeg ønsker å intervju primærpleiere og lege 14 dager etter ett dødsfall. Da er informasjonen fortsatt ny, samtidig som informantene har fått reflektert over hvordan de har brukt ESAS og palliativ plan i forhold til denne pasienten. «Den rikeste kunnskapen får vi tak i hvis informanten inviterer til å dele sine egne erfaringer i form av konkrete hendelser, som leder til en opplevd historie som hadde en spesiell betydning angående en bestemt sak» (Malterud 2008, 130).

Antall intervju

Jeg tenker at jeg vil utføre dybdeintervju etter to pasient forløp. Jeg ønsker at det skal være en pasient som har vært i avdelinga en stund, og en som har ett kort opphold. Dette for å kunne sammenligne erfaringene med å bruke ESAS og palliativ plan i ulike pasientforløp. I og med at 3-4 personer er involvert i hver av disse situasjonene, vil det føre til 6-8 planlagte intervju. Dette er tilstrekkelig dersom det er et kort sykdoms forløp. Dersom det er et lenger forløp vil flere fra personal gruppa være involvert, og da kan det være naturlig å inkludere flere. Dette er noe som jeg må vurdere underveis da jeg ikke ønsker at det skal bli for mange intervju. Ønsker også å ha muligheten til et oppfølgingsintervju dersom jeg ser at det er flere ting jeg skulle ha visst mer om. Når jeg har nådd ett metningspunkt, det vil si at jeg mener at jeg ikke får inn ny data, er det på tide å avslutte intervjuene. I følge Malterud (2008) skal omfanget av et utvalg være passe. Dette vil si at jeg har tilstrekkelig med data til å belyse problemstillingen min.

Utfordring med å være forsker i eget felt

I følge Cato Wadel (1991) kan det være utfordringer med å være forsker i egen kultur, fordi man da studerer sin egen virkelighet. Det er mange som tenker at det er enklere å studere i egen kultur fordi den er kjent, men dette kan gjøre oss blind for det som vi tar for gitt i følge Wadel (1991). Det er viktig at jeg er sensitiv for mine ansatte og deres opplevelse av å bli undersøkt. Jeg skal arbeide sammen med informantene mine også etter at prosjektet er over. Det kan i følge Wadel (1991) være vanskelig å gå tilbake til gamle roller dersom informantene føler at sensitiv opplevelser er delt på feil måte. Respekt for

anonymitet og refleksjon over hva jeg kan dele med andre når prosjektet blir presentert, blir viktig for at vi i avdelingen kan arbeide sammen etter prosjektet er avslutta.

Jeg må stille meg selv spørsmålet om jeg kan forske på erfaringene helsepersonell har med bruk av ESAS og palliativ plan i egen kultur, uten at nyttige data blir oversett. Wadel påpeker at en forsker som deltar i feltet kan påvirke funn dersom han/hun ikke er kjent i kulturen. Det blir også påpekt at denne påvirkningen vil bli mindre etter som tiden går. Her tenker jeg at det kan være en fordel at jeg er en del av kulturen. Jeg tenker at dersom en forsker kommer inn i en liten kultur for å intervjuer kan dette påvirke måten de ansatte arbeider på i forkant av dødsfallet.

Min rolle i avdelinga vil gi meg adgang til forskerfeltet på ulike nivå (Wadel 1991). Det vil si at jeg kan være involvert i pasientforløpet både som sykepleier, avdelingssykepleier og som refleksjonsleder. Det blir viktig å stille åpne spørsmål og være åpen for den andre sine erfaringer. Det er helsepersonell sine erfaringer jeg ønsker å få frem, og ikke egne erfaringer. . Som sykepleier er det lett at jeg blir involvert både faglig og følelsesmessig når pasienter kommer til avdelinga uten håp for å komme seg hjem. Det er klart at dette kan skape utfordringer for meg som forsker, men samtidig kan kjennskap til utvalget føre til at god informasjon kommer frem. Utfordringen slik jeg ser det vil være å ikke involvere meg i om ESAS og palliativ plan blir tatt i bruk. Dette er viktig for å få et resultat som er valid.

Det at jeg kjenner utvalget kan være med på å skape trygge rammer under intervjuene. På denne måten kan informasjon som en ukjent intervjuer ikke ville fått frem, bli synlig. Jeg ønsker å skape et klima av trygghet og fortrolighet slik at informantene deler egne opplevelser og erfaringer uten filter. «Selv om intervjuet skal foregå med et åpent sinn, skal forskeren holde fast på sin problemstilling, slik at samtalen blir fokusert og rikest mulig på informasjon som kan brukes til å belyse problemstillingen» (Malterud 2008, 131). Det betyr at intervjuet ikke skal være helt ustrukturert. Jeg må holde meg til intervjuguiden min, slik at jeg kommer inn på de tema jeg ønsker å belyse i prosjektet.

Gjennomføring av intervjuet ved bruk av båndopptak

Jeg ønsker å benytte lydbåndopptak under intervjuene. På denne måten slipper jeg å skrive og kan konsentrere meg om samtalen med informantene og om det som skjer i intervjusituasjonen. Intervjuene beregner jeg vil ta ca en time. Det blir viktig å skaffe et rolig rom for å gjennomføre intervjuene med informantene. Dette er for å unngå at intervjuet blir forstyrret av telefoner, noen som banker på døren ol. I følge Jacobsen (2010) er det ofte to hovedgrupper av intervjusteder: en situasjon som er naturlig og en som er kunstig. I og med at jeg ønsker å intervju ansatte, er det viktig at intervjuene ikke foregår på mitt kontor, eller på møterommet der de vil føle at det er min sone. Jeg vil intervju informantene mine på et nøytralt kontor på rådhuset for å unngå forstyrrelser. Dette kan være med på å påvirke intervjuet, men i en slik undersøkelse er det vanskelig å finne en situasjon som er naturlig for intervjuobjektet. Tidspunkt for samtalen vil jeg avtale med hver enkelt etter at det har vært et egnet pasientforløp for prosjektet.

Jacobsen (2010) kommer med nyttige tips til meg som forsker ved bruk av lydbåndopptak. Det er viktig at jeg selv om intervjuene blir tatt opp på bånd tar notater underveis. På denne måten kan jeg lettere finne tilbake til det jeg trenger uten å lete gjennom hele båndet. I tillegg er det viktig at utstyret virker, og at det er kassett i båndopptakeren. Kluss med utstyr, og forstyrrende lyder kan være med på å stoppe opp et intervju i følge Jacobsen (2010).

Transkribering av intervjuene

I følge Malterud (2008) er gjennomføring og transkribering av kvalitative forskningsintervjuer meget ressurskrevende. Til tross for dette ønsker jeg å transkribere mine egne intervju for på denne måten å unngå at data går tapt eller blir endret på grunn av flere ledd. Det blir viktig å forsøke å ivareta det opprinnelige materialet fra intervjuet, uten tolking. Malterud (2008) hevder at når muntlig samtale skal omsettes til skriftlig tekst, blir det alltid endringer. Det er viktig i en transkriberings prosess at informantens meninger ikke blir ugyldig på grunn av endringer. Ved egen transkribering og bruk av egne notater der non-verbale observasjoner er nedfelt, håper jeg at denne transkriberingen skal bli gyldig og pålitelig.

Jeg ønsker også ved å transkribere mine egne intervju å finne ut om det er noe jeg må endre i mine metoder under intervjuene. For eksempel kan jeg høre om det er noe med min måte å stille spørsmål på som jeg må endre. Tar jeg som intervjuer for mye plass i intervjuet må jeg eksempelvis dempe dette.

Analysen

Det finns ulike metoder for å analysere innsamlet data. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i Jacobsen (2010).

Når intervjuene er gjennomført, og lydbåndene er transkribert vil jeg sitte igjen med en bunke med notater. «Det sier seg selv at noe av det første vi må gjøre, er å forsøke å redusere noe av kompleksiteten. Vi må forenkle og strukturere for å få en oversikt» (Jacobsen 2010, 185). Analysen vil bestå av en gjennomgang av intervjuene for å se på likheter og ulikheter i de data som kommer fram. «Den kvalitative analysen er hele tiden en veksling mellom de enkelte deler (detaljer) og helheten. Denne vekslingen mellom deler og helhet kalles ofte for den hermeneutiske metode» (Jacobsen 2010, 185). Analysen kan ses på som en spiral der delene blir sett i lys av helheten, og helheten blir sett i lys av enkeltdelene som igjen kan føre til ny forståelse. Dette kaller Jacobsen den hermeneutiske spiral.

Analysen vil bestå av 3 deler: Beskrive, systematisere og kategorisere og til slutt sammenbinde data (Jacobsen 2010). «I den første fasen av analysen er hovedoppgaven å beskrive det materialet vi har fått inn gjennom intervju eller observasjon» (Jacobsen 2010, 186). Her vil jeg systematisere hvem jeg har snakket med, når jeg intervjuet informantene, førte intervjuet til nye tanker osv. Dette vil innebære en transkribering av de data som er kommet inn gjennom utskriving av intervjuene. I etterkant er det viktig å lese gjennom de transkribert intervjuene og egne notater for å få en forståelse om hva det handlet om. Det kan være nødvendig med en viss systematisering i denne fasen (Jacobsen 2010).

Neste steg vil være å systematisere den informasjonen som informantene har kommet med. Jeg vil finne tema som kan samles i kategorier og settes i system. I følge Jacobsen (2010) er det viktig at ikke forsker på forhånd har laget kategorier. Kategoriene vil bli synlig etter hvert som jeg systematiserer dataene fra intervjuene. I innledende fase kan jeg si at ESAS

og palliativ plan vil danne kategorier, da disse er hoved tema i intervjuguiden min. Deretter må jeg ved hjelp av intervjuene dele opp i mindre kategorier og systematisere de data som omhandler det samme tema. Siste ledd av denne prosessen er å bestemme hvor mange underkategorier som skal være med videre. Det er viktig at opplysninger som bare en informant har kommet med, ikke blir gitt for mye plass. Samtidig kan denne gi kontrastinformasjon og slik bidra med viktige erfaringer.

Siste steg blir å sammenbinde data som er innhentet. I mitt prosjekt vil det være interessant for eksempel å se på hva slags erfaringer de ulike yrkesgruppene har med bruken av ESAS og palliativ plan, og om de har funnet nytte i bruk av kartleggingsverktøy. Vi kan muligens finne sammenhenger mellom bruk av verktøy og samhandling mellom sykepleier og lege.

Publisering

Jeg ønsker å skrive en artikkel om funnene i prosjektet. Artikkelen vil fremstå som en presentasjon av det prosjektet som jeg har gjennomført, og de funn som kom frem. Det har vært lite forskning i Norge på dette temaet. Jeg har ikke kunnet finne noen forskningsartikler fra Norge som omhandler akkurat dette temaet. Jeg tenker derfor at her vil mine funn kunne være et viktig bidrag til kunnskap om dette området.

Her må funnene komme fram uansett hva de er. Dersom jeg finner ut at erfaringene med bruk av ESAS og palliativ plan ikke fører til bedre kvalitet på omsorgen til mennesker i livets slutfase, er det det som må stå i artikkelen. Finner jeg ut at fordommer er med på å hindre bruk av redskapene er det dette som stå i artikkelen. Det er viktig for validiteten at jeg får frem både positive og negative erfaringer med bruk av ESAS og palliativ plan i publiseringen.

Jeg må i artikkelen fremstille funnene på en måte som deltagerne kjenner seg igjen i. Samtidig blir det svært viktig at jeg presenterer funnene slik at jeg ivaretar anonymiteten til deltagerne, og at ikke leserne kan koble person og situasjon.

Artikkelen ønsker jeg å publisere i Sykepleien og eventuelt i Tidsskriftet Kreftsyekepleie. På denne måten håper jeg å nå helsepersonell som er interessert i å lese om erfaringene med å bruke ESAS og palliativ plan.

5.0 Nødvendige tillatelser

Tillatelse til å gjennomføre prosjektet i egen avdeling

Det første som må på plass før undersøkelsen kan starte er tillatelser til å gjennomføre prosjektet. Jeg vil først be om tillatelse fra min nærmeste leder som er driftseiningsleder ved sykehjemmet. Det er naturlig å få tillatelse der først, da kostnadene til gjennomføring vil ligge på dette budsjettet. Å få klarering til å gå vider med prosjektet hos nærmeste leder først, er for meg et spørsmål om lojalitet til linjene i kommunen. Det kan selvfølgelig være tidsbesparende å sende det til helse- og sosialsjef og rådmann parallelt, men for meg er det viktig at min nærmeste leder er den første som får gi tillatelse til gjennomføring.

Deretter vil driftseiningsleder ta prosjektplanen til helse- og sosialsjef og rådmann for godkjenning. I forkant må fremdriftsplan og kostnadsoverslag for gjennomførelse være grundig utarbeidet. Siden kommunen allerede har et prosjekt på lindrende omsorg i gang, tenker jeg at det vil være interessant å finne ut om erfaringene med å bruke ESAS og palliativ plan er gode, og om redskapene i det hele tatt blir brukt.

Neste steg blir å få forhåndsvurdert prosjektet av REK (regional etisk komite). Rek kan vurdere om jeg har relevant og tilstrekkelig kompetanse til å gå inn i den typen situasjoner og temaer som prosjektet mitt omfatter. REK sitt mandat er først og fremst knyttet til forhåndsgodkjenning av forskningsprosjekter. Hovedansvaret for videre oppfølging underveis i prosjektet vil ligge hos kommunen som jeg forsker i.

Det er viktig at de som undersøkes forblir anonyme i presentasjonen av funn. Anonymitet innebærer at informasjon ikke skal la seg koble til person. Siden jeg har et lite antall med informanter vil det bli svært viktig å være diskret både i omtale av funn og ved publisering. Brudd på konfidensialitet vil for meg bety at tilliten mellom en ansatt og meg er brutt. Det er derfor viktig at jeg passer meg vel for diskusjon av funn som kan føre til at noen forstår hvor informasjonen kommer fra. I Norge kan vi i følge Jacobsen (2010) søke Datatilsynet om innlegging av funn på data. Jeg vil ta kontakt med Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste for å være sikker på at jeg har fulgt regler for anonymitet. Det er viktig å sikre seg at personvernet er sikret før publisering av data.

Etiske overveielser

Før intervjuene må jeg få informert samtykke fra informantene. «Den som undersøkes, må være i stand til selv å bestemme – frivillig – om han eller hun vil delta i undersøkelsen» (Jacobsen 2010, 46). Jeg vil sende ut et brev til informantene med informasjon om prosjektet. Vedlegg til brevet vil være en skriftlig samtykke erklæring til å være med. Det blir viktig for meg å framheve i muntlig informasjon om prosjektet at det er frivillig å delta i undersøkelsen. Siden jeg er avdelingsleder i den avdelingen der undersøkelsen skal forgå blir det viktig at informantene føler at det er frivillig å være med. Sist, men ikke minst, må jeg sikre meg at alle informantene har forstått informasjonen (Jacobsen 2010).

Det blir videre viktig å informere om at det er sykepleiere, hjelpepleiere og legers erfaringer med å bruke ESAs og palliativ plan til pasienter i livets siste fase som skal undersøkes. Dette er viktig å formidle slik at ikke informantene føler at informasjonen som det blir bedt om kan være brudd på taushetsplikt. I arbeid med den palliative pasient og dens pårørende blir det ofte knyttet tette bånd mellom profesjonelle hjelpere og de som mottar hjelp. Det er spesielt å hjelpe en person til en verdig død. Det blir derfor viktig å formidle at det ikke er den palliative fasen som skal undersøkes, men erfaringene med å bruke redskapene, hvem som brukte disse og om de ble en opplevelse av bedre samhandling og kvalitet i de tilfeller disse ble brukt. På denne måten håper jeg at informantene vil føle at tilliten mellom pasient, pårørende og dem selv ikke blir brutt. Videre er det viktig å informere informanten om hva dataene skal brukes til og informere om at kommunen ikke er min oppdragsgiver.

Det er viktig å ivareta informantenes anonymitet i presentasjonen av funnene. Dette medfører å endre dialektuttrykk i sitater, informantens alder, kjønn eller yrke, opplysninger om hvor prosjektet er gjennomført, og historier som forteller om en spesifikk og spesiell hendelse som kan føre til at noen gjenkjenner noen av informantene, eller at pårørende kan gjenkjenne situasjonen. Dette er etiske overveielser som jeg må vurdere hele veien i gjennomføring av prosjektet. Eventuelt kan jeg som forsker sette inn feil data om informantene mine, dersom dette ikke påvirker de resultat som kom frem (Jacobsen 2010) Det blir viktig å ikke krenke noen av de som gir informasjon om egne erfaringer slik at de blir gjenkjent i publiseringen min. Jeg vil ikke endre roller på leger og sykepleiere/hjelpepleiere da dette kan få konsekvens for verdien av funnene mine. Det er viktig at erfaringene med bruk av ESAS og palliativ plan blir belyst både fra legen sitt

ståsted som ansvarlig behandler, og fra sykepleier/hjelpepleier sitt ståsted som ansvarlig omsorgsyter.

6.0 Fremdriftsplan

Januar – Juni 2012	Utarbeidelse av prosjektplan Implementering av kartleggingsverktøy i avdelinga Oppsett av kostnadsoverslag Lage nødvendig sak for godkjenning av prosjektet
13.06.2012	Prosjektplan godkjent som prosjekt
August – Desember 2012	Nødvendige tillatelser innhentes. Informasjon til informantene om prosjektet. Samtykke til deltagelse innhentes
Januar – August 2013	Oppstart planlegging og gjennomføring av intervju. Eventuelle oppfølgingsintervju fortløpende i transkriberingsperioden
August 2013 - Februar 2014	Analyse oppstart. Analyse av rådata, beskrivelse av funn og systematisering
Mars – April 2014	Skriving av artikkel med hovedfunn presentasjon Innsending av artikkel til publisering
01.05.2014	Avslutning av prosjekt Innlevering av kostnadsoversikt til kommunen

Kostnadsoverslag

Kostnad for gjennomføring av dette prosjektet vil primært være permisjon med lønn for meg i perioden med intervju og transkribering. Videre vil jeg trenge permisjon når

artikkelen skal skrives. Siden jeg arbeider som leder ved avdelinga, er det ikke mulig å leie inn en erstatter for meg dette tidsrommet, så kostnadene for kommunen vil være nært 0. Innleie for personalet i avdelinga de dagene det er intervju vil være en reel kostnad. Dette vil på 1 pasientforløp være snakk om 2 timer x 3, som tilsvarer en dagvakt på 7 timer. Ved 2 pasientforløp vil dette bli 2 dagvakter, og dersom det blir 3 pasientforløp vil det bli 3 dagvakter. Dette er overkommelig for å finne ut hvilke erfaringer personalet har med bruken av kartleggingsverktøy.

Intervju av legen kan dersom det er tilsynslegen som har hatt det primære ansvaret bli utført på den dagen han er på tilsyn ved sjukeheimen. På denne måten blir det ikke en ekstra kostnad. Dersom det er fastlegen som har vært involvert vil dette bli en kostnad per forløp på 2 timer. Tenker at dette er en kostnad som kommunen vil ta for å undersøke erfaringene etter at prosjektet fra 2011 har vært i gang i vel ett år. Erfaringene kan være nyttig å dokumentere for en eventuell ny søknad om prosjektmidler til kommunen. En levende organisasjon er en organisasjon i utvikling. Sykepleiere må få mulighet til å utvikle egen kompetanse. Arbeidstaker har et ansvar for å tilegne seg ny kunnskap, og arbeidsgiver har en plikt til å tilrettelegge for tilegning av ny kunnskap. I søknad om dekking av kostnader er det viktig å legge vekt på at dette prosjektet vil undersøke erfaringene som helsepersonell har med å bruke ESAS og palliativ plan til alvorlig syke og døende pasienter.

Refleksjon

Jeg ønsker å finne erfaringer med å bruke verktøyene til pasienter i den palliative fasen. Tidligere forskning har vist meg at det er lite kvalitativ forskning på dette feltet. Det var flere artikler som jeg ønsket å inkludere, men jeg måtte velge de som var mest relevant. Oversettelse fra engelsk til norsk kan være en feilkilde i presentasjonen av funn. Jeg kan også ha oversett viktige artikler i arbeidet med søkene mine.

Ved ferdigstilling av oppgaven fant jeg ut at det er gjennomført en kvalitativ studie med fokus på pårørendes erfaring med bruk av individuell plan i palliativ fase av Sølvi Eide Lunde ved Høgskolen i Volda. Denne studien viste at det ofte var ildsjeler i helsevesenet som hadde vist initiativ dersom pasienter i den palliative fasen hadde individuell plan. Dette viser meg at det er behov for å rette fokus mot ESAS og palliativ plan, og erfaringer

med å bruke det. De nevnte verktøy er avhengig av at vi som helsepersonell tar de samtalene med pasienten og de pårørende som avdekker behov, ønsker og symptom. Dette kan være vanskelig, og det stiller store krav til helsepersonell med tanke på oppbygging av tillit, og til det å tørre å stille de vanskelige spørsmålene om liv og død. Gjennom forskning har jeg sett at det er vanskeligere å implementere disse verktøyene enn hva en skulle tro i forhold til nytteverdien i pasientomsorgen. Det kan være mange årsaker til dette, som for eksempel utskifting av personale, fordommer mot verktøyene eller det at helsepersonell ikke greier å ta de samtalene som trengs for å finne svarene på eksistensielle behov.

Litteraturliste

Brecht, John R. Shaiqua Murshed, Peter Home og Marilyn Bookbinder. Monitoring Symptoms in Patients with advanced illness in long-term care. A pilot study. *Journal of pain and symptom management* Volume 32, issue 2, August 2006.

Dudgeon, D., C. Knott, M. Eichholz, J Lochhaas Gerlach, C. Chapman, R. Viola, J. Van Dijk, S. Preston, D. Batchelor og E. Bartfay (2008). Palliative Care Integration Project (PCIP) Quality Improvement Strategy Evaluation. *Journal of Pain and Symptom Management; volume 35, Issue 6, Pages 573-582.*

Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement. St.meld. nr. 47 (2008-2009).
Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted – til rett tid

Eide, Solveig Botnen, Hans Herlof Grelland, Aslaug Kristiansen, Hans Inge Sævareid og Dag G. Aasland. 2011. *Fordi vi er mennesker – en bok om samarbeidets etikk*. Bergen: Fagbokforlaget.

Ezekowitz, Justin A., Vincent Thai, Twylla S. Hodnefield, Lea Sanderson og Bibiana Cujec (2011). The Correlation of Standard heart failure assessment and palliative care questionnaires in a multidisciplinary heart failure clinic. *Journal of pain and symptom management* Volume 42, issue 3, Pages 379-387.

Fitzimons D., D. Mullan, J.S. Wilson, B. Conway, B. Corcoran, M. Dempster, J. Gamble, C. Stewart, S. Rafferty, M. MacMahon, P. Mulholland, P. Stockdale, E. Chew, L. Hanna, J. Brown, G. Ferguson og D. Fogarty (2007). The challenge of patients' unmet palliative care needs in the final stages of chronic illness. *Palliative Medicine, volume 21, issue 4, pages 313-322.*

Fjelland, Ragnar og Eva Gjengedal. 1995. *Vitenskap på egne premisser- vitenskapsteori og etikk for helsearbeidere*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Helse- og omsorgstjenesteloven. 2011. *LOV 2011-06-24 nr 30: Lov om Kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Fylkesmannen i Møre og Romsdal.

Husebø, Bettina Sandgathe og Stein Husebø. *Sykehjemmene som arena for terminal omsorg – hvordan gjør vi det i praksis*. Tidsskrift for Den Norske Legeforening nr 10.2.2010.

Husebø, Bettina og Stein Husebø. *Eldreomsorg – palliativ plan. Forberedende samtaler og planlegging av omsorg ved livets slutt*. Verdighetsenteret 22.2.2011.

Jacobsen, Dag. *Hvordan gjennomføre undersøkelser. Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Høyskoleforlaget. Kristiansand 2010

Jensen, Torben K., Lars Ulrik Jensen og Won Chung Kim. *Grundlagsproblemer i sygeplejen. Etik, videnskapsteori, ledelse og samfund*. Forlaget Philosophia. Århus 1999.

Jones, Jennifer M; Cohen, S Robin; Zimmermann, Camilla; Rodin og Gary, 2010. Quality of Life and Symptom burden in Cancer Patients Admitted to an Acute Palliative Care Unit. *Journal of palliative Care, Volume 26, issue 2, pages 94-102*.

Kaasa, Stein (red.) *Palliasjon. Nordisk lærebok*. 2008. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Kashifa Mahmood-Yousuf og Daniel Munday, 2008. Interprofessional relationships and communication in primary palliative care: impact of the Gold Standards Framework. *The British Journal of General Practice, volume 58, issue 549, pages 256-263*.

Lillesveen, Bjørg, Cecilie Formo Edvardsen og Gunn Kristin Havn Berger. *Individuell plan for palliative pasienter – et nyttig redskap*. Fordypningsoppgave i palliativ Omsorg, trinn 2. Høgskolen i Gjøvik 2011.

Malterud, Kristi. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 2008. Oslo: Universitetsforlaget

Røknes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen. *Bære eller breste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Fagbokforlaget. Bergen 2011.

Selbye, Debbie, Alisa Cascella, Kate Gardiner, Randy Doo, Veronika Moravan, Jeff Myers og Edward Chow, 2010. A Single Set of Numerical Cutpoints to Define Moderate and Severe Symptoms of the Edmonton Symptom Assessment System. *Journal of Pain and Symptom Management*, volume 39, issue 2, pages 241-249.

Seymour, J, D. Clark og R. Marples, 2002. Palliative care and policy in England: a review of health improvement plans for 1999-2003. *Palliative medicine*, volume 16, pages 5-11.

Thompson-Hill, Jane, Claire Hookey, Emily Salt og Trish O'Neill, 2009. The Supportive Care Plan: a tool to improve communication in end-of-life care. *International Journal of Palliative Nursing*, volume 15, no 5, pages 250-255.

Wadel, Cato. *Feltarbeid i egen kultur. En innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Seek A/S. Flekkefjord 1991.

Watanabe, Sharon M., Cheryl Nikolaichuk, Crystal Beaumont, Laureen Johnson, Jeff Myers og Florian Strasser, 2011. A Multicenter Study Comparing Two Numerical Versions of the Edmonton Symptom assessment System in Palliative care Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, volume 41, issue 2, pages 356-468.

Innholdsfortegnelse vedlegg

Vedlegg 1

Oversiktstabell i forhold til litteratursøk

Vedlegg 2

Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet

Vedlegg 3

ESAS skjema (ett eksempel)

Vedlegg 4

ESAS kroppskart (ett eksempel)

Vedlegg 5

ESAS forløpskart (ett eksempel)

Vedlegg 6

Palliativ plan med medikament og doseringer (ett eksempel brukt i en kommune)

Vedlegg 7

Om palliativ plan – hvilke føringer skal vi følge (ett eksempel)

Vedlegg 8

Intervjuguide

Vedlegg 1

OVERSIKTSTABELL I FORHOLD TIL LITTERATURSØK

Begrensninger (eks årstall, språk), inklusjons- og eksklusjonskriterier

Søkeord	Database	Antall treff	Leste abstrakts	Dubletter	Leste artikler	Inkluderte artikler
SØK 1 Palliative plan or palliative Care, ESAS, cancer pasients, terminal care	Ovid Medline	13 artikkler	Sett på alle sammen, utifra starten på abstraktene og overskrifter, lest nøye 9.	1 dublett	5 artikkler valgt fra abstract	3 artikkler
SØK 2 Palliative care or palliative plan, ESAS, implement, patient autonomy, terminal care og respect	OVID Medline	4 artikkler	Lest 2 abstracts	Ingen	2 artikkler	1 artikkel
SØK 3 Individualized plan, palliative plan, ESAS, quality of care, palliative care	Pro- Quest	97 artikkler	Leste 11 abstracts	Ingen	7 artikkler	2 artikkel
SØK 4 Palliative plan, ESAS, symptomlindring	Swe-Med+	20 artikkler	Leste 3 abstracts	1 dublett	3 artikkler	1 er inkludert som litteratur Ingen som forskningsartikkel
SØK 5 Terminal care, palliative care, quality of life, palliation, cancer pasients, end-of life care, communication	Ovid Medline	4 artikler	Leste 2 abstracts	Ingen	2 artikler	2 artikler
SØK 6 Individuell plan og palliative pasienter	BIBSYS ASK	1 fordypningsoppgave fra Høgskolen i Gjøvik	Leste oppgaven		Valgte 3 artikkler fra litteraturlista	1 artikkel
SØK 7 Palliative Care, communication, nurses, quality of care	Google Scholar	5 artikler	Leste 3 abstract	Ingen	1 artikkel	1 artikkel
Totalt						10 artikkler

Vedlegg 2

OVERSIKTSTABELL I FORHOLD TIL INNHOLD OG KVALITET

Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode / instrument	Deltagere / frfall	Hovedfunn	Kvalitet
Brecht, John R, et all, 2006, USA, Journal of pain and Symptom Management	Monitoring Symtoms in Patients with Advanced Illness in Long-Term Care: A Pilot Study	Fastslå hvordan daglig sykepleier dokumentasjon ved hjelp av standardisert kartleggingsverktøy (ESAS) kan føre til tidlig behandling av symptom Dokumentere frekvensen av moderat til sterke symptom ubehag hos pasienter med alvorlig sykdom Fastslå om et system for hurtig behandling kan bedre symptomene innen 48 timer etter oppdagelse.	Kvantitativ metode ESAS skjema ble brukt til å kartlegge symtom. Sykepleiere og leger måtte først lære seg å bruke verktøyet.	108 potensielle pasienter ble identifisert etter diagnose av forfatterene i en langtidsavdeli ng. Noen pasienter ble valgt bort av leger før oppstart på grunn av kort forventa levetid. 32 av pasientene var uten språk.	ESAS ble først brukt på hver vakt, dette førte til misnøye både blant pasienter og sykepleiere. Etter en revurdering ble det fylt ut en gang per døgn. Da ble det et nyttig verktøy. Tok tid å implementere, men når det var i gang kunne det bli utfylt på 5 min. ESAS er nyttig til å lindre symptom til palliative pasienter innen 48 timer. To år etter at prosjektet ble avsluttet bruker avdelingen enno daglig symptom registrering.	God
Dudgeon, Deborah J. et all, 2007, Canada, Journal of Pain and Symptom Management	Palliative Care Integration Project (PCIP) Quality Improvement Strategy Evaluation	Hensikt var å finne u tom et kvalitets forbedringsprosjekt PCIP hadde ført til økt kvalitet på palliativ omsorg. Ville implementering og bruk av standardiserte kartleggingsverktøy bedre kontinuitet i behandling for palliative pasienter mellom ulike nivå.	Kvantitativ studie Jornal gjennomgang Analyse av databaser Pasient/ Helsepersonell Spørreskjema ESAS FAMCARE Scale The Caregiver Assessment (CRA)	Alle «passende» pasienter fra de deltagende omsorgs Institusjonene som mottok tjenester på en dag i November 2002 og i November 2003 ble spurt om å fylle ut spørreskjema. Ansatte ble spurt i samme tidsrom.	Et hovedfunn i denne evalueringsstudien er at det tar lenger å implementere skjema og andre hjelpemiddel enn det en tror pga ulike faktorer. Det er viktig å sette seg lenger tidsfrister når det er snakk om endre systemer	God

Ezekowitz, Justin A. et al, 2011, Canada, Journal of Pain and Symptom Management	The Correlation of Standard Heart Failure Assessment and palliative Care Questionnaires in a Multidisciplinary Heart Failure Clinic	Finne ut om spørreskjema som blir brukt til palliative pasienter også kan brukes på pasienter med hjertesvikt.	Kvantitativ metode ESAS, Palliativ Performance Scale (PPS), New York Heart Association (NYHA) functional class and the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ).	105 pasienter, gjennomsnittal der 65 år, 76% menn, 10 av deltakerene døde, 26 hadde lange sykehus – opphold.	Funnene i artikkelen viser at ESAS og PPS kan være nyttig å bruke på hjertesvikt-pasienter. Hjertesvikt-pasienter kan få bedre kvalitet på livet sitt dersom riktig palliativ omsorg blir gitt.	God
Fitzsimons D. et al, 2007, Ireland, Palliative Medicine.	The challenge of patients' unmet palliative care needs in the final stages of chronic illness	Hensikten med studiet var å undersøke de palliative omsorgs behovene til pasienter uten kreft diagnose fra pasient, pårørende og helsepersonell perspektiv.	Kvantitativ og kvalitativ Spørre skjemaer «The short form 36 and Hospital and anxiety and depression ble brukt. Intervju med pasient og dennes nærmeste pårørende ble gjennomført . Fokusgruppe diskusjon ble gjennomført med helsepersonell.	18 pasienter deltok. De var valgt utifra diagnose. De måtte være klar over sin palliative status. De måtte være mentalt klar for å skrive under på godkjennings-skjema. Pasienter som bodde på sykehjem, stod på transplantasjons-lister eller som hadde en kreft diagnose som tilleggs-sykdom ble ekskludert	Disse pasientene hadde store problem i det daglige. De var ofte isolert, hadde nedsatt selvstendighet og var en byrde for familien. Helsepersonell var frustrert over å ikke kunne tilby disse pasientene palliativ omsorg på samme nivå som til palliative kreftpasienter. En palliativ tilnærming tidligere kunne bedre kvaliteten på tilbudet.	God
Jones, Jennifer M et al, 2010, Canada, Journal of Palliative Care	Quality of life and symptom burden in cancer patients admitted to an acute palliative care unit.	Hensikt var å beskrive livskvaliteten og symptom byrden til kreft pasienter som ble innlagt på en palliativ enhet. Videre å undersøke hvilken faktorer som er viktige for å ivareta livskvaliteten til pasientene.	Kvantitativ metode Det ble brukt 4 kartleggings-verktøy 1. The McGill quality of life questionnaire 2. ESAS 3. The palliative performance scale 4. The short orientation-memory-concentration test	Totalt 211 pasienter gjennomførte studien – dette var 51% av de 420 som var innlagt i perioden. Ekskluderings-kriteriene var kognitiv svikt, ikke flytende engelsk tale, terminale pasienter eller de var deltagere i en annen studie.	Pasientene innlagt hadde en moderat livskvalitet. Funnene i studien gir bevis på verdien av « hele menneske» omsorg når man tenker livskvalitet for døende kreftpasienter. De viser at vi trenger høy faglighet, og samhandlings tilnærming for å håndtere komplekse og sammensatte symptom og de	God

			Den kliniske forsknings koordinatoren ved Princess Margarets Hospital forklarte studiet til de utvalgte deltagerene. Han gjennomførte opplæring i å lese skjemaene høyt slik at han ikke skulle påvirke deltagerene.	Noen pasienter orket ikke å delta i studien da de følte seg for syk til å delta.	eksistensielle og psykososiale behovene til disse pasientene. Livskvalitet er viktig for en døende pasient, sammen med mening og håp i omsorgen som vi gir.	
Mahmood-Yousuf, Kashifa et al, 2008, England, British journal of General Practice	Interprofessional relationships and communication in primary palliative care: impact of the Gold Standards Framework	Hensikt var å undersøke i hvilken grad retningslinjene (Gold Standard Framework) påvirker yrkesmessige relasjoner og kommunikasjon, og å sammenligne legenes og sykepleiernes erfaringer med innføring av prosedyrer som påvirker samhandling og kommunikasjon	Kvalitativ studie ved hjelp av intervju.	Trettiåtte semi-strukturerte intervjuer ble gjennomført med GPS, distrikt sykepleiere, Macmillan sykepleiere, og rammeverk tilretteleggere.	Gjennomføring av rammevilkårene aktivert prosesser for kommunikasjon som ble knyttet til høy kvalitet i palliativ omsorg i allmennpraksis, men det ble markert variasjon i hvordan dette fungerte i enkelte grupper. Tverrfaglig team møter aktivert kommunikasjon for å dele kunnskap, diskutere ledelse problemer, og å holde kolleger informert, men arrangering og vedlikeholde av slike møter var ofte problematisk. Ofte var det legen som ikke ønsket disse møtene, men heller ad-hoc møter.	God
Selby, Debbie et al, 2010, Canada, Journal of Pain and Symptom Management	A single set of numerical cutpoints to define moderate and severe symptoms of the Edmonton Symptom Assessment System.	Undersøke forholdet mellom det numeriske og munttlige scores ved bruk av ESAS, og å identifisere hvordan man kan skille mellom intense symptom og ikke intense symptom.	Kvantitativ metode Deltagerene fyllte ut et vanlig ESAS skjema. Deretter fyllte de ut et skjema med samme spørsmål, men her var det gradert i ingen,	770 pasienter ble vurdert. 166 faltt fra pga kognitiv svikt, 137 faltt fra pga språk barrierer, 67 takket nei. 400 deltagere fullførte studien. Gjennomsnitt alder var	Symptom som er gradert som 7 eller høyereer intense symptomer. Symptom som er 4 eller høyere er moderate eller intense og krever mer undersøkelse eller behandling.	God

			mild, moderat og intens. Leger og forsknings assistenter vurderte deretter deltagerene sin funksjonelle status ved hjelp av PPS.	60,58,5% var kvinner. De mest vanlige maligne diagnosene var bryst, lunge og mage/tarm kreft.		
Seymore, J. et al, 2002, England, Palliative Medicine	Palliative care and policy in England, a review of health improvement plans for 1999-2003	Hensikten med artikkelen er å undersøke om planer for palliativ omsorg er blitt laget og eventuelt hvem de palliative planene blir brukt på. De vil også undersøke om kreft pasienter var inkludert eller ekskludert i planarbeidet	Kvantitativ metode Alle helsedistriktene i England ble kontaktet ved hjelp av et brev. Der ble de spurt om en kopi av deres planer for forebyggende helsearbeid. Spesielt med henblikk på deres planer for palliativ omsorg. Det ble sendt purrebrev etter 6 måneder Til slutt ble det ringt rundt og etterspurt svar	100%	Undersøkelsen viste at på tross av plikt hos de ulike helsedistriktene til å lage strategiske planer for palliativ omsorg, og å undersøke behovet for lokale palliative planer, var det ikke alle som arbeidet med dette. Blant de som hadde palliative planer var disse for pasienter med kreft.	Middels Pga årstall
Thompson-Hill, Jane et al, 2009, England, International Journal of Palliative Nursing	The Supportive Care Plan a tool to improve communication in end-of-life-care.	Hensikten med forskningen i artikkelen er at pasienter i den palliative fase skal få formidlet noe om sine behov og ønsker, og dokumenter disse i en skriftlig plan.	Kvalitativ studie delt i 2, en før implementering av «Supportive Care Plan» og en kvalitativ studie etter implementering.	20 pasient case før implementering av planen. 25 pasienter fikk utarbeidet en plan etter implementering.	50% av pasientene som døde med en plan utfylt døde der de ønsket å dø. 22% med plan døde på sitt andre ønske. Pasienter og pårørende ga positive tilbakemeldinger. Negative tilbakemeldinger gikk på tidsbruk til helsepersonell i utfylling av planen pga ofte vanskelige samtaler. En «bi effekt» har vært muligheten til å heve spørsmål rundt palliasjon	God

					med personale gjennomdiskusjoner og undervisning.	
Watanabe, Sharon M. et al, 2011, Canada and Switzerland, Journal of Pain and Symptom Management	A Multicenter Study Comparing Two Numerical Versions of the Edmonton Symptom Assessment System in Palliative Care Patients	Hensikten med undersøkelsen var å undersøke om et revidert ESAS skjema ville være enklere å forstå for pasienter, og dermed føre til bedre data på symptom ved bruk av ESAS.	Kvantitativ studie med kvalitative kommentarer fra intervju. Det ble brukt ESAS og et «Forbedret» ESAS skjema som ble kalt ESAS-r. Skjemaene var nøye oversatt til tysk før det ble brukt i Tyskland	160 pasienter fra 8 palliative enheter i Canada og Sveits.	Hovedfunn i dette studiet er at pasienter letter kan fylle ut et ESAS skjema alene dersom det er litt utbedret. Dersom små definisjoner er en del av skjemaet, kan pasienter enklere fylle dette ut uten forklaring /hjelp fra helsepersonell. Da vil resultatene bli mer valid. Det vil føre til bedre og felles opplæring / forståelse blant pasienter og helsepersonell dersom skjemaet er utbedret.	God

Vedlegg 3



Navnelapp

Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

Smerte i ro											
Ingen 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig

Smerte ved bevegelse											
Ingen 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig

Slapphet											
Ingen 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig

Kvalme											
Ingen 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig

Tungpust											
Ingen 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig

Munntørrhet											
Ingen 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig

Matlyst											
Normal 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig

Angst, uro											
Ingen 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig

Trist, deprimert											
Ingen 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig

Alt tatt i betraktning, hvordan har du det i dag?											
Bra 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig

Skjemaet er fylt ut av:

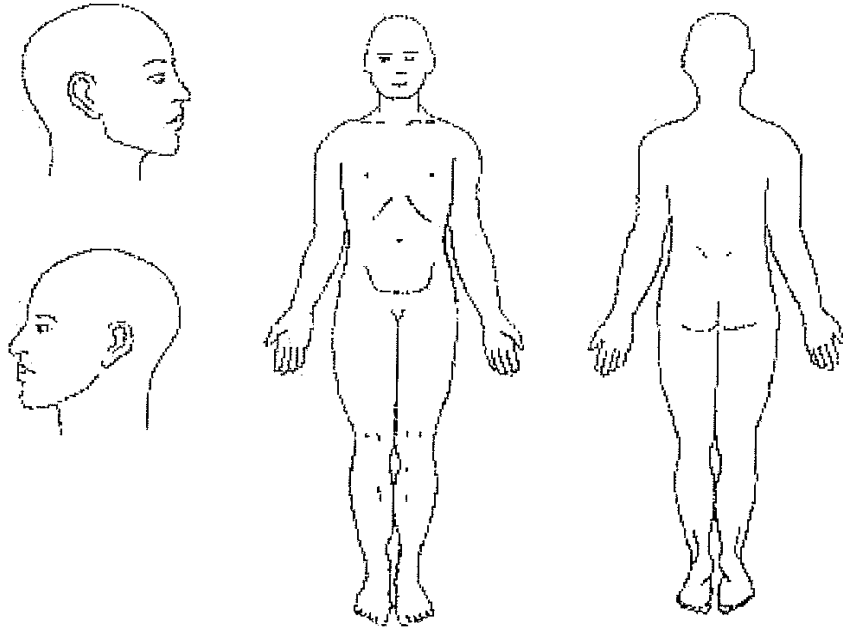
Pasienten selv

Pårørende

Helsepersonell

Vedlegg 4

Smertekart



Til eventuelle kommentarer:

Vedlegg 5

Kompetansesenter i lindrende behandling
Helseregion Vest

F.nr _____

Navn _____

Grafisk oversikt over registrerte symptomer

Dato															
Dag i sykehus	Tidspunkt	09	18	09	18	09	18	09	18	09	18	09	18	09	18
Smerte i ro	10														
Smerte - ved bevegelse	10														
Slapphet	10														
Kvalme	10														
Tungpust	10														
Munntørrhet	10														
Matlyst	10														
Angst/uro	10														
Trist/deprimert	10														
Hvordan har du det i dag?	10														
ECOG															
Utfyllt av															
Sign.:															

PS = Pasient, skriftlig

PI = Pasient, intervju

WHO/ECOG-status:

0 = Normal aktivitet.

1 = Begrensning ved fysisk aktivitet. Oppgående, kan gjøre lett arbeid.

2 = Oppe > 50% av dagtid. Selvhjulpen, kan ikke arbeide.

3 = I seng eller stol > 50% av dagtid. Noe hjelpetrengende.

4 = Helt sengeliggende. Helt hjelpetrengende.

ESAS (Edmonton Symptom Assessment System)
revidert ved Seksjon lindrende behandling (TPAT)

Vedlegg 6

PALLIATIV PLAN

Namn: Fødselsdato:	Plan for palliative tiltak: Evt palliativt skrin, forsegling åpnast av sjukepleiar ved:
Diagnosar:	Symptomlindring: Ved smerter: - - - - -
Allmennfunksjon:	Ved tungpust: - - - - -
Aktuelt:	Ved kvalme: - - - -
Ressursar/livshistorie:	Ved angst/uro: - - - -

Etikk, samtaler:	Andre symptom/plager:
Føringar:	Innleggelse?
Dokumentasjon:	
Kontaktinformasjon: Lege: Sjukepleiar: Pårørande:	Dato og underskrift (lege og primærsjukepleiar)



De 4 viktigste medikamenter for lindring i livets slutfase

Indikasjon	Medikament	Dosering	Maksimal døgndose	Adm. måte
Smerte, dyspné	Morfin [®] (opioidanalgetikum)	2,5-5-10 mg eller 1/6 av tidligere døgndose (po:sc = 3:1) inntil x 1/time	avhengig av effekten (sjelden > 400 mg)	sc = subcutant
Angst, uro, panikk, muskelrykn., kramper	Midazolam [®] (benzodiazepin, sedativum)	1mg til gamle/skrøpelige, ellers start med 2-2,5 mg inntil x 1/30min (titrering)	avhengig av effekten (sjelden > 20 mg)	sc
Kvalme uro, agitasjon	Haldol [®] (haloperidol, lavdoseneuroleptikum)	0,5-1 mg x 3 (mot kvalme) 2 mg x 3 (mot uro/agitasjon)	10 mg	sc
Surkling i øvre luftveier, ileus, kolikk	Robinul [®] (glykopyrron, antikolinergikum)	Startdose 0,4 mg. Etter 4 timer gis 0,2 mg x 4 (dvs hver 6. time)	1,8 mg	sc

Obs: Både Midazolam[®] og Robinul[®] brukes her utenfor godkjent indikasjonsområde.
Vedlagte behandlingsalgoritmer bygger på fylldig dokumentasjon over bruk og effekt av disse medikamentene hos døende.
Legen skal imidlertid være klar over sitt ansvar når medikamenter brukes utenfor godkjente indikasjoner.

Alle 4 medikamenter kan blandes i en sprøyte til applikasjon i sc pumpe

Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest og
Sunniva klinikk for lindrende behandling, Haraldsplass Diakonale Sykehus, april 2008.
Revidert mai 2011; gyldig til mai 2012.
<http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/klb/Sider/medikamentskrin.aspx>

Vedlegg 7

Palliativ plan:

- Utarbeides i samarbeid med fastlege, sykepleier og pasient/pårørende, så tidlig som mulig. Planen skal følge pasienten der han er (som individuell plan) og oppdateres jevnlig/ved behov
- Ved palliative pasienter bør vi ha som mål at fastlege er med på hjemmebesøk ca hver 3-4 uke. Ved dårlige pasienter, alltid kontakt med fastlege før helg. Kan da diskutere om plan må oppdateres.
- Dersom vi avtaler endringer i plan på tlf, må vi levere plan til signering hos fastlege på samme måte som medisin lister. Etter hvert vil vi få planen som egen mappe i tiltaksplan på gericca.
- Planen er ment til hjelp for oss, slik at vi alltid kan være i FORKANT!!!! Dersom pasienten får smerter ... (de som ikke står på noe, kan for eksempel ha liggende en respt på langtidsvirkende opioder, slik at det ligger klart om det blir behov). Vi bør også ha fått lege til å lage en plan på hvor mye vi for eksempel kan øke smertepumpe uten å kontakte legevakt. For eksempel dersom pasient har brukt så og så mye bolus doser, økes pumpen til.... osv.
- Om pasienten har palliativt skrin, skal det stå på plan at sykepleier kan bryte skrinet ved osv.
- I siste fase gjelder vedlegg på palliativ plan (de fire viktigste medisiner ved livets slutt). Om ikke annet er avtalt forholder vi oss til de

doseringene. Dersom vi ser at pasienten begynner å bli dårligere, lurt å få resept på aktuelle medisiner selv om vi har skrinet. Skrinet er et ”akutt” skrin, brukes om vi står i beit og ikke har det aktuelle medisiner. Når pasienten har fått skrinet, skal fastlege gi oss løyve til å administrere disse medisinene uten å kontakte lege. Vi skal da følge retningslinjer som ligger som vedlegg i pall plan (fire viktigste medisiner ved livets slutt).

- Tanken med både palliativ plan og palliativt skrin, er å unngå å kontakte legevakt, sykehus på kveld, helg og natt. Det skal ikke være nødvendig når plan og skrin er på plass. Vi skal unngå ukjente lege på legebesøk (som kanskje kan lite om lindring ved livets slutt, påkjenning for pasient og pårørende å få fremmede inn i heimen i slike situasjoner) + vi skal unngå unødige innleggelser. Vi må vise trygghet og ro i situasjonen.
- I palliativ plan skal det også stå noe om hva pasienten tenker fremover, *etiske føringer*. Eks om du skulle få en infeksjon, vil du ha behandling, ønsker pasienten gjenoppplivning ved en mulig hjertestans, hva tenker pasient og familien om situasjonen når pasienten blir sykere, ønsker han/hun og dør hjemme, ønsker familien det osv. Vanskelige med viktige tema å ta opp. Vi må være modig og tørre å ta opp disse temaene. Det er mye lettere både for oss, pårørende og lege, om pasienten selv har sagt noe om dette i forkant situasjoner som kan oppstå. Da vet vi at vi gjør slik pasienten ønsker. Det kan også være aktuelt at der står noe om iv væske/ernæring, er dette aktuelt for pasient, og i så fall i hvilke situasjoner. Dette er selvfølgelig vanskelige temaer for pasient/pårørende, viktig at vi har tid til støtte og

samtale. Dersom pasienten ikke klarer å ta stilling til tema eller å samtale om dette, skal det stå på plan (med dato) at temaet er tatt opp og at en følger opp dette.

- På planen skal det stå hvem som er hovedkontakt person/koordinator, hvilke avdeling pasient har tilhørt på sykehuset osv.

Vedlegg 8

Intervjuguide

Presentasjon av informanten

Fullt navn og alder

Hvilke yrkestittel har du?

Hvor mange år har du arbeidet som sykepleier/hjelpepleier/lege?

Har du videreutdanning, eventuelt hva?

Presentasjon av pasientforløp

Kan du fortelle om siste erfaringa di med en pasient i den palliative fasen?

Hvilken diagnose hadde pasienten?

Hvor lenge var pasienten i avdelinga?

Spørsmål 1

Beskriv hvordan ESAS ble brukt i dette pasientforløpet?

Dersom skjemaet ikke ble brukt; hvorfor ikke?

Dersom skjemaet ble brukt; hvilke erfaringer fikk du?

Fortell mer om når dere fant ut at det var hensiktsmessig å ta det i bruk ESAS

Fortell hvordan dere så at det var behov for å ta i bruk ESAS? Hvem som tok initiativet?

Hva var mindre bra ved å bruke ESAS?

Fikk det noen konsekvens etter din mening for pleie, omsorg og behandlingen/livskvaliteten til pasienten?

Hadde bruken av skjemaet betydning for samarbeidet mellom kollegaer, på tvers av profesjoner og tjenestetilbud?

Spørsmål 2

Beskriv hvordan Palliativ Plan ble brukt i dette pasientforløpet?

Dersom palliativ plan ikke ble brukt; hvorfor ikke?

Dersom palliativ plan ble brukt; hvilke erfaringer fikk du ved å bruke palliativ plan?

Fortell mer om når dere fant ut at det var hensiktsmessig å ta palliativ plan i bruk.

Fortell hvordan dere så at det var behov for å ta i bruk palliativ plan? Hvem som tok initiativet til å sette opp en palliativ plan?

Hva var mindre bra ved å bruke palliativ plan?

Fikk det noen konsekvens etter din mening for pleie, omsorg og behandlingen /livskvaliteten til pasienten?

Hadde bruken av palliativ plan betydning for samarbeidet mellom kollegaer, på tvers av profesjoner og tjenestetilbud?

Spørsmål 3

(Den vanskelige samtalen)

Beskriv hvordan det er å snakke med en pasient og de pårørende om oppsett av ønsker for den siste tiden?

Er dette en vanskelig samtale å ta for deg?

Er det vanskelig å informere pasienten om at han/hun har blitt dårligere?

Fortell om erfaringer med å snakke med pasient og pårørende om sykdommen?

Er det vanskelig å snakke om hva palliasjon innebærer?

Fortell om erfaringene du fikk i siste forløpet med tanke på forberedende samtaler?

Tilleggsspørsmål som kan bli aktuell:

I hvilket omfang blir ESAS og palliativ plan brukt i den avdelinga du jobber ved?

Når og hvor ofte blir ESAS brukt, og blir eventuelle tilleggsskjema brukt?

Når og hvor ofte blir palliativ plan brukt? Blir denne oppdatert ved endringer?

Fortell om dine erfaringer med samarbeid med palliativt team

Fortell om dine erfaringer med samarbeid med sykehuset i forhold til disse pasientene

Føler du at der er fordommer mot å bruke ESAS og palliativ plan i avdelinga?

Spørsmål 4

Har du erfaringer fra situasjoner der dere ikke brukte ESAS – kan du fortelle om det?

Har du erfaringer fra situasjoner der dere ikke brukte palliativ plan – kan du fortelle om det?

Spørsmål 5

Er det forskjell på lindringen til disse pasientene etter dere tok i bruk verktøyene?

Får flere pasienter ønsker oppfylt etter at dere tok i bruk palliativ plan?

Ved avslutning av intervjuet, takker jeg for at informanten tok seg tid.