



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Sykepleieres erfaringer med palliativ plan

Nurses experiences with Advanced Care Planning

Kandidatnummer: 52 og 94

Totalt antall sider inkludert forsiden: 60

Molde, 31.03.2022



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 §§16 og 36.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert, jf. høgskolens regler og konsekvenser for fusk og plagiat	<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"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder:

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

Dato: 30.03.2022

Antall ord: 8490

Sammendrag

Bakgrunn: I 2015 kom Helsedirektoratet ut med en fagrapport som belyste viktigheten med tidlig involvering av helsepersonell hos palliative pasienter og deres pårørende. Dette ble starten på bruken av palliativ plan. Palliativ plan er blant annet et viktig sykepleiefaglig verktøy som er med på å avdekke pasientens nåværende helsetilstand, dens ressurser, og fungerer som retningslinjer i palliativ pleie. Den utarbeides i samråd med pasient og pårørende for å imøtekomme deres ønsker mot livets slutt.

Hensikt: Hensikten med studien var å belyse sykepleieres erfaringer med palliativ plan.

Metode: Litteraturstudie basert på 10 kvalitative forskningsartikler.

Resultat: Sykepleieres erfaringer med palliativ plan viser at kompetanse og erfaring er avgjørende for å yte god palliativ omsorg. Tilknytningen til pasient og pårørende påvirker sykepleiers kommunikasjonsevne. Kvaliteten på det tverrfaglige samarbeidet opplevdes av sykepleierne som varierende. Arbeid med palliativ plan viser positive og negative psykiske reaksjoner blant sykepleiere.

Konklusjon: Studien vår viste at sykepleiere opplever utfordringer med bruken av palliativ plan grunnet manglende kompetanse i kommunikasjon, som også fører til usikkerhet og psykiske påkjenninger. Funnene i vår studie kan bidra til et økt fokus på praktisk læring om kommunikasjonsferdigheter i utdanningsforløpet, som vil være med på å danne tryggere sykepleiere.

Nøkkelord: Palliativ pleie, palliativ plan, sykepleiere og erfaringer.

Abstract

Background: In 2015 the Norwegian Directorate of Health published a professional report that highlighted the importance of early involvement of health care professionals with palliative patients and their relatives. This became the start for use of advance care plan. Advance care plan is, among other things, an important nursing professional tool that helps to uncover the patient's current state of health, their resources, and serves as guidelines in the palliative care. It is prepared in consultations with the patient and relatives to meet their wishes towards the end of life.

Purpose: The aim of the study was to illuminate nurses experiences with advanced care plan.

Method: A systematic literature study based on 10 qualitative research articles.

Result: The nurses experience with advance care plan shows that experience and competence is essential to provide good palliative care. The connection to the patient and relatives affect's the nurses communication ability. The quality of the interdisciplinary collaboration was perceived by the nurses as varying. Work with palliative care shows positive and negative psychological reactions among nurses.

Conclusion: Our study showed that nurses experience challenges with the use of advance care plan because of lack of competence in communication, which also leads to insecurity and mental strain. The findings of our study can contribute to an increased focus on practical learning about communicationskills in the educational process, which will help to form nurses with confidence.

Key words: Palliative care, advanced care plan, nurses and experiences.

Innhold

1.0	Introduksjon	1
1.1	Hensikt	2
2.0	Metode	3
2.1	Inklusjons og eksklusjonskriterier	3
2.2	PICO-skjema	4
2.3	Søkestrategi	4
2.4	Kvalitetsvurdering	5
2.5	Etiske hensyn	5
2.6	Analyse.....	6
3.0	Resultat	8
3.1	Kompetanse	8
3.2	Kommunikasjon og samhandling.....	9
3.3	Relasjon til pårørende	11
3.4	Tverrfaglig samarbeid	12
3.5	Emosjonelle reaksjoner	13
4.0	Diskusjon	16
4.1	Metodediskusjon	16
4.2	Resultatdiskusjon	18
4.2.1	Sykepleieres kompetanse	18
4.2.2	Kommunikasjon og samhandling.....	20
4.2.3	Sykepleiers relasjon til pårørende	22
4.2.4	Tverrfaglig samarbeid mellom profesjoner og institusjoner	23
4.2.5	Sykepleiers emosjonelle reaksjoner	24
5.0	Konklusjon	27
5.1	Forslag til videre forskning	27
6.0	Referanseliste	28
7.0	Vedlegg	33

1.0 Introduksjon

En sykepleier har et stort ansvarsområde å beherske. Palliasjon er et viktig område som er en del av hverdagen til mange sykepleiere. Sykepleiere vil ofte kunne møte døende pasienter med kun uker, dager eller timer igjen å leve. En av sykepleierens oppgave er da å kunne samhandle med døende mennesker og deres pårørende på en faglig forsvarlig, støttende og omsorgsfull måte (Thoresen og Dahl 2016, 927). Den palliative fasen kan regnes fra når pasienten ikke lenger har nytte av helbredende behandling. Ved palliativ fase vil målet for pasientens behandling heller fokusere på livsforlengelse, symptomlindring og oppnå best mulig livskvalitet (Lorentsen og Grov 2016, 423).

Helsedirektoratet ga i 2015 ut en fagrapport som belyste viktigheten med tidlig involvering av helsepersonell hos palliative pasienter og deres pårørende (Mehre m.fl. 2015). Dette kan skje gjennom oppretting av en palliativ plan som beskriver pasientforløpet til livets slutt. For at en palliativ plan skal være helhetlig er det fire punkter som er sentrale. Det mest sentrale punktet er pasientens ønsker og preferanser i livets siste fase som gjør at pasienten selv på forhånd kan ha påvirkning på hvordan livet skal avsluttes (Helsedirektoratet 2018). De tre resterende punktene er:

- Pårørendes ønsker om deltakelse i omsorgen for pasienten, om de ønsker å være til stedet når pasienten dør.
- Hvem har ansvaret for hva i videre behandling og omsorg. Viktig å sikre kontinuitet i ansvarsforhold.
- Hva skal skje etter at pasienten er død med hensyn på seremonier og støtte de pårørende (Helsedirektoratet 2018).

En endelig definisjon av hva en god og verdig død innebærer, kan variere ut ifra hvert enkelt individ (Thoresen og Dahl 2016, 934). Når en pasient får en palliativ diagnose er det oftest sykepleier, eller fastlege, sin oppgave å identifisere om pasienten har behov for en palliativ plan. Pasientens ønsker og verdier bør dokumenteres og være grunnlaget for beslutninger knyttet til behandling mot livets slutfase (Thoresen og Dahl 2016, 935).

Ressursgruppen i Helse Møre og Romsdal har kommet frem til en mal for hva en palliativ plan bør inneholde. Malen er detaljert og inneholder spesifikke punkter. I startfasen får

pasient og pårørende informasjon om hva en palliativ plan omhandler. Etter at pasient og pårørende har tatt en avgjørelse på om de vil ha en plan, må det innhentes medisinsk informasjon og føringer om pasienten fra spesialisthelsetjenesten. Deretter har man et oppstartsmøte/familiesamtale med pasient, pårørende, primærsykepleier og fastlege. Etter den første samtalen konstruerer primærsykepleier et forslag til en palliativ plan som blir sendt til fastlege. Denne planen skal inneholde kontaktinformasjon om pasienten og dens relevante diagnoser og allmenntilstand. I tillegg skal pasientens egne ønsker og ressurser komme frem. Man skal også lage en plan for symptomlindring ved forverring, som utarbeides for å redusere smerter, angst og uro. Fastlege kommer med eventuelle innspill og godkjenner planen. Videre blir planen gitt til pasient og pårørende for at de skal godkjenne den. Når planen er godkjent blir den lagret i pasientjournalssystemet som versjon 1 med dato og signatur. Denne planen blir sendt med pasienten i innleggelsesrapporten ved innleggelse på sykehuset. Planen er ikke endelig og kan hele tiden endres etter pasienten, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenestens behov (Helse Møre og Romsdal 2021).

Med tanke på at palliasjon opptar så stor del av helsetjenestens ansvarsområde tenker vi at det kreves mer kunnskap om fagområdet hos alle sykepleiere. Dermed ser vi betydningen av å belyse sykepleiers erfaringer med palliativ plan. Vi har selv gjennom praksis deltatt på forhåndssamtaler, videre oppfølging og møter med palliativt team. Gjennom disse erfaringene observerte vi at palliativ plan kan være både krevende, men også et godt verktøy for sykepleiere. Mer kunnskap rundt temaet vil resultere i tryggere og bedre omsorg ovenfor palliative pasienter.

1.1 Hensikt

Ut ifra hensikten vi har valgt vil vi finne erfaringer på tvers av ulike institusjoner, avdelinger og i kommuner. Dette for å få ett bredt spenn i bruken av palliativ plan, i forhold til hvor og til hvem det blir brukt til. Det gir oss også ett spenn i sykepleiere og hvilke erfaringer de har fra før. I tillegg har vi valgt å sette søkelys på hele prosessen rundt palliativ plan, som vil si alt fra før man starter opp med første samtale, til etter de har anvendt en palliativ plan.

Studiens hensikt er formulert: Å belyse sykepleieres erfaringer med palliativ plan.

2.0 Metode

For å gjennomføre en litteraturstudie med systematiske søk må det formuleres et tydelig spørsmål som skal kunne besvares gjennom det å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg og Wengström 2013). Gjennom datainnsamling, kvalitetsvurdering, etiske overveielser og analyse skal metoden fremkomme tydelig slikt at undersøkelsen skal kunne gjentas av andre.

2.1 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Vi har satt opp inklusjons og eksklusjonskriterier for å kunne spesifisere vårt databasesøk og for å finne relevante artikler. Vi ønsket å utforske sykepleieres erfaringer derfor valgte vi et sykepleieperspektiv. Med tanke på at en sykepleier kan jobbe innenfor mange ulike områder, valgte vi å inkludere erfaringene til sykepleiere fra forskjellige instanser. Erfaringer belyses best gjennom artikler med et kvalitativt forskningsdesign. Vi valgte å ekskludere artikler som omhandlet sykepleie til barn da det ble for store forskjeller å skulle inkludere både barn og voksne.

Inklusjon:

- Sykepleieperspektiv
- Originalartikler
- Hjemmesykepleie, sykehus og sykehjem
- Palliativ plan, pasienter over 18 år
- 10 siste årene
- Kvalitative artikler
- Alle diagnoser
- Artikler skrevet på norsk, svensk, engelsk eller dansk

Eksklusjons:

- Pasient eller pårørende perspektiv
- Fagartikler eller samleartikler
- Barn under 18 år
- Artikler som er eldre enn 10 år
- Kvantitative artikler

- Artikler skrevet på andre språk enn norsk, svensk, engelsk og dansk

2.2 PICO-skjema

For å utføre strukturerte søk brukte vi PICO-skjema som rammeverk for søkeordene. PICO står for; **P** for population, **I** for intervention, **C** for comparison og **O** for outcome (Nortvedt mfl. 2012, 33). I vår litteraturstudie har vi valgt å bruke et IO-skjema (Vedlegg 1). Vi har derfor valgt å ekskludere population da studien ikke omhandler en bestemt pasientgruppe. Comparison har vi også valgt å ekskludere da vi heller ikke ønsker å sammenligne noe i vår studie.

2.3 Søkestrategi

Det ble gjennomført søk i databasene Ovid Medline og Google scholar som er tilgjengelig via bibliotekets nettside. For å finne gode og resultatgivende søkeord brukte vi nøkkelordene fra vår problemstilling (Vedlegg 2). Det ble benyttet både norske og engelske søkeord i søkeprosessen for å kunne finne nasjonale og internasjonale artikler. Om vi brukte norske eller engelske ord kom an på hvilken database som ble brukt. Vi gjorde også prøvesøk på databasen Oria. Vi fikk veiledning hos bibliotekaren for å finne de riktige og mest presise søkeordene å fylle inn i vårt IO-skjema (Vedlegg 1). Vi benyttet oss av trunkeringstegn (*) på ord som kunne ha forskjellige endinger. Dette innebærer å søke på stammen av et ord for å få alle varianter av ordet. Søkene vi brukte var palliativ* plan*, sykepleie*, erfaring*, advanced care plan*, advanced care planning, nurs*, experienc*, challeng*, palliative care og terminal care for å finne artikler som kunne besvare vår problemstilling.

Vi slo sammen synonymordene og ordene i samme kolonne med “OR” imellom. Til slutt kombinerte vi ordene mellom hver kolonne med “AND” slik at vi fikk mest mulig artikler relatert til vår problemstilling. “OR” er med på å utvide søket mens bruken av “AND” er med på å avgrense søket. Videre la vi til noen begrensninger i søket som var; artikler fra de siste 10 årene, qualitative (maximizes specificity) og språkene norsk, engelsk, dansk eller svensk.

Ut ifra søkene på databasen Ovid Medline fant vi ni relevante artikler som vi valgte å inkludere da de besvarte vår hensikt og problemstilling. Den siste artikkelen fant vi gjennom databasen Google scholar. Vi leste gjennom de titlene og abstractene som virket mest interessante og relevante for vår hensikt og problemstilling. Artikkelen ble skrevet ut for nøye gjennomgang av artiklens resultater. Søkene ble utført både sammen og hver for oss mens vi hadde en jevnlig dialog. Etter strategisk søking endte vi opp med å inkludere 10 artikler i litteraturstudien vår.

2.4 Kvalitetsvurdering

Da vi fant forskningsartikler som kunne relateres til vår hensikt og problemstilling, kvalitetsvurderte vi dem en etter en for å avgjøre om vi skulle inkludere de. Hensikten med å gjennomføre en kritisk vurdering av artiklene er for å kunne vurdere gyldigheten av informasjonen i studiene. Ifølge Nortvedt mfl. (2012, 69) er de fleste vitenskapelige artiklene oppbygd etter IMRAD-prinsippet. IMRAD er en forkortelse for introduksjon, metode, resultat og (and) diskusjon (Nortvedt mfl. 2012, 69).

I og med at vi valgte å fokusere kun på artikler med et kvalitativt design brukte vi sjekklisten for denne type forskningsartikler. Sjekklisten inneholder ti spørsmål som måtte besvares for å kunne betegne forskningsartiklene som gode (Nortvedt mfl. 2012, 90). Etter å ha observert at artiklene var bygd opp etter IMRAD-prinsippet så vi på de to innledende spørsmålene i sjekklisten for kvalitativ metode for å avgjøre om artiklene var relevant for vår problemstilling. Dersom vi kunne svare “ja” på de to innledende spørsmålene kunne vi fortsette med sjekklisten. Videre hadde vi fokus på om utvalget var hensiktsmessig, om det var lagt vekt på de etiske overveielserne og om resultatene kunne relateres og overføres til praksis. De artiklene vi har valgt å inkludere i vår litteraturstudie har vi satt inn i en oversiktstabell hvor kvalitetsvurderingen er presentert (Vedlegg 3).

2.5 Etiske hensyn

En undersøkelse innebærer at man bryter inn i privatlivet til mennesker som gjør de sårbare. For å unngå krenkelse eller skade på vedkommende som blir undersøkt bør det ligge noen etiske aspekter til rette. Informert samtykke, krav til å bli korrekt gjengitt og krav til privatliv er tre grunnleggende krav som bør være tilfredsstillt (Jacobsen 2012). Vi

har valgt å inkludere 10 artikler hvor alle er blitt etisk godkjent og etiske hensyn er blitt gjort rede for. Studiene er basert på frivillig deltakelse hvor de har mulighet til å trekke seg når de måtte føle for det i tillegg til at deres anonymitet blir beholdt. Etisk vurdering av artiklene er fremstilt i oversiktstabellen (Vedlegg 3). Det å ha en fordom eller en forforståelse vil si å ha en forutinntatt mening og holdning til det som skal undersøkes. I og med at vi begge har deltatt/observert ved palliativ omsorg gjennom jobb og praksis hadde vi noe forforståelse om temaet vi undersøkte. Denne forforståelsen er noe vi har vært bevisst på gjennom hele forskningsprosessen.

2.6 Analyse

Med vår litteraturstudie ønsket vi å undersøke hvilke erfaringer sykepleiere har med palliativ plan innenfor ulike instanser. På grunnlag av dette analyserte vi 10 artikler med den samme hensikten for å kunne besvare vår problemstilling. Ved å analysere de inkluderte artiklene satt vi igjen med et samlet svar på litteraturstudiens problemstilling. Vi har valgt å bruke Evans analysemetode. Ifølge Evans (2002, 25) er det fire faser for dataanalyse.

Den første fasen handler om å finne relevante forskningsartikler gjennom databasesøk og ut ifra inklusjons og eksklusjonskriterier (Evans 2002, 25). Vi gjennomførte databasesøk i Ovid Medline og Google scholar for å finne gode og relevante artikler. De artiklene som virket mest interessante leste vi sammendragene på for å avgjøre om de kunne være relevante for vår problemstilling. Artiklene som vi anså som relevante og kunne svare på vår hensikt ble inkludert i studien.

Den andre fasen handler om det å indentifisere nøkkelfunnene i hver av de inkluderte artiklene (Evans 2002, 25). Alle 10 artikler ble nøye lest av oss begge hvor vi individuelt noterte hovedfunnene. Deretter gikk vi gjennom våre funn og kunne utelukke eller supplere relevante funn for vår problemstilling. Hovedfunnene i hver artikkel ble så plassert under ulike kategorier for å kunne få en bedre oversikt over funnene.

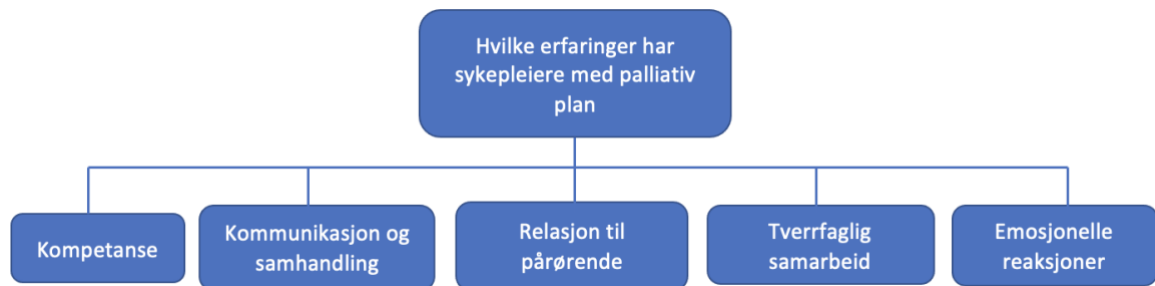
Tredje fase dreier seg om å sammenligne funnene på tvers av artiklene. Ifølge Evans (2002, 25) skal funnene her grupperes i ulike kategorier og deretter sammenlignes. I denne fasen kom det tydelig frem hvilke funn som kunne identifiseres i flere artikler. Både

likheter og ulikheter mellom hovedfunnene i de ulike artiklene kom tydelig frem. Ved denne fasen så vi at funnene i de inkluderte forskningsartiklene svarte godt på vår problemstilling.

I den fjerde fasen skal funnene sammenfattes og presenteres (Evans 2002, 25). Vi utarbeidet overskrifter som samsvarte med funnene fra forskningsartiklene. For å kunne underbygge resultatene har vi valgt å inkludere sitater. For å ikke miste sin essens har vi valgt å beholde sitatene på engelsk. Hovedfunnene er presentert på en strukturert måte i resultatdelen.

3.0 Resultat

I dette kapitlet presenteres hovedfunnene fra 10 ulike forskningsartikler. Analysen resulterte i fem hovedfunn med ulike undertema og støttes opp av sitater fra de inkluderte artiklene. Modellen viser en oversikt over hovedfunnene som er med på å belyse litteraturstudiets hensikt.



Figur 1: Modell for litteraturstudiets hensikt og hovedfunn.

3.1 Kompetanse

Mangel på kompetanse fører til usikkerhet

Mange sykepleiere følte på mangel på kompetanse for å kunne håndtere oppstart og fullføring av en palliativ plan (Darryl How Wei Ang m.fl. 2021, Sally Hall Dykgraaf m.fl. 2021, Jui-O Chen og Chiu- Chu Lin 2021, Michele Board m.fl. 2021, Anne- Marie Boylan m.fl. 2021 og Tomiko Barrett m.fl. 2021). Flere sykepleiere ga uttrykk for at de ikke har nok kunnskap eller ferdigheter til å snakke om døden med pasienter, noe som svekket deres selvtillit (Jui- O Chen og Chiu- Chu Lin 2021). Mangel på kunnskap innenfor spesifikke sykdommer gjør sykepleiere usikre. De har dermed vanskeligheter med å kunne forutse forverring hos pasienten og vite når det rette tidspunktet for å introdusere palliativ plan er (Anne- Marie Boylan m.fl. 2021).

“I need more information, you know, before I speak to the patients about it because right now, my knowledge about ACP is very superficial.”(Darryl How Wei Ang m.fl. 2021).

Det er enighet blant flere sykepleiere om at de mangler praktisk erfaring med å delta eller starte en palliativ samtale. På grunnlag av dette ble det etterspurt mer trening og kurs

innenfor palliasjon. Videre kom det frem at mange sykepleiere også ønsker opplæring i å skrive en god og beskrivende palliativ plan (Darryl How Wei Ang m.fl. 2020, Jui – O Chen og Chiu – Chu Lin 2021 og Anne – Marie Boylan m.fl. 2021). Enkelte sykepleiere mente palliativ plan ikke tilhører deres ansvarsområde som kan føre til mangel på implementering av palliativ plan (Tomiko Barrett m.fl. 2021).

“That means that I am not capable of doing this and I think that it is better to have someone more professional initiate the ACP discussion.” (Jui – O Chen og Chiu – Chu Lin 2021).

Ulike læringsmetoder fører til mestring

Sykepleierne fortalte om ulike læringsmetoder som ga erfaring og kompetanse (Michele Board m.fl. 2021 og Tomiko Barrett m.fl. 2021). Nyansatte sykepleiere erfarte at det å bruke “skygging” som læringsmetode var nyttig for å tilegne seg kompetanse. Dette gir de nyansatte mulighet til å observere og lære hvordan man skal engasjere seg i samtaler om palliativ plan med både pasient og pårørende (Michele Board m.fl. 2021). Dette var den mest effektive måten å lære på og ble anerkjent av sykepleierne. Workshop, læringsvideoer og utdeling av oppgaver som skulle løses relatert til palliativ plan er eksempler på andre læringsaktiviteter som ga gode resultater (Michele Board m.fl. 2021).

Gjennom kursene fikk sykepleierne blant annet samtalekort å støtte seg på, og ukentlig debriefing med eksperter hvor de fikk mulighet til å diskutere vanskelige situasjoner. Flere sykepleiere uttalte at kurset styrket deres kunnskaper og ferdigheter, som igjen førte til økt selvtillit og trygghet rundt det å skulle utøve palliativ plan (Tomiko Barrett m.fl. 2021).

3.2 Kommunikasjon og samhandling

Utfordringer knyttet til kommunikasjon

Sykepleierne erfarte at det å skulle ordlegge seg riktig og kommunisere med pasienter og pårørende kunne være en stor utfordring (Darryl How Wei Ang m.fl. 2020, Jui – O Chen og Chiu – Chu Lin 2021, Natalie Armstrong m.fl. 2021, Anne – Marie Boylan m.fl. 2021). Det var spesielt vanskelig å ta opp temaet palliativ plan til pasienter som ikke følte seg syke. Palliativ plan ble assosiert med døden og gjorde derfor prosessen vanskelig for sykepleierne å skulle snakke om (Darryl How Wei Ang m.fl. 2020).

«When the patients are not in awful conditions, they are very sensitive if you talk to them about ACP. They'll think that they are going to die» (Darryl How Wei Ang m.fl. 2020).

Sykepleierne uttrykte at det å være ydmyk og kommunisere med varme er viktige egenskaper i møte med pasienter. Noen sykepleiere følte de manglet den rette personligheten til å kommunisere med palliative pasienter (Jui – O Chen og Chiu – Chu Lin 2021). En sykepleier fortalte at de ansatte har ett nært forhold til pasientene på sykehjemmet, som også gjør det vanskelig å skulle snakke om palliasjon. Sykepleierne unngikk derfor å snakke om temaet for å beskytte seg selv (Natalie Armstrong m.fl. 2021). I tillegg til å være redde for å ødelegge forholdet til pasienten, kom det frem at sykepleiernes egen frykt for døden hindret dem i å ta opp temaet (Anne – Marie Boylan m.fl. 2021).

“Having knowledge is not adequate to initiate a discussion on ACP. I think that I need to be aware of the patients physiological status, I feel I am not able to handle the patient's emotions at any time. I think it is very difficult for me to do so.” (Jui – O Chen og Chiu – Chu Lin 2021)

Mangel på tid

Enkelte sykepleiere poengterte at palliativ plan ikke er øverst på prioriteringslisten på grunn av stort bemanningsproblem (Darryl How Wei Ang m.fl. 2021, Anne – Marie Boylan m.fl. 2021 og Isabel Higgins m.fl. 2011). Det å informere pasient og pårørende ved oppstart av palliativ plan krever tid. Sykepleierne erfarte at det må ligge tillit til grunn mellom relasjonene for at pasient og pårørende skal åpne seg da dette er et sårbart tema, noe som igjen krever tid og innsats (Darryl How Wei Ang m.fl. 2021). Flere sykepleiere understrekte dette, da det å overlate det skriftlige dokumentet til pårørende eller pasient vil kunne begrense deres erfaringer med palliativ plan (Isabel Higgins m.fl. 2011). Videre kom det frem at både pasient og pårørende trengte å bli oppmuntret og støttet med utdypende forklaringer fra sykepleierne, for å kunne slutføre den palliative planen (Isabel Higgins m.fl. 2011).

“You are not going to do ACP in ten minutes. It’s going to take you two hours to do this properly. You just have to make it work. I know it’s difficult.” (Anne-Marie Boylan m.fl. 2021).

3.3 Relasjon til pårørende

Konflikter og misforståelser

Misforståelser og dårlig kommunikasjon rundt en vanskelig situasjon for pårørende, viste seg å skape uheldige og vanskelige situasjoner for sykepleierne (Natalie Armstrong m.fl. 2021, Isabel Higgins m.fl. 2011, Reidun Førde m.fl. 2019). Pårørende kan ha vanskeligheter med å forstå at deres nære lider av en uhelbredelig sykdom (Reidun Førde m.fl. 2019). Ofte kunne det være pårørende som ikke hadde involvert seg så mye som da ikke var klar over hvordan helsetilstanden til pasienten var. Situasjonene kunne blant annet gå ut på at pårørende krevde aggressiv og unødvendig behandling til pasienten, som pasienten selv nødvendigvis ikke ville ønsket. Det kunne føre til konflikter mellom pårørende og de ansatte (Isabel Higgins m.fl. 2021). Videre fortalte sykepleierne om episoder hvor de følte at pårørende presset dem til å sende pasienten til sykehus, noe de selv ikke mente var passende. De følte seg overtalt til å gjøre som pårørende ønsket, for at de ikke skulle komme med klager til ledelsen. Sykepleierne var redde for at en sårn situasjon kunne skade dem selv (Natalie Armstrong m.fl. 2021).

“You may have told them, but the message is not received.. It is difficult if your view is not shared with close family members. Some need a long time even if the time is limited.” (Reidun Førde m.fl. 2019)

Skaper ett samarbeid

Palliativ plan viste seg å kunne være ett hjelpemiddel for å motvirke misforståelser og konflikter med pårørende (Natalie Armstrong m.fl. 2021, Isabel Higgins m.fl. 2011, Reidun Førde m.fl. 2019 og Elina Haavisto m.fl 2021). Sykepleierne erfarte at de selv var roligere og mer avslappet når den palliative planen var diskutert og fullført. De følte også på at de pårørende som var med på samtalene, hadde lettere for å akseptere situasjonen (Isabel Higgins m.fl. 2011).

Samtalene er også en arena for at pårørende skal få uttrykke sine følelser og tanker rundt situasjonen. Dette blir tatt i betraktning gjennom samtalene, og i en artikkel blir det også fortalt om at familien fikk en egen plan (Elina Haavisto m.fl. 2021). En sykepleier fortalte at det positive med å ha en plan er at pårørende er forberedt på hvordan fremtiden blir. De får forberedt seg på den siste fasen, samtidig som man kommer til enighet om hvordan det skal foregå. Dette ga et mindre press på sykepleieren når pasienten får en forverring. Sykepleierne vet da hva de skal gjøre, uten at det blir noen konflikter med pårørende (Natalie Armstrong m.fl. 2021). Enighet om videre forløp og god kommunikasjon så de på som å spille på lag med pårørende, og lettere kunne jobbe sammen for pasienten (Reidun Førde m.fl. 2019).

“The aim is to find, or come to a common view about the resident, with the next of kin. To us, everything is logical and clear, but family members do not necessarily think the way we do. The conversation prevents misunderstandings and accusations between staff and next of kin when the time comes.” (Reidun Førde m.fl. 2019)

3.4 Tverrfaglig samarbeid

Mangel på dokumentasjonsflyt

For å kunne gi best mulig behandling og pleie til pasienter er man avhengig av et godt samarbeid mellom profesjonene og et fungerende dokumentasjonssystem (Darryl How Wei Ang m.fl. 2021, Elina Haavisto m.fl. 2021, Jui-O Chen og Chiu- Chen Lin 2021, Michele Board m.fl. 2021, Natalie Armstrong m.fl. 2021 og Anne- Marie Boylan m.fl. 2021). Studien til Elina Haavisto m.fl. (2021) viste et dokumenteringssystem som ikke var velfungerende i en sykepleieres hverdag. Sykepleierne på sykehus fortalte at de ofte ikke får tilgang til en helhetlig plan gjennom den elektroniske dokumenteringen (Elina Haavisto m.fl. 2021). En sykepleier uttalte at pårørendes ønsker ofte blir utelatt ved den elektroniske dokumenteringen da journalen tilhører pasienten. Mangelen på dokumentasjonsflyt erfarte flere sykepleiere var med på å hindre realisering av pasientens og pårørendes ønsker (Elina Haavisto m.fl. 2021).

Uenigheter mellom sykepleier og lege

Flere sykepleiere syntes samarbeidet med lege kunne være utfordrende, da de ikke delte samme synspunkt til palliativ plan (Darryl How Wei Ang m.fl. 2021, Jui-O Chen og Chiu-

Chu Lin 2021, Natalie Armstrong m.fl. 2021 og Anne- Marie Boylan m.fl. 2021). En sykepleier erfarte at det å introdusere palliativ plan til pasienter kan by på utfordringer og gjøre pasientene opprørte da de ikke har samme autoritet som leger (Darryl How Wei Ang m.fl. 2021)

“Why are you (referring to nurse) saying this, but my doctor did not say anything?” (Darryl How Wei Ang m.fl. 2021).

Enkelte sykepleiere mente de kunne ta større del i utarbeidingen av palliativ plan (Darryl How Wei Ang m.fl. 2021, Natalie Armstrong m.fl. 2021 og Michele Board m.fl. 2021). En sykepleier trakk frem at de er godt posisjonert til å oppdage forverring hos pasientene sine (Darryl How Wei Ang m.fl. 2021). Det å fullføre en palliativ plan mente sykepleierne var legenes ansvar, men de følte seg komfortable med å tilføye underveis (Natalie Armstrong m.fl. 2021). Flere trakk frem viktigheten med å ha telefon eller ansikt til ansikt samtaler mellom profesjonene for å holde seg oppdatert på pasientens tilstand (Anne-Marie Boylan m.fl. 2021). Sykepleierne mente palliativ plan skal igangsettes når tilstanden til pasienten forverres. Ved slike tilfeller følte de at de møtte motstand, da legene heller ønsket å fortsette behandlingen. Dette resulterte ofte med at sykepleierne unngikk å introdusere pasienter for palliativ plan (Jui- O Chen og Chiu- Chu Lin 2021).

“Once I discussed ACP with a patient at a time when he had experienced hypotension and even shock during hemodialysis. His doctor thought that initiating patients into ACP was not necessary, and I was to blame in this circumstance. I think many doctors give patients lots of hope and rarely mention the risks involved in receiving hemodialysis. I feel that doctors are not supportive, so I feel quite frustrated.” (Jui- O Chen og Chiu- Chu Lin 2021).

3.5 Emosjonelle reaksjoner

Psykiske påkjenninger

Flere sykepleiere erfarte psykiske påkjenninger ved samtaler vedrørende palliativ plan (Darryl How Wei Ang m.fl. 2021, Sally Hall Dykgraaf m.fl. 2021, Michele Board m.fl. 2021, Anne – Marie Boylan m.fl. 2021, Isabel Higgins m.fl. 2011 og Reidun Førde m.fl. 2019). Opptil flere sykepleiere uttrykte at palliativ plan ofte assosieres med sykdom og nær døden tilstand (Darryl How Wei Ang m.fl. 2021). Disse assosiasjonene gjorde at

sykepleierne opplevde situasjoner preget av mye stress og vanskeligheter. Enkelte sykepleiere erfarte at sin egen frykt for døden utspilte seg som redsel i forbindelse med palliative samtaler i samvær med pasient og pårørende (Anne- Marie Boylan m.fl. 2021). Mange sykepleiere erfarte at på tross av mange års erfaring er det fortsatt emosjonelt krevende og ukomfortabelt å gjennomføre palliative samtaler (Michele Borad m.fl. 2021).

“We get very emotional because we get attached to them, you can't help that you're human.” (Michele Board m.fl. 2021).

Mange sykepleiere uttrykte flere subjektive erfaringer relatert til palliativ plan (Isabel Higgins m.fl. 2011 og Reidun Førde m.fl. 2019). De fleste sykepleierne hadde mest fokus på de negative følelsene slik som tristhet, avsky, konfronterende og følelsen av å være slem. En sykepleier fortalte at det er spesielt krevende å skulle introdusere palliativ plan og eventuelt miste pasienter man har en lang relasjon til (Isabel Higgins m.fl. 2011 og Michele Borad m.fl. 2021).

Positive emosjonelle reaksjoner

Mange sykepleiere erfarte at bruken med palliativ plan også ga positive erfaringer (Darryl How Wei Ang m.fl. 2021, Sally Hall Dykgraaf m.fl. 2021, Anne- Marie Boylan m.fl. 2021 og Isabel Higgins m.fl. 2011). Flere sykepleiere erfarte at det å ha en fullstendig og detaljert plan for fremtiden gjorde at de følte seg mer komfortable. Dette da alt er diskutert og det finnes en enighet mellom familie, pårørende og helsepersonell om kommende beslutninger (Sally Hall Dykgraaf m.fl. 2021 og Isabel Higgins m.fl. 2011).

“ACP is good because patients have the autonomy to express their wishes. They verbalise what's on their mind and what they would like”. (Darryl How Wei Ang m.fl. 2021)

Mange sykepleiere så på palliativ plan som et synonym med å gi holistisk pleie noe som ga dem stor motivasjon (Anne- Marie Boylan m.fl. 2021). En sykepleier uttalte at det å kunne legge til rette for at pasienter får bestemme store deler av sin fremtid var med på å redusere de negative følelsene (Isabel Higgins m.fl. 2011). En annen sykepleier erfarte å oppleve glede og tilfredshet i forbindelse med palliativ plan når familiens behov ble møtt. Etter å ha deltatt mer ved utforming av palliativ plan og palliative samtaler ga flere sykepleiere

uttrykk for at de var lettet, mer komfortable og hadde en positiv holdning til palliativ plan (Isabel Higgins m.fl. 2011).

4.0 Diskusjon

Diskusjonsdelen skal inneholde diskusjon av metode og resultat. I metodediskusjonen vil vi kritisk vurdere og diskutere fremgangsmåten i litteraturstudien, dens styrker og svakheter. Videre vil vi vurdere styrker og svakheter ved vår søkestrategi, kvalitetsvurdering og analyse. I resultatdiskusjonen vil vi diskutere litteraturstudiens resultater opp mot vår studies hensikt, bakgrunns teori og konsekvenser for praksis.

4.1 Metodediskusjon

Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Alle de inkluderte artiklene i vår litteraturstudie hadde et kvalitativt design. Dette var et av våre inklusjonskriterier da denne metoden passer best til å besvare vår hensikt. Dette ser vi på som en styrke da vi gjennom kvalitativ metode får kjennskap til sykepleiers erfaringer på et dypere nivå. På den andre siden kan dette være en begrensning da de inkluderte artiklenes resultater bygger på et mindre tall utvalg av erfaringer til sykepleiere.

I vår studie valgte vi ikke å ekskludere noen land. Dette kan sees på som en svakhet da noen av artiklene er fra land som kanskje ikke har den største graden av overførbarhet til norsk praksis. Artiklene vi endte opp med var fra landene Norge, Singapore, Tyrkia, Australia, Taiwan og England. En styrke ved å ikke ekskludere noen land er at vi får et bredere innblikk av erfaringer som kan vise større forskjeller fra land til land.

Vi valgte å begrense artiklenes utgivelsesår til 10 år gamle. Dette kan sees på som en svakhet da fagfeltet er i stadig utvikling. Likevel kan det anses som en styrke da vi nødvendigvis ikke er ute etter den nyeste, men heller den beste forskningen. I og med at studiens oppstart var i 2021 har vi inkludert en artikkel fra 2011 mens de resterende er fra 2019 og frem til i dag.

I alle de inkluderte artiklene var det frivillig deltakelse eller de hadde blitt valgt ut av sin avdelingsleder. Dette kan anses som en svakhet da ofte de som melder seg frivillig har en underliggende agende for sin deltakelse. De kan for eksempel ha et ønske om forandring som igjen kan føre til at de overdriver eller underdriver som igjen vil kunne påvirke resultatene artiklene gir.

Søkestrategi

For å kunne utvikle en god søkestrategi samarbeidet vi med bibliotekar noe som vi anser som en styrke da vedkommende har mye erfaring innenfor feltet. Vi har valgt å inkludere 10 artikler i vår litteraturstudie. Dette kan anses som en svakhet da det er minstekravet for antall artikler som skal inkluderes.

Hensikt

Vi har valgt å ha en ganske åpen hensikt. Først startet vi med å søke etter erfaringer med palliativ plan i hjemmesykepleie. Etter mye søk fant vi ut at det var vanskelig å finne bare artikler som var spesifikt om hjemmesykepleie. Vi ble så enige om at det vi var ute etter var erfaringer med palliativ plan generelt. Vi ville derfor ikke avgrense søket vårt til en bestemt instans, da palliativ plan følger pasienten mellom instansene. At vi søker så bredt kan være en svakhet for oss, da det kan gjøre at vi får mange ulike resultater som gjør det vanskelig å sette sammen i en helhet. Det kunne derfor ført til at vi ikke fikk den samme flyten i studien, som om vi bare hadde holdt oss til ett område.

På en annen side er palliativ plan den samme uansett om det er pasienter med f.eks. kreft eller demens, med de samme prinsippene og målene. Vi så derfor ikke en hindring i å ha ulike områder. Vi så det heller som en styrke, at vi fikk resultater fra ulike instanser, som viser at de negative og positive faktorene for det meste er like når det kommer til palliativ plan. Gjennom å bruke artikler fra ulike instanser og områder, får man også en bredere forståelse for at palliativ plan er noe som kan brukes for alle uhelbredelige sykdommer og i alle land.

Analyse

Vi valgte å bruke analyseprosessen til Evans (2002) da vi syntes de fire fasene var oversiktlige og konkrete. Vi startet med å lese resultatene hver for oss og skrive ned funnene. Dette ser vi på som en styrke da det kunne resultere i forskjellige funn og diskutere dette sammen i etterkant. I neste fase formulerte vi hovedfunnene i passende temaer for så å lage en oversiktstabell som inneholdt hvilke hovedfunn vi fant i hvilke artikler. Til slutt endte vi opp med fem hovedfunn som vi mente inneholdt de viktigste funnene.

Resultat	Artikler
Kompetanse	1, 3, 4, 5, 7, 8
Kommunikasjon og samhandling	1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10
Relasjon til pårørende	1, 2, 3, 6, 9, 10
Tverrfaglig samarbeid	1, 2, 4, 5, 6, 7
Emosjonelle reaksjoner	1, 3, 5, 7, 9, 10

4.2 Resultatdiskusjon

I resultatdiskusjonene vil vi diskutere litteraturstudiens resultat opp mot studiens hensikt, relevant litteratur, våre egne erfaringer og konsekvenser for praksis.

4.2.1 Sykepleieres kompetanse

Studien vår viser at mange av sykepleierne føler mangel på kunnskap og ferdigheter som er nødvendig i arbeid med palliativ plan. Som sykepleier skal man støtte pasienten gjennom opplevelsene og reaksjonene knyttet til sykdommen og helsetilstanden. Man skal dekke grunnleggende behov samtidig som man styrker pasientens ressurser (Grønseth og Nortvedt 2016, 20). Disse beskrivelsene av å utøve sykepleie kan direkte knyttes til å skrive en palliativ plan. Dette fordi sykepleieren gjennom samtalene hjelper pasienten til å sette ord på hvordan den har det. Man veileder og støtter pasienten i å skulle ta valg og avgjørelser for hvordan veien videre med behandling skal foregå. Hvilke ressurser pasienten har blir avdekket gjennom samtalene.

I oppfølgingssamtalene får pasientene også snakket om hvordan de har det, og hva de tenker om veien videre. Dette er viktige samtaler for at pasienten skal få uttrykke sine opplevelser og reaksjoner rundt situasjonen. Det å lage en palliativ plan sammen med pasient og pårørende er derfor en stor del av å utøve sykepleie, og noe en sykepleier skal være i stand til å utføre. Likevel kommer det frem i studien vår at sykepleiere føler det å skulle skrive en palliativ plan, og snakke om døden går utenfor deres ansvarsområde. De føler dette er legens oppgave og ansvar. Ifølge sykepleieteoretikeren Florence Nightingale innebærer sykepleie oppfølging av medisinsk behandling og målrettede tiltak, og veiledning til pasientene, samt å gi en verdig og fredfull død (Holter 2016, 110). På

grunnlag av Nightingale's beskrivelse av sykepleie kan palliativ plan betraktes som en del av sykepleierens ansvarsområde.

Det manglende engasjementet for palliasjon kan begrunnes med frykten for egen død og generelt døden. Frykten og usikkerheten sykepleieren føler på kan gå utover den enkelte pasient. Sykepleierutdanningen kan til en viss grad forberede sykepleieren på at det palliative arbeidet kan oppleves som krevende, spesielt i møte med pasient og pårørende da det kan være situasjoner med inntrykk av sterke følelser. Gjennom møter med enkeltpasienter og pårørende kan sykepleieren opparbeide seg sitt eget repertoar av handlingsmåter for å tilnærme seg følelsesmessige utfordringer (Lorensen og Grov 2016, 429).

Gjennom studien vår ser man at det ikke skal så mye til før man ser en endring i holdningene hos sykepleierne. Det ble gjennomført kurs i palliativ plan. I starten av kurset var noen av sykepleierne litt skeptisk, men etter å ha gjennomført kurset var de fleste positiv til å skulle jobbe med palliativ plan. De fikk her utdelt samtalekort som de kunne lene seg på, i tillegg til at de fikk debriefing og samtaler med eksperter hvor de kunne ta opp ulike problemstillinger. Dette gjorde at sykepleierne følte at de hadde støtte og noen de kunne forhøre seg med. Gjennom dette kurset fikk sykepleierne mye mer selvtillit rundt å jobbe med palliativ plan.

I studien vår forteller sykepleierne om "skygging" som en læringsmetode som blir brukt for å gjøre sykepleierne tryggere i møte med palliasjon. Her fikk nyutdannede bli med erfarne sykepleiere på samtaler om palliativ plan. De fikk observert hvordan samtalene foregikk og hvordan sykepleieren var i møtet med pasient og pårørende. Eide og Eide (2017, 39) beskriver det å lære seg kommunikasjonsferdigheter i ulike settinger. Det å bruke pasient som forsøksobjekt er noe man bør unngå da det kan sette pasientsikkerheten på spill (Eide og Eide 2017, 40). Det blir lagt vekt på viktigheten med å bruke simuleringstrening med rollespill som læring og utvikling av ferdigheter. Dette gir sykepleiere mulighet til å øve på reelle situasjoner samtidig som man deler erfaringer med andre og får konstruktive tilbakemeldinger. Her får sykepleieren spillerom for å stille spørsmål om hvordan lytte aktivt, formidle informasjon og hvordan fortelle dårlige nyheter (Eide og Eide 2017, 41). Gjennom å dele erfaringer, diskutere og få tilbakemeldinger aktivt i det man gjør vil man bli mer klar over hvordan man håndterer situasjonen.

Resultatene i studien vår viser at man har en lang vei å gå når det kommer til å danne trygge sykepleiere innenfor palliasjon. Jevnlige kurs med simuleringstrening i kommunikasjonsituasjoner vil kunne styrke deres kommunikasjonsferdigheter.

4.2.2 Kommunikasjon og samhandling

Flere sykepleiere fortalte at det å skulle snakke om døden var vanskelig for dem. Mange valgte å unngå disse samtaler, i stedet for å skulle stå i dem og være usikker på hvordan man skal håndtere situasjonen. De forberedende samtaler ved alvorlig sykdom har som målsetting å få frem pasientens ønsker og preferanser for pleie, omsorg og behandling i livets slutfase. Hensikten med slike samtaler er å hindre at pasienter går igjennom medisinsk behandling de ikke ønsker. Ifølge Brenne og Estenstad (2018, 165) er en slik prosedyre anbefalt i Norge, men lite innarbeidet i klinisk praksis. Mange helsearbeidere er skeptiske til å ha slike samtaler fordi de ikke føler at de kjenner pasienten godt nok og ikke vil "ta fra pasienten håpet" (Brenne og Estenstad 2018, 166). I vår studie uttrykte enkelte sykepleiere at det er fordelaktig med en viss type personlig karakteristika for å håndtere samtaler rundt palliativ plan. Formidling av slik sensitiv informasjon krever omtanke og forberedelse fra sykepleieren. Det må formidles på en måte slik at pasienten kan forstå og huske det som blir sagt, og samtidig føle seg ivaretatt (Eide og Eide 2017, 218).

I studien vår kom det frem at enkelte sykepleiere erfarte at de var redde for å bringe opp temaet, da pasienten selv ikke så alvorligheten i sin sykdom. Noen pasienter opplevde også palliativ plan som et tegn på at de skulle dø innen en kort periode. Når en sykepleier skal ta opp temaet vil det derfor naturligvis komme reaksjoner fra både pasient og pårørende. Eide og Eide (2017, 223) beskriver hvordan man skal formidle dårlige nyheter, og hvordan håndtere dette på best mulig måte. Det er viktig med presis informasjon for at man skal være trygg på hva nyheten man forteller innebærer. Når man har gått igjennom og vet hva man skal formidle, vil man som sykepleier være trygg på hva man kan svare på, og hva man skal overlate til lege å svare på. En gjennomgang av disse faktorene i forkant vil gjøre at man er tryggere i sin formidling. Pasient og pårørende er i en kaotisk situasjon, og det er da viktig at man som sykepleier innehar en rolig fremtoning (Eide og Eide 2017, 224). For at en sykepleier skal gjennomføre en slik samtale og føle seg trygg i sin rolle, er det derfor viktig at sykepleieren får forberede seg på samtalen.

Enkelte sykepleiere uttrykte at det å starte en palliativ samtale med pasienter man hadde en god og lang relasjon til var utfordrende. Kommunikasjon kan sees på som et av de viktigste verktøyene en sykepleier har. Kommunikasjon er med på å legge grunnlaget for relasjonen mellom sykepleier og pasient (Kalfoss 2016, 460). Hvor nære sykepleier og pasient kommer styres av sykepleierens kommunikasjon. Pasient og sykepleier sin relasjon i palliativ omsorg blir beskrevet av pasient som en tillitsrelasjon hvor sykepleieren betraktes som en del av familien (Lorentsen og Grov, 2016, 429). Sykepleiere som er følelsesmessige engasjerte i pasienter, kan fort innta en velmenende holdning ved å ty til trøstende formuleringer. Slik holdning kan sees på som en beskyttelse sykepleieren bruker for å trøste seg selv og dekke over følelsen av håpløshet (Kalfoss 2016, 461).

Mange av sykepleierne opplevde mangel på tid i deres arbeidshverdag. Det å skulle forberede seg før palliative samtaler er tidkrevende. Store bemanningsproblemer innen helsevesenet øker ansvaret til sykepleierne. I studien vår uttrykte noen sykepleiere at palliativ plan ofte ble nedprioritert på avdelingen da tid er en mangelvare. Den enkelte pasient har rett på forsvarlig utført pleie og behandling av kompetent personale (Helsepersonelloven § 4, 1999). Mangel på ressurser kan igjen føre til mangel på kompetanse som kan påvirke pasienten negativt. Som sykepleier i kommunen er man ofte alene på vakt både på kveld og helg. Det kan være ansatt mange ufaglærte vikarer i mangel på nok ressurser. Det er da sykepleieren sitt ansvar å ikke gi arbeidsoppgaver utover kompetansen til den enkelte arbeidstaker, men gi en forsvarlig opplæring i det de ufaglærte kan gjennomføre. Dette går på pasientens rettigheter, hvor pasienten har krav på helsehjelp av god kvalitet (Slettebø 2013, 48).

På den andre siden erfarer vi at sykepleiere ofte arbeider tett sammen med helsefagarbeidere. Dette er en yrkesgruppe med mye fagkompetanse som er kapable til å utføre ulike prosedyrer og det å ha et ansvarsområde. Ved å gi helsefagarbeidere oppgaver de forsvarlig kan utføre slik som for eksempel å sette insulin og klexane, ta seg av blæreskylling eller gi medisiner kan det være med på å avlaste sykepleieren. En slik riktig bruk av ressurser vil kunne frigi mye tid slik at sykepleiere kan sette i gang oppretting av palliativ plan, da dette ofte krever mye tid og tett samarbeid med pasient og pårørende.

4.2.3 Sykepleiers relasjon til pårørende

Studien vår avdekker at sykepleierne kjente på at det kunne være vanskelig å forholde seg til pårørende i en palliativ setting. Pårørende er mer innblandet og deltagende i disse situasjonene enn på andre områder, som også gjør at sykepleieren ofte kommer tettere på pårørende. Videre kom det frem at sykepleierne opplevde at pårørende ikke klarte å forstå hvor dårlig deres familiemedlem var. De ville helst prøve ut alle typer behandlinger for å være sikre på at de hadde gjort alt. Sykepleierne følte at dette kolliderte med deres grunnleggende verdier, samtidig som mange gjorde som pårørende ønsket for å forhindre konflikter. Likevel erfarte mange sykepleiere at det oppstod konflikter grunnet mangel på forståelse fra pårørende. Det å være pårørende til pasienter ved alvorlig sykdom oppleves ofte som krevende. En slik situasjon er med på å endre familiens balanse og det kan være vanskelig å opprettholde stabilitet og daglige rutiner. Pasientens pårørende kan reagere forskjellig i en slik situasjon og det er svært viktig som sykepleier å fange opp slike følelser og informere om at det er vanlig med ulike reaksjoner for å anerkjenne familiens situasjon (Stensheim, Hjermstad og Loge 2018, 279).

Nerdal og Thomassen (2020) omtaler møte med pårørende i livets slutfase. Sinne, skam, fortvilelse, ensomhet og sorg er eksempler på ulike reaksjonsmønstre hos pårørende. Erfaringer viser til at sykepleiere har vanskeligheter med å håndtere sinneutbrudd på en tilstrekkelig måte. Ofte går man automatisk i forsvarsposisjon og havner i en argumentasjon med pasient og pårørende. Åpenhet er en viktig faktor for å kunne gi en god og personsentrert palliativ omsorg. Dette handler om at sykepleieren må være åpen for at både pasient og pårørende er forskjellige, og at de vil reagere ulikt gjennom forløpet. I tillegg må sykepleieren være tilgjengelig og forståelsesfull ovenfor pasient og pårørende, og se forbi den kaotiske situasjonen de står i. Åpenhet handler også om å være åpen om situasjonen, så pasient og pårørende føler seg involvert i omsorgen. Kunnskap er også en viktig faktor når det kommer til å skulle kommunisere med pasient og pårørende. Mange kan reagere med sinne dersom man kjenner på redsel. Om man som sykepleier viser trygghet i sin kunnskap og kompetanse rundt situasjonen til pasienten, vil pasient og pårørende oppleve trygghet (Nerdal og Thomassen 2020).

På den andre siden erfarte sykepleiere i vår studie at palliativ plan kunne forhindre misforståelser og konflikter med pårørende. Dette blir begrunnet med at alle problemstillinger er diskutert før de oppstår og det finnes en grunnleggende enighet om

pasientens forløp. Sykdom kan sees på som et fellesprosjekt for alle i pasientens familie. Pårørende er viktige støttespillere for pasienten mens de samtidig deler bekymringer, utfordringer og problemer (Gro, 2016, 61). Vi deler selv erfaringer fra praksis hvor vi innser viktigheten med god relasjon til pårørende da det er avgjørende for et godt samarbeid.

4.2.4 Tverrfaglig samarbeid mellom profesjoner og institusjoner

Studien vår viser at det foreligger svikt i dokumentasjonsflyten mellom instansene. Dette medfører at enkelte instanser ikke får innblikk i en helhetlig palliativ plan. Mangel på tilgang til hele den palliative planen kan resultere i at pasientens og pårørendes ønsker ikke realiseres. Gjennom ulike retningslinjer og anbefalinger vises kravet til dokumentasjon og oppfølging av symptomer hos pasienter i palliativ fase (Lorentsen og Gro 2016, 429). I helsepersonelloven (§39, 1999) blir plikten av fortløpende dokumentering av sykepleie beskrevet. Denne dokumentasjonen gir ett grunnlag for diagnostikken, behandling, oppfølging og planlegging. Det er gjennom dokumentasjonen man kommuniserer mest med andre profesjoner.

Dersom man har alt av helseinformasjon om pasienten samlet i et dokumentasjonssystem sikrer man god kvalitet på sykepleien, høy pasientsikkerhet og kontinuitet i pleien som blir gitt (Grønseth og Nortvedt 2016, 28). Det er derfor viktig at man i alle journalsystem har et eget område hvor man får dokumentert den palliative planen. En annen viktighet er at dokumentet kan bli overført til alle instanser, ettersom det berører pasientsikkerheten at alt av helsepersonell får informasjon om pasienten. Den palliative planen inneholder pasientens planlagte forløp og er et verktøy som brukes når pasienten ikke er i stand til å kommunisere sine preferanser. Dersom hele planen ikke overføres til sykehus ved forverring hos pasienten kan det føre til gjennomføring av aggressiv og uønsket behandling av pasienten. Når pasientens ønsker ikke blir tatt hensyn til vil det føre til avvik i den utøvende sykepleien.

Flere sykepleiere erfarte det tverrfaglige samarbeidet som utfordrende. Vanligvis er det flere faggrupper som samarbeider for å hjelpe pasienter som mottar palliativ pleie. Sykepleieren kan derfor måtte samarbeide med blant annet lege, fastlege, pårørende eller fysioterapeut. For å oppnå et godt tverrfaglig samarbeid bør det foreligge felles mål og

respekt for hverandres styrker (Lorentsen og Grov 2016, 430). Eide og Eide (2017, s.34) beskriver at godt samarbeid forutsetter at de enkelte medlemmene av en gruppe tar ansvar, viser initiativ og bidrar til å løse oppgaver.

Noen av sykepleierne i studien vår erfarte samarbeidet med leger som utfordrende. Sykepleierne uttrykte at de ofte kom i konflikt med leger om uetisk behandling av palliative pasienter. Ved tverrfaglige samarbeid som fungerer dårlig viser forskning til at sykepleiere utvikler moralsk stress. Dette skjer spesielt i samarbeid med leger (Kalfoss 2016, 462). I studiens resultater kommer det frem at sykepleiere ønsker tidligere oppstart av palliativ plan enn det leger mener. Målet med lindrende behandling er å lindre smerter og ubehag ovenfor den palliative pasienten og unngå behandling som gir unødvendig lidelse (Kaasa og Loge 2018, 48). Flere sykepleiere i studien vår legger vekt på vanskeligheten med å si imot legens beslutninger. Til tross for utviklingen av sykepleierens rolle synes fortsatt mange sykepleiere det er vanskelig å ta initiativ til behandling og videreformidle dette til legen. Det å skulle foreslå alternative løsninger som går imot legens avgjørelser kan virke skremmende for sykepleiere (Kalfoss 2016, 459). Gjennom praksis har vi erfart at sykepleiere er villige til å stå i konflikter med leger kontra med pasient og pårørende.

4.2.5 Sykepleiers emosjonelle reaksjoner

I studien vår kom det frem at sykepleierne på ulike måter ble emosjonelt påvirket ved arbeid med palliativ plan. Flere opplevde psykiske påkjenninger i forhold til palliativ plan. I møte med dødende pasienter blir man som sykepleier utfordret på et personlig plan (Kalfoss 2016, 453). På det mellommenneskelige plan møter sykepleieren den sykes og dens familie sin sårbarhet (Thoresen og Dahl 2016, 944). Før var døden en større del av hverdagen til folk mens nå er vi mer distanserte. Dette fører til at de unge i dag kanskje har mindre erfaringer med nettopp døden og kan gjøre at sykepleiere føler seg mindre forberedt til å skulle håndtere slike situasjoner (Thoresen og Dahl 2016, 927). Det å se andre dø kan bli en påminnelse om egen død og dermed tyngde sykepleierne emosjonelt.

Resultatene i studien vår viste at sykepleiere på spesielt sykehjem fikk god relasjon til pasientene. Ifølge Thoresen og Dahl (2016, 954) kan god relasjon med pasientene føre til at sykepleiere blir følelsesmessig engasjert som kan gjøre det vanskeligere å håndtere et

dødsfall. Mange sykepleiere forteller at på tross av mange års erfaring oppleves det fortsatt emosjonelt krevende å skulle delta i utarbeiding av palliativ plan. Thoresen og Dahl (2016, 955) presiserer at døden aldri vil bli hverdagslig eller en rutinesituasjon og det blir aldri en vane å se mennesker lide eller dø. Dette vil derfor alltid berøre sykepleiernes følelser på en eller annen måte. På grunnlag av dette er sykepleieren nødt til å kontinuerlig utforske hvilke tanker, følelser og reaksjoner som dukker opp i slike situasjoner og utvikle en egen evne til å mestre dem (Kalfoss 2016, 454).

I studien vår blir det lagt lite vekt på hvordan sykepleiere skal håndtere de negative følelsene de opplever ved palliasjon. Flere sykepleiere etterlyste mer støtte fra kollegaer og ledelse i forbindelse med palliasjon. En felles debriefing med kolleger ville vært en god måte å få reflektert over situasjonen på både et faglig og personlig plan. En slik debriefing etter dødsfall kan være en anledning til å snakke om den døendes forløp og hvordan døden kom. Det er vist at debriefing bidrar til å dokumentere og endre praksis (Thoresen og Dahl 2016, 955).

Sykepleierens deltakelse i det palliative arbeidet beskrives som følelsesmessig involverende og det kan derfor være nyttig å utvikle sine egne mestringsstrategier (Lorentsen og Grov 2016, 429). Mestringsstrategier benyttes for å beholde sin egen integritet, kontrollere stress og finne mening med vanskelige situasjoner. Dersom man aktivt tar i bruk sine mestringsstrategier kan dette resultere i at man blir mer engasjert i arbeidet og jobben oppleves som mer meningsfull. Man kan også oppleve stressfaktorer som mindre truende. Ved bruk av mestringsstrategier kan man også forbedre sin kontroll på egne tanker, følelser og atferd (Kalfoss 2016, 455). Som sykepleier skal man opptre profesjonelt, men det tilsier ikke at det ikke er lov å vise følelser. Å vise følelser vil styrke dynamikken med pasient og pårørende. I dette tilfellet handler det om at sykepleier må klare å kontrollere sine følelser slik at de ikke påvirker utøvelsen av sykepleie.

På den andre siden viser studiens resultater at sykepleiere erfarte arbeid med palliativ plan som et privilegium. Det å arbeide nært døende pasienter kan oppleves som meningsfylt, rikt, utviklende og som "virkelig" sykepleie (Thoresen og Dahl 2016, 954). Denne formen for sykepleie krever at sykepleier har et godt klinisk blikk for å kunne kartlegge pasientens tilstand og dokumentere eventuelle endringer i den palliative planen.

Selv har vi fra egen praksis erfart å bli emosjonelt påvirket av både pasient og pårørende ved utarbeiding av palliativ plan. Vi har opplevd flere situasjoner med palliative pasienter hvor vi ikke vet hva vi skal si eller gjøre. Dette gjør at vi har følt oss utilstrekkelige og slike situasjoner oppleves som psykisk krevende. I slike situasjoner må sykepleier våge å være tilbakeholden og samtidig tilstedeværende. Man bør våge å være med pasienten uten å gjennomføre prosedyrer og våge å møte den døende som et medmenneske (Thoresen og Dahl 2016, 955).

5.0 Konklusjon

Hensikten med vår litteraturstudie var å belyse sykepleieres erfaringer med palliativ plan. Resultatene fra studien vår viser at mange sykepleiere kjenner på mangel på kompetanse til å gjennomføre samtaler om palliativ plan. Det fører til usikkerhet og negative følelser knyttet til palliasjon. De føler seg ikke tilstrekkelig god nok på å kommunisere i en slik situasjon og mange vil derfor helst unngå dette. Gjennom et større fokus på palliativ plan i sykepleierutdanningen, vil man kunne skape tryggere sykepleiere. Øvelse på praktiske kommunikasjonssituasjoner, eller å utarbeide samtalekort som ett verktøy, vil styrke den generelle kompetansen til sykepleieren. Våre funn kan bidra til refleksjon over praksis og økt fokus på palliativ plan.

5.1 Forslag til videre forskning

Vi ser behov for mer forskning rundt palliativ plan for å belyse dens viktighet og styrke sykepleieres kompetanse. Videre forskning vil kunne gi sykepleiere større forståelse av dens viktighet, som igjen kan føre til økt realisering av pasientens og pårørendes ønsker i fremtiden. Dette vil gi en bedre personsentrert palliativ omsorg i det norske helsevesenet. Sykepleierutdanningen tar for seg store deler av palliativ omsorg, men mer forskning vil kunne føre til bredere kunnskap om palliativ plan, som igjen kan implementeres i sykepleierutdanningen.

6.0 Referanseliste

- Ang, Darryl How Wei, Siew Tiang Lau, Zhong Wei Darren Goh, Neo Kim Emily Ang, Ying Lau og Nur Nadhirah Binte Khairuddin. 2020. «Implementing advanced care planning: A qualitative exploration of nurses´perceived benefits and challenges”. Journal of Nursing Management. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.13056>
- Armstrong, Natalie, Chris Williams og Fawn Harrad – Hyde. 2021. “Using advanced and emergency care plans during transfer decisions: A grounded theory interview study with care home staff”. Sage Journals.
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/02692163211059343>
- Barret, Tomiko, Sarah Yeun – Sim Jeong, Se Ok Ohr og Peter Cleasby. 2021. “Nurse - led normalized advance care planning service in hospital and community health settings: a qualitative study”. *BMC Palliative care*.
<https://bmc-palliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-021-00835-x>
- Board, Michele, Adam Spacey, Sam Porter og Janet Scammell. 2021. «A critical realist evaluation og advanced care planning in care homes”. Journal of Advanced Nursing. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.14822>
- Boylan, Anne – Marie, Bee Wee, John Imac Artney og Markus Schichtel. 2021. “Implementing advanced care planning in heart failure: a qualitative study of primary health care professionals”. British Journal of General Practice.
<https://bjgp.org/content/71/708/e550.full>
- Brenne, Anne- Tove og Brit Estenstad. 2018. “Hjemmedød”. I *Palliasjon*. Red: Stein Kaasa og Jon Håvard Loge, s. 161-170. 3. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Chen, Jui – O og Chiu – Chu Lin. 2021. “Exploring the Barriers Faced by Nephrology Nurses in Initiating Patients With Chronic Kidney Disease Into Advance Care Planning Using Focus-Group Interviews”. Journal of Nursing Research.

https://journals.lww.com/jnr-twna/Fulltext/2021/12000/Exploring_the_Barriers_Faced_by_Nephrology_Nurses.6.aspx

- Dykgraaf, Sally Hall, Christine Phillips, Nicholas Glasgow, Rosny Kasim, Suzanne Rainsford. 2021. "Traversing difficult terrain. Advanced care planning in residential aged care through multidisciplinary case conferences: A qualitative interview study exploring the experiences of families, staff and health professionals". Sage journals. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/02692163211013250>
- Eide, Hilde og Tom Eide. 2017. "Informerende ferdigheter" i *Kommunikasjon i relasjoner*, s. 217-236. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, Hilde og Tom Hilde. 2017. "Hva er god, profesjonell kommunikasjon?" I *Kommunikasjon i relasjoner*, 15 – 45. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Evans, David. 2002. "Systematic Reviews of Interpretive Research: Interpretive Data Synthesis of Processed Data". *Australian Journal of Advanced Nursing* 20, no. 2. S. 22-26.
- Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2013. *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation*, 3. utgave. Stockholm: Natur & kulturakademisk.
- Førde, Reidun, Elisabeth Gjerberg, Lillian Lillemoen, Lisbeth Thoresen og Reidar Pedersen. 2019. «Advanced care planning in Norwegian nursing homes – limited awareness of the residents' preferences and values? A qualitative study". *BMC Geriatrics*. <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-019-1378-6>
- Grov, Ellen Karine. 2016. "Å være pårørende til en hjelpetrequende pasient". I *Grunnleggende kunnskap i sykepleie*. Red: Ellen Karine Grov og Inger Margrethe Holter, s.56-66. 5. Utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

- Grønseth, Randi og Per Nortvedt. 2016. «Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse» i *klinisk sykepleie*, redigert av Dag - Gunnar Stubberud, Randi Grønseth og Hallbjørg Almås, 17 – 39. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hansen, Sjur Bjørnar, Kristin Refsdal, Tanja Alme, Kari – Ann Baarlid, Janicke Bjercke, Guttorm Eidslott, Bente Ervik mfl. 2018. “Lindrende behandling i livets slutfase”. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/innledning>
- Haavisto, Elina, Anne Kuusisto, Kaija Saranto og Päivi Korhonen. 2021. «Accessibility of information on patients’ and family members’ end-of-life wishes in advanced care planning”. Wiley Online Library. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nop2.1081>
- Helsepersonelloven. Lov om helsepersonell av 07. februar 1999 nr 64. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helse Møre og Romsdal. “Innføring av palliativ plan i Møre og Romsdal”. Handlingsplan 2019 – 2022. <https://helse-mr.no/Documents/Samhandling/Paliasjon/Innforing%20av%20palliativ%20plan%20i%20Møre%20og%20Romsdal%20-%20Handlingsplan%2019-22.pdf>
- Helse Møre og Romsdal. 2018. “Korleis opprette ein palliativ plan?” Sist oppdatert: 10.05.2021. <https://helse-mr.no/fag-og-forsking/samhandling/palliativ-plan/korleis-opprette-ein-palliativ-plan#6-ressursarverktoy>
- Higgins, Isabel, Margaret McMillan og Sarah Yeun – Sim Jeong. 2011. «Experiences with advance care planning: nurses’ perspective. International Journal of Older People Nursing. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1748-3743.2009.00200.x>
- Holter, Inger Margrethe. 2016. “Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn” I *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*, redigert av Ellen Karine Grov og Inger Margrethe Holter, 107 – 118. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

- Jacobsen, Dag Ingvar. 2010. "Spørsmål og svar- teori og empiri" I Forståelse, beskrivelse og forklaring. 15- 37, 2.utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Kalfoss, Mary Harris. 2016. "Møte med lidende og døende- sykepleierens møte med seg selv". I *Klinisk Sykepleie Bind 2*. Red: Dag- Gunnar Stubberud, Randi Grønseth og Hallbjørg Almås, s. 453-479. 5. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kaasa, Stein og Jon Håvard Loge. 2018. "Palliativ medisin- en innledning". I *Palliasjon*. Red: Stein Kaasa og Jon Håvard Loge, 34-49. 3. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lisbeth Thoresen og Marianne Dahl. 2016. "Sykepleie til den døende pasient". I *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Red: Ellen Karine Grov og Inger Margrethe Holter, s. 926-956. 5. Utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Lorentsen, Vibeke Bruun og Ellen Karine Grov. 2016. "Generell sykepleie ved kreftsykdommer". I *Klinisk Sykepleie Bind 2*. Red: Dag- Gunnar Stubberud, Randi Grønseth og Hallbjørg Almås, s. 397-430. 5. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mehre, Kristin, Sjur Bjørnar Hanssen, Kristin Refsdal, Ingvild Svendsen, Kjersti Wilson. Februar 2015. "Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt - å skape liv til dagene". Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/rapport-om-tilbudet-til-personer-med-behov-for-lindrende-behandling-og-omsorg-ved-livets-slutt/Rapport%20om%20tilbudet%20til%20personer%20med%20behov%20for%20lindrende%20behandling%20og%20omsorg%20ved%20livets%20slutt.pdf/> /attachment/inline/64b02e2c-9ec9-4709-b6fa-a156a79e9baf:3828cd931ca7996c7220dd12f25bb1a4876dda58/Rapport%20om%20tilbudet%20til%20personer%20med%20behov%20for%20lindrende%20behandling%20og%20omsorg%20ved%20livets%20slutt.pdf

Nerdal, Lisbeth og Solveig Margaret Thomassen. 2020. “Hvordan kan sykepleiere møte pasienter og pårørende ved livets slutt?”. Sykepleien.

<https://sykepleien.no/fag/2020/03/hvordan-kan-sykepleiere-mote-pasienter-og-paerorende-ved-livets-slutt>

Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. “Spørsmålsformulering”. I *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. S. 29-39. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. “Kritisk vurdering”. I *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. S. 67-158. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Slettebø, Åshild. 2013. “Etikk, helsepolitikk og samfunnsaspekter” i *Sykepleie og etikk*, 40 – 64. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Stensheim, Hanne, Marianne j. Hjermstad og Jon Håvard Loge. 2018. “Ivaretakelse av pårørende”. I *Palliasjon*. Red: Stein Kaasa og Jon Håvard Loge, s. 274-285. 3. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thoresen, Lisbeth og Marianne Dahl. 2016. “Sykepleie til den døende pasienten”. I *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*, redigert av Ellen Karine Grov og Inger Margrethe Holter, 926-956. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

7.0 Vedlegg

Vedlegg 1: (P) I (C) O- skjema

P Patient Pasientgruppe, diagnose, problem	I Intervention Tiltak, behandling	C Comparison Sammenligner tiltak	O Outcome Utfall, effekt, erfaring, opplevelse
	Palliativ* plan* Palliativ omsorg Terminal omsorg		Sykepleie* Erfaring* Utfordring*
	Advanced care plan* Advanced care planning Palliative care Terminal care		Nurs* Experienc* Challenges

Vedlegg 2: Søkehistorikk

	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	Palliative care OR end of life OR home nursing	29.11.21	Medline	246	5	1	1
2	Advanced care planning						
3	Experience OR challenges OR nurse experience						
4	1 AND 2 AND 3						
5	Limit to all adult and danish or english or norwegian or swedish and 10 last years						
	Totalt inkluderte artikler						1

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
Advanced care planning OR advanced care plan* AND nurs* AND limit qualitative (maximizes specificity) AND last 10 years	01.12.21	Ovid Medline	192	10	2	1
Advanced care planning OR advanced care plan* AND nurs* AND limit qualitative (maximizes specificity) AND last 10 years	02.12.21	Ovid Medline	192	5	2	1
Advanced care planning OR advanced care plan* AND nurs* AND limit qualitative (maximizes specificity) AND last 10 years	04.12.21	Ovid Medline	192	20	2	
Advanced care planning OR advanced care plan* AND nurs* AND limit norwegian, english, dansih or swedish AND last 10 years	24.01.22	Ovid Medline	108	20	6	3
Advanced care plan* OR advanced care planning AND Nurs* AND experienc*	27.01.22	Ovid Medline	72	40	5	1

AND limit last 10 years AND norwegian, english, swedish or danish AND qualitative (maximizes specificity)						
Advanced care plan* OR advanced care planning AND Nurs* AND experienc* AND limit last 10 years AND qualitative (maximizes specificity) AND all adults (19 plus years)	04.02.22	Ovid Medline	51	25	6	1
Advanced care plan* OR advanced care planning OR palliative care OR terminal care AND Nurs* AND experienc* AND limit last 10 years AND qualitative (maximizes specificity)	02.03.22	Ovid Medline	204	40	3	1
Totalt inkluderte artikler						8

Vedlegg 3: Oversikt over inkluderte artikler

Artikkelnummer	1
Forfattere	Ang, Darryl How Wei, Siew Tiang Lau, Zhong Wei Darren Goh, Neo Kim Emily
År	Ang, Ying Lau og Nur Nadhirah Binte Khairuddin
Land	2020

Tidsskrift	Singapore Journal of Nursing Management
Tittel	<i>Implementing advance care planning: A qualitative exploration of nurses' perceived benefits and challenges</i>
Hensikt	Å få kjennskap til sykepleiernes erfaringer i å bruke palliativ plan på institusjoner.
Metode Instrument	Kvalitativ metode. Det ble gjennomført semistrukturerte intervjuer ansikt til ansikt.
Deltagere/fracfall	16 kvinnelige sykepleiere
Hovedfunn	<p>Verdien av palliativ plan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Palliativ plan legger til rette for at pasienter kan gi uttrykk for sine behov og ønsker ved livets slutt. Unngår at familiemedlemmer må ta beslutninger som gjør at pasienten går gjennom unødvendige prosedyrer. • Palliativ plan gjør det lettere for pårørende å akseptere den sykes tilstand. Gjør pasienten emosjonelt forberedt. <p>Kommunikasjon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vanskelig å samtale rundt palliativ plan da mange assosierer det med døden. • Pasienter hører oftere på legens ord kontra sykepleierens. • Kulturell innvirkning på implementering av palliativ plan. <p>Utførelse</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Deltakerne følte ikke de hadde nok kunnskap om palliativ plan som svekker deres selvtillit. Likevel ønsket de å ta større del i utøvelsen da de står nærmest pasientene sine. • Mangel på tid gjorde at oppstart av palliativ plan ikke ble prioritert.
Etisk vurdering	National University of Singapore Institution Review Board S-18-245
Vurdering av kvalitet	God. Kvalitetsvurdert ved hjelp av sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning.

Artikkelnummer	2
Forfattere	Haavisto, Elina, Anne Kuusisto , Kaija
År	Saranto og Päivi Korhonen
Land	2021
Tidsskrift	Tyrkia Wiley Online Library
Tittel	<i>Accessibility of information on patients' and family members' end-of-life wishes in advance care planning</i>
Hensikt	Å beskrive helsearbeideres tilgjengelighet til å bruke palliativ plan. Samt videreføringsprosedyrer av pasient og pårørendes ønsker i palliativ plan i en palliativ enhet.
Metode/ instrument	Kvalitativt forskningsdesign. Det ble gjennomført intervju parvis med helsearbeiderne.

Deltagere/frafall	33 profesjonelle helsearbeidere deltok, i alderen 19 – 62 år. 18 av disse var sykepleiere.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> • Resultatene viste at videreformidling av palliativ plan til palliativ enhet ble gjort både via dokumenter og verbalt. • Viste mangel på innføring av palliativ plan tidlig i forløpet. • Viste mangel på en helhetlig tolkning av den palliative planen i de medisinske notatene. • Manglende overførbarhet i dokumentasjonssystemene førte til dårlig tilgjengelighet. Dette førte igjen til mangel eller delvis realisering av pasient og pårørendes ønsker.
Etisk vurdering	Studien ble etisk godkjent av University Research Ethics Committee.
Vurdering av kvalitet	God. Kvalitetsvurdert ved hjelp av sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning.

Artikkelnummer	3
Forfattere	Dykgraaf, Sally Hall, Christine Phillips,
År	Nicholas Glasgow, Rosny Kasim og Suzanne
Land	Rainsford
Tidsskrift	2021 Australia Sage Journals
Tittel	<i>'Traversing difficult terrain'. Advance care planning in residential aged care through multidisciplinary case conferences: A</i>

	<i>qualitative interview study exploring the experiences of families, staff and health professionals</i>
Hensikt	Å utforske hvordan det er å delta i samtaler ved palliativ plan gjennom tverrfaglige møter med familier, ansatte og helsepersonell.
Metode/ instrument	En kvalitativ studie med bruk av semi – strukturerde intervju.
Deltagere/fracfall	4 familiemedlemmer, 5 ansatte og 6 helsepersonell.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> • Samtalene rundt å lage planen var emosjonelt belastende for pårørende, da de stod ovenfor å miste den de var glad i. • Det kommer også frem at det var en psykisk påkjenning for helsepersonellet. På samme måte ble den belastningen ekstra stor om det var vikarer som måtte ta beslutningene. En plan hvor beboeren hadde tydeliggjort sine ønsker eller at beboeren selv involverte seg i beslutningene gjorde det lettere følelsesmessig for vikarene. • Muligheten for familie og beboer å få vurdere alle omsorgstilbud under samtalene ga familien klarhet, kontroll og følelsen av komfort.

Etisk vurdering	Studien ble etisk vurdert og godkjent av Australian National University Human Research Ethics Committee.
Vurdering av kvalitet	God. Kvalitetsvurdert ved hjelp av sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning.

Artikkelnummer	4
Forfattere	Chen, Jui – O og Chiu – Chu Lin.
År	2021
Land	Taiwan
Tidsskrift	Journal of Nursing Research
Tittel	<i>Exploring the Barriers Faced by Nephrology Nurses in Initiating Patients With Chronic Kidney Disease Into Advance Care Planning Using Focus-Group Interviews.</i>
Hensikt	Studien ble gjennomført for å utforske barrierene som er knyttet til å diskutere palliativ plan med pasienter med kronisk nyre sykdom.
Metode/ instrument	Kvalitativ studie. Det ble gjennomført fokus - gruppe intervjuer, med grupper på fire til fem sykepleiere. Det var to intervjuere, og intervjuet foregikk i 60 – 90 minutter. Hovedintervjueren var en sykepleielærer med kunnskaper om gruppedynamikk og kvalitative studier.
Deltagere/frafall	34 nefrologi sykepleiere deltok i studiet. Alle var med på intervjuene som hadde varighet på 60-90 minutter.
Hovedfunn	Det ble fremlagt fem ulike tema i resultatene:

Mangel på kunnskap og kommunikasjonsferdigheter:

- Deltakerne var ukjent med innholdet i palliativ plan og redd for å gå glipp av viktig informasjon fra pasient eller pårørende. Mangel på kunnskap og praktisk erfaringer påvirket deres selvtillit med tanke på samtaler om palliativ plan.

Å finne det rette tidspunktet for oppstart av palliativ plan:

- Uforutsigbarheter rundt nyresykdommens utvikling gjorde det vanskelig for sykepleierne å vite når det var rett å introdusere palliativ plan.
- Mangel på retningslinjer for å identifisere det rette tidspunktet for palliativ plan.

Personlige ferdigheter:

- Deltakerne mente sykepleieren måtte beherske medisinsk informasjon, emosjonelle stadier og det å kommunisere med varme ovenfor pasienter ved palliativ plan.

Ulikheter mellom legenes og sykepleierens perspektiv på palliativ plan:

- Sykepleierne ønsker oppstart når pasientens tilstand forverres.
- Legene ønsker å fortsette behandlingen tross risikoene.

	<p>Kulturell innvirkning på palliativ plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ulike syn på palliativ plan mellom kulturene. • Er et tabu tema i enkelte kulturer.
Etisk vurdering	<p>Studien ble godkjent av Kaohsiung Medical University institutional review board i Taiwan. Det ble også lagt fram både i dokumenter og verbalt for hver deltaker hva studien gikk ut på før de signerte på om de ble med. Deltakerne ble også informert om at de kunne trekke seg når som helst i studien om de ikke ville bli med, og at alle resultater ville bli holdt anonym.</p>
Vurdering av kvalitet	<p>God. Kvalitetssjekk ved hjelp av sjekklister for kvalitative artikler.</p>

Artikkelnummer	5
Forfattere	Board, Michele, Adam Spacey, Sam Porter og Janet Scammell
År	2021
Land	England
Tidsskrift	Journal of Advanced Nursing
Tittel	<i>A critical realist evaluation of advance care planning in care homes</i>
Hensikt	Å evaluere bruken av palliativ plan i palliativ omsorg på sykehjem.
Metode/ instrument	Kvalitative data var samlet gjennom ett og et halvt år fra tre ulike sykehjem i England.
Deltagere/frafall	Deltagerne bestod av 4 sykepleiere, 8 assistenter, 7 pårørende og 3 personer fra hjemmesykepleien.

Hovedfunn	<p>Flere læringsmetoder ble avdekket i denne studien. “Skygging” ble mest brukt og ble omtalt som den mest effektive læringsmetoden for nyansatte. Workshop og videoopplæring var andre læringsmetoder som ble anerkjent.</p> <p>Alle deltagerne anerkjente palliativ plan, men at det var en stor emosjonell påkjenning. De fleste syntes det var tungt å skulle ha flere samtaler med pasientene om døden. Det at de ansatte syntes det var tungt emosjonelt førte til at de unngikk å snakke med pasienter og pårørende om døden. Mangel på kunnskap førte også til at personalet ikke hadde samtaler rundt palliativ plan til visse pasienter, som for eksempel pasienter med demens. Mangelen på kunnskap lå mest hos personalet som ikke var utdannet, som hushjelp.</p>
Etisk vurdering	Etisk godkjent av Health Research Authority.
Vurdering av kvalitet	God. Kvalitetssjekk ved hjelp av sjekklister for kvalitative artikler.

Artikkelnummer	6
Forfatter	Armstrong, Natalie, Chris Williams og Fawn
År	Harrad – Hyde
Land	2021
Tidsskrift	England Sage Journals
Tittel	<i>Using advance and emergency care plans during transfer decisions: A grounded theory interview study with care home staff</i>

Hensikt	Å beskrive pleiehjemspersonalets erfaringer og oppfatninger av å bruke skriftlige planer under beslutningstaking om potensielle sykehusoverføringer.
Metode/instrument	Kvalitativ semi – strukturert intervju analysert ved bruk av den straussiske tilnærmingen. Lengden på intervjuene var 18-75 minutter.
Deltagere/frafall	30 ansatte fra 6 forskjellige pleiehjem (med og uten sykepleieutdanning) i øst og vest av England. Sju av de 30 ansatte var sykepleiere. 28 av 30 var kvinner.
Hovedfunn	<p>Personalet foretrakk å holde forverrede beboere i omsorgshjemmet, men de fryktet også at det kunne føre til negative konsekvenser for dem som individer, spesielt når det ble uoverensstemmelse med pårørendes ønsker. De mente at det var klinikerne som burde være ansvarlig for utarbeiding av den palliative planen, men var glade for å kunne ta en støttende rolle. På tidspunktet for forverring for pasienten legitimerte de skriftlige planene beslutningen om omsorg for beboeren i hjemmet.</p> <p>Personalet var på vakt mot å tolke brede utsagn og ønsket at planene skulle være detaljerte, spesifikke, entydige, teknisk “korrekte”, forstått av familien og jevnlig oppdatert.</p>
Etisk vurdering	Etisk godkjent av University of Leicester’s Research Ethics Committee for Medicine and Biological Sciences.

Vurdering av kvalitet	God. Kvalitetssjekket ved hjelp av sjekkliste for kvalitative artikler.
------------------------------	---

Artikkelnummer	7
Forfatter	Boylan, Anne-Marie, Bee Wee, John I
År	MacArtney og Markus Schichtel
Land	2021
Tidsskrift	England British Journal of General Praticce
Tittel	<i>Implementing advance care planning in heart failure: a qualitative study of primary healthcare professionals</i>
Hensikt	Å utforske synspunktene til helsepersonell i primærhelsetjenesten om hvordan de kan forbedre deres engasjement rundt palliativ plan i forhold til hjertesvikt.
Metode/instrument	Semi-strukturerte intervju analysert ved bruk av reflektiv tematisk analyse.
Deltagere/frafall	25 av 29 inviterte sa seg villig til å delta. Det ble inkludert 24 sykepleiere fra sør i England.
Hovedfunn	<p>Det kommer frem at mange sykepleiere så fordelene med palliativ plan som et synonym med å gi god helhetlig omsorg og forbedre pasientenes livskvalitet.</p> <p>Hemmende faktorer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Likevel kommer det frem at enkelte frykter at det å igangsette en palliativ plan vil kunne skade lege-pasientforholdet deres. Deres egen frykt for å dø og døden, mangel på sykdomsspesifikke kommunikasjonsevner og

	<p>usikkerhet om riktig tidspunkt var betydelige barrierer for oppstart av palliativ plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mangel på tid ble også sett på som et hinder for oppstart av palliativ plan. <p>Forbedrende faktorer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det ble etterspurt opplæring i palliativ omsorg for å øke deres kunnskaper. • For å optimere sitt engasjement rundt palliativ plan, anbefalte helsepersonell bedre dialog mellom kliniker og pasient gjennom spørsmål, forbedrende tilnærminger til felles beslutningstaking, synkronisering av palliativ plan på tvers av medisinske spesialiteter og sykdomsspesifikk opplæring.
Etisk vurdering	Studien ble gjennomgått av Interdivisional Research Ethics Committee (UK) og det ble gitt etisk godkjenning.
Vurdering av kvalitet	God. Kvalitetssjekk ved hjelp av sjekklister for kvalitative artikler.

Artikkelnummer	8
Forfatter	Barrett, Tomiko, Peter Cleasby, Sarah Yeun –
År	Sim Jeong og Se Ok Ohr.
Land	2021
Tidsskrift	Australia BMC Palliative Care
Tittel	<i>Nurse-led normalised advance care planning service in hospital and community health settings: a qualitative study</i>
Hensikt	Å få frem sykepleiers erfaringer med palliativ plan, med implementering av en normalisert palliativ plan i sykehus- og samfunnsomsorgsmiljøer.
Metode/instrument	Fire sykepleiere ble invitert til å levere en sykepleierledet normalisert palliativ plan gjennom 6 måneder ved to sykehus og to lokale helsetjenester i New South Wales i Australia. De fikk fire dagers opplæring om palliativ plan. Erfaringene til sykepleierne ble fanget opp gjennom et semistrukturert intervju og ukentlige debriefingsmøter. Intervjuopptakene ble transkribert ordrett og referatene fra de ukentlige møtene ble brukt. Dataen ble analysert av to uavhengige forskere ved å bruke tematisk analyse med Normalization Process Theory som metodisk rammeverk.
Deltagere/frafall	Fire kvinnelige sykepleiere med en variasjon av erfaring på 2-25 år.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> • Det kom frem at palliativ plan ikke er en del av utdanningen og det var derfor nødvendig å introdusere prosedyren for

	<p>eksisterende helsepersonell. Viljen til å fullføre en palliativ plan ble påvirket av pasientens og sykepleiernes personlige tro og verdier.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det kommer frem at det var store forskjeller på oppstart av palliativ plan på sykehus kontra kommunehelsetjenesten. På sykehus var det vanskeligere med tanke på ro, privatliv og tid. • Opplæringsprogrammet, ukentlig debrifing og bruk av kommunikasjonskort gjorde sykepleierne mer trygge i utøving av palliativ plan. Mer erfaring utspiller seg i mer selvtillit hos sykepleierne.
Etisk vurdering	Etisk godkjent av Hunter New England Human Research Ethics Committee
Vurdering av kvalitet	God. Kvalitetssjekk ved hjelp av sjekklister for kvalitative artikler.

Artikkelnummer	9
Forfatter	Higgins, Isabel, Margaret McMillan og Sarah Yuen – Sim Jeong.
År	2011
Land	Australia
Tidsskrift	International Journal of Older People Nursing
Tittel	<i>Experiences with advance care planning: nurses' perspective</i>

Hensikt	Å rapportere funnene fra en casestudie som utforsket palliativ plan og retningslinjer for avansert omsorg i pleiehjem i Australia. Artikkelen fokuserer på sykepleiers erfaringer med bruk av palliativ plan og retningslinjer for avansert omsorg.
Metode/instrument	Det ble brukt et case – studiedesign. Notatopptak fra felt, semistrukturerte intervjuer og dokumentanalyse ble brukt i studien. Data ble samlet over 7 måneder.
Deltagere/frafall	12 sykepleiere og 1 næringskonsulent var med på studien. Det var ingen frafall.
Hovedfunn	<p>Ved studiens start uttrykte sykepleierne at de følte seg ukomfortable, trist, slem og konfronterende. Ved studiens slutt når sykepleierne hadde arbeidet mer med palliativ plan uttrykte de følelsen av tilfredshet, lettelse, komfortabel, glad og positiv. Studien identifiserte hemmende og forsterkende faktorer som påvirket sykepleiernes erfaringer med palliativ plan.</p> <p>De forsterkende faktorene var:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Å hjelpe pasientene til å finne seg selv og gjenspeile det i den palliative planen. • At planen var diskutert med familien slik at alle var på samme tankegang. • Å sørge for at familiens behov ble dekket. <p>De hemmende faktorene var:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mangel på tid

	<ul style="list-style-type: none"> • En kultur for å “gjøre alt” for å redde pasienten kunne føre til pasientens ønsker ikke ble realisert. • Døden var et tabubelagt tema og familier kunne oppleves som fornektende • Mangel på familieengasjement. Familier som var mer tilbaketrukket hadde vanskeligere med å forstå pasientens tilstand.
Etisk vurdering	Artikkelen ble etisk godkjent av universitetet og den regionale helsesektoren i området i Australia.
Vurdering av kvalitet	God. Kvalitetssjekk ved hjelp av sjekklister for kvalitative artikler.

Artikkelnummer	10
Forfatter	Førde, Reidun, Elisabeth Gjerberg, Lillian Lillemoen, Reidar Pedersen og Lisbeth Thoresen
År	2019
Land	England
Tidsskrift	BMC Geriatrics
Tittel	<i>Advance care planning in Norwegian nursing homes – limited awareness of the residents’ preferences and values? A qualitative study</i>

Hensikt	Å utforske sykepleieres og legers mål og erfaringer med å utføre palliativ plan på sykehjem.
Metode/instrument	Det ble gjennomført semi-strukturerte gruppeintervjuer med 20 helsepersonell, 2 til 4 personer, med helsepersonell rekruttert fra sykehjem hvor palliativ plan jevnlig ble brukt. Dataene ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse.
Deltagere/fracfall	11 sykepleiere, 8 leger, 1 hjelpepleier og 1 sykepleierstudent
Hovedfunn	<p>Formålet med å opprette en palliativ plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Skape en relasjon til pårørende for å unngå misforståelser og framtidige konflikter. • Metaforene team, supportere og gå sammen ble brukt for å understreke hvor mye vekt helsepersonell la på enigheter med pårørende for å unngå konflikter. <p>Erfaringer med palliativ plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det kommer frem at etter år med arbeid av palliativ plan har noen av legen lært seg at det er viktig å være direkte i samtale med pårørende, men samtidig være ydmyk. På tross av år med erfaring forteller legene at det er en påkjenning og krever mye av det emosjonelle aspektet.

	<ul style="list-style-type: none"> • Generelt kommer det frem at de ansatte (også sykepleiere) synes arbeid med palliativ plan er stressende, krevende og vanskelig.
Etisk vurdering	<p>Studien ble godkjent av sykehjemmets leder og Datatilsynet ved Universitetet i Oslo.</p> <p>Deltakerne ble informert skriftlig og muntlig og ga samtykke skriftlig.</p>
Vurdering av kvalitet	<p>God. Kvalitetssjekket ved hjelp av sjekklister for kvalitative artikler.</p>