



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKB390-O-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	03-05-2023 12:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	12-05-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKB390 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	206
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7935
----------------------	------

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

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	63
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Førebygging av konflikt ved livets slutt

Prevention of conflict at the end of life

Kandidatnummer: 206

Høgskulen på Vestlandet, campus Bergen

Fakultet for helse og sosialvitenskap

Bachelor i sjukepleie

Ord: 7935

Innleveringsdato: 12.05.2023

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Abstract

Background: In Norway the right to a dignified death is protected by law. As nurses we have a responsibility to secure this right for our patients. In the patient's transition to the terminal phase, restriction of treatment is actualized. Polarized perspectives among healthcare professionals and relatives in this phase can be a breeding ground for conflict. Conflict tied to the limiting of treatment can be destructive to a peaceful and dignified death. Nurses should therefore have knowledge of measures to prevent conflict in these situations.

Aim: To shed light on how the nurse can ensure a dignified end of life for the elderly nursing home patient, despite disagreements between relatives and healthcare professionals. The aim is to answer how nurses can use communication to prevent conflict with relatives, when the need to limit treatment is actualized in the transition to the terminal phase.

Method: Literary study, where databases such as Epistemonikos, Cinahl and Pubmed were used. The chosen articles were of qualitative designs due to the nature of the subject in question. Criteria for inclusion and exclusion were set, and checklists were used to evaluate the quality of the included articles. A literature matrix and thematic analysis were used to identify and compare themes relevant for the aim of the study.

Result: Five articles were included, one systematic review of qualitative evidence and four qualitative studies. The following themes emerged; roles in EOL-communication, the patient- and next of kin-perspective, communicative challenges and communication strategies.

Conclusion: Communication is a central tool in the prevention of conflict when restriction of treatment becomes actualized in the transition to the terminal phase. With the right communication strategies the nurse will be able to help create understanding among the relatives, and may close the gap in perspective between the relatives and the healthcare professionals.

Keywords: Communication, conflict, palliative care, end-of-life, next of kin, nurse

Innholdsliste

1.0 Introduksjon	4
1.1 Problemstilling	5
2.0 Bakgrunn	5
2.1 Eldre	5
2.2 Livsforlengende behandling	5
2.3 Palliasjon i livets slutfase	6
2.4 Verdighet	6
2.5 Pårørende	7
2.6 Konflikt i livets slutfase	7
2.7 Førebygging av konflikt ved kommunikasjon	8
2.8 Travelbee om kommunikasjon	9
3.0 Metode	10
3.1 Litteraturstudie som metode	10
3.2 Søkeprosess	10
3.2.1 PICO/PIO og MeSH	10
3.2.2 Inklusjon og eksklusjonskriterium	11
3.2.3 Databasar	11
3.2.4 Litteratursøk	11
3.3 Kritisk vurdering av kjelder	12
3.4 Analyse og syntese	12
3.5 Ethiske vurderingar	13
4.0 Resultat	13
4.1 Roller og tverrfagleg samarbeid	13
4.2 Kommunikasjon, deltaking og utfordringar	14
4.3 Kommunikative teknikkar og strategiar	16
5.0 Diskusjon	17
5.1 Resultatdiskusjon	17
5.1.1 Roller og tverrfagleg samarbeid i EOL-kommunikasjon	18
5.1.2 Pasient- og pårørandeperspektivet	19
5.1.3 Kommunikasjon ved livets slutt	20
5.2 Metodediskusjon	23
6.0 Oppsummering	24
7.0 Referanseliste	26
8.0 Vedlegg	29
8.1 Vedlegg 1: PIO-skjema	29
8.2 Vedlegg 2: Oversiktstabell for inklusjons- og eksklusjonskriterium	30
8.3 Vedlegg 3: Oversiktstabell for søkehistorikk	31
8.4 Vedlegg 4: Litteraturmatrise	34
8.5 Vedlegg 5: Flytdiagram	36

1.0 Introduksjon

Modernisering og utvikling innan medisinsk teknologi, pleie og behandling mogleggjer helbredande eller livsforlengande behandling til eldre pasientar som tidlegare ville komt til å døy i løp av kort tid. Denne utviklinga set nye krav til helsevesenet generelt og palliasjon spesielt (Kaasa & Loge, 2016, s.34). Døden er ein sjølvsgt del av livet, og alle vil før eller seinare kome til det stadiet der døden er meir naturleg enn framhald av liv. Der naturen tidlegare sette grenser, har helsepersonell i nyare tid fått ein større del av ansvaret. I Noreg i dag kan ein halde multimorbide gamle menneske i live over lang tid trass i alvorleg sjukdom. På bakgrunn av dette vil det oppstå situasjonar som tvingar fram spørsmål om når det er rett å avslutte behandling og la livet kome til sin slutt.

I Noreg er forventa levealder over 80 år, noko som plasserar dei fleste som døyr her til lands innan den eldre demografien (Bævre, 2021). I perioda 2016-2019 fann godt over 50% av dødsfalla blant dei eldste i Noreg stad på sjukeheim (Haugstveit & Otnes, 2020). Denne statistikken og det faktum at dei eldre er ein aukande demografi, underbyggjer kvifor det er sentralt at sjukepleiaren har kunnskap om korleis utøve god palliativ omsorg.

All livsforlengande behandling skal vere til det beste for pasienten, og skal ikkje forlenge liding i døyingsprosessen eller krenke pasienten si verdigheit (Helsedirektoratet, 2018). Vidare er det ikkje berre pasienten som skal ivaretakast i denne fasa, men også pårørande. Å vere pårørande til ein døyande pasient kan vere svært belastande, og det å akseptere at livet til den som står ein nær går mot slutten kan for mange vere vanskeleg (Helsedirektoratet, 2018). I møte med livstruande sjukdom hjå eldre kan helsepersonell og pårørande ha ulike perspektiv. Helsepersonell ser ofte på døyingsprosessen som noko naturleg, medan dei pårørande kanskje ønskjer å kjempe i mot døden og drive aktiv behandling. Det er viktig å ha ein open dialog med pasient og pårørande for å få ei felles forståing av situasjonen og behandlinga (Helsedirektoratet, 2018). Dette er sentralt for å unngå konflikter som pasienten i verste fall kan verte skadelidande av.

1.1 Problemstilling

Bakgrunnen for avgrensinga av problemstillinga i denne oppgåva botnar i personleg erfaring frå praksis. I den palliative fasa er pasienten svært sårbar, og i sluttfasa av livet vert ein overlatt til menneska rundt seg; helsepersonell og pårørande. Dersom desse to gruppene har polariserte oppfatningar rundt pasientens behov, kan det oppstå konflikt.

Hensikta med oppgåva er å belyse korleis sjukepleiaren kan sikre ei verdig avslutting på livet for den eldre sjukheimspasienten, trass i ueinigheiter mellom pårørande og helsepersonell knytt til behandlingsavgrensing i den palliative fasa. Problemstillinga avgrensast dermed til følgjande: "Korleis kan sjukepleiaren ved bruk av kommunikasjon førebyggje konflikt med pårørande, når behandlingsavgrensing vert aktualisert i overgangen til terminal fase?".

2.0 Bakgrunn

2.1 Eldre

Eldre er den raskast veksande demografien i Noreg, og den største pasientgruppa i helsevesenet. Aldringsprosessen byrjar allereie i ung vaksen alder, men 65 år reknast gjerne som grensa for å vere eldre. Vidare er det vanleg å dele inn i unge eldre (65-75 år), eldre eldre (75-85 år), og gamle eldre (over 85 år), (Eide & Eide, 2017, s.309). Det er hjå dei eldste at helseproblem og funksjonstap er særleg framtreddande og behovet for helse- og omsorgstenester aukar (Strand, 2022). Mot slutten av livet mottok dei fleste helsehjelp i ei eller anna form. Om lag 32% døy på sjukehus, medan rundt 48% døy på sjukeheim (Helsedirektoratet, 2018). Som nemnt innleiingsvis er desse tala for dei gamle eldre enda høgre.

2.2 Livsforlengande behandling

Livsforlengande behandling har til hensikt å forlengje livet. Denne typen behandling vil kunne utsette døden ei tid, men vil ikkje vere kurativ (Kaasa & Loge, 2016, s.44). Det er forbunde ei rekkje komplekse etiske vurderingar til livsforlengande behandling. Somme tider kan slik behandling vere til hinder for ei verdig avslutning på livet (Helsedirektoratet, 2013, s.7). I slike tilfeller må ein gjere ei vurdering med tanke på om den livsforlengande behandlinga er hensiktsmessig, sett opp mot den belastninga den medfører for pasienten. Vidare må ein ta ei vurdering i forhold til om behandlinga skal avsluttast for å ikkje forlengje lidning. Dette vert

kalla behandlingsavgrensing (Slaaen et al., 2016). Den typen slutningar er komplekse og skal vere basert på faglege vurderingar (Kaasa & Loge, 2016, s.48). Dersom det er vurdert at pasienten er tent med å avslutte den livsforlengande behandlinga, er ein på veg inn i ei ny fase av palliasjon. Det er den behandlingsansvarlege legen som skal gjere den endelege vurderinga og ut frå den trekke ei sluttning (Meld. St. 24 (2019–2020), s.44).

2.3 Palliasjon i livets slutfase

Livets slutfase har ikkje ein eintydig definisjon, men er eit omgrep som tek for seg den perioda der det er overveiande sannsyn for at gjenverande levetid er betydeleg avgrensa, til dømes grunna høg alder eller uhelbredelig sjukdom (Slaaen et al., 2016). Palliasjon kjem frå det greske ordet pallium, som tyder “kappe”. I overført tyding: å leggje ei lindrande eller beskyttande kappe rundt den som treng det i livets siste fase (Sønning, 2021). Palliasjon omhandlar altså behandling, pleie og omsorg for pasientar med uhelbredelig sjukdom og kort forventa levetid. Lindring av fysiske smerter og plager står sentralt, saman med tiltak retta mot psykiske, sosiale, åndelege og eksistensielle utfordringar. Palliativ behandling skal verken framskude døden eller forlenge sjølve døyingsprosessen (Helsedirektoratet, 2018).

Det er utarbeida ein plan for lindring i livets slutfase som er fundert på internasjonale prinsipp og nasjonale tilrådingar for omsorg til døyande. Denne vert kalla Livets siste dagar (LSD). Bruken av ein slik rammeplan kan sikre ein struktur for behandling, pleie og omsorg i sluttfasa av livet (Helse Bergen, 2022).

Sjukepleieteoretikaren Virginia Henderson skildrar i sin teori kva som er sjukepleiaren sin særeigne funksjon. Her omtalar ho pleie til døyande pasientar som ei eiga sjukepleieoppgåve. Ho meinte at der døden er uunnåeleg er sjukepleiaren uunnverleg. Vidare skildra Henderson at når pasientens død ikkje er til å unngå, vert sjukepleiaren si overordna oppgåve å beskytte pasienten mot tap av verdigheit i ein sårbar situasjon der avhengigheit er kategorisk. Målet vil vere å til slutt sikre ein fredfull død (Kirkevold, 1998, s. 100-106).

2.4 Verdigheit

Verdigheit er eit abstrakt omgrep med stor aktualitet innan sjukepleiefaget. Omgrepet er komplekst og tydinga omdiskutert. Somme har ei såkalla objektiv forståing av omgrepet. Her

vert verdigheit tolka som ibuande, noko alle menneske har i kraft av å vere menneske (Alvsvåg & Aaland, 2019, s. 113). Ei meir subjektiv forståing set individet i fokus, og legg vekt på enkeltmennesket si oppleving av eigenverd (Kristoffersen et al., 2017, s.100). Den eine tolkinga ekskluderar ikkje nødvendigvis den andre. Uavhengig av korleis ein tolkar omgrepet, så har det relevans for all utøving av sjukepleie og vert særleg sentralt når pasienten ikkje lenger kan bidra til å sikre eiga verdigheit. Vidare er retten til ein verdig død dessuten forankra i norsk lov (Verdigheitsgarantiforskriften, 2010, §3).

2.5 Pårørande

I det norske helsevesenet er det ikkje berre helsepersonell som har ei rolle i ivaretaking av sjuke og døyande. Pårørande er ofte pasienten sitt viktigaste støtteapparat, og ønskjer i dei fleste situasjonar å vere til hjelp for den sjuke (Helsedirektoratet, 2017). Det er som hovudregel pasienten sjølv som vel sine pårørande (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §1-3). Pårørande er generelt svært viktige for sjukeheimspasientar, og spesielt når den gamle entrar livets slutfase (Gjerberg, 2009). Pårørande har ofte unik kjennskap til pasientens bakgrunn, ressursar, symptom og sjukdomsforløp. På bakgrunn av dette har dei fått ei særstilling i helseretten (Kristoffersen et al. 2017, s.206).

2.6 Konflikt i livets slutfase

Konflikt kan definerast som eit motsetningsforhald eller ein kollisjon mellom interesser, verdiar, handlingar eller retningar (Lystad, 2006, s.19). I livets slutfase kan ulikt syn på om det er rett å gi eller å avslutte behandling vere opphav til konflikt. Truleg ligg det potensiell usemje i slutningsprosessar knytt til livets siste fase blant anna på grunn av at det er ei spesiell og sårbar tid både for pasient og pårørande. Vidare kan det med moderne behandlingmoglegheiter vere sær s vanskeleg å vurdere kva som på sikt vil gagne pasienten (Helsedirektoratet, 2013, s. 21).

Vurderingar om kva som vil vere til det beste for pasienten kan altså vere komplekse og konfliktfylte. Til dømes kan pårørande i somme tilfeller ønskje behandling, trass i at behandlingsteamet vurderar det som nyttelaust og ikkje fagleg forsvarleg (Helsedirektoratet, 2013, s. 21). I slike situasjonar vil ikkje pasienten og pårørande sine interesser samanfalle. Dette kan medføre at sjukepleiaren vert stilt ovanfor eit dilemma. I punkt 3.4 i dei yrkesetiske

retningslinjene for sjukepleiarar kjem det fram at dersom det oppstår interessekonflikt mellom pårørande og pasient, skal omsynet til pasienten prioriterast (NSF, 2019).

2.7 Førebyggjing av konflikt ved kommunikasjon

For å unngå at konflikt mellom pårørande og helsepersonell skal ha destruktive konsekvensar for pasienten, vert det sentralt at sjukepleiaren driv førebyggjande arbeid. Det er fleire måtar å gjere dette på, men uavhengig av øvrig strategi vert kommunikasjon eit sentralt verktøy. I si enklaste form kan kommunikasjon skildrast som ein kombinasjon av initiativ og respons mellom to eller fleire personar (Eide & Eide, 2017, s.31).

Kommunikasjon består i å lytte aktivt og oppfatte det komplekse samspelet mellom det verbale og det nonverbale, slik at ein oppfattar det som er sentralt for den andre. Å lytte aktivt tyder ikkje berre å vere open og lyttande, men å nytte eit breitt spekter av kommunikasjonsformer for å etablere god kontakt, skaffe naudsynt informasjon og vise at ein høyrer, ser og forstår (Eide & Eide, 2017, s.22). Konfrontasjon er ein føresetnad for kommunikasjon. Det inneberer å stå opent fram med sine interesser, ønskjer og behov og samtidig å invitere den andre parten til også å stå opent fram, slik at ein i fellesskap kan finne fram til gode løysingar (Eide & Eide, 2017, s.355-356).

I profesjonell kommunikasjon forhold ein seg til heilheita, og responderar på det sentrale den andre formidlar ut frå sin fagkunnskap. God kommunikasjon foregår i eit nyansert samspel (Eide & Eide, 2017, s.22). God profesjonell kommunikasjon på helse- og sosialfeltet har eit naturleg grunnlag i det relasjonelle, og er blant anna difor alltid personorientert. Det vil seie at ein ser den andre som ein *heil* person, med ibuande ressursar, verdiar, prioriteringar, ønskjer og mål. Personsentrert kommunikasjon har som føresetnad at ein lyttar aktivt, og utforskar det den andre parten opplever som verdifullt og viktig (Eide & Eide, 2017, s.16).

God kommunikasjon med pasient og pårørande er viktig for å forebyggje usikkerheit og ueinigheit. Mange pasientar og pårørande har lite kunnskap om livsforlengande behandling og kva biverknadar det kan ha. Vidare er nok kunnskapane om naturlege døyingsprosessar også avgrensa. Dette kan skape kommunikative utfordringar då helsepersonell har ein anna kunnskap og eit anna perspektiv på døden enn det pasienten og pårørande har. Informasjon

om desse temaa kan vere med på å minske angst og fremje idealet om velinformerte val og råderett over eige liv (Helsedirektoratet, 2013, s. 17).

Eit verktøy som kan bidra til å avklare kva som er viktig for den enkelte i tida fram mot livets slutfase er førebuande samtalar. Samtalane føregår mellom helsepersonell, pasient og eventuelt pårørende. Denne typen samtalar set krav til gode kommunikasjonsferdigheiter hjå helsepersonellet. Samtalar med pasient og pårørende om ønskjer for livets slutt bør finne stad før slutfasa inntreff, og før pasienten er så svekka at hen ikkje lenger er samtykkekompetent. Vidare er det avgjerande at pasienten har tillit og kjennskap til den som gjennomfører samtalen. Forventningsavklaringar knytta til framtidig behandlingssintensitet kan bidra til å redusere risiko for overbehandling i livets siste fase (Meld. St. 24 (2019–2020), s.29).

2.8 Travelbee om kommunikasjon

Sjukepleieteoretikaren Joyce Travelbee formulerte ein teori som fokuserar på sjukepleiefaget sin mellommenneskelege dimensjon. Teorien sine mest sentrale element er mennesket som individ, lidelse, mening, menneske-til-menneske-forhold og kommunikasjon (Kirkevold, 1998, s.113-114). I følgje Travelbee er kommunikasjon eit av dei viktigaste verktøya sjukepleiaren har. Ho skildrar kommunikasjon som ein prosess der ein delar tankar og kjensler. Travelbee skildra vidare at sjukepleiaren må bruke seg sjølv terapeutisk ved interaksjon og kommunikasjon, for å opprette et menneske-til-menneske-forhold. Ho meinte at kommunikasjon er eit sentralt verkemiddel for å oppnå forandring i sjukepleiesituasjonar (Kirkevold, 1998, s. 119-121).

Travelbee sin teori tek ikkje spesifikt for seg kommunikasjon i kontekst av konflikt eller palliasjon, men ho viser til at kommunikasjon er ein føresetnad for å kunne oppnå det ho meinte var sjukepleia sitt formål. Travelbee meinte nemleg at hensikta med sjukepleie var å hjelpe pasienten og deira pårørende til å mestre sjukdom og lidelse, og å finne mening i dei erfaringane (Kirkevold, 1998, s. 118-119). På den måten kan ein seie at Travelbee sin teori om kommunikasjon som metode kan brukast for å førebygge konflikt i den palliative fasa.

3.0 Metode

Metode er den systematiske framgangsmåten ein nyttar for å samle informasjon og kunnskap når ein skal belyse ei problemstilling (Thidemann, 2020, s. 74). Denne bacheloroppgåva har litteraturstudie som metode.

3.1 Litteraturstudie som metode

Ei litteraturstudie har til hensikt å systematisere kunnskap frå skriftlege kjelder. I ei slik studie tek ein for seg sekundærdata, altså data som er samla inn av andre. Vanlege kjelder til slik data er til dømes bøker, tidsskrift og databasar. Systematisering av kunnskap inneber å samle inn litteratur, foreta ein kritisk gjennomgang og til slutt samanfatte det heile (Thidemann, 2020, s.75-77). Hensikta med ei litteraturstudie er å gi lesaren ei oppdatert og god forståing av kunnskapen på det aktuelle området, og vidare gi ei skildring av korleis ein har kome fram til denne kunnskapen (Thidemann, 2020, s. 78).

3.2 Søkeprosess

I oppstartsfasa av arbeidet med bacheloroppgåva vart det gjort eit innleiande litteratursøk, for å få oversikt over omfanget av litteratur og forskning som omhandlar den valde problematikken. På dette tidspunktet vart det gjort søk i UpToDate og BMJ Best Practice. Resultata frå desse søka ga indikasjon på at det var aktuelt å utforske problemstillinga vidare.

3.2.1 PICO/PIO og MeSH

For å operasjonalisere problemstillinga, og gjere den presis og søkbar vart rammeverket PICO tatt i bruk. PICO har til hensikt å gjere det aktuelle spørsmålet meir fokusert og presist, og klargjere kva som bør inkluderast og ekskluderast. Vidare er PICO eit nyttig verktøy for å identifisere søkeord, og organisere desse slik at ein lettare kan foreta strukturerte søk i databasar (Thidemann, 2020, s.82). PICO står for: P for Population, I for Intervention, C for Comparison og O for Outcome (Thidemann, 2020, s.83). Det fins ulike variantar av PICO som er tilpassa ulike problemstillingar. I denne litteraturstudia vart det grunna problemstillinga sin natur mest aktuelt å nytte eit PIO-skjema. C (comparison) er dermed ekskludert då problemstillinga ikkje stiller krav til å samanlikne intervensjonen med eit anna tiltak. Vidare er kontekst sett i fokus. PIO-skjemaet er vedlagt (Vedlegg 1, s.29).

For å finne engelske søkeord av god kvalitet vart terminologibasen Mesh tatt i bruk. MeSH er eit verktøy som gir ei oversikt over medisinske og helsefaglege termar på norsk og engelsk (Helsebiblioteket, 2022). Eigne engelske oversettelsar vart også tekne i bruk, då ikkje alle MeSH-termene ga like gode resultat.

3.2.2 Inklusjon og eksklusjonskriterium

For å finne svar på den valde problemstillinga vart det sentralt å finne forskingsartiklar som tok for seg utfordringar knytt til behandlingsavgrensing i palliativ og/eller terminal fase. Vidare var det sentralt at artiklane sette fokus på sjukepleiaren sin kommunikasjon med pårørande, og den førebyggjande effekta god kommunikasjon kan ha på konflikt. I det innleiande søket som vart gjort i oppstartsfasa vart det tydeleg at ikkje alle treffa var like aktuelle, trass i relativt gode søkeord. For å tydeleggjere litteratursøket og avgrense mengda litteratur vart det difor definert ei rekkje inklusjons og eksklusjonskriterium. Slike kriterium er med på å gjere søket meir hensiktsmessig (Thidemann, 2020, s.83). Desse kriteria er skildra i ein vedlagt overiskstabel (Vedlegg 2, s.30).

3.2.3 Databasar

Som nemnt vart det gjennomført innleiande søk i UpToDate og BMJ Best Practice. Dette er kjelder til oppsummert forskning innan helse (Helsebiblioteket, u.å.). Det vart vidare gjort søk i Epistemonikos, CINAHL og PubMed (Medline). Etter fullført søk vart det valt fem artiklar, tre frå CINAHL og ein kvar frå Epistemonikos og PubMed.

3.2.4 Litteratursøk

Etter å ha valgt databasar og strukturert dei ulike søkeorda ved hjelp av PIO-skjemaet vart det gjennomført strukturerte søk. Alle søka vart gjennomført med utelukkande engelske søkeord for å få fleire relevante resultat. Søkeprosessen bestod av søk på enkeltord med boolske operatorar som bindeord. Dei vanlegaste boolske operatorane er AND, OR og NOT (Thidemann, 2020, s.87). AND vart brukt for å kople saman søkeord frå dei ulike kolonnene i PIO-skjemaet, medan OR vart brukt for å inkludere synonym til ord innad i same kolonne. NOT vart etterkvart tatt i bruk for å ekskludere enkelte uønska resultat for å minske mengda litteratur og gjere treffa meir relevant.

Søkehistorikken er skildra i ein vedlagt oversiktstabell (Vedlegg 3, s.31). Her kjem det fram i kva databasar søka er gjort, samt dato for søk. Vidare er det skildra kva søkeord, kombinasjon og boolske operatorar som er brukt. Det er også oppgitt talet på treff for kvart enkelt søk, og talet på leste abstract, talet på artiklar som vart lest i fulltekst, samt talet på valde artiklar. Det er også tatt i bruk eit flytdiagram for å synleggjere utvelgingsprosessen (Vedlegg 5, s.36).

3.3 Kritisk vurdering av kjelder

Kritisk vurdering av kjelder er ein av grunnpilarane i kunnskapsbasert praksis, og er heilt avgjerande for at helsepersonell skal kunne drive forsvarleg praksis (Helsebiblioteket, 2021). Det er sentralt å kvalitetsvurdere all forskning før ein trekk den inn i si praksisutøving, like sentralt er det å vere kritisk til andre former for kjelder.

I denne oppgåva er det tatt i bruk ulike fagkjelder. Noko av det er pensum frå studiet, medan noko er anna fagleg relevant litteratur. Vidare er det også tatt i bruk litteratur frå diverse helsefaglege plattformer, som eg har vurdert som pålitelege. Alle kjelde derifrå er produsert av fagfolk, med eit ønskje om å gjere informasjon lettare tilgjengeleg for helsepersonell og befolkninga elles. Det er også teke i bruk rapportar, retningslinjer og statistikk i teoridelen. Desse stammar frå statlege myndigheiter. Der i blant helse- og omsorgsdepartementet, som har eit overordna ansvar for helselatert informasjon i samfunnet. Desse kjeldene vurderar eg difor til å vere pålitelege og av høg kvalitet.

Kritisk vurdering av forskning er som nemnt svært viktig. Trass i at dei valde artiklane er publiserte i velrenommerte databasar, er det altså sentralt å gjere ei eiga vurdering av resultata, gyldigheita, den metodiske kvaliteten og overførbarheita til kvar enkelt artikkel (Helsebiblioteket, 2018). Det er utforma eigne sjekklister for kritisk kvalitetsvurdering av vitenskaplege artiklar med ulike forskingsdesign (Thidemann, 2020 s.91). Eg har valgt å ta i bruk dei sjekklistene som ligg offentleg tilgjengeleg på Helsebiblioteket.no (2021). Desse bekrefta mi vurdering av at dei valde studiene er av god kvalitet.

3.4 Analyse og syntese

I ei litteraturstudie er det sentralt å gå systematisk og analytisk til verks. Å analysere ei tekst har til hensikt å få klarheit i kva teksta fortel. Vidare må ei tolking ligge til grunn for å forstå

innhaldet (Thidemann, 2020, s. 92). Eg starta mitt analysearbeid med fleire grundige gjennomlesingar av dei enkelte artiklane. Neste steg vart å systematisere innhaldet i ei litteraturmatrise. Ei litteraturmatrise er eit hjelpemiddel der studiane vert samanstillt og viktig informasjon frå kvar artikkel vert notert. Dette skapar god oversikt over kva som er hovudelementa i kvar studie, og gjer det lettare å sjå alle elementa samla (Thidemann, 2020, s. 95). Litteraturmatrisa er vedlagt (Vedlegg 4, s.34).

3.5 Etiske vurderingar

Ei litteraturstudie baserar seg som nemnt på andre si forskning. Ei eiga vurdering av den forskinga sine etiske aspekt vert difor sentralt. Grunna problemstillinga sin natur fordra denne oppgåva forskning på menneske i ein sårbar situasjon. Her vert det sentralt å måle belastning opp mot nytteverdi. På dette området gjer Helsinkideklarasjonen seg aktuell, der omsynet til særleg sårbare grupper står sterkt. Helsinkideklarasjonen har som mål å verne om sårbare grupper og individ. Likevel vert det opna opp for forskning på desse, med årsak i at mangel på relevant kunnskap skapar usikkerheit rundt behandling og utsett desse individa for risiko. Forsking er dermed ei nødvendighet også for gamle og døyande (FEK, 2014).

Dei valde artiklane gjer generelt godt greie for sine etiske vurderingar, og somme av dei er godkjende av nøytrale etiske komitéar. Eg har likevel valgt å gjere ei eiga etisk vurdering med utgangspunkt i ei sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning utforma av den regionale komitéen for medisin og helsefagleg forskingsetikk (FEK, 2019). Samtlege av dei valde artiklane møter fleire av kriteriana som er sett i denne sjekklista og vert blant anna difor heilheiteleg vurdert til å vere etisk forsvarlege.

4.0 Resultat

Etter ei innleiande undersøking av tilgjengeleg forskning på den valde tematikken, vart det tydeleg at det var studiar av ein kvalitativ natur som vart mest aktuelt å sjå nærare på. Det vart plukka ut fem studiar, ei systematisk oversikt og fire kvalitative enkeltstudiar. I denne delen av oppgåva vil dei relevante resultatata frå dei valde artiklane verte tematisk presentert.

4.1 Roller og tverrfagleg samarbeid

Resultat frå ei studie gjort av Nedjat Haiem et al., (2016), viser at det mellom ulike

profesjonar i helse- og omsorgssektoren er semje rundt at legar har ei svært sentral rolle i “end-of-life”- (EOL) kommunikasjon, særleg med tanke på å initiere samtalane. Legane har også som hovudoppgåve å gi medisinsk informasjon og å opplyse om prognose. Vidare oppga majoriteten (65%) av sjukepleiarane at dei også følte eigarskap over delar av dette ansvaret.

Sjukepleiarane som deltok i studia la vekt på at deira rolle i EOL-kommunikasjon med pasientar og pårørande i hovudsak dreia seg om å skape klarheit i medisinsk informasjon gitt av legane. Vidare var det å vise støtte og omsorg når det vart gitt dårlege nyheiter sentralt. Gjennom studia kjem det fram at sjukepleiarrolla også består av å skape forståing rundt behandlingsplanar, sørge for psykososial støtte og å delta i avgjersler. Studia viser også til at sjukepleiaren har ein koordinerande funksjon i det tverrfaglege samarbeidet (Nedjat Haiem et al., 2016, s.311). Resultata i Anderson et al., (2019) si systematiske oversikt støttar desse funna, og legg vidare vekt på sjukepleiaren si sentrale rolle i å kommunisere med pasientar og pårørande på eit meir personleg og individualisert nivå (Anderson et al., 2019, s.937).

Team-medledelse vart identifisert som eit viktig aspekt ved EOL-kommunikasjon. Resultata frå studia til Nedjat Haiem et al., (2016) viser at å arbeide i team er essensielt for kommunikasjon då det oppfordrar til dialog på tvers av fagfelt. Studia viser til stor semje rundt at eit tverrfagleg samarbeid er nyttig for å sette fokus på pasienten sine preferansar og val knytt til omsorg ved livets slutt (Nedjat Haiem et al., 2016, s.314-315).

4.2 Kommunikasjon, deltaking og utfordringar

Gjerberg et al., (2015), ønska i si studie å sjå nærare på sjukeheimspasientar og deira pårørande sine erfaringar med og perspektiv på EOL-samtalar, informasjon og medverknad i avgjersler. Studia viste at veldig få pasientar og pårørande hadde delteke i samtalar med sjukeheimspersonalet der preferansar og ønskjer knytt til EOL-omsorg var tema. Somme pasientar ønska å snakke om dette, medan andre var motvillige eller likegyldige til slike samtalar. Samtidig som det store fleirtalet av pasientane ønskte å bli høyrte i diskusjonar om si medisinske behandling, ville mange pasientar overlate avgjerslene til helsepersonell. Vidare hadde dei færreste av pasientane diskutert sine preferansar knytt til EOL-behandling og omsorg med sine pårørande. Dei hadde heller ikkje diskutert kva rolle dei pårørande skulle ha i avgjersleprosessen dersom pasienten skulle bli alvorleg sjuk og ikkje lenger kunne

ta egne avgjersler (Gjerberg et al., 2015, s.6-8).

I likheit med pasientane hadde veldig få pårørande delteke i samtalar om pasienten sine preferansar knytt til EOL-omsorg og behandling. Dei fleste pårørande ga uttrykk for at dei ønskte å snakke om desse temaa, trass i at slike samtalar kanskje kan vere kjenslemessig utfordrande. Nokre pårørande oppga at personalet ikkje tok initiativ til dialog angående slike tema før pasienten si helse hadde forverra seg i alvorleg grad (Gjerberg et al., 2015, s.7).

Eit anna funn var at dei fleste pårørande i denne studia ønskte å vere involvert i avgjersler knytt til EOL-behandlinga, samtidig som dei stolte på personalet til å ta dei endelege avgjerslene. Når det kjem til avgjersler knytt til livsforlengande behandling, ønskte dei fleste pårørande å bli konsultert. Vidare la dei vekt på at dei hadde respekt for slutningane sin kompleksitet, og at det er helsepersonell som har kompetanse til å gjere dei beste avgjerslene på dette området. Vidare legg resultata fram at dei pårørande si innsikt i pasienten sine ønskjer varierte frå å i nokre få tilfelle å vere velinformert, til inga innsikt i det heile. Veldig få pårørande hadde snakka med pasienten om deira tankar og preferansar angående livsforlengande behandling. Likevel oppga mange pårørande at dei i kraft av å ha kjent pasienten over lang tid, hadde ein klar idé av den døyande sine preferansar (Gjerberg et al., 2015, s.8-9).

Ei utfordring identifisert av Anderson et al., (2019) handla om korleis helsepersonell kunne finne balansen mellom å uttrykke seg ærleg og tydeleg, og samstundes bevare ei omsorgsfull framtoning. Helsepersonell skildra eit behov for å vere direkte og bruke enkelt språk for å skape forståing hjå dei pårørande, ikkje minst for å unngå og gi falskt håp. Dette vart løfta fram som sentralt i forhold til å bevare ein god relasjon med dei pårørande. Trass i dette oppgav somme pårørande at dei hadde problem med å forstå informasjonen dei vart gitt grunna teknisk eller tvetydig språk. Dette medførte at fleire pårørande følte at helsepersonell hadde gitt dei falskt håp (Anderson et al., 2019, s.936).

I si studie identifiserte Hopeck (2017) at ei anna stor utfordring er misforståingar rundt føremålet med den behandlinga pasienten får. Eit uttrykk som i denne samanhengen gjentok seg og som skapte mykje forvirring var, "do everything". Bruken av denne frasa vart nemnt av

30 ulike deltakarar i studia, og det vart forklart at dette er noko pårørande eller pasienten sjølv ofte kan be om utan å eigentleg forstå betydninga det vil ha for behandlinga og pasienten. Semantisk vert det motsette av å gjere alt, å gjere ingenting. Nokre av dei pårørande som deltok antyda at dei såg på palliativ omsorg som synonymt med å gjere ingenting, eller å la pasienten døy. Det vart framheva at det vert helsepersonellet si oppgåve å formidle til dei pårørande at for ein terminal pasient vil døden på eit tidspunkt ikkje lenger vere uønska (Hopeck, 2017, s.1279-1281).

Både Gjerberg et al., (2015) og Groebe et al., (2019) fann gjennom sine studiar at det kan vere ei utfordring å finne det rette tidspunktet for å initiere EOL-samtalar. Gjerberg et al. (2015) fann at dei pårørande ønskte at personalet skulle initiere slike samtalar, men la vekt på at tidspunktet for ein slik samtale måtte vere "rett". Angående kva som er "rett" tidspunkt for denne typen samtalar hadde dei pårørande svært varierte synspunkt. Somme pårørande opplevde overgangen til sjukeheim som emosjonelt vanskeleg, og meinte difor det ikkje var ønskeleg å skulle ha ein samtale om EOL-omsorg ved innkømt. Andre pårørande hevda at slike samtalar burde takast så snart som råd, då dei frykta at å utsette det kan ha negative konsekvensar for pasienten dersom hen skulle gjennomgå ei hurtig forverring (Gjerberg et al., 2015, s.7). Også fleire deltakarar i studia til Groebe et al. (2019) oppga at dei opplevde det som ugunstig at slike samtalar ofte vart gjort når pasienten var nær døden, då pasienten var for redusert til å delta og pårørande allereie var i sorg (Groebe et al., 2019, s.699-701).

4.3 Kommunikative teknikkar og strategiar

Groebe et al. (2019) utforska ulike tilnærmingar til korleis ein kan initiere samtalar om EOL-omsorg og behandling. Dei viser til at ein måte å gjere det på er å implementere samtalar i eksisterande strukturar, og å bruke lavterskel inngangar til dialog. Med dette er det meint at tema som gjerne naturleg vil dukke opp i vanlege samtalar, som til dømes historier frå livet eller spørsmål om sjukdom eller døden, kan fungere som inngangar til EOL-samtalar. Vidare vert det framheva at individualiserte tilnærmingar er å føretrekke. Bruken av standardiserte verktøy for å byrje slike samtalar vart også utforska. Desse vart i hovudsak vurdert til å vere i strid med helsepersonellet sine profesjonelle haldningar til EOL-omsorg, grunna frykt for at standardiseringa ville gå på bekostning av personsentrert omsorg (Groebe et al., 2019, s.701-703).

I møte med kommunikative utfordringar treng ein gode teknikkar og strategiar. Anderson et al. (2019) har gitt ei systematisk oversikt over ulike tilnærmingar. Ein strategi for å hjelpe dei pårørande med å forstå pasienten sin situasjon kan vere å vise til forverringa i helsetilstanden til vedkomande. Dette kan vere med på å skape forståing rundt at vidare kurativ behandling vil vere nyttelaust og at pasienten nærmar seg livets slutt. Vidare vert det lagt vekt på palliasjon, og å vere tilstades for pasienten og dei pårørande til det siste (Anderson et al., 2019, s.935-936).

Ein annan strategi er å gi individuelt tilpassa kommunikasjon til dei enkelte pårørande. Her vert helsepersonellet nøydd til å gjere ei vurdering av kva dei ulike pårørande vil kome til å forstå, og vidare også deira vilje til å diskutere døden. Dette kan gjerast ved å stille spørsmål, og evaluere den verbale og non-verbale responsen. Ein annan teknikk kan vere å repetere informasjon. Dette kan gjerast innad i same samtale, eller ved å gjenta informasjon i fleire samtalar. Dette vil vere med på å sikre at dei pårørande får med seg viktig informasjon, som er ein sentral føresetnad for deira forståing av situasjonen (Anderson et al., 2019, s.936).

Vidare viser Anderson et al. (2019) til det dei kallar "pacing and staging of information". Dette inneberer å gi tid til å la informasjonen synke inn hjå dei pårørande, og å vere bevisst på å fordele informasjonen over fleire samtalar. Vidare viser dei til at det kan vere gunstig å utsette å gi noko informasjon til dess ein vurderar dei pårørande som klar til å ta den inn, eller til at ein har sikra at dei har tilstrekkeleg med støtte rundt seg. Sistnemnde vil ikkje alltid vere mogeleg, særleg ikkje dersom pasienten har gjennomgått ei brå forverring (Anderson et al., 2019, s.936). Vidare fann Groebe et al. (2019) gjennom si studie at det var sentralt at den profesjonelle var open, forsiktig og støttande (Groebe et al., 2019, s.701).

5.0 Diskusjon

5.1 Resultatdiskusjon

I Noreg er retten til ein verdig død lovforankra (Verdighetsgarantiforskrifta, 2010, §3). Som sjukepleiarar har vi eit særskilt ansvar for å sikre denne retten for våre pasientar. Når pasienten sin død ikkje lenger er til å unngå, vert det som Henderson skildra, sjukepleiaren si overordna oppgåve å beskytte pasienten mot tap av verdigheit og å sikre ein fredfull død (Kirkevold, 1998, s.100-106). I pasienten sin overgang til terminal fase vert

behandlingsavgrensing aktualisert. Her kan polariserte perspektiv hjå helsepersonell og pårørande vere grobotn for konflikt, som vidare kan vere til hinder for ein fredfull og verdig død. I punkt 3.4 i dei yrkesetiske retningslinjene for sjukepleiarar kjem det fram at dersom det oppstår interessekonflikt mellom pårørande og pasient, skal omsynet til pasienten prioriterast (NSF, 2019). Sjukepleiaren er altså forplikta til å prioritere pasienten sine interesser og sikre hen sine behov.

5.1.1 Roller og tverrfagleg samarbeid i EOL-kommunikasjon

Rundt den palliative pasienten vil ein finne eit tverrfagleg team. Tverrfagleg samarbeid er essensielt for kommunikasjon då det oppfordrar til dialog på tvers av fagfelt. Dette er med på å sette fokus på pasienten sine preferansar og val knytt til omsorg ved livets slutt. Dei ulike fagpersonane vil alle kome til å ha trening i kommunikasjon og koordinering av behandling, pleie og omsorg. Likevel viser forskning at det kan oppstå uklarheit rundt ansvarsområda til dei ulike profesjonane (Nedjat Haiem et al., 2016, s.314-315).

I Noreg er desse ansvarsområda langt på veg skildra i lovverk og retningslinjer. Det er blant anna ikkje tvil rundt at det er den behandlingsansvarlege legen som skal gjere dei endelege vurderingane knytt til behandlingsavgrensing (Meld. St. 24 (2019–2020), s.44). Andre delar av end-of-life kommunikasjon (EOL) og behandling kan derimot vere meir uklare også her til lands, men det er i helse- og omsorgssektoren stor semje rundt at både legar og sjukepleiarar har svært sentrale roller innan EOL-kommunikasjon (Nedjat Haiem et al., 2016, s.311) .

Legane har hovudansvaret for å initiere den første EOL-samtalen, gi medisinsk informasjon og å opplyse om prognose. Sjukepleiaren si rolle i EOL-kommunikasjon dreia seg om å skape klarheit i medisinsk informasjon gitt av legane, bidra til forståing rundt behandlingsplanar, sørge for psykososial støtte og å delta i avgjersler i samarbeid med legane. Sjukepleiaren har også ein koordinerande funksjon i det tverrfaglege samarbeidet, og står i ein unik posisjon i forhold til å kommunisere med pasientar og pårørande på eit meir personleg og individualisert nivå (Nedjat Haiem et al., 2016, s.311, Anderson et al., 2019, s.937). Denne posisjonen kjem også med eit særeige ansvar for å drive dialog med pasienten og deira pårørande. I Noreg er det tatt i bruk ein rammeplan for palliativ behandling. Denne vert kalla

Livets siste dagar (LSD). Planen kjem blant anna med avklaringar i forhold til roller og ansvarsområder for dei ulike profesjonane ein normalt vil finne rundt ein palliativ pasient (Helse Bergen, 2022).

5.1.2 Pasient- og pårørandeperspektivet

Det er ikkje berre helsepersonell som har ei rolle i ivaretaking av sjuke og døyande, også pårørande er ei svært viktig støtte for pasienten (Helsedirektoratet, 2017). Det å involvere den palliative pasienten og deira pårørande i EOL-samtalar og avgjersler har fått aukande fokus i nyare tid, særleg i vestlege land. Likevel er der lite tilgjengeleg kunnskap om pasient- og pårørandeperspektivet på deltaking og medverknad i slike behandlingsavgjersler. Gjerberg et al. (2015), ønska i si studie å sjå nærmare nettopp dette. Studia viste at veldig få pasientar og pårørande hadde delteke i samtalar med sjukeheimspersonalet der preferansar og ønskjer knytt til EOL-omsorg var tema. Dette trass i at det store fleirtalet av pasientane i studia ønskte å bli høyrte i diskusjonar om si medisinske behandling. Vidare hadde svært få av pasientane diskutert sine preferansar knytt til EOL-behandling med sine pårørande. Dei hadde heller ikkje diskutert kva rolle dei pårørande skulle ha i avgjersleprosessen dersom pasienten skulle bli alvorleg sjuk og ikkje lenger kunne ta eigne avgjersler (Gjerberg et al., 2015, s.6-8).

Her kan ein drage inn Travelbee sitt syn på sjukepleiefaget sin mellommenneskelege dimensjon i kontekst av kommunikasjon. Travelbee skildrar kommunikasjon som ein prosess der ein delar tankar og kjensler. Vidare skildrar ho at sjukepleiaren må bruke seg sjølv terapeutisk ved interaksjon og kommunikasjon, for å opprette eit menneske-til-menneske forhold. Ho meinte at kommunikasjon er eit sentralt verkemiddel for å oppnå forandring i sjukepleiesituasjonar (Kirkevold, 1998, s. 119-121). Med dette som bakgrunn kan ein seie at den mangelen på kommunikasjon mellom pårørande, pasient og helsepersonell som forkinga til Gjerberg et al. (2015) viser til er svært uheldig.

Gjerberg et al. (2015) fann at eit fleirtal av dei pårørande ønska å vere involvert i avgjersler knytt til EOL- og livsforlengande behandling. Vidare legg resultata fram at dei pårørande si innsikt i pasienten sine ønskjer varierte frå å i nokre få tilfelle å vere god, til å vere svært mangelfull (Gjerberg et al., 2015, s.8-9). Avgjersler knytt til behandlingsavgrensing er svært

komplekse, og det kan med moderne behandlings- moglegheiter vere sær utfordrande å vurdere kva som på sikt vil gagne pasienten. Å gjere slike vurderingar set krav til faglegheit og spesifikk kompetanse. Dette er kompetanse dei fleste pårørnde ikkje har føresetnadar for, og det vert difor helsepersonell si oppgåve å bidra til å skape forståing rundt pasienten sin situasjon.

5.1.3 Kommunikasjon ved livets slutt

For å hindre at konflikt mellom pårørnde og helsepersonell skal ha destruktive konsekvensar for pasienten, vert det avgjerande at sjukepleiaren driv førebyggjande arbeid. I følgje Travelbee vert kommunikasjon sentralt i dette arbeidet (Kirkevold, 1998, s. 119). Som nemnt tidlegare vil kunnskapsgapet mellom pårørnde og helsepersonell kunne vere med på å skape polariserte oppfatningar rundt pasientens behov i den terminale fasa. At dei pårørnde får informasjon om naturlege døyingsprosessar og palliativ behandling kan vere med på å førebyggje konflikt og sikre at pasienten får ei verdrig avslutting på livet.

Det kan vere ei utfordring å finne det rette tidspunktet for å initiere den første samtalen om livets slutfase og behandlingsavgrensing (Gjerberg et al., 2015, s.7, Groebe et al., 2019, s.699-701). Litteratur viser til at å introdusere slike tema tidleg kan vere hensiktsmessig. Blant anna fordi forventningsavklaringar knytta til framtidig behandlingsintensitet kan bidra til å redusere risiko for overbehandling i livets siste fase. Eit sentralt verktøy her vil vere såkalla førebuande samtalar. Denne typen samtalar kan også førebyggje usemje ved at det på eit tidleg tidspunkt vert formidla kunnskap, som skapar ei utvida forståing av kva som vert vurdert som pasienten sitt beste. Slik kan ein danne eit godt grunnlag for enigheit i den palliative og terminale fasa (Meld. St. 24 (2019–2020), s.29-30).

Forskinga tyder på si side at det blant pårørnde vil vere varierte oppfatningar i forhold til når slike samtalar først bør introduserast. Somme pårørnde kan foretrekke at slike samtalar vert tatt så snart som råd. Bakgrunnen for dette kan vere ei frykt for at å utsette det kan ha negative konsekvensar for pasienten dersom helsetilstanden brått skulle blir kritisk. Vidare vil det vere ugunstig at slike samtalar vert gjort når pasienten er nær døden, då ein som døyande ofte er for redusert til å delta og pårørnde allereie er i sorg. På den andre sida kan enkelte pårørnde oppleve overgangen til sjukeheim som vanskeleg. I slike tilfeller må ein

vurdere om det er gunstig å gjennomføre ein slik samtale allereie ved inkomstsamtalen (Gjerberg et al., 2015, s.7, Groebe et al., 2019, s.699-701).

Det å initiere til ein samtale om døden er sjeldan enkelt. Forskning viser til at det kan vere hensiktmessig å inkorporere slike samtalar i eksisterande strukturar i den anktuelle institusjonen, til dømes ved å innlemme dei i inkomssamtalen. Som nemnt over vil ikkje det vere like velkome hjå alle pårørande. Ei anna tilnærming kan vere å nytte seg av lavterskel inngangar. Dette kan til dømes vere spørsmål frå pasienten eller pårørande om sjukdom eller prognose. Denne tilnærminga kan vere aktuell for mange, men ein bør vere varsom i forhold til kva inngangar ein nyttar seg av, då både pasientar og pårørande oppgir at tidspunktet for slike samtalar er avgjerande for opplevelsen av dei (Gjerberg et al., 2015, s.7).

Individualiserte tilnærmingar vert også framheva (Groebe et al., 2019, s.702). Dette er i tråd med sjukepleieteoretikaren Joyce Travelbee sitt syn. I følgje Travelbee er kommunikasjon eit av dei viktigaste verkøya sjukepleiaren har, og at det er sentralt for å oppnå forandring i sjukepleiesituasjonar. Ho skildrar vidare at sjukepleiaren må bruke seg sjølv terapeutisk ved interaksjon og kommunikasjon, for å opprette et menneske-til-menneske-forhold (Kirkevold, 2009, s.119-121). Dette underbyggjer at profesjonell kommunikasjon i helsesektoren har eit naturleg grunnlag i det relasjonelle, og at den konsekvensielt også er personorientert. I personorientert kommunikasjonen ser ein den andre som ein heil person, med ibuande ressursar, verdiar, prioriteringar, ønkjer og mål. Denne typen kommunikasjon har som føresetnad at ein lyttar aktivt, og utforskar det den andre parten opplever som verdifullt og viktig (Eide & Eide, 2017, s.16). Forskning underbyggjer at desse eigenskapane også er avgjerande også for EOL-kommunikasjon (Groebe et al., 2019, s.701).

Å kommunisere med ein terminal pasient sine pårørande er komplekst, og det er mange utfordringar som kan oppstå, fleire av desse er knytt til språk. Ei utfordring for sjukepleiarar kan vere å finne balansen mellom å uttrykke seg tydeleg og å bevare ei omsorgsfull framtoning. Som helsepersonell har ein eit behov for å vere direkte, og å bruke eit enkelt språk for å skape forståing hjå dei pårørande og unngå å gi falskt håp. Trass i dette er det kjent at pårørande kan ha problem med å forstå informasjonen som vert gitt, ofte grunna nettopp teknisk eller tvetydig språk (Anderson et al., 2019, s.936). Det er sentralt at

sjukepleiaren er bevisst på dette i sin kommunikasjon, og at det vert gjort grep for å forbyggje det.

Ei anna stor utfordring er misforståingar rundt føremålet med den behandlinga pasienten får. Mange pårørande har lite kunnskap om livsforlengande behandling og kva biverknadar det kan ha. Pårørande sin kunnskap knytt til naturlege døyingsprosessar er truleg også nokså avgrensa (Helsedirektoratet, 2013, s.17). Dette kan vere noko av grunnen til at pårørande ofte kan be om at helsepersonell skal gjere alt dei kan for å holde pasienten i live, utan at dei eigentleg forstår konsekvensane av det. Semantisk vert det motsette av å gjere alt, å gjere ingenting. Forsking tyder på at somme pårørande kan tolke palliativ omsorg som synonymt med å gjere ingenting, eller å la pasienten døy. Dersom ei slik tolking føreligg vert det helsepersonellet si oppgåve å dele av sin kunnskap, og formidle til dei pårørande at for ein palliativ pasient vil døden på eit tidspunkt ikkje lenger vere uønska (Hopeck, 2017, s.1279-1281).

I møte med ulike kommunikative utfordringar treng ein gode teknikkar og strategiar. Ein strategi som er mykje brukt er å gi individuelt tilpassa kommunikasjon til dei enkelte pårørande. Her vert sjukepleiaren nøydd til å gjere ei vurdering av kva dei ulike pårørande vil komme til å forstå, og vidare også deira vilje til å gå i dialog. Dette kan gjerast ved å stille spørsmål, og evaluere den verbale og non-verbale responsen (Anderson et al., 2019, s.936). Her vert det sentralt å ikkje berre tilpasse kva informasjon som verdt gitt, men også korleis ein formulerar denne informasjonen. Ordvalet kan vere avgjerande for dei pårørande si forståing. Desse funna stemmer overeins med litteratur og tidlegare forskning (Eide & Eide, 2017, s.16).

Andersen et al. (2019) fann at ein annan nyttig teknikk kan vere å repetere informasjon. Dette kan gjerast innad i same samtale, eller ved å gjenta informasjon i fleire samtalar. Dette vil vere med på å sikre at dei pårørande får med seg viktig informasjon, som er ein sentral føresetnad for deira forståing av situasjonen. Ein annan strategi for å hjelpe pårørande med å forstå pasienten sin situasjon kan vere å vise til forverring i helsetilstanden til vedkomande. Pårørande har ofte god kjennskap til pasienten sin sjukdomshistorikk. Å vise til denne og trekke fram sentrale funksjonstap kan vere med på å gi innsikt i pasienten sin situasjon.

Vidare kan det vere med på undebyggje kvifor kurativ behandling vil vere nyttelaust, og hjelpe dei pårørnde til å forstå at pasienten nærmar seg slutten av livet (Anderson et al., 2019, s.935-936).

Andre sentrale aspekt å vere bevisst på i kommunikasjon ved livets slutt er korleis ein legg opp samtalen med tanke på å fordele informasjon. Informasjon knytt til palliasjon og livets siste fase kan vere vanskeleg å forstå og tungt å ta inn. Det vert difor sentralt å gi tid til å la informasjonen synke inn hjå dei pårørnde. Anderson et al. (2019) fann at det i somme tilfeller kan det vere gunstig å halde tilbake noko informasjon, og fordele den over fleire samtalar. Vidare kan det også i enkelte tilfeller vere aktuelt å utsette å gi dårlege nyheiter til dess ein vurderar dei pårørnde som klar til å ta dei inn, eller til at ein har sikra at dei har tilstrekkeleg med støtte rundt seg. Sistnemde vil ikkje alltid vere mogeleg, særleg ikkje dersom pasienten har gjennomgått ei brå forverring (Anderson et al., 2019, s.936).

Alle strategiane som er skildra over vil vere aktuelle for ein sjukepleiar å implimentere i sin kommunikasjon med terminale pasientar og deire pårørnde. Dei vil kunne bidra til forståing, og på den måten vere med på å forebyggje konflikt. Dette vil i sin tur skape eit godt utgangspunkt for at den terminale pasienten skal kunne få ein verdig og fredfull død. Dersom ein tek utgangspunkt i Henderson sin teori vil ein med det ha oppfylt det overordna ansvaret ein som sjukepleiar har ovanfor ein terminal pasient (Kirkevold, 1998, s. 100-106).

5.2 Metodediskusjon

I denne litteraturstudia har det vore anvendt ulike kjelder til forskning og fagkunnskap. Som det er skildra i metodedelen av oppgåva, er litteraturstudie ei metode som tek utgangspunkt i å anvende arbeid og forskning gjort av andre (Thidemann, 2020, s.75-77). Her vert kritisk vurdering avgjerande. Ei overordna kritisk vurdering av fagkjeldene er gjort i metodedelen av oppgåva. Det same gjeld forskningsartiklane, der det vart nytta sjekklister som ligg offentleg tilgjengeleg på Helsebiblioteket.no (2021).

Litteraturstudie som metode set krav til at ein må tolke forskingsartiklar. Det er sentralt å vere bevisst på at det i denne prosessen kan førekome fortolkingsfeil. Ei mogleg kjelde til fortolkingsfeil kan vere språk. Samtlege av dei inkluderte artiklane er utgitt på engelsk. Tre av

dei har dette som originalspråk, medan ein har opphav i Tyskland og ein i Noreg. For å anvende forskinga har eg oversett resultatata til norsk. Trass i at eg beherskar engelsk godt, vil eg trekke fram dette som ei mogleg kjelde til fortolkingsfeil.

Vidare er det sentralt å vere bevisst på at metoden som er anvendt, og val gjort undervegs, truleg har hatt innverknad på dei funna som er gjort. Døme her kan vere val av databasar, inklusjons- og eksklusjonskriterium og søkeord. Andre val på desse områda kunne gitt andre funn, samstundes har det strukturerte søket som vart gjort ført fram til relevant litteratur av høg kvalitet. Funna er også av nyare dato, grunna den tidsavgrensinga som vart sett. Dei ytre rammene i forhold til omfanget av oppgåva sette ei grense for kor mykje litteratur som kunne inkluderast. Dette opnar opp for moglegheita av at ikkje all relevant litteratur på området er komt med i denne litteraturstudia. Det er også viktig å vere bevisst på metodene anvendt i dei ulike forskingsartiklane. Som nemnt er desse kvalitetssikra ved hjelp av sjekklister.

6.0 Oppsummering

Hensikta med litteraturstudia var å belyse korleis sjukepleiaren kan bruke kommunikasjon til å førebyggje konflikt, og på den måten sikre ei verdig avslutting på livet for den eldre sjukeheimspasienten, trass i ueinigheiter mellom pårørande og helsepersonell knytt til behandlingsavgrensing i den palliative fasa.

Med utgangspunkt i forskning, litteratur og Travelbee sin sjukepleieteori kan ein fastslå at kommunikasjon vert eit sentralt verktøy i dette førebyggjande arbeidet. Det er ei rekkje utfordringar som kan oppstå i kommunikasjon med pårørande som er i ein sårbar posisjon der dei er i ferd med å miste ein som står dei nær. I møte med desse utfordringane er det avgjerande at sjukepleiaren har gode strategiar og teknikkar ho kan nytte seg av. Denne oppgåva har forsøkt å gjere greie for ulike tilnærmingar som kan vere til hjelp på dette området, og som på den måten vil vere med på å skape eit godt utgangspunkt for at den terminale pasienten skal kunne få ein verdig og fredfull død. Dersom ein tek utgangspunkt i Henderson sin teori vil ein med det ha oppfylt det overordna ansvaret ein som sjukepleiar har ovanfor ein terminal pasient.

Det er stort samsvar mellom litteratur og forskning på det palliative området. Likevel står kvaliteten og omfanget av den forskinga som fins om palliasjon i dag i kontrast til det raskt aukande behovet. Befolkninga vert eldre og det palliative behovet aukar. For å styrke kompetansa og kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene er det eit stort behov for meir og betre forskning innan palliasjon. I ein sjukepleiefagleg kontekst, bør vidare forskning blant anna fokusere på korleis ein kan nytte kommunikasjon for å førebyggje usemje mellom helsepersonell og pårørande i palliative settingar.

7.0 Referanseliste

- Alvsvåg, H. & Aaland, E. (2019). Profesjonsetikk i sjukepleie. Det norske samlaget.
- Anderson, R.J., Bloch, S., Armstrong, M., Stone, P.C. & Low J.T. (2019). Communication between healthcare professionals and relatives of patients approaching the end-of-life: A systematic review of qualitative evidence. *Palliative Medicine*.
<https://doi.org/10.1177/0269216319852007>
- Bævre, K. (2021, 8. juli). Forventet levealder i Norge. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/levealder/>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (FEK). (2014, 10, oktober). *Helsinkideklarasjonen*.
Forskningsetikk.no.
<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (FEK). (2019, 23, mai). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Forskningsetikk.no.
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner - personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Gjerberg, E. & Bjørdal, A. (2009) Hva er en god død i sykehjem?. Sykepleien forskning.
<https://sykepleien.no/forskning/2009/03/hva-er-en-god-dod-i-sykehjem>
- Gjerberg, E., Lillemoen, L., Førde, R. & Pedersen, R. (2015). End-of-life care communications and shared decision-making in Norwegian nursing homes--experiences and perspectives of patients and relatives. *BMC Geriatrics*.
<https://doi.org/10.1186/s12877-015-0096-y>
- Groebe, B., Rietz, C., Voltz, R. & Strupp. (2019). How to Talk About Attitudes Toward the End of Life: A Qualitative Study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*.
<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/1049909119836238>
- Haugstveit, F.V. & Otnes, B. (2020. 24. juni). Fire av fem eldre som dør, mottar omsorgstjenester i kommunen. Statistisksentralbyrå.
<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/fire-av-fem-eldre-som-dor-mottar-omsorgstjenester-i-kommunen>

- Helsebiblioteket, (2018, 11. desember). *Kritisk vurdering*. Helsebiblioteket.no.
https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskap_sbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering
- Helsebiblioteket, (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*. Helsebiblioteket.no
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *Sjekklist*. Helsebiblioteket.no.
https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskap_sbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklist
- Helsebiblioteket. (2022, oktober). *Medisinske og helsefaglige termer/MeSH på norsk og engelsk*. Helsebiblioteket.no.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/legemidler/legemiddelaktuelt/medisinske-og-helsefaglige-termer-mesh-pa-norsk-og-engelsk>
- Helsedirektoratet. (2013, 1. april). *Beslutningsprosesser ved begrenning av livsforlengende behandling*. Helsedirektoratet.no.
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/beslutningsprosesser-ved-begrensning-a-v-livsforlengende-behandling/norsk-versjon>
- Helsedirektoratet. (2017, 16. januar). *Pårørendeveileder*. Helsedirektoratet.no.
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/om-veilederen>
- Helsedirektoratet. (2018, 18. september). *Lindrende behandling i livets slutfase*.
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/innledning>
- Helse Bergen. (2022, 4. november). *Livets siste dager - plan for lindring i livets slutfase*. Helse Bergen.no.
<https://helse-bergen.no/kompetansesenter-i-lindrande-behandling/palliasjon-verktoy-for-helsepersonell/livets-siste-dagar-plan-for-lindring-i-livets-slutfase#registrering>
- Hopeck, P. (2017). Care Providers' Integration of Family Requests in End-of-life Communication: Understanding What to Do and Why to Do It. *Health Communication*. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1080/10410236.2017.1351273>
- Kaasa, S. & Loge, J.H. (2016). *Palliasjon - Nordisk lærebok* (3. utg). Gyldendal Akademisk.
- Kirkeveld, Marit. (1998). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering* (2. utg). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.A. (2017). *Grunnleggende sykepleie Bind 1*,

- Sykepleie fag og funksjon (3 utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lystad, Anne M. (2006). *Håndbok i konflikthåndtering* (2. utg.). Akribe.
- Meld. St. 24 (2019–2020). *Lindrende behandling og omsorg — Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20192020/id2700942/>
- Nedjat-Haiem, F.R., Carrion, I.V., Gonzalez, K., Ell, K., Thomson, B. & Mishara, S. (2016). Exploring Health Care Providers' Views About Initiating End-of-Life Care Communication. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*.
<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/1049909115627773>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Nsf.no.
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Slaaen, J., Røystrand, E., Gravidahl, E.K.N. & Engebriksen, E.S. (2016). *Begreper med tilknytning til palliasjon*. Norsk palliativ forening.
<https://palliativ.org/publikasjoner/begrep>
- Strand, B.H. (2022. 17. juni). Helse hos eldre i Norge. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/>
- Sønning, H.E. (2021, 17. august). *Palliasjon: Å tåle den andres lidelse krever trygghet, mot og kompetanse*. Sykepleien.no.
<https://sykepleien.no/fag/2021/06/palliasjon-tale-den-andres-lidelse-krever-trygghet-mot-og-kompetanse>
- Thidemann, Inger Johanne. (2020). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Verdighetsgarantiforskriften. (2010). Forskrift om en verdig eldreomsorg (FOR-2010-11-12-1426). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2010-11-12-1426>

8.0 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1: PIO-skjema

Problemstilling:

“Korleis kan sjukepleiaren ved bruk av kommunikasjon førebyggje konflikt med pårørande, når behandlingsavgrensing vert aktualisert i overgangen til terminal fase?”.

	P	I	O
Norske omgrep	Pårørande	Kommunikasjon	Forebygging av konflikt når behandlingsbegrensning vert aktualisert i palliativ fase
MeSH	Relatives Family	Communication	Conflict Passive/Negative Euthanasia Palliativ care
Tekstord	Relatives Next of kin Family	Communication	Conflict (prevention) Treatment restriction Palliativ care End-of-life care

8.2 Vedlegg 2: Oversiktstabell for inklusjons- og eksklusjonskriterium

Inklusjonskriterium:	Eksklusjonskriterium
Artiklar som er publisert mellom 2012-2022	Artiklar som vart publisert før 2012, som altså er eldre enn 10 år
Artiklar skrivne på engelsk, norsk, svensk eller dansk	Artiklar på alle andre språk
Forskinga må ha vore gjennomført i ein kultur som kan skildrast som vestleg, eller som normalt blir samanlikna med vestleg kultur	Forskning gjort i kulturar med vesentlege forskjellar frå vestleg kultur
Artiklane må ta for seg kommunikasjon og kommunikative utfordringar i den palliative eller terminale fasa	Alle andre tema
Artiklane må ta for seg eldre pasientar og deira pårørande	Artiklar som særskilt omhandlar pasientar eller pårørande under 18 år
Artiklane må ta for seg pasientar i sjukeheim eller institusjonar av liknande natur (t.d. Hospice)	Artiklar som omhandlar andre pasientgrupper

8.3 Vedlegg 3: Oversiktstabell for søkehistorikk

Database: Epistemonikos

Søkedato	Søk.nr	Søkeord og ordkombinasjonar	Avgrensningar	Treff	Leste abstract	Leste artiklar	Artiklar inkludert
11.12.22	1	Palliative care AND nurs* AND communication AND relatives OR next of kin OR family	År: 2012-2022	361	0	0	0
11.12.22	2	Palliative care AND nurs* AND communication AND relatives OR next of kin OR family AND nursing home*	År: 2012-2022	98	0	0	0
11.12.22	3	Palliative care OR end-of-life AND nurs* AND communication AND relatives OR next of kin OR family AND nursing home* NOT covid* NOT cancer*	År: 2012-2022	52	4	1	1

Database: Cinahl

Søkedato	Søk.nr	Søkeord og ordkombinasjonar	Avgrensningar	Treff	Leste abstract	Leste artiklar	Artiklar inkludert
12.12.22	1	Palliative care AND nurs* AND communication	2012-2023	2800	0	0	0
12.12.22	2	Palliative care AND nurs* AND communication AND relatives OR next of kin OR family	2012-2023	1498	0	0	0
12.12.22	3	Palliative care AND nurs* AND communication AND relatives OR next of kin OR family NOT oncology OR cancer NOT pediatric NOT intensive care* OR ICU	2012-2023	852	0	0	0
12.12.22	4	Palliative care AND nurs* AND communication AND relatives OR next of kin OR family NOT	2012-2023 Subject major heading: Communication	57	23	6	3

		oncology OR cancer NOT pediatric NOT intensive care* OR ICU					
--	--	---	--	--	--	--	--

Database: PubMed (Medline)

Søkedato	Søk.nr	Søkeord og ordkombinasjonar	Avgrensningar	Treff	Leste abstract	Leste artiklar	Artiklar inkludert
12.12.22	1	End-of-life care AND communication AND nursing homes	År: 2012-2022	313	0	0	0
12.12.22	2	End-of-life care AND communication AND shared decision-making AND nursing homes	År: 2012-2022	15	6	2	1

8.4 Vedlegg 4: Litteratormatrise

Tittel	Forfattarar Publisering sår Tidsskrift Land	Studie - type	Hensikt	Metode	Populasjon	Resultat
Communication between healthcare professionals and relatives of patients approaching the end-of-life: A systematic review of qualitative evidence.	Anderson, R.J., Bloch, S., Armstrong, M., Stone, P.C. & Low J.T. 2019. Palliative Medicine. England.	Systematisk oversikt av kvalitativ forsking.	Gjere ein gjennomgang av kvalitativ evidens vedrørende eigenskapar ved kommunikasjon om prognose og omsorg ved livets slutt mellom helsepersonell og pårørande til pasientar som nærmar seg slutten av livet.	Tematisk syntese.	Helsepersonell og pårørande til pasientar ved livets slutt.	Studia viser til at helsepersonell brukar ei rekkje metodar som kan bidra til effektiv kommunikasjon med pårørande ved livets slutt, og gir skildringar av dei ulike metodene.
Care Providers' Integration of Family Requests in End-of-life Communication: Understanding What to Do and Why to Do It.	Hopeck, P. 2017. Health Communication. USA.	Kvalitativ studie.	Hensikta med studia er å belyse helsepersonell og profesjonelle omsorgsgivarar sine erfaringar med pårørande til pasienter ved livets slutt. Studia set fokus på kommunikative utfordringar og korleis desse kan handterast.	Grounded Theory.	Helsepersonell og profesjonelle omsorgsgivarar med erfaring i EOL-kommunikasjon.	Studia gir innsyn i språkleg utfordringar som kan oppstå i EOL-kommunikasjon.
Exploring Health Care Providers' Views About Initiating	Nedjat-Haie m, F.R., Carrion, I.V., Gonzalez, K., Ell, K.,	Kvalitativ studie.	Studia har til hensikt å utforske perspektiva til legar,	Semi-strukturert intervju	Legar, sjukepleiarar, sosialarbeidarar og prestar som arbeidar	Resultata ga innsyn i tema som skildrar helsepersonell og omsorgsgivarar sine roller og

End-of-Life Care Communication.	Thomson, B. & Mishara, S. 2016. American Journal of Hospice and Palliative Medicine. USA.		sjukepleiarar, sosialarbeiderar og prestar ifht å involvere alvorleg sjuke pasientar og deira pårørande i kommunikasjon rundt palliativ omsorg og livets siste dagar.		med palliativ omsorg.	ansvarområde ifht å initiere kommunikasjon rundt livets slutfase med alvorleg sjuke pasientar og deira pårørande.
How to Talk About Attitudes Toward the End of Life: A Qualitative Study.	Groebe, B., Rietz, C., Voltz, R. & Strupp. 2019. American Journal of Hospice and Palliative Medicine. Tyskland.	Kvalitativ studie.	Denne studia har til hensikt å få innsikt i spesifikke krav og vilkår for kommunikasjon om livets slutt i ulike omsorgsmiljø.	Fokusgruppeintervju	Helsepersonell med erfaring innan palliasjon.	Studia viser til relevante anbefalingar til korleis ein kan nærme seg samtalar rundt livets slutfase. T.d. anbefalast det å ta seg tid, og å bruke lavterskelopningar for å diskutere problemstillingar rundt livets slutt. Studia løftar også fram at vidare forskning på området er naudsynt.
End-of-life care communications and shared decision-making in Norwegian nursing homes - experiences and perspectives of patients and relatives.	Gjerberg, E., Lillemoen, L., Førde, R. & Pedersen, R. 2015. BMC Geriatrics. Noreg.	Kvalitativ studie.	Hensikta med denne studia er å utforske sjukeheimspasientar og pårørande sine erfaringer med og perspektiv på omsorgssamtalar ved livets slutt, informasjon og delt slutningstaking.	Utforskende design med individuelle intervju og fokusgruppeintervju.	Sjukeheimspasientar i palliativ fase og deira pårørande	EOL-tema var i liten grad blitt snakka om verken mellom pasient og pårørande, eller pasient/pårørande og helsepersonell. Slik kommunikasjon var ønska frå alle partar.

8.5 Vedlegg 5: Flytdiagram

