



Høgskulen på Vestlandet

SYKHB3001 Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001-PRO1-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	22-02-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Slutt dato:	21-04-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB3001 1 PRO1 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	282
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7980
Engelsk tittel *:	Taking care of the patient's needs in the palliative phase in a nursing homes

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:	50
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

BACHELOROPPGAVE

Ivaretagelse av pasientens behov i palliativ
fase på sykehjem

Taking care of the patient's needs in the palliative phase in a nursing
homes

Kandidatnummer: 282

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap.

Institutt for helse og omsorgsvitenskap. Høgskolen på
Vestlandet, campus Haugesund.

Innleveringsdato 21.04.2021

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle
kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.*

Sammendrag

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier kommunisere på en måte som ivaretar pasientens behov i palliativ fase på sykehjem?

Bakgrunn: Det norske samfunnet vil mot år 2050 få en kraftig øking i antall eldre, omtalt som eldrebølgen. På bakgrunn av eldrebølgen kan en forutse et større behov for kommunikasjon med pasienter i palliativ fase på sykehjem. Kunnskap om hvordan en skal kommunisere for å ivareta pasienten best mulig blir derfor helt sentralt å sette seg inn i som profesjonsutøvende sykepleier.

Metode: Dette er en litteraturstudie, og litteratursøk ble utført i databasene CINAHL og MEDLINE. Et funn ble utført manuelt søk. Fire kvalitative forskningsartikler ble inkludert, samt en kvantitativ. Gjennom oppgaven er forskning, faglitteratur i form av pensumbøker, og selvvalgt litteratur inkludert for å belyse problemstillingen på best mulig måte.

Funn: Ved å ha fokus på å bygge tillit gjennom kommunikasjon til pasienter i palliativ fase på sykehjem og gi seg god tid, pasienten opplever verdighet. Å legge til rette for forhåndssamtaler basert på pasientens involvering ivaretas pasienten i palliativ fase på sykehjem på en god måte.

Resultat: God kommunikasjon som ivaretar pasienter i palliativ fase på sykehjem oppnås gjennom å skape tillit i en åpen dialog, tilpasse atmosfæren rundt pasienten, og hjelp av et godt pasient- og sykepleier-forhold. Sykepleieren kan være godt forberedt ved at hen tidlig i pasientens palliative forløp danner et grunnlag for god palliasjon ved ivaretagelse av kommunikasjon gjennom forhåndssamtaler, som tilrettelegger for selvbestemmelse og ha som er viktig for pasienten. Det styrker pasientens identitet, integritet, og verdighet. Å utøve ærlighet om pasientens helsetilstand, også gi informasjon direkte til pasientene medfører at pasienten føler seg verdsatt, og respektert. Sykepleieren må fremtre sensitiv og bekræftende i åpen dialog, og lytte til pasientens eksistensielle tanker. Hvordan sykepleieren fremstår for om pasienten i form av kroppsspråk og mimikk er helt avgjørende for hvordan pasienten føler seg verdsatt og ivaretatt gjennom kommunikasjon.

Abstrakt

Issue: How can a nurse communicate in a way that meets the patients' needs in the palliative phase in a nursing home?

Background: The Norwegian society will by the year of 2050 receive a considerable increase of elders, known as the "Age Wave". Due to the age wave, we can predict the need for competence in communication with elderly patients in nursing homes in the palliative phase. It's important to have knowledge about how to communicate to be able to preserve the patient in the best way possible.

Method: This thesis is a literature study. The searches have been done in the databases CINAHL and MEDLINE. Through a manual search there have also been verified findings. This thesis includes four qualitative research articles and one quantitative research article. Throughout this thesis the research is non-fiction in form of curriculum books, handpicked literature to shine light upon the research question in the most optimal way.

Results: By focus in building trust through communication with patients in the palliative phase in nursing homes, as well as having conversations about the patients' involvement in bodily care in advance, along with the nurse taking their time with the patient, helps the patient to keep their dignity and self-worth throughout the processes.

Summary: Good communication is used to take care of patients in the palliative phase to build trust through an open dialog, but in addition it can also be used to adopt the atmosphere around the patients, this builds an excellent nurse-to-patient relationship. To prepare early in patients palliative course constructs an exceptional foundation for great palliation, through communication in advance of any procedures. The nurse has to facilitate for self-rule to promote patients' identity, dignity, and integrity so that the patient feels comfortable. To be honest about the patients' health condition and give information directly to the patient makes the patient feel acknowledged and respected. The nurse must appear sensitive and affirmative in open dialog, in addition to listen to the patients' existential thoughts this promotes patients to feel safe. How the nurse appears in front of the patient in shape of body language and mimicry is absolutely crucial. This is detrimental so that patient feels appreciated and safeguarded.

Innholdsfortegnelse

1. Bakgrunn.....	1
1.1 Valg av tema	1
1.2 Relasjon til praksisfeltet	2
1.3 Sykehjem.....	2
1.4 Teori.....	2
1.4.2 Kommunikasjon	3
1.4.3 Palliativ omsorg.....	4
1.4.4 Forhåndssamtaler	5
1.5 Tidligere forskning	6
1.6 Lovverk.....	6
1.7 Avgrensning og presisering av problemstillingen	7
1.8 Presentasjon av problemstilling	7
2 Metode	8
2.1 Litteraturstudie.....	8
2.2 Kvantitativ og kvalitativ metode	8
2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	8
2.4 Søkehistorikk	9
Tabell 2- søkematrise CHINAL 15.12.20	10
Tabell 3- Søkematrise CHINAL 14.12.20.....	11
Tabell 4: Søkematrise MEDLINE EBSCO 01.03.21	11
Tabell 5: Søkematrise MEDLINE EBSCO 08.03.21	12
2.5 Funnmatrise for inkluderte artikler.....	13
2.6 Ethiske vurderinger.....	15
2.7 Kildekritikk og analyse	15
3. Funn	17
3.1 Å bygge tillit gjennom åpen dialog	17
3.2 Å gi seg god tid slik at pasienten opplever verdighet.....	17
3.3 Å legge til rette for forhåndssamtaler basert på pasientens involvering	18
4. Drøfting.....	20
4.1 Å bygge tillit gjennom åpen dialog	20
4.2 Å gi god tid slik at pasienten opplever verdighet.....	22
4.3 Å legge til rette for forhåndssamtaler basert på pasientens involvering	25
5. Avslutning og implikasjoner for praksis	27
6. Referanseliste.....	29
Vedlegg:	35
1. Eksempel på kritisk vurdering av kvalitativ studie ved bruk av sjekkliste	35
2. Eksempel på innledende spørsmål ved forhåndssamtaler.....	37

Liste over inkluderte tabeller og vedlegg

- Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier. s. 9
 - Tabell 2: Søkematrise søk i CINAHL 15.12.20. s. 10
 - Tabell 3: Søkematriksen søk CINAHL 14.12.20. s. 11
 - Tabell 4: Søkematriksen søk i MEDLINE EBSCO 01.03.21. s. 11
 - Tabell 5: Søkematrise søk MEDLINE EBSCO 08.03.21. s. 12
 - Tabell 6: Funnmatrikse for inkluderte artikler. s. 13-14
-
- Vedlegg 1: Kritisk vurdering av studie ved bruk av sjekklister. s. 35-36
 - Vedlegg 2: Eksempel på innledende spørsmål ved forhåndssamtaler. s. 37-40

1. Bakgrunn

1.1 Valg av tema

Pasienter i en palliativ fase har ofte et sammensatt hjelpebehov, og omhandler mye mer enn kun medisinsk oppfølging (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 9-14). Helse- og omsorgsdepartementet sier at palliativ behandling handler om å gi god symptomlindring til pasienter med uhelbredelig sykdom. Tilbudet om palliativ behandling skal tilrettelegges slik at pasienten blir hørt, forstått og inkludert (2019). For å sikre at pasienten får god omsorg er det sentralt at den palliative omsorgen opprettholder målsettingen som behandling. Ettersom opprettholdelse av hva som er god omsorg er subjektiv er det sentralt at dette kartlegges via kommunikasjon med pasienten. Som sykepleier er det å ha gode ferdigheter innenfor kommunikasjon svært viktig (Helsedirektoratet, 2019, s. 18-21). Det å kunne møte pasienter med uhelbredelig sykdom utfordrer kompetansen til helsepersonell innenfor kommunikasjon (Stendal, 2018). Gjennom et profesjonelt møte med pasienter i den palliative fasen ved hjelp kommunikasjon, kan en fremme en relasjon, som kan gjøre det lettere å møte pasienten i «her og nå»-situasjonen (Stendal, 2018).

På samfunnsnivå er det sentralt at den grunnleggende kompetansen innenfor kommunikasjon finnes i en yrkesprofesjon som sykepleier (NOU 2017: 16, s. 11). Ifølge Statistisk sentralbyrå (2019) vil samfunnet fram mot år 2050 få en betraktelig økning i antall eldre, omtalt som eldrebølgen. Ettersom omsorgstjenesten er forbeholdt de eldste i befolkningen, kan det på bakgrunn av dette forutses at det blir økt behov for kommunikasjon og gi palliativ omsorg til pasienter på sykehjem i fremtiden. Eldrebølgen kan ramme helsetjenesten fordi en økning i antall eldre vil ha behov for å bli ivaretatt (SSB, 2019). Kan det da konkluderes med at det er et stort behov for sykepleiere som har kunnskaper i å kommunisere og gi palliativ omsorg til pasienter på sykehjem? Eide og Eide (2017, s 26) skriver at en i yrkesrollen som sykepleier er forpliktet å utøve juridisk standard og yrkesetiske normer og verdier. Rollen som sykepleier innebærer forventinger i samfunnet om at sykepleieren har kunnskaper, ferdigheter og gode holdninger med stor betydning for kommunikasjonsferdighetene.

1.2 Relasjon til praksisfeltet

Etter å ha møtt pasienter i palliativ fase i utdanningsforløpet, og på arbeidsted, har jeg opplevd at det kan være utfordrende å kommunisere med i palliativ som dermed gjør ivaretagelsen utfordrende. Jeg har erfart at å kunne fremme pasientens ønsker ved hjelp av kommunikasjon er utfordrende. Å ivareta pasienten på en tillitsfull, trygg og god måte i forhold til pasientens ønsker er ikke alltid like enkelt å få til. En frykt for å uttrykke meg feil, si noe upassende eller krenkende er noe jeg ser på som utfordrende i veien som nyutdannet sykepleier.

1.3 Sykehjem

Sykehjem er en helsetjeneste på en institusjon som gir pasienter heldøgns opphold, behandling og pleie. Pasientene skal få dekket sine grunnleggende behov her. Målet for omsorgen er å kunne utøve faglig kompetanse, individuelt tilpasset pleie og omsorg, korrekt medisinsk oppfølging, samt et godt sted å bo (Hauge, 2018, s. 269). Sykdom og aldersutviklingen er ofte kommet så langt for pasientene, at pasientene avslutter livet fredfullt på institusjonen (NHI, 2018). På sykehjem har sykepleieren en sentral rolle i å sikre kvaliteten på tjenestebehovet. En positiv side ved å bo på sykehjem i livets siste fase, er at sykepleier- og pasient-forholdet kan fremme trygghet, ettersom det er en viss kontinuitet av personalet (Hauge, 2018, s. 273-277). Sykepleieren skaper en helhetlig atmosfære på sykehjemmet, et miljø hvor pasienten kan danne gode stunder i livets siste fase. For enkelte pasienter er nære og fortrolige relasjoner helt sentralt for at pasienten skal føle seg ivarettatt (NHI,2018)

1.4 Teori

Joyce Travelbee (2003, s. 29-35) la vekt på sykepleiefaget som en mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleieren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og finne en mening med erfaringene. I Sykepleieteorien legges det vekt på at sykepleieren skal ha en forståelse for hva som foregår mellom sykepleier og pasient, hvordan møtet oppleves og hvilke konsekvenser dette møtet har mellom partene. Kjennetegn ved den profesjonelle sykepleierens syn på er sykepleierens menneskesyn, et pasient-sykepleier-forholdet, lidelse,

håp, mening, kommunikasjon og metoder (Travelbee, 2003, s. 32). Å kunne bruke seg selv er kjennetegnet på profesjonell sykepleier (Travelbee, 2003, s. 29-35). Travelbee (2003, s. 29-35) beskrev et menneske-til-menneske-forhold som en prosess og et hjelpemiddel, for å imøtekomme den enkeltes behov for sykepleie. Det viktigste gjennom denne relasjonen er at individets, og samfunnets sykepleiebehov blir ivaretatt.

Travelbee (1999, s. 137) hevdet at kommunikasjon er en del av et menneske-til-menneske-forhold. Kommunikasjon er et hjelpemiddel som har en stor innvirkning på graden av menneskelig nærhet. Det å ha god kunnskap om kommunikasjon kan brukes til å komme nærmere mennesker, og til å hjelpe. Kommunikasjon kan skje verbalt, samt nonverbalt. Ved bruk av kommunikasjon får sykepleieren en mulighet til å bli kjent med pasienten, og oppnå forståelse for pasientens behov, samt hvordan behovene kan ivaretas. Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er en prosess, der de observerer hverandre og utveksler følelser, tanker og holdninger. Å bruke kommunikasjon for å hjelpe pasienter krever selvinnsikt, innsikt i menneskers dynamikk i handlinger, engasjement og evne til å tolke egne og andres handlinger (1999).

1.4.2 Kommunikasjon

Kommunikasjon betyr å formidle en mening, og utveksle signaler av forskjellige former til hverandre (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 241). Å ha gode ferdigheter innenfor kommunikasjon er med på å forstå pasienten, danne en relasjon, gi bedre støtte, ta gode beslutninger og styrke følelsen av trygghet (Eide & Eide, 2017, s. 39). Relasjon betyr å føre tilbake, som binder to eller flere sammen i et samspill mellom partene. Å skape trygghet gjennom relasjon er en sentral rolle for at pasientens i palliativ fase kan oppleve seg trygg (Brenne & Dalene, 2016, s. 639). Hummelvoll (2012, s. 427) skriver at når en har dannet en relasjon og dermed trygghet kommer ofte de dype samtalene.

Eide og Eide (2017, s. 315) sier at tillit og trygghet er viktig for alle mennesker, men spesielt for individer om er skrøpelige og eldre. Forfatterne hevder at kommunikasjon mellom helsepersonell skal være faglig fundert og personorientert. Når kommunikasjonen er personsentrert er den individuelt tilpasset hver enkelt, og tilpasset for pasientens ønsker,

ressurser, verdier, og livssituasjon (2017, s. 315). Personorientert kommunikasjon innebærer å aktiv lytte og at helsepersonellet forholder seg åpent og anerkjenner pasienten.

Sykepleieren lytter til pasienten, samt leser pasientens nonverbale uttrykk (Eide & Eide, 2017, s. 16-18). Pasienter i den palliative fasen ønsker ofte å snakke om sin forstående død (Helsedirektoratet, 2019, s 20-21).

1.4.3 Palliativ omsorg

Palliasjon har som mål å sikre at pasienter som er alvorlig syke eller døende får et godt liv med verdighet i livets siste fase (Norsk Palliativ Forening & Norsk forening for palliativ medisin, 2017). Palliativ pleie skal lindre fysiske, psykiske, sosiale og åndelige problemer som er sentrale for hvert enkelt individ (NPF & NFP, 2017). Den skal inneholde åpen og forberedende kommunikasjon som gis. Pasienten skal være informert og innforstått med at behandlingen ikke forlenger livet. Det skal legges til rette for best mulig tilfredsstillende omsorg ut ifra pasientens forutsetninger, til pasienten avslutter livet (Husebø & Husebø, 2015, s. 26).

Helsehjelpen bør respektere pasientens autonomi ved å legge til rette for at pasienten kan ta egne valg, ut ifra sine egne verdier og oppfatninger om hva som er best for hen ut ifra informasjonen pasienten har fått. Autonomibegrepet handler om evner og rettigheter og selvbestemmelse (Lillemoen, 2020, s. 19). Selvbestemmelse handler ikke kun om å få bestemme selv i konkrete situasjoner, men om å bli respektert (Eide & Eide, 2017, s. 56). Å ha et behov for selvbestemmelse, å bli hørt, lyttet til, og forstått av andre mennesker samt å uttrykke hva som er viktig sentralt. Det å blir hørt av andre, er en del av selvbestemmelsen (Eide & Eide, 2017 s. 56).

Å legge til rette for en plan og forhåndssamtale i palliativ fase er viktige redskaper for at pasienten skal bli ivaretatt (NOU; 16, 2017, s. 32). «Hva er viktig for deg nå?» er et sentralt spørsmål og kan styrke pasientens medvirkning og åpne opp for en god samtale (NOU;16, 2017, s. 29). For at pasienter i palliativ fase skal føle seg ivaretatt på en god måte må omsorgen planlegges (Kaasa & Loge, 2018, s. 46). Omsorgen bør planlegges med teamet pasienten har rundt seg, lege, sykepleier og eventuelt pårørende. Hva behandlingen, pleien

og omsorgen innebærer vil avhenge av hvilke behov pasienten har. Pasienten skal involveres, så lenge det lar seg gjøre med samtykkekompetansen (Kaasa & Loge, 2018, s. 46). Lillemoen (2020, s. 92) skriver at det er viktig å kommunisere og tenke gjennom hvilke problemer som kan oppstå, og sykepleieren må kartlegge hvilke tiltak pasienten ønsker rundt seg i livet siste fase, samt hva som er viktig for pasienten. Det optimale er å kunne vise til journalnotater og forbedende samtaler mellom pasient og helsepersonell (Lillemoen, 2020, s. 92)

1.4.4 Forhåndssamtaler

Forhåndssamtaler er en prosess som støtter mennesker i alle faser av livet i å forstå og formidle deres personlige verdier, mål for livet, samt ønsker for informasjon, pleie og medisinsk behandling (Lillemoen, 2020, s. 84). Dialogen handler om pasientens eksistensielle karakter, om psykososiale forhold, fortid og nåtid, samt hva som er viktig i tiden for pasienten her og nå. Kunnskap om pasientens evne, behov og forventninger til kommunikasjon er et utgangspunkt for å ivareta pasientens behov for samtale i palliativ fase (Helsedirektoratet, 2018). Å skape en arena for dialog hvor pasienten, og eventuelt pårørende, har mulighet til å informere eller stille spørsmål om fasen pasienten er i, er svært sentralt. Det er videre viktig å skape tillit, lytte til pasientens egen opplevelse og behov for fremtidig omsorg. Det åndelige, eksistensielle og religiøse kan få økt betydning og kan være viktige for pasientens opplevelse av identitet og mening. Dette er sentrale elementer som er viktige å få fram i en dialog (Helsedirektoratet, 2018). Forhåndssamtaler bør inviteres til på forhånd, og informasjon om samtaleinnhold. Pasienten informeres om at samtalen er frivillig, og om ønskelig kan pårørende være med. Det anbefales for sykehjemsbeboere at samtalen tas to til tre måneder etter innvilget sykehjemsplass, slik at pasienten får tilstrekkelig tid til å danne en trygg relasjon til helsepersonellet (Lillemoen, 2020, s. 88). Forhåndssamtaler bidrar til pasientens medvirkning om helsehjelp, og styrker pasientens autonomi (Lillemoen, 2020, s. 84). Forhåndssamtaler bidrar videre til å kunne hjelpe pasienten med å ivareta sine behov, håp og individualiserte (Husebø & Husebø, 2015, s. 29-28). Forhåndssamtaler kan være et hjelpemiddel for utarbeidelse av individuell plan (Helsedirektoratet, 2018).

Kontinuitet i arbeidet som sykepleier skaper tillit, god relasjon, og er livsbærende med møte mellom sykepleier og pasient (Bjerga et al., 2019). Kontinuitet skaper godt rom og en mulighet for pasientene til at de skal få helhetlig sykepleie. Pasienter som bor på sykehjem får kontinuitet i form av at det er kjent personal til stede, og personellet har dannet en relasjon til pasienten (Bjerga et al., 2019). Sykepleiere som arbeider med pasienter i palliativ fase på sykehjem bruker kommunikasjon som sitt verktøy gjennom arbeidsdagen, og det er derfor svært viktig at sykepleiere har kompetanse innenfor fagfeltet (Helsedirektoratet, 2015, s. 30). For å kunne ivareta pasienter helhetlig på sykehjem er det avgjørende å ha en god relasjon (Helsedirektoratet, 2015, s. 30).

1.5 Tidligere forskning

Det er tatt med tre tidligere forskningsartikler i oppgaven som er aktuell for å understreke viktigheten med å kommunisere godt med palliative pasienter som bor på sykehjem på en god og meningsfull måte i ulike omsorgstjenester.

Caris-Verhallen et al. (1999) fant at sykepleiere som la vekt på god verbal kommunikasjon som et utgangspunkt for å ivareta pasienter på sykehjem, styrket relasjonen og samarbeidet mellom sykepleier og pasient. Et godt samspill med verbal kommunikasjon og nonverbal mimikk som blick, nikk med hode og smil styrket relasjonen (1999). I studien til Shaffer et al. (2007) konkluderte de med at det er behov for bedre dialog mellom pasient, pårørende og helsepersonell for at pasienten skal bli godt ivaretatt. Særlig gjelder dette eldre som har behov for å kunne snakke om døden, og ikke i like stor grad klarer å gi uttrykk for sine ønsker (2007). Døden kan oppleves som utrygg for pasienter i palliativ fase, og kommunikasjon er en sentral del av ivaretagelsen (Guo & Jacelon, 2014).

Hovdenes (2002) skriver om hvor viktig sykepleieren er når det gjelder å få pasienten til å oppleve seg ivaretatt. Særlig gjelder det gjennom å fremme kvalitet på omsorgen pasienten får gjennom fokus på autonomi i en samtale.

1.6 Lovverk

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 (1999) sier pasienter har rett til å være med på å medvirke til de beslutninger som angår dem selv overfor omsorgstjenester. Helsepersonell

skal aktivt legge til rette for medvirkning i hverdagen. Hensikten med medvirkning er at pasienten skal føle seg best mulig ivaretatt. De beslutningene som blir tatt forutsetter at det gis rom og tid til pasientens ønsker. Pasienten skal ha nødvendig informasjon som er nødvendig for å få innsikt i helsehjelpen (1999, § 3-2). Pasienter som har behov for kontinuerlige og langvarige helse- og omsorgstjenester, har rett til utarbeidelse av en individuell plan (1999, § 2-5). Omsorgstjenesten, som sykehjem i kommuner, skal samarbeide med ulike tjenesteytere og pasient for å sikre et helhetlig tilbud for hvert enkelt individ (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 7-1).

De yrkesetiske retningslinjene (Norsk Sykepleierforbund, 2019) beskriver sykepleierens grunnlag og profesjonsetikk. Sykepleieren skal vise respekt for hvert enkelt menneskeliv og verdighet. Sykepleieren skal arbeide kunnskapsbasert og vise barmhjertighet, omsorg og vise respekt for menneskerettighetene. En skal yte omsorgsfull hjelp, samt aktivt bidra til at pasientens stemme blir hørt i en beslutningsprosess om livsforlengende behandling. En skal legge til rette for en naturlig og verdig død. Sykepleieprofesjonen har et faglig, etisk og personlig ansvar for å utøve sykepleie etter lovverket. Sykepleieren skal bevare pasientens integritet, verdighet, tilrettelegge for helhetlig sykepleie, retten på medbestemmelse og retten til å ikke bli krenket (NSF, 2019).

1.7 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Den palliative fasen i denne oppgaven vil også omtales som livets siste fase, og vil bli regnet som at pasienten har mer enn 3-4 måneder igjen å leve. Den palliative fasen er livets slutfase, det er forventet kort levetid og fasen er vanskelig å tidfeste. Når en har forventet kort levetid kan det være fra 9-12 måneder, og enkelte ganger kortere (Fjørtoft, 2016, s. 79). Pårørende er en stor og viktig rolle i denne fasen, men det er ikke lagt fokus på dem i denne oppgaven. Pårørende vil bli nevnt enkelte ganger i oppgaven. For videre Inklusjons- og eksklusjonskriterier se tabell 1 for avgrensning i oppgaven punkt 2.3.

1.8 Presentasjon av problemstilling

«Hvordan kan sykepleier kommunisere på en måte som ivaretar pasientens behov i palliativ fase på sykehjem?»

2 Metode

2.1 Litteraturstudie

Denne oppgaven baserer seg på systematisk litteraturstudie som metode. En litteraturstudie er en oppsummering av forskningsartikler som svarer på en problemstilling (Helsebiblioteket, 2016). Denne oppsummeringen skal ha til hensikt å identifisere, vurdere og finne betydningen av kvalitetssikret forskning, som skal føre til resultat som svarer på problemstillingen (Helsebiblioteket, 2016). Hensikten er å få oppdatert kunnskap og god forståelse av det problemstillingen belyser (Thidemann, 2019, s. 77, 81).

2.2 Kvantitativ og kvalitativ metode

Det finnes to metoderetninger; en kan bruke kvantitativ og kvalitativ. I denne litteraturstudien har jeg inkludert både kvalitative og kvantitative forskningsartikler som er basert på kvalitativ og kvantitativ metode. Kvantitativ metode egner seg mest å anvende når en ønsker å innhente målbare enheter (Helsebiblioteket, 2019, s. 76). Kvalitativ metode inneholder mennesker egne opplevelser, og en kan belyse dette med personlige opplevelser (Dalland, 2017, s. 51-52; Thidemann, 2019, s. 76). Metode er den systematiske fremgangsmåten en benytter for å innhente kunnskap for å belyse en valgt problemstilling (Dalland, 2017, s. 51-56). Det kan bli anvendt ulike metoder for å få fram nye kunnskaper og for å undersøke i hvilken grad påstander er pålitelige, gyldige og holdbare (Dalland, 2017 51-56).

2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Tabell 1- inklusjon og eksklusjonskriterier viser kriteriene jeg har fokusert på når jeg har utvalgt forskningen. Tidemann (2019, s. 83) viser at kriterier har som hensikt å tydeliggjøre et litteratursøk og avgrense mengden litteratur.

Tabell 1	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Problemstilling	<ul style="list-style-type: none"> - Eldre pasienter over 65 år - Forskning utført de siste 10 år - Ingen kjønnsavgrensing - Pasienter på sykehjem - Pasientene må være i en palliativ fase - Faktorer virker inn på pasientens palliative fase 	<ul style="list-style-type: none"> - Yngre pasienter under 65 år - Kommunikasjonsvansker - Kognitive svekkelser/demens - Talevansker - Medikamentell behandling - Symptomlindring - Pårørende - Spesialisthelsetjenesten
Informanter	<ul style="list-style-type: none"> - Alle typer studiedesign - IMRAD-struktur 	Rapporter, kronikker, og andre uttalelser som ikke følger et strengt forskningsdesign
Språk	<ul style="list-style-type: none"> - Skandinaviske språk og engelsk 	Andre artikler skrevet på andre språk
Etiske Vurderinger	<ul style="list-style-type: none"> - Skal være etisk godkjent 	Artikler som ikke er etisk vurdert
Publiserings år	<ul style="list-style-type: none"> - De siste 10 år 	Eldre enn 10 år
Tidsskrift	<ul style="list-style-type: none"> - Sykepleiefaglige tidsskrifter og eventuelt medisinske tidsskrift 	Andre tidsskrifter som ikke relateres til sykepleiefaget

2.4 Søkehistorikk

For å finne aktuell forskning som passer til problemstillingen benyttet jeg meg av ulike databaser. De databasene som er benyttet er helsefaglige og hovedsøkene ble utført i CINAHL og MEDLINE (Helsebiblioteket, 2019). I søkefeltet til CINAHL og MEDLINE valgte jeg å benytte emneord. Emneord ble funnet ved hjelp av MEDLINE, OVID og SveMed+, som kommer med MeSH-termer. Det ble benyttet trunkering på enkelte ord, for å få med alle varianter av et ord, som nurs* og nursing homes*. Når jeg hadde funnet emneord satte jeg disse sammen med de boolske operatorene AND og OR, som er med på å utvikle søkestrategien videre (Thidemann, 2019, s. 87).

Jeg utførte en stor mengde søk som resulterte i at det ble lest mange sammendrag, noen søk uten treff, eller treff som ikke var aktuelle for min oppgave. Søkene ble utført på engelsk for

å finne internasjonal forskning som har noe bredere grunnlag for forskning. Søkeordene jeg benyttet var communication, talk, advance care planning, advance nursing practice, palliative care, end of life care, terminal care , life support care ,attitudes to death ,nursing homes, aged, elderly og patient centered care. Kombinasjonene jeg valgte å benytte meg av vises i tabell 2, 3, 4 og 5 under. Gjennom manuelt søk ved å lese faglitteratur i *Palliasjon-Nordisk lærebok 3. utg. 2018*, og gjennomgang av referanselisten, valgte jeg å inkludere artikkelen skrevet av Sandsdalen et al. (2015).

Tabell 2- søkematrikse CHINAL 15.12.20

Søk utført i CHINAL dato 15.12.20. Funn av " *How to Talk About Attitudes Toward the End of Life: A Qualitative Study*" av Grobe et al. (2019).

Søkedato 15.12.20/ Søk nr.	Søkeord/ kombinasjoner	Avgrensing	Antall treff
S1	Nursing homes		24,160
S2	Palliative care		37,337
S3	Attitude to death		8,790
S4	Communication		80,254
S5	Talk		15,329
S6	(S4 OR S5) AND (S1 OR S2 OR S3 OR S6)) AND (S3 AND S5)		129
S7	«Patient-centered care»		32,864
S8	(«Patient-centered care») AND (S6 AND S7)	Utført de siste 10 år Age +65	3

Tabell utforming hentet fra: (Thidemann, 2019, s. 89)

Tabell 3- Søkematrise CHINAL 14.12.20

Søk utført i CHINAL dato 14.12.20 . Funn av «*Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer*» av Stajduhar et al. (2010).

Søk nr.	Søkeord/ kombinasjoner	Avgrensing	Antall treff
S1	Palliative care		37,341
S2	Terminal care		18,261
S3	Life support care		2,986
S4	S1 OR S2 OR S3		53,635
S5	Communication		80,259
S6	Advance care planning		3,816
S7	S5 OR S6		83,539
S8	nursing home"		36,786
S8	S4 AND S7 AND S8		265
S9	S4 AND S7 AND S8	Age 65+, Siste 10 år.	103
S10	Nurses*	Age 65+, utført de siste 10 år.	115,265
S11	S11 AND S12	Age 65+, utført de siste 10 år.	8

Tabell utforming hentet fra: (Thidemann, 2019, s. 89)

Tabell 4: Søkematrise MEDLINE EBSCO 01.03.21

Søk utført i MEDLINE EBSCO dato: 01.03.21. Funn av "*The effectiveness of a modified advance care planning programme*» av Deng, et al. (2020).

Søkedato 01.03.21 Søke nummer	Søkeord/ kombinasjoner	Avgrensing	Antall treff
S1	Palliative care		37,358
S2	Terminal care		18,269
S3	End of life care		44,751
S4	Communication		80,286
S5	Advance care planning		3,816
S6	Advanced nursing practice		11,011
S7	Nursing care plans		4,078
S8	S1 OR S2 OR S3 OR S4		57,824
S19	S6 OR S7 OR S8 S9		19,172
S10	Nursing homes		24,161
S11	S10 AND S8 AND S11 AND S9	Utført de siste 10år, age +65	54

Tabell utforming hentet fra: (Thidemann, 2019, s. 89)

Tabell 5: Søkematrise MEDLINE EBSCO 08.03.21

Søk utført i MEDLINE EBSCO dato 08.03.21. *“End-of-life Care Communications and Shared Decision-Making in Norwegian Nursing Homes--Experiences and Perspectives of Patients and Relatives”* av Gjerberg et al. (2015).

Søkedato 08.03.21/ Søke nummer	Søkeord/ kombinasjoner	Avgrensing	Antall treff
S1	Aged		5,579,887
S2	Eldery		17,362
S3	Palliative care		79,077
S4	End of life care		59,214
S5	Nursing homes		61,048
S6	Norway*		157,769
S7	S3 OR S4		98,663
S8	S1 OR S2		5,579,916
S9	S5 AND S6		1,389
S10	(S5 AND S6) AND (S7 AND S8 AND S9)	Aged 65, utført de siste 10 år.	46
S11	Qualitative research		79,047
S12	S11 AND (S10 AND S13)		10
S13	Communication		437,693
S14	S13 AND (S12 AND S10)		3

Tabell utforming hentet fra: (Thidemann, 2019, s. 89)

2.5 Funnmatrixe for inkluderte artikler

På bakgrunn av søkestrategien resulterte det til fem artikler som er presentert i denne funnmatriksen tabell 6- inkluderte artikler. Matrisen tar for seg forfatternavn, studiens metode, hensikt og resultat. Denne oppgaven er bygget på resultatdelen av matrisen.

Artikkel	Metode	Hensikt	Resultat
Groebe et al. (2019)	Kvalitativ	Hensikten med studien var å få en innsikt i krav og betingelser innen kommunikasjon om avslutningen på livet i den palliative fasen på omsorgsinstitusjoner.	Funnene viser at dannelse av en god kommunikasjon kunne være en god hjelp til en mer åpen samtale. En samtale som omtales som et lavterskeltilbud. Å utvikle en hyggelig atmosfære var med på å etablere tillit mellom pasient og helsepersonell. Det anbefales å bruke lavterskel åpninger i samtaledannelsen i den palliative fasen, samt en åpen holdning om det pasienten ønsker å prate om.
Deng et al. (2020)	Kvantitativ	Hensikten er å vurdere effekten av forhåndssamtaler med pasienter i en fase i slutten av livet, og hvordan dette påvirker livskvalitetens utfordringer og utnyttelsen av dette til svake eldre mennesker.	Funnene viser at å legge rette for forhåndssamtale var effektivt for å øke pasientens autonomi i beslutningsfaser i den palliative fasen. Forhåndssamtaler var med på å redusere beslutningskonflikter som måtte tas i slutten av livet. Denne forhåndssamtalen var effektiv og anbefales for å støtte svake eldre mennesker i deres ivaretagelse av beslutninger om omsorg i slutten av livet. Anbefales å brukes med svake eldre for rutinearbeid for sykepleiere i langtidsomsorg.
Stajduhar et al. (2010).	Kvalitativ metode	Å undersøke hva kreftpasienter i palliativ fase ser på som hjelpsom kommunikasjon med ved helsearbeidere.	Fire nøkkelementer til hjelpsom kommunikasjon: <ul style="list-style-type: none"> - Respektere betydningen av tid, - Vise omsorg, - Erkjenne utrykk for frykt samt - Balansere håp og ærlighet i formidlingen av informasjon. Funnene understreker den komplekse betydningen som ligger i kommunikasjon i palliativ omsorg og identifiserer sentrale temaer som er grunnleggende for effektiv kommunikasjon.

Tabell nr. 6

Gjerberg et al. (2015)	Kvalitativ	Hensikten var å belyse sykehjemspasienter og pårørende sine erfaringer om samtaler knyttet til slutten av livet, og hvordan beslutninger skal tas.	<p>Funnene viste at de fleste pårørende ønsket å delta i samtaler om hvordan omsorgen ved livets slutt skulle utføres. Pasientens meninger var varierende. Med noen få unntak ønsket alle pasienter og pårørende å være informert om pasientens helsetilstand. Flertallet ønsket å være involvert i beslutningsprosessen i hvordan omsorgen skal utøves, men overlot de endelige beslutningene til personalet.</p> <p>I samtaler om omsorg ved livets slutt, var det få pasienter som hadde diskutert behov med sine pårørende fordi det ble oppfattet som et følelsesmessig sensitivt tema. Derfor ble de pårørendes meninger om pasientens ønsker, basert på antakelser. Både pasienter og pårørende ønsket at personalet skulle ta initiativ til å stille de vanskelige spørsmålene.</p>
Sandsdalen et al. (2015)	Systematisk gjennomgang 13 kvalitative og 10 kvantitative studier	Hensikten var å identifisere preferanser for palliativ behandling blant pasienter i palliativ fase.	<p>Funnene viser til at pasientene i palliativ fase ønsket å leve som normalt så mulig og det var viktig at håpet ble ivaretatt. For å kunne leve et meningsfylt liv var det viktig med håp for fremtiden. Enkelte ønsket å snakke om døden, mens andre ønsket dialog og informasjon for en økt forståelse.</p> <p>Pasientene ønsket at helsepersonellet kommuniserte på en slik måte at håpet ble ivaretatt. Kommunikasjon om den eksistensielle kontakten. Gjennom å kommunisere om pasientens ulike preferanser kan en personsentrert tilnærming være sentral.</p> <p>Et godt sykepleie-pasient-forhold var viktig i ivaretagelsen av pasienten. Sykepleiere må være støttende, vise respekt for individets eksistensielle behov og ønsker. Pasientene ønsket at helsepersonell fremmet autonomi i avgjørelser rundt pasienten</p> <ul style="list-style-type: none"> - God kontinuitet til helsepersonell å forholde seg til økte trygghet og tillit - Atmosfæren og omgivelsene måtte være tilpasset, slik hvert individ følte seg trygg, og komfortabel.

2.6 Etske vurderinger

For at denne oppgaven skal følge de etiske overveielserne har det blitt lagt fokus på forskningsetikken i artiklene som ble inkludert i oppgaven. Forskningsetikk handler om å ivareta personvern og opprettholde at deltagerne i forskningen ikke blir påført skade (Dalland, 2017, s. 235-242). Sensitive opplysninger skal være anonymisert, taushetsplikt skal overholdes og deltagerne skal ha samtykket til deltagelse. For at oppgaven skal inneholde etiske overveielser er det viktig å sette seg inn i hva studien anvender og hvilken litteratur som blir lagt fram i oppgaven. Den kunnskapen og informasjonen som fremkommer i oppgaven skal være helhetlig og være referert til forfatteren sammen med resultatet. Det skal være et klart skille mellom hva forfattere har som budskap, samt hva som er min personlige mening i oppgaven. All informasjon som blir brukt i denne oppgaven skal være korrekt og troverdig (Dalland, 2017, s. 235-242). De fem studiene som ble inkludert i oppgaven er godkjente fra ulike forskningsetiske troverdige komiteer.

2.7 Kildekritikk og analyse

Kilder brukes som opphav til hvordan kunnskaper blir presentert. Det stilles krav om hvordan en søker, vurderer og bruker kilder for at det skal være gode kilder. Kunnskapskilder gir oppgaven et betydningsfullt bidrag ved troverdighet og faglighet (Dalland, 2019, s. 149-152). Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere den litteraturen som blir brukt. Det betyr i hvilken grad litteraturen en har funnet lar seg bruke til å beskrive og belyse problemstillingen som er blitt formulert (2019, s.152- 158).

I arbeidet med å finne relevante artikler har jeg kritisk vurdert artiklene som er benyttet i oppgaven. Videre har jeg sett om det er blitt anvendt IMRAD- struktur i artiklene. Dette ettersom det er den mest brukte disposisjonen innenfor vitenskapelige medisinske og helsefaglige artikler (Thidemann, 2019, s. 66). Jeg undersøkte om det var en klar problemstilling i studiene, som ble besvart, samt om resultatet var relevant for praksis. Jeg har foretatt kvalitetsvurdering av hver vitenskapelige artikkel jeg inkluderte i litteraturstudien ved å benytte sjekklister fra Helsebiblioteket (Folkehelseinstituttet, 2016). Sjekklister er pedagogiske verktøy for å vurdere en studie kritisk (Thidemann, 2019, s. 90). For eksempel på bruk av sjekklister fra Helsebiblioteket se vedlegg 1 (FHI, 2016).

Annet litteratur pensum som ble anvendt i oppgaven er kvalitetssikret fra biblioteket på høyskolen og blitt anvendt i undervisning på høgskolen. Jeg har valgt å bruke Helsedirektoratet (2015, 2018, 2019) sine handlingsprogram som er troverdige kilder, ettersom det er en pålitelig og statlig nettside. Jeg har også valgt å ha med et eget punkt med tidligere forskning som kan bidra til å løfte min oppgave og belyse ny forskning med forskning som er noe eldre. Den sist oppgraderte litteraturen av bøker er blitt anvendt, med få unntak. Som Travelbee sin sykepleieteori 1999, og 2003, og Dalland, 2017. Dette på grunn av at jeg ikke lyktes med å skaffe bøkene gjennom biblioteket på høyskolen på grunn av Covid-19-pandemien. Jeg har undersøkt, og det er ikke gjort noen store endringer i innholdet, noe som jeg konkluderer med at ikke har betydning for oppgaven.

Forskningen som er anvendt er nyere enn 10 år, utenom én artikkel som ble skrevet i 2010. Artikkelen av Stajduhar et al. (2010) er noe utenfor inklusjonskriteriene ettersom den er 11 år gammel, men jeg valgte å inkludere denne ettersom den handler om pasienters meninger om hvordan helsepersonell kan kommunisere for å hjelpe dem i palliativ fase, noe som jeg vurderer som relevant for min oppgave. Artikkelen til Sandsdalen et al. (2015) har jeg valgt å inkludere tatt med i betraktning om at det er en systematisk studie. Dette på grunn av at jeg har observert at artikkelen er brukt både på Helsedirektoratet sine sider, samt brukt i flere pensumbøker som f. eks Kaasa og Loge sin anerkjente *palliasjon - Nordisk lærebok 3. utgave* 2018. Dette styrker min kritiske vurdering, og jeg har derfor konkludert med at den er godkjent. Bruk av mikset metodebruk kan ifølge Sykepleien.no gi en bedre forståelse av tematikken i det artikkelen belyser, noe som styrker tilliten til konklusjonene i artikkelen (Andersen, 2017).

Ved hjelp av denne kildekritikken har jeg lest og vurdert de vitenskapelige artiklene nøye og kritisk for å forstå de nødvendige delene i teksten (Thidemann, 2019, s. 92). Til hjelp for å undersøke om artiklene er relevante har jeg rettet fokuset på resultatkapittelet, samt brukt markeringspenn i forskjellige farger. Hver ulike farge som er markert hadde sitt eget tema, noe som gjør det enklere å holde oversikt. Innholdet jeg markerte ble skrevet inn i en matrise for å skape oversikt over artiklene, og sammenligne innholdet med andre artikler (Thideman, 2019, s. 92). Kritisk lesing og vurdering resulterte i tre underoverskrifter som fremkommer i funn og drøftingskapittelet i oppgaven.

3. Funn

3.1 Å bygge tillit gjennom åpen dialog

To av de inkluderte studiene fant at det var viktig at sykepleier bygget tillit i den palliative fase gjennom en åpen dialog eller samtale. I studien utført av Groebe et al. (2019) tar de for seg hvordan helsepersonell kan danne god samtale med pasienter i den palliative fasen på langtidsavdelinger innenfor helse og omsorgstjenester. Det kom fram at god kommunikasjon kan være god hjelp til å utvikle en mer åpen samtale. Det stilles krav til helsepersonellens kommunikasjonsevner. I tillegg kan det være hensiktsmessig med en hyggelig atmosfære som kan bidra til å danne tillit mellom pasient og den profesjonelle sykepleieren. Det kom videre fram at det anbefales å bruke lavterskelåpninger i samtaledannelse om den palliative fasen, samt at sykepleieren må ha en åpen holdning om det pasienten ønsker å prate om. Sykehjemsbeboere stoler på sin omsorgsperson, og tillitsforholdet mellom disse parter er svært sentralt for at pasienten skal føle seg ivaretatt (2019).

I Sandsdalen et al. (2015) legges det vekt på at god kommunikasjon, som er med på å skape god dialog, er å bli møtt av helsepersonell som tar seg tid å lytte, med en relasjon bygget på tillit, tålmodighet, medfølelse, og vennlighet. Videre kom det fram i Grobe et al, 2019 sin artikkel at atmosfæren bør fremme tillit, trygghet, være komfortabel, og avslappet for at pasienten skal føle seg ivaretatt i den palliative fasen. Omgivelsene var med på å fremme en følelse av velvære ettersom atmosfæren og pleiemiljøet skal være presentabelt for pasientens ønsker (2019).

3.2 Å gi seg god tid slik at pasienten opplever verdighet

To av studiene fant at det er viktig å gi seg god tid slik at pasienten opplever å bli ivaretatt. Fire elementer ble framhevet som viktige når sykepleiere kommuniserer med pasienter i en palliativ fase for at de skal føle seg ivaretatt. Ifølge Stajduhar et al. (2010), er det å gi god tid slik at pasienten opplever å bli ivaretatt, vise omsorg og anerkjenne pasientens frykt, noe Sandsdalen et al. (2015) også bekrefter. I tillegg legges det vekt på håp og ærlighet i formidlingen av informasjon til pasienten. Helsepersonellet må ta seg tid å møte pasienten i «her og nå»-situasjonen, og snakke om bekymringene, selv om de har knapt med tid.

Pasientene ønsket å bli møtte med sensitivitet, empati og respekt i møte med helsepersonell (Stajduhar et al, 2010). Dette understreker viktigheten og hvor sammensatt kommunikasjon og palliativ omsorg er i livets siste fase.

I en av de inkluderte studiene kom det fram behov for anerkjennelse og verdighet. Sandsdalen et al. (2015) fant at det var viktig at sykepleierne ble kjent med pasienten som individer med egne historier og verdier. Å kunne få fram den enkeltes individuelle behov var viktig for å opprettholde pasientenes integritet og verdighet gjennom kommunikasjon. I tillegg var det viktig å være lydhør i kommunikasjon, samt fremme pasientens autonomi i palliativ fase. Et godt sykepleie- og pasient-forhold var viktig for ivaretagelsen av pasienten. Sykepleieren må være støttende, vise respekt for individets eksistensielle behov, og ønsker slik at omsorgen blir personsentrert. Det fremkommer at å ha en kontinuitet i helsepersonell å forholde seg til, øker trygghet og tillit ettersom pasientene i studien ønsket å vite hvem som hadde ansvaret, samt en følelse av å kjenne sykepleierne personlig var noe som fremmet sikkerhet og tillit, ettersom det har vært en dialog mellom partene flere ganger. Gjennom å kommunisere om pasientens ulike preferanser kan en personsentrert tilnærming være sentral (Sandsdalen et al., 2015).

3.3 Å legge til rette for forhåndssamtaler basert på pasientens involvering

To av studiene framholdt dette med å legge til rette for forhåndssamtaler basert på pasientens involvering og medvirkning som viktig. Deng et al. (2020) fant at kommunikasjonen var en viktig del av den palliative ivaretagelsen for pasienter slik at de fikk mulighet til å snakke om den siste fasen av livet og om døden. Forhåndssamtaler var en kommunikasjonsprosess som hjalp pasienter med å kunne gi uttrykk for sine fremtidige ønsker om hvordan de ønsket å bli ivaretatt i palliativ fase, samt mot slutten av livet. Denne dialogen bidro dermed til å ivareta pasientens egne preferanser og ga økt kvalitet på omsorgen for pasienten i tiden fremover, og omsorgen ble personsentrert. Forhåndssamtaler var effektive når det gjaldt å kunne øke pasientens ivaretagelse gjennom autonomi i beslutningsfaser i palliativ fase. Denne samtalen bidro til å redusere beslutningskonflikter mellom parter som var involverte i pasientens liv som helsepersonell og pårørende. Den

modifiserte forhåndsamtaler er effektiv og anbefales for å støtte svake eldre mennesker i deres ivaretagelse av beslutning om omsorg i palliativ fase i livet (Deng et al., 2020).

Gjerberg et al. (2015) viser til at de aller fleste pasienter, og pårørende ønsket å kommunisere om hvordan pasienten skal ivaretas i livet slutfase. Unntaksvis ønsket ikke alle pasientene som var med i studien å ha dialog om videre ivaretagelse av omsorg (Gjerberg et al. 2015). I studien til Sandsdalen et al. (2015) kommer det også fram at ikke alle ønsket å snakke om døden, noe som også må respekteres. Det kommer fram at i studien til Gjerberg et al. (2015) at flertallet ønsket å være involvert i beslutningsprosessen i hvordan omsorgen skulle utøves, likt som i funnene til Deng et al. (2020). Forskningen viser at det var ønskelig for pasient og pårørende at personalet skulle ta initiativ til dannelse av denne dialogen, om hvordan ivaretagelse i palliativ fase skulle være. Dette på grunn av temaet er følelsesmessig, og vanskelig å snakke om. Slike dialoger bidrar til å ivareta pasienten (Gjerberg et al., 2015). Studien til Sandsdalen et al. (2015) viser at pasientene først og fremst ønsket å leve et meningsfylt liv, der de kunne være seg selv i fellesskap med menneskene de var glade i og gjøre meningsfylte oppgaver. Dette er sentrale elementer som kan komme fram i en forhåndssamtale

4. Drøfting

I dette kapittelet drøftes det hvordan sykepleieren kan kommunisere på en måte som ivaretar pasientens behov i palliativ fase på sykehjem. Funnene i forskningen vil bli drøftet i lys av valgt teori og tidligere forskning.

4.1 Å bygge tillit gjennom åpen dialog

Å lage en god samtale gjennom åpen dialog, og bruke lavterskelsåpninger i kommunikasjon kan åpne for en bedre samtale som kan bidra til tillit mellom pasient og sykepleier (Groebe et al., 2019). I Sandsdalen et al. (2015) sine funn legges fokuset på at en god kommunikasjon som bidrar til å skape god dialog er å bli ivaretatt av imøtekommende helsepersonell som tar seg tid å lytte, med en relasjon bygget på tillit, tålmodighet, medfølelse, og vennlighet .

Å kunne kommunisere om pasientens ivaretagelse i palliativ fase har som hensikt å hjelpe pasienten til å utforske, og tenke gjennom sin situasjon og på hvilke premisser hen selv reflekterer over som viktige i palliativ fase. Det er viktig å skape en åpen dialog, gjennom å skape tillit, etablere relasjon og trygghet (Eide & Eide, 2017, s. 126). Tillit kommer til uttrykk i troen på at sykepleierne vil hjelpe der det trengs, slik Travelbee også hevdet. Mot kreves for å erkjenne menneskets vansker og tap av sykdom og lidelse, noe som kan tyde på at tillit er en sentral faktor i å kommunisere med palliative pasienter (Travelbee, 1999, sitert i Kristoffersen, 2017, s. 30). Evnen sykepleieren bør ha når det gjelder å etablere en relasjon til pasienten, samt bruke seg selv terapeutisk, kan være en god anledning til en åpen dialog, noe Travelbee la i menneske-til-menneske-forholdet (Travelbee, 1999).

Sykepleieren trenger å forstå pasienten og legge til rette for å møte pasientens behov gjennom bruk av lavterskelåpninger. Slike lavterskelåpninger kan bidra til bedre holdninger, verdighet og empati til pasienter i palliativ fase (Groebe et al., 2019; Travelbee, 1999, s. 177). En åpen dialog mellom sykepleier og pasient kan bidra til tillit og selvbestemmelse (Groebe et al., 2019). I pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) framgår retten til å være med på å medvirke i beslutninger, og helsepersonell skal legge til rette for medvirkning (1999). En studie som ikke ble inkludert i denne oppgaven (Strang et al., 2013) beskriver viktigheten av å kunne balansere samtalen ved å tilby åpen dialog, og ikke gå for dypt i

pasientens privatliv dersom pasienten ikke samtykker til det. Å være sensitivt og bekræftende til stede i dialog med åpne spørsmål ved å være lyttende til pasientens eksistensielle tanker er viktige i åpne dialoger med pasienter i palliativ fase (2013). Røkenes og Hanssen (2012) beskriver at åpenheten i en dialog må stå til hva relasjonen kan bære, og i forhold til hva som er den naturlige overordnede hensikten i samhandlingen. Det må finnes en hensiktsmessig avgrensning av åpenheten, for at tilliten skal opprettholdes og det ikke skal føles utrygt (2012, s. 248). Grobe et al. (2019) hevder også at tillitsforholdet mellom disse parter er svært sentralt for at pasienten skal føle seg ivaretatt. Sykepleieren kan styrke pasientens integritet og verdighet gjennom en dialog (NSF, 2019). Trolig å legge til rette for en dialog hvor en som sykepleier er bevisst egne følelser, tanker, og reaksjoner kan dermed bidra til at pasienter i palliativ fase faktisk opplever å bli møtt i dialogen. Situasjonen kan aktivere tanker og følelser som kan påvirke dialogen, og tilliten bli svekket, om sykepleieren ikke er bevist sin holdning knyttet til døden (Kalfoss, 2017, s. 454-460). For at tillit skal fremtre i en dialog er det avgjørende å ivareta og vise respekt, troverdighet og integritet og å se det unike i hvert menneske (Eide & Eide, 2017, s. 312).

Eldre mennesker kan oppleve utfordringer med hørsel, syn, balanse og nedsatt bevegelighet, noe som gjør at beboere er ekstra avhengige av tillit, trygghet og god kommunikasjon hos sykepleiere (Heap, 2012, s. 93). Dette kan tyde på at det å legge til rette for en hyggelig atmosfære og tilpasse miljøet bidrar til å danne tillit mellom pasient og sykepleier (Grobe et al., 2019). Pasienter som bor på sykehjem har ofte mange forstyrrelser rundt seg som kan bidra til at rommet ikke er særlig egnet til en samtale. Sykepleieren trenger derfor å tilpasse pasientrommet med personlige bilder og møbler som kan gjøre det lettere å føre en samtale. Tilrettelegging kan også være å tilpasse lyskilder som kan være et godt hjelpemiddel (Heap, 2012, s. 91). Atmosfæren bør være tilpasset slik at det bidrar til at pasienten opplever seg avslappet og ivaretatt i den palliative fasen. Omgivelsene skal fremme en følelse av velvære for at atmosfæren og miljøet kan være i tråd med pasientens behov (Sandsdalen et al., 2015).

Min erfaring er at sykepleiers evne til å lytte til pasientene kan være svært sentralt for at pasienten skal føle omsorg og opplever seg sett noe som fremmer følelsen verdighet. Å tenne lys og ha blomster på bordet kan bidra til åpning av dialogen og bidra til at pasienten

får tillit til sykepleieren. Pasientene kan åpne seg slik at sykepleier får tak i interesser og tanker. Blomstene og lysene er med på å skape trygghet, samtidig som det er med på å danne lavterskel til en videre dialog. Dette er noe som bekreftes i Grobe et al. (2019), og Sandsdalen et al. (2015) sine funn. Når sykepleieren har dannet en relasjon og dannet trygghet ved hjelp av kommunikasjon, kaller Hummelvoll (2012) dette for «de dype samtalene» (2012, s. 427). Relasjonen mellom sykepleieren og pasienten blir dermed et utgangspunkt for dannelsen av tillit i en åpen dialog, og kan tilpasse atmosfæren i ivaretagelsen av pasienter på sykehjem (Caris-Verhallen et al., 1999).

4.2 Å gi god tid slik at pasienten opplever verdighet

Elementer som er hjelpsomme for den kompleksiteten som kreves innenfor kommunikasjon til palliative pasienter på sykehjem, er at helsepersonellet må gi god tid for at pasientene skal føle seg ivaretatt, sykepleieren må vise omsorg, anerkjenne frykten til pasientene, og hen bør legge vekt på håp og ærlighet i formidlingen av informasjon til pasienter (Stajduhar, et al., 2010). Det er behov for en bedre dialog mellom pasient og helsepersonell for at pasienten skal føle seg ivaretatt, konkluderer Shaffer et al. (2007). Målsettingen for palliativ pleie er at pasienten skal føle seg ivaretatt ut ifra egne ønsker. Det er subjektivt hva som er viktig for pasienten og dette må kartlegges ved hjelp av å kommunisere med pasienten (Helsedirektoratet, 2015, s. 18-20).

Å møte pasienten i «her og nå»-situasjonen, og snakke om bekymringene, selv om helsepersonellet har knapt med tid er sentralt for at pasienten skal føle seg verdsatt og ivaretatt (Stajduhar et al., 2010). Tidsbegrensing kan være en barriere som kan påvirke åpen kommunikasjonen med pasienter i palliativ fase på sykehjem (Grobe et al., 2019). Tidspress, og lav bemanning kan føre til at den faglige forsvarligheten på tjenesten påvirkes, da spesielt kommunikasjonen mellom pasient og helsepersonell, ettersom pasienter opplever at sykepleier ikke er tilstede i samtaler i en hektisk hverdag (Bratt et al., 2016, s. 15). Totalt sett kan en stille seg spørsmål ved om dette følger sykepleieprofesjonen sine yrkesetiske retningslinjer om faglig forsvarlighet, etisk riktighet, samtidig se på retten pasienter har til å ikke bli krenket, ettersom tidsbegrensingen kan være med på å bryte retningslinjene, det kan også påvirke verdigheten til pasienten (NSF, 2019).

For at pasienter i palliativ fase på sykehjem skal føle seg ivaretatt har de behov for informasjon gjennom kommunikasjon. Pasienten skal ha nødvendig informasjon som er avgjørende for å få innsikt i helsehjelpen. Helsepersonell skal aktivt legge til rette for medvirkning i hverdagen (Pbrl, 1999, § 3-2). Likevel kommer det fram at pasienter får for lite informasjon, og de føler seg overlatt til seg selv i enkelte situasjoner (Sandsdalen et al., 2015). Ærlighet om pasientens helsetilstand og informasjon bør gis direkte til pasienten for at hen skal føle seg inkludert, og ivaretatt ved hjelp av kommunikasjon, noe som er lovpålagt i pasient- og brukerrettighetsloven (1999; Stajduhar et al., 2010).

For at pasientene i palliativ fase på sykehjem skal oppleve verdighet, spiller kontinuitet i personalgruppen en sentral rolle (Sandsdalen et al., 2015). På sykehjem er det kontinuitet i personalgruppen som er til stede for sykehjemsbeboerne, og personalet har allerede en relasjon til pasienten (Bjerga et al., 2019). Det stilles krav om gode kommunikasjonsferdigheter til sykepleiere som møter pasienter i palliativ fase (Travelbee, 1999, s. 135-138). Kontinuitet og dannelse av en god relasjon over tid med helsepersonell er en viktig forutsetning for at pasienten skal føle seg verdsatt og kan være med på å trygge pasienten i livet siste fase. Denne kontinuiteten er med på å skape tillit og relasjon som kan være med på å få helhetlig sykepleie (Bjerga et al., 2019). Dette ettersom pasientene har hatt flere dialoger mellom sykepleieren. Imidlertid kan ikke dette kompensere for tidsbegrensingen. Ved å ha kontinuitet i personalgruppen kan dette på en side fremme verdigheten til pasienten noe som fører til bedre ivaretagelse. Helsepersonell som er lydhøre i kommunikasjon med pasienter fremmer pasientens autonomi, noe som ivaretar pasienter i palliativ fase på sykehjem (Sandsdalen et al., 2015).

Travelbee hevder at sykepleieren må bli kjent med pasienten sin historie, for å kunne ivareta og identifisere pasientens behov og for å kunne vise respekt og empati overfor pasienten (1999, s. 135, 151-153). At pasienter har et kjennskap til hvem som har ansvaret på avdelingen, kan fremme en følelse av trygghet. Et godt sykepleier- og pasient-forhold gir et godt kjennskap til pasienten i palliativ fase gjennom kommunikasjon som fremmer ivaretagelsen av pasienten i palliativ fase (Sandsdalen et al., 2015 ;Travelbee, 1999, s. 151-153). Å allerede være anerkjent gjennom dialog, og at sykepleieren vet hvem pasienten er

som individ og hvilke verdier pasienten har, hva som er viktig for individet om pasienten har noen eksistensielle behov, fremmer en følelse av ivaretagelse innenfor kommunikasjonen (Sandsdalen et al., 2015). Det tyder på at det var ikke tiden i minutter som var viktig, men hvordan sykepleieren brukte tiden sammen med pasienten, som var sentralt for at pasienten kunne oppleve verdighet og ivaretagelse (Stajduhar et al., 2010; Travelbee, 1999, s. 151-153). Det stilles derfor krav til hvordan en som sykepleier skal kommunisere med pasienten (Travelbee, 1999, s. 151-153).

Å utøve direkte øyekontakt, bruke aktive lytteteknikker, sette seg ned i stedet for å stå og ikke fremstå som travel, var svært sentralt for at pasientene skulle føle seg ivare tatt (Sandsdalen et al., 2015; Stajduhar et al., 2010) trekker fram at berøringen i en toveiskommunikasjon er med på å styrke pasientens verdighet, en følelse av at sykepleieren uttrykker empati og støtte (Shaffer et al., 2007). Eide og Eide (2017, s. 144) uttrykker at blikkontakt kan kommunisere at sykepleieren ser pasienten, og er sentralt i personorientert kommunikasjon. Blikkontakt fremmer en relasjon. Sykepleieren trenger å finne en balanse mellom ytterpunkt og naturlig henvendelse gjennom øyekontakt sammen med pasienten (Eide og Eide, s. 145). Ansiktuttrykk som smil kan formidle velvillighet, sympati og interesse. Kroppsspråk som å være henvendt mot pasienten og å sette seg ned understøtter innholdet i samtalen, og en naturlig avslappet holdning kan bidra til opplevelse av verdighet. I tillegg kan god kommunikasjon være at sykepleieren viser at den tiden hen er til stede brukes for å ivareta pasienten (2017, s. 146). At sykepleieren møter pasienten med sensitivitet, empati og respekt kan bidra til opplevelse av verdighet (Eide & Eide, s. 32; Stajduhar et al., 2010). Dette understreker viktigheten og hvor sammensatt kommunikasjon og palliativ omsorg er i livets siste fase (Stajduhar et al., 2010.)

Døden kan oppleves som utrygg og skremmende for pasienter i palliativ fase ettersom ingen vet hva som venter (Guo & Jacelon, 2014). Tilliten og relasjonen en danner gjennom å ha en dialog kan føre til at pasienten klarer å erkjenne sin frykt til sykepleieren (Sandsdalen et al., 2015; Stajduhar et al., 2010). Kommunikasjon krever selvinnsikt, innsikt i menneskers dynamikk, engasjement, og evne til å tolke egne og andres handlinger. Selvinnsikt i form av hvordan sykepleieren bruker tiden sammen med pasienten, framstå som sentralt i Travelbee sin sykepleierteori (1999, s. 151-153). Dersom sykepleieren ikke har evne til å sette pasienten

i fokus vil hen ikke kunne ivareta pasientens behov (1999). I situasjoner hvor palliative pasienter uttrykker engstelse og utrygghet må sykepleiere tenke gjennom hvordan de møter pasienten med sensitivitet, empati og respekt (Stajduhar et al., 2010). I slike situasjoner møter ofte sykepleieren egne holdninger til sykdom og død, og viser om hen evner å sette verdien av det menneskelige forholdet til pasienten i fokus gjennom kommunikasjonen (Travelbee 1999, sitert i Kristoffersen, 2017, s. 34-35)

4.3 Å legge til rette for forhåndssamtaler basert på pasientens involvering

Å ha en dialog om pasientens ivaretagelse i palliativ fase på sykehjem er følelsesmessig sett et vanskelig tema å snakke om. Funn i studiene viser at de fleste pasienter og pårørende ønsket at helsepersonell skulle ta initiativ til å danne en dialog om hvordan pasientene ønsket å bli ivaretatt i palliativ fase på sykehjem, unntaksvis enkelte pasienter, noe som må respekteres (Gjerberg et al., 2015; Sandsdalen et al., 2015). Det fremkommer at dialogen mellom helsepersonell og pasienter ikke var tilstrekkelig ettersom pasienten følte seg som en byrde (Shaffer et al., 2007).

Dette er trolig noe forhåndssamtaler kan være til nytte for, for svake eldre på sykehjem og som en hjelp til helsepersonell (Deng et al., 2020). Denne dialogen ved hjelp av forhåndssamtale med veileder spørsmål (Det medisinske fakultet, 2021) som vises i vedlegg 2, kan være med på å ivareta pasienten sine preferanser og gi økt kvalitet på omsorgen for pasienten i tiden fremover, og omsorgen blir da personsentrert med pasientens samtykke (Deng et al., 2020). Å skape en arena for å samle informasjon fra pasienten om hvilken betydning det åndelige, eksistensielle og religiøse har for pasienten, er med på å danne en opplevelse av involvering i palliativ fase ved hjelp av kommunikasjon. Dette vil styrke pasientens identitet og verdighet, som er helt sentrale elementer og viktige å få fram i en dialog (Helsedirektoratet, 2018). Pasientene ønsket å leve et meningsfullt liv i palliativ fase, hvor de kunne være en del av et felleskap med mennesker de var glade i, og de ønsket å gjøre meningsfylte oppgaver (Sandsdalen et al., 2015). Hva som var viktig for hvert individ, er sentrale elementer som kom fram i en forhåndssamtale, og la et grunnlag for omsorgen, som fremmer ivaretagelse (Deng et al., 2020).

Grunnlaget for god ivaretagelse av pasienter i en palliativ fase på sykehjem, handler om god kommunikasjon tidlig i pasientforløpet mellom pasienten pårørende og helsepersonellet som er rundt pasienten (Gro, 2018, s. 530-535). Forhåndsamtaler kan bidra til å fremme en medvirkning i helsehjelpen til pasienter og styrker autonomien til svake eldre, som videre styrker pasientens integritet og optimaliserer personens verdighet (Deng et al., 2020; Lillemoen, 2020, s. 84). Pasienter har rett til å medvirke til de beslutninger som angår dem selv overfor omsorgstjenester så lenge de har samtykkekompetanse. Helsepersonell skal aktivt legge til rette for medvirkning i hverdagen. Pasienten skal ha informasjon som er nødvendig for å få innsikt i helsehjelpen (Pbrl, 1999, § 3-1). En sykepleier skal følge de yrkesetiske retningslinjene om å yte omsorgsfull hjelp, være med på å tilrettelegge at pasientens stemme blir hørt, og legge til rette for en naturlig og verdig død. Sykepleieren skal bevare pasientens integritet, verdighet og tilrettelegge for helhetlig sykepleie (NSF, 2019).

Med hensyn til dette kan forhåndsamtaler styrke medbestemmelse og retten til å ikke krenke pasienten (NSF, 2019). Kommunikasjonen har en betydningsfull grad av nærhet i sykepleiesituasjoner og er helt avgjørende for den hjelpen som pasienten mottar (Travelbee, 1999, s. 135-138). Forhåndsamtaler kan være et hjelpemiddel for utarbeidelse av individuell plan (Helsedirektoratet, 2018). Sykepleien til hvert individ skal være individuelt tilpasset (Travelbee, 1999). Å kunne hjelpe pasienten med å kunne ivareta sine ønsker, håp og individualiserte ønsker legger en til rette for en bedre ivaretagelse i palliativ fase (Husebø & Husebø, 2015, s. 29-28). Kommunikasjon kan gi sykepleieren en mulighet til å bli kjent med pasienten og forstå pasientens behov, samt hvordan behovene kan ivaretas (Travelbee, 1999, s. 137). Pasienter som bor på sykehjem er tjenesteytere med langvarig og kontinuerlig omsorg, og det slås fast i lovverk at de har rett på utarbeidelse av en individuell plan (pbrl 1999, § 2-5). Omsorgstjenester som sykehjem skal samarbeide med tjenesteytere, samt pasienten for å sikre et helhetlig tilbud rundt pasienten (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 7-1).

5. Avslutning og implikasjoner for praksis

Denne litteraturstudien har tatt for seg hvordan sykepleiere kan kommunisere med pasienter på en måte som ivaretar pasientens behov i palliativ fase på sykehjem. Kjernen til god ivaretagelse gjennom kommunikasjon i palliativ fase handler om at sykepleier ved tidlig innleggelse på sykehjem bidrar til å heve kvaliteten på omsorgen ut fra pasientens eksistensielle behov. Særlig kan sykepleier være bevisst behov for autonomi, og sentrere om pasientens identitet og verdier samt ivareta hver enkelt pasients verdighet. Funn i de inkluderte studier viser at det å snakke om følelsesmessige behov kan være vanskelig å snakke om for pasienter, og sykepleier bør innlede en slik samtale (Gjerberg et al., 2015). Forhåndsamtaler kan styrke pasientens autonomi og medvirkning i beslutningsprosesser som angår en selv, samtidig som det legges vekt på at eksistensielle og psykososiale behov kan bidra til en mer persontilpasset og helhetlig tilnærming til pasienten (Deng et al., 2020).

Kommunikasjon som kan bidra til nærhet i sykepleierrelasjoner kan være avgjørende for hvordan pasienten mottar hjelp (Sandsdalen et al., 2015; Stajduhar et al., 2010; Travelbee, 1999). Sykepleier som har evnen til god kommunikasjon kan bidra til en åpen dialog ved hjelp av lavterskelåpninger. En slik dialog kan skape en hyggelig atmosfære mellom pasient og helsepersonell (Grobe et al., 2019). Å åpne opp for en slik samtale kan bygge tillit mellom pasient og sykepleier. Gjennom sin etiske holdning kan en slik dialog hjelpe sykepleier til å være intuitiv på pasientens behov. Å lytte til pasienten eksistensielle tanker kan fremme pasientens opplevelse av verdighet og ivaretagelse. Det å balansere samtalen er helt avgjørende for at pasienten ikke skal føle seg krenket, eller oversett. Atmosfæren spiller en sentral rolle for å innby til dialog som fremmer trygghet, tillit og komfortabelt på sykehjemmet (Grobe et al., 2019; Sandsdalen et al., 2015, Travelbee, 1999).

Implikasjoner for praksis i sykehjem kan handle om hvordan sykepleier opptrer i form av kroppsspråket, øyekontakt og lytteteknikker, og hvordan en fremstår foran pasienten. Slike faktorer kan være helt avgjørende for hvordan pasienten føler seg ivaretatt (Eide & Eide 2017, s. 144-146). Sykepleier kan gjennom sin etiske holdning være ærlig om pasientens helsetilstand, og gi informasjon direkte. En slik ærlighet kan være avgjørende for at pasienter i palliativ fase skal oppleve ivaretagelse og verdighet. Funnene viser at

formidlingen av informasjon bør bli bedre for at pasienter ikke skal føle seg overlatt til seg selv (Stajduhar, et al., 2010). Kontinuitet i personellgruppen på sykehjemmet og å allerede være anerkjent gjennom dialog, og at sykepleierne vet hva som er viktig for hvert enkelt kan fremme opplevelse av verdighet og ivaretagelse. Tidsmangel og ressursmangel kan alltid være en barriere som utfordrer ivaretagelsen gjennom kommunikasjon. Hvordan sykepleier bruker tiden sammen med pasienten kan være helt sentral for hvordan pasienter på sykehjem skal oppleve seg ivaretatt gjennom kommunikasjon. Enn må tørre å innlede til samtale, og en må tørre å stå i dialogen med tankene palliative pasienter på sykehjem imøtekommer.

6. Referanseliste

- Andres, B., Halsestrønning, J. & Strøm, I-K. (2020.02.04). *Humor et viktig hjelpemiddel i palliativ behandling*. Sykepleien. [10.4220/Sykepleiens.2020.80299](#)
- Andersen, J. (2017.12.27). *Mixed methods»-design i helseforskning*. Sykepleien. 10.4220/Sykepleiens.2017.64738
- Bjerga, G., Dysvik, E., Handelland, M., Jaastad, T-A. & Kaldestad, K. (2019.07.04). *Kontinuitet i omsorgen er en motvekt til klokketiden og instrumentalistiske praksiser*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2019/06/kontinuitet-i-omsorgen-er-en-motvekt-til-klokketiden-og>
- Bratt, C. Gautun, H. & Øien, H. (2016). *Underbemanning er selvforsterkende - Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem*. (NOVA Rapport 6/2016). https://sykepleien.no/sites/default/files/til-trykk-nova-r6-16-25-mai-2016_2.pdf
- Brenne, A. & Dalene, R. (2016). Symptomlindring av den døende pasienten. I S.Kaasa & J. H. Loge, *Palliasjon - Nordisk lærebok* (3. utg.). (s. 638-652). Gyldendal Norsk Forlag.
- Caris-Verhallen, W. M., Kerkstra, A. & Bensing, J. M. (1999). Non-verbal behaviour in nurse-elderly patient communication. *Journal of advanced nursing*, 29(4), 808–818. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.00965.x>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Deng, R., Zhang, J., Chen, L., Miao, J., Duan, J., Qiu, Y., Leung, D., Chan, H. & Lee, D. T. (2020). The effectiveness of a modified advance care planning programme. *Nursing Ethics*, 27(7), 1569–1586. <https://doi.org/10.1177/0969733020922893>
- Det medisinske fakultet - UiO. (2021.03.29). *Veileder- Forhåndssamtaler; felles planlegging av tiden fremover og helsehjelp ved livets slutt for pasienter på sykehjem*. <https://www.med.uio.no/helsam/forskning/prosjekter/forh%C3%A5ndssamtaler-i->

[sykehjem/acp-veileder271117-.pdf?utm_source=publikasjoner&utm_campaign=veileder-forhandssamtaler](#)

Eide, H., & Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner- samhandling, konfliktløsning, etikk*. Gyldendal.

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner - Personorientering, samhandling, etikk* (3.utg.). Gyldendal Akademisk.

Fjørtoft, A-K. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Fagbokforlaget.

Folkehelseinstituttet. (2016.06.03). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

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*. 15:103 DOI: 10.1186/s12877-015-0096-y

Groebe, B., Rietz, C., Voltz, R. & Strupp, J. (2019). How to Talk About Attitudes Toward the End of Life: A Qualitative Study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, 36(8), 697–704. <https://doi.org/10.1177/1049909119836238>

Grov, E. K. (2018). *Pleie og omsorg ved livet slutt*. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff. *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasient* (2.utg.). (s. 522-535). Gyldendal Akademisk.

Guo, Q. & Jacelon, C. S. (2014). *An integrative review of dignity in end-of-life care*. *Palliative Medicine*, 28(7), 931-940. <https://doi.org/10.1177/0269216314528399>

Hauge, S. (2018). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & H. A. Ranhoff (red), *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten (2.utg.)*. (s. 265-283). Gyldendal.

Helsedirektoratet. (2015). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>

Helsebiblioteket. (2016.06.03). *Systematisk oversikt*. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/systematisk-oversikt>

Helsedirektoratet. (2018.09.18). *Kommunikasjon og samvalg*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/kommunikasjon-og-samvalg#ivareta-pasient-og-parorendes-behov-for-samtale-og-informasjon-i-livets-slutfase>

Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen: Nasjonalfaglige retningslinjer (IS-2800)*. Helsedirektoratet.

https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf/_attachment/inline/95636e37-ce73-4f2f-a61d-ee3f9e1ccada:fd30165370557eebcb60adcdb8473e4b786776b4/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf

Helsebiblioteket (u.å.) *Alle databaser*. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser>

Heap, K. (2012). *Kommunikasjon. Samtalen i eldreomsorgen* (4. utg.). (s. 45-86).

Kommuneforlaget AS.

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.*

(LOV-2011-06-24-30). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_7#%C2%A77-1

Hauge, S. (2018). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkvold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red),

Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten (2.utg.). (s. 265-283).

Gyldendal Akademisk.

Hovdenes, Haugan. (2002). Pleier-pasient-relasjonen i sykehjem — tilintetgjørelse eller

virkeliggjørelse. *Vård i Norden*, 22(3), 21–26.

<https://doi.org/10.1177/010740830202200306>

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7 utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Husebø, S. & Husebø, B. (2015). Omsorg ved livets slutt. I M. S. Holm & S. Husebø (Red.),

En verdig alderdom: Omsorg ved livets slutt (s. 21-37). Fagbokforlaget.

Kalfoss, M.H. (2017). Møte med lidende og døende pasienter-sykepleierens møte med seg

selv. I: Stubberud, D-G., Grønseth, R., Almås, H. (red.). *Klinisk sykepleie bind 2.* (453-

481). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kaasa, S. & Loge, J.H. (2018). *Palliasjon - Nordisk lærebok.* Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N. J. (2017). Sykepleiefagets teoretiske utvikling- en historisk resie. I N. J.

Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. G. Hjelmeland. *Grunleggende sykepleie-*

pasientfenomener, samfunn og mestring (3.utg.). (s. 15-80). Gyldendal Akademisk.

Kim-Sing, C., Stajduhar, K.I., Thorne, S.E. og McGuinness, L. (2009). Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer. I: *Journal of Clinical Nursing* 19(13-14):2039-47. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03158.x

Lillemoen, L. (2020). Forhåndssamtaler. I M. Magelssen, R. Førde, L. Lillemoen, & R. Pedersen (red.), *Etikk i helsetjenesten* (s. 83-93). Gyldendal Norsk Forlag.

NHI. (17.08.2018). *Innleggelse på sykehjem*. NHI.

<https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/innleggelse-i-sykehjem/?hp=true>

Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF.

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Norsk Palliativ Forening (NPF) & Norsk forening for palliativ medisin (NFPM). *Begreper med tilknytning til palliasjon*. (2016). Palliativ. <https://palliativ.org/publikasjoner/begrep>

Norges Offentlige Utredninger. (2017). *På liv og død: palliasjon til alvorlig syke og døende*. NOU;16. Regjeringen.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/995cf4e2d4594094b48551eb381c533e/nou-2017-16-pa-liv-og-dod.pdf>

Røkenes, O., & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller bryte - Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3.utg.). Fagbokforlaget.

Pasient- og brukerrettighetsloven.(1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-2020-12-04-134). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_2#%C2%A72-5

Sandsdalen, T., Hov, R., Høye, S., Rystedt, I. & Wilde-Larsson, B. (2015). Patients' preferences in palliative care: A systematic mixed studies review. *Palliative Medicine*, 29(5), 399–419. <https://doi.org/10.1177/0269216314557882>

- Schaffer, M. (2007). *Ethical problems in end-of-life decisions for elderly Norwegians*. *Nursing Ethics*, 14(2), 242-257. <https://doi:10.1177/0969733007073707>
- Stajduhar, K. I., Thorne, S. E., McGuinness, L. & Charmaine, K.S. (2010). Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer. *Journal of clinical nursing*, 19(13-14), 2039–2047. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03158.x>
- Strang, S., Hensch, I., Danielson, E., Browall, M. & Johansson, M. (2013). *Communication about existential issues with patients close to death—nurses' reflections on content, process and meaning*. *Psycho-Oncology*, 23(5), 562-568.
- SSB. (2019.09.17). *Eldrebølgen legger press på flere omsorgstjenester i kommunen*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/eldrebolgen-legger-press-pa-flere-omsorgstjenester-i-kommunen>
- Stendal M,.B. *Mentaliseringsbasert miljøterapi kan forebygge aggresjon og vold*. *Sykepleien*. 2018;106(72152)(e-72152). Hentet fra: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.72152>
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Travelbee, J.(2003). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Norsk forlag.
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleier studenter - Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2.utg.). Universitetsforlaget.

Vedlegg:

1. Eksempel på kritisk vurdering av kvalitativ studie ved bruk av sjekklister

Tittel: «How to Talk About Attitudes Toward the End of Life: A Qualitative Study»

Forfatter: Groebe, Rietz, Voltz, & Strupp

(Folkehelseinstituttet, 2016)

Del A: Innledende vurdering			
	JA	NEI	UKLAR
1A - Er formålet med studien klart formulert?	Studien ønsket å få innsikt i krav og betingelser for kommunikasjon om livets slutt i ulike palliative omsorgs institusjoner		
2A - Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Formålet er å undersøke erfaringer og opplevelser		
3A - Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	Utformingen er hensiktsmessig da den tar sikte på å gi innsikt i spesifikke krav og betingelser for samtaler ved utgangen av livet i ulike omsorgssituasjoner		
4A - Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Deltagerne ble rekruttert av lederne på institusjonen. 18 personer ble intervjuet. 12 av deltagerne var sykepleiere og 6 var psykososiale omsorgsarbeidere.		
5A - Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Fokusgruppe intervju som ble tatt opp på lydbånd. Intervjuene fulgte en semistrukturert intervjuguide.		
6A - Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Forfatterne erklærte ingen potensielle interessekonflikter med hensyn til forskningen.		
7A - Er etiske forhold vurdert?	Etisk godkjenning ble innhentet fra den etiske kommisjonen til Universitetssykehuset i Köln. Deltagerne ga skriftlig samtykke, etter å ha fått muntlig informasjon.		

9A - Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?	Studien er en fenomenologisk studie.		
Del B: Hva er resultatene?			
11B - Er funnene klart representert?	Studien presenterer funnet klart. Det ble gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnet. Forskerne diskuterer funnene troverdig. Funnene diskuteres opp mot den opprinnelige problemstillingen.		
Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?			
12 C - Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	Funnene i denne studien er nyttige i praksisfeltet sykepleie, ettersom dannelse av god kommunikasjon kan være god hjelp for en mer åpen samtale. En samtale som omtales som et lavterskeltilbud. Å utvikle en hyggelig atmosfære er med på å etablere tillit mellom pasient og helsepersonell. Det anbefales å bruke lavterskelåpninger i samtaledannelsen i den palliative fasen, samt en åpen holdning om det pasienten ønsker å prate om.		

(FHI, 2016)

2. Eksempel på innledende spørsmål ved forhåndssamtaler
Hentet fra: Det medisinske fakultet UiO (2021)

Planlagte forhåndssamtaler

En planlagt forhåndssamtale på sykehjem innebærer at pasient og/eller pårørende inviteres til å snakke om pasientens nære fremtid, fremtidig helsehjelp og livets slutfase. Det inviteres til forhåndssamtale etter at inntakssamtale er gjennomført. En forhåndssamtale kan gi verdifull informasjon til ansatte, men samtalen er først og fremst en anledning for pasienten og pasientens pårørende til å fortelle hva som er viktig i pasientens liv, og hva som er pasientens ønsker og behov når livet går mot slutten.

Pasientens svar skal dokumenteres og skal inngå som grunnlag for beslutninger knyttet til behandling og omsorg i fremtiden og i livets slutfase. Pasienter (og pårørende) er forskjellige, har ulik livshistorie, diagnoser, sykdomsutvikling- og erfaringer, derfor vil samtalene også bli forskjellige. Det er frivillig å delta i samtalen. Samtykkekompetente pasienter skal samtykke til at pårørende deltar i samtalen.

Samtykke

De fleste pasienter på sykehjem har varierende grad av kognitiv svikt, inkludert demens. Derfor er det naturlig at man vurderer pasientens samtykkekompetanse ved forhåndssamtaler slik at pasienten involveres på best og riktig måte. Tilstrekkelig og tilpasset informasjon er viktig for at pasienten skal kunne gjøre valg ut fra en forståelse for hva valget innebærer. Er pasienten ikke samtykkekompetent bør pårørende involveres i større grad. Pårørende skal formidle hva som er pasientens tidligere uttrykte ønsker og verdier. Hvis pasienten ikke er samtykkekompetent skal som hovedregel samtalen gjennomføres med pårørende og pasient.

Behov for vurdering av samtykkekompetanse og tilrettelegging betyr ikke at pasienter med redusert samtykkekompetanse skal utelates fra forhåndssamtaler. Pasienter med kognitiv svikt kan og bør få anledning

Gjennomføring av forhåndssamtaler

Det er viktig å forsøke å skape en god atmosfære rundt samtalen. Innledende småprat, for eksempel med utgangspunkt i bakgrunnsopplysningsskjema eller lignende kan bidra til at både pasient, pårørende og ansatte 'senker skuldrene'. I starten av samtalen bør man også kort fortelle hva samtalen kan handle om; pasientens opplevelse av å bo på sykehjemmet, om pasienten har synspunkter på hvor aktivt han/hun vil behandles; hva som er viktig nå – og hva som er viktig i livets slutfase; om det er noe pasienten bekymrer seg for eller noe pasienten ser fram til. Å minne om hva som er hensikten med samtalen er spesielt viktig når pasienten har kognitiv svikt.

Start gjerne med åpne og generelle spørsmål. Underveis i samtalen er det viktig å være var og sensitiv for pasientens reaksjoner. Gi informasjon på en enkel måte slik at pasienten forstår hva han/hun svarer på. Ved å si «Har jeg forstått deg rett i at du ønsker...?» kan du sjekke ut om du har forstått pasienten rett. Poengter at det er legen som tar beslutninger, men at pasienten har rett til å si hva han eller hun ønsker.

Spørsmålene må tilpasses pasienten og hvilken informasjon man allerede har dokumentert om pasienten. Å etterspørre pasientens preferanser for behandling som helsepersonell vurderer ikke å være hensiktsmessig for pasienten, for eksempel hjerte-lungeredning, bør unngås. Noen av spørsmålene kan være vanskelig å svare på og pasienten må få anledning til å komme tilbake til disse senere. I det påfølgende har vi en rekke forslag til formuleringer /spørsmål som kan stilles til pasienten. Mange av spørsmålene er tenkt som oppfølgingsspørsmål dersom pasient og/eller pårørende ikke selv bringer de fram.

Forslag til innledende spørsmål

- Det er fint for oss som jobber her å bli bedre kjent med deg og få vite mer om hva som er viktig for deg.
- Hvordan er det å bo her på sykehjemmet?
- Hvem har du kontakt med/snakker med her på sykehjemmet?
 - Hvem har du kontakt med av familie og venner?
- Har du sett på invitasjonen og tenkt over spørsmålene i den?
- Hvor mye informasjon om sykdommen(e) din(e) ønsker du?
 - Hvis dine pårørende spør, kan vi informere om sykdommen(e) dine?
- Hvor mye informasjon om behandlingen din ønsker du?
 - Hvis dine pårørende spør, kan vi informere om behandlingen du får?
 - Er det noen du ønsker vi ikke skal gi informasjon til?
 - Er det noen du ønsker skal være med deg når du får informasjon?
- Er det noen du ønsker skal være med deg hvis man skal diskutere behandling av deg?
- Vil du delta når beslutninger skal tas om din behandling?
 - Hvis nei: Ønsker du at noen skal representere deg?
 - I tilfelle, hvem ønsker du skal representere deg?
- Har du noen gang skrevet ned dine ønsker for fremtidig behandling?

Forslag til oppfølgende spørsmål

- Tenker du noe på fremtiden?
 - Er det noe du har lyst til å gjøre/ oppleve?
 - Er det noe du håper på?
 - Er det noe du uroer deg for?
- Hva er et godt liv for deg?

Forslag til spørsmål om fremtidig helsehjelp

- Noen har gjort seg opp tanker om hva de ønsker hvis de blir akutt eller alvorlig syke. Har du noen ønsker som vi skal vite om?
- Har du noen tanker om hva du ønsker dersom du skulle bli så syk at sykehusinnleggelse kan være aktuelt?
- Når du kommer dit i livet at du ikke har lenge igjen å leve, hva er viktig for deg da?
 - Er det for eksempel viktig for deg å leve lengst mulig?
 - Er det for eksempel noen du ønsker å ha hos deg?
 - Er det noen du ønsker å snakke med?
 - Er det noe annet du er opptatt av?
- Er det noe annet du ønsker å ta opp og snakke om?
- Vi vet at noen kan endre oppfatning om hva de ønsker når de blir alvorlig syke, derfor vil vi snakke med deg igjen om disse tingene.

Spør pasient og pårørende hvordan de opplevde å snakke om disse spørsmålene. Avtal tidspunkt for eventuelt å fortsette eller avslutte samtalen. Avtal tidspunkt for en ny samtale om 6-12 mnd. Oppsummer samtalen for å sjekke ut en felles forståelse av det som er kommet frem