



Sykepleieres barrierer ved forhåndssamtaler

«Det er ein stor lettelse å ha fått min palliative plan, og vite at legane og sjukepleiarane tar omsyn til mine ønske» (Helse Møre og Romsdal, 2019).

«Det føles fole godt at ej no kan sleppe å måtte gjenta meg sjøl, opp att og opp att» (Helse Møre og Romsdal, 2019, 7:20 – 8:20).

Kandidatnummer: 1115

VID vitenskapelige høgskole

Diakonhjemmet Oslo

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BASYK 17

Antall ord: 10592 ord

Dato: 19. Mars 2020

Forord:

Noen trenger struktur, andre tåler mer uforutsigbarhet. Noen ønsker mye informasjon, andre trenger stillhet. Noen søker omsorg og nærhet, andre har behov for avstand. Beboerens egne preferanser må utforskes. Det er kun gjennom samtale og åpen dialog en virkelig kan finne ut hva beboeren ønsker og bli kjent med det unike individet beboeren er.

Opphavsrettigheter

Forfatteren har opphavsrettighetene til rapporten.
Nedlasting for privat bruk er tillatt.

Sammendrag/abstract

Forhåndssamtaler er et tiltak sykepleiere kan ta i bruk for å kartlegge og skape samsvar mellom sykehjemsbeboeres ønsker, og den behandlingen som gis. Denne oppgaven er et litteraturstudie som gjennom forskningsartikler og aktuell litteratur, belyser hvordan sykepleiere gjennom bevissthet rundt egne barrierer og utfordringer, kan arbeide målrettet med forhåndssamtaler i en palliativ planlegging. Forskning viser at få sykepleiere våger å ta initiativ til slike samtaler. Likevel viser det seg at gjennom foredrag og veiledning, samt å dele erfaring og kompetanse med andre erfarne helsefagarbeidere, kan sykepleiere styrke sin kunnskap og mestring på området. Hindringer drøftes i lys av slike funn og hvordan et bevisst forhold til barrierene kan bidra til at beboernes helhetlige behov blir ivaretatt. Ved at sykepleiere reflekterer rundt egne barrierer, og gir beboerne økt deltakelse i palliativ planlegging, vil dette blant annet kunne forebygge ensomhet, angst og depresjoner for sykehjemsbeboeren.

Nøkkelord: sykepleie, palliasjon, forhåndssamtale, palliativ plan, sykehjemsbeboer, barrierer

Advanced care planning (ACP) is an action plan used by nurses to identify the patient's wishes and make sure it corresponds with the provided treatment. This assignment is a literature study using research and relevant literature to illuminate how nurses can work towards ACP through facing their own barriers and challenges. Research has indicated that nurses often do not dare to initiate ACP. Despite this, findings show that through lecture and guidance, as well as by sharing experience and knowledge with experienced health workers, nurses can strengthen their expertise and knowledge in this area. Findings related to nurses barriers, and their conscious relationship to these challenges, as well as how to contribute to meet the overall needs of the patients, are discussed. Having nurses reflect on their own barriers, and give the patient increased participation in ACP, may contribute to prevent loneliness, anxiety and depression among other things.

Key words: Nursing, palliative care, advanced care planning, nursing home resident, barriers

Innholdsfortegnelse

Sammendrag/abstract	III
1 Innledning.....	1
1.1 Hensikt med oppgaven.....	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.4 Avgrensning av oppgaven.....	2
1.5 Begrepsavklaring.....	3
2 Teori	4
2.1 Palliasjon.....	4
2.2 Forhåndssamtaler og palliativ plan.....	5
2.3 Sykepleierens fokus, ansvar og plikter	6
2.4 Omsorg i møte med den eldre	7
2.5 “Den gode død” – Personsentrert omsorg.....	9
2.6 Den eldre døende sykehjemsbeboeren.....	10
3 Metode	12
3.1 Litteratursøk	12
3.2 Inkluderingskriterier og krav til data	12
3.3 Leseprosess	13
3.4 Etske vurderinger	13
4 Presentasjon av funn.....	14
4.1 Artikkel 1	14
4.2 Artikkel 2	15
4.3 Artikkel 3	15
4.4 Artikkel 4	16
4.5 Artikkel 5	17
5 Drøfting	18
5.1 Utfordring 1 - Sykepleierens bekymring	18
5.1.1 Personsentrert omsorg.....	18
5.1.2 Håp.....	20
5.2 Utfordring 2 – Sykepleierens verdier og kunnskap.....	21
5.2.1 Tro og livssyn.....	21
5.2.2 Kunnskap og erfaring.....	23
5.3 Utfordring 3 – Sykepleierens praktiske utfordringer.....	25
5.3.1 Retningslinjer.....	25

5.3.2	Tidspunkt.....	25
5.4	På sykehjemmet.....	27
5.4.1	Beboeren og sykepleier på sykehjemmet.....	27
5.4.2	Kompetanse på sykehjemmet.....	29
6	Konklusjon.....	31
	Litteraturliste	32
7	Vedlegg.....	38
	CINAHL	38
	CINAHL – søk nr. 2.....	39
	PubMed.....	40
	SveMed.....	42
	Obligatorisk erklæring.....	43

1 Innledning

World Health Organization (WHO) anerkjenner palliativ omsorg som del av en menneskerettighet til helsehjelp, og er mest effektivt dersom det blir tilbudt tidlig i forløpet (WHO, 2018). Forhåndssamtaler er et tiltak igangsatt for å kartlegge den eldre verdier, ønsker og preferanser for sin palliative fase (Friis & Førde, 2017). Målet er å være i forkant av ulike utfordringer for å bidra til et meningsfylt liv og få fram sykehjemsbeboerens personlige synspunkt på pleien i den palliative fasen (Helse Møre og Romsdal, 2019). Korrekt informasjon og samtale med beboer, kan hjelpe med å få en mest mulig gjensidig forståelse av situasjonen, og kan gi trygghet og forberedelse på at livet går mot slutten (Helsedirektoratet, 2018a). Å snakke om døden kan være en stor utfordring for mange. Det kan vekke vonde følelser, men i noen tilfeller også gode. Døden er endestoppet på en livsreise, og den oppleves forskjellig for hver enkelt. For noen er den ventet, mens for andre kommer den for fort. Å dø med verdighet og beholde livskvaliteten den siste tiden av livet, er et mål mange eldre etterstreber. Hvert år dør 20.000 eldre i norske sykehjem (Hauge, 2014, s.277). Med flere eldre med kroniske sykdommer, og en økning i fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle utfordringer, følger en hastende nødvendighet for å kartlegge eldre palliative behov (European Association of palliative care, u.å).

Kari Martinsen (1989) proklamerer et ansvar for den svake, og som sykepleiere har vi et ansvar for å ivareta beboerens helhetlige behov, verdighet og integritet (Norsk sykepleierforbund, u.åb). Det er da essensielt at sykepleiere mestrer å overkomme disse utfordringene, slik at vi kan skape trygghet, og en verdig avslutning på livet for sykehjemsbeboeren. Det er voksende oppmerksomhet rundt forhåndssamtaler. Likevel eksisterer det en rekke hindringer blant sykepleiere som forårsaker manglende initiativ til disse samtalene (Glaudemans, J. J., Jong, A. E., Philipsen, B. D. O., Wind, I. & Willems, D. L, 2018, s. 220-223).

1.1 Hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å undersøke forholdet sykepleiere har til forhåndssamtaler og utvikling av palliativ plan, for å sikre en verdig død hos beboere på sykehjem. Denne oppgaven tar sikte på å identifisere forskning og litteratur som belyser dette viktige temaet i

sykepleien. Fokuset ligger på utfordrende aspekter i utførelsen av forhåndssamtaler i en palliativ planlegging. Følgende problemstilling er formulert:

1.2 Problemstilling

Hvordan kan vi som sykepleiere ha et bevisst forhold til egne barrierer knyttet til forhåndssamtaler i palliativ planlegging?

1.3 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunn for valg av tema kommer fra egne opplevelser i praksis, der beboere og pårørende har gitt uttrykk for at de ikke har fått tilstrekkelig med informasjon om situasjon og tilstand. Jeg har observert flere ligge for døden der ingen av de ansatte vet hva som er viktig for beboeren, og hvilke ønsker og preferanser beboeren har for livets siste dager. Den eneste kilden tilgjengelig har vært de pårørende, som selv også til tider har vært uvitende og usikre på hva den eldres faktiske ønsker var. De pårørende ytret da et stort ubehag rundt å måtte ta avgjørelser på vegne av deres nære, uten å vite om dette ga samsvar med beboerens faktiske behov og verdier. En verdig død er en faglig og etisk forpliktelse for sykepleiere, og en palliativ plan og forhåndssamtaler er gode tiltak for å sikre dette. Likevel kan det ut ifra forskning tyde på at det eksisterer flere barrierer som gjør at sykepleiere styrer unna disse ansvarsområdene. Dette forårsaker at beboeren mister sin medbestemmelsesrett og mulighet for formidling av egne behov for omsorg og pleie for sin palliative fase.

1.4 Avgrensning av oppgaven

Denne oppgaven skal begrenses til hvordan sykepleiere på sykehjem kan sikre en verdig død for eldre beboere. Hovedfokuset vil rettes mot forhåndssamtaler og opprettelse av palliative planer. Tidsaspektet vil være fra beboeren ankommer sykehjemmet til døden inntreffer. Det vektlegges spesielt sykepleiernes egne barrierer for å gjennomføre slike samtaler. Mye av forskningen som vektlegges i denne oppgaven viser til Advanced Care Planning – ACP. Dette

er det internasjonale ordet for forhåndssamtaler og palliativ plan, men videre i denne oppgaven vil de norske uttrykkene benyttes.

1.5 Begrepsavklaring

Barrierer, viser i denne oppgaven til emosjonelle og praktiske utfordringer og hindringer flere sykepleiere kan kjenne på ved gjennomføring av forhåndssamtaler.

Preferanser, blir i denne oppgaven brukt som pleien og omsorgen beboeren selv foretrekker i sin palliative fase.

Beboer og den eldre, blir brukt konsekvent gjennom hele oppgaven som en betegnelse på pasienter, bortsett fra situasjoner der det nevnes spesifikke pasienter og pasientgrupper.

Helsepersonell, er omtalt som alle ansatte på sykehjemmet. Sykepleiere, leger og helsefagarbeidere.

2 Teori

2.1 Palliasjon

WHO (2018) har stadfestet at palliativ behandling bidrar til økt livskvalitet, og lindrer lidelse ved tidlig identifisering av de palliative behovene. Palliativ omsorg og pleie er et tilbud helsepersonell kan gi beboere med en ikke-kurativ og livstruende sykdom, for å bedre livskvaliteten den siste tiden av livet. Ved tidlig identifisering og riktig behandling av smerter eller andre fysiske, psykiske eller åndelige utfordringer, er dette tilbudet med på å forebygge og lindre lidelse (Helsedirektoratet, 2019, s.11). Før ble palliativ behandling hovedsakelig gitt til kreftpasienter, men for bedre å kunne møte eldres behov, tilbys det nå til alle aldersgrupper og ulike diagnoser der prognosen er dårlig (Socialstyrelsen, 2013, s.21&22).

Kunnskap om beboerens sykdomshistorie og muligheter for å gjenkjenne eventuelle vendepunkter i sykdomsforløpet, er en vesentlig forutsetning for å gi tilpasset behandling og omsorg i livets slutfase. Informasjon og samtale med beboer og pårørende kan bidra til en best mulig forståelse av situasjonen, og åpne for forberedelse på at livet til den eldre går mot slutten. Er beboeren i stand til å kommunisere på egenhånd, er det spesielt viktig å utforske den eldre egen oppfatning av situasjonen. Slik kan pleien og beboerens ønske på best mulig måte stemme overens med hverandre (Helsedirektoratet, 2018a). Palliativ omsorg er mest effektivt dersom det blir tilbudt tidlig i sykdomsforløpet, og anerkjennes som en del av menneskerettigheten til helsehjelp. Dette for å øke livskvalitet, samt hindre unødige sykehusinnleggelse og ytterligere bruk av helsehjelp (WHO, 2018).

WHO (2018) informerer om nasjonale misoppfatninger om hva palliasjon er, og hvilke fordeler dette tilbudet kan gi beboere og helsesystemet. Disse mistolkningene stammer fra lav kunnskap hos ledere, helsearbeidere og befolkningen generelt. Det er også kulturelle og sosiale forskjeller rundt synet på døden, mangelfull kunnskap om hva det innebærer å få palliativ behandling, og usikkerhet om hvem som skal få dette tilbudet. Videre nevner WHO (2018) at mulige årsaker til denne nasjonale utfordringen, er at noen helseinstitusjoner ikke inkluderer palliativ behandling. Klinisk øvelse på å gi palliativ omsorg er ofte lav eller ikke-eksisterende, og tilgjengeligheten på smertelindrende midler er utilstrekkelig. Med økt alder følger også en økning i fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle utfordringer. Med flere

eldre, og flere med kroniske sykdommer, er det en kjent og hastende nødvendighet å kartlegge de palliative behovene til eldre (European Association of palliative care, u.å.).

2.2 Forhåndssamtaler og palliativ plan

God sykepleie er å la beboere få forberede seg på å møte døden på sin egen måte (Mathisen, 2016, s. 419). Forhåndssamtaler er en omfattende og åpen samtale der beboerens verdier, ønsker og behov for sin palliative fase blir drøftet (Friis & Førde, 2017). Forhåndssamtaler kan også omtales som samtaler for å utvikle palliative planer, og skal utarbeides sammen med beboeren selv, pårørende og helsepersonell. En slik plan skal inneholde den eldres preferanser i livets slutfase, pårørendes tanker om deltakelse i omsorgen for deres nære, fordeling av ansvar, og planlegging av tiden etter døden har inntruffet (Helsedirektoratet, 2018b) (European Association for Palliative Care, u.å.). I en video fra Helse Møre og Romsdal (2019, 7:20 – 8:20) kommer det fram at denne planen vil inneholde alle viktige opplysninger beboeren kommer med, og følge beboeren slik at alt helsepersonell, uansett hvor en befinner seg, kan lese seg fram til den eldres ønsker. Pasienten i videoen formidler en takknemlighet rundt denne planen og sier at: «Det føles fole godt at ej no kan sleppe å måtte gjenta meg sjøl, opp att og opp att». Gjennomføring av en slik plan krever god kommunikasjon med beboeren, og grundig informasjonsutveksling for å ta avgjørelser som bygger på beboerens verdier. Det er da viktig at den eldre og pårørende får muligheten til å diskutere, utvikle og revurdere den palliative planen, også i etterkant av samtalen (Helsedirektoratet, 2018b).

Tid for samtale må avtales med beboeren og pårørende. Noen har den palliative planen over flere år, mens andre har den i en kortere periode. Målet er å være i forkant av ulike utfordringer for å bidra til et meningsfylt liv og få fram beboerens personlige synspunkt på viktige områder (Helse Møre og Romsdal, 2019). Tidlig palliasjon i sykdomsforløpet vil hjelpe beboer og pårørende til å mestre situasjonen, og delta aktivt i beslutninger (Helsedirektoratet, 2019, s.13). Det vil også gi beboeren en mulighet til å bruke sin autonomi, og ta avgjørelser angående seg selv, før evnen til å uttrykke seg reduseres (Parker & Froggatt, 2011, s.89).

Forskning viser at beboer opplever det positivt når den palliative planen er ferdigstilt. I tillegg fremmer planen kontinuerlig åpne samtaler med beboer og deres pårørende om pleie og mål for tiden framover (Rietjens et al., 2017 s.546). Pasienten i videoen fra Helse Møre og Romsdal (2019) responderte slik etter en gjennomført forhåndssamtale: «Det er ein stor lettelse å ha fått min palliative plan, og vete at legane og sjukepleiarane tar omsyn til mine ønske». For at beboeren skal oppleve trygghet og ivaretagelse, kreves det at en slik plan følger beboeren og at alt helsepersonell er kjent med og bruker den aktivt.

2.3 Sykepleierens fokus, ansvar og plikter

Sykepleier sin kompetanse om grunnsykdommen og beherskelse av grunnleggende palliasjon, er nødvendig for å møte de komplekse og sammensatte behovene til beboerne (Helsedirektoratet, 2019, s. 16). Sykepleie, er et profesjonsyrke som omfatter en rekke funksjoner og ansvarsområder. Beboerens helse, livskvalitet og mestring, samt helhetlig omsorg for mennesket, er sentrale mål i sykepleien. Som profesjonell arbeidsutøver, er det viktig å ha fokus på å fremme helse, og hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for sykdom eller helsesvikt, med å ivareta sine grunnleggende behov (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2004 s.16-17; Norsk sykepleierforbund, u.åb). Verdier som nestekjærlighet og barmhjertighet er fundamentalt for utøvelsen av god sykepleie. Disse verdiene, samt vårt menneskesyn, kommer til uttrykk i måten vi møter og samhandler med mennesker på. Å møte beboeren med innlevelse og interesse, og som en likeverdig person, kan bidra til en følelse av å bli sett og anerkjent (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2004 s.16, 22 & 23). Respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet er grunnlaget for sykepleien. Som sykepleiere står vi med et stort ansvar for å ivareta enhver beboers verdighet og integritet ved å respektere den eldres selvstendighet og grenser (Nordbø, 2020; Norsk sykepleierforbund, u.åb). For å oppnå dette må vi yte forsvarlig og omsorgsfull hjelp, og bevare beboerens medbestemmelsesrett og retten til å ikke bli krenket. Gjennom tverrfaglig samarbeid bidrar sykepleieren til god helse, gjenvinning av selvstendighet og en verdig død for beboerne (Norsk sykepleierforbund, u.åa).

Joyce Travelbee (2017, s.221) formidler et ansvar for å hjelpe beboere med å finne mening i sykdom, lidelse og smerte. Relasjoner og god kommunikasjon mellom sykepleier og beboer

er derfor viktig, og det handler om å lære den syke å kjenne. For å bli godt kjent med noen, må man møte, respondere, oppfatte og respektere dette mennesket som et unikt individ. Gjennom kommunikasjon kan en sykepleier undersøke og komme fram til den sykes behov, og sette seg inn i vedkommendes situasjon. Det er vesentlig at sykepleier tilstreber en meningsfylt dialog, og at informasjonen som blir gitt, blir oppfattet og anvendt til det beste for beboeren (Travelbee, 2017, s. 140-142). Ved å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon, fremmer vi beboerens mulighet til å ta selvstendige valg (Norsk sykepleierforbund, u.åa). Livskvalitet er subjektivt, og gode kommunikasjonsferdigheter er derfor vesentlig hos sykepleiere for å kunne kartlegge beboerens særegne behov (Helsedirektoratet, 2019, s.18).

I Helsepersonelloven (1999, §4) gis det krav til sykepleiere om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp ut ifra helsepersonellets kvalifikasjoner og type arbeid. Sykepleieren skal innhente bistand eller henvise videre dersom det er nødvendig og mulig. Helsepersonellet kan også overlate bestemte oppgaver til annet personell dersom det er forsvarlig ut ifra personellets kvalifikasjoner (§5). I tillegg står det i §16 at: «Virksomhet som yter helse og omsorgstjenester skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter». Rett til medvirkning og informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1), er helt essensielt for en mulighet til å delta i beslutningsprosesser og for at behandlingen som gis, gir mest mulig samsvar med beboerens ønsker.

2.4 Omsorg i møte med den eldre

I møte med mennesker, må enhver sykepleier ha et bevisst forhold til egne verdier og holdninger. Mange kan oppleve møtet med døende som spesielt utfordrende, da de ikke har personlige erfaringer å støtte seg på i omsorgen til beboerne (Mathisen, 2016, s.416&419). Omsorgsfilosofen Kari Martinsen (1989, s. 17,21 & 56) hevder at omsorg er en yrkeskompetanse, og en essensiell del av sykepleien. Hun stadfester at «avviser vi lidelsens appell, avviser vi den andres identitet». Med dette menes at omsorgen vi gir, ikke vil være ekte dersom man forsøker å endre den andres situasjon. Omsorg handler om å kunne sette seg inn i situasjonen til den som trenger omsorg. Sykepleier må handle ut ifra prinsippet om ansvaret for den svake, og forholde seg til det som utspiller seg i fellesskapet med den andre.

Kari Martinsen (2005, s.135) viser til tre dimensjoner ved omsorgsbegrepet. Disse dimensjonene jobber hele tiden sammen for å yte best mulig omsorg, og består av *relasjonelt-, praktisk- og moralsk omsorg*. Den relasjonelle dimensjonen bygger på viktigheten av å etablere en relasjon med beboeren der tillit er fundamentalt og bærende. Vi bør derfor handle slik at vi er verdige den tilliten. Kollektivitet settes i sentrum med en tankegang om at partene skal ta vare på hverandre, og lytte til hverandre med innlevelse og engasjement (Martinsen, 2005, s.136, 137 & 147). Å vise seg verdig til å motta en annens sårbarhet krever tillit, interesse og imøtekommenhet, og er essensielt for at beboeren skal våge å dele sine utfordringer (Martinsen, 2005, s.145). Flere utfordringer kan komme med den relasjonelle omsorgen da det er lett å bli personlig involvert. I slike situasjoner er det viktig at den *praktiske dimensjonen* av omsorgen får sin plass. Skjønnnet og kunnskapen vil bidra til å tenke kritisk, og holde seg på rett spor. Det vil da kunne ses en sammenheng, og handles innenfor en autoritetsstruktur med svak paternalisme. Her har sykepleier en nødvendig kunnskap i situasjonen, som beboeren ikke har, og prinsippet om den eldres autonomi skal overholdes (Martinsen, 2005, s.146 & 164). Å handle på denne måten forutsetter en sensitiv holdning i relasjonen mellom sykepleier og beboer. Det innebærer at begge parter står på lik linje. Målet er å handle med interesse, ta skjønnsmessige vurderinger og hindre maktutøvelse, slik at den andres livsmuligheter kan vokse (Martinsen, 2005, s. 147, 155, 162 & 164). Målet med relasjonsorientert omsorg er ikke nødvendigvis full medbestemmelse, men at alle parter deler noe verdifullt (Brown, Robb, Lowndes, Duffy, Tolson & Nolan, 2011, s.41). I relasjon med en beboer, sitter sykepleier med mye makt i form av kunnskap. Maktforholdet og hvordan makten brukes, har stor betydning for den eldres muligheter. Her kommer den siste dimensjonen inn, *moralsk omsorg*, måten vi utfører omsorgen på. Det er da viktig å være observant på at den ikke brukes til å herske over beboere i svake situasjoner, men heller brukes i den sykes favør (Martinsen, 2005, s.162).

Martinsen (1989, s.56) hevder også at vi må handle ut ifra solidaritet. Dette betyr å bygge et inkluderende fellesskap hvor tillit er fundamentalt og grunnleggende. Omsorg er et samarbeid, der alle parter er like delaktige og spesialister på sitt felt. Teamet har ingen sjef, og består ofte av lege, sykepleier, beboer og pårørende (Hjort, 2010, s.450 & 451). Sykepleier må søke å imøtekomme den sykes behov. Vi må lytte, og være fullt og helt til stede i møte med den andres lidelse (Helsedirektoratet 2018a; 2019 s.40).

2.5 “Den gode død” – Personsentrert omsorg

Studier viser at symptomlindring, selvbestemmelse, delaktighet og det sosiale nettverket har en stor betydning for livskvaliteten og en verdig avslutning for beboere (Socialstyrelsen, 2013, s.23). Mange eldre streber etter å bevare sin verdighet med tanke på selvilde og identitet. Til tross for funksjonstap og tap av mental status, med nedsatt evne til å uttrykke seg, beholder mange eldre de samme verdiene som før. Det er derfor viktig at sykepleiere utforsker disse verdiene før det kommer til et slikt stadium, slik at den eldres behov, forutsetninger og ønsker blir kartlagt (Socialstyrelsen, 2013, s.23).

Tidspunktet for når informasjon om beboers døende situasjon bli formidlet, har stor betydning for utfallet (Mathisen, 2016, s.417 & 418). Det er viktig at informasjonen blir gitt på rett måte, og når en er klar for det. Dette gir beboeren en mulighet til å forberede seg på livets avslutning og til å møte døden på en verdig måte. Å forberede seg på døden kan skape mange ubehagelige følelser, og noen ønsker ikke nødvendigvis den hele og fulle sannheten om tilstanden sin. Dette må respekteres, da alle har full rett til å bestemme hvor mye informasjon man vil motta. Ensomhet oppleves likevel ofte sterkt hos beboere som ikke får snakket om dødssituasjonen og framtiden. Å få tid og mulighet til å dele sine følelser og tanker, kan være med på å lindre ensomheten, samt forhindre andre sterke reaksjoner som sinnsforvirring, delirium eller fysisk smerte (Mathisen, 2016, s.417 & 418).

Til tross for økt kunnskap om at beboere flest er takknemlige for å høre de framtidige utsiktene, er det flere sykepleiere som kvier seg for å formidle slike budskap. De velger ofte å utsette dette til siste slutt, og noen ganger blir det utsatt så lenge at det dessverre blir for sent (Hjort, 2010, s.450).

Målet om å gi en personsentrert omsorg vil være lettere oppnåelig dersom beboeren kan uttrykke seg adekvat om sine ønsker, håp og verdier (Gro, 2014 s.524). I dag vektlegges autonomi og selvbestemmelse. Samtidig ser man eksempler på at beboere som ikke ønsker, eller kan ta valg og avgjørelser, søker råd og veiledning fra sykepleiere. I andre tilfeller har de ikke kapasitet eller mulighet til å ytre sine egne meninger, og da må helsepersonellet forholde seg til pårørende. Det hender da at det blir konflikter mellom meninger hos de forskjellige partene, og slike konflikter er ødeleggende for god omsorg. Målet er samarbeid om felles løsninger, og veien dit er via dialog og empati (Hjort, 2010, s.449).

Noen beboere kan ha et behov for å snakke om tro og eksistensielle spørsmål. Noen ønsker samtale med prest eller annen religiøs veileder. Andre vil heller å ha samtalen med en nær sykepleier. Å vise åpenhet og interesse for å snakke om disse temaene kan være med på å gi trygghet ved livets siste slutt (Hjort, 2010, s.454).

Erfarne sykepleiere har ofte fått høre at det er ikke døden som fryktes, men det er smertene (Grov, 2014 s.524).Håp er essensielt og viktig å bevare hos beboerne, og bidrar til at mennesker er i stand til å mestre utfordrende situasjoner i livet. Slike utfordringer kan være tap, tragedier, nederlag, ensomhet og lidelse (Travelbee, 2017, s117). Den informasjonen vi gir og måten vi ordlegger oss på, må være korrekt. Å «pynte på sannheten» kan bidra til å ødelegge tilliten beboeren har til helsepersonellet. Likevel er det viktig å ikke frata beboeren alt håp. Håp kan endre perspektiv (Hjort, 2010, s.450). Og sykepleier kan bidra til å etablere nytt håp, om for eksempel å mestre sykdommen og lidelsen, og få en trygg død (Travelbee, 2017, s117).

2.6 Den eldre døende sykehjemsbeboeren

Omsorg for døende er svært relevant som ansatt på sykehjem. Hvert år dør rundt 20.000 personer på norske sykehjem, og de viktigste sykepleietiltakene er å dekke de eldres grunnleggende behov. Dette inkluderer behovene for sosial kontakt, åndelige og eksistensielle behov, de psykiske behovene som å bli sett og anerkjent, samt de somatiske behovene (Hauge, 2014, s.277). God palliasjon forutsetter en grundig kartlegging av beboerens totalsituasjon (Helsedirektoratet, 2019, s.14). Alle beboere på sykehjemmet er ulike, med forskjellige historier, diagnoser og erfaringer. Det er da ekstra viktig å søke beboerens eget synspunkt rundt døden og hvilke behov som er viktige for beboeren selv (Thoresen, Lillemoen, Sævareid, Gjerberg, Førde & Pedersen, u.å.). Kvåle og Bondevik (2008, s. 585-586) konkluderer med at det er av stor betydning for beboere å få ta del i beslutninger knyttet til en selv. Det samme gjelder viktigheten av å få god informasjon, og muligheten til å diskutere sykdommen og livssituasjonen med helsepersonell. Beboere verdsetter at legene og sykepleierne er ærlige med dem, og det er viktig at de har mulighet til å påvirke avgjørelser som gjelder behandling og videre pleie. Det er funnet at sykepleiere på sykehjem gir minimalt med informasjon, og få tar initiativ til forhåndssamtaler. Det

samme gjelder innhenting av ønsker hos beboere og pårørende (Dreyer, 2012, s.71-72).

I tillegg har det kommet fram at de fleste eldre som var plassert på et sykehjem, syntes dette forårsaket store endringer i hverdagen (Franklin, Ternestedt & Nordenfelt, 2008 s.137&138).

Det er en stor kontrast å forlate kjente og trygge omgivelser med mennesker en kjenner, til å skulle bo på et lite areal, med få eiendeler og mange ukjente (Hauge, 2014, s.270).

Franklin et al. (2008 s. 137-140) forteller at flere av de Eldres opplevelse av seg selv og sykehjemmet, blant annet er preget av en livssituasjon påvirket av frykt. Mange kjenner på en angst rundt hva framtiden vil bringe, mangel på kontroll og økende avhengighet. Sykehjemsbeboerne opplever å ikke bli sett og hørt av sykepleierne. De føler at systemet ikke tilrettelegger for å bli møtt på personlige behov, og at de ikke blir sett som individ. Livet på sykehjemmet blir beskrevet som svært ensomt, og mangel på samtaler får beboerne til å føle seg usynlige. Hauge (2010, s.227) belyser at å bo på sykehjem også kan ha flere positive sider, blant annet en trygghet i kontinuerlig kontakt med helsepersonellet. Rask og tilgjengelig kvalifisert hjelp, og støttende holdninger fra de ansatte, hjelper også beboerne med å beholde verdigheten (Franklin et al., 2008 s.139&140).

Alle sykehjem skal utarbeide, beherske og kvalitetssikre grunnleggende palliasjon.

Personalet skal ha tilstrekkelig kunnskap for å gi god palliativ omsorg til den døende (Helsedirektoratet, u.å). På sykehjemmene må det være et miljø som gir beboerne en følelse av trygghet og tilhørighet, kontinuitet, mening og mestring (Brown et al., 2011, s.43).

3 Metode

Metode er framgangsmåten en bruker for å hente informasjon som kan bidra til å besvare den valgte problemstillingen (Thidemann, 2015 s. 76). Metoden bidrar til å samle inn data, og er et middel for å løse problemer og komme fram til ny forskning (Dalland, 2017 s.51). Denne Bacheloroppgaven er et litteraturstudium. Et litteraturstudium er en beskrivende og analytisk oppsummering av et eksisterende datamateriale relatert til et spesifikt emne (SAGE publications, 2020). Oppgaven viser til skriftlige kilder, der kunnskapen er hentet, kritisk vurdert og satt sammen (Thidemann, 2015 s. 79). Det er brukt litteratur fra bøker og forskningsartikler fra tidligere pensum, kunnskap fra sikre internettkilder, og annen forskning fra store databaser. Alle kilder er tydelig referert til både i teksten og i referanselisten. Artikler med både kvalitative og kvantitative forskningsmetoder er benyttet. De kvantitative bidrar til data i målbare enheter og går i bredden, mens de kvalitative fanger opp en dybde, følelse og mening i resultatene (Dalland, 2017 s.52 & 53).

3.1 Litteratursøk

Søk og søkeord presenteres i sin helhet i vedlegg 7. Oppgavens forskningsartikler er hentet fra CINAHL, PubMed+ og SveMed+. Det er både brukt engelske og norske ord, samt enkelte MESH ord for å utvide spekteret av resultater. I tillegg er det foretatt søk på Oria.no som er skolebibliotekets søkemetode, Google Scholar, World health organization, Helsedirektoratet, Norsk sykepleierforbund, Sykepleien.no. og Helsebiblioteket.no.

Det er benyttet flere søkeord, alene og i kombinasjon: «Nurse*», «Conversation», «ACP», «Advanced care planning», «Barriers», «Patient», «Decision making», «Surrogate decision making», «Samtaler» og «Sykepleie».

3.2 Inkluderingskriterier og krav til data

I begynnelsen av søkeprosessen etter forskningsartikler var det viktig å være bevisst på enkelte kriterier som var nødvendig for å finne relevant forskning. Det ble søkt etter både kvantitative og noen kvalitative artikler. På denne måten kunne perspektivet utvides, og i

tillegg bidra til dypere mening og bredere refleksjon rundt temaet. Forskningsartiklene skulle være pålitelige, under 10 år gamle og være relevant for den aktuelle situasjonen i Norge. Flere land har kommet lenger enn Norge når det kommer til forhåndssamtaler. Med tanke på dette er det godtatt at mesteparten av forskningen er hentet fra Canada, USA og Australia, men det er også funnet forskning fra Nederland og Sverige som er gode representanter for tilsynelatende like helsesystem som i Norge. Det var også viktig at forskningen skulle være troverdig og kvalitetssikret ved at de er fagfellevurdert.

Det er også inkludert enkelte eldre kilder, blant annet fra sykepleieteoretikere. Det reflekteres da over relevansen dette budskapet har for dagens samfunn ut ifra undertegnede egen erfaring og annen innhentet kunnskap. Noen av kildene er også datert til noe eldre årstall enn inkluderingskriteriene. Dette er grunnet innhenting av primærkilder referert til i nyere pensumbøker. Kilden Helse Møre og Romsdal er også brukt flere steder i oppgaven. Disse har utviklet en veileder, mal og introduksjonsfilm om palliativ plan, som Helsedirektoratet har vist til på sine nettsider.

3.3 Leseprosess

For å finne fram til ønskede forskningsartikler, ble abstractet lest til å begynne med, for å finne en kortfattet informasjon om artikkelens innhold. I tillegg ble blant annet IMRaD-prinsippet brukt, «introduksjon, metode, resultat og diskusjon», for å dykke dypere ned i forskningen på en effektiv måte. Ved å bruke en slik søkemetode ble det enklere å orientere seg i ukjente artikler, og leseprosessen gikk raskere (Dalland, 2017, s.163).

3.4 Etiske vurderinger

Opgaven vil automatisk være preget av egne perspektiver på problemstillingen, men ved å være observant på dette gjennom skriveprosessen, tas det sikte på å være så objektiv som mulig. Forskningen som er brukt er fagfellevurdert og har foretatt sine egne etiske vurderinger der alle deltakere er anonymisert og det er en objektiv vinkling fra forfatterens side.

4 Presentasjon av funn

Etter mange ulike søk, ble det funnet fem relevante forskningsartikler som omhandler barrierer sykepleiere kjenner på ved forhåndssamtaler. Det vises til dokumentasjon av søk og framgangsmåte for valg av forskning, i vedlegg 7.

4.1 Artikkel 1

“Identifying the factors associated with Canadian registered nurses engagement in advance care planning” (Canada, 2018).

Forfattere:	Lori Rietze, Stacey Roles, Roberta Heale & Laura Hill
Metode:	Kombinert-metode, både kvalitativ og kvantitativ, med bruk av spørreundersøkelser, og fokusgruppe med 7 erfarne sykepleiere.
Formålet:	Undersøke om sykepleiere er åpne for å ta initiativ til forhåndssamtaler med deres pasienter, og om de forstår hva avgjørelsene rundt den palliative fasen innebærer for et eldre menneske.

Resultat: De fleste sykepleierne var enige i at samtaler med pasienter om livets slutfase, var en viktig del av jobben deres. Likevel kjente flere på barrierer som gjorde det utfordrende for dem å utføre disse. Dette gjaldt barrierer rundt begrenset kunnskap og organisatoriske faktorer som tid, ressurser og uklare regler og retningslinjer. Mange sykepleiere møtte også personlige hindringer som verdier og trosgrunnlag, frykt for å øke ubehag for pasient og pårørende, samt en redsel for å fjerne håp.

4.2 Artikkel 2

“Nurses’ interest in independently initiating end of life conversations and palliative care consultations in a Suburban, community hospital” (USA, 2017).

Forfattere:	Ambereen K. Mehta, Steven Wilks, M. Jennifer Cheng, Karen Baker & Ann Berger.
Metode:	Kvantitativ, spørreskjema før og etter undervisning med 50 sykepleiere.
Formålet:	Finne ut om sykepleiere kunne vise mer kunnskapsrik praksis i palliativ behandling etter et kort undervisningsforedrag, og om de ville føle seg komfortable med å ta initiativ til forhåndssamtaler.

Resultat: Selv korte undervisningsforedrag om palliative retningslinjer kan gi sykepleiere større kunnskap om hvordan lede en forhåndssamtale om livets avslutning. De fleste deltakerne i studien sa seg kapable og komfortable til å kunne holde en forhåndssamtale etter dette foredraget. Det kommer fram at sykepleiere ønsker en mer formell rolle i formidling av palliasjon til pasienter, men at dette krever mer kunnskap og erfaringer hos sykepleierne. Likevel viser studien at etter litt undervisning og veiledning, vil de erverve tilstrekkelig med kunnskap.

4.3 Artikkel 3

“How do Dutch primary care providers overcome barriers to advance care planning with older people? A qualitative study” (Nederland, 2018).

Forfattere:	Jolien J. Glaudemans, Anja E. de Jong, Bregje D. Onwuteaka Philipsen, Jan Wind & Dick L. Willems.
Metode:	Kvalitativ metode. Semistrukturerte intervjuer. 14 helsearbeidere, erfarne med forhåndssamtaler.

Formålet:	Undersøke hvordan erfarne helsearbeidere overvinner egne utfordringer og barrierer med forhåndssamtaler.
-----------	--

Resultat: Deltakerne formidlet at ved å søke lærdom og erfaringer gjennom å praktisere forhåndssamtaler daglig, overkom de egne barrierer rundt mangel på kunnskap og ferdigheter, samt negative holdninger og ulike trosgrunnlag. De delte og reflekterte over utfordringer og opplevelser med andre medarbeidere, og søkte mer lærdom via undervisning, veiledning og forskning. I tillegg til dette forberedte de pasient og familie på samtalen, i forkant, for å skape åpenhet under gjennomføringen. De brukte også verktøy som pop-up-vinduer og screeningverktøy for å bedre situasjonen rundt tidsbarrieren, i tillegg til delegering av oppgaver.

4.4 Artikkel 4

“Knowledge of, and participation in, advance care planning: a cross-sectional study of acute and critical care nurses’ perceptions” (Australia, 2018).

Forfattere:	Jan Shepherd, Amy Waller, Rob Sanson-Fisher, Katherine Clark & Jean Ball.
Metode:	Kombinert-metode, både kvalitativ og kvantitativ, der sykepleiere fra forskjellige regioner deltok på spørreundersøkelser, semi-strukturelle intervjuer og fokusgrupper.
Formålet:	Undersøke hva sykepleiere vet om forhåndssamtaler, ansvarsoppgaver til vergen, hvor aktive sykepleierne er med forhåndssamtaler, og deres kunnskap og holdninger til samtalen i praksis.

Resultat: Sykepleierne var lite kunnskapsrike rundt temaer som omhandlet medisinsk og økonomisk erstattende beslutningsperson (verge). Få sykepleiere hadde forberedt forhåndssamtaler, men eldre og mer erfarne sykepleiere var betydelig mer kunnskapsrike. Det var derimot stort ønske om å gjennomføre forhåndssamtaler i framtiden, og det var

enighet i at dette ga pasienter økt mulighet til å reflektere rundt de store spørsmålene med sykepleierne i god tid før siste fase. Det kreves mer kunnskap hos sykepleiere rundt forhåndssamtaler, og spesielt rundt hvordan, når og med hvem disse samtalene skal finne sted.

4.5 Artikkel 5

“Significant aspects of nursing within the process of end-of-life communication in an oncological context” (Sverige, 2018).

Forfattere:	Annelie Rylander, Stina Fredriksson, Ewa Stenwall & Lena-Karin Gustafsson.
Metode:	Kvalitativ metode. Intervju med sykepleiere som jobbet med kreftpasienter og andre palliative pasienter.
Formålet:	Utforske store aspekter i sykepleie ved nær døden samtaler, før, under og etter samtalen. I denne studien handler det hovedsakelig om situasjoner med kreftpasienter, men har mye til felles for andre situasjoner med kroniske sykdommer og alderdom, der døden kan inntreffe.

Resultater: Det ble funnet ut at samarbeid mellom lege og sykepleier var helt essensielt for å gi omsorg døgnet rundt. Sykepleier motiverte til flere samtaler rundt pasientens tilstand for å få mer innblikk i pasientens egne ønsker og preferanser i pleie. Det kommer fram at det er viktig at samtalene ikke bare er medisinsk orientert, og utført av legene. Sykepleier sin ekspertise økte deltakelsen til pasient og pårørende, samtidig som det reduserte angst og lidelse. Det skapte også en klarhet i pleien og trygghet for alle involverte.

5 Drøfting

Å bevare beboernes verdighet i sin palliative fase kan oppleves for helsepersonell som en stor utfordring. Man kan tenke seg en rekke tiltak som kan gi bedre kvalitet på tjenesten, og sikre en verdig død for beboeren. Grundig informasjon og muligheten til å diskutere sykdommen og livssituasjonen med helsepersonell, samt å få ta del i beslutninger knyttet til en selv, har vist seg å ha stor betydning for beboere på sykehjem (Kvåle og Bondevik, 2008, s.585-586). Rietze, Roles, Heale & Hill (2018 s. 234) hevder at ulike tiltak er igangsatt for å bedre situasjonen slik den er i dag. Deriblant forhåndssamtaler, for å danne en palliativ plan som en forberedelse på en framtidig verdig død. Likevel fungerer ikke dette så problemfritt som ønsket.

WHO (2018) rapporterer om at enkelte sykepleiere kjenner på barrierer når det kommer til forhåndssamtaler. Dette medfører at kun en minoritet av sykehjemsbeboerne får tilbud om en fullverdig palliativ plan. Noen av disse barrierene er frykten sykepleiere har for å fjerne håpet hos beboere og ikke kunne gi tilstrekkelig med omsorg. Dette gjelder da også en redsel for negativ innvirkning på beboer-sykepleier-relasjonen, og påkjenninger denne samtalen vil ha for de involverte. I tillegg kommer utfordringer i forhold til egne verdier og holdninger rundt døden, samt sykepleier sin usikkerhet grunnet manglende kunnskap og kompetanse på dette området. Uklare retningslinjer for gjennomføring, og tidspunkt for samtalen kan også virke inn som utfordrende barrierer (Rietze et al., 2018 s. 234). Det er viktig at sykepleiers barrierer ikke går utover pleien og omsorgen til beboerne. På sykehjemmet, som andre institusjoner, eksisterer disse barrierene i like stor grad, og forårsaker en lav forekomst av forhåndssamtaler.

5.1 Utfordring 1 - Sykepleierens bekymring

5.1.1 *Personsentrert omsorg*

En av de store utfordringene mange sykepleiere kjenner på, som kan påvirke deres manglende initiativ til forhåndssamtaler, er en bekymring for resultatet. Ved å ta opp så store og følelseladete temaer, kjenner flere sykepleiere på en uro for at samtalen heller

kan gi motsatt virkning, og påføre beboer og pårørende en større påkjenning. Mange sykepleiere kan da kjenne på en følelse av at den personsentrerte omsorgen ikke blir ivaretatt, og at hjelpen og omsorgen deres ikke er tilstrekkelig. Rietze et al. (2018, s.234) har vist at flere sykepleiere kjenner på frykten for å fjerne håpet til beboeren, og at dette skal være ødeleggende for relasjonen mellom beboer og sykepleier. Dette til tross for at forhåndssamtalen kun er ment som et godt tiltak for å skape samsvar mellom beboer sine ønsker og preferanser, og den behandlingen og omsorgen som skal gis, samt at det gagnar beboeren best mulig. Samme forståelse har Kari Martinsen (1989 s.17,21&56) som understreker vårt ansvar for den svake. Erfaring fra egen praksis har også bidratt til en forståelse av at bekymringen rundt resultatet av våre handlinger, kan bidra til økt usikkerhet. Dette spesielt når vi ikke vet sikkert at utfallet blir til det beste for beboeren. Da skapes en barriere som lett kan forårsake at disse handlingene blir nedprioritert. Hindringer som dette er helt naturlig hos mennesker da det stammer fra et grunnleggende ønske om å gjøre det beste for beboerne. Dette bør imidlertid forebygges. Et utgangspunkt kan være å finne måter for sykepleiere å møte disse barrierene på. Det må komme tydelig fram at å ikke gjøre noe, kan være mer skadelig for beboeren enn å faktisk prøve. Kanskje det trengs mer informasjon og videreformidling av positive resultater av forhåndssamtaler, der beboere og pårørende sitter igjen med en god opplevelse. Noen sykepleiere behøver kanskje å gjøre egne mestringserfaringer, mens for andre holder det muligens å høre og lære av andres. Det er individuelt hva som fungerer for sykepleiere for å bekjempe slike hindringer. Ut ifra forskningen kan det uansett argumenteres for at dette er noe som bør satses på.

Rietze et al. (2018, s.234) hevder i sin forskning, at sykepleierne i studien trenger bekræftelse på at forhåndssamtaler er den riktige veien å gå, og at dette er med på å bedre livskvaliteten og verdigheten til beboerne den siste tiden av livet. Samme studie konkluderte med at sykepleierne var enige om at forhåndssamtaler for å danne en palliativ plan hadde en fordel, ved at beboernes ønsker kunne bli hørt og tatt med i betraktningen i planleggingen av omsorg og behandling. Helsedirektoratet (2018a) fremmer også at informasjon og samtale med beboer og pårørende, kan bidra til å få en mest mulig gjensidig forståelse av situasjonen, og en mulighet til å forberede seg på at livet går mot slutten. Til tross for forskning som konkluderer med takknemlige beboere etter gjennomført forhåndssamtaler

og palliativ planlegging (Hjort, 2010 s.450), er sykepleiers bekymring for å fjerne håp og for å påføre unødvendig påkjenning, fortsatt for stor.

5.1.2 Håp

Målet om å gi personsentrert omsorg vil være lettere oppnåelig dersom beboeren kan uttrykke seg adekvat om sine ønsker (Grov, 2014 s.524). Noen trenger struktur, andre tåler mer uforutsigbarhet. Noen ønsker mye informasjon, andre trenger stillhet. Noen søker omsorg og nærhet, andre har behov for avstand. Beboerens egne preferanser må utforskes. Det er kun gjennom samtale og åpen dialog en virkelig kan finne ut hva beboeren ønsker og bli kjent med det unike individet beboeren er.

Håp, som Travelbee (2017, s.117) beskriver, er viktig å bevare hos beboerne. Likevel er det viktig at informasjonen som gis er korrekt, slik at tilliten beboerne har til helsepersonellet blir bevart uten at håpet forfaller. Slike utfordringer har medført refleksjoner hos meg om hvordan dette kan gjøres på best mulig måte. Hvordan vi som sykepleiere kan vedlikeholde et håp, men likevel informere om den harde sannheten. Norsk sykepleierforbund (u.åb) fremmer sykepleier sitt ansvar om å ivareta beboerens verdighet og integritet, ved å respektere den eldre selvstendighet (Nordbø, 2020), og at vi som sykepleiere skal gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon. Dette fremmer beboerens mulighet til å ta selvstendige valg (Norsk sykepleierforbund, u.åb). Helsedirektoratet (2019, s.18 & 40) belyser at livskvalitet er subjektivt, og gode kommunikasjonsferdigheter er vesentlig for å kartlegge den eldre særegne behov. Jeg opplever derfor at det er spesielt viktig å finne en måte å møte beboerne på en personsentrert og verdig måte, som viser til kunnskap om den eldre sine grenser, særegenhet og individualitet. Helsedirektoratet (2018a; 2019 s.40) stadfester også at en sykepleier må søke å imøtekomme den sykes behov, og være helt til stede i møte med den andres lidelse. Derfor må vi som sykepleiere bruke våre evner til å sette oss inn i situasjonen til beboerne, få en større forståelse for deres behov, og sammen med dem danne et betydningsfullt mål. Hjort (2010, s.450) formidler at istedenfor å holde på håpet om å leve evig, burde vi derimot endre perspektiv. Sykepleier kan sammen med beboer etablere et nytt håp. Et nytt håp kan som Travelbee (2017, s.117) ytrer, være å kunne mestre sykdommen og lidelsen, eller å sikre en trygg og smertefri død for beboeren. Dette kan

sykepleiere ta med seg inn i slike situasjoner. Grov (2014, s.524) belyser også at flere sykepleiere ofte har fått høre at det er ikke døden som fryktes hos de eldre, men det er smertene. Så ved å lytte til beboernes ønsker, danne en trygg relasjon og sette oss inn i situasjonen, kan vi som sykepleiere lettere forstå deres faktiske behov. Vi kan da gi den personsentrerte omsorgen, og være der for beboerne i denne sårbare situasjonen.

Kari Martinsen (1989 s.17,21&56) stadfester at «avviser vi lidelsens appell, avviser vi den andres identitet». Sykepleier må tørre å gå inn i samtaler, og det må åpnes opp for dialog med beboeren. Omsorgen vi gir vil ikke være autentisk dersom vi prøver å endre den sykes situasjon. Vi må heller forsøke å sette oss inn i den andres situasjon, og handle ut i fra vårt ansvar for den svake. Av egne erfaringer fra sykehjemmet, kan dette virke lettere sagt enn gjort. Sykepleiere er mennesker selv, preget av egne tanker og følelser. Det kan derfor være svært utfordrende å legge frykt og holdninger til side, for å handle med ansvar for den svake. Dette krever øvelse og erfaring. Glaudemans et al., (2018, s. 220-223) fant også i deres forskning at beboere var generelt mer åpne for forhåndssamtaler, enn det sykepleierne hadde trodd. Spørsmålene de stilte tok sjelden vekk håp, og gjorde som regel båndet mellom sykepleier og beboer sterkere. Dette kan vise at frykten for å ødelegge relasjonen mellom sykepleier og beboer, ikke nødvendigvis er reell, men noe mange sykepleiere bekymrer seg for. Det kan også tenkes at det er sykepleieren selv som frykter døden, og at sykepleier sin oppfatning av beboeren egentlig er preget av egne tanker. Mer erfaring og kunnskap rundt hvordan andre opplever døden, vil kanskje hjelpe sykepleiere med å forstå at disse tankene ikke nødvendigvis gjenspeiler virkeligheten.

5.2 Utfordring 2 – Sykepleierens verdier og kunnskap

5.2.1 *Tro og livssyn*

Å møte beboere på sykehjem i deres tro og livssyn, har jeg erfart som svært meningsfullt. Det gir en følelse for beboeren av å bli sett, og tatt vare på. Alt som kreves er en nysgjerrighet og en åpenhet for deres tanker om livet og tiden etter døden inntreffer. Én ekstra samtale med beboeren i uka, kan være det som skal til for at behovet for å bli sett,

blir dekket. Sykepleier vil da også få et større perspektiv på hvem beboeren er og hva beboeren verdsetter i sin palliative fase. Glauemans et al. (2018, s. 220-223) viser i sin forskning at sykepleiere sine utfordringer knyttet til egne verdier, holdninger og trosgrunnlag, har vist seg å være en stor barriere for å ta initiativ til forhåndssamtaler. Som sykepleiere er vi profesjonelle arbeidsutøvere der beboerens helse, livskvalitet og mestring er sentrale mål (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2004 s.16-17). Med tanke på disse målene, kan en undre seg over hvorfor våre personlige forhold hindrer oss i å utøve helhetlig omsorg for beboerne. Kanskje vi sykepleiere må bli bedre kjent med oss selv og våre verdier slik at dette ikke går utover de eldre. Et alternativ kan kanskje være å finne noen trygge, åpne arenaer der sykepleiere selv kan få snakke med noen. Et sted de kan få dele og reflektere rundt sine egne tanker og utfordringer. På denne måten vil sykepleiere ha større kapasitet til å ta på seg beboernes byrder og være en bærebjelke for de svake. Glauemans et al., (2018, s. 220-223) formidler videre at erfarne sykepleiere viser at ved å forstå mer av egne tanker om døden, er det lettere å endre deres egne holdninger under forhåndssamtalene.

Mathisen (2016, s.416,417&419) fremmer også at det er viktig at en sykepleier har et bevisst forhold til egne verdier og holdninger i møte med eldre mennesker. Mange sykepleiere kan oppleve det å snakke om døden som spesielt utfordrende da de ikke har noen personlige erfaringer å støtte seg på. Å kunne sette seg inn i en situasjon som å dø, kan som Mathisen sier være svært utfordrende for mange sykepleiere. Dette spesielt siden de fleste ikke har vært i en slik situasjon, og det finnes så mange ubesvarte eksistensielle spørsmål som mange sykepleiere frykter. Noen beboere kan ha et behov for å snakke om tro og eksistensielle spørsmål, og da må sykepleier vise åpenhet og interesse og gi en kontinuerlig trygghet gjennom klar og tydelig kommunikasjon (Hjort, 2010, s.454). Etter Helsepersonelloven (1999) §5 kan vi som sykepleiere overlate bestemte oppgaver til annet personell dersom det er forsvarlig ut ifra oppgavens art. Her belyses det at en viktig del av sykepleien også er å delegere oppgaver, blant annet til andre faggrupper med spesialkompetanse. I tilfeller der tro og eksistensielle spørsmål er aktuelt, kan prest og annen religiøs veileder etter beboerens ønske være et tiltak.

5.2.2 Kunnskap og erfaring

Mangel på kunnskap og erfaring er også kjente barrierer som forsterker utfordringene sykepleiere kjenner på. Shepherd, Waller, Sanson-Fisher, Clark & Ball (2018 s. 76-77) konkluderte i sin forskning med at sykepleierens mangel på kunnskap og erfaring med forhåndssamtaler, var relativt høy. Sykepleiere hadde lite kompetanse rundt disse samtalene, og over halvparten hadde kun deltatt på 3 eller færre. Likevel var de enige om at dette var noe de ønsket å engasjere seg i. Her kommer det fram at utfordringen ikke ligger i et manglende ønske om å delta, men at handlingene deres ikke tilsvarer dette ønsket. Mangel på kunnskap og erfaring rundt palliasjon, er en kjent barriere også nasjonalt. WHO (2018) informerer om at nasjonale barrierer stammer fra lav kunnskap om hva palliasjon er, og hvilke fordeler det innebærer. Det kan stilles spørsmål ved hvorfor profesjonelle sykepleiere ikke føler at kunnskapen deres er tilstrekkelig. Når det er en så kjent barriere nasjonalt, så kan kanskje dette være med på å åpne opp for en diskusjon om å innføre mer undervisning om palliasjon og forhåndssamtaler, under sykepleiestudiet.

WHO (2018) informerer videre at flere helseinstitusjoner ikke inkluderer palliativ behandling i det hele tatt, og klinisk øvelse er ofte lav eller ikke-eksisterende. Dette er bekymringsverdig. Her er det ikke bare sykepleierne som unngår disse utfordrende situasjonene, men hele helseinstitusjonen velger å nedprioritere palliasjon. En kan undres over hvorfor institusjonene mangler kunnskap om forhåndssamtaler og hva det kommer av at så få velger å investere i dette. For å prøve å forstå de mulige årsakene, kan det undersøkes om for eksempel bemanningen kan være en årsak. Hvem som er på jobb til en hver tid, og hvor mange arbeidsoppgaver sykepleierne har i tillegg til palliasjon. Norsk sykepleierforbund (u.åa) fremmer at gjennom tverrfaglig samarbeid er sykepleier en deltaker i opprettholdelsen av god helse og en verdig død. Det er nødvendig at sykepleier ikke står alene med ansvaret. I tillegg skal ansvaret ifølge Helsepersonelloven (1999) §16 organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Her kommer det fram at selv om sykepleier har et stort ansvar for å gi personsentrert omsorg og vedlikeholde livskvaliteten til beboeren, så er ikke sykepleier alene. Det finnes flere brikker som medvirker til situasjonen, og sykepleier er en deltaker i det store bildet. Det er likevel viktig at sykepleier gjør sitt beste for å bidra til endringer, der man legger merke til at hjelpen ikke er tilstrekkelig. Samtidig har arbeidsplassen et ansvar for å tilrettelegge for at

sykepleiere får ivaretatt sine ansvarsområder. Av erfaring fra praksis er bemanningen av sykepleiere på sykehjem dessverre ofte ikke tilstrekkelig, og det er få sykepleiere på jobb i løpet av dagen. Dette blir gjort ulikt på sykehjem, men gjennomgående har sykepleiere ofte mye ansvar og mange oppgaver som gjør at det er lite tid til overs. Det blir da utfordrende for sykepleiere å investere tid i palliasjon og forhåndssamtaler. En idé kunne være å delegere oppgavene litt bedre. Kanskje helsefagarbeiderne kunne fått litt mer ansvar, for eksempel ved å assistere i kartlegging av beboernes ønsker og behov.

Videreformidling av kunnskap til andre ansatte kan bidra til å øke mulighetene for større omfang av helhetlig omsorg. En pleie som er mer i samsvar med beboerens ønsker. Shepherd et al. (2018 s. 76-77) viser videre til at det er større kunnskap blant eldre og mer erfarne sykepleiere. En mulighet kan være å innføre faglige gruppetimer der de eldre og mer erfarne, delte litt mer av deres kunnskap. Faktisk viser Glaudemans et al., (2018, s. 220-223) i sin forskning at noen av de tiltakene som ble gjort for å bedre den begrensede kunnskapen, var å jobbe sammen med andre ansatte. De kunne dele erfaring, reflektere rundt utfordringer og dermed skape en positiv holdning til palliativ plan. Åpen kommunikasjon blant ansatte, et motiverende miljø og lett tilgjengelighet for hjelp og spørsmål i hverdagen, har jeg erfart som svært betydningsfullt for bedring av usikkerhet og mangelfull kunnskap. Dette er helt essensielt for å forhindre barrierer, slik at sykepleiere kan sikre beboernes livskvalitet og mulighet for en verdig avslutning på livet. Mehta, Wilks, Cheng, Baker & Berger (2017, s. 400-402) har forsket en del rundt kunnskap om palliasjon. I denne forskningen kommer det fram at ved hjelp av litt undervisning og veiledning, føler sykepleiere seg betraktelig mer kapable til å ta initiativ og holde en forhåndssamtale. Denne studien støttet også sterkt behovet for øvelse og trening for å øke den nødvendige kompetansen. Et tiltak for institusjoner der forhåndssamtaler er aktuelt, kan være å investere mer tid til foredrag og veiledning. Dette kan ha stor effekt, og flere sykepleiere kan få mer trygghet, og en kunnskap å støtte seg på i utfordrende situasjoner. I tillegg vil klare retningslinjer for gjennomføring, være av stor betydning.

5.3 Utfordring 3 – Sykepleierens praktiske utfordringer

5.3.1 *Retningslinjer*

Med så mye usikkerhet rundt hva palliasjon er og hvordan en forhåndssamtale kan foregå, mener jeg det vil være betryggende for helsepersonell å ha en mal, og en klar prosedyre for gjennomføring. Mangelfull dokumentasjon og uklare retningslinjer er barrierer Rylander, Fredriksson, Stenwall & Gustafsson (2018 s. 87-89) blant annet fanget opp i sin studie. Flere sykepleiere syntes det var utfordrende å være mellomledd mellom legen og beboeren. Mangelfull dokumentasjon forårsaket at sykepleier ikke visste hvor mye som var sagt av legen fra før, og det oppsto en ubehagelig følelse av å ikke vite hvor mye som kunne nevnes. Dette gjorde kommunikasjonen mellom sykepleier og beboer utfordrende. I slike situasjoner kreves det mye av sykepleier, da det er viktig å passe på budskapet man formidler. Det er en konstant usikkerhet om sykepleier og beboer deler den samme forståelsen av situasjonen. Det kan lett oppstå et dårlig samarbeid, når det er uvisst hvor oppdatert beboer er om egen situasjon. Sykepleier er kanskje klar over at det er legen som skal komme med ny informasjon, men dersom sykepleier er den eneste tilgjengelige for spørsmål, kan det være vanskelig å vite hvordan situasjonen skal håndteres. Å skulle gå ut av en slik samtale og etterlate den eldre med store spørsmål, vil være svært problematisk. Det er også usikkert om det er et alternativ å gi beboer den informasjonen sykepleier har, selv om det ikke har kommet fra lege først. Det er med tanke på dette forståelig at det er utfordrende for sykepleiere å ta initiativ til forhåndssamtaler. Med klare retningslinjer vil sykepleier og lege kunne samarbeide til beste for beboeren, og slike dilemmaer kan unngås. Slike retningslinjer kan for eksempel inkorporeres i en mal der de mest relevante punktene og mest kjente spørsmålene er ramset opp og lett tilgjengelige. På denne måten kan sykepleiere forberede seg, og føle seg mer kapable til å gjennomføre en slik viktig samtale med beboer og pårørende.

5.3.2 *Tidspunkt*

Tidspunkt for når en forhåndssamtale skal finne sted, er en annen utfordring jeg har erfart mange sykepleiere opplever som krevende. Det kan være spørsmål som når det er passende

å ta initiativ, og om beboerens opplevelse av samtalen endres dersom den blir holdt for tidlig. For noen kan kanskje opplevelsen av hvorfor samtalen tas opp, være overveldende. For eksempel om døden er nærmere enn de trodde, om behandlingen skal avsluttes eller om helsepersonellet har mistet håp.

Shepherd et al. (2018 s. 76-77) belyser i sin forskning at mange sykepleiere kjenner på utfordringer rundt når, hvor, hvordan og med hvem en forhåndssamtale skal holdes. Mathisen (2016, s.417&418) formidler at tidspunktet for når en beboer får vite at livet går mot slutten, har stor betydning for utfallet. Det er viktig at informasjonen blir gitt med varme, og når den eldre er klar. Dette vil skape en opplevelse av trygghet for å være ivaretatt og å bli tatt på alvor. Beboeren får mulighet til å forberede seg på livets avslutning og kan møte døden på en verdig måte. Som Shepherd et al. (2018 s. 76-77) også fremmer i sin forskning, vil imidlertid dilemmaene rundt når en forhåndssamtale skal finne sted, og en generell manglende kunnskap om gjennomføring, være årsaker til at flere sykepleiere holder litt igjen.

En stor faktor som forårsaker utsettelse av forhåndssamtaler er en usikkerhet, og bekymring for å forverre situasjonen til sårbare eldre. Det må imidlertid finnes en måte der sykepleiere ikke føler seg så alene i situasjonen, og kan få hjelp til å kartlegge når det er behov for slike samtaler. Gludemans et al., (2018, s. 220-223) fant ut at screeningverktøy for å plukke ut aktuelle grupper for forhåndssamtaler, og pop-up vinduer på datamaskinen for å minne om tilbudet, var tiltak som hjalp sykepleiere i hverdagen. Slike tiltak ser jeg som et godt hjelpemiddel, for å ha noe litt mer konkret å holde i. Noen synes kanskje det er betryggende å ha en god grunn for å ta initiativ til slike samtaler, og andre trenger det for å få et lite dytt i ryggen. Mathisen (2016, s.417&418) fortsetter med at å forberede seg på døden i noen tilfeller kan skape ubehagelige følelser hos beboerne, og noen ønsker ikke nødvendigvis den hele og fulle sannheten om tilstanden. Dette må da respekteres. Helse Møre og Romsdal (2019) formidler at målet i hovedsak er å være i forkant av ulike utfordringer. Dette for å bidra til et meningsfullt liv, og få fram beboernes personlige synspunkt på viktighetsområder. Som nevnt, fremmer Helsedirektoratet (2019, s.18) livskvalitet som subjektivt. Så lenge beboerne kan uttrykke seg ærlig og åpent om sine ønsker, håp og verdier, vil målet om å gi en personsentrert omsorg være lettere oppnåelig.

Dersom sykepleiere frykter at forhåndssamtalen vil etterlate seg negative følelser hos den eldre, kan det være en løsning å spørre om dette er noe beboeren ønsker seg. Tidspunktet for samtalen er essensielt, men i dialog med beboeren, kan de to «teamspillere» komme fram til et passende tidspunkt i samarbeidet. Martinsen (1989 s.56) fremmer at sykepleier skal handle ut ifra solidaritet, og bidra til å skape et inkluderende fellesskap hvor tillit er fundamentalt. Å vise seg verdig til å motta en annens sårbarhet krever pålitelighet, interesse og imøtekommenhet, og er helt essensielt for at beboeren skal våge å dele sine utfordringer (Martinsen, 2005, s. 145). Det er viktig med et samarbeid, og at det åpnes opp for en trygg dialog. Helse Møre og Romsdal (2019) informerer om at tidspunkt for samtale må avtales med beboer og pårørende. Noen har den palliative planen over flere år, mens andre har den i en kortere periode. Også her er det viktig å framheve at livskvalitet er subjektivt og vi er alle unike individer som har forskjellige ønsker og meninger om hva som gagnar oss best. Den største og viktigste måten å lære den syke å kjenne, er som Travelbee (2017, s.221) poengterer, gjennom gode relasjoner og kommunikasjon. Det er gjennom samtaler man kan undersøke, og komme fram til den sykes behov, og sette seg inn i den sykes situasjon. Grov (2014, s.524) forklarer at i noen tilfeller ønsker ikke beboerne å bestemme selv, og søker heller klare råd og veiledning hos sykepleiere. I slike situasjoner er det viktig å kjenne beboeren godt, slik at kommunikasjonen kan tilpasses vedkommendes behov. Svak paternalisme er en måte Martinsen (2005, s.146&164) mener vi sykepleiere skal handle ut ifra. Sykepleier sitter på mye kunnskap den eldre ikke har, men beboerens autonomi skal bevares hele veien, for å hindre paternalistisk maktutøvelse. Målet er å handle så den andres livsmuligheter kan vokse.

5.4 På sykehjemmet

5.4.1 *Beboeren og sykepleier på sykehjemmet*

Gjennom praksis på sykehjem har jeg observert flere sykepleiere unngå tunge samtaler da de ikke vet hvordan de kan ta initiativ, eller ikke vet om det er nok tid eller egnet tidspunkt. Av og til hender det at det ikke er tilstrekkelig med sykepleiere på jobb, og andre ganger kommer unnskyldningen om at det ikke er nødvendig, eller de synes det er for ubehagelig.

Hauge (2014, s.277) formidler at som sykepleier på et sykehjem, kreves det mye av sykepleierne. Det er et stort behov for omsorg for de rundt 20.000 eldre som dør på sykehjem i Norge hvert år. De viktigste sykepleietiltakene er derfor å dekke de eldres grunnleggende og helhetlige behov. Thoresen, Lillemoen, Sævareid, Gjerberg, Førde & Pedersen (u.å.) belyser at alle beboere på sykehjemmet har forskjellige historier, diagnoser og erfaringer. Det er da ekstra viktig å få beboerens eget synspunkt på døden, og hvilke behov som er viktige for beboeren selv å få ivaretatt. Sykepleier må bli kjent med beboeren bak diagnosen og situasjonen, for å bidra til en følelse av å bli sett og anerkjent. Mathisen (2017, s.419) sier at god sykepleie er å la beboeren få møte døden på sin egen måte. For å klare å imøtekomme Mathisens budskap, er det nødvendig å utforske hva som er beboerens «egen måte». Forhåndssamtaler for å danne en palliativ plan er et godt tiltak for å bli kjent med den eldre og vedkommendes verdier, og på denne måten bidra til en verdig avslutning på livet. Friis & Førde (2017) forklarer forhåndssamtaler som en åpen og omfattende samtale der den eldres ønsker, verdier og preferanser for sin palliative fase blir diskutert. En slik samtale bidrar til en åpen kommunikasjon der beboeren får bruke sin autonomi, og si nøyaktig det som trengs for at vi som helsepersonell kan møte vedkommendes behov og bidra til en verdig avslutning på livet. Dreyer (2012, s.71-72) formidler i sin forskning at sykepleiere på sykehjemmet ga minimalt med informasjon, og få tok initiativ til samtaler for utforsking av ønsker hos beboerne. Til tross for dette, konkluderte Glaudemans et al., (2018, s. 220-223) også med at sykepleiere var enige i at forhåndssamtaler var viktig for å øke samsvar mellom beboerens ønsker om den palliative fasen, og behandlingen som ble gitt. I tillegg ville det kunne bidra til å redusere stress, angst og depresjoner i den siste tiden. Det kommer fram at forhåndssamtaler får en voksende oppmerksomhet av eldre, men likevel er det bare et fåtall som får dette tilbudet.

Ved gjennomføring av forhåndssamtaler er sykepleiers egne personlige grenser viktige å ivareta. Sykepleier kan ha opplevd utfordrende situasjoner som kan gjøre gjennomføringen vanskelig. Helsepersonelloven (1999) §4 viser imidlertid til krav om at sykepleiere må hente bistand eller henvisne videre hvis mulig, når slike situasjoner oppstår. En erfaring jeg har gjort meg er likevel at når det stadig er underskudd på sykepleiere på jobb, så er det ikke så enkelt å innhente bistand. Det vil da kunne oppstå et dilemma mellom å ta hensyn til sykepleiers egne grenser og beboers behov. Noen må ta på seg ansvaret for å ivareta beboeren. Men for

å kunne yte god hjelp, må sykepleiers behov også tas hensyn til. Hjelpen er sjelden tilstrekkelig dersom hjelperen ikke er kapabel til å utføre oppgaven.

Det er tidligere nevnt en del barrierer sykepleiere kjenner på, som skaper hindringer i utførelsen av disse samtalene. Det er likevel også kjent at ikke bare sykepleierne kjenner på barrierer. I forskningen til Rylander et al. (2018 s. 87-89) belyses det at etter en slik samtale var det lettere for beboeren å åpne seg om andre utfordringer, da deres egne barrierer også gradvis forsvant. Det var en mer avslappende atmosfære i rommet da alle spørsmål var besvart, og sykepleier kunne bruke mer tid og energi på omsorg etter den eldre ønsker. Dette gjorde at sykepleierne følte de i større grad klarte å imøtekomme beboernes behov og gi den støtten som trengtes. Relasjonen mellom beboer og sykepleier ble sterkere. Det vises her at å åpne opp for de utfordrende spørsmålene, og vise seg mottakelige, interesserte og pålitelige til å være den beboeren kan åpne seg opp for, gir den eldre en følelse av å bli tatt vare på. Samtidig fremmer Sosialstyrelsen (2013, s.23) at selvbestemmelse, delaktighet og det sosiale nettverket har stor betydning for livskvaliteten og en verdig død for beboere. Mange eldre beholder de samme verdiene som før til tross for tap av mental og fysisk funksjon. Rett til medvirkning og informasjon er en brukerrettighet som er essensiell for at behandlingen som gis, skal samsvare med beboerens ønsker (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §3). Parker og Foggatt (2011, s.89) formidler at vi som sykepleiere må gi de eldre muligheten til å bruke sin autonomi. Vi må legge til rette for at de kan ta avgjørelser angående seg selv, og derfor er det spesielt viktig å få kartlagt beboerens verdier før formidlingsevnen forsvinner.

5.4.2 Kompetanse på sykehjemmet

Egne erfaringer fra sykehjem har vist at det er ulik grad av fokus rettet inn mot den siste tiden før døden. Ettersom forskning viser positive opplevelser hos beboere, og fremmer kontinuerlige åpne samtaler (Rietjens et al., 2017 s.546), tenker jeg det vil være særlig viktig å ikke utsette slike samtaler på sykehjemmet. Forhåndsamtaler kunne vært integrert i en inntakssamtale, og på denne måten blitt en rutine. Det ville da muligens blitt mer tidsparende og lettere å få plass i timeplanen. I tillegg vil utfordringen rundt tidspunktet for samtalen, som mange sykepleiere er usikre på, allerede være satt. Det ville også vært lettere

å ta initiativ til samtaler når det blir integrert i en vanlig inntakssamtale. Et forslag kan da også være å spørre om dette er en samtale beboeren ønsker seg, evt ønsker å vente med. Å gi beboeren muligheten til å dele sine meninger om å enten få samtalen tidlig eller senere, gir beboeren en visshet om at tilbudet står uansett. Det blir her tydeliggjort at sykepleier er åpen og interessert i å lytte til ønsker og preferanser beboeren måtte ha for den siste tiden. I tillegg til dette vil det også være lettere å huske på å gjennomføre forhåndssamtalene, da det vil være organisert ved inntak. Pop-up vinduer kan også være aktuelt dersom beboeren ønsker å utsette samtalen.

Helsedirektoratet (u.å.) skriver at alle sykehjem skal beherske, utarbeide og kvalitetssikre grunnleggende palliasjon. Personalet skal også ha tilstrekkelig med kunnskap for å gi god palliativ omsorg til den eldre. Ut ifra det Dreyer (2012, s.71-72) og Glauemans et al (2018, s. 220-223) har funnet, virker det ikke som at dette er noe sykehjemmene tar på alvor. Det oppleves som at mange sykepleiere blir preget av sine egne barrierer, og at dette medfører at et fåtall av sykehjemsbeboere får tilbud om en palliativ plan. Dette er veldig synd når det er kjent fra forskning at forhåndssamtaler og bruk av palliativ plan har god effekt på mange eldres livskvalitet og bidrar til en verdig død.

Franklin et al. (2008, s.137-140) beskriver at mange opplever livet på sykehjemmet som svært ensomt, der mangelen på samtaler med ansatte fikk mange beboere til å føle seg usynlige. Mange var fysisk til stede, men ikke emosjonelt. Dette gjelder selvsagt ikke alle sykehjem, men det er en realitet mange steder. Brown et al. (2011, s.43) konkluderer med at på sykehjemmet må det være et miljø som gir beboerne en følelse av trygghet og tilhørighet, kontinuitet, mening og mestring. Mathisen (2016, s.417&18) fremmer også at dersom den eldre får tid og mulighet for å dele sine følelser og tanker, kan dette være med på å lindre ensomhet og andre sterke reaksjoner som sinnsforvirring, delirium eller fysisk smerte. European Association of palliative care (u.å.) poengterer at med økt alder, følger også en økning i fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle utfordringer. Med flere eldre og flere med kroniske sykdommer, følger en økt nødvendighet for å kartlegge de palliative behovene. Sykepleiere kan ikke stå handlingslammet og la sine egne utfordringer overstyre handlinger til det beste for beboeren. Vi må vise oss tilliten verdig, og handle som Kari Martinsen (2005, s.145) proklamerer, med ansvar for den svake.

6 Konklusjon

Forskningslitteraturen viser at sykepleier, ved hjelp av forhåndssamtaler og en palliativ plan bidrar til en verdig død for sykehjemsbeboere. Beboeren får ivaretatt sin autonomi og gitt uttrykk for sine ønsker, behov og verdier før formidlingsevnen går tapt. Det gir en kvalitetssikring for arbeidet og gir beboeren trygghet for at behandlingen og omsorgen som gis i den palliative fasen, er i samsvar med individuelle preferanser. Likevel viser forskningen at det eksisterer en rekke barrierer hos sykepleiere som forårsaker en lav forekomst av forhåndssamtaler. Å starte med sykepleiernes egne utfordringer, og skape en bevisstgjøring rundt disse, er essensielt for å sikre at beboerne får tilbud om en slik samtale. Med mer kunnskap, øvelse og refleksjon i arbeid med våre egne barrierer, og palliasjon generelt, er det større sannsynlighet for at sykepleiere får økte forutsetninger for å mestre forhåndssamtaler med beboerne. Videre finnes det flere tiltak som screeningverktøy, pop-up-vinduer, delegrupper blant ansatte, retningslinjer og maler, faglitteratur, kurs og veiledning, som kan hjelpe sykepleierne og organisasjonen med å bearbeide faktorene som skaper slike barrierer.

Forhåndssamtaler viser seg å åpne opp for flere samtaler da de skaper en mer avslappet atmosfære og er relasjonsbyggende. Forskning viser at beboere opplever økt følelse av trygghet og ivaretagelse når alle spørsmål er besvart. Det kommer fram at ved å bidra i planleggingen av den palliative fasen, forebygges ensomhet, angst og depresjoner. Det er derfor nødvendig at sykepleiere benytter seg av forhåndssamtaler for utarbeiding av en palliativ plan, som en viktig hjelp til en verdig livsavslutning. En forutsetning for dette er at sykepleier reflekterer over egne holdninger og omfanget barrierene har for arbeidet med sykehjemsbeboere.

Litteraturliste

Brown, J., Robb, Y., Lowndes, A., Duffy, K., Tolson, D. & Nolan, M., (2011) Understanding Relationships within Care. D. Tolson, J. Booth & I. Schofield (red.) *Evidence Informed Nursing with Older People*. (s.38-54) Chichester: WILEY-BLACKWELL

Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Dreyer, A (2012) End-of-life decision-making in nursing homes. Faculty of Medicine. (s. 1-125). Hentet fra: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/28029/3/dravhandling-dreyer.pdf>

European Association for Palliative Care (u.å.) Advance care planning. Hentet fra: <https://www.eapcnet.eu/eapc-groups/archives/task-forces-archives/advance-care-planning>

European Association of palliative care (u.å.) Aging and palliative care. Hentet fra: <https://www.eapcnet.eu/eapc-groups/reference/aging-and-palliative-care>

Franklin, L.-L., Ternstedt, B.-M. & Nordenfelt, L., (2006) Views on dignity of elderly nursing home residents. *Nursing ethics*.13(2) s.130-146.
<https://doi.org/10.1191/0969733006ne851oa>

Friis, P., Førde, R., (2017, 21.mars) Forhåndssamtaler = advance care planning. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2017/03/sprakspalten/forhandssamtaler-advance-care-planning>

Glaudemans, J. J., Jong, A. E., Philipsen, B. D. O., Wind, I. & Willems, D. L. (2018) How do Dutch primary care providers overcome barriers to advance care planning with older people? A qualitative study. *Family Practice*, 36(2), 219-224.
<https://doi.org/10.1093/fampra/cmz055>

Grov, E. K., (2014) Pleie og omsorg til livets slutt. M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg, 1. opplag s.522-537). Oslo: Gyldendal akademisk

Hauge, S. (2010) Sykepleie i sykehjem. M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.), Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten. (1. utg, 3. opplag s.219 - 236). Oslo: Gyldendal akademisk

Hauge, S (2014) Sykepleie i sykehjem. M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.), Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten. (2. utg, 1. opplag s.265 – 283). Oslo: Gyldendal akademisk

Helsedirektoratet (2018a, 18. september) Erkjennelse av at livet går mot døden. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/erkjennelse-av-at-livet-gar-mot-slutten-og-at-doden-naermer-seg>

Helsedirektoratet, (2018b, 28.september). Pasientens palliative plan bør oppdateres i livets slutfase. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/kommunikasjon-og-samvalg/pasientens-palliative-plan-bor-oppdateres-i-livets-slutfase>

Helsedirektoratet (2019, oktober) Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. Hentet fra: https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20-%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf/_attachment/inline/95636e37-ce73-4f2f-a61d-ee3f9e1ccada:fd30165370557eebcb60adcdb8473e4b786776b4/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20-%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf

Helsedirektoratet (u.å.) Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/vedlegg-1-organisering>

Helse Møre og Romsdal (2019, 12. august) Palliativ plan. Hentet fra: <https://helse-mr.no/fag-og-forskning/samhandling/palliativ-plan>

Helse Møre og Romsdal - Palliativ plan (2019, 1. juli) *Palliativ plan*. Hentet fra: <https://www.youtube.com/watch?v=Dgu1kiyLLiM>

Helsepersonelloven. (1999) Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§4>

Helsepersonelloven. (1999) Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§5>

Helsepersonelloven. (1999) Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§16>

Hjort, P. F., (2010) Pleie og omsorg til livets slutt. M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (1. utg, 3. opplag s.449 – 455). Oslo: Gyldendal akademisk

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G.H. (2016) Hva er sykepleie?: Sykepleie – fag og funksjoner. N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G.H. Grimsbø (red.) *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie – Fag og funksjon* (Bind 1, 3. utg., s. 16-23) Oslo: Gyldendal

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, P. (2016) Pasient og sykepleier – Verdier og samhandling. N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G.H. Grimsbø (red.) *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie – Fag og funksjon* (Bind 1, 3. utg., s. 89-138) Oslo: Gyldendal

Kvåle, K. & Bondevik, M. (2008) What is important for patient centred care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. (Vol 22, Issue 4) s.582-289.

Martinsen, K. (2005) *Samtalen, skjønnnet og evidensen*(1.utg.). Oslo: Akribe

Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Otta: TANO A.S

Mathisen, J. (2016) Sykepleie ved livets avslutning. N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug (red.) *Grunnleggende sykepleie: pasientfenomener og livsutfordringer* (Bind 3, 3. utg., s. 407-449) Oslo: Gyldendal

Mehta, A. K., Wilks, S., Cheng, M. J., Baker, K. & Berger, A. (2017) Nurses' interest in independently initiating end of life conversations and palliative care consultations in a Suburban, community hospital. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 25(3), 398-403. <https://doi.org/10.1177/1049909117704403>

Nordbø, B (2020, 26. februar). Integritet. Hentet fra: <https://snl.no/integritet>

Norsk sykepleierforbund - NSF (u.åa). Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/122020/Sykepleie---et-selvstendig-og-allsidig-fag>

Norsk sykepleierforbund – NSF (u.åb). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Parker, D. & Froggatt, K (2011) Palliative Care with Older People. D. Tolson, J. Booth & I. Schofield (red.) *Evidence Informed Nursing with Older People*. (s.84-98) Chichester: WILEY-BLACKWELL

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999) Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§3-1>

Rietjens, J.A.C., Sudore, R.L., Connolly, M., Delden, J.J., Drickamner, M.A., Droger, M., ...Korfage, I.J. (on behalf of the European Association for Palliative Care) (2017) Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *The Lancet Oncology*, Vol. 18(9), 543-551. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(17\)30582-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30582-X)

Rietze, L., Roles, S., Heale, R. & Hill, L. (2018) Identifying the factors associated with Canadian registered nurses engagement in advance care planning. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 20(3), 230-236. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000423>

Rylander, A., Fredriksson, S., Stenwall, E. & Gustafsson, L.-K. (2018) Significant aspects of nursing within the process of end-of-life communication in an oncological context. *Nordic Journal of Nursing Research*, 39(2), 85-91. <https://doi.org/10.1177%2F2057158518802564>

SAGE publications (2020) Litterature review. Hentet fra:

[http://methods.sagepub.com/search/results?Keywords\[0\].Text=Literature%20review&Keywords\[0\].Field=Method&IncludeParts=true&IncludeSegments=false&OntologyRef=SRM0176](http://methods.sagepub.com/search/results?Keywords[0].Text=Literature%20review&Keywords[0].Field=Method&IncludeParts=true&IncludeSegments=false&OntologyRef=SRM0176)

Shepherd, J., Waller, A., Sanson-Fisher, R., Clark, K. & Ball, J. (2018) Knowledge of, and participation in, advance care planning: a cross-sectional study of acute and critical care nurses' perceptions. *International Journal of Nursing Studies*, 86, 74-81. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.06.005>

Socialstyrelsen (2013) Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede - Vägledning, rekommendationer och indikatorer. Stöd för styrning och ledning. *Socialstyrelsen*, 2013-6-4. Hentet fra:

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2013-6-4.pdf>

Travelbee, J. (2017) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thidemann, I.-J. (2015) *Bachelor-oppgaven for sykepleier-studenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Thoresen, L., Lillemoen, L., Sævareid, T. J. L., Gjerberg, E., Førde, R. & Pedersen, R., - UiO: Faculty of Medicine. (u.å.) Advance Care Planning (ACP) – planning for future health care and end-of-life care together. Hentet fra:

<https://www.med.uio.no/helsam/english/research/projects/end-of-life-communication-in-nursing-homes/acp-guide070617.pdf>

World Health Organization (2018, 19. Februar) Palliative Care. Hentet fra:

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

7 Vedlegg

CINAHL

Nr.	Søkeord	Antall treff	Brukte artikler fra søk
1	#1 DNR or “Do not resuscitate	2451	
2	#2 Conversation	13.934	
3	#3 Nurse*	451.824	
4	#4 Relatives or family	421.928	
5	#1 and #2 and #3 and #4	4	
6	#5 “Surrogate decision making”	270	
7	#1 and #2 and #3 and #5	1	
8	#6 «Resuscitation Orders»	2829	
9	#2 and #3 and #5 and #6	1	
10	#7 Taboo	1082	
11	#2 and #7	34	
12	#8 «Advance care planning»	3802	
13	#2 and #3 and #8	83	
14	#2 and #3 and #6 and #8	9	
15	#9 ACP or “Advance care planning”	5046	
16	#2 and #3 and #6 and #9	9	

17	#10 Hospitals	422.919	
18	#2 and #3 and #6 and #9 and #10	3	
19	#1 and #3 and #5 and #6 and #9	1	
20	#11 Decision making	3801	
21	#8 and #10 and #11	25	
22	#1 and #8 and #10 and #11	7	
23	#10 and #8 and #3 and #2	21	1
<p>Etter flere søk og fire leste artikler endte jeg opp med én brukbar artikkel fra dette søket. Hentet fra ELSEVIER.</p> <p>«Knowledge of, and participation in, advance care planning: a cross-sectional study of acute and critical care nurses' perceptions»</p>			

CINAHL – søk nr. 2

Nr.	Søkeord	Antall treff	Brukte artikler fra søk
1	#1 barriers	80.793	
2	#2 nurse*	452.016	
3	#3 Communication	168.193	
4	#4 Death	182.003	
5	#1 and #2 and #3 and #4	103	

6	#5 qualitative research	13.032	
7	#1 and #2 and #3 and #4 and #5	3	
8	#6 patient	1.828.220	
9	#1 and #2 and #3 and #4 and #6	85	
10	#1 and #2 and #3 and #4 and #6 and #5	3	
11	#7 ACP	1901	
12	#8 "advanced care planning"	250	
13	#1 and #2 and #7	45	
14	#1 and #2 and #6 and #7	34	1
15	#1 and #2 and #5 and #6 and #7	0	
16	#1 and #2 and #5 and #7	1	

Etter flere søk og fire leste artikler endte jeg opp med én brukbar artikkel fra dette søket.
Hentet fra «Family Practice – Oxford Academic».

«How do Dutch primary care providers overcome barriers to advance care planning with older people? A qualitative study”

PubMed

Nr.	Søkeord	Antall treff	Brukke artikler fra søket
1	#1 DNR	2816	
2	#2 "Do not resuscitate"	1989	

3	#3 DNR or "Do not resuscitate"	3887	
4	#4 Conversation	9826	
5	#5 Nurse*	404.654	
6	#6 "Surrogate decision making"	441	
7	#7 "Resuscitation Orders"	3822	
8	#8 Taboo	2022	
9	#9 "Advance care planning"	3965	
10	#10 ACP	11118	
11	#11 ACP or "Advance care planning"	14210	
12	#12 Hospital	4.611.908	
13	#13 "Decision making", Family	24712	
14	#4 and #6 and #7 and #11 and #12	0	
15	#7 and #11 and #12 and #5 and #4	1	
16	#4 and #5 and #11	21	2

Etter flere søk og seks leste artikler endte jeg opp med to brukbare artikler for dette søket. Hentet fra "Journal of Hospice & Palliative Nursing" og "American Journal of Hospice & Palliative Medicine – SAGE Journals".

«Identifying the factors associated with Canadian registered nurses engagement in advanced care planning»

"Nurses' interest in independently initiating end of life conversations and palliative care consultations in a Suburban, community hospital"

SveMed

Nr.	Søkeord	Antall treff	Brukte artikler fra søk
1	#1 Samtaler	227	
2	#2 Sykepleier	4694	
3	#3 Døden	644	
4	#4 frykt	233	
5	#5 Redsel	3	
6	#2 and #3 and #4	2	
7	#1 and #2 and #4	1	
8	#1 and #2 and #3	0	
9	#2 and #4	44	
10	#6 "Advance care planning"	97	
11	#7 Sykepleie	6229	
12	#6 and #7	7	1

Etter flere søk og tre leste artikler endte jeg opp med én brukbar artikkel fra dette søket.
Hentet fra "Nordic Journal of Nursing Research – SAGE Journals".

"Significant aspects of nursing within the process of end-of-life communication in an oncological context"

Obligatorisk erklæring

Kandidatnummer: 1115
Navn på studiet: Bachelor i sykepleie
Navn på eksamen: Bacheloroppgave
Emnekode: SYK3120
Innleveringsfrist: 19. mars 2020
Antall ord: 10592

Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

Retningslinjer om fusk finner du her:

- lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8
- forskrift 11. desember 2015 nr. 1665 om [opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høyskole](#) § 30
- retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høyskole fastsatt 18. desember 2015.

Ved å signere med kandidatnummer erklærer jeg å være kjent med VID vitenskapelige høyskoles retningslinjer om plagiering og fusk, og at min besvarelse er i samsvar med disse bestemmelsene.

Kandidatnummer: 1115

Bacheloroppgaver med karakteren A:

Jeg samtykker i at min bacheloroppgave publiseres i VID vitenskapelig høyskole åpne elektroniske arkiv (VID OPEN):

Sett kryss Ja: Nei: