



Forhåndssamtale på sykehuset – på kreftpasientens premisser

Kandidatnummer: 416

VID vitenskapelig høgskole

Campus Haraldsplass, Bergen

Fordypningsoppgave

Videreutdanning i kreftsykepleie

VUKS-BG5400 Vitenskapsteori, forskningsmetoder og forskningsetikk

Kull: 2020 heltid

Antall ord: 4398

Dato: 12.05.2021

Opphavsrettigheter

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

Sammendrag

Introduksjon: Kreftpasienter som er i en palliativ fase trenger en god samtale om hva som er viktig for dem for å kunne få en best mulig tid den siste delen av livet. Dette litteraturstudiet har til hensikt å se på hvordan man kan bruke forhåndssamtaler på sykehuset for å oppnå dette.

Problemstilling: Hvordan kan forhåndssamtale på sykehuset være med å legge til rette for en best mulig tid for kreftpasienter i en palliativ fase?

Metode: Litteraturstudie med åtte inkluderte forskningsartikler som er valgt ut fra kritisk vurdering etter et systematisk litteratursøk i de medisinske databasene Cinahl og PubMed.

Resultater: Forhåndssamtalen må bli gjort på et riktig tidspunkt, og gjerne så tidlig som mulig når pasienten får diagnosen uhelbredelig kreft. Samtalen bør blir gjennomført av helsepersonell pasientene har en relasjon til, for å gi støtte og skape trygghet.

Konklusjon: Flere kreftpasienter ønsker en forhåndssamtale med helsepersonell de kjenner, og man bør legge til rette for at samtalen kan skje på et tidlig tidspunkt og er tilpasset hver enkelt pasient.

Nøkkelord: Forhåndssamtale, Tidlig palliasjon, Kreft, Sykehus, Sykepleier

Abstract

Introduction: Cancer patients in a palliative phase need a good conversation about what is important to them in order to have the best possible time in the last part of life. This literature study aims to see how advance care planning at the hospital can be used to achieve this.

Research question: How can advance care planning at the hospital help to facilitate the best possible time for cancer patients in a palliative phase?

Method: Literature study with eight included research articles selected on the basis of critical assessment after a systematic literature search in the medical database Cinahl and PubMed.

Results: Advance care planning must be done at the right time, and preferably early when patients are diagnosed with incurable cancer. The conversation should be conducted by healthcare professionals the patients have a relationship with, to provide support and create security.

Conclusion: Several cancer patients want advance care planning with healthcare professional they know, and the conversation should be facilitated at an early stage and is adapted to each individual patient.

Key words: Advance Care Planning, Early Palliative Care, Cancer/Neoplasm, Hospital, Nurse

Innholdsfortegnelse

1	INTRODUKSJON.....	1
1.1	Bakgrunn og hensikt	2
1.2	Problemstilling	2
2	METODE	4
2.1	Litteratursøk.....	4
2.2	Utvelgelse av artikler	5
2.3	Analyse.....	6
3	RESULTATER.....	7
3.1	Riktig tidspunkt og format	7
3.2	Relasjonen til helsepersonell	8
3.3	Støtte og trygghet	9
4	DISKUSJON	11
4.1	Styrker og begrensninger.....	13
5	KONKLUSJON	14
6	FORMIDLING	15
	LITTERATURLISTE	16

VEDLEGG

VEDLEGG 1 – Systematisk søk/søkehistorikk og PEO-skjema

VEDLEGG 2 – Sjekklistor

VEDLEGG 3 – Resultattabell

VEDLEGG 4 – Likheter og ulikheter i studiene, tema og nøkkel

1 INTRODUKSJON

Kreftutviklingen i Norge er ganske stabil og det ble registret 34.979 nye krefttilfeller i 2019 (Kreftregisteret, 2021). Videre viser Kreftregisteret (2021) at selv om flere overlever, er det et betydelig antall nordmenn som dør hvert år av kreft og i 2019 var det mer enn 11.000 personer. Ut fra disse tallene ser man at det er flere pasienter som har uhelbredelig kreft og vil trenge palliativ behandling.

Palliasjon blir definert av Verdens helseorganisasjon (WHO), oversatt i Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen, (Helsedirektoratet, 2019, s.11 – 12):

Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnærming som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerter, og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art.

Palliasjon er aktuelt tidlig i sykdomsforløpet sammen med annen behandling som har til hensikt å forlenge livet, som for eksempel medikamentell kreftbehandling og strålebehandling, og omfatter også undersøkelser som er nødvendige for å forstå og håndtere symptomer og komplikasjoner som sykdommen medfører.

Pasienter i palliativ fase kjennetegnes ved et komplekst sykdomsbilde med bakgrunn i både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle forhold, med hyppig, raske endringer, akutte tilstander, komplikasjoner, tap av fysiske funksjoner, sviktende organer, samt økende hjelpe- og pleiebehov (Helsedirektoratet, 2019, s.13). Palliative pasienter blir i dag økende tilsett poliklinisk, som gjør at integrasjonen av et palliativt tilbud må skje tidligere i sykdomsforløpet (Haugen & Aass, 2018, s.124). Det er en endring i Norge med kortere sykehusinnleggelsene, også for kreftpasienter, og flere får mer poliklinisk behandling, og dette er med å påvirke kontinuiteten av helsepersonell, informasjonsformidlingen og begrenset med avsatt tid (Reitan, 2019, s.109).

1.1 Bakgrunn og hensikt

Regjeringen har lagt føringer på at man skal styrke pasient- og brukermedvirkning i planlegging og gjennomføring av lindrende behandling og omsorg gjennom blant annet bruk av forhåndssamtaler (Meld. St. 24 (2019 – 2020), s.10). Forhåndssamtaler, «advance care planning» på engelsk, er forberedende kommunikasjon om livets slutfase og studier har vist at det kan være med å gi bedre livskvalitet og færre sykehusinnleggelses (Brenne & Dalene, 2018, s. 639). I forhåndssamtalen kan pasienter identifisere sine verdier, definere mål og preferanser for fremtidig medisinsk behandling, omsorg og pleie, og diskutere dette med pårørende og helsepersonell. Man tar opp temaer som angår pasientens fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle/åndelige sider ved livet (Hjorth, et al., 2020a, s.2). Forhåndssamtaler er ikke rutinemessig brukt på norske sykehus i dag (Hjorth, et al. 2020b, s.1) selv om forskningen viser at pasientene kan få bedre tilfredshet, mindre angst og bedre planlegging og forutsigbarhet i livets siste fase (Hjorth, et al., 2020a, s. 4). Videre i veilederen står det at opp mot 70% av pasienter som tilbys forhåndssamtaler ønsker dette (Hjorth, et al., 2020a, s. 4). Veilederen, samt et lommeformat av den (Helse Bergen, u.å.) er utarbeidet av et norsk miljø i Helse Bergen som forsker og jobber med temaet forhåndssamtaler. Ut fra dette ser man at forhåndssamtaler er et aktuelt tema på sykehuset og i min daglig praksis på Haukeland. Det er på trappene å kunne implementere forhåndssamtaler på sykehuset.

Hensikten med denne oppgaven er å se på hva tidligere forskning har kommet fram til med å bruke forhåndssamtaler i en palliativ fase. Målet er å se hvordan man kan bruke forhåndssamtaler på sykehuset for å være med å sikre at kreftpasienter i en palliativ fase får en best mulig tid den siste tiden av livet.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan forhåndssamtale på sykehuset være med å legge til rette for en best mulig tid for kreftpasienter i en palliativ fase?

Grunnen til at jeg har valgt å ikke ha en spesifikk kreftdiagnose, alder eller kjønn er at jeg vil ha hovedfokus på forhåndssamtaler og bruken av den til palliative kreftpasienter. Jeg vil

utforske hvordan forhåndssamtaler kan implementeres og gjennomføres på en best mulig måte med fokus på kreftpasienter og sykepleiere.

2 METODE

Metoden som benyttes i denne oppgaven er litteraturstudie. Da tolker man litteraturen ut fra et bestemt tema ved å utarbeide en problemstilling (Aveyard, 2014, s.2). Man finner svar på denne ved å søke etter og analysere relevant litteratur på en systematisk måte (Aveyard, 2014, s.2). Da får man en oversikt hvor man identifiserer, velger ut og kritisk vurderer relevant forskning (Reinar & Jamtvedt, 2010). Gjennom et grundig søk og analyse av litteraturen kan man tilegne seg ny innsikt og sette relevant informasjonen i kontekst til hverandre (Aveyard, 2014, s.2). Som sykepleiere har en plikt til å holde seg faglig oppdatert (Norsk Sykepleierforbund, u.å.) og Aveyard (2014, s.4) viser til at litteraturstudie er en god måte å tilegne seg kunnskap ved at man får en oppsummering av den litteraturen som er tilgjengelig på et tema, framfor å måtte lese hver enkelt forskningsrapport.

I dette litteraturstudiet har jeg benytte forskningsartikler som er kvalitative og kvantitative for å få et bredt syn på problemstillingen. Kvalitativ forskningsmetode undersøker og beskriver mennesker opplevelser og erfaringer (Helsebiblioteket, 2016). Kvantitativ metode gir breddekunnskap, ser årsakssammenhenger og tester hypoteser som skal være nøytralt, og objektivt, samt skal informasjonen være valid, reliabel og kan generaliseres (Drageset & Ellingsen, 2009, s.102).

2.1 Litteratursøk

For å finne mest mulig relevant publisert litteratur bør man ha en systematisk søkestrategi (Aveyard, 2014, s..74), og man må bruke spesielle søkemotorer (Helsebiblioteket, u.å). Jeg har brukt CINAHL og PubMed som er anerkjente helsefaglige databaser. For å finne norske og engelske tekstord som samsvarer med problemstillingen er det blitt brukt PEO-skjema (Universitetet i Agder, 2021), se vedlegg 1. For å finne forskningsartiklene ble det brukt emneord (subject headings) i søket. Emneord er standardiserte ord som beskriver innholdet i artiklene (Helsebiblioteket, 2016). I CINAHL ble det brukt Major Headings (MH) og i PubMed ble det brukt Medical Subject Headings (MeSH). Emneordene var: «Cancer Patients», «Palliativ Care», «Early Interventions», «Hope» og «Advance Care Planning». Grunnen til at det har blitt søkt på «Cancer Patient», ikke «Neoplasm», er at i Cinahl er «Cancer Patient» en

MH-term, og når jeg søkte i PubMed ble det søk i alle felt, der MeSH-terminen «Neoplasm» ble inkludert i søket.

Det ble tidlig i søkeprosessen brukt kombinasjonsordet «OR», men det ga store søkeresultat med mange artikler. For å få søkeresultatet ned til et mindre antall ble det brukt kombinasjonsordet «AND». Siden dette litteraturstudiet skal se på forhåndssamtaler ble det på en søkerunde avgrenset til psykososiale faktorer som en subheading. Det ble også i denne søkerunden avgrenset til pasienter i aldere 19 – 44 år. Dette ble gjort da jeg tidlig i prosessen ville se på pasienter i denne aldersgruppen. Etter å ha sett på flere av forskningsartiklene som påpeker at resultatene ikke ble påvirket med tanke på alder, bortsett fra en artikkel som viste en liten forskjell på yngre ved at de synes det var mer viktig med emosjonell støtte, valgte jeg å se bort fra en bestemt aldersgruppe.

Under arbeidet er det også blitt gjort et litteratursøk ved hjelp av bibliotekar fra VID. Det ble tidligere i prosessen funnet noe relevant forskning som var eldre enn 10 år. Etter råd fra bibliotekar ble det gjort et søk i «Google Scholar» på den eldre artikkelen, for å se hva nyere forskning sa på samme emne, og om artikkelen var referert til av nyere forskning. En av artiklene ble funnet på denne måte.

2.2 Utvelgelse av artikler

I vedlegg 1 er det en tabell med søkeord og antall treff på de endelige søkene for å finne artikler. På søket i Cinahl hvor jeg fikk et resultat på 148 og 80 artikler, leste jeg først overskriften, for så å lese abstraktet på de som syntes å passe til min problemstilling. På søket i Cinahl og PubMed som ga 34 og 35 artikler, leste jeg overskriften og abstraktet for å finne relevante artikler. Jeg fant først til sammen 16 artikler, men etter å ha lest gjennom de i fulltekst, ble 8 «kastet» da de var enten var eldre enn 10 år eller viste seg å ikke være like relevante for problemstillingen min.

Tilslutt ble det valgt ut åtte forskningsartikler, hvor syv er engelskspråklige og en er norskspråklig. Fem av artiklene er kvalitative, mens tre er kvantitative. Halvparten av artiklene har sett på bruken av forhåndssamtaler, mens de andre ser på samtaler om livets slutt og den palliative fasen, uten å spesifikt nevne forhåndssamtaler. Det er blitt inkludert artikler fra Norge, Island, Nederland og Belgia, og en fra USA som viser

sykepleieperspektivet. Denne ble inkludert da den viser hvor komfortable sykepleierne er med samtaler om livets slutt, for å kunne se om det samsvarer med det pasienter opplever. Den ene kvalitative artikkelen har både et pasient- og helsepersonellperspektiv. De resterende artiklene har et pasientrettet fokus.

Alle artiklene har fulgt etiske retningslinjer i deres land og er fagfellevurdert. Jeg har kritisk vurdert kvaliteten på artiklene ved å bruke sjekklister (Helsebiblioteket, 2016). I vedlegg 2 kan man se to ferdig utfylte sjekklister for en kvalitativ og en kvantitativ artikkel som er inkludert i litteraturstudiet. I vedlegg 3 beskrives kort min kritiske vurdering av artiklene med styrker og svakheter ved hver artikkel.

2.3 Analyse

I vedlegg 4 ser man to tabeller med oversikt over temaene, nøkkelfunn og hvilke artikler som tar opp de forskjellige temaene. Flere av temaene og nøkkelfunnene i resultatene går igjen i artiklene. Etter å ha lest gjennom artiklene en gang fant jeg hovedfunn som sikkerhet ved relasjoner, trøstende trygghet, riktig tidspunkt for samtalen, etablerte forhold mellom pasient og sykepleier, individuell og skreddersydd samtale, støtte og trygghet, riktig tilnærming, erfaring gir økt komfort ved samtaler, hjelpsomt, men ukomfortabelt og gir stabilitet i en uforutsigbar hverdag og framtid. Ved å lese gjennom resultatkapitlene flere ganger med disse temaene i tanken, har jeg kommet fram til tre temaer som går igjen i artiklene, og er relevante til problemstillingen min. Temaene er: (1) Riktig tidspunkt og format, (2) relasjonen til helsepersonell og (3) støtte og trygghet. Dette vil bli nærmere presentert og drøftet i resultat- og diskusjonsdelen i oppgaven.

Når det kommer til likheter og ulikheter mellom studiene kan man se tabellene i vedlegg 4 for en oversikt. Hovedtrekkene som går igjen i alle artiklene er kreftpasienter i en palliativ fase. Tre av artiklene kommer inn på alle temaene jeg har valgt (Hjorth, et al., 2018; Hjorth, et al., 2020b; Stegmann, et al, 2020). To av artiklene går mest inn på temaet om støtte og trygghet (Moir, et al., 2016; Sønning & Fossum, 2020). Scherrens, et al. (2020), Vanbutsele, et al. (2018) og Ólafsdóttir, et al. (2018) belyser alle riktig tid og format, men Scherrens, et al. (2020) tar også for seg relasjonen til helsepersonell. Ólafsdóttir, et al. (2018) belyser også temaet støtte og trygghet.

3 RESULTATER

Resultatene i litteraturstudie vil bli presentert her og i vedlegg 3 ser man en resultattabell som er utarbeidet for å gi en kort oppsummering av de inkluderte artiklene med hensikt, metode, datainnsamling, utvalg, resultat, konklusjon, styrker og svakheter.

3.1 Riktig tidspunkt og format

Flere av artikler fant ut at å ha forhåndssamtaler og snakke om palliasjon tidlig, gjerne allerede da de fikk vite at de hadde en uhelbredelig kreft, ga økt livskvalitet og kontroll over situasjonen (Hjorth, et al., 2018; Hjorth, et al., 2020b; Scherrens, et al., 2020; Vanbutsele, et al., 2018; Ólafsdóttir, et al., 2018). Det ble rapportert at selv om pasientene hadde flere år igjen å leve, var det et riktig tidspunkt å ha samtalen når man kom i den mest alvorlige fasen av sykdommen (Hjorth, et al., 2018). Dette støttes av Ólafsdóttir, et al. (2018) og pasientene var enige om at samtalen burde være tidlig når de ikke var blitt for syke til å ha en slik samtalen. I Stegmann, et al. (2020) viste det seg at flertallet (86%) av pasientene hadde hatt samtalen når de fikk vite at kreften ikke lengre var kurativ med sin behandlende lege. Det var uenighet om når man skulle ha forhåndssamtalen blant pasientene som deltok, hvor 58 % ønsket det når helsen ble dårligere, 44 % når det «føltes riktig», 39% rett etter diagnosen og 23% når døden nærmet seg (Stegmann, et al., 2020). Bevissthet om at kurativ behandling ikke lenger ga mening var et godt tidspunkt å starte en samtale med helsepersonell om palliativ behandling (Scherrens, et al., 2020, s.5). En pasient sa at han ville starte samtalen så tidlig som mulig og at han synes det var viktig å vite om helsetilstand sin slik at han kunne ta beslutninger (Scherrens, et al., 2020, s.8). Vanbutsele, et al. (2018) så de at pasientene som fikk tidlig og systematisk palliativ behandling rapporterte om generell økt livskvalitet etter 12 og 18 uker (s. 399). Videre hadde flertall av de som fikk tidlig og systematisk palliativ behandling flere samtaler med en psykolog, palliativ sykepleier og lege, enn de pasientene som mottok standard behandling (s. 400).

Å snakke om utfordringer og tilgjengelige tilbud i den siste livsfasen ble nevnt som en forutsetning for god livskvalitet (Hjorth, et al., 2018). Pasientene uttrykte at de heller ønsket å aktivt få tilbud om forhåndssamtale fra helsepersonell og kunne avslå den, enn å måtte

spørre etter den selv (Hjorth, et al, 2018). I Scherrens, et al. (2020) ble det rapportert at det var viktig at det var helsepersonell som startet samtalen om palliativ behandling da pasienten selv ikke har kunnskapen om når det er nødvendig med slike samtaler (s.9).

Pasienten understreket viktigheten av det ble en individuell tilnærming slik at pasientenes egne behov ble møtt (Hjorth, et al., 2018). For å kunne sikre en god forhåndssamtale sa pasientene at det var viktig å få tid på forhånd til å forberede seg mentalt og praktisk, spesielt ved å kunne invitere de pasienten synes var viktig at var med i samtalen (Hjorth, et al, 2018). Videre ble det påpekt at all informasjonen som var gitt og diskutert i samtalen ble dokumentert i pasientjournalen. Ólafsdóttir, et al. (2018) utarbeidet et hefte som alle pasientene fikk utdelt før forhåndssamtalen. Pasientene syntes den var hjelpsom, spesielt med å starte en diskusjon rundt temaene med pårørende hjemme. En av pasientene fortalte at han hadde hatt tanker rundt temaene i forhåndssamtalen siden han fikk diagnosen, men at han hadde skjøvet tankene vekk siden de var vanskelig å tenke på (Ólafsdóttir, et al., 2018), og synes forhåndssamtalen og heftet var hjelpsomt. Det ble sett at selv om samtalen var strukturert, var det også viktig at den var fleksibel nok til å være sensitiv til individuelle behov (Ólafsdóttir, et al., 2018). I Hjorth, et al. (2020b) kom det fram at fra helsepersonell sin side var det flere som synes forhåndssamtaler hadde flere fordeler, men at passende tidspunkt for samtalen ble sett på som en avgjørende faktor for å implementere dette på sykehuset (s.6).

3.2 Relasjonen til helsepersonell

Relasjonen pasientene hadde til helsepersonell og hvilken rolle det spiller inn ble belyst i flere av artiklene (Hjorth, et al., 2018; Hjorth, et al. 2020b; Scherrens, et al., 2020; Stegmann, et al., 2020). Hjorth et al. (2018) ble det påpekt av pasientene at det å ha en god relasjon til helsepersonell på sykehuset var viktig. Pasientene i Scherrens, et al. (2020) rapporterte at forholde de hadde til helsepersonell spilte en viktig rolle for å starte en samtale om palliativ behandling (s.9). Hjorth, et al. (2018) fant ut at pasientene foretrakk at samtaler om livets slutt ble tatt av personen er allerede kjente, uavhengig hvilken profesjon de hadde, med forutsetning at de hadde kunnskap om pasientens sykdom. Hvis man hadde gode støttespillere, gjorde det samtalen om palliasjon og livets slutt enklere (Hjorth, et al., 2018). I

Stegmann, et al. (2020) var det 22% av pasientene hvor det var helsepersonell som hadde tatt initiativet til samtalen og hos de fleste var det deres kjente allmennlege som gjorde det. Samlet viser forskningen at pasientene syntes det var viktig at det var «deres» helsepersonell som tok initiativet.

Helsepersonell rapporterte at når de kjente pasientene ønsket de tid til å ha forhåndssamtalen med pasientene selv (Hjorth, et al., 2020b, s.7) og at de kunne hjelpe pasientene til å forberede seg på den siste fasen i livet. I forskningen til Hjorth, et al. (2020b) ble det brukt en forskningssykepleier som var ukjent for pasientene til å ha samtalen, og dette stilte sykepleiere på avdelingen seg undrende til siden forskningssykepleier da ikke hadde noen relasjon til pasientene (s.7).

3.3 Støtte og trygghet

Flere av artiklene presenterer funn av at pasientene har et stort behov for støtte og trygghet rundt en usikker situasjon (Hjorth, et al., 2018; Hjorth, et al. 2020b; Stegmann, et al. 2020; Sønning & Fossum, 2020; Ólafsdóttir, et al.2018). Pasientene i Stegmann, et al. (2020) rapporterte de et stort behov for emosjonell støtte i samtalen når de fikk vite at kreften av uhelbredelig. Flere pasienter i Hjorth, et al. (2020b) sa de følte seg lettet etter å ha hatt en forhåndssamtale, og fikk snakket om tanker rundt livets slutt, som resulterte i en viktig prosess med å tenke framover (s.6). Alle pasientene og pårørende uttrykte at de satte pris på en forhåndssamtale, og at det burde blitt et rutinemessig tilbud til alle pasienter. Videre sa helsepersonell at de synes samtalen kunne være med å gi pasientene en følelse av kontroll, men at de var engstelige for å krenke pasienten og ta fra dem håpet (Hjorth, et al., 2020b, s.7). De etterlyste at de fikk tid, anvendelige rutiner og ferdigheter rundt forhåndssamtaler slik at de kunne bruke det i sitt daglige arbeid. Videre i artikkelen ble det rapportert at flere av pasientene følte at støttende personale på sykehuset var med å gi en følelse av trygghet (Hjorth, et al., 2020b, s.5). Dette vises også i Hjorth, et al. (2018) da pasientene påpekte at det å være kompetent i støttende samarbeid og klinisk kommunikasjon gjorde at de følte seg trygge og forstått.

I forskningen til Sønning & Fossum (2020) opplevde deltakerne at når de ikke lenge var i den «trygge» kurative fasen, var de i større grad overlatt til seg selv og sin usikkerhet, som ble beskrevet som krevende og skapte usikkerhet i hverdagen (s. 6). De mente at det å bli lyttet til og respektert skapte en trygghet og tillit (s. 7). De vektla at helsepersonell tok seg tid til samtale for å skape trygghet og at de hadde en forventning til at helsepersonell var mer tilstedeværende og så hele mennesket (Sønning & Fossum, 2020, s. 7). Moir, et al. (2016) fant ut at sykepleiere med flere års erfaring, og spesielt de som jobbet på onkologisk avdeling, var signifikant mer komfortable med å ha en samtale med pasienter og pårørende om livets slutt.

I Ólafsdóttir, et al. (2018) ble det rapportert at pasienter og pårørende synes forhåndssamtalen var relevant og hjelpsom, men temaene var ukomfortabelt å snakke om. De fortalte at heftet de hadde fått utdelt var hjelpsom for å lettere kunne diskutere det at man er døende. Heftet var også med på at de kunne starte en diskusjon rundt temaet hjemme med pårørende, som både pasientene og pårørende synes var bra.

4 DISKUSJON

Resultatene viser viktige temaer som bør være til stede for at kreftpasienter i en palliativ fase skal kunne få en best mulig tid ved hjelp av forhåndssamtaler på sykehuset. Dette vil diskuteres opp mot hverandre i denne delen av litteraturstudiet.

Tidspunktet på når man gjennomfører forhåndssamtalen blir påpekt i flere av artiklene (Hjorth, et al., 2018; Hjorth, et al., 2020b; Scherrens, et al., 2020; Vanbutsele, et al., 2018; Ólafsdóttir, et al. 2018). Når sykdommen blir truende, for eksempel når kreften ikke lengre er kurativ, kan det skape en utrygghet hos pasientene, og dette blir nevnt som et godt tidspunkt å introdusere forhåndssamtaler på (Hjorth, et al., 2018). Hvis man får hatt samtalen når pasienten er i en utrygg situasjon kan samtalen bidra til at pasientene føler mer kontroll og det tenker jeg kan være med å skape forutsigbarhet hos pasientene. Dette blir støttet av Sønning & Fossum (2020) som påpeker i diskusjonen at forutsigbarhet og økt livskvalitet er nært knyttet (s.9). På den andre siden ser man at pasientene i Stegmann, et al. (2020) var uenige om når det rette tidspunktet på samtalen var. Litt over halvparten ønsket samtalen når helsen ble dårligere. Dette har jeg erfart på sykehuset at helsepersonell ofte venter til dette tidspunktet før man tar samtalen.

Det å finne riktig format for samtalen blir belyst i forskningen ved at forhåndssamtalen må være tilrettelagt for hver person, men at det å ha et standardisert hefte/informasjonskriv kan være med på at pasienter og pårørende er forberedt til samtalen (Hjorth, et al., 2018; Hjorth, et al., 2020b; Ólafsdóttir, et al. 2018). Stegmann, et al. (2020) fant ut at helsepersonell bør ta initiativet til å starte en forhåndssamtale, men passe på å være sensitive ut fra om pasienten vil diskutere temaene i samtalen. Ut fra dette tenker jeg at for å kunne skape en god samtale og være sensitiv kan det være til god hjelp hvis man allerede har etablert en relasjon til pasientene. Dette blir dessuten påpekt av pasientene at de foretrakk at forhåndssamtalene ble gjort av en de hadde en relasjon til slik at man kan skape en best mulig tid i en palliativ fase (Hjorth, et al., 2018; Scherrens, et al., 2020). Derimot kan det være vanskelig å følge opp på sykehuset i dag når man ser utviklingen med færre liggedøgn og mer poliklinisk oppfølging (Reitan, 2019, s.109). Etter min erfaring i en hektisk sykehushverdag er at det kan være vanskelig å få kontinuiteten med å bli fulgt opp av de

samme sykepleieren, spesielt når pasientene kun er på sykehuset en kort stund, selv på en sengepost der jeg jobber. Hvis man ser til Ólafsdóttir, et al. (2018) ble forhåndssamtalen utført under andre møtet mellom sykepleieren, pasientene og pårørende, slik at de allerede hadde etablert en lett relasjon. Dette kan man tenke seg er enklere å gjennomføre på Island, da det er et mindre land enn Norge, men jeg tenker at hvis man skal prøve å få til dette i Norge på sykehuset må det muligens en omorganisering til. Eller man kan opprette egne stillinger til noen spesialistsykepleiere innen kreft og/eller palliasjon, som kan ha ansvaret for forhåndssamtalene, slik at palliativt team på sykehuset ikke får ansvaret for alle. En begrensning slik det er i dag er at man ikke har en primærsykepleier til hver pasient, som er etter min mening en god måte å kunne skape en god relasjon mellom sykepleiere og pasienten.

Når det gjelder at pasientene skal føle på støtte og trygghet diskuterer Sønning & Fossum (2020) at helsepersonell med høy kompetanse vil kunne se pasienten og pårørende sine behov og bidra til en økt forutsigbarhet, som igjen gir en trygghet (s. 9 – 10). Ólafsdóttir, et al. (2018) så at nøkkelen til en suksessfull forhåndssamtale var en erfaren palliativ sykepleier, og for å kunne føre samtalen på en god måte trenger sykepleieren trening og undervisning. Videre kan man se i Moir, et al. (2016) at sykepleierne etterlyste mer undervisning for å kunne kommunisere bedre med pasienter og pårørende.

En utfordring jeg ser slik helsevesenet er organisert i dag er at vi har samtaler om temaene som er i en forhåndssamtale, men det er ikke så strukturert og ikke alltid godt dokumentert, slik at man kan finne det igjen ved en senere anledning. Med tanke på journalføring poengterer Hjorth, et al. (2018) at all informasjonen som var gitt til pasienten og motsatt må dokumenteres i pasientjournalen, for at man kan unngå feil ved samtaler senere. Derimot har jeg erfart at slik journalsystemet er lagt opp har vi ikke et egnet dokument som er lett tilgjengelig for helsepersonell og pasienten selv. Jeg tenker at hvis man skal ta i bruk forhåndssamtaler på sykehuset på en god måte, må man også lage gode måter å dokumentere det på slik at alle som er involvert kan lett lese det, samt å forandre innholdet ved oppfølgingsamtaler.

4.1 Styrker og begrensninger

I dette litteraturstudie er det flere styrker og begrensninger. En styrke er som nevnt tidligere at litteraturstudiet gjør at man får presentert samlet og relevant forskningen på et tema slik at man kan få mer kunnskap om emnet, uten å måtte lese all forskningslitteratur som finns. En svakhet med litteraturstudiet er at det kun er gjort søk og utvelgelser av artikler av en person.

En styrke jeg ser for å kunne ta med kunnskapen fra dette litteraturstudiet til min hverdag som kreftsykepleier er at hovedtyngden av artiklene er fra Europa. Dette gjør at det resultatene lettere kan generaliseres til arbeidshverdagen i Norge. Moir, et al (2016) har en svakhet ved at den kommer fra USA, der de har et annet helsesystem og utdanningsprogram for sykepleiere. Dette er viktig å ha med i tanken når man skal vurdere om resultatene kan generaliseres til Norge. Jeg tenker at artikkelen kan brukes i dette litteraturstudiet siden min erfaring tilsier mye av det samme som resultatene, med at sykepleiere sier de er mer komfortable med å snakke om livets slutt når man har jobbet noen år. Videre påpeker Moir, et al. (2016) at man trenger mer utdanning og dette ser jeg også i min praksis. På Haukeland er det utviklet et kurs med klinisk kommunikasjon, som på min avdeling, er et obligatorisk kurs for alle sykepleiere, for å bygge opp kompetansen.

5 KONKLUSJON

I dette litteraturstudiet har jeg sett på hvordan forhåndssamtaler på sykehuset kan være med å legge til rett for en best mulig tid for kreftpasienter i en palliativ fase. Det er viktig at man finne riktig tidspunkt og gjennomfører forhåndssamtalen individuelt til hver pasient. Sykepleiere må våge å ta samtalen tidlig i den palliative fasen. Forhåndssamtaler bør implementeres på sykehus i Norge siden forskningen viser positive aspekter samtalen gir til pasienter med uhelbredelig kreft. Videre må det en holdningsendring til hos både helsepersonell, pasienter og pårørende ved at samtaler om livets slutt ikke betyr at man tar vekk håpet, men kan skape en trygg hverdag i en ellers usikker tid.

6 FORMIDLING

For å formidle resultatet av litteraturstudiet vil det bli presentert muntlig på skolen, samt muligens også på min arbeidsplass. Siden forhåndssamtaler er et tema det stadig er mer forskning på, og regjeringen vil at man skal satse på, kan det være mulig å lage et sammendrag av litteraturstudiet og se om det kan bli publisert i «Sykepleien». Videre vil jeg jobbe med å få fokus på forhåndssamtaler på min avdeling, hvor det kan være mulig å undervise mine kollegaer. Siden to av forskningsartiklene er utført på Haukeland vil det være lettere å snakke med forfatterne, for å se hvordan forhåndssamtaler kan implementeres på Kreftavdelingen.

LITTERATURLISTE

Aveyard, H. (2014). *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide*

(3.utg.). Maidenhead: McGraw-Hill Education.

Brenne, A-T. & Dalene, R. (2018). Symptomlindring av den døende pasienten. I S. Kaasa & H.

Loge (Red.), *Palliasjon – nordisk lærebok (3.utg, s.638 – 652)*. Gyldendal Akademiske.

Drageset, S. & Ellingsen, S. (2009). Forståelsen av kvantitativ helseforskning – en

introduksjon og oversikt. *Nordisk tidsskrift for helseforskning Årgang 5(2), s.100 – 113*. <https://doi.org/10.7557/14.244>

Folkehelseinstituttet. (2017, 23.novmber). *Dine ønsker for livets siste tid – veiledning og*

skjema for samtale om preferanser. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/livets-siste-tid>

Haugen, D. F. & Aass, N. (2018) Organisering av palliative tilbud. I S. Kaasa & H.

Loge (Red.), *Palliasjon – nordisk lærebok (3.utg, s.112 – 125)*. Gyldendal Akademiske.

Helse Bergen (u.å). *Lommeformat av veileder for forhåndssamtaler*. Hentet 6.mai 2021.

<https://helse-bergen.no/seksjon/KLB/Documents/Praktisk%20info/F%C3%B8rehandssamtaler/Lommeveileder.pdf>

Helsebiblioteket (2016, 7.juni). *Kvalitativ metode. Kunnskapsbasert praksis*.

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

Helsebiblioteket (u.å.) *Litteratursøk. Kunnskapsbasert praksis*. Hentet 30.april 2021.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok>

Helsebiblioteket (2016, 3.juni). *Sjekklistor. Kunnskapsbasert praksis.*

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

Helsebiblioteket (2016, 6.juni). *Søkeord. Kunnskapsbasert praksis.*

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/sokeord>

Helsedirektoratet (2019). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen –*

nasjonal faglig retningslinje. (IS-2800).

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

Hjorth, N. E., Haugen, D. F. & Schaufel, M. A. (2018). Advance care planning in life-

threatening pulmonary diseases: a focus group study. *European Respiratory Society Open Res* 2018; 4: 00101 – 2017. <https://doi.org/10.1183/23120541.00101-2017>

Hjorth, N. E., Schaufel, M. A., Sigurdardottir, K. R. & Haugen, D. F. (2020a). *Forhåndssamtaler*

– *veileder*. Kompetansesenter i lindrende behandling – Helse Bergen. https://helsebergen.no/seksjon/KLB/Documents/Praktisk%20info/F%C3%B8rehandssamtaler/Veileder_forhandssamtaler.pdf

Hjorth, N. E., Schaufel, M. A., Sigurdardottir, K. R. & Haugen, D. R. F. (2020b). Feasibility and

acceptability of introducing advance care planning on a thoracic medicine inpatient ward: an exploratory mixed method study. *BMJ Open Respiratory Research* 2020;7, e000485. <https://doi.org/10.1136/bmjresp-2019-000485>

Kreftregisteret (2021, 18.mars). *Nøkkeltall om kreft*.

<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>

Meld. St. 24 (2019 – 2020). *Lindrende behandling og omsorg: Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve*. Helse- og omsorgsdepartementet. Trykt utgave.

Moir, C., Roberts, R., Martz, K., Perry, J. & Tivis, L. J. (2016). Communicating with Patients and their Families about Palliative and End of Life: Comfort and Educational Needs of Staff RNs. *International Journal of Palliative Nursing*, s.1 – 8.

<https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.3.109>

Norsk sykepleierforbund (u.å). *Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp*. Hentet 30.april

2021. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/faglig-forsvarlighet-og-omsorgsfull-hjelp>

Reinar, L. M. & Jamtvedt, G. (2010). Hvordan skrive en systematisk oversikt? *Sykepleien*

Forskning 5(3), s.238 – 246). <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2010.0121>

Reitan, A. M. (2019). Klinisk kommunikasjon. I Reitan, A. M. & Schjølberg, T. Kr. (Red.),

Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling (4.utg., s. 104 – 119). Cappelen Damm Akademiske

Scherrens, A-L., Cohen, J., Mahieu, A., Deliens, L., Deforche, B. & Beernaert, K. (2020). The perceptions of people with cancer of starting a conversation about palliative care: A qualitative interview study. *European Journal of Cancer Care Vol.29(5):e13282*.

<https://doi.org/10.1111/ecc.13282>

Stegmann, M. E., Geerse, O. P., Tange, D., Richel, C., Brom, L., Engelen, V. & Duijts, S.

F. A. (2020). Experiences and needs of patients with incurable cancer regarding advance care planning: results from a national cross-sectional survey. *Supportive care in cancer, Vol.28(9), s. 4211-4217*. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05285-z>

Sønning, H. E. & Fossum, M. (2020). «Jeg gråter noen tårer hver dag»: En fenomenologisk studie av hjemmeboende kreftpasienters beskrivelse av deres livssituasjon i palliativ fase. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, Årg 16(1).

<https://doi.org/10.7557/14.4319>

Universitetet i Agder. (2021, 6.mai). *Rammeverk for fokuserte spørsmål. PICO – PIO – PEO – PICO and other framorks for building a question*. Bibliotekets fagside for helsefag.

<https://libguides.uia.no/c.php?g=430896&p=4833020#s-lg-box-14360762>

Vanbutsele, G., Pardon, K., Van Belle, S., Surmont, V., De Laat, M., Colman, R., Eecloo, K.,

Cocquyt, V., Geboes, K. & Deliens, L. (2018). Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advance cancer: a randomised controlled trail. *The Lancet Oncology*, 19(3), s. 394 – 404. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(18\)3006-3](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(18)3006-3)

Ólafsdóttir, K. L., Jónsdóttir, H., Fridriksdóttir, N., Sigurdardóttir, V. & Haraldsdóttir, E.

(2018). Integrating nurse-facilitated advance care planning for patients newly diagnosed with advanced lung cancer. *International Journal of Palliative Nursing*, Vol.24(4), s. 170 – 177. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2018.24.4.170>

VEDLEGG

VEDLEGG 1 – Systematisk søk/søkehistorie

Database	Søke nr	Søkeord/emneord/ Søkekombinasjoner	Antall treff	Kommentar
Cinahl (17/3-21)	1	Cancer Patients	38 817	For mange
	2	Advance Care Planning	3901	For mange
	3	Palliative Care	37 472	For mange
	4	Hope	5088	For mange
	5	Early Palliative Care – Early Intervention	18 703	For mange
	6	1 and 2	190	
	7	1 and 2 and 3	80	Greit utvalg – fant artikler
	8	1 and 3 and 5	34	Greit utvalg – fant artikler
	9	1 and 2 and 3 and 4	2	For få
	10	1 and 2 and 4 and 5	3	For få
Cinahl (24/3-21)	1	Cancer Patients (psychosocial factors – subheading)	8329	For mange
	2	Palliative Care	37 506	For mange
	3	1 and 2 + avgrensning alder 19-44	148	Greit utvalg – fant artikler
PubMed (17/3-21)	1	Advance Care Planning	4900	For mange
	2	Cancer Patients (valgt alle områder, inkludert MeSH-term: neoplasm)	13 495	For mange
	3	Palliative Care	78 921	For mange
	4	Hope	77 542	For mange
	5	1 and 2	1253	For mange
	6	1 and 2 and 3	727	For mange
	7	1 and 2 and 3 and 4	35	Greit utvalg – fant artikler

PEO-skjema

AND		Population	Exposition	Outcome
	Norske tekstord	Kreftpasienter Palliativ fase	Forhåndssamtale	Livskvalitet
	Engelske tekstord	Cancer patients Palliative Care Early Palliative Care	Advance Care Planning	Quality of life
	Engelske emneord	Cancer Patients (MH) Palliativ Care (MH + MeSH) Early Interventions (MH)	Advance Care Planning (MH)	Quality of life

MH: Major Heading, emneord CINHAL

MeSH: Medical Subject Heading, emneord PubMed

VEDLEGG 2 – Sjeklister

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie – Hjorth, et al. (2018). Advance care planning in life-threatening pulmonary diseases: a focus group study.

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

Problemstillingen er presentert og de viser til at det er relevant siden forhåndssamtaler har vist en økning i livskvaliteten til pasienter i andre land, og forskningen skal da se på norske pasienters behov og preferanser til forhåndssamtaler er.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

Det er en hensiktsmessig metode da de vil belyse pasienters egne behov og preferanser.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

Det er blitt diskutert i forhold til styrker og svakheter i artikkelen at forskningsdesignet er positivt med at man får pasientens egne meninger, og at intervjueren har erfaring med temaet. Svakheter de diskuterer er at det er valgt fokusgrupper framfor enkelt intervju, som kan gjøre at noen ikke vil si det de mener, men en styrke er at det en deltaker sier kan gjøre at andre får mot til å snakke.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi

de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

Inklusjon og eksklusjons kriterier er klart definert, samt hvordan og hvorfor pasientene ble rekruttert, og valgt ut. Det er også beskrevet hvorfor pasienter takket nei til å delta. Det er spesifisert at de prøvde å få utvalget til å variere mellom kjønn, alder, diagnose og utdanning.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

Datainnsamlingen er godt beskrevet. En var intervjuer og en skrev notater. Intervjuet ble tatt opp og transkribert i etterkant. Deltageren ble guidet av spørsmål, enten til hele gruppen, men også til enkelt deltagere.

I tillegg til dataen fra intervjuene, ble også medisinsk informasjon hentet fra journalen og registret i en ikke-identifiserbar form for å karakterisere populasjonen i studiet.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

Det er beskrevet at intervjueren har erfaring både i palliasjon og lungesykdom, som var med å guide oppfølgingsspørsmål og påvirke analyse prosessen. De påpeker at denne erfaringen var med å lage åpenhet mot kontraster og nyanser i pasientens historier. Intervjueren hadde ikke møtt pasientene før og de var ikke i familie.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

Studiet er godkjent i REK – regional komite for medisinsk og helse forsknings etikk i vest Norge. Deltagerne leverte skiftelig samtykke til å delta. Deltageren ble anonymisert, og lydfiler fra intervjuet ble oppbevart trygt på en studie server på Universitet i Bergen.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Analysedelen blir enkelt presentert i et eget avsnitt i artikkelen.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Resultatene er kategorisert, og de blir diskutert opp mot andre kilder i diskusjonsdelen.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

Forskningen viser at pasienter ønsker å bli spurt om de vil ha forhåndssamtaler. Studien viser til at man må lage en norsk kontekst på forhåndssamtaler, og det er blitt startet opp et program med forhåndssamtaler i Norge.

Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie – Vanbutsele, et al. (2018). Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trail.

Del A: Er studien en randomisert kontrollert studie?

1. Er forskningsspørsmålet klart og tydelig?

Ja – **Nei** – **Uklart**

Tips: Ble studien gjort for å vurdere utfall av et tiltak? Er forskningsspørsmålet tydelig med hensyn til:

- Populasjon (population)
- Tiltak (intervention)
- Sammenligning (comparator)
- Utfall (outcome)

Kommentar:

Ja, det kommer klart frem i artikkelen, hvor de viser til inklusjonskriterier og hvilket tiltak som skal undersøkes.

2. Ble deltagerne tilfeldig fordelt (randomisert) på en tilfredsstillende måte?

Ja – **Nei** – **Uklart**

Tips:

- Hvordan ble randomiseringen gjennomført? Eksempler på gode fordelingsmåter er dataprogram eller lukkede konvolutter. Eksempler på dårlige fordelingsmåter er ukedag og fødselsdato.
- Var randomiseringen tilstrekkelig for å unngå systematisk skjevhet (bias)?
- Den som plasserer deltagerne i de ulike gruppene, må ikke vite hvilken av gruppene deltageren havner i (skjult allokering).

Kommentar:

Deltageren ble randomisert med block-design ved hjelp av en data-genert sekvens. Deltagerne var ikke-blindet, altså de viste hvilken gruppe de var i og det gjorde helsepersonellet også – i følge forskerne var det ikke mulig å maskere dette, noe som kan føre til en seleksjonsbias.

3. Ble alle inkluderte deltagere gjort rede for ved slutten av studien?

Ja – **Nei** – **Uklart**

Tips:

- Er grunner til frafall beskrevet?
- Ble alle deltagerne analysert i den gruppen de ble randomisert til (intention to treat)?
- Ble studien avsluttet tidligere enn planlagt, og er dette i så fall begrunnet?

Kommentar:

Det er gjort rede for frafall, og alle deltageren ble analysert.

Del B: Er den metodiske kvaliteten tilfredsstillende?

4. Blinding

Tips:

- Uten blinding er det større risiko for systematiske feil (bias), særlig for subjektive utfallsmål som for eksempel smerte eller tilfredshet.
- Kan eventuell manglende blinding påvirke resultatene i denne studien?

a. Ble deltagerne blindet med hensyn til hvilket tiltak de fikk?

Ja – Nei – Uklart

b. Ble den som gav tiltaket blindet med hensyn til hvilken gruppe deltagerne var i?

Ja – Nei – Uklart

c. Ble den som målte og/eller analyserte utfallene blindet?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Siden tiltaket er en behandlingsform, med tidlig palliativ behandling, kan det ikke blindes. Dette kan være med på å påvirke resultatet.

5. Var gruppene like ved starten av studien?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Se om gruppene var like ved oppstart av studien (etter randomisering) med hensyn til for eksempel alder, kjønn, sosioøkonomisk status, relevante diagnoser og utfallsmål. Dette finner du gjerne i en tabell over deltagerkarakteristika ved baseline.
- Var det noen forskjeller mellom gruppene som kan ha påvirket utfallene?

Kommentar:

Gruppene var så og si like ved start, i forhold til kjønn, alder, livssituasjon, utdanningsnivå, ECOG-skala, hvilken avdeling de tilhøre og tumorens lokalisasjon.

6. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som ble evaluert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Var den en klart definert studieprotokoll?
- Var eventuelle tilleggstiltak (for eksempel undersøkelser, behandling) like i begge (alle) gruppene? Ulikheter kan føre til systematiske skjevheter (bias).
- Var måletidspunktene (follow-up intervals) like i begge gruppene?

Kommentar:

I følge artikkelen ble de behandlet likt, bortsett fra at studien ikke var blindet, som kan ha spilt inn.

Del C: Hva er resultatene?

7. Er effektene av tiltakene omfattende rapportert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Ble det gjort en styrkeberegning?
- Hvilke utfall ble målt, og var de klart beskrevet?
- Hvordan ble resultatene presentert? Ble relativ og absolutt effekt rapportert for todelte (binary) utfall?
- Ble resultater rapportert for hvert enkelt utfall i hver enkelt gruppe på hvert enkelt måletidspunkt?
- Var det noen ukomplette eller manglende data?
- Hvis det var ulikt frafall i gruppene, kan dette ha på virket resultatene?
- Ble mulige kilder til skjevhet (bias) identifisert?
- Hvilke statistiske tester ble brukt?
- Er p-verdier rapportert?

Kommentar:

Resultatene er beskrevet både med tekst og tabell. Utfallet ble målt til samme tid. Frafallet er beskrevet. Det ble brukt anerkjente validerte skjema og dataprogram for å få fram resultatet og statistikken.

8. Er presisjon rundt effektestimater rapportert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Er konfidensintervallet (KI/CI) oppgitt?

Kommentar:

Står oppgitt i tabellen.

9. Veier fordelene ved tiltaket opp for bivirkninger og kostnader?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hvor stor er effekten av tiltaket?
- Ble bivirkninger eller andre uønskede hendelser rapportert for hver gruppe?
- Ble det gjort en kostnadseffektanalyse? En slik analyse gjør det mulig å sammenligne ulike tiltak brukt for samme tilstand.

Kommentar:

Påpekes at tiltaket allerede er i standard-programmet der, men nå ble det gjort mer systematisk.

Del D: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Kan resultatene overføres til din praksis?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er deltagerne i studien like nok de du møter i din praksis?

- Ville forskjeller mellom din populasjon og studiedeltagerne endre utfallene som er rapportert i studien?
- Er utfallene i studien viktige for pasienter, brukere og beslutningstagere du møter i din praksis?
- Er det andre utfall du ville hatt informasjon om som ikke ble målt eller rapportert i studien?
- Er det begrensninger i studien som vil påvirke din avgjørelse om å bruke resultatene i din praksis?

Kommentar:

Utvalget kan relateres til pasientgruppen jeg jobber med. Studie kan relateres til hverdagen på et norsk sykehus.

11. Er tiltaket i studien bedre enn dagens praksis?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hvilke ressurser kreves for å ta i bruk dette tiltaket? For eksempel tid, penger, kompetanseheving og praktisk opplæring.
- Kan du omfordele ressurser for å ta i bruk det nye tiltaket?

Kommentar:

Tar noe mer tid, siden man må ha ekstra konsultasjoner og man vil trenge mer opplæring og utdanning av helsepersonell. Tilbudet er der allerede idag, med at de et palliativt team på sykehuset i Belgia, men det vil kreve mer hvis «alle» palliative pasienter skal kunne få det tilbudet med så tett oppfølging. Det er derfor man trenger flere med mer utdanning, slik at tilbudet kan kunne tilbys alle.

Oppsummering av vurderingen

Noter hovedpunkter fra den kritiske vurderingen du nettopp har gjort. Hva er din konklusjon om denne studien? Vil du bruke den til å endre praksis eller anbefale endringer i din organisasjon? Kan du på en god og rask måte iverksette tiltaket beskrevet i studien?

For å kunne sette tiltaket i gang på min arbeidsplass trengs det forankring i ledelsen, og noe omstrukturering i organisasjonen. Viser i at i Belgia kan det ha en god effekt for pasientene å sette i gang med tidlig og systematisk palliativ behandling. Siden de allerede har tiltakene i sin helsetjeneste, kan det være noe enklere å få det til å bli standard behandling der. Siden det viser økning i livskvalitet med tidlig og systematisk palliativ behandling, tenker jeg det kan være lurt at man får til en implementering av dette her i Norge også. Det blir gjort i dag, men ikke på en slik systematisk måte. For å kunne enkelt iverksette er å sette et fokus på tidlig palliasjon på sykehuset, slik at man vil ta det opp med pasientene.

VEDLEGG 3 – Resultattabell

Forfatter/årstall/ tittel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat og konklusjon	Styrker	Svakheter
Hjorth, et al. (2018). Advance care planning in life-threatening pulmonary diseases: a focus group study.	Undersøke hvordan alvorlige syke lungepasienter stiller seg til forhåndsamtaler i Norge.	Norge – Haukeland, Bergen Kvalitativ studie Fokusgruppeintervju – fordelt på fire grupper. Gjennomført på lungeavdelingen på Haukeland. Samtale varte i 49 – 66 minutter og ble transkribert.	N = 13 alvorlige lungesyke Diagnoser: 7 lungekreft 4 KOLS 2 lunge fibrose 6 menn og 7 kvinner 12 norske og 1 dansk Gjennomsnitt alder 65 år	Pasientene trenger sikkerhet rundt behandlingen og menneskelige relasjoner, både med helsevesen og i privatlivet. Planlegging av forhåndsamtale kan øke pasientens følelse av «den trøstende sikkerheten» og imøtekomme deres behov for støtte, informasjon og åpenhet. Pasientene foretrakk samtaler ved diagnosetidspunktet og ved forskjellige «vendepunkter» i sykdomsforløpet, og bli forsiktig spurt om behov for samtaler og planlegging. Forhåndsamtaler bør støtte seg på et etablert forhold mellom helsepersonell og pasienter. Individuelt skreddersydd informasjon kan gi støtte og styrke til pasientene og pårørende. Pasienter ønsket å bli tilbudt en forhåndsamtale.	Intervjueren har erfaring med temaet i samtalen, diagnosene og palliativ behandling – styrker en mer åpen tilnærming i intervjuet.	Lite uvalgt – kun lungesyke pasienter Vanskelig å rekruttere deltagere.

Forfatter/årstall/ tittel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat og konklusjon	Styrker	Svakheter
Hjorth, et al. (2020). Feasibility and acceptability of introducing advance care planning on a thoracic medicine inpatient ward: an exploratory mixed method study.	Undersøke hvilken temaer pasienter diskuterte under forhåndssamtaler og vurdere hvordan pasienter, pårørende og helsepersonell opplever en slik samtale, samt gjennomførbarheten for samtalen.	Norge – Haukeland, Bergen, på lungeavdelingen Kvalitativ studie Studie var delt i tre faser: Utviklingen av samtaleguide, gjennomføre pasientsamtalene og gjennomføring av fokusgrupper for å bestemme helsepersonell sin mottakelse av forhåndssamtaler. Forhåndssamtale ledet av helsepersonell ved hjelp av semistrukturert guide, hvor pasientene skulle snakke fritt – ble dokumentert i journalen. På slutten av pilotperioden ble helsepersonell intervjuet i fokusgrupper om sine erfaringer.	N = 51 (41-89 år) 40 menn og 11 kvinner – 18 ble ledsaget av en pårørende. Gjennomsnittsalder 70 år. 9 KOLS 41 lungekreft 1 lungefibrose Helsepersonell av 1 lege (mann) og 7 sykepleiere (alle kvinner). Gjennomsnittsalder 39 år. De hadde jobbet på avdelingen fra 1,5 til 29 år.	Fire temaer dukket opp: (1) Forstyrrende symptomer, (2) eksistensielle emner, (3) planlegging av omsorg og (4) viktige relasjoner. Helsepersonell så på forhåndssamtaler som relevant og etterlyste tid og ferdigheter for å integrere det i sin daglige praksis. Pasienter, pårørende og helsepersonell viste en positiv holdning til forhåndssamtaler. Å fokusere på nåværende og fremtidig symptomkontroll kan være en måte å introdusere forhåndssamtaler på. Viktige aspekter for implementering av forhåndssamtaler til pasientgruppen: støtte i ledelsen, utdanning, opplæring, gjennomførbare rutiner og tildelt tid til å utføre samtalene.	Å ha fokusgruppe intervju med pasientgruppen før man utarbeider guiden for forhåndssamtaler. Resultatet er uavhengig av kjønn og alder. Synspunkt fra både pasientens og helsepersonellens side. 70% av positive til forhåndssamtaler som gjør at resultatet kan generaliseres til å implementere forhåndssamtaler på sykehus.	Ikke noe vi har i Norge, så de som deltok hadde aldri gjort det før eller hørt om det. Kun testet på lungepasienter på HUS – kan det videreføres til alle i Norge? Siden man måtte kunne gi skiftelig samtykke kan man muligens ha ekskludert de sykeste – mister en viktig stemme? Få helsepersonell, spesielt leger, ga sin mening.

Forfatter/årstall/ tittel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat og konklusjon	Styrker	Svakheter
Moir, et al. (2016). Communicating with Patients and their Families about Palliative and End of Life: Comfort and Educational Needs of Staff RNs.	Formålet ved å bestemme behovene til sykepleiere for å kommunisere med pasienter og pårørende om palliativ behandling og pleie ved livets slutfase.	USA Kvantitativ studie Gjennomført på tre sengepostavdelinger på et sykehus i et område i vest i USA. Ikke-eksperimentelt spørreskjema – en psykometrisk validert skala med 28 elementer utviklet for å vurdere utdanningsbehovet av profesjonelle om palliativ og livets slutfase. Spørreskjemaet er validert i en stor studie omfattet av leger, sykepleier og sosialarbeidere. Undersøkte forskjellen på alder, år som sykepleier og avdelingen de jobbet på hadde en betydning.	N = 60 sykepleiere på tre forskjellige avdelinger (34 % av totalt inviterte til studiet gjennomførte) 37 % intensiv 26 % onkologisk 37 % telemetri Alder: Yngre enn 30 år: 41% 30 – 49 år: 43 % 50 år eller eldre: 16% Sykepleiererfaring: < 2 år: 12 % 2 – 5 år: 33% 5 – 10 år: 29% > 10 år: 27%	Antall år som sykepleier og hvilken avdeling man jobbet på hadde en betydelig effekt på hvor komfortable sykepleierne var med å diskutere palliativ behandling og behandling ved livets slutfase med pasienter og pårørende. De sykepleieren som hadde under to års erfaring var signifikant mindre komfortable med temaet uavhengig avdeling. Sykepleierne som jobbet på onkologisk avdeling, signifikant mer komfortable enn de som jobbet på intensiv eller telemetri. Studiet viste at man trenger mer utdanning for de sykepleierne med minst erfaring.	Validert kvantitativt spørreskjema.	lite utvalg, kan være vanskelig å generalisere til Norge, da muligens vi har et annet utdanningsopplegg på grunnutdanninge n – egen erfaring motsier dette. Av hvor lenge man hadde jobbet kunne man krysse av på 2 – 5 og 5 – 10 år, så noen kan ha krysset av forskjellig når det kom til de som hadde jobbet rundt 5 år – kan muligens påvirke resultatet.

Forfatter/årstall/ tittel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat og konklusjon	Styrker	Svakheter
Scherrens, et al. (2020). The perceptions of people with cancer of starting a conversation about palliative care: A qualitative interview study.	<p>Forstå og forklare atferden "å starte en samtale om palliativ behandling med en profesjonell omsorgsperson» fra perspektivet til mennesker med uhelbredelig kreft.</p> <p>Tidligere studier viser at tidlig palliativ behandling kan øke livskvaliteten og at helsepersonell ofte venter til pasienten tar det opp selv. Samtalene blir ofte tatt sent eller ikke i det hele tatt, som kan føre til en suboptimal behandling i de siste månedene.</p>	<p>Belgia</p> <p>Kvalitativ studie</p> <p>Semi-strukturert "ansikt-til-ansikt» intervju.</p> <p>Intervjuene tok sted enten hjemme hos pasientene, på en sykehusavdeling eller et palliativt dagsenter. Deltagerne ble intervjuet av to forskere (gjennomsnitt ca 1 time varighet) og det ble tatt opp lyd som etterpå ble transkribert.</p>	<p>N = 25 personer med uhelbredelig kreft (11 forskjellige diagnoser). Alder fra 39 – 77, gjennomsnitt 63 år. 11 menn og 14 kvinner. 13 hadde ikke (enda) fått palliativ behandling, 12 fikk det.</p> <p>Inklusjonskriterer: over 18 år, fått diagnosen for minst 1 mnd siden, klar over diagnosen, samtykkekompetent og kunne delta i tysk intervju.</p>	<p>Både positive og negative holdninger mot å starte en slik samtale. 9 av 12 som fikk palliativ behandling var positive, det samme var 11 av 13 som ikke hadde begynt behandlingen enda.</p> <p>Det ble identifisert atferdsmessige faktorer hos pasientene som påvirket, slik som kunnskap (eks. om palliativ behandling), holdninger (eks. assosiasjoner av palliativ behandling med livskvalitet) og sosial påvirkning (eks. relasjonen med helsepersonell).</p>	<p>Fokuserer på pasientens perspektiv og ikke på helsepersonell.</p>	<p>Eneste forskning på dette området gir en begrensning av resultatet.</p> <p>Hvordan man la frem forskningen til pasienten – om de ble påvirket for om de ville delta eller ikke.</p>

Forfatter/årstall/ tittel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat og konklusjon	Styrker	Svakheter
Stegmann, et al. (2020). Experiences and needs of patients with incurable cancer regarding advance care planning: results from a national cross- sectional survey.	Utforske behov og erfaringer til pasienter med uhelbredelig kreft angående samtalen da de fikk vite at kreften var uhelbredelig, behandlingen etter samtalen og deres preferanser angående samtaler om livets slutt.	Nederland Kvantitativ studie. Tverrsnittsundersøkelse med et nasjonalt online spørreskjema som var validert. 32 spørsmål: 28 kvantitative og 4 åpne spørsmål (ble brukt til å illustrere erfaringer og pasientenes behov og ble ikke kvalitativt analysert).	N = 654, 58 % kvinner. Gjennomsnittsalder 60 år. 43% ble behandlet på et universitetssykehus. 22% brystkreft 21% hematologisk malignitet 19% prostatakreft 13% lungekreft 5% kolorektalkreft 4% gynekologisk kreft 17% andre Median tid siden de fikk vite at kreften av uhelbredelig var 2 år.	86% hadde samtalen om at de ikke kunne bli friske med behandlingsansvarlig lege på sykehuset. De resterende hadde den enten med en annen lege, sykepleier eller allmennlege. 64% ble tilbudt noen form for behandling av sykehuset etter samtalen, 28% fikk ingen tilleggsbehandling og 8% viste ikke om tilbudet. 62% uttrykte at de ville snakke om livets slutt. 21% ønsket det ikke 17% var usikre Studien viste at pasientene hadde et stort behov for emosjonell støtte under samtalen om at de hadde uhelbredelig kreft, men at det var en middelmådig tilfredshet med det. Det ble uttrykt et sterkt ønske om å ha samtaler angående behov nærme livets slutt og det ble foretrukket at det ble tatt opp av helsepersonell.	Stor nasjonal undersøkelse, med flere detaljerte spørsmål om livets slutfase. Gjør at resultatene kan generaliseres, ihvertfall i Nederland, men også til andre land som har lignende helsetjenester – som Norge.	Pasienter er ofte mer villig til å delta hvis de er relativt friske, veldig misfornøyd eller veldig tilfredsstilt med deres helsevesen, noe som kan spille inn på resultatet.

Forfatter/årstall/ tittel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat og konklusjon	Styrker	Svakheter
Sønning & Fossum. (2020). «Jeg gråter noen tårer hver dag»: En fenomenologisk studie av hjemmeboende kreftpasienters beskrivelse av deres livssituasjon i palliativ fase.	Beskrive hvordan hjemmeboende kreftpasienter opplever sin livssituasjon i den palliative fasen, for å øke kunnskapen om hva som kan bidra til god palliativ omsorg.	Norge – to fylker, muligens på Sørlandet Fenomenologisk tilnærming. Kvalitativt design med individuelle dybdeintervju. 6 gjennomført hjemme hos pasientene, 1 på en poliklinikk på et sykehus og 1 på et møterom på et universitet. En intervjuguide med tre overordnede tema: (1) beskrive hvordan de opplevde å være i den palliative fasen – få frem deres historie, behov, lengsler, drømmer og håp. (2) utfordringer de opplevde med å være i den palliative fasen og (3) egne beskrivelser av hva som bidrar til gode dager. Intervjuene: gjennomsnitt 59 minutter, datamaterialet transkribert ordrett.	N = 8 hjemmeboende pasienter med avsluttet kurativ behandling, uvist levetid. Alder: 35 – 63 år 6 kvinner og 2 menn. 3 – aleneforsørgere med små barn 2 – gift med små barn 2 – i nyere forhold og har voksne barn 1 – gift og har voksne barn Norskspråklige, 7 etnisk norske og 1 med innvandrers bakgrunn. Deltagere ble rekruttert i samarbeid med ansvarlig ledelse i Kreftforeningen i to fylker.	Å leve med usikkerhet og uforutsigbarhet om fremtiden – var i større grad blitt overlatt til seg selv. Manglende oppfølging beskrevet som «alenetid», krevende, skapte en usikker hverdag. Føle seg sett og hørt i møte med helsepersonell og medmennesker – var viktig for pasientene. Helsepersonell tok seg til samtale, skape trygghet. Forventet at helsepersonell var mer tilstedeværende og så hele mennesket. Belastende følelsen av å svikte de nærmeste – bekymringer rundt barn som pårørende. Største bekymringen med tanke på fremtiden var opplevelsen av å skulle svikte dem man er glad i. Nødvendig med dialog og samtale mellom pasient, helsepersonell og pårørende. Utfordringer med å håndtere hverdagens krav, alt de ikke mestret pga sin livssituasjon.	En forsker har vært med på hele prosessen, gjør funnene troverdige. Forskeren hadde ingen kontakt med deltagerne før intervjuet og hadde ingen relasjon til dem. Metoden forutsetter at forskeren kun beskriver deltakernes opplevelser uten å tolke ut fra egne opplevelser. Forfatterne er sykepleiere med mange års erfaring innen palliativ omsorg. Resultatet samsvarer med tidligere studier internasjonalt.	Lite utvalg, kun gjort i to fylker – må se på om det kan generaliseres, ulike forskjeller i Norge.

Forfatter/årstall/ tittel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat og konklusjon	Styrker	Svakheter
Vanbutsele, et al. (2018). Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial.	Undersøke om tidlig og systematisk integrering av palliativ behandling ved siden av standard psykososial onkologisk behandling gir en ekstra fordel sammenlignet med vanlig behandling.	Belgia – Gent Universitetssykehus. Kvantitativ – en ikke-blindet randomisert kontrollert studie. Brukt flere internasjonale validerte spørreskjemaer. Det ble brukt anerkjente programmer og metoder for å analysere data.	N = 186 med avansert kreft pga en solid tumor. Tilfeldig delt inn i to grupper: Tidlig og systematisk = 92, 33 kvinner, 59 menn Kontroll gruppe = 94, 25 kvinner, 69 menn Over 18 år – gjennomsnitt 64 år, ECOG 0 – 2, estimert levetid på 12 måneder, hadde fått diagnosen om avansert kreft for ikke mer enn 12 uker siden, kunne svare på en tysk undersøkelse. Tre avdelinger: medisinsk onkologi, thorakal onkologi og gastrointetinal onkologi.	Man så en signifikant bedring i generell livskvaliteten til de som fikk tidlig og systematisk palliativ behandling ved 12 uker enn i kontrollgruppen. Den forble signifikant etter 18 uker. Man så en signifikant økning i antall konsultasjoner med psykolog i hovedgruppen etter 18 uker. En undersøkende analyse viste fordeler både kognitivt og på fysiske funksjoner, samt i fatigue og eksistensielle behov. Ingen forskjell i overlevelse.	Stort utvalg, og kun 5% frafall etter 12 uker. Internasjonale validerte spørreskjema. Resultatene viser mye av det samme som tidligere forskning har vist.	Kun gjort på et sykehus, så kan gjøre det vanskelig å generalisere resultatet til andre situasjoner. Ikke-blindet studie kan påvirke resultatet

Forfatter/årstall/ tittel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat og konklusjon	Styrker	Svakheter
Ólafsdóttir, et al. (2018). Integrating nurse-facilitated advance care planning for patients newly diagnosed with advanced lung cancer.	Undersøke opplevelsen til pasienter som nylig har blitt diagnostisert med avansert lungekreft og deres pårørende om å engasjere seg i en personsentrert og strukturert forhåndssamtale, tilrettelagt av en palliativ sykepleier.	<p>Island – onkologisk poliklinikk på Universitetssykehuset på Island.</p> <p>Utforskende kvalitativ studie med semi-strukturert intervju og tematisk analyse.</p> <p>Det ble utarbeidet et hefte om å tenke på framtiden, med hva som var viktig for pasienten, som ga grunnlaget for forhåndssamtalen.</p> <p>Samtale med en palliativ sykepleier (ca 1 time). Det var andre møte mellom sykepleieren og pasienten og pårørende.</p>	<p>N = 7 pasienter gjennomførte. 6 kvinner og 1 mann</p> <p>Alder: 54 – 85 år</p> <p>4 var gift 2 var skilt 1 enke</p> <p>5 hadde med pårørende på samtalen.</p> <p>Forhåndssamtalen ble gjennomført 3 – 5 måneder etter diagnosen.</p>	<p>Riktig tid og format for forhåndssamtalen – sykepleierne fikk samtalen til å gå lett og samtalen virket ikke «satt» og skummel. Hjelpsom og relevant samtale.</p> <p>Positivt å ha forhåndssamtalen tidlig, som når man fikk diagnosen, var ikke «for syk», men litt skummelt i begynnelsen. Pasientene følte da hvor alvorlig diagnosen var.</p> <p>Bra å bruke et hefte som hjelpemiddel – lettere å diskutere temaene med pårørende før og etter forhåndssamtalen.</p> <p>Pasientene ønsket å forberede og beskytte pårørende.</p> <p>Pasientene foretrakk at helsepersonell startet samtalen, at ble gjort med et pasient-fokus og i deres tempo.</p> <p>Viser at man kan bruke forhåndssamtaler i det allerede eksisterende helsetilbudet, utført av spesialsykepleier.</p>	<p>Pasienten og pårørende i fokus.</p> <p>Fremhever en måte man kan rutinemessig implementere forhåndssamtaler rutinemessig i en integrert palliativ omsorg, utført av spesialsykepleiere .</p>	<p>Lite utvalg som gjør at det er vanskelig å generalisere det til like situasjoner – men gir en liten pekepinn på hvordan det kan gjennomføres.</p> <p>Forfatterne påpeker at det må mer forskning til.</p>

VEDLEGG 4 – Likheter og ulikheter i studiene: tema og nøkkelfunn

Forfatter/årstall	Tema	Nøkkelfunn
Hjorth, et al. (2018).	Relasjonen til helsepersonell Riktig tidspunkt Støtte og trygghet	Trøstende trygghet Sikkerhet rundt relasjoner og etablerte forhold Riktig tidspunkt
Hjorth, et al. (2020).	Relasjonen til helsepersonell Riktig tidspunkt og format Støtte og trygghet	Fire temaer dukket opp: (1) Forstyrrende symptomer, (2) eksistensielle emner, (3) planlegging av omsorg og (4) viktige relasjoner Positive holdninger til forhåndssamtaler hos helsepersonell, pasient og pårørende. Riktig tilnærming for samtalen
Moir, et al. (2016).	Støtte og trygghet	Erfaring og kunnskap = mer komfortable Kunne gi god palliativ behandling ved samtaler Mer opplæring om samtaler med pasient og pårørende om palliasjon og livets slutt.
Scherrens, et al. (2020).	Relasjonen til helsepersonell Riktig format	Faktorer som påvirket: kunnskap (eks: om palliasjon), holdninger (eks: ass. av palliasjon) og sosial påvirkning (relasjonen med helsepersonell.) Ønske om at helsepersonell «fører» samtalen.
Stegmann, et al. (2020).	Riktig tidspunkt og format Relasjonen til helsepersonell Støtte og trygghet	Uenighet blant pasienten når man skal ha samtalen. Emosjonell og psykososial støtte er viktig. Individuelle behov hos pasientene i forhold til forhåndssamtaler. Relasjoner til helsepersonell – hvem som tar samtalen.
Sønning & Fossum. (2020).	Støtte og trygghet	Usikkerhet og uforutsigbarhet rundt framtiden. Sett og hørt i møte med helsepersonell og medmennesker. Belastende følelse av å svikte de nærmeste og utfordringer med å håndtere hverdagen.
Vanbutsele, et al. (2018).	Riktig tidspunkt og format	Bedring i generell livskvaliteten etter 12 og 18 uker når man får tidlig og systematisk palliativ behandling. Fordeler både kognitivt, på fysiske funksjoner, fatigue og eksistensielle behov. Flere hadde konsultasjoner med helsepersonell.
Ólafsdóttir, et al. (2018).	Riktig tidspunkt og format Støtte og trygghet	Riktig tid og format – foretrakk at helsepersonell startet samtalen. Hefte som hjelpemiddel – økt kunnskap. Hjelpsom og relevant samtale – ville beskytte og forberede pårørende.

Fargen viser artiklene tok opp temaet.

Forfatter/årstall	Riktig tidspunkt og format	Relasjonen til helsepersonell	Støtte og trygghet
Hjorth, et al. (2018).			
Hjorth, et al. (2020).			
Moir, et al. (2016).			
Scherrens, et al. (2020).			
Stegmann, et al. (2020)			
Sønning & Fossum (2020).			
Vanbutsele, et al. (2018).			
Ólafsdóttir, et al. (2018).			