

Ingrid Grønlie Olsen Netteland
Thea Herrmann Holmen

Palliativ omsorg til hjertesviktpasienter

Antall ord: 8789

Bacheloroppgave i 050SY Bachelor i sykepleie
Veileder: Ingunn Klauset Hunstad

Mai 2020

Ingrid Grønlie Olsen Netteland
Thea Herrmann Holmen

Palliativ omsorg til hjertesviktpasienter

Antall ord: 8789

Bacheloroppgave i 050SY Bachelor i sykepleie
Veileder: Ingunn Klauset Hunstad
Mai 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund

Sammendrag

Hensikt: Litteraturstudien har til hensikt å utforske hvordan sykepleier kan inkludere palliativ omsorg i behandlingen til hjertesviktpasienter.

Metode: Dette er en systematisk litteraturstudie bestående av åtte artikler og selvvalgt litteratur, hvorav tre artikler er kvalitative, tre er kvantitative, en er mikset-metode og en er en systematisk litteraturstudie basert på 37 forskningsartikler.

Resultat: Funnene viser at det er stort behov for både teoretisk kunnskap om palliativ omsorg rettet mot hjertesviktpasienter, og kompetanse innen kommunikasjonsferdigheter blant sykepleiere. Forløpet ved hjertesvikt er uforutsigbart og sykepleiere føler det er utfordrende å vite når lindrende behandling skal trekkes inn. Sykepleiere er ikke komfortable i diskusjoner om palliativ omsorg, og det kreves både riktig tidspunkt og varsomhet i alle slags samtaler om terminal omsorg. Det bør være repeterende muligheter for diskusjon om temaet. Sykepleiere opplever frustrasjon rundt den tverrprofesjonelle samhandlingen til hjertesviktpasienter, og det er behov for en tydelig definisjon av de ulike rollene. Videre er det nødvendig at sykepleiere tar i bruk verktøy for å skape større koordinasjon og kontinuitet i omsorgen til pasientene.

Konklusjon: Sykepleier har behov for økt kompetanse og kommunikasjonsferdigheter om palliasjon til hjertesviktpasienter. Palliativt team og en palliativ plan bør tidlig trekkes inn i behandlingsforløpet for å kunne tilby helhetlig omsorgstilbud for pasientgruppen.

Abstract

Aim: The purpose of this literature study is to research how nurses can include palliative care in the treatment of patients with heart failure.

Method: This is a systematic literature study, containing eight research articles as well as self-selected literature. Of these, three studies are qualitative, three are quantitative, one uses a mixed method and one is a systematic literature study based on 37 research articles.

Results: This study reveals that there is a great need for both theoretical knowledge on palliative care for heart failure patients, and knowledge on communication skills within the nursing staff. The course of heart failure is unpredictable, and nurses find it challenging to know when to start palliative treatment. Nurses are not comfortable in discussions on palliative care, and therefore discussions on terminal treatment demand the appropriate timing and caution. Nurses experience frustration concerning the interprofessional cooperation regarding patients with heart failure, and there is therefore a need for clearly defined roles. It is essential that nurses utilize tools to improve cooperation and continuity in the care.

Conclusion: Nurses have an increased need for knowledge and communication skills towards palliative care for heart failure patients. Advanced care plan and the palliative care team should be included early in the course of treatment, to offer comprehensive care services for the patient group.

Forord

*"(...) Men jeg tror det blir lettere å leve
hvis vi tør å snakke sammen om at livet en gang tar slutt.
Det er en stor begivenhet når et menneske kommer til verden.
Det er en stor begivenhet når et menneske forlater verden også.
Den første begivenheten forbereder vi mye og snakker mye om.
Den siste forbereder vi lite og snakker lite om.
Det gjør den tyngre.
For den som skal dø. For de som skal leve videre.»*

(Helse- og Omsorgsdepartementet, 2019).

Innhold

1	Innledning	9
1.1	Studiens hensikt og problemstilling.....	9
1.2	Begrepsavklaring	9
1.3	Avgrensninger	10
1.4	Studiens oppbygging	10
2	Teoribakgrunn.....	11
2.1	Hjertesvikt	11
2.2	Palliativ omsorg og behandling.....	12
2.3	Joyce Travelbees interaksjonsteori	12
3	Metode.....	13
3.1	Systematisk litteraturstudie.....	13
3.2	Datainnsamling.....	13
3.2.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	14
3.2.2	Søkestrategi.....	14
3.2.3	Søkehistorie.....	14
3.2.4	Kvalitetsvurdering.....	15
3.2.5	Etiske vurderinger.....	15
3.3	Analyse	16
4	Resultat.....	18
4.1	Kompetanse	18
4.1.1	Behov for økt kompetanse	18
4.1.2	Behov for å være komfortabel i diskusjoner om palliativ omsorg	19
4.2	Organisering og samhandling.....	20
4.2.1	Samhandling med andre yrkesgrupper.....	20
4.2.2	Kontinuitet og koordinasjon.....	21
5	Diskusjon	22
5.1	Metodediskusjon	22
5.2	Resultatdiskusjon.....	23
5.2.1	Kompetanse.....	23
5.2.2	Verdien av å være komfortabel i diskusjoner om palliativ omsorg	25
5.2.3	Samhandling med andre yrkesgrupper.....	26
6	Konklusjon.....	29
7	Bibliografi	30
8	Vedlegg.....	34

1 Innledning

Temaet for denne systematiske litteraturstudien er palliasjon, med fokus på hjertesviktpasienter og hvordan sykepleier ved hjelp av helhetlig omsorg kan bidra til at den aktuelle målgruppen får en god slutt på livet og en verdig død.

Kronisk hjertesvikt er en av de vanligste sykdommene hos eldre, og man møter disse pasientene innenfor flere områder av helse- og omsorgstjenesten (Brodtkorb, 2014, s. 378). Forløpet ved hjertesvikt er både ustabil og uforutsigbart, noe som gjør det vanskelig for helsepersonell å vite når det går mot slutten, og mange med hjertesvikt opplever hjerte-lunge-redning de siste dagene av livet (Brodtkorb, 2014, s. 382). Nærmere halvparten av pasientene med hjertesvikt dør uten forvarsel, en såkalt plutselig død (Brodtkorb, 2014, s. 382). For pårørende kan det være vanskelig å forstå situasjonen, og pasientens død oppleves som uventet. Andre kan gå gjennom en periode med forverring av tilstanden, og ha mange symptomer og plager som ofte ikke blir lindret godt nok.

1.1 Studiens hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å utforske hvordan hjertesviktpasienter kan få bedre sykepleie mot slutten av livet. Økt kompetanse innenfor dette området vil være nyttig for å utvikle en god og helhetlig sykepleie til denne pasientgruppen. Følgende problemstilling er valgt:

Hvordan kan sykepleier bidra til god palliativ omsorg til hjertesviktpasienter i livets slutfase?

1.2 Begrepsavklaring

Palliativ omsorg forklares som behandling, pleie og omsorg til pasienter med uhelbredelig sykdom og er en tilnæringsmåte med hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres pårørende (Mathisen, 2016, s. 412).

Hjertesvikt er både en kronisk og akutt potensielt livstruende tilstand, hvor hjertet ikke klarer å pumpe nok blod til kroppens behov. Det er en sykdom uten kurativ behandling, og for pasienten innebærer det å leve med en usikker, begrenset og truende livssituasjon (Eikeland, Stubberud, & Haugland, 2016, ss. 252-254).

Livets slutfase forklares som en prosess som starter når det erkjennes at sykdommen er uhelbredelig, og avsluttes når pasienten dør (Grov, 2014, s. 523).

Verdig død er både en subjektiv opplevelse og påvirkes av egne holdninger, verdier, forventninger og erfaringer. Det handler om å ta hensyn til det enkelte menneskets behov både sosialt, fysisk, psykisk, åndelig og eksistensielt. En verdig død innebærer ivaretagelse av respekt for den enkeltes liv, integritet og menneskeverd (Wille & Nyrønning, 2012, s. 17).

Livskvalitet er ofte en betegnelse på velferd og det å ha et godt liv, og inneholder både objektive og subjektive aspekter hvor begge er nødvendige for å kunne gi et dekkende bilde av hva livskvalitet er for den enkelte (Barstad, 2019).

1.3 Avgrensninger

Oppgaven avgrenses til et sykepleieperspektiv, og fokuserer på hvordan sykepleier kan inkludere palliativ omsorg og behandling, slik at eldre hjertesviktpasienter kan få en bedre avslutning på livet. Videre er det valgt å ikke avgrense oppgaven til en spesifikk arena innenfor helsetjenesten, ettersom palliativ omsorg foregår i ulike deler av helsevesenet, og hjertesviktpasienter ofte befinner seg på ulike områder gjennom forløpet. Invasive tiltak som blant annet hjertetransplantasjon, klaffeoperasjoner, pacemaker er ikke inkludert i denne studien.

1.4 Studiens oppbygging

Oppgavens påfølgende kapittel omhandler relevant teori for å belyse problemstillingen. Kapittel tre presenterer metoden, med datainnsamling, kriterier, søkeprosess og vurdering av etikk og kvalitet. Kapittel fire er resultatdelen som presenterer hovedfunn identifisert gjennom analyse av studiene, og kapittel fem er diskusjonsdelen som består av metode- og resultatdiskusjon, hvor hovedfunn trekkes fram sammen med relevant teori. Oppgaven munner ut i en konklusjon i kapittel seks.

2 Teoribakgrunn

I dette kapittelet presenteres relevant teori for å underbygge og belyse problemstillingen. Her inkluderes informasjon om diagnosen hjertesvikt, palliativ omsorg og behandling, samt Joyce Travelbees interaksjonsteori.

2.1 Hjertesvikt

Hjertesvikt er en tilstand der hjertet er svekket, slik at evnen til å pumpe blodet rundt i kroppen er dårligere enn normalt. Enkelte organer vil få redusert blodtilførsel (NHI, 2020). Hjertesvikt er et alvorlig og stadig økende helseproblem. Hjertesvikt påvirker hele mennesket og får konsekvenser for den fysiske og psykiske helsen, livsutfoldelsen og livskvaliteten (Eikeland, Stubberud, & Haugland, 2016, s. 252). Det er ca. 50 000-100 000 som har hjertesvikt i Norge, og hjertesvikt er årsak til minst 5% av alle akutte sykehusinnleggelser i medisinsk avdeling (NHI, 2020). Gjennomsnittlig forventet levetid for hjertesviktpasienter er 4 år. I løpet av det første året etter sykehusinnleggelse grunnet hjertesvikt, er 40% av pasientene enten innlagt på ny eller døde (Ørn & Brunvand, 2016, s. 176).

Hjertesvikt inndeles i to hovedkategorier; akutt eller kronisk (Eikeland, Stubberud, & Haugland, 2016, s. 252). Det typiske livsforløpet til pasienter med kronisk hjertesvikt bærer preg av perioder med akutte forverringer av tilstanden, etterfulgt av gradvis funksjonsreduksjon, inntil pasienten til slutt dør (Ørn & Brunvand, 2016, s. 177). Pasienten kan ha et godt liv i de stabile fasene, men når tilstanden forverres kan det være behov for sykehusinnleggelser. Nye behandlinger kan bremse, men ikke stanse sykdomsutviklingen (Eikeland, Stubberud, & Haugland, 2016, s. 254). Hensikten med behandling er ifølge NHI (2020) symptomlindring, økt livslengde og bedre livskvalitet. NYHA er en metode for å vurdere alvorlighetsgraden av hjertesvikt, og klassifiseres i funksjonsklasser fra I-IV (Eikeland, Stubberud, & Haugland, 2016, s. 253).

I tidlig stadium har pasienten ofte få symptomer, men symptomene og funksjonelle begrensninger blir mer plagsomme ettersom hjertesvikten utvikler seg (Eikeland, Stubberud, & Haugland, 2016, s. 253). Ved lett grad av hjertesvikt merkes det først ved anstrengelse, mens ved alvorlig hjertesvikt har man tung pust også i hvile. Når pusten blir tyngre når man legger seg ned, og lettere i oppreist stilling, har man en framskreden hjertesvikt. Senere kan det utvikle seg ødemer i beina, og ellers i kroppen.

Følger av alvorlig kronisk hjertesvikt er underernæring, vekttap og tretthet, som fører til begrenset matlaging og spising. Tap av skjelettmuskulatur forverrer pasientens aktivitetsnivå. Appetittløshet og uvelhetsfølelse kan også skyldes bivirkninger av legemiddelbehandlingen, blant annet diuretikum, ACE-hemmere og betablokkere (Ørn & Brunvand, 2016, s. 255). For pasienten kan det være utfordrende å oppleve hjertesviktsymptomer, søvnproblemer, diettrestriksjoner og følge et strengt legemiddelregime. Den kroniske sykdommen kan medføre isolasjon, og depresjon kan føre til redusert livskvalitet (Eikeland, Stubberud, & Haugland, 2016, s. 255). Ifølge Hole (2016, ss. 697-698) dør flere med plagsomme og dårlig kontrollerte symptomer.

2.2 Palliativ omsorg og behandling

Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnæringsmåte som rettes mot pasienter med inkurabel sykdom og deres pårørende, og har til hensikt å forbedre livskvalitet ved å lindre fysiske ubehag, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle problemer (Mathisen, 2016, s. 412). Palliativ omsorg gis for å forebygge og lindre lidelse ved hjelp av tidlig identifisering og behandling (WHO, u.d.). Cicely Saunders referert i Grov (2014, s. 524) hevdet at palliativ omsorg skulle komme alle som har behov for det, til gode.

Sykepleiers oppgave innebærer å ta hånd om pasientens grunnleggende behov, være tilgjengelig og nærværende, og det kreves en aktiv tilnærming i palliativ omsorg. Dette innebærer medikamentell og ikke-medikamentell symptomlindring, stell og pleie, undervisning, veiledning og beroligende informasjon til både pasient og pårørende (Grov, 2014, s. 529). Det er helt sentralt at sykepleiere benytter seg av et helhetlig menneskesyn ved omsorg for lidende syke og døende pasienter, slik at de kan ivareta ønsker og behov hos den enkelte pasient (Kalfoss, 2017, ss. 469-470).

En god palliativ behandling innebærer at samarbeidet mellom profesjonene og nivåene i helsevesenet er godt organisert, slik at pasienten kan ha det best mulig (Mathisen, 2016, s. 413). Sykepleiere spiller en viktig rolle i den palliative omsorgen, da de befinner seg i den yrkesgruppen som er tilgjengelig for pasienten hele døgnet (Grov, 2014, s. 529). For å kunne gi et godt klinisk tilbud til pasienter med behov for lindrende behandling er det sentralt med et tverrfaglig palliativt team (Paulsen, Haugstøl, & Rosland, 2016, s. 139). Det palliative teamet består av sykepleiere, leger og annet fagpersonell med kompetanse i palliasjon og skal bidra med råd og veiledning til de involverte (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2019, s. 66). En palliativ plan er et planleggingsverktøy og en samarbeidsprosess som brukes til pasienter med behov for lindrende behandling (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2019, s. 37).

2.3 Joyce Travelbees interaksjonsteori

Travelbee (2001, s. 171) forklarer at sykepleiens mål og hensikt oppnås ved å etablere et menneske-til-menneske-forhold, og det forutsetter at både sykepleieren og den syke forholder seg til hverandre som unike individer, ikke «sykepleier» og «pasient».

Travelbee (2001, s. 21) forklarer at for å etablere og opprettholde et hjelpeforhold, forutsetter det at sykepleier innehar både kompetanse og evne til å benytte seg av denne i praksis, samt ha evne til å bruke seg selv terapeutisk. For å bli i stand til dette må sykepleier ha en dyptgående innsikt i det å være menneske (Travelbee, 2001, s. 21). At sykepleier bruker seg selv terapeutisk, innebærer å ta utgangspunkt i sin egen personlighet og sine egne kunnskaper, og på denne måten skape forandring og lindre den sykes plager (Travelbee, 2001, s. 44). Sykepleier er også ansvarlig for å ivareta den sykes familie, og hjelpe dem til å finne mening i sykdommen. Travelbee (2001, s. 259) forklarer at alt som angår de pårørende, angår også den syke, og omvendt.

3 Metode

Ifølge Dalland (2014, s. 111) er metode en fremgangsmåte til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Metoden som blir brukt i denne oppgaven er en systematisk litteraturstudie. I dette kapittelet presenteres datainnsamling, inklusjons- og eksklusjonskriterier, søkestrategi, søkehistorikk, kvalitetsvurdering, etiske vurderinger og analyse av artiklene.

3.1 Systematisk litteraturstudie

Forsberg & Wengström (2015, s. 30) forklarer at en litteraturstudie består av et systematisk søk, kritisk vurdering, samt sammenligning av litteratur innenfor et bestemt emne eller problemområde. I tillegg skal en systematisk litteraturstudie baseres på en tydelig formulert problemstilling som besvares systematisk ved å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Mulrow og Oxman referert i Forsberg og Wengström, 2015, s. 27).

Denne bacheloroppgaven baseres på forskningsartikler og relevant litteratur fra fagbøker i bachelorutdanningen i sykepleie og annen relevant litteratur som skal besvare problemstillingen.

Videre i teksten omtales forskningsartikler som artikler.

3.2 Datainnsamling

Det første trinnet i den systematiske litteraturstudien er å utføre en datainnsamling. En forutsetning for en systematisk litteraturstudie er at det finnes tilstrekkelig med artikler av god kvalitet som danner diskusjon for oppgaven (Forsberg & Wengström, 2015, s. 26). Det finnes ingen regler for antall artikler som skal inkluderes i en litteraturstudie (Forsberg & Wengström, 2015, s. 30), men på bakgrunn av retningslinjer for bacheloroppgaven ved NTNU institutt for helsevitenskap er det inkludert åtte artikler.

Temaet for studien ble bestemt august 2019 etter orientering i faglitteratur, deretter begynte vi med datainnsamling utover høsten. Søkene for studiet ble gjennomført i to omganger; Oktober-Desember 2019, og Januar-April 2020. Av de åtte artiklene som er inkludert i studien er tre kvantitative, tre kvalitative, en er mikset-metode og en er en systematisk litteraturstudie. Formålet med en kvantitativ tilnærming er å objektivere et fenomen for å kategorisere forskningsmaterialet og se sammenhenger ved hjelp av statistikk. Denne tilnærmingen baseres på aksepterte og gyldige teorier eller prinsipper. En kvalitativ tilnærming innebærer å tolke og skape forståelse i menneskers subjektive opplevelse av omverdenen. Her legges det systematisk frem hvilke opplevelser, meninger og betydninger et fenomen kan ha, og intervju er vanlig å bruke for å samle inn data. I noen tilfeller vil det være nyttig å se ulike perspektiv av et fenomen, og da kan man bruke en blanding av de to ovennevnte tilnærmingene, en såkalt mikset-metode (Forsberg & Wengström, 2015, ss. 42-48).

3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

En systematisk litteraturstudie skal inneholde tydelige inklusjons- og eksklusjonskriterier (Manchikanti referert i Forsberg og Wengström, 2015, s. 28). Ifølge Forsberg & Wengström (2015, s. 174) brukes inklusjonskriteriene i systematiske litteratursøk for å hjelpe forfatteren til å bestemme hvilke kilder som skal bli brukt i oppgaven. Her er det valgt å inkludere artikler som er publisert mellom 2009-2020, er fagfellevurdert, har IMRaD-struktur og skrevet på engelsk eller skandinaviske språk. I tillegg er oppgaven basert på artikler som er utført i land med sammenlignbare helsevesen som Norge, og resterende artikler ble ekskludert. Et annet inklusjonskriterium var at artiklene måtte omhandle sykepleiers perspektiv på palliativ behandling til hjertesviktpasienter, og dermed ble artikler basert på pasientens synspunkt ekskludert.

3.2.2 Søkestrategi

En begrepsanalyse kan gjøres i forkant av et systematisk litteratursøk, for å tydeliggjøre og øke forståelsen av de konkrete begrepenes betydning (Forsberg & Wengström, 2015, s. 31). Ut ifra problemstillingen ble det plukket ut sentrale begrep, som «palliativ behandling» og «hjertesviktpasienter». Deretter ble begrepenes betydning og synonymer søkt opp, oversatt til engelsk, og prosessen ble utført på nytt med de nye synonymene.

For å finne gode søkeord og få gode treff i ulike databaser, kan man bruke metoden PICO. PICO er en strukturert metode som benyttes for å sette sammen søkestrategier, og tar utgangspunkt i problemstillingen. PICO er en forkortelse for **P** (Patient/population), **I** (Intervention), **C** (Control) og **O** (Outcome) (Forsberg & Wengström, 2015, s. 60). I denne oppgaven utelukkes C (Control) fordi det ikke fokuseres på å sammenligne ulike tiltak, og dermed brukes et PIO-skjema med utgangspunkt i søkeordene «Hjertesvikt/Heart Failure», «Palliativ behandling/Palliative Care» og «Sykepleiere/Nurses». Ulike kombinasjoner av søkeord ble benyttet for å få treff i databasene. Søkeordene for pasient ble «Heart failure». For å få frem sykepleierperspektiv brukte vi søkeordene «Nurses» og «Attitude of Health Personnel». «Palliative Care» ble brukt for å få inkludere artikler som omhandlet palliativ omsorg. Søkehistorie blir videre forklart under punkt 3.2.3.

3.2.3 Søkehistorie

Ifølge Forsberg og Wengström (2015, s. 64-68) er databasene Cinahl Complete, Medline, Pubmed og Swemed+ relevante for sykepleieforskning. Det ble først søkt i Cinahl Complete, ettersom vi opplever databasen oversiktlig og har større kjennskap til denne. Videre søk ble gjort i seks andre databaser (Pubmed, ProQuest, SweMed+, Google Scholar, Medline og Cochrane Library) med variabelt antall treff. Bakgrunnen for søk i flere databaser var å få en bred oversikt over ulike artikler, og noen artikler ble funnet i flere databaser. For å kombinere søkeordene ble det tatt i bruk boolske operatører som AND og OR. Å bruke AND gir et begrenset, smalere søk med færre treff, mens bruk av OR vil gi et bredere søk med flere treff (Forsberg & Wengström, 2015, s. 69). De første søkene var usystematiske og åpne, da det ble brukt flere synonymer og ulike versjoner, samt kombinasjoner av søkeord, slik at vi kunne få en oversikt over hvilke søkeord som ga flest treff.

Deretter benyttet vi PIO-skjemaet med de fire søkeordene «Heart Failure», «Palliative Care» og «Nurses»/«Attitude of Health Personnel». Innsnevringene ble utført med inklusjons- og eksklusjonskriterier som nevnes under punkt 3.2.1.

Relevante overskrifter i forhold til problemstillingen ble notert og abstraktene ble lest. Artikler med relevante abstrakt ble videre gjennomgått, og dermed ble det plukket ut artikler som samsvarte med problemstillingen. Oversikt over søkehistorikken, databaser, antall treff, leste abstrakter, leste artikler, inkluderte artikler og litteraturmatriser ligger i vedlegg.

3.2.4 Kvalitetsvurdering

Kvalitetsvurdering bør minst inneholde studiens hensikt og forskningsspørsmål, design, utvalg, analyse og tolkning (Forsberg & Wengström, 2015, s. 104). Under søkeprosessen var det nødvendig å vurdere artiklene som ble funnet, og dette innebar at de måtte ha en relevans/kunne svare på problemstillingen, og at de stemte overens med inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Videre var det viktig at artiklene var evidensbasert, at forskningen var av god kvalitet, og dermed ble inklusjonskriterier som *fagfellevurdert* lagt ved i søkemotoren, og det ble søkt etter artikler. For å kvalitetssikre artiklene ble det brukt nasjonalt register slik at det kunne vurderes om artiklene var publisert i tidsskrifter som brukte fagfellevurdering og det ble undersøkt om tidsskriftene var rangert som nivå 1 eller nivå 2 (NSD, 2019).

For å vurdere den totale kvaliteten av artiklene er det brukt en sjekkliste med ti spørsmål fra håndboken for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (FHI, 2011). De inkluderte artiklene er gjennomgått og skårer minst 8/10 på spørsmålene i sjekklisten, og vurderes derfor som av god kvalitet. En av artiklene vi opprinnelig hadde plukket ut og skåret mindre enn 8/10 på sjekklisten, derfor ble artikkelen ekskludert, og det ble valgt en annen artikkel fra søkene. Ettersom den systematiske litteraturstudien består av relevant forskningsmateriale, var det en forutsetning og et inklusjonskriterium at studien var basert på IMRaD-struktur. Denne strukturen består av introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dalland, 2014, s. 79).

3.2.5 Etske vurderinger

Forsberg og Wengström (2015, s. 59) forklarer at god etikk er et viktig aspekt i all vitenskapelig forskning, og ett av kravene er at det gjøres etiske vurderinger. Videre er det viktig å velge studier som har fått etisk godkjenning av en etisk komité, eller hvor det er tatt nøye etiske hensyn. Det forklares at god etikk er å presentere alle resultatene, enten de støtter forskerens hypotese eller ei (Forsberg & Wengström, 2015, s. 59).

I denne oppgaven er det inkludert seks artikler som tydelig beskriver etisk vurdering med godkjenning, mens to av dem er publisert i tidsskrift med fagfellevurdering og vurderes derfor som gode nok. Fire av artiklene er godkjent av en offentlig etisk komité, mens én av dem er vurdert av forfatterens tilhørende institutt. Alle artiklene har anonymisert deltakerne, og det er gitt skriftlig eller muntlig samtykke for å delta i studiene. Tre av artiklene som er inkludert har også beskrevet at forskningen har overholdt prinsippene i den etiske retningslinjen, Helsinkideklarasjonen, hvor det beskrives veiledende regler for helsepersonell og har som formål å beskytte deltakere (Christoffersen, Johannessen, Tufte, & Utne, 2015, s. 43).

3.3 Analyse

Ifølge Forsberg og Wengström (2015, s. 152) handler analyse om å dele opp det undersøkte fenomenet i mindre deler, og undersøke dem hver for seg. Deretter settes delene sammen til en ny helhet, og dette kalles en syntese. Artiklene ble analysert ved hjelp av Evans metode for å tolke forskningsdata (2002, s.25), og denne består av fire analysetrinn. Trinn én omhandler datasamling, trinn to er identifisering av nøkkelfunn, trinn tre omhandler å finne felles temaer i studiene, og trinn fire er å samle funnene og skape resultatet. Disse forklares videre nedenfor.

Trinn én – Samle inn datamateriale

Trinn en består av å hente inn nødvendig data (Evans, 2002, s. 25), og bestemme hvilke artikler som skal inkluderes i studien. Det ble gjort et systematisk litteratursøk, som beskrevet i punkt 3.2- 3.2.5. Det var viktig å finne artikler som besvarte problemstillingen og stemte overens med inklusjons- og eksklusjonskriteriene, samt ble godkjent gjennom en kvalitetsvurdering. Oppgaven inkluderer åtte artikler, hvor tre av artiklene er kvalitative, tre er kvantitative, en er mikset-metode og en er en systematisk litteraturstudie.

Trinn to – Identifisere nøkkelfunn

Ifølge Evans (2002, s. 25) består trinn to av å identifisere nøkkelfunnene i alle artiklene. Artiklene leses flere ganger for å opparbeide en helhet i studien. Funnene i de utvalgte artiklene er tolket ved bruk av litteraturmatriser og selvskrevne sammendrag. Dette ble gjort ved at vi leste over alle artiklene hver for oss. Vi valgte fire artikler hver som det ble skrevet litteraturmatriser på, og gikk gjennom dem muntlig og leste over for å komme til en enighet. De selvskrevne sammendragene ble skrevet hver for oss, så sammenlignet og diskutert. I etterkant byttet vi artikler slik at vi fikk analysert alle artiklene. Til slutt gikk vi gjennom artiklene én etter én, for å sikre oss at viktige funn ikke ble utelatt. Se vedlegg 1.

Trinn tre – Sammenligning av funn i artikler

Trinn tre omhandler å bruke funnene og lage felles temaer på tvers av artiklene (Evans, 2002, s. 25). Funnene ble skrevet ned i sammendragene, så videre prosessert med sammenligninger og kategorisering ut ifra likheter i de selvskrevne sammendragene. Likhetene gjorde at vi fant hovedkategoriene for studien, som vi markerte i ulike farger. Artiklene ble så lest en gang til i plenum, slik at vi kunne forsikre oss om at alle temaer var inkludert. Inndelingen av hovedkategoriene vises i tabellen under:

Tema
<i>Undertema (Matrisenummer)</i>
Kompetanse <ul style="list-style-type: none"> • <i>Behov for økt kompetanse (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)</i> • <i>Behov for å være komfortabel i diskusjoner om palliativ omsorg (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7)</i>
Organisering og samhandling <ul style="list-style-type: none"> • <i>Samhandling med andre yrkesgrupper (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7)</i> • <i>Kontinuitet og koordinasjon (1, 3, 4, 5, 6, 8)</i>

Tabell 1 – Oversikt over hovedtema og undertema med tilhørende artikler.

Trinn fire – Beskriv fenomenet

Evans (2002, s. 25) forklarer at trinn fire består av å beskrive fenomenet som artiklene tar for seg og å deretter formidle en syntese. Arbeidet som ble gjort i disse fire trinnene resulterte i to hovedtema med tilhørende undertema. Dette omtales i kapittel 4.

4 Resultat

I dette kapitlet presenteres resultatet av analysen under de to hovedtemaene; *Kompetanse og Organisering og samhandling*.

4.1 Kompetanse

4.1.1 Behov for økt kompetanse

Alle artiklene fremhever at det er stort behov for mer kompetanse og undervisning om palliativ omsorg til hjertesviktpasienter (Nielsen & Raunkiær, 2014; Ziehm, et al., 2016; Ziehm, Farin, Seibel, Becker, & Köberich, 2016; Glogowska, et al., 2016; Hjelmfors, 2014; Kaasalainen, et al., 2011; O'Hanlon & Harding, 2011; Lowey & Liebel, 2016).

It is a very important field which needs to be expanded. (...) so that a CHF patient in a very bad condition, no matter what ending is going to come, has the possibility to get care in this field. (Ziehm, Farin, Seibel, Becker, & Köberich, 2016).

93% av sykepleierne i studien gjennomført av O'Hanlon & Harding (2011) svarte at det var gap i kompetansen deres. Ziehm, et al. (2016) og Hjelmfors (2014) foreslår at det settes opp en felles undervisning for ulike profesjoner. Det antydes at det er behov for kunnskap om både innhold, struktur (Ziehm, Farin, Seibel, Becker, & Köberich, 2016; Lowey & Liebel, 2016) og i å vurdere behovet for palliativ omsorg for hjertesviktpasienter (Kaasalainen, et al., 2011). 71% av sykepleierne i studien gjort av Lowey og Liebel (2016) var ikke klar over om sykehuset har utskrivningsprotokoller som kan identifisere pasienter med behov for palliative omsorgstjenester. Videre forklarer Nielsen & Raunkiær (2014) at ved hjelp av bedre kompetanse og informasjonsformidling, vil pasientene kunne få bedre sykepleie og omsorg.

Flere av artiklene fremhever usikkerhet angående tidspunkt for initiering av palliativ omsorg (Nielsen & Raunkiær, 2014; Ziehm, et al., 2016; Ziehm, Farin, Seibel, Becker, & Köberich, 2016; Glogowska, et al., 2016; Kaasalainen, et al., 2011; O'Hanlon & Harding, 2011). En sykepleier i studien til O'Hanlon & Harding (2011) stilte følgende spørsmål: «*When do I refer to palliative care?*»

En faktor som gjaldt for flertallet av sykepleierne i studien til Ziehm, Farin, Seibel, Becker, & Köberich (2016), Glogowska, et al. (2016) og Kaasalainen, et al. (2011) var usikkerhet rundt forløpet ved sykdommen og vanskeligheter med å forutse når pasienten er i en slutfase. Dette kan skape en barriere for å endre behandlingsregimet (Glogowska, et al., 2016). Sykepleiere i studien til Ziehm, Farin, Seibel, Becker, & Köberich (2016) og Kaasalainen, et al. (2011) oppgir at en årsak kan være at det ofte kommer gjentakende faser med stabilitet i forløpet, selv om pasienten har opplevd flere dårlige perioder.

Sykepleierne i studien gjennomført av Ziehm, et al. (2016), Ziehm, Farin, Seibel, Becker, & Köberich (2016) og Hjelmfors (2014) mener at palliativ omsorg bør startes når pasienten når et avansert stadium av diagnosen, og klassifiseres som NYHA grad 3 eller 4.

4.1.2 Behov for å være komfortabel i diskusjoner om palliativ omsorg

Et hovedfunn i artiklene var at sykepleiere ikke er komfortable med å snakke om vanskelige temaer med pasientene sine (Ziehm, et al., 2016; Glogowska, et al., 2016; Hjelmfors, 2014; O'Hanlon & Harding, 2011). Ifølge Ziehm, et al. (2016) og Glogowska, et al. (2016) antydes det at det er tabu å snakke om døden, og en sykepleier uttalte følgende: «*I have to admit to not discussing death with patients*” (O'Hanlon & Harding, 2011).

Flere artikler fremhever at usikkerhet angående prognose og det uforutsigbare forløpet ved hjertesvikt skaper vanskeligheter med å introdusere samtaleemner om palliativ omsorg (Nielsen & Raunkiær, 2014; Ziehm, Farin, Seibel, Becker, & Köberich, 2016; Glogowska, et al., 2016; Hjelmfors, 2014; Kaasalainen, et al., 2011). Sykepleierne opplever et dilemma ved å finne riktig tidspunkt for samtale, og frykter å ta bort håpet hos pasientene sine (Glogowska, et al., 2016; Hjelmfors, 2014). Glogowska, et al. (2016) fremhever at det derfor kan være vanskelig å planlegge omsorgen hensiktsmessig. En sykepleier beskrev følgende: “*As already said, palliative care starts when a lethal disease has been diagnosed. That means, it begins with a conversation, in which the opportunity of palliative care is brought up*” (Ziehm, et al., 2016).

En av årsakene til at sensitive problemer kan være vanskelig å diskutere, er ifølge Ziehm, et al. (2016) og Glogowska, et al. (2016) at mange pasienter ikke vil innse at livslengden deres er betydelig begrenset, og aksepterer ikke at de kan være nærstående døden. Sykepleierne i studien utført av Glogowska, et al. (2016) sier at de er klar over at dersom de lar være å snakke om sykdommen med pasientene og deres pårørende, vil det også være mer utfordrende å trekke frem disse samtaleemnene. Glogowska, et al. (2016), Hjelmfors (2014) og O'Hanlon & Harding (2011) fremhever at det kreves forsiktighet og riktig tidspunkt for alle slags samtaler om terminal omsorg, og en sykepleier uttalte følgende: “*Ensuring you are going to say the right thing at the right time is paramount*” (O'Hanlon & Harding, 2011).

Sykepleierne i artikkelen til Ziehm, et al. (2016), Ziehm, Farin, Seibel, Becker, & Köberich (2016) og Kaasalainen, et al. (2011) kommenterte at det er behov for introduksjon av palliativ behandling tidligere i sykdomsforløpet, slik at pasienten kan være forberedt i god tid, og dermed lindres presset om å finne riktig tidspunkt for å snakke om døden (Kaasalainen, et al., 2011).

Sykepleiere mener det bør være mer informasjon og trening av sykepleiere angående kommunikasjonsferdigheter (Hjelmfors, 2014; O'Hanlon & Harding, 2011), og de vil ha godt utbytte av å være med på kurs og få trening i å snakke om sensitive temaer (O'Hanlon & Harding, 2011). “*My background has not always enabled me to learn about broaching end of life issues. Most deaths have been sudden so I need skills in dealing with end of life*” (O'Hanlon & Harding, 2011).

4.2 Organisering og samhandling

4.2.1 Samhandling med andre yrkesgrupper

Flere av artiklene påpeker at det er nødvendig å skape en tydelig definisjon av de ulike rollene ved palliativ omsorg (Nielsen & Raunkiær, 2014; Ziehm, et al., 2016; Ziehm, Farin, Seibel, Becker, & Köberich, 2016; Hjelmfors, 2014; O'Hanlon & Harding, 2011), og sykepleiere mener det trengs en veileder som beskriver rollens struktur og betydning. Nielsen & Raunkiær (2014) og Ziehm, et al. (2016) understreker at det er usikkerhet angående hvem som er ansvarlig for å trekke inn palliativ behandling, noe som kan føre til mindre kontinuitet i omsorgen (Nielsen & Raunkiær, 2014). Ziehm, Farin, Seibel, Becker, & Köberich (2016) påpeker at sykepleiere kan ta over den koordinerende rollen for palliativ omsorg. Dette kan føre til en redusering i antall gjeninnleggelser på sykehus, til tross for forverring i sykdommen hos pasientene (Nielsen & Raunkiær, 2014).

Den tverrprofesjonelle samhandlingen kan forbedres (Nielsen & Raunkiær, 2014; Kaasalainen, et al., 2011), og artiklene beskriver flere utfordrende faktorer, som kommunikasjonsproblematikk innad i helsevesenet (Nielsen & Raunkiær, 2014) og flere ulike behandlere (Kaasalainen, et al., 2011). En sykepleier uttalte følgende om kommunikasjon og tverrprofesjonelle samhandlingsmøter:

I think it would be very important to have good communication between care staff and physicians about a patient in special cases, maybe like a case meeting for each patient so the best possible conditions from therapy and palliative care can be obtained. So, there have to be a lot of conversations. (Ziehm, Farin, Seibel, Becker, & Köberich, 2016).

Et hovedfunn i artiklene var at primærhelsetjenesten har størst kjennskap til den enkelte pasient (Nielsen & Raunkiær, 2014; Glogowska, et al., 2016; Hjelmfors, 2014), og ifølge studien gjennomført av Glogowska, et al. (2016) og Hjelmfors (2014) mener sykepleiere at diskusjoner om palliativ behandling skjer på best måte i en etablert relasjon. I tillegg fremhever Glogowska, et al. (2016) og Hjelmfors (2014) at det bør være repeterende muligheter for diskusjon om temaet. Det vil fungere som en støttende faktor dersom samtalen blir en pågående prosess, istedenfor en enkelt hendelse (Glogowska, et al., 2016; Hjelmfors, 2014).

Et funn i flere av artiklene var at det er behov for et palliativt team (Nielsen & Raunkiær, 2014; Ziehm, Farin, Seibel, Becker, & Köberich, 2016; Glogowska, et al., 2016) og en tosidig tilnæringsmåte i behandlingsforløpet ved hjertesvikt (Nielsen & Raunkiær, 2014; Ziehm, et al., 2016; Ziehm, Farin, Seibel, Becker, & Köberich, 2016; Glogowska, et al., 2016). Større integrering av palliative omsorgstjenester kan bidra til tidligere samtaler om diagnosen (Glogowska, et al., 2016; Kaasalainen, et al., 2011), og forbedring av symptomkontroll (Glogowska, et al., 2016).

Sykepleiere mener det er viktig å skape en oppdatert palliativ modell, slik at den blir tilpasset hjertesviktpasienters behov for symptomlindring (Hjelmfors, 2014; Kaasalainen, et al., 2011; O'Hanlon & Harding, 2011; Glogowska, et al., 2016), livskvalitet og psykososial støtte (Kaasalainen, et al., 2011). Det er problematisk at de fleste palliative tilbudene er basert på den tradisjonelle kreftmodellen, og dette er ifølge Kaasalainen, et al. (2011) den største påvirkende faktoren til utilstrekkelig omsorg.

4.2.2 Kontinuitet og koordinasjon

Nielsen & Raunkiær (2014) fremhever at sykepleierne mener det er utfordringer knyttet til koordinasjon i pasientoverganger. Det er særlig problemfylt i overgangen mellom sekundær- og primærhelsetjenesten (Nielsen & Raunkiær, 2014), og flere av artiklene fremhever at det vil være nyttig å ta i bruk ulike verktøy i denne sammenhengen (Nielsen & Raunkiær, 2014; Ziehm, Farin, Seibel, Becker, & Köberich, 2016; Glogowska, et al., 2016; Lowey & Liebel, 2016). For eksempel vil palliative planer som følger pasientene (Nielsen & Raunkiær, 2014) og rutinemessige screeninger (Lowey & Liebel, 2016) være gunstig å ta i bruk, da det kan bidra til større kontinuitet og lettere sektoroverganger. Ifølge Lowey & Liebel (2016) bør fremtidig forskning fokusere på utvikling og testing av et klinisk verktøy som er kort nok til å være gjennomførbart ved pasientoverganger, men langt nok til å gi et godt blikk over pasientens nåværende og fremtidige mål i omsorgen.

Videre påpeker Glogowska, et al. (2016), Hjelmfors (2014), Kaasalainen, et al. (2011), O'Hanlon & Harding (2011) og Lowey & Liebel (2016) at det er behov for nye kliniske kriterier som skal veilede i kliniske beslutninger, samt i overgangen fra aktiv til palliativ behandling for pasientgruppen. Funn i artikkelen til Lowey & Liebel (2016) mener også at det er behov for fornyelse av utskrivingsprotokoller, for å forbedre evalueringer av pasienter med behov for palliativ omsorg.

5 Diskusjon

Dette kapittelet presenterer først metodediskusjon, og deretter vil resultatene fra forrige kapittel belyses og drøftes gjennom relevant teori for å finne svar på studiens problemstilling: *«Hvordan kan sykepleier bidra til god palliativ omsorg til hjertesviktpasienter i livets slutfase?»*

5.1 Metodediskusjon

I denne systematiske litteraturstudien er det benyttet åtte artikler, og metoden baseres på pensumlitteratur fra Forsberg & Wengström (2015). Analyse av studiene er gjennomført ved hjelp av Evans metode (2002). Analysen ble gjennomført grundig og det ble benyttet ulike kategorier for å finne likhetstrekk, som kan være en styrke ved oppgaven. Dette har bidratt til å kunne presentere resultatene på en oversiktlig og strukturert måte, og videre dannet et godt grunnlag for diskusjon. Søkeordene var i starten kun basert på problemstillingen og det ble gjennomført usystematiske søk med mange søkeord for å få et overblikk over tilgjengelig forskning. Deretter ble det benyttet et PIO-skjema med søkeordene «Heart Failure», «Palliative Care» og «Nurses»/«Attitude of Health Personnel». En styrke ved oppgaven kan være at det er hentet artikler fra flere databaser og mange av studiene er publisert i flere av dem.

Det var utfordrende å finne frem til god forskning innenfor det aktuelle temaet, og derfor har vi benyttet artikler som omhandler både sykepleiere og annet helsepersonell som leger, spesialistsykepleiere og lignende. Der det har vært aktuelt, har vi valgt å ekskludere sitat og direkte resultat som kun kobles opp mot annet helsepersonell. Det må også poengteres at dagens situasjon har medført utfordringer med tanke på å benytte ulike kilder og god litteratur i både diskusjons- og teorikapittelet, da instituttets bibliotek har vært stengt for studenter i store deler av perioden. Syv av artiklene var skrevet på engelsk og én på dansk. Det er benyttet digitale ordbøker i prosessen og vi har fortolket og oversatt enkelte ord og setninger for å gi en best mulig gjenfortelling av funn i artiklene. Samtidig har vi vært kritiske i oversettelsen da innholdet kan feiltolkes. En styrke ved oppgaven kan være at alle artiklene er fra 2011 og nyere. Oppgaven inkluderer et begrenset utvalg artikler fra helsevesen som kan sammenlignes med det norske, og dette kan medføre at nyttig erfaring og kunnskap fra andre land er ekskludert.

I denne oppgaven er det valgt artikler med ulike forskningsmetoder, og fordelen med dette kan være at vi får belyst fenomenet fra ulike perspektiv (Forsberg & Wengström, 2015, s. 47). Kvalitative artikler brukt i denne litteraturstudien bidrar til å utforske perspektiv fra enkelte sykepleiere i dybden og skape forståelse og tolkning, mens kvantitative artikler bidrar til å utforske omfanget av fenomenet, og gir et mer generelt funn som kan relateres til flere (Forsberg & Wengström, 2015, ss. 42-48).

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Kompetanse

Funnene viser at sykepleiere har behov for å opparbeide mer kompetanse om palliativ omsorg til hjertesviktpasienter. For å kunne bidra til god palliativ omsorg spesifikt rettet mot hjertesviktpasienter i livets slutfase, trenger sykepleiere kompetanse om både grunnsykdommen og om palliasjon (NOU 2017:16, 2017, s. 64). Dette samsvarer med Helsedirektoratet (2019, s. 16) som hevder at dette er nødvendig for å kunne møte pasientens komplekse og sammensatte behov. På denne måten kan sykepleier benytte seg av et helhetlig menneskesyn, og ivareta pasientens ønsker og behov, noe som er helt sentralt i den palliative omsorgen. Sykepleier skal gjennom palliativ omsorg ivareta pasientens fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle behov. Den siste levetiden for hjertesviktpasienter vil for mange være preget av forverring av tilstanden og redusert funksjonsnivå, og sykepleieren bør hjelpe pasienten til å finne en god balanse mellom blant annet aktivitet og hvile ut ifra pasientens behov og ønsker (Brodtkorb, 2014, ss. 379-381). Sykepleieren bør kunne observere tegn og symptomer på når pasientens livskvalitet blir redusert ved livsforlengende behandling av hjertesvikten. For eksempel kan pasienten oppleve bivirkninger som kvalme og appetittløshet av legemidler, og dermed kan sykepleier foreslå en reduksjon eller nedtrapping av legemidlene for å øke livskvaliteten til pasienten. Pasienten kan føle lindring av fysiske ubehag, noe Travelbee (2001, s. 57) understreker er sykepleiers mål og hensikt, men forutsetter at sykepleier og pasient er innforstått med at behandlingen ikke lenger bremser sykdomsutviklingen i tilsvarende grad.

Funn i studien tyder på at det uforutsigbare sykdomsforløpet ved hjertesvikt fører til at hjertesviktpasienter ikke får palliativ behandling. Dette samsvarer med Helse- og Omsorgsdepartementet (2019, s. 24) som forklarer at det er en utfordring at ikke alle som har behov for lindrende behandling får tilbud, da det hovedsakelig gis til kreftpasienter. I tillegg hevder Hole (2016, s. 691) at hjertesvikt- og kreftpasienter deler mange av de samme problemene i livets slutfase, både fysisk, psykisk og sosialt. At hjertesviktpasientene ikke får tilbud om palliativ behandling på grunnlag av deres individuelle behov, kan tyde på at pasienter får palliativ omsorg avhengig av diagnose (Hole, 2016, s. 691). Sykepleier har et ansvar for å lindre lidelse (NSF, 2011, 2.10), og bidra til en verdig død (NSF, 2011, 2.12). Dermed tenker vi at sykepleiere bør være bevisste om hjertesviktpasientenes behov for palliasjon, og at de derfor bør ha nødvendig kompetanse, blant annet om symptomer på forverring, bivirkninger og hvordan palliativ omsorg kan implementeres i behandlingen. Å gi helhetlig omsorg, innebærer å lindre pasientens psykiske lidelse. Depresjon og søvnangel er ikke uvanlig i forbindelse med hjertesvikt, og for å lindre pasientens plager i sin helhet er det viktig at sykepleier har evne til å fange opp flere av pasientens behov for lindring.

For at pasienten skal bli møtt av kompetente sykepleiere, er det viktig at lindrende behandling og omsorg blir inkludert i sykepleierutdanningen (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2019, s. 10). Ifølge Kalfoss (2017, s. 472) er palliativ omsorg et manglende tema i sykepleierutdanningens læreplaner, og kan føre til at sykepleiere ikke er godt nok rustet til å møte pasienten med et helhetlig menneskesyn.

Helse- og Omsorgsdepartementet (2019, ss. 26-27) hevder at det er variasjoner i mengde undervisning om temaet, og det er behov for større integrering i utdanningen. I tillegg kan det vurderes å sette opp en felles undervisning for ulike profesjoner (Ziehm, et al., 2016; Hjelmfors, 2014). En konsekvens av dette kan være at sykepleier får opparbeidet mer kompetanse om temaet tidligere, og kan kjenne seg tryggere i utførelsen av palliativ omsorg. Vi tenker at sykepleiere ikke bør relatere palliasjon til kun kreftpasienter, da dette ofte blir brukt som utgangspunkt i undervisning. Sykepleier bør være innforstått med at palliasjon skal foregå diagnoseuavhengig med fokus på symptomer.

Et hovedfunn i studien viser at det uforutsigbare forløpet ved hjertesvikt kan være en utfordring for sykepleiere, da det gjør det krevende å vite når palliativ omsorg er aktuelt. Det er ingen klar grense for når hjertesviktpasienten befinner seg i en palliativ fase, og dette kan føre til at pasientgruppen ikke får lindrende behandling. I tillegg hevder Helse- og Omsorgsdepartementet (2019, s. 36) at det er vanskelig å legge til rette for individuelle tilpasninger, som hjemmedød, når tilbudet om palliasjon blir gitt for sent i forløpet. På denne måten ser vi at det er hensiktsmessig at palliasjon trekkes inn tidlig i sykdomsforløpet. Dette er i tråd med Helse- og omsorgsdepartementet (2019, s. 25), WHO (u.d.) og (Helsedirektoratet, 2019) som forklarer at tidlig integrering av palliativ omsorg foretrekkes. Hole (2016, s. 691) understreker at i forbindelse med hjertesviktpasienter bør et palliativt fokus ideelt sett trekkes inn i behandlingsplanen fra starten av. Tidlig integrering av palliativ omsorg kan ifølge Helse- og Omsorgsdepartementet (2019, s. 36) føre til økt symptomlindring, tilfredshet, færre sykehusinnleggelse og mindre overbehandling. Et verktøy sykepleiere kan benytte seg av for å gjenkjenne sykdomsutviklingen kan være sjekklister ved hjertesvikt i endestadiet. Blant annet kan faktorer som tidligere innleggelse for forverring, forverring tross optimal medikamentell behandling og utvikling av nyresvikt være tydelige tegn (Hole, 2016, s. 694). Når palliasjon trekkes inn tidlig i sykdomsforløpet bør sykepleier forsikre seg om at pasienten forstår hva palliativ omsorg innebærer, og hjelper pasienten med å skille palliasjon fra aktiv dødshjelp/eutanasi, som kan være misforståtte begrep.

Analysen tyder på at palliativ omsorg direkte knyttet til hjertesviktpasienter er et viktig felt, hvor det behøves både mer fokus og forskning. Ifølge NOU 2017:16 (2017, s. 14) og Helse- og Omsorgsdepartementet (2019, s. 27) er kvaliteten og omfanget av forskning i dette temaet begrenset, og Helse- og Omsorgsdepartementet (2019, s. 27) forklarer at ny kunnskap om palliativ omsorg ikke blir anvendt godt nok i praksis. Ifølge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere stilles det krav om å holde seg oppdatert, og bidra til at ny kunnskap blir benyttet (NSF, 2011, 1.4). Dette er i tråd med Kirkevold (2014, s. 106) som hevder at sykepleiere skal utforme sykepleien med utgangspunkt i standardiserte prosedyrer og kliniske retningslinjer. Prosedyrer og retningslinjer skal være basert på generell vitenskapelig kunnskap og erfaringsbasert faglig kunnskap (Kirkevold, 2014, s. 106). Med dette tenker vi at dersom sykepleier opplever manglende kompetanse og kunnskap i sitt daglige arbeid, er det den enkeltes ansvar å oppsøke og innhente relevant kunnskap. Likevel kan dette være problematisk, da det av erfaring og gjennom teori kan diskuteres om det finnes god nok forskning, retningslinjer og modeller for palliativ omsorg rettet spesifikt mot hjertesviktpasienter.

5.2.2 Verdien av å være komfortabel i diskusjoner om palliativ omsorg

Denne studien viser at sykepleiere kan være ukomfortable i samtaler om palliativ omsorg til hjertesviktpasienter. En årsak kan være at sykepleierne ikke innehar nok kompetanse om hvordan og når man skal kommunisere om vanskelige temaer. Ifølge Helsedirektoratet (2019, s. 41) er særlig det åndelige området følsomt for de fleste, og mange er også ekstra sårbare på dette feltet. Til tross for at en holistisk omsorg er målet ved sykepleie, blir ofte det åndelige og eksistensielle omsorgsfeltet neglisjert i praksis (Kalfoss, 2017, ss. 469-470). Kommunikasjon er et av sykepleierens viktigste redskap for å kunne kjenne pasienten og identifisere hans behov, og dermed kunne planlegge og utføre sykepleien i samsvar med dette (Travelbee referert i Kristoffersen, 2016, s. 34).

For å kunne tilrettelegge en trygg og verdig død, bør sykepleier åpne opp for samtale om vanskelige temaer, slik at pasienten kan gi uttrykk for sine ønsker og behov og dermed skape en pasientstyrt omsorg. Det stilles også krav til sykepleiere om å ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (NSF, 2011, 2.3). Ifølge Brodtkorb (2014, s.382) kan kommunikasjonen mellom pasient, familie og sykepleier bli bedre når det palliative perspektivet trekkes inn, og kan gjøre det mulig å planlegge omsorgen til hjertesviktpasienter hensiktsmessig. Dersom sykepleier ikke har selvinnsikt og erkjenner at døden er naturens gang, kan samtale om døden være både fryktet og utfordrende, og dermed forsømmes. I den døende pasienten og hans pårørende kan sykepleierens egen dødsangst og sårbarhet vekkes (Kalfoss, 2017, s. 458). Sykepleier bør bruke seg selv terapeutisk i arbeidet, og gå inn i seg selv for å kjenne sine tanker om døden, slik at samtaler om palliativ omsorg kan bli mer naturlig.

Gjennom analysen kommer det frem at det kreves riktig tidspunkt for alle slags samtaler om palliativ omsorg. Bevissthet om at diskusjoner om sensitive tema krever varsomhet, riktig tidspunkt og nok kompetanse kan føre til at sykepleier tviler på sine egne ferdigheter. Ifølge Kalfoss (2017, s. 462) kan sykepleier føle seg utilstrekkelig og få dårlig samvittighet dersom tvilen og opplevelsen av inkompetanse tar overhånd, og videre virke hemmende i arbeidet. Med andre ord kan den subjektive opplevelsen av manglende ferdigheter medføre at sykepleierne ikke tar opp vanskelige samtaler med pasientene sine, og pasienten får ikke frem sine ønsker og tilpasninger. Dette betyr at sykepleier bør forbedre sin kompetanse i kommunikasjon for å kunne føle seg komfortabel i samtaler om palliasjon, hjertesvikt og livets slutt.

Kommunikasjonsferdighetene i praksis bør forbedres, og det finnes ulike fremgangsmåter for å nå dette målet. Det viser seg at teoretisk kunnskap alene har liten effekt på hvordan man kommuniserer, og derfor bør det fokuseres på teori i kombinasjon med praktiske øvelser, noe som viser seg å ha stor læringseffekt (Eide & Eide, 2014, s. 23). Gjennom kurs (O'Hanlon & Harding, 2011), rollespill og praktiske øvelser kan sykepleier oppnå forbedring (Eide & Eide, 2014, s. 23). Ved å forbedre kommunikasjonsferdigheter, vil det være mulig å gjøre sykepleieren trygg og komfortabel i rollen som støttespiller, samt gi en god mulighet for å trekke inn palliativ omsorg tidlig i forløpet.

Funn i studien tilsier at sykepleieren med best utgangspunkt for gode samtaler om palliasjon er de som allerede har en etablert relasjon til pasienten, eksempelvis hjemmesykepleier eller andre i primærhelsetjenesten. Dette støttes av både Helgesen (2016, s.146) og Eide& Eide (2014, s. 143) som formidler at det er nødvendig med trygghet og tillit som bygges opp gjennom en god relasjon.

Ifølge Travelbee (2001, s. 134) er all kommunikasjon med den syke en anledning til å bli kjent, videre bestemme og ivareta hans behov, og dermed oppnå sykepleiens hensikt. Det kan være viktig at sykepleiere i denne arenaen benytter seg av sin mulighet for å diskutere sensitive temaer, og kan for eksempel stille åpne spørsmål og snakke om muligheten for palliativ omsorg i fremtiden. Sykepleieren bør starte en prosess for å en dag kunne oppdage at pasienten er klar for å snakke om hvordan han ønsker å dø og hva han har behov for i sin siste fase av livet. Det bør med andre ord tilrettelegges for repeterende muligheter for diskusjon, slik at det blir en pågående prosess. På denne måten kan sykepleieren med sine ferdigheter, bidra til at pasienten får den beste mulige sykepleien ved livets slutfase.

... and if you try and plant the seed a bit, and just try and make patients and the family think a little bit more about end of life and things they might wish and it's interesting how you think a patient is in possibly in a bit of denial about it, but actually when you get them one to one, they have often been thinking about all these things and they welcome the fact that you've opened that up to them and they can talk about it a bit more. (Glogowska, et al., 2016).

Sykepleier må informere pasient og pårørende i tilstrekkelig grad. Dersom pasienten ikke forstår og erkjenner sin egen sykdom og tilbudene som finnes knyttet til livssituasjonen, vil dette kunne skape en barriere for et tilpasset omsorgstilbud. Et dilemma som kan oppstå er at pasienten ikke er åpen for endring av behandling til en palliativ tilnærming. Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven (2020, §3-5) og de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (NSF, 2011, 2.5) må sykepleier ha kompetanse i å tilpasse tjenester og informasjon, og sikre seg at pasienten har forstått innholdet. Pasientens medvirkning bør vektlegges for å kunne skape et tilpasset omsorgstilbud. Dette bekreftes av Helse- og Omsorgsdepartementet (2019, s. 43) som forklarer at den enkelte pasient kjenner sine behov best og hvilke hensyn som bør vektlegges i beslutningsprosesser. Det er pasientens behov som skal danne grunnlag for hvordan omsorgen skal foregå, det er derfor avgjørende at sykepleier lytter, gir tilpasset informasjon og tar stilling til pasientens ønsker og behov.

5.2.3 Samhandling med andre yrkesgrupper

Funn i studien viser at det er behov for en tydelig definisjon av de ulike rollene i tverrprofesjonell samhandling ved palliativ omsorg. Dette samsvarer med Orvik (2015, s. 18) som forklarer at koordinasjon innebærer at yrkesgrupper er avhengig av hverandre for å sørge for at de ulike delene av pasientbehandlingen henger sammen, og dermed er det nødvendig å vite hvem som har de ulike ansvarsområdene. Travelbee (2001, s. 222) understreker at sykepleier har et ansvar for å følge opp hvorvidt den syke får den hjelpen han trenger. Dette bekrefter Kristoffersen (2016, s. 212) som hevder at sykepleieren ofte har ansvaret for å koordinere tjenester angående rehabilitering, pleie og omsorg både i og utenfor institusjonen, og har et særlig ansvar for å få til en samhandling med de andre yrkesgruppene. På denne måten kan vi tenke at sykepleier er ansvarlig for å trekke blant annet palliativt team inn i behandlingsregimet, dersom det er kjent at pasientens livskvalitet reduseres av livsforlengende behandling. Ifølge Kaasalainen, et al. (2011) møter hjertesviktpasienter flere ulike behandlere gjennom sykdomsforløpet. Dersom koordinasjonen ikke er god nok, kan dette føre til at pasientene ikke får opplevelsen av helhetlig omsorg (Stubberud, 2018, s. 68).

Helsedirektoratet (2019, s. 18) forklarer at palliativ omsorg kjennetegnes av en tverrfaglig tilnærming med høy grad av samarbeid og samhandling. Ut ifra dette tenker vi at det er behov for en tydelig rollefordeling for at sykepleier skal kunne oppfylle sin funksjon, og at sykepleier er bevisst overfor sin rolle. En definisjon som forklarer hvilke ansvarsområder de ulike yrkesgruppene har i samhandlingen, kan forbedre koordineringen og bidra til at sykepleier føler seg mer trygg på sitt ansvar. Sykepleier kan dermed ha bedre utgangspunkt for å gi hjertesviktpasienter helhetlig omsorg.

Funn i studien viser at en tosidig tilnærming med palliasjon til hjertesviktpasienter er å foretrekke, noe som innebærer en nedtrapping av livsforlengende behandling og mer fokus på pasientens velvære. Dette samsvarer med både WHO (u.d.) og Helsedirektoratet (2019, s. 14) som påpeker at palliativ omsorg og andre behandlingsformer som er ment å forlenge livet, bør foregå parallelt. Ifølge Brodtkorb (2014, s. 379) vil en lindrende tilnærming være å foretrekke når hjertesviktpasienten er preget av forverring og funksjonsreduksjon. Brodtkorb (2014, s. 382) utdyper at det vil være hensiktsmessig med vekt på symptomlindring og psykisk velvære i livets slutfase for hjertesviktpasienter. Ifølge NOU 2017:16 (2017, s. 64) er det nødvendig for sykepleier å ha kompetanse til å gjenkjenne når det er behov for andre yrkesgrupper og annen kompetanse enn den man innehar selv. Dette innebærer at palliativ omsorg blir implementert tidlig nok i sykdomsforløpet, og at sykepleier har grunnleggende kunnskap om de ulike yrkesgruppene. Et resultat av tosidig tilnærming og tidlig initiering av palliasjon kan være tidligere samtaler og forbedring av symptomkontroll, og på denne måten kan hjertesviktpasienter få best mulig helsehjelp.

Analysen viser at for å kunne skape koordinasjon i pasientforløpene, kan det være nyttig at sykepleier tar i bruk ulike verktøy for å sikre god utveksling av informasjon i pasientoverganger. For å sikre at pasientens individuelle behov og ønsker videreføres i alle nivå i helsetjenesten kan det være nyttig å skape gode pasientforløp med klare tiltakspakker, og dette kan gjøres med inspirasjon fra kreftomsorgen (Hole, 2016, s. 700). Et godt verktøy i palliativ behandling til hjertesviktpasienter er en palliativ plan, hvor målet er å være i forkant av ulike utfordringer og få frem det pasienten synes er viktig for seg. Planen skal følge pasienten, være felles for pasient, pårørende og helsepersonell, og blir til gjennom dialog og forberedende samtaler i en dynamisk samarbeidsprosess (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2019, s. 37). En slik plan kan bidra til at pasient og pårørende opplever en helhet i omsorgen, som videre kan føre til bedre livskvalitet og trygghet. På denne måten kan pasienten få ivaretatt sine behov, og har muligheten til å medvirke i omsorgen frem til siste slutt.

Studien antyder at et palliativt team kan fungere som et viktig verktøy for å kunne tilby god omsorg til hjertesviktpasienter i livets slutfase. Helse- og Omsorgsdepartementet (2019, s. 16) forklarer at teamet er et sentralt bindeledd mellom primær- og sekundærhelsetjenesten. Grov (2014, s. 535) tilføyer at teamet er bestående av ulike faggrupper med viktige funksjoner, og at det dermed fungerer bedre enn enkelte yrkesgrupper alene. For å tilby god lindring til hjertesviktpasienter kan det være nødvendig at sykepleier benytter seg aktivt av det palliative teamet. Videre kan det være aktuelt for sykepleier å benytte seg av Liverpool Care Pathway (LCP) når pasientens liv nærmer seg slutten (Grov, 2014, s. 533). Dette er et oppfølgings- og dokumentasjonssystem som har til hensikt å kunne gi samme type omsorg i andre deler av helsevesenet, som den som tilbys i palliativ enhet (Olsen, 2012, s. 3).

Verktøyet fungerer som en hjelp for å sikre en verdig død og trygge sykepleierne i møte med døende pasienter (Olsen, 2012, s. 3). Verktøyet kan brukes av sykepleier for å tilby en helhetlig og mer sømløs omsorg i flere områder av helsehjelpen.

Flere artikler understreker viktigheten av å skape modeller og retningslinjer som er tilpasset hjertesviktpasienter, og forklarer at dette kan bidra til å bedre sykepleiers arbeid med palliativ omsorg. Dette er i tråd med Beattie (2014) som hevder at retningslinjene bør utarbeides i større grad, for å kunne imøtekomme det økende palliative behovet. Kaasalainen, et al. (2011) forklarer at de fleste palliative tilbudene er basert på den tradisjonelle kreftmodellen. For at sykepleier skal kunne føle seg tryggere i å håndtere hjertesviktpasienter i livets slutfase, kan det derfor være en fordel om det skapes tydelige retningslinjer og modeller som er utarbeidet med utgangspunkt i at diagnosen er svært uforutsigbar. På denne måten kan sykepleier støtte seg på disse for å vite hvilke tiltak som skal iverksettes, og dermed kunne tilby pasienten best mulig behandling.

6 Konklusjon

Hensikten med denne studien var å utforske hvordan sykepleier kan bidra til god palliativ omsorg til hjertesviktpasienter i livets slutfase. Studien viser at sykepleiere trenger kompetanse om både hjertesvikt og palliasjon for å benytte seg av et helhetlig menneskesyn og derav kunne gi bedre sykepleie. Sykepleieren bør kunne observere og gjenkjenne når symptomer på at pasientens tilstand reduseres med livsforlengende behandling fremfor å bedre livskvaliteten, men også kunne ta i bruk verktøy i denne sammenhengen. Det uforutsigbare forløpet ved hjertesvikt kan virke hindrende og føre til at de ikke får palliativ behandling, til tross for at de deler mange av de samme problemene som kreftpasienter i livets slutfase. Tidlig integrering av palliativ omsorg til pasientgruppen er viktig for at hjertesviktpasienter skal ha mulighet til å få lindrende behandling tidnok.

For å kunne tilrettelegge for en trygg og verdig død, bør sykepleier åpne opp for samtale om døden, noe som krever at sykepleier har gode kommunikasjonsferdigheter, selvinnsikt og erkjenner at døden er en naturlig del av livet. Studien viser at de med best utgangspunkt for gode samtaler om palliasjon til både pasient og pårørende er primærkontaktene til pasienten, da de har en gyllen mulighet for å legge til rette for repeterende diskusjon. Informasjon som gis må være tilpasset og forståelig, og mangel på informasjon kan være et hinder for å inkludere palliasjon i omsorgen.

Sykepleier har et ansvar for å følge opp pasienten, og sørge for at palliativ omsorg er i samsvar med pasientens ønsker. Dette tyder på at sykepleier også må erkjenne når pasienten har behov for annen kompetanse enn det en selv innehar, og derfor har et særlig ansvar for å få til en samhandling med de andre yrkesgruppene. For at sykepleier skal kunne bidra til god palliativ omsorg til hjertesviktpasienter i livets slutfase, bør det tilbys en tosidig tilnærming av behandlingen. Dette innebærer en nedtrapping av livsforlengende behandling, og mer fokus på pasientens fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle behov. For å kunne tilby god palliativ omsorg bør sykepleier trekke inn et palliativt team og bruke nyttige verktøy som palliativ plan, for å sikre et helhetlig omsorgstilbud.

Denne studien viser at det kan være behov for mer forskning om hjertesviktpasienters behov for palliativ omsorg. Videre er det behov for utarbeidelse av retningslinjer og modeller som er tilpasset hjertesviktpasientenes behov for palliasjon. Et større fokus på palliativ omsorg i sykepleierutdanningen er vesentlig for fremtidig forbedring av omsorgen.

7 Bibliografi

- Beattie, J. M. (2014). Palliative care for heart failure: Challenges and opportunities. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(2), ss. 102-104. Hentet fra <https://doi.org/10.1177/1474515114521697>
- Brodtkorb, K. (2014). Respirasjon og sirkulasjon. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (2. utg., ss. 375-389). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2014). *Kommunikasjon i relasjoner* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eikeland, A., Stubberud, D.-G., & Haugland, T. (2016). Sykepleie ved hjertesykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., ss. 229-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Evans, D. (2002). SYSTEMATIC REVIEWS OF INTERPRETIVE RESEARCH: INTERPRETIVE DATA SYNTHESIS OF PROCESSED DATA. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), ss. 22-26. Hentet fra <https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- FHI. (2011). *FHI.no*. Hentet fra Håndbok for Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/skjema/brukererfaringsring/k-handbok_11_vedlegg2_sjekkklister.pdf
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier* (4. utg.). Stockholm, Sverige: Natur & kultur.
- Glogowska, M., Simmonds, R., McLachlan, S., Cramer, H., Sanders, T., Johnson, R., . . . Purdy, S. (2016). "Sometimes we can't fix things": a qualitative study of health care professionals' perceptions of end of life care for patients with heart failure. *BMC Palliative Care*, 15(3). Hentet fra 10.1186/s12904-016-0074-y
- Grov, E. K. (2014). Pleie og omsorg ved livets slutt. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (2. utg., ss. 522-537). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helgesen, A. K. (2016). Sosial kontakt. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3* (3. utg., ss. 142-167). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2019). *Lindrende behandling og omsorg*. (Meld. St. 24 (2019-2020)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20192020/id2700942/?ch=1>
- Helsebiblioteket. (2016, Juni 03). *Helsebiblioteket.no*. Hentet fra Sjekklister: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen* (IS-2800). Hentet fra 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:fd301
- Hjelmfors, L. S. (2014). Communicating prognosis and end-of-life care to heart failure patients: A survey of heart failure nurses' perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(2), ss. 152-161. Hentet fra 10.1177/1474515114521746
- Hole, T. (2016). Palliativ behandling ved hjertesjukdom. I S. Kaasa, & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon* (3. utg., ss. 690-701). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kalfoss, M. H. (2017). Møte med lidende og døende pasienter - sykepleierens møte med seg selv. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (ss. 453-481). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kaasalainen, S., Strachan, P. H., Brazil, K., Marshall, D., Willison, K., Dolovich, L., . . . Demers, C. (2011). Managing Palliative Care for Adults With Advanced Heart Failure. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, 43(3), ss. 38-57. Hentet fra <https://cjr.archive.mcgill.ca/article/view/2315/2309>
- Kirkevold, M. (2014). Kartlegging. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (2. utg., ss. 122-144). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M. (2014). Personsentrert og individualisert sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (2. utg., ss. 106-121). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3* (3. utg., ss. 16-80). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I *Grunnleggende sykepleie Bind 1* (3. utg., ss. 194-265). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., & Breievne, G. (2016). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3* (3. utg., ss. 188-235). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lowey, S. E., & Liebel, D. V. (2016). Factors That Influence Care Transitions of End-Stage Heart Failure Patients to Palliative Home Care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 18(6), ss. 572-578. Hentet fra 10.1097/NJH.0000000000000296
- Mathisen, J. (2016). Sykepleie ved livets avslutning. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende Sykepleie Bind 3* (3. utg., ss. 407-449). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- NHI. (2020). *NHI.no*. Hentet fra Kronisk hjertesvikt: <https://nhi.no/sykdommer/hjertekar/ulike-sykdommer/hjertesvikt-kronisk/>
- Nielsen, K. T., & Raunkiær, M. (2014). Palliativ indsats til ældre med kronisk hjertesvigt - en systematisk litteraturgennemgang. *Vård I Norden*, 34(112), ss. 38-43. Hentet fra <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0340-2>
- Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste. (2019). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- NOU 2017:16. (2017). *På liv og død: Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548/?ch=1>
- NSD. (2019). *NSD.no*. Hentet fra REGISTER OVER VITENSKAPELIGE PUBLISERINGSKANALER: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- NSF. (2011). *NSF.no*. Hentet fra Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>
- O'Hanlon, D., & Harding, R. (2011). Are specialist heart failure nurses currently able to provide palliative care to their patients? *Progress in Palliative Care*, 19(4), ss. 165-171. Hentet fra 10.1179/1743291X11Y.0000000010
- Olsen, C. (2012). Trygghet i møte med døende og deres pårørende. *Geriatrisk sykepleie*, 4(3), s. 3. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/1153656/Pleie32av32d-8ende.pdf>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm.

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2020). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-2019-12-20-104). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Paulsen, Ø., Haugstøl, T., & Rosland, J. H. (2016). Palliative team på sykehus. I S. Kaasa, & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon* (3. utg., ss. 139-149). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- WHO. (u.d.). *WHO.int*. Hentet Mai 16, 2020 fra WHO Definition of Palliative Care: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Wille, I.-L., & Nyrønning, S. (2012). Omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem. *Geriatrisk sykepleie*, 4(3), ss. 10-17. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/1153656/Pleie32av32d-8ende.pdf>
- Ørn, S., & Brunvand, L. (2016). Hjerne- og karsykdommer. I S. Ørn, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., ss. 164-200). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ziehm, J., Farin, E., Schäfer, J., Woitha, K., Becker, G., & Köberich, S. (2016). Palliative care for patients with heart failure: facilitators and barriers - a cross sectional survey of German health care professionals. *BMC Health Services Research*, 16(361). Hentet fra 10.1186/s12913-016-1609-x
- Ziehm, J., Farin, E., Seibel, K., Becker, G., & Köberich, S. (2016). Health care professionals' attitudes regarding palliative care for patients with chronic heart failure: an interview study. *BMC Palliative Care*, 15(76). Hentet fra 10.1186/s12904-016-0149-9

8 Vedlegg

Vedlegg 1

Nøkkelfunn	Undertema <i>Problemstilling: Hvordan kan sykepleier gi god palliativ omsorg til hjertesviktpasienter i livets slutfase?</i>
Mangel på kunnskap	Behov for økt kompetanse
Usikkerhet angående tidspunkt for initiering. <ul style="list-style-type: none"> • Barriere for å endre behandlingsregimet • Årsak: Stabile faser 	
Tidlig initiering <ul style="list-style-type: none"> • Pasienten er forberedt • Lindrer press om å finne riktig tidspunkt for å snakke om døden 	
Stort behov for mer kompetanse/kunnskap <ul style="list-style-type: none"> • bedre pleie og omsorg 	
Sykepleiere er ikke komfortable med å snakke om vanskelige temaer <ul style="list-style-type: none"> • Årsak: Usikker prognose/forløp 	Behov for å være komfortabel i diskusjon om palliativ omsorg
Det kreves forsiktighet og riktig tidspunkt for alle slags samtaler om terminal omsorg	
Behov for mer kommunikasjonsferdigheter <ul style="list-style-type: none"> • Tiltak: Kurs, rollespill 	
Primærhelsetjenesten har størst kjennskap til den enkelte pasient	
Diskusjoner om palliativ behandling skjer på best måte i en etablert relasjon	
Repeterende muligheter for diskusjon	Samhandling med andre yrkesgrupper
Den tverrprofesjonelle samhandlingen kan forbedres <ul style="list-style-type: none"> • Årsak: Kommunikasjonsproblematikk, mange ulike behandlere, usikkerhet angående hvem som er ansvarlig for å trekke inn palliativ omsorg • Konsekvenser: Lite kontinuitet 	
Det er behov for tidlig initiering og en tosidig tilnærming <ul style="list-style-type: none"> • Konsekvenser: Tidligere samtaler, forbedring av symptomkontroll 	
Behov for en tydelig definisjon av roller	Kontinuitet og koordinasjon
Viktig å skape en oppdatert modell og retningslinjer/kliniske kriterier	
Mangel på koordinasjon i pasientoverganger <ul style="list-style-type: none"> • Tiltak: Verktøy 	

Vedlegg 2

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler	Forfatter og navn på artikkel
Heart failure AND Nurses AND Palliative care	31.10.2019	Cinahl Complete	93	11	6	2	Lowey, S. E., & Liebel, D. V. "Factors That Influence Care Transitions of End-Stage Heart Failure Patients to Palliative Home Care". O'Hanlon, D., Harding, R. "Are specialist heart failure nurses currently able to provide palliative care to their patients?"
Heart failure AND Attitude of Health personnel AND Palliative care	31.10.2019	Cinahl Complete	60	9	7	1	Glogowska, M., Simmonds, R., McLachlan, S., Cramer, H., Sanders, T., Johnson, R., ... Purdy, S. "Sometimes we can't fix things": A qualitative study of health care professionals' perceptions of end of life care for patients with heart failure.

Heart failure AND Nurses AND Palliative care	07.11.2019	MEDLINE Ovid	71	7	2	2	<p>Ziehm, J., Farin, E., Schäfer, J., Woitha, K., Becker, G., & Köberich, S. "Palliative care for patients with heart failure: facilitators and barriers - a cross sectional survey of German health care professionals".</p> <p>Hjelmfors, L., Strömberg, A., Friedrichsen, M., Mårtensson, J., & Jaarsma, T. "Communicating prognosis and end-of-life care to heart failure patients: A survey of heart failure nurses' perspectives".</p>
Heart failure AND Nurses AND Palliative care	17.11.2019	ProQuest	130	12	4	2	<p>Ziehm, J., Farin, E., Seibel, K., Becker, G., & Köberich, S. "Health care professionals' attitudes regarding palliative care for patients with chronic heart failure: an interview study".</p>

							Kaasalainen, S., Strachan, P., Brazil, K., Marshall, D., Willison, K., Dolovich, L., . . . Demers, C. <i>"Managing palliative care for adults with advanced heart failure".</i>
Palliative care AND Heart failure	20.03.2020	SweMed+	8	5	1	1	Nielsen, K. T., Raunkiær, M. « <i>Palliativ indsats til ældre med kronisk hjertesvigt – en systematisk litteraturogennemgang</i> ».

Vedlegg 3

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelord	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans for vår oppgave
<p>Nielsen, K. T., Raunkiær, M. (2014). Palliativ innsats til eldre med kronisk hjertesvikt – en systematisk litteraturreview. <i>Vård i Norden</i>, 112(34). Hentet fra: https://doi.org/10.1186/s12904-018-0340-2</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke hvilke utfordringer og løsninger internasjonal forskningslitteratur forklarte i forhold til palliativ behandling til eldre med kronisk hjertesvikt.</p>	<p>Chronic heart failure, Palliation, Organizational, Literature review</p>	<p><i>Utvalg:</i> Studien tar for seg 37 ulike artikler, hvorav 15 var kvalitative, 11 var kvantitative, ni var reviews eller litteraturstudier, mens to var mikset-metode.</p> <p><i>Datainnsamling:</i> Dette er en litteraturstudie som har tatt for seg en problemstilling («Hvordan beskriver den internasjonale forskningsbaserte litteraturen utfordringer og løsninger i forhold til palliativ pleie av eldre med kronisk hjertesvikt?») og funnet artikler gjennom systematisk litteratursøk med inklusjons- og eksklusjonskriterier, etterfulgt av en to-trinns analyse. Første del består av en kvalitetsvurdering, mens andre del er en analyse av artiklene.</p> <p><i>Analyse:</i> Studien benytter ni faser i prosessen for å finne relevante artikler, vurdere dem og til slutt danne en syntese for å besvare problemstillingen. Formålet med denne prosessen var å skape systematikk, struktur og samtidig beholde både fleksibilitet og kreativitet.</p>	<p>Studien antyder at sykepleiere synes det er vanskelig å forutsi prognosen ved hjertesvikt, og er tilbakeholdne når det gjelder å trekke inn palliativ behandling. Innsatsen deres preges av mangel på kontinuitet og dårlig koordinert behandling, samt problemer rundt kommunikasjon og overganger mellom primær- og sekundærsektoren. Det viser seg at det vil være hensiktsmessig å foreslå en tosidig tilnærming i behandling hos hjertesviktpasienter, hvor palliasjon blir tilbudt ved siden av annen nødvendig behandling, samt at det blir benyttet en tverrfaglig/tverrsektoriell plan, som Golden Standards Framework eller palliativ plan. I tillegg finnes det behov for å tydeliggjøre arbeidsoppgavene mellom helsepersonell, og hvem som har ansvar for palliativ behandling.</p>	<p>Studien er relevant i forhold til vår problemstilling fordi den belyser både utfordringer og løsninger i forhold til palliativ behandling for hjertesviktpasienter. Den trekker frem ulike synspunkt, og fordi den består av flere ulike studier som omhandler samme tema og formidler samme type problemer og løsninger, vil det være hensiktsmessig å benytte denne studien for å støtte opp våre argumenter.</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelord	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans for vår oppgave
Ziehm, J., Farin, E., Schäfer, J., Woitha, K., Becker, G., & Köberich, S. (2016). Palliative care for patients with heart failure: facilitators and barriers - a cross sectional survey of German health care professionals. <i>BMC Health Services Research</i> , 16(361). Hentet fra https://doi.org/10.1186/s12913-016-1609-x	Hensikten med studien var å utforske hvilke oppfatninger sykepleiere har om barrierer og tilrettelegging av palliativ pleie til pasienter med hjertesvikt.	Palliative care, Heart failure, Healthcare professionals, Attitudes, Experiences, Survey, Germany.	<p><i>Utvalg:</i> 315 sykepleiere og leger i Tyskland fra ulike fagfelt ble inkludert i forskningen.</p> <p><i>Datainnsamling:</i> Artikkelen er basert på en kvantitativ forskningsmetode, med bruk av en tverrsnittstudie. Det ble brukt et spørreskjema for å intervju helsepersonellet.</p> <p><i>Analyse:</i> Data ble analysert gjennom SPSS, og det ble slått sammen ulike kategorier for å få et mer oversiktlig bilde. Blant annet ble «helt enig» og «enig» slått sammen til «enig», og «verken eller», «uenig» og «helt uenig» ble slått sammen til «uenig».</p>	Forskningen viser at det er muligheter for forbedring og utvikling av palliativ pleie til hjertesviktspasienter, ettersom sykepleiere føler at de mangler kompetanse om både palliativ omsorg til hjertesviktspasienter og kommunikasjonsferdigheter om sensitive temaer. Det fremmes en uklarhet angående ansvarlige roller i den tverrprofesjonelle samhandlingen. Videre viser studien at det er utfordrende å bestemme tidspunkt for å starte palliativ behandling, og flere føler at de ikke er i stand til å diskutere livets slutfase med pasienter. Pasienter har ikke nok kunnskaper om sykdommen selv, og vet derfor ikke hvilke spørsmål de bør stille til sykepleierne. Både pårørende og pasienten selv ønsker livsforlengende behandling, men aksepterer ikke at livet har en slutt. For at det skal skje en endring, trenger sykepleiere, pasienter og pårørende mer informasjon og kunnskaper om palliasjon, og samtidig fremme kommunikasjon mellom alle partene.	Studien er relevant da den belyser behovet for økt kompetanse og kommunikasjonsferdigheter blant sykepleiere. Det antydes at det er uklart hvem som har ansvaret for å starte palliativ behandling, og for å kunne gi god palliativ behandling, og dermed bør disse områdene forbedres og man bør rette søkelyset mot dette problemet.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelord	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans for vår oppgave
Glogowska, M., Simmonds, R., McLachlan, S., Cramer, H., Sanders, T., Johnson, R., ... Purdy, S. (2016). "Sometimes we can't fix things": A qualitative study of health care professionals' perceptions of end of life care for patients with heart failure. <i>BMC Palliative Care</i> , 15, 1-10. https://doi.org/10.1186/s12904-016-0074-y	Hensikten med studien var å undersøke synspunkt og erfaringer til sykepleiere som jobber med hjertesviktpasienter i livets slutfase.	End of life care, Palliative Care, Advanced care planning, Heart failure.	<p><i>Utvalg:</i> 24 helsepersonell i Storbritannia ble involvert i studien, hvorav 10 var sykepleiere.</p> <p><i>Datainnsamling:</i> Individuelle, kvalitative dybdeintervjuer utført på sykepleiernes arbeidsplass i Storbritannia. Det ble brukt emneguide for å sikre dekking av områder av relevans for forskningsspørsmålene, men tillot også deltagerne å stille egne spørsmål.</p> <p><i>Analyse:</i> Analyseprosessen ble informert av en begrunnet teori tilnærming, og den konstante sammenligningsmetoden, som også inkluderte tilvenning av kranskripter og notater, fulgt av detaljert åpen koding ved bruk av NVivo 10 kvalitative data analyse. Det ble initiert et kodenettverk etter første sett med intervjuer, og deretter undersøkelse av de to andre settene som lagde nye kategorier. Forskningsteamet diskuterte kodningsrammen langs med prosessen og de endelige temaene for å sikre troverdighet og bekreftelse. Flere ble inkludert i forskningsteamet for å tolke de endelige dataene, blant annet pasienter/pårørende.</p>	Tre hovedtemaer ble identifisert: 1. Sykepleiere diskuterte utfordringer rundt tegn på når pasienter kan være ved livets slutt. 2. Sykepleiernes oppmerksomhet var på hyppige innleggelses av pasienter i slutten av deres liv, og deres erfaringer ved å arbeide med alternativer til innleggelses. Sykepleiere ser på muligheter for hjertesviktpasienter ved å ha pågående diskusjoner for omsorg i livets slutfase. 3. Tverrprofesjonell samhandling kan bidra til å koordinere omsorgen og gi støtte i den terminale fasen av sykdommen. Kobling mellom hjertesviktteam og palliative omsorgstjenester viser seg å være en fordel for pasientene, og videre deling av kompetanse mellom team er anbefalt. Videre forskning er nødvendig for å opprette prognosemodeller for å indikere når overgangen til palliasjon er nødvendig og å evaluere palliativ omsorg hvor hjertesviktpasienter er inkludert.	Studien er relevant da den belyser flere temaer som er viktige i vår oppgave, blant annet tegn på at livet går mot slutten for den aktuelle målgruppen, og at sykepleiere ofte er usikker i slike situasjoner. Mange sykepleiere synes det er utfordrende å ha samtale om døden med pasienter. Den tverrprofesjonelle samhandlingen er viktig for å koordinere omsorgen, og denne koblingen viser seg å være til fordel for pasientene. Det er behov for videre forskning for å opprette prognosemodeller.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelord	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans for vår oppgave
Ziehm, J., Farin, E., Seibel, K., Becker, G., & Köberich, S. (2016). Health care professionals' attitudes regarding palliative care for patients with chronic heart failure: an interview study. <i>BMC Palliative Care</i> , 15(76). Hentet fra https://doi.org/10.1186/s12904-016-0149-9	Hensikten med studien var å utforske hvilke holdninger sykepleiere har til palliativ pleie for hjertesviktpasienter. På denne måten kunne de se og forstå hvilke hindringer sykepleiere møtte i disse situasjonene, samt hvilken tilrettelegging pasientgruppen får. I tillegg var hensikten å kunne bruke disse resultatene for å finne måter å forbedre hjertesviktpasienters mulighet til å få palliativ pleie.	CHF, Chronic heart failure, Interview study, Qualitative content analysis, Healthcare professionals.	<p><i>Utvalg:</i> 23 helsepersonell i Tyskland ble involvert i studien, hvorav 12 var sykepleiere.</p> <p><i>Datainnsamling:</i> Data ble samlet inn ved bruk av problemsentrerte intervjuer med opptak, hvor de fleste (83%) deltakende ble intervjuet direkte ansikt-til-ansikt. De resterende 17% ble kontaktet per telefon. Intervjuene varte omtrent 43 minutter.</p> <p><i>Analyse:</i> Data ble analysert gjennom Mayrings kvalitative innholdsanalyse, og på den måten strukturert i ulike kategorier. Videre ble dataene sammenlignet og komprimert, og oversatt til Engelsk.</p>	De fleste sykepleierne oppfattet at det finnes et behov for palliativ behandling hos hjertesviktpasienter. Temaer som ofte gikk igjen, hvor det trengs forbedring omhandlet kompetanse om palliativ behandling, kommunikasjonsferdigheter, tverrprofesjonell samhandling, avslutning av medikamentell behandling, pasientens bekymringer rundt palliativ behandling, samt at prognosen ved hjertesvikt er utfordrende og ustabil. I tillegg hadde sykepleiere ulike oppfatninger og holdninger til når man skal starte palliativ behandling. Studien viser at palliasjon til hjertesviktpasienter er et neglisjert tema både i praksis og i forskning, og det trengs mer oppmerksomhet rettet mot dette. Man kan overkomme hindringene ved å bedre folkeopplysninger, bedre utdanning hos sykepleiere, informere mer om sykdommen, og samhandle på et høyere nivå med andre profesjoner. I tillegg er det nødvendig å danne retningslinjer for når det er riktig tidspunkt å initiere palliativ behandling.	Studien er relevant i forhold til vår problemstilling fordi den viser til ulike områder hvor det trengs forbedring ved palliativ omsorg for hjertesviktpasienter. Den belyser også tiltak for å bedre palliativ behandling, noe som er viktig for vår oppgave.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelord	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans for vår oppgave
<p>Hjelmfors, L., Strömberg, A., Friedrichsen, M., Mårtensson, J., & Jaarsma, T. (2014). Communicating prognosis and end-of-life care to heart failure patients: A survey of heart failure nurses' perspectives. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i>, 13(2), 152–161. https://doi.org/10.1177/1474515114521746</p>	<p>Hensikten med studien var å beskrive sykepleiernes perspektiv, daglig praksis og diskutere prognose og omsorg ved livets slutt som har omsorgstjenester utenfor sykehus. Det sikter videre på å utforske barrierer, tilrettelegging og relaterte faktorer for å diskutere disse problemene.</p>	<p>Heart failure, Nurse attitudes, Prognosis, End-of-life care, Communication, Palliative care</p>	<p><i>Utvalg:</i> 61 sykehus i Sverige og 20 helsesentre, hvorav 111 var sykepleiere.</p> <p><i>Datainnsamling:</i> Artikkelen er basert på kvantitativ forskning, med bruk av tverrsnittstudie. Spørreskjema angående kommunikasjon med hjertesviktpasienter om prognose og omsorg ved livets slutt. Spørreskjemaet var tilpasset fra et eksisterende spørreskjema laget i 1996.</p> <p><i>Analyse:</i> Innholdet ble validert ved 6 tenke-høyt-intervjuer med sykepleiere med hjertesvikt erfaring. Sykepleierne fylte da ut spørreskjemaet med kommentarer og diskusjoner med en av forskerne. Tilleggsspørsmål angående mulige hindringer og tilrettelegging for diskusjoner og omsorg ved livets slutt ble inkludert. Spørsmålene var basert på en litteraturgjennomgang med svaralternativ ja eller nei.</p>	<p>Sykepleiere som jobber med hjertesviktpasienter føler seg kompetente til å diskutere prognose og omsorg ved livets slutt, men likevel nøler de med å ha disse samtalene. Dette kan delvis forklares ved at de foretrekker at legen er ansvarlig til å holde slike samtaler, og delvis ved erfarte barrierer ved kommunikasjon. Dette indikerer behov for retningslinjer og utdanning for sykepleiere som jobber med hjertesviktpasienter for å få økt kompetanse og bevissthet rundt pasientenes mulige behov for palliativ pleie.</p>	<p>Studien er relevant i forhold til vår problemstilling, da den forklarer ulike faktorer som skaper barrierer ved kommunikasjon. Bakgrunnen for dette kan være at sykepleierne ikke har gode nok kommunikasjonsferdigheter og at det er behov for endring i retningslinjer i praksis.</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelord	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans for vår oppgave
<p>Kaasalainen, S., Strachan, P., Brazil, K., Marshall, D., Willison, K., Dolovich, L., . . . Demers, C. (2011). Managing palliative care for adults with advanced heart failure. <i>The Canadian Journal of Nursing Research, 43</i>(3), 38-57.</p> <p>Hentet fra: https://cjun.archiv.e.mcgill.ca/article/view/2315</p>	<p>Hensikten med studien var å utforske omsorgsprosessen erfart av voksne i samfunnet med hjertesvikt som er døende, deres omsorgspersoner og helsepersonell.</p>	<p>Access to care, Cardio-vascular disease, Community health nursing, Palliative care.</p>	<p><i>Utvalg:</i> 35 personer i Hamilton, Ontario ble inkludert i studien, hvorav 11 var sykepleiere.</p> <p><i>Datainnsamling:</i> Kvalitativt design ble brukt for å veilede datamateriale, analyser og tolkninger. Halvstrukturerte intervjuer med personer involvert i palliativ omsorg for pasienter med hjertesvikt. Data ble samlet inn fra ulike kilder ved rekruttering av deltakere med forskjellige roller og erfaring i palliativ omsorg.</p> <p><i>Analyse:</i> Lyddoptak ble oversatt ordrett, og data ble analysert ved hjelp av en tematisk innholdsanalyse. Gjentakende og viktige kategorier ble identifisert og merket. Notater og reflekterende journaler ble brukt for å sikre troverdighet og pålitelighet. Alle avvik ble gjennomgått av forskere og diskutert til enighet ble nådd.</p>	<p>Studien antyder at palliativ omsorg påvirkes av ulike faktorer (kreftmodell for palliativ omsorg, begrenset tilgang til ressurser, prognoseutfordringer). Sykepleiere beskrev deres rolle som å koordinere omsorgen, bygge opp kompetanse, håndtere medikamenter, og optimalisere tverrfaglig samhandling, tilfredshet ved omsorgen og en fredfull død. Pasienter beskrev å velge intervensjoner og leve med fatigue, smerte, kortpustethet og redusert funksjonsevne. Pårørende beskrev byrder ved å være overlevende pårørende og å overskride troen.</p>	<p>Studien er relevant i forhold til vår problemstilling da den belyser sykepleiernes rolle ved håndtering av palliativ omsorg hos hjertesvikt-pasienter med blant annet koordinering, tverrfaglig samhandling, og tilfredsheten til pasienten.</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelord	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans for vår oppgave
<p>O'Hanlon, D., Harding, R. (2011). Are specialist heart failure nurses currently able to provide palliative care to their patients? <i>Progress in Palliative Care</i>, 19(4), s. 165-171. Hentet fra: https://doi.org/10.1179/1743291X11Y.0000000010.</p>	<p>Hensikten med studien var å beskrive den nåværende kompetansen og kunnskapen sykepleiere har om palliativ omsorg i forbindelse med hjertesvikt-pasienter.</p>	<p>Cardiac, End of life, Heart failure, Nursing, Palliative.</p>	<p><i>Utvalg:</i> 91 sykepleiere i Storbritannia er inkludert i studien.</p> <p><i>Datainnsamling:</i> Det ble utført en kvantitativ tverrsnittsstudie basert på åpne og lukkede spørsmål om sykepleiernes daværende kunnskap og deres syn på behovet for økt kompetanse. Spørsmål ble dannet på grunnlag av teoretisk kunnskap om utbredte problem, samt kyndig personell med kompetanse i symptomlindring ved fysiske, sosiale, åndelige/eksistensielle og psykiske ubehag.</p> <p><i>Analyse:</i> Data ble analysert ved hjelp av beskrivende statistikk og ikke-parametrisk metode. Det ble dannet en tematisk analyse med bakgrunn i gjentakende temaer i svar fra tverrsnittsstudien.</p>	<p>Sykepleierne i studien påpeker at det er behov for mer kompetanse og undervisning om palliativ omsorg til hjertesviktpasienter, og rapporterer at det finnes minst ett gap i kompetansen deres. De fleste sykepleierne er usikre på når de skal initiere til palliativ omsorg, og føler seg ikke komfortable i diskusjoner om sensitive temaer. I tillegg hevder flere at det kreves forsiktighet og riktig tidspunkt for alle slags samtaler om terminal omsorg, og derfor føler de behov for mer informasjon og kommunikasjonsferdigheter. Videre er det behov for en tydelig definisjon av ulike roller i omsorgen, og det er ifølge sykepleierne viktig å skape en oppdatert modell for palliativ omsorg som er tilpasset hjertesviktpasientene.</p>	<p>Studien er relevant i forhold til vår problemstilling da den belyser ulike områder hvor det trengs forbedring innenfor palliativ omsorg til hjertesviktpasienter hos sykepleierne, og beskriver hvordan sykepleierne selv erfarer sin egen kunnskap og kompetanse.</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelord	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans for vår oppgave
<p>Lowey, S. E., & Liebel, D. V. (2016). Factors That Influence Care Transitions of End-Stage Heart Failure Patients to Palliative Home Care. <i>Journal of Hospice & Palliative Nursing</i>, 18(6), s. 572–578. Hentet fra: https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000296.</p>	<p>Hensikten med studien var å utforske faktorer som påvirker pasientovergangen til palliativ hjemmebasert omsorg for hjertesvikt-pasienter ved livets slutfase.</p>	<p>Discharge planning, Heart failure, Home health care, Palliative care.</p>	<p><i>Utvalg:</i> Fase 1: 14 sykepleiere i 4 runder med fokusgrupper. Inklusjonskriterier var sykepleiere som arbeidet med koordinering av pasienter som har/skal ha hjemmetjeneste, har jobbet der mer enn et år med minst 10 vakter per måned. Fase 2: 92 byråer, halvparten av de sertifiserte hjemmetjenestebyråene i New York ble tilfeldig valgt ut. 112 sykepleiere fra 26 av byråene deltok i undersøkelsen, og minst 42% jobbet innenfor enten kardiologi eller palliasjon, resterende arbeidet ikke spesifikt med en sykdom eller gruppe.</p> <p><i>Datainnsamling:</i> Fase 1: Fokusgrupper ble brukt for å generere kvalitative data som gav ulike tema som ble brukt til å lage spørreskjema til fase to av studien. Fase 2: Data samlet fra tilfeldig utvalgte sykepleiere i hjemmesykepleiebyråer i New York State ved bruk av spørreundersøkelsen utarbeidet i fase 1.</p> <p><i>Analyse:</i> Todelt mikset-metode design. Undersøkellesdataene ble undersøkt ved bruk av beskrivende data inkludert frekvenstilling, prosent og mening. En sammensatt prosentsum ble dannet fra spørsmål som ble brukt til å vurdere sykepleiekompetanse og holdninger til palliativ omsorg.</p>	<p>Behovet for spesifikk utdanning og opplæringskrav til hjemmesykepleiere i palliasjon til hjertesvikt-pasienter var ikke tydelige. Det var heller ikke avgrensede utskrivningsprosesser/prosesser ved pasientoverganger i denne studien. I fremtiden burde dette gapet være i fokus med bruk av trening, retningslinjer og prosesser som inkluderes i pasientbehandlingen for pasientgruppen. Fremtidig forskning burde fokusere på utvikling og testing av klinisk verktøy som er kort nok til å være gjennomførbart i pasientoverganger, men lang nok til å gi et godt blikk over pasientens nåværende og fremtidige mål i omsorgen.</p>	<p>Studien er relevant i forhold til vår problemstilling da den belyser behov for kliniske retningslinjer, og forskning på utvikling og testing av verktøy som er gode å bruke i pasientoverganger; ikke for tidskrevende, men langt nok til å danne en oversikt over pasientens nåværende og fremtidige mål i omsorgen</p>

