

Anders Osnes
Stian Nerland

Hvilke faktorer påvirker sykepleiers bruk av palliativ plan

8362 ord

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Helen Berg

Mai 2021

Anders Osnes
Stian Nerland

Hvilke faktorer påvirker sykepleiers bruk av palliativ plan

8362 ord

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Helen Berg
Mai 2021

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



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Hensikten med studien var å undersøke ulike faktorer som kan påvirke bruken av palliativ plan blant sykepleiere i kommunehelsetjenesten.

Norge er blant landene med lavest hjemmedød sammenlignet med andre vestlige land. Bare 15 % dør hjemme og andelen er stabil. Høy andel hjemmedød indikerer palliative tjenester av god kvalitet.

Det ble brukt kvantitativ metode i oppgaven. Til sammen responderte 73 sykepleiere med bred erfaring, fordelt mellom 38,4 % fra sykehjem og 61,6 % fra hjemmesykepleien. Datamaterialet ble systematisk analysert ved bruk av SPSS.

Tre hovedfunn ble identifisert; 1) Hvordan opplæring og videreutdanning kan føre til økt bruk av palliativ plan, 2) At mangel på tid og en travel hverdag kan true sykepleiers mulighet til å utarbeide gode palliative planer og 3) Hvordan kommunikasjon og samhandling påvirker arbeidet rundt palliativ plan.

Sykepleierne opplever palliativ plan som et godt hjelpemiddel til beslutningsstøtte i hverdagen, med flere positive sider. Likevel kan vi se et forbedringspotensial knyttet til bruken av planer.

Abstract

The purpose of the study was to examine various factors that may influence the use of palliative care among nurses in the municipal health service.

Norway is among the countries with the lowest at-home deaths relative to other western countries. Only 15 % die at home, and the numbers are steady. A high number of at-home deaths indicates high quality palliative care services.

A quantitative method was used in this thesis. A total of 73 nurses with broad experience responded; 38.4 % of them working at nursing homes and the remaining 61.6 % working at the community nursing services. The data material was systematically analysed using SPSS.

Three main findings were identified; 1) How training and continuing education can lead to increased use of palliative care plans, 2) Lack of time and high work loads can hinder nurses ability to implement good palliative care plans and 3) How communication and interaction affect the work surrounding the palliative care plan.

Nurses in this study considered the use of palliative care plans to be helpful, and a good decision-making tool. Nevertheless, we can see a potential for improvement related to the use of plans.

Forord

Arbeidet med oppgaven har vært krevende og spennende. Oppgaven markerer slutten på en fin studieperiode ved NTNU Ålesund og vi ser frem mot å starte på en ny hverdag som sykepleiere.

Vi vil med dette benytte anledningen til å takke vår veileder Helen Berg for god støtte, veiledning og råd under arbeidet med denne studien.

Vi vil og benytte anledningen for å rette en takk til gjennomlesere for korrekturlesing av oppgaven.

En takk rettes og til sykepleiere som har deltatt med tallmaterialet i undersøkelsen

Ålesund, mai 2021.

Anders Osnes & Stian Nerland

Innhold

1	Introduksjon	12
1.1	Begrunnelse av tema	12
1.2	Problemstilling	13
1.3	Avgrensning av oppgaven	13
1.3	Begrepsavklaring	13
1.4	Oppgavens struktur	13
2	Bakgrunn	14
2.1	Advanced care planning- palliativ plan	14
2.2	Nasjonal organisering	14
2.3	Palliativ plan i Møre og Romsdal	15
2.4	Sykepleieperspektivet	15
2.5	Pasient og pårørendeperspektiv	16
2.6	Juridisk ansvar og etisk refleksjon	16
2.7	Tidligere forskning	17
3	Metode	19
3.1	Utforming av spørreskjema	19
3.2	Styrker og svakheter	20
3.3	Validitet	20
3.4	Reliabilitet	20
3.5	Analyse	20
3.5.1	Klargjøring av variabler	20
3.5.2	Univariat analyse	21
3.5.3	Bivariat analyse	21
3.6	Kvalitative data	22
4	Resultat - Presentasjon av funn	23
4.1	Tid som faktor i utarbeiding av palliativ plan	23
4.2	Mangelfull opplæring	23
4.3	Opplever du reaksjoner knyttet til ordet palliasjon	23
4.4	Bruker mal for palliativ plan som er utarbeida for Møre og Romsdal	24
4.5	Kan videreutdanning påvirker bruken av palliativ plan	24
4.6	Kan antall år som sykepleier påvirke bruk av palliativ plan	25
4.7	Hvem har ansvaret?	25
5	Diskusjon	26
5.1	Tid som enkeltfaktor i utarbeidingen av palliativ plan	26
5.2	Utdanning og opplæring som faktor	28

5.3 Kommunikasjon og samarbeid som faktor	29
6 Konklusjon.....	30
6.1 Videre forskning	30
Referanser.....	31
Vedlegg.....	34

1 Introduksjon

I Norge er andelen som dør hjemme ca. 15 % uavhengig av diagnose, av disse er 12 % kreftpasienter, sammenlignet med andre vestlige land er andelen blant de laveste (Kaasa, 2007, s.162). I Norge i dag finnes det nasjonale retningslinjer innen palliasjon, men disse retter seg mot kreftomsorgen (Helsedirektoratet, 2019). WHO's definisjon av palliasjon:

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients (adults and children) and their families who are facing problems associated with life-threatening illness. It prevents and relieves suffering through the early identification, correct assessment and treatment of pain and other problems, whether physical, psychosocial or spiritual. (WHO, 2020)

I Møre og Romsdal har en sett behovet for økt innsats mot den palliative pasientgruppen. Med dette som bakgrunn gjennomførte Alme et al., (2019) en undersøkelse blant sykepleiere i Møre og Romsdal. Her svarer 88,2 % at kreftpasienter får tilbud om palliativ plan, mens bare 58,8 % med demensdiagnose og 47 % med ALS får tilbud om samme planen. Det er tydelig at kreftpasienter er prioritert innenfor palliasjon, og at andre diagnosegrupper har et potensiale for økt bruk av planen. Det er knyttet usikkerhet til hva som kan påvirke sykepleiers utarbeiding av planen, og hvordan en kan øke bruken. Ifølge Melby et al., (2017) antas det at 50-70 % av pasienter med demens har smerter og kan ha utbytte av en økt grad av lindrende behandling. Denne lindrende behandlingen kan en palliativ plan tilrettelegge for slik at pasienten opplever best mulig lindring og forbedring i livskvalitet ut fra egne forutsetninger. Med 80 000 til 100 000 pasienter med demens i Norge er det muligheter til å nå ut til et svært stort antall pasienter som i dag ikke er prioritert for utarbeidelse av palliativ plan (Ranhoff et al., 2019). Tallene viser et stort pasientgrunnlag for videre arbeid med innføring av palliativ plan i fylket.

Hvis vi går over til å se på internasjonal forskning er det gjort flere studier der man har kartlagt preferanser for hjemmedød. I en omfattende oversiktsartikkel om preferanser for hjemmedød ble det funnet at flertallet ønsker å dø hjemme (mer enn 50 % i 75 % av studiene) (Gomes et al., 2013). «Andel av hjemmedød blir sågar brukt som kvalitetsindikator innen palliasjon. Høy andel indikerer palliativ omsorg av høy kvalitet» (Kaasa, 2007, s.161). Det kan se ut som at Norge har en vei å gå for hvordan en kan tilrettelegge for hjemmedød. «Palliativ plan er et dokument som skal sikre samhandling, planlegging og tilrettelegging av tiltak, slik at den som er sjuk og familien kan oppleve trygghet og best mulig livskvalitet» (Helse Møre og Romsdal, 2020). Planen vil kunne føre til et mer standardisert sykeforløp hvor det tilrettelegges for hjemmedød for den enkelte pasient som ønsker dette.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Etter innføringen av palliativ plan i Møre og Romsdal i 2016 har den blitt et verktøy for helsepersonell til støtte for pasienter i livets siste fase for å sikre samhandling, planlegging og tilrettelegging. Som snart ferdigutdannede sykepleiere med erfaring gjennom praksis og arbeidsliv, har vi gjort oss opp noen tanker rundt bruken av palliativ

plan. Erfaringer vi har gjort fra kommune- og spesialisthelsetjenesten har vist oss nytten av palliativ plan i overflyttinger av pasienter. På den andre siden har vi òg sett mangel på bruk av palliativ plan hos pasienter som kan ha nytte av det. Forskning viser at en palliativ plan fører til økt mestring av hverdagen som kommer, der forutsigbarhet og trygghet er sentralt. Grunnlaget for problemstillingen er dermed knyttet opp til bruken av planen og hva som kan påvirke at en plan blir utarbeidet.

1.2 Problemstilling

På bakgrunn av det ovennevnte har vi valgt problemstillingen: «Hvilke faktorer kan påvirke sykepleiers bruk av palliativ plan til pasienter i kommunehelsetjenesten?»

1.3 Avgrensning av oppgaven

Vi valgte å sette søkelyset på sykepleierne og deres bruk av palliativ plan i kommunehelsetjenesten. Primært vil det være sykepleiere med pasientkontakt som er relevant i forhold til vår problemstilling. Annet helsepersonell enn sykepleiere er ekskludert fra å delta i spørreundersøkelsen.

I oppgaven ble det fokusert isolert på bruken av palliativ plan. Prosess, planlegging, etisk refleksjon og forhåndssamtaler er viktige deler av utarbeidelsen av planen, men vil ikke bli annet enn nevnt i oppgaven.

1.3 Begrepsavklaring

Advanced care planning (ACP) er det engelske begrepet på en kontinuerlig dialog mellom helsepersonell og pasient, og om mulig pårørende. Dialogen skal ende opp i et dokument eller en plan som baserer seg på samtalene, og endres ved behov. Hele prosessen, med både samtaler og dokumentet, er det vi kaller ACP. Palliativ plan er bare dokumentet som er et resultat av forhåndssamtaler. Når vi omtaler palliativ plan refereres det til "Palliativ plan utarbeidet for Møre og Romsdal" (Vedlegg 1).

Ressurssykepleier: En sykepleier i kommunehelsetjenesten med overordnet ansvar for palliasjon og lindrende behandling. Ressurssykepleiere vil kunne bidra med beslutningsstøtte og utarbeiding av palliative planer.

1.4 Oppgavens struktur

Oppgaven struktureres i seks kapitler. I kapittel en har vi introdusert oppgaven og presentert problemstillingen. I kapittel to presenterer vi kunnskapsgrunnlaget for oppgaven med sentrale føringer, teori og tidligere forskning på temaet. I kapittel tre presenterer vi metoden vi har brukt for å samle data og analysere data. I kapittel fire presenterer vi resultatet av analysen, og i kapittel fem diskuterer vi sentrale funn fra resultatene opp mot kunnskapsgrunnlaget. I kapittel seks har vi konkludert på bakgrunn av diskusjon, svart på problemstillingen og gitt anbefaling til videre forskning.

2 Bakgrunn

Det blir i dette kapittelet gitt et teoretisk grunnlag for videre drøfting av problemstillingen, der temaene palliativ plan, nasjonal organisering, sykepleieperspektivet, pasient- og pårørendeperspektivet, juridisk- og etisk ansvar og tidligere forskning legges frem.

2.1 Advanced care planning- palliativ plan

Internasjonalt blir prosessen og kommunikasjonen rundt en palliativ plan betegnet ACP (Helse Møre og Romsdal, 2020). Når en pasient ikke lenger har nytte av kurativ behandling går man over til palliativ behandling som omhandler symptomlindring og best mulig livskvalitet til pasienten (Almås et al., 2013, s. 425). «ACP blir definert på flere måter, men generelt innebærer den at det blir etablert en frivillig og kontinuerlig diskusjon mellom pasient, eventuelt pårørende, og ansvarlig helsepersonell over tid» (Helse møre og Romsdal, 2020). Målet med ACP er at prosessen skal munne ut i en plan basert på en forhåndsamtale. En slik samtale skal gi pasienten muligheten til å ha innflytelse på den behandling han eller hun får mot slutten av livet. Det gjelder også dersom pasienten mister evnen til selv å delta i diskusjonen om hvilken behandling det er riktig å gi (Friis & Førde, 2015). Planen bygger på at pasienten tar aktivt del i beslutningsprosessen, der en spør etter pasientens forståelse av egen prognose, i tillegg til ønsker, verdier og behandlingsmål (Helse møre og Romsdal, 2020). I følge pasient- og brukerrettighetsloven §2-5 (1999) har alle med langvarig behov for helsetjenester rett på en individuell plan. Dette er en skriftlig og detaljert samarbeidsplan som handler om hvordan tjenesten skal ytes, og den skal beskrive ansvars- og oppgavefordelingen så konkret som mulig (Fjørtoft, 2016, s. 209). Når pasienter med uhelbredelig sykdom over lengre tid mottar tjenester fra ulike instanser, vil en palliativ plan kunne gi bedre planlegging, samhandling, koordinering og tilrettelegging av tiltak. Målet med planen kan være mest mulig hjemmetid, tilrettelegging for hyttetur eller andre ønsker. En forutsetning for en godt utarbeidet plan er at pasienten selv deltar aktivt i utformingen av planen, eventuelt sammen med pårørende om det er nødvendig (Kirkevold et al., 2016, s. 110). Dette er noe som blant annet har blitt tydelig gjennom en studie gjort i Japan som beskriver hva som forbindes med en god død. Fysisk og psykisk velbehag, død på det stedet en ønsker, gode relasjoner til helsepersonell, opprettholdelse av håp og glede, et godt forhold til familien og ikke å være en byrde for andre er viktige kriterier for en god død (Miyashita, referert i Almås et al., 2013 s. 425).

2.2 Nasjonal organisering

I Norge er det store geografiske og volummessige forskjeller mellom by og distrikt, noe som skaper ulike tjenester basert på hvor du bor. Regjeringen startet i 2017 arbeidet med NOU 2017:16 *På liv og død- palliasjon til alvorlig syke og døende*. Utredningen bygger på like tjenester i hele landet der palliativ tjeneste av god kvalitet er i fokus. Det er en målsetting å få sammenhengende pasientforløp og tidlig integrasjon av palliative tjenester med øvrige helse- og omsorgstjenester (NOU 2017:16, 2017, s. 15). Mange pasienter trenger palliativ behandling, og andelen vil øke i takt med en aldrende

befolkning. I 2018 var det 164 000 flere nordmenn i aldersgruppen 60-79 år enn i 2008 (Wettergreen et al., 2019). Samtidig ligger antallet sykehjemsplasser og omsorgsboliger stabilt. «Flere bor hjemme og målet med eldreomsorgen er endret fra trygghet i institusjon til trygghet i eget hjem» (Fjørtoft, 2016, s. 19). Det vil derfor være viktig å tilrettelegge for god omsorg, trygghet og behandling av pasienter i livets siste fase uavhengig av bosted. Det blir anbefalt at det skal settes i verk tiltak som skal bidra til at pasienten kan være hjemme lengst mulig og om ønskelig dø hjemme. Integrasjon av palliasjon bør skje tidlig i forløpet og palliasjon bør tilbys til alle som har behov, uavhengig av diagnose (NOU 2017:16, 2017, s. 15).

2.3 Palliativ plan i Møre og Romsdal

I Møre og Romsdal er det opprettet en standardisert palliativ plan hvor målet er å sette pasienten og pårørendes ønsker i fokus, med kommunehelsetjenesten som tilrettelegger. Den felles palliative planen skal skape trygghet for pasient og sykepleier, og bidra til samhandling mellom avdelinger og behandlingsinstanser. Samtidig skal den sikre forutsigbarhet for pasient og pårørende (Helse Møre og Romsdal, 2020). Målet med planen er å være i forkant av ulike utfordringer, bidra til økt levetid og få frem det som er viktig for pasienten. Tradisjonelt sett har planen vært forbeholdt pasienter med kreft, men en kan se potensiale for å utarbeide planen også til andre diagnoser som ikke er kurative. Fra 2015 til 2019 viser ikke-publiserte undersøkelser økende bruk av palliativ plan i Møre og Romsdal, den viser og at helsepersonell ser på planen som et viktig verktøy for å yte god palliativ omsorg (Alme et al., 2019).

For sykepleier og ressurspsykepleier i kommunehelsetjenesten er det viktig at de tar initiativ til å utarbeide planen i tett dialog med pasient og pårørende. Fastlege/tilsynslege spiller en viktig rolle i utarbeidelsen. Legen vurderer og godkjenner planen, og fungerer som redaktør. Undersøkelsen Alme et al., (2019) gjennomførte, viser at i 62,5 % av tilfellene følger den palliative planen pasienten ved innleggelse eller kontakt med lege. Det er fortsatt et forbedringspotensial i arbeidet med implementering og potensialet for bedre samhandling mellom helseforetakene er til stede. Undersøkelsene foretatt i 2015 og 2019 har ikke sett på hva som påvirket bruken av planen og hvordan en kan øke bruken av den. I denne oppgaven blir det derfor ikke vurdert hvor god måloppnåelsen er, men undersøke hva som kan påvirke om palliativ plan blir tatt i bruk eller ikke.

2.4 Sykepleieperspektivet

Sykepleie i møte med døden kan for mange være utfordrende. Kunnskap og erfaring er viktige grunnpilarer for arbeidet med døden. Hendersons definisjon av sykepleie er som følger:

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe personen, syk eller frisk, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han ville gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at personen gjenvinner uavhengighet så fort som mulig. (Henderson, referert av Kirkevold, 2001, s. 101)

Kristoffersen et al., (2016a, s. 419). skriver at det er god sykepleie å la pasienten få velge selv hvordan de vil møte døden. Døden kommer alle til å møte før eller siden, og de som er diagnostisert med uhelbredelig sykdom kan ha behov for hjelp til å mestre

krisen. I situasjoner hvor sykdommen har dødelig utgang og ikke kan behandles, vil det fortsatt være muligheter til å gjøre veien best mulig. «Av sykepleieren kreves kunnskap, ferdigheter og gode holdninger for å gi god pleie og omsorg til en døende pasient» (Nygaard & Bondevik, 2012, s. 414). Det er flere utfordringer knyttet til sykepleiers kommunikasjon med den palliative pasientgruppen. Alder og antall år med erfaring var viktige indikatorer som bidro til bedre samhandling og organisering mellom familier, pasient og helsepersonell (Black & Emmet, 2006).

2.5 Pasient og pårørendeperspektiv

Når pasienten går over i en palliativ fase er fokuset rettet bort fra kurativ behandling og rettet mot ivaretagelse av pasient og pårørende som det viktigste (Almås et al., 2013, s. 425). I en stor omveltning som en uhelbredelig sykdom kan gi, må det være et mål at pasient og pårørende blir tatt godt vare på. For å sikre at pasientens stemme blir hørt er dette nedfelt i lovteksten. «Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføringen av helse- og omsorgstjenester» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). En palliativ plan kan bidra til bedre brukervedvirkning, og dette vil være viktig for at kognitivt svekkete pasienter kan ta selvstendige valg før forverring av diagnose. Det viser seg at 70-80 % av sykehjemsbeboere i Storbritannia og Norge har diagnosen kognitiv svikt eller demens (Bollig et al., 2015). Bakgrunnen for at eldre mennesker trenger sykehjems plass eller har behov for hjemmesykepleie, er ofte multimorbiditet og svekkelser der de ikke i tilstrekkelig grad klarer å gjennomføre aktiviteter i dagliglivet. Videre viser artikkelen at når en skal gjennomføre ACP hos eldre pasienter krever det at pasienten er til stede og kan vurdere egen situasjon, prognose og ønske om videre behandling. I artikkelen fra Bollig et al., (2015) svarer blant annet pasientene; «Jeg tar en dag av gangen» og «Jeg har ikke tenkt så mye på døden, jeg mener, i dag lever jo jeg». Noen beskriver også at de skulle ønske planen var tatt opp på et tidligere tidspunkt da de føler seg for svekket til å ta stilling til disse spørsmålene på et sent stadium. En pasient svarer «Nei, vi har ikke snakket så mye om det (ACP) på grunn av at sykepleierne er så opptatt».

Dreyer et al., (2009) beskriver hvordan pårørende blir påvirket av avgjørelser knyttet til livets siste fase, og det er få pårørende som har kjennskap til konseptet pasientautonomi. Pårørende har ikke forståelse for hvordan behandlingsopplegget blir tilrettelagt og hvilken rolle pårørende spiller, og når pårørende inkluderes i diskusjoner angående behandling ser de på seg selv som den ansvarlige for den behandlingen som blir gitt, noe som er en byrde for dem i ettertid (Dreyer et al., 2009).

I et pasient- og pårørendeperspektiv vil stikkord som trygghet, tillit, respekt, nærhet, kompetanse, kunnskap og forståelse stå sentralt for den videre behandlingen og oppfølgingen fra helsepersonell. Relasjoner til pårørende ble i palliativ fase beskrevet som sterk av pasienter, og i palliativ fase er det momenter som kan tyde på at pasient- og pårørendenærhet er viktig (Almås et al., 2013, s. 425). Familie og pasients motvilje er de største barrierene for utarbeiding av en palliativ plan ifølge sykepleiere og mange mennesker er ikke komfortable med å snakke åpent om død og sykdom (Badzek et al., 2006).

2.6 Juridisk ansvar og etisk refleksjon

Det må være et mål at alle som har behov for det, skal få god palliativ behandling. Pasientens lovfestede rett til helsehjelp er slått fast i pasient- og brukerrettighetsloven. Lovens formål er å sikre befolkningen et likt helsetilbud med gode tjenester. Utarbeidelse

av palliativ plan er et frivillig tilbud hvor pasienten kan si nei, både til samtaler og bruk av palliativ plan, for deretter å takke ja på et senere tidspunkt. I kommunehelsetjenesten har pasienten, ifølge lovteksten, rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester og et verdig tjenestetilbud i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 (pasient- og brukerrettighetsloven §2-1a (1999). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester definerer hva tjenesten skal innebære. I § 4-1a står det at «Den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstilbud» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Samhandlingsreformen la til grunn behandlingsmål for en helhetlig helsetjeneste og krav til gode pasientforløp. Det blir lagt særlig vekt på viktigheten for pasienter med langvarige og sammensatte behov.

Det må være et mål at pasienter og brukere møter en helhetlig helsetjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige behandlingsskjeder og pasientforløp som ivaretar god behandlingsskvalitet, uansett hvem som har ansvaret for de enkelte deltjenestene. Særlig viktig er dette for pasienter med langvarige og sammensatte behov, som for eksempel eldre personer med flere sykdommer, syke barn og unge, pasienter med kroniske lidelser, pasienter med psykisk lidelser, rusmiddelavhengige og terminale pasienter. (Meld. st. 47 (2008-2009), s. 48)

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere forplikter dem til å fremme pasienters muligheter til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått, jf. punkt 2.5 (Norsk sykepleierforbund, 2021). Sykepleier skal også understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten, jf. Punkt 2.2 (Norsk sykepleierforbund, 2021). Regjeringen har løftet frem behovet for etisk refleksjon i Meld. St. 24 (2019-2020), s. 27). Regjeringen skriver at etisk bevissthet og evne til å håndtere etiske dilemmaer er faglige ferdigheter som må trenes og utvikles. Ansatte i helse- og omsorgstjenesten vil ofte stå i valgsituasjoner og dilemmaer der verdier kommer i konflikt med hverandre, og der det finnes innvendinger mot alle handlingsalternativer (Meld. St. 24 (2019-2020), s. 64). Her er god sykepleiepraksis svært viktig, da en i palliativ sammenheng står overfor ulike dilemmaer hver dag.

2.7 Tidligere forskning

Det ble gjort søk i CINAHL, PubMed og Google Scholar for å gjøre oss kjent med hvilken forskning som er gjort på området «palliativ plan». For å komme frem til artikler som kan belyse oppgaven benyttet vi ulike kombinasjoner av søkeordene «Advanced care planning», «palliative care», «barriers», «relatives» og «nursing». Med tanke på problemstillingen var det få forskningsartikler som direkte kunne relateres til bruk av palliativ plan i Norge, men det var flere studier som ser på hvilke erfaringer sykepleiere har gjort med ACP. I tillegg er det også forsket på pasienters og pårørendes tanker om bruk av ACP.

En forskningsartikkel presenterer et systematisk overblikk på en rekke artikler som omhandler ACP og konkluderer med at det er mye som tyder på at ACP har en positiv innflytelse på livets slutfase (Brinkman-Stoppelenburg et al., 2014). To studier tar for seg ulike aspekter innenfor hvilke barrierer som hindrer et godt arbeid i livets slutfase. Lee et al., (2018) gjennomførte en studie blant helsearbeidere som viser at tidsnød og for lite kompetanse på området fører til dårligere implementering av ACP. De identifiserer også helsepersonells ønske og vilje til å snakke om ACP, men lav selvsikkerhet og lite kunnskaper vanskeliggjør samtaler. En studie av Fulmer et al., (2018) peker på at 99 %

av helsearbeidere mener samtaler rundt ACP er viktig, men samtidig føler bare 29 % seg klar for å gjennomføre samtaler.

3 Metode

Dette kapittelet omhandler begrunnelse for metodevalg og hvordan dette benyttes i arbeidet med studien. For å finne svar på problemstillingen vi har valgt, har vi samlet inn empiri fra praksisfeltet. Når vi stiller spørsmål om hvordan noe er i virkeligheten, er det et empirisk spørsmål. Empiri betyr kunnskap som er bygd på erfaring (Dalland, 2013, s. 112). Med ordet metode tenker vi oftest på en bestemt metode som for eksempel intervju, observasjon eller spørreskjema (Dalland, 2013, s. 114). I oppgaven har vi brukt kvantitativ metode der vi innhenter empiri med bruk av spørreskjema (vedlegg 2). Empirien vi samler inn med spørreskjemaet gir oss et empirisk datamateriale. Fordelen med å bruke kvantitativ metode vil være at spørreundersøkelsen gir målbare data (Dalland, 2013, s. 112). Med målbare data får vi muligheten til å sette ulike spørsmål opp mot hverandre for å se på sammenhengen mellom det det spørres om.

Det siste spørsmålet i spørreundersøkelsen var åpent for å gi respondentene mulighet til å legge til relevante innspill om bruken av palliativ plan. Virkeligheten er svært kompleks og består av uendelig mange muligheter, samhandlinger og fortolkninger, det er ikke mulig å få et fullstendig bilde av alt som foregår (Christoffersen et al., 2015, s. 21). Ved å stille et åpent spørsmål i spørreskjemaet fikk vi og noen kvalitative data. Kvalitativ metode tar utgangspunkt i å fange opp meninger og opplevelser som ikke er målbare (Dalland, 2013, s. 112). Kvalitative og kvantitative data vil på hver sin måte bidra til å skape bedre forståelse av situasjonen. Tall og data fra spørreundersøkelsen gav et overblikk på «hvor mange» og «hvem får», mens et åpent spørsmål gir muligheter til å gå litt mer i dybden, for der kunne respondentene gi uttrykk for egne opplevelser omkring bruken av palliativ plan. For å avgrense denne studien ble det valgt inklusjon- og eksklusjonskriterier. Det ble søkt etter sykepleiere med autorisasjon, som var ansatt i mer enn 50 % stilling og arbeidet i perioden august 2020- juni 2021 i kommunehelsetjenesten. Det var og et krav om direkte pasientkontakt.

3.1 Utforming av spørreskjema

Vi brukte et elektronisk spørreskjema for å samle inn data, spørreskjemaet ble utformet for å kunne belyse problemstillingen best mulig. Spørreskjemaet var bygd opp av 16 spørsmål med ulik grad av svarmuligheter. I flere av spørsmålene var det bare mulig å krysse av ett punkt, for eksempel; «ja» eller «nei». I andre spørsmål var det flere avkrysningsmuligheter for å avdekke om det er flere faktorer som spiller inn. For eksempel «Hvilke faktorer kan spille inn for at pasienter ikke får en palliativ plan». Den første delen av spørreskjemaet gav oss informasjon om bakgrunnen til sykepleieren (arbeidssted, år i jobb etc.). De neste spørsmålene omhandlet hvordan palliativ plan ble brukt hos sykepleieren, der de to siste spørsmålene var graderte for å kunne belyse i hvor stor grad sykepleierne var enig/uenig i ulike påstander. I tillegg var det også muligheter til å kunne skrive fritekst på slutten av undersøkelsen. Spørreundersøkelsen gav dermed en blanding av kvantitativ og kvalitativ data, med stor overvekt på kvantitativ innhenting av data. Ved bruk av kvantitativ metode er utgangspunktet for analysen basert på tall, og resultatene kan si noe om utbredelsen. På den andre siden vil kvalitative metoder i større grad gi rom for å beskrive det som ikke kan tallfestes (Christoffersen et al., 2015, s. 18).

3.2 Styrker og svakheter

Styrken ved studien var at vi fikk inn forholdsvis mange svar. Det var også god spredning i bakgrunnen til sykepleierne, noe som bidro til at vi fikk hentet ut mye ulike data fra spørreskjemaet om faktorer som påvirker bruk av planen. En annen styrke ved spørreundersøkelsen er at det er variasjon i alder, år med autorisasjon og opplæring i bruken av palliativ plan. Dette gjør at vi får hentet ut ulike data fra spørreskjemaet om faktorer som påvirker bruken av planen. Bruken av kvalitativ og kvantitativ empiri kan styrke vår spørreundersøkelse og vi får større dybde i svarene. Det kan også styrke oppgaven at vi har med sykepleiere, både med og uten videreutdanning.

Svakheterne i studien ville kunne være at spørsmål og svaralternativer er dårlig formulert. Respondentene må i spørreundersøkelsen svare på spørsmål som studentene har utformet, og siden dette er prefabrikkerte svar, kan respondentene bli styrt til å svare det studentene ønsker de skal svare.

3.3 Validitet

Validitet er gyldigheten av resultatene, og formidler hvor stor sannsynlighet det er for at funnene kan representere hele populasjonen. For at resultatene skal ha høy validitet er det viktig at de ikke er påvirket av andre årsaker enn de som er tatt høyde for i oppgaven, eller at det er få respondenter som gjør at tilfeldighet spiller en rolle. I oppgaven er det et bredt utvalg respondenter med ulike bakgrunner. Dette vil kunne øke validiteten, mens svarprosenten av populasjonen vil kunne gjøre at validiteten til resultatene lavere. Christoffersen et al., (2015, s. 25) skriver om bruken av «face validity» eller sunn fornuft. Sunn fornuft er ikke videre beskrevet, men i oppgaven tar vi høyde for at utvalget er for lite til å generalisere hele populasjonen. Det kan likevel være en indikator på hvordan det står til i Møre og Romsdal.

3.4 Reliabilitet

Påliteligheten av dataene som blir presentert, blir betegnet som reliabilitet. Undersøkelsen av data og nøyaktigheten av denne knytter seg til reliabiliteten; hvordan bearbeides dataene, på hvilke måte blir de samlet inn og hvilke data er det som brukes (Christoffersen et al., 2015, s. 23-24). For å teste reliabiliteten finnes ulike metoder, i oppgaven blir det ikke gjennomført *test-retest reliabilitet*, men for å se om undersøkelsen har høy reliabilitet kan det gjennomføres en lik undersøkelse med de samme respondentene på to ulike tidspunkt. Om resultatene er like, tyder dette på at forskningen har høy reliabilitet (Christoffersen et al., 2015, s. 23-24). Det blir ikke gjennomført retesting av datamaterialet i denne undersøkelsen på grunn av oppgavens begrensninger på tid og omfang.

3.5 Analyse

3.5.1 Klargjøring av variabler

Svar fra de kvantitative spørsmålene ble importert fra et Excel-dokument og inn i SPSS versjon 27 for å gjøre analysene. Før analysen ble dataene sjekket for tastefeil oppimot svarene i spørreundersøkelsen. I SPSS ble noen av variablene omgjort til dikotome svar. Det vil si at verdiene vil enten være «ja» eller «nei». Blant annet "Bruker din avdeling andre planer enn palliativ plan" som gav respondentene muligheter til å velge flere svar.

For å gjøre analysedelen mer oversiktlig ble de som svarte «LCP», «IP» og «andre planer» gjort om til «Ja». Noen spørsmål var gradert fra «helt uenig», «noe uenig», «verken eller», «noe enig», «helt enig» og «vet ikke». Disse har vi slått sammen til å være «enig», «uenig» og «vet ikke». «Verken eller» har vi satt som «enig», og «vet ikke» har vi sett bort ifra i analysene da bare 2 respondenter har svart «vet ikke» i variablene som er tatt med i resultatene.

Etter gjennomført spørreundersøkelse ble det gjort en analyse av de ulike variablene. I arbeidet med å analysere dataene startet vi med deskriptiv statistikk og deretter korrelasjonsanalyser, for å unngå «falske korrelasjoner». Det vil si at om vi ikke kan se en sammenheng mellom resultatene i de forskjellige analysene tyder det på at korrelasjonsanalysen i mindre grad er pålitelig. I tillegg har vi sett på om resultatene gir mening sammenlignet med tidligere forskning. Noen korrelasjoner vil være påvirket av en kausal sammenheng. For eksempel kan en positiv korrelasjon mellom hvor mange palliative planer sykepleieren har laget og hvor mange år i arbeid sykepleieren har, skyldes en årsakssammenheng med en tredje egenskap, videreutdanning innen palliasjon. Målet med analysen er å finne sammenhenger og se på mulige forklaringer på de forholdene som kommer frem gjennom datainnsamlingen. En viktig del av drøftingen er å gjøre datainnsamlingen grundig, og tilrettelegge for en systematisk og kritisk refleksjon før det trekkes konklusjoner (Dalland, 2013, s. 144-145).

3.5.2 Univariat analyse

Første del av analyseringen av data tar for seg en enkel telling av resultatene. Dette kalles univariat analyse, og er en statistisk analyse der vi undersøker hvordan enheter fordeler seg på en egenskap eller på verdiene på en variabel. Man får da en frekvensfordeling når en teller opp hvor mange enheter det er på variablenes ulike verdier (Christoffersen et al., 2015, s. 180). Frekvensfordeling vil gjøre det enklere for leseren å se hovedtrekkene. Univariat analyse ble brukt da vi tok for oss en og en variabel og systematisert svarene i frekvenstabeller. Ved å fremstille empirien på denne måten får vi en tallmessig og visuell oversikt over fordelingen på de variablene vi undersøkte.

3.5.3 Bivariat analyse

Det neste steget var å undersøke sammenhenger mellom de ulike variablene for å se på tendenser mellom to ulike variabler. Dette kalles bivariat analyse (Hellevik, 2002, s. 210). Det er mange måter å gjennomføre bivariate analyser på, og Christoffersen et al., (2015, s. 189) presenterer *krystabeller, sammenligning av gjennomsnitt og korrelasjonsanalyse* som de vanligste. Gjennom bivariate analyser fremkommer den bivariate frekvensen. Dette er tallet på hvor mange forekomster av den ønskede sammenhengen som finnes.

«Hvilken verdi enhetene har på den *avhengige* variabelen er avhengig av hvilken verdi de har på den *uavhengige* variabelen» (Christoffersen et al., 2015, s. 197). I og med at de fleste spørsmålene er på nominal- og ordinalnivå kan vi bruke svarene til korrelasjonsanalyser og kryssanalyser. I oppgaven ønsker vi å se på samvariasjon mellom variabler for å kunne se om et forhold påvirker et annet forhold, i tillegg vil kryssanalyser se på sammenhenger mellom et utvalg og deres utførelse.

«Det er ingen fasitsvar på hva som er høy korrelasjon, men som tommelfingerregel er opptil 0,2 svak, 0,3-0,4 er relativt sterk, og over 0,5 er sterk» (Johannessen, 2007). Korrelasjonen mellom to variabler kommer frem av Pearsons R. Denne måler styrken av

den lineære sammenhengen mellom to variabler. 0 vil gi ingen lineær korrelasjon, mens -1 og +1 vil tilsvare "perfekt korrelasjon" (Pripp, 2018).

3.6 Kvalitative data

I forbindelse med spørreundersøkelsen ble det lagt inn et felt for kommentarer på slutten. En slik tilnærming åpner opp for å styrke forståelsen av menneskets erfaringer, opplevelser, tanker og holdninger, og vil kunne bidra til en videre forståelse for bruken av palliativ plan. Samtlige 73 hadde mulighet til å legge igjen en kommentar, og 19 gjorde dette. Vi har ikke gjennomført kvalitativ analyse av disse dataene, men tar med noen svar som kan supplere resultatdelen.

4 Resultat - Presentasjon av funn

Dalland (2013, s. 229) skriver at innhentet datamateriale skal legges frem uten å diskutere årsak, og vi vil her presentere empirien vi har hentet ut fra spørreskjemaet. I dette kapitlet presenterer vi de analyserte dataene så transparent som mulig. Vi vil samtidig presentere utvalgte svar fra de åpne spørsmålene som kan bidra til å underbygge eller forklare ulike resultater. Spørreundersøkelsen ga 73 respondenter totalt. Geografisk er disse fordelt på 18 ulike kommuner i fylket, derav 5 respondenter som ikke ønsket å oppgi hvilken kommune de jobbet i. Av respondentene var det 3 menn og 70 kvinner som har svart. Vi har 100 % oppslutning på samtlige spørsmål, det betyr ingen manglende svar eller «missing data».

4.1 Tid som faktor i utarbeiding av palliativ plan

54,8 % av respondentene svarte at travel hverdag var den enkeltfaktoren som i størst grad påvirket utarbeidelsen av palliativ plan. De resterende av respondentene var fordelt mellom «for dårlig opplæring/mangel på opplæring» 24,7 %, «andres ansvar» 17,8 % og «bruk av andre planer» 2,7 %. Respondentene hadde i dette svaralternativet mulighet til å legge inn kommentarer til dette. 39,7 % la igjen kommentar, og vi tar derfor med et av svarene for å få en utvidet forståelse for tid som faktor.

Det burde brukes mer tid og ressurser for å utarbeide palliative planer for økt brukermedvirkning i egen situasjon, respekt for pasient og forutsigbarhet for både pasient, pårørende og helsearbeidere. (Respondent)

4.2 Mangelfull opplæring

Vi fant høy korrelasjon (0,412**) mellom de som ønsker mer opplæring i bruk av palliativ plan, og om sykepleieren er videreutdannet. Det er 83 % som har fått opplæring i bruk av palliativ plan, og av disse ønsker 76 % mer opplæring i bruk av planen.

Har lagt ned mye jobb i opplæring med tanke på palliativ plan, men det blir likevel ikke brukt nok. (Respondent)

4.3 Opplever du reaksjoner knyttet til ordet palliasjon

Når spørsmålet om palliativ plan kommer opp, kan pasient og pårørende forbinde dette med at livet går mot slutten. Derfor kan det å bruke ordet skape reaksjoner hos pasienter og pårørende. 56,2 % av de spurte respondentene svarer at de opplever reaksjoner knyttet til å tilby planen på bakgrunn av ordet palliativ. 43,8 % av de spurte svarte at de ikke opplevde reaksjoner på det samme spørsmålet. Av respondentene har 30,1 % lagt igjen kommentar i tillegg til svaret.

Flere av respondentene skriver om reaksjoner og kommentarer fra pasient og pårørende. Eksempelvis at:

«Sykepleier tar fra pasienten håpet og at livets siste dager er kommet», «Det oppleves for pasienten som uvant å skulle planlegge sine siste dager på jorda»

og «At man bruker ordet palliativ i planen kan være til stort hinder for mennesker som ikke ønsker dø». (Respondenter)

Figur 1. Antall som har opplevd reaksjoner på ordet palliativ plan.

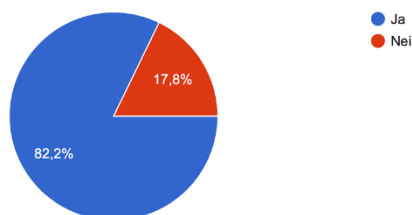


4.4 Bruker mal for palliativ plan som er utarbeida for Møre og Romsdal

Resultatene viser at etter implementeringen av palliativ plan er det fortsatt rundt 17,8 % som ikke bruker den standardiserte malen. 39,7 % av sykepleierne bruker en annen plan eller andre planer i kombinasjon med palliativ plan. Det kan være livets siste dager, individuell plan eller tiltaksplan.

Figur 2. Prosentandel av hvor mange sykepleiere som bruker «mal for palliativ plan».

Bruker du "mal for palliativ plan" utarbeida for Møre og Romsdal
73 svar



4.5 Kan videreutdanning påvirker bruken av palliativ plan

Vi fant høy korrelasjon (0,497**) mellom sykepleiere med videreutdanning og hvor mange palliative planer de har utarbeidet. 55,5 % av sykepleiere uten videreutdanning har ikke utarbeidet palliativ plan siste 6 måneder. Tilsvarende er det 25 % med videreutdanning som ikke har utarbeidet palliativ plan siste 6 måneder. 7 % av sykepleiere med videreutdanning svarer at de ikke bruker mal for palliativ plan. På

samme spørsmålet svarer 24,4 % av sykepleiere uten videreutdanning at de ikke bruker malen.

4.6 Kan antall år som sykepleier påvirke bruk av palliativ plan?

20 % av de med under to års ansiennitet har utarbeidet planer de siste 6 måneder. 77 % av de med 3-5 års ansiennitet har utarbeidet planer siste 6 mnd. 42 % av de med 5-10 års ansiennitet har utarbeidet plan siste 6 mnd. 57,6 % med over 10 års ansiennitet har utarbeidet plan siste 6 mnd.

4.7 Hvem har ansvaret?

Det er lett å overlate dette til andre som er vant til å utarbeide planen. For eksempel kreftkoordinator, da utarbeidelsen tar mye tid. (Respondent)

Dette er representativt for et mindretall av respondentene i undersøkelsen, og 26 % av sykepleiere mener at det ikke er deres ansvar å utarbeide palliative planer. Det innebærer at de har krysset av for at lege, koordinator eller andre er ansvarlig for å opprette en palliativ plan. Noe over halvparten av respondentene skrev at det var alle sitt ansvar å utarbeide planen.

5 Diskusjon

I denne delen av oppgaven vil vi ta for oss resultatene som kom frem under studien og drøfte disse opp mot annen teori og forskning som er presentert tidligere under bakgrunn. Vi vil starte dette kapitlet med en kort metodediskusjon. For å svare på problemstillingen «Hvilke faktorer kan påvirke sykepleiers bruk av palliativ plan til pasienter i kommunehelsetjenesten?» valgte vi å bruke spørreundersøkelse og kvantitativ metode. En kvantitativ metode krever en større mengde arbeid i begynnelsen av prosessen. For å utarbeide en spørreundersøkelse som gir svar på problemstillingen var det nødvendig å sette seg grundig inn i teoribakgrunnen for å stille tydelige spørsmål som gir et godt resultat for videre bearbeiding. Metoden åpner for at et stort antall sykepleiere kunne delta i studien. En deskriptiv studie setter noen begrensninger, og vi vil dermed ikke kunne få svar på mer enn det som ble spurt om i undersøkelsen. Målet med oppgaven var å se på ulike faktorer i en populasjon, vurderingen ble da at kvantitativ metode vil være godt egnet. Vår studie har et forholdsvis stort utvalg, men det vil være usikkert om svarene kan svare for gjennomsnittet i populasjonen. Noen spørsmål ga mulighet for å legge igjen en kommentar, og vil kunne bidra til en bredere forståelse av sykepleierens perspektiv.

Da spørreskjemaet ble laget var begge studentene til stede. Dette førte til at spørreskjemaet ble validert av begge i gruppen. Overføringen av data fra spørreskjema til Excel og videre til SPSS ble gjort av begge studentene. Dette vil øke kjennskapen til materialet og dermed kunne gjøre analyseringen mer presis. Underveis i prosessen med analysen har vi funnet frem ulike fagartikler, forskningsetikker, nasjonale veiledere og internasjonale rapporter som hadde likheter med vår undersøkelse.

5.1 Tid som enkeltfaktor i utarbeidingen av palliativ plan

Travel hverdag trer frem som den enkeltårsaken som i størst grad påvirker om pasienten får utarbeidet en palliativ plan i vår undersøkelse, og over halvparten har svart at travel hverdag kan medføre at pasienter ikke får tilbud om palliativ plan. Pasienter som nærmer seg livets slutfase der sykdommen ikke er kurativ har et økt behov for oppfølging. I en helsetjeneste hvor antall eldre med kompliserte og sammensatte problemstillinger øker, vil tid i kommunehelsetjenesten kunne bli en mangelvare. Undersøkelsen som ble gjort viser en relativt sterk korrelasjon mellom de som mener en travel hverdag hindrer utarbeidelse av planer, og hvor mange planer som blir utarbeidet. Dette har likheter med et funn i en studie hvor tiden er en begrenset ressurs, og det blir en kamp mellom ulike prioriteringer (Lee et al., 2018).

Slik primærhelsetjenesten er bygd opp vil tid være en utfordring og sykepleiere må til enhver tid prioritere hvilke oppgaver og når oppgaver skal gjennomføres. Det kan oppleves som et gap mellom den sykepleien som utføres og den sykepleien som sykepleier ønsker å utføre. Større krav til effektivisering og produktivitet vil medføre at sykepleieren dras mellom kravet om å gi god omsorg og kravet om en effektiv helsetjeneste. Martinsen (2000, s. 18) skriver om å se pasientene med «hjertets øye». Dette innebærer at pasientene skal ha et godt og helhetlig helsetilbud, men på grunn av kravet om å drive effektivt blir de heller behandlet ut ifra en økonoms perspektiv. Dette

perspektivet kan føre til at pasienten ikke får de tjenestene de har krav på gjennom pasient- og brukerrettighetsloven §2-5 (1999).

Det burde brukes mer tid og ressurser for å utarbeide palliative planer for økt brukermedvirkning i egen situasjon, respekt for pasient og forutsigbarhet for både pasient, pårørende og helsearbeidere (Respondent).

Pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 (1999) skal sikre den enkelte pasients rett til medvirkning ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Brukermedvirkning er ikke et valg sykepleieren har, men det er pasient og pårørendes lovfestede rett. En tidligere undersøkelse viser at sykepleiere er satt til flere oppgaver som kunne vært løst av andre for å frigi tid. Daglig opplever over 60 % at de gjør ikke-sykepleier relatert arbeid som kan gjøres av andre uten sykepleierbakgrunn (Bergsagel, 2019). Det blir flere ikke-pasientnære oppgaver (Sykepleien, 2014) og stadig større del av tiden går med på dokumentasjon og administrering. Dette kan blant annet føre til at det blir mindre tid til å gjennomføre samtaler, dokumentasjon og skriving av palliativ plan.

Krevende prosess. Krevs en del bruk av ressurser, som for eksempel tid. Skal lages, diskuteres og endres ved behov, evalueres (Respondent).

Som sykepleieren skriver er det ikke bare utarbeidelse av selve planen som krever tid. Det må bli satt av tid til forhåndssamtaler, etisk refleksjon og endring av den palliative planen. Ifølge sykepleiere er familie og pasientens motvilje de største barrierene for utarbeiding av palliativ plan (Badzek et al., 2006). Det er derfor viktig å sette av nok tid til å skape tillit for å fremme pasientautonomi, trygghet og respekt overfor pasient og pårørende. I forskningen til Dreyer et al., (2009) vises det til at når pårørende inkluderes i diskusjoner angående behandlingen ser de på seg selv som den ansvarlige for den behandlingen som blir gitt, noe som er en byrde for dem i ettertid. Det er også her viktig å sette av tid til samtale med pårørende for å senke denne barrieren og ansvarsfølelsen.

Tid er en viktig faktor for mange pasienter. Hvordan skal pasienten disponere gjenværende tid og «hva er viktig for deg?». I undersøkelsen til Bollig et al., (2015) svarte blant annet pasientene at de syntes det var for sent å snakke om døden når den var nært forestående, andre mente utarbeidelse av palliativ plan burde tilbys allerede på diagnosetidspunktet. Funnene som ble gjort kan sammenlignes med noe av det respondentene i vår undersøkelsen skrev;

Kommer for sent i gang. Det er ikke utarbeidet før pasienten kommer inn på sykehjem og har kommet for langt i forløpet (Respondent).

Å komme for sent i gang vil trolig kunne påvirke hvor mange planer som utarbeides. NOU 2017:16 (2017, s.15) skriver at integrasjon av palliasjon bør skje tidlig i forløpet. En viktig faktor for å få flere utarbeidede planer kan være tidligere integrasjon av palliative tjenester i kommunene. For å sikre at alle pasienter får et godt og likt tilbud vil det kunne være nødvendige å danne retningslinjer for når og hvordan en palliativ plan skal tilbys. Ved å alltid tilby en palliativ plan til alle pasienter med en uhelbredelig sykdom ved diagnosetidspunkt, vil en sikre at alle pasienter får et tilbud.

En sykepleier skriver; «Det er trist å ikke få tid nok til å prioritere palliativ plan». Dette kan en tolke som at sykepleieren ønsker tid og ressurser til utarbeidelse av palliativ plan, men føler at tiden ikke strekker til. Ifølge Orvik (2015, s. 90-91) forutsetter kvalitet tilstrekkelig tid, men betydningen av tid avhenger av øynene som ser. En slik plan er

tidkrevende, og undersøkelsen viser at sykepleierne er for presset på tid til å kunne utarbeide planen på en god måte.

5.2 Utdanning og opplæring som faktor

Sykepleier skal arbeide etter teoretisk- og erfaringsbasert kunnskap som kan sammenfattes til kunnskapsbasert praksis (Kristoffersen et al., 2016b, s. 17). Det tar tid å opparbeide seg kunnskap og kompetanse. Fagfeltet palliasjon og lindrende behandling er stort, og det er derfor utarbeidet en egen videreutdanning/spesialisering. For sykepleiere med manglende erfaring innenfor dette fagfeltet vil det uten en egeninteresse for palliasjon kunne bli utfordrende å arbeide erfaringsbasert. Vi skal i denne delen se på om manglende opplæring og utdanning kan få konsekvenser for utarbeidelsen av palliative planer. Sykepleierne som deltok i studien hadde variasjon i både utdanning, opplæring og erfaring og vil derfor ha ulik tilnærming til palliasjon som fagområde.

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser en stor sammenheng (0,497**) mellom utdanningen sykepleieren har og hvor mange planer sykepleieren utarbeider. Resultatene viser at sykepleiere med videreutdanning utarbeider flere palliative planer enn sykepleiere uten videreutdanning innenfor palliasjon. Resultatet er som forventet da videreutdanning kan føre til økt kunnskap og forståelse, samtidig som det kan følge med en interesse ut over det andre sykepleiere har innenfor fagfeltet. I utdanningsløpet er palliativ plan et sentralt prinsipp, og det er forventet at denne gruppen i større grad utarbeider palliative planer enn andre sykepleiere. Sykepleiere med grunnutdanning kan ha mindre grad av innsikt i palliasjon og palliative forløp. Kaasa (2007, s. 46) mener at det bør settes søkelys på å øke kunnskapen innen palliasjon, på lik linje med kunnskap på andre medisinske fagfelt. Antallet pasienter med kroniske sykdommer vil øke i årene fremover. For å kunne møte fremtiden må vi kunne endre praksis og utdanning i tråd med de utfordringene som kommer. Meld. St. 24 (2019-2020), s. 64) skriver at ansatte og økt kompetansenivå er den viktigste innsatsfaktoren for å forbedre tilbudet om lindrende behandling og omsorg. En tilrettelegging for videreutdanning for ansatte i kommunehelsetjenesten vil derfor kunne være med å bidra til et forbedret tilbud, og økt bruk av palliativ plan.

Funn fra undersøkelsen til Black & Emmet (2006) viser at det er erfaringen sykepleierne har som gjør at de føler seg komfortable med å tilby palliativ plan, samtidig som erfaringen gjør dem bedre rustet til samtaler med pasient og pårørende. Undersøkelsen vår viser at nesten 60 % av de spurte med mer enn 10 års ansiennitet har utarbeidet palliativ plan de siste 6 månedene. Det viser at erfarne sykepleiere i større grad tilbyr palliative planer. Det kan tenkes at god opplæring alene ikke fører til god palliativ omsorg, men i kombinasjon med erfaring blir det utarbeidet flere planer. Black & Emmet (2006) skriver i sin undersøkelse om viktigheten av å ha erfarne sykepleiere som veileder de yngre sykepleierne for å kunne utvikle kommunikasjonsevnene. En mentorordning vil kunne fungere som en viktig støtte til nyutdannede sykepleiere. Regjeringen skriver i Meld. St. 24 (2019-2020), s. 64) at etisk bevissthet og evnen til å håndtere etiske dilemmaer er faglige ferdigheter som må trenes og utvikles. 73,2 % av alle sykepleiere mener de har for lite tid til kompetanseutvikling (Bergsagel, 2019). Kommunehelsetjenesten bør tilrettelegge for mer tid til kompetanseutvikling innenfor palliasjon med fokus på etiske dilemmaer. Dette har også Helse og omsorgsdepartementet (Meld. St. 24 (2019-2020), s. 62) belyst, og de ønsker å rette fokuset på sykepleierens kompetanse innen palliasjon.

I undersøkelsen ses en tydelig korrelasjon (0,400**) mellom de som ikke har videreutdanning og som ønsker mer opplæring i bruk av palliativ plan. Det kom i tillegg frem at tre fjerdedeler av alle respondentene ønsket mer opplæring, så det vil være et generelt behov for å øke opplæringen blant sykepleiere. I undersøkelsene som Alme et al., (2019) gjennomførte i 2015 og 2019, ble det sett på effekten implementeringen hadde hatt. I 2015 var det opp mot 30 % som benyttet palliativ plan i kommunene og opplæringen var i gang. Fire år senere var dette økt til nærmere 100 %. Denne undersøkelsen ble imidlertid foretatt blant ressurspsykepleiere i kommunene og vil dermed kunne gi et skjevt blikk i forhold til hvordan statusen er blant sykepleiere i kommunehelsetjenesten. Undersøkelsen Alme et al., (2019) har gjort viser ikke om det er andre planer i bruk for den palliative pasientgruppen. I vår undersøkelse ser en at nesten 40 % av sykepleiere også bruker andre planer til den palliative pasientgruppen. Dette kan tyde på at det blir gjennomført opplæring i bruk av andre planer enn palliativ plan i kommunene, noe som kan påvirke bruken av palliativ plan.

5.3 Kommunikasjon og samarbeid som faktor

Over halvparten av informantene svarer at de opplever reaksjoner knyttet til det å tilby planer til pasienter på grunn av ordet palliativ og palliasjon. Mange pasienter og pårørende assosierer palliasjon med livets slutfase. Formålet med en palliativ plan er ikke en kurativ behandling, men som et planverktøy for hvordan pasient og pårørende skal få best mulig behandling av en ikke-kurativ diagnose. En av utfordringene sykepleiere vil møte er å forklare pasienten at den palliative planen ikke er en «dødsattest», men snarere et verktøy for helsepersonell, pasient og pårørende for å sikre optimal behandling. I en studie gjennomført av Almack et al., (2012) viser at en pasients første tanke da en sykepleier begynte å snakke om palliativ plan, var at døden nærmer seg. Tanken bak en palliativ plan er at den skal være et hjelpemiddel tidlig i et ikke-kurativt forløp, samtidig som den kan strekke seg over flere år. Sykepleierne kan dermed ende opp i et dilemma der de ønsker å tilby palliativ plan, men samtidig ser utfordringene ved at pasienten forbinder palliasjon med døden.

I forbindelse med å tilby en palliativ plan, vil forhåndssamtalen danne grunnlaget for hvordan pasienten tar imot planen. UIO har laget en mal for hvordan forhåndssamtaler kan organiseres. Ved å følge en felles mal og utarbeide en samlet forståelse for hvordan sykepleierne går frem, vil det danne et bedre grunnlag for refleksjon rundt begrepene palliasjon og palliativ plan. Nortvedt skriver at å utvikle gode kommunikasjonsferdigheter er viktig for å heve kvalitet og styrke pasientsikkerheten (Kristoffersen et al., 2016a, s. 34). Når en avdeling jobber mot samme mål vil det skape grunnlag for etiske refleksjoner om hvordan en kan nå dette målet. I dette tilfellet vil en kunne diskutere hvordan sykepleiere kan legge frem en palliativ plan uten at pasienten føler at håpet om å bli frisk forsvinner. Som de yrkesetiske retningslinjene 2.2 (Norsk sykepleierforbund, 2019) skriver, skal sykepleieren understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienter. Det blir dermed viktig å legge frem planen på en måte som ivaretar pasientens integritet og ønsker. På liv og død (NOU 2017:16, 2017, s. 30) trekker også frem at det stilles krav til kommunikasjonsferdigheter for å ta opp palliasjon som tema.

En respondent skriver «Det krever mot for å ta opp eksistensielle spørsmål rundt alvorlig sykdom og død». Kommunikasjonsferdighetene til helsepersonell vil dermed kunne stå i veien for at en plan blir utarbeidet. Som skrevet i tidligere kapittel vil opplæring og utdanning kunne bidra til økte kommunikasjonsferdigheter, noe som igjen bidrar til kvalitet i arbeidet med palliativ plan.

Noen av respondentene mener at det er andres ansvar enn de selv å utarbeide den palliative planen. Dette kan tyde på at det mangler tydelige retningslinjer på hvem som skal starte arbeidet med palliative planer. I spørreundersøkelsen var det et stort sprik mellom hva de ulike sykepleiere mente. Det kom frem at sykepleierne mente at det var ulike kombinasjoner av lege, koordinatore og sykepleiere som skulle utarbeide planen. Ifølge Eide & Eide (2017, s. 39) er svikt i kommunikasjon den hyppigste årsaken til uheldige valg, uønskede hendelser og feilbehandling. Når det kommer frem at sykepleierne ikke er samstemt i hvem som skal utarbeide planen, er det i seg selv et hinder for utarbeiding av palliativ plan. I stortingsmeldingen «Fremtidens primærhelsetjeneste» blir det understreket at det er behov for å tydeliggjøre ansvarsforhold i tiltakskjeden til palliasjon, både med tanke på kommunikasjon med pasient/pårørende, men også i kontakt med spesialisthelsetjenesten (Meld. St.26, (2014 – 2015), s. 54). Å sette søkelys på ansvarsområder ved å utarbeide klare retningslinjer for hvem som har ansvaret, kan bidra til at flere tar ansvar for å utarbeide en palliativ plan. Det kan også være viktig å ha fokus på hvordan man tilbyr pasienter en palliativ plan, for å redusere opplevelsen av at det handler om døden. Som en del av innføringen og opplæringen burde det tydeliggjøres hvem som skal opprette og oppdatere planen ved forandringer.

6 Konklusjon

Undersøkelsen viser en rekke faktorer som spiller inn på om pasienter får tilbud om en palliativ plan. Tidligere internasjonal forskning på området viser at palliativ plan blir mye brukt, men vår undersøkelse viser at det likevel er flere innsatsområder som kan settes søkelys på for å øke bruken i Møre og Romsdal. Undersøkelsen viser at videreutdanning fører til økt bruk av palliativ plan. Videre ser vi at økt opplæring har samme effekt på bruk av palliativ plan som videreutdanning har. Tid er òg en faktor som påvirker bruken av palliativ plan, da en stor andel beskriver «travel hverdag» som en av de viktigste faktorene for manglende utarbeidelse av planer. Vi ser viktigheten av å inkludere yngre sykepleiere i opplæring og videreutdanning for å i fremtiden møte kravene til god palliativ omsorg. Som en del av sykepleierutdanningen burde kommunikasjon om livets siste fase bli mer vektlagt. I tillegg bør en tydeliggjøre hvem som skal ta initiativ til å utarbeide palliativ plan, for å minske sannsynligheten for misforståelser.

6.1 Videre forskning

Denne studien peker på en rekke faktorer som kan påvirke bruken av palliativ plan. Det kunne vært interessant å finne ut mer om noen av disse faktorene gjennom kvalitative studier. Man kunne for eksempel spørre hvorfor det tar lang tid før sykepleiere tar videreutdanning? Her kunne man intervjuet sykepleiere som har jobbet i 3-4 år og spurt hvorfor, og man kunne intervjuet ledere og spurt hvordan de legger til rette for å prioritere videreutdanning.

Referanser

- Alme, T., Olsen, L., & Driller, B. (2019). *Rapport palliativ plan Møre og Romsdal*. Upublisert manuskript. Ressursgruppen for innføring av palliativ plan i Møre og Romsdal.
- Almack, K., Cox, K., Moghaddam, N., Pollock, K., & Seymour, J. (2012). After you: conversations between patients and healthcare professionals in planning for end of life care. *BMC Palliative Care*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/1472-684x-11-15>
- Almås, H., Stubberud, D.-G., & Grønseth, R. (2013). *Klinisk sykepleie: 2*. Gyldendal akademisk.
- Badzek, L. A., Leslie, N., Schwertfeger, R. U., Deiriggi, P., Glover, J., & Friend, L. (2006). Advanced care planning: A study on home health nurses. *Applied Nursing Research*, 19(2), 56–62. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2005.04.004>
- Bergsagel, B. (2019). *6 av 10 sykepleiere bruker daglig tid på oppgaver de mener andre burde utføre*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/2019/02/6-av-10-sykepleiere-bruker-daglig-tid-pa-oppgaver-de-mener-andre-burde-utfore>.
- Black, K., & Emmet, C. (2006). Nurses' Advance Care Planning Communication: An Investigation. *Geriatric Nursing*, 27(4), 222–227. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2006.03.004>
- Bollig, G., Gjengedal, E., & Rosland, J. H. (2015). They know!—Do they? A qualitative study of residents and relatives views on advance care planning, end-of-life care, and decision-making in nursing homes. *Palliative Medicine*, 30(5), 456–470. <https://doi.org/10.1177/0269216315605753>
- Brinkman-Stoppelenburg, A., Rietjens, J. A., & van der Heide, A. (2014). The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. *Palliative Medicine*, 28(8), 1000–1025. <https://doi.org/10.1177/0269216314526272>
- Christoffersen, L., Utne, I., Tufte, P. A., & Johannessen, A. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt.
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. Gyldendal akademisk.
- Dreyer, A., Forde, R., & Nortvedt, P. (2009). Autonomy at the end of life: life-prolonging treatment in nursing homes--relatives' role in the decision-making process. *Journal of Medical Ethics*, 35(11), 672–677. <https://doi.org/10.1136/jme.2009.030668>
- Eide, T., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner*. Gyldendal Akademisk.
- Friis, P., & Førde, R. (2015). Forhåndssamtaler med geriatriske pasienter. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 135(3), 233–235. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.0175>

- Fjørtoft, A. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. Fagbokforlaget.
- Fulmer, T., Escobedo, M., Berman, A., Koren, M. J., Hernández, S., & Hult, A. (2018). Physicians' Views on Advance Care Planning and End-of-Life Care Conversations. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(6). 1201–1205. <https://doi.org/10.1111/jgs.15374>
- Gomes, B., Calanzani, N., Curiale, V., McCrone, P., & Higginson, I. J. (2013). Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd007760.pub2>
- Hellevik, O. (2002). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet (2019) *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. Helsedirektoratet. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>
- Helse Møre og Romsdal. (2020, 27.August). *Kva er palliasjon*. <https://helse-mr.no/fag-og-forskning/samhandling/palliativ-plan/ofte-stilte-sporsmal>
- Helse- om omsorgstjenester. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. (LOV-2020-06-19-78)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Johannessen, A. (2007). *Introduksjon til Spss versjon 14*. Abstrakt.
- Kaasa, S. (2007). *Palliasjon: nordisk lærebog*. Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M. (2001) *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. (2016) *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten*. 2. utg. Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (2016a). *Grunnleggende sykepleie. Pasientfenomener, samfunn og mestring*. Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (2016b). *Grunnleggende sykepleie. Sykepleie - fag og funksjon*. Gyldendal Akademisk.
- Lee, L., Hillier, L. M., Locklin, J., Lee, J., & Slonim, K. (2018). Advanced Care Planning for Persons With Dementia in Primary Care: Attitudes and Barriers Among Health-Care Professionals. *Journal of Palliative Care*, 34(4), 248–254. <https://doi.org/10.1177/0825859718812463>.
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Fagbokforlaget.
- Melby, L., Daas, A., Halvorsen, T., & Steihaug, S. (2017). *Evaluering av tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg* (SINTEF A27799; s. 136). SINTEF. https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/avdelinger/helse/20.3.17-rapport-lindrende-behandling_revidert-i-versjonsbeskrivelse-og-i-5.2-002.pdf/
- Meld. St. 24 (2019-2020). *Lindrende behandling og omsorg*. Helse- og omsorgsdepartement.

- https://www.regjeringen.no/contentassets/52d05db7090c411abc7a3f4d47124119/no/pdfs/stm201920200024000dddpdfs.pdf?fbclid=IwAR1g9a7q3PPBTMukgm0f3Ah6Wh_frImfq2lZa9uDwHSlrh4rmUNvYsANRl0.
- Meld. St. 26 (2014 – 2015) Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015id2409890/>
- Meld. St. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Norsk sykepleierforbund (2019). Yrkesetiske retningslinjer. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- NOU 2017:16 (2017) *På liv og død: Palliasjon til alvorlig syke og døde*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Nygaard, H. A., & Bondevik, M. (2012). *Tverrfaglig geriatri: en innføring*. Fagbokforlaget.
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Cappelen akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov og pasient og pasient- og brukerrettigheter (LOV-2020-12-04-134)*. Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Pripp, A. H. (2018). Pearsons eller Spearman's korrelasjonskoeffisienter. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0042>
- Ranhoff, A., Vollrath, M., & Skirbekk, V. (2019). Demens. *Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/#om-artikkelen-endringshistorikk>
- Sykepleien (2014, 16 oktober). *Sykepleiens tidstyvundersøkelse*. <https://sykepleien.no/2014/10/sykepleiens-tidstyvundersokelse>
- Wettergreen, J., Ekornerud, T., & Abrahamsen, D. (2019). *Eldrebolgen legger press på flere omsorgstjenester i kommunen*. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/eldrebolgen-legger-press-pa-flere-omsorgstjenester-i-kommunen>
- WHO (2020, 5 august) *Palliative care*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Vedlegg

Vedlegg 1

PALLIATIV PLAN for

KONTAKTINFORMASJON:

Nærmeste pårørende:

Barn under 18 år:

Fastlege:

Koordinator / ansvarlig sykepleier i kommunen:

Evt. kontakt i spesialisthelsetjenesten:

DIAGNOSER (relevante):

ALLMENNTILSTAND/funksjon:

AKTUELT:

HVA ER VIKTIG FOR DEG NÅ:

RESSURSER / LIVSHISTORIE:

ETISKE FØRINGER / FORBEREDENDE SAMTALER:

HÅP / BEKYMRINGER:

SAMTYKKEKOMPETANSE:

MEDISINSKE FØRINGER / PALLIATIVE TILTAK:

PALLIATIVT SKRIN:

Ved smerter:

Ved tungpust:

Ved kvalme:

Ved angst\uro:

Ved andre symptom/plager:

OPPDATERT MEDISINLISTE I GERICA/VISMA/COSDOC/PROFIL

Planen godkjent av lege og sykepleier

Dato

(fastlege)

(primærsykepleier)

Vedlegg 2

Innføring av palliativ plan i Møre og Romsdal

1. Kjønn *

Kvinne

Mann

2. År med autorisasjon *

0-2 år

3-5 år

5-10 år

10+ år

3. Er du ansatt i *

Hjemmetjenesten

Sykehjem

Andre:

4. I hvilke kommune(r) jobber du nå? (flere svaralternativer mulig) *

Merk av for alt som passer

- Ønsker ikke opplyse om arbeidssted
- Aukra
- Aure
- Averøy
- Fjord
- Giske
- Gjemnes
- Hareid
- Herøy
- Hustadvika
- Kristiansund
- Molde
- Rauma
- Sande
- Smøla
- Stranda
- Sula
- Sunndal
- Surnadal
- Sykkylven
- Tingvoll
- Ulstein
- Vanylven
- Vestnes
- Volda
- Ørsta
- Ålesund

5. Er du? *

- Sykepleier
- Sykepleier med videreutdanning innenfor palliasjon/lindrende behandling
- Andre:

6. Har du fått opplæring i bruk av palliativ plan? *

Ja

Nei

Andre:

7. Til hvor mange pasienter har du utarbeidet palliativ plan til siste 6 måneder? *

0 pasienter

1-2 Pasienter

3-5 Pasienter

6-10 Pasienter

Flere enn 11

8. Hva kan påvirke at en pasient ikke får en palliativ plan hos deg? (Flere svaralternativer mulig) *

Merk av for alt som passer

Travel hverdag

For dårlig opplæring/mangel på opplæring

Andres ansvar

Bruk av andre planer (LCP, Individuell plan)

Liten nytteverdi for helsepersonell

Liten nytteverdi for pasient Andre:

9. Hvor lenge er det vanlig at en pasient har en palliativ plan hos dere? *

0-3 måneder

3-6 måneder

6-12 måneder

Lengre enn et år

10. Hvilke pasientgrupper har fått tilbud om palliativ plan av deg siste 6 månedene?
(flere svaralternativer mulig) *

Merk av for alt som passer

- Kreft
 Skrøpelige gamle
 Demens
 Hjertesvikt
 Kols
 ALS og nevrologiske sykdommer
 Mennesker med utviklingshemming

Andre: _____

11. Hvem mener du har ansvaret for å opprette den palliative planen? *

Merk av for alt som passer

- Alle sykepleiere
 Fastlege/tilsynslege
 Ressurssykepleier/kreftkoordinator

Andre: _____

12. Opplever du reaksjoner knyttet til å tilby planen på grunn av ordet palliativ? *

Merk av for alt som passer

- Ja, kan utdypes under andre
 Nei

Andre:

13. Bruker du "mal for palliativ plan" utarbeida for Møre og Romsdal? *

- Ja
 Nei

14. Bruker din avdeling andre planer til den palliative pasientgruppen? *

mellom
insitusjoner/hjemmetjensten

17. Har du kommentarer eller noe du vil tilføye angående palliativ plan? Skriv gjerne under.

