

Thea Gurandsrud Pedersen (10001)

Stine Nicolaysen (10014)

Ivaretakelse og forberedelse av pasienten på livets slutfase gjennom kommunikasjon

Antall ord: 7418

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie

Juni 2023



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Thea Gurandsrud Pedersen (10001)

Stine Nicolaysen (10014)

Ivaretakelse og forberedelse av pasienten på livets slutfase gjennom kommunikasjon

Antall ord: 7418

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie

Juni 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Sammenheng

Tittel: Ivaretagelse og forberedelse av pasienten på livets slutfase gjennom kommunikasjon.

Bakgrunn: På bakgrunn av egne erfaringer og tidligere forskning på området, har vi identifisert utfordringer rundt ivaretagelse av pasienter med kols, og forberedelse på livets slutfase. Vi har sett at dette ofte medfører utfordringer som kunne vært unngått, både overfor pasienten og de pårørende.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å se på hvordan sykepleiere gjennom kommunikasjon kan forberede pasientene på livets slutfase for å ivareta deres autonomi. Videre belyser vi tiltak på området, samt passende tidspunkt for en forberedende samtale.

Metode: Metoden som er brukt i denne oppgaven er en litteraturstudie, hvor vi har basert studien vår på tidligere forskning og pensumslitteratur.

Resultat: Pasienter har ulike behov og ønsker når det kommer til livets slutfase. Det rapporteres om manglende kunnskaper og ferdigheter hos sykepleiere. Viktigheten av god kommunikasjon og forberedende samtaler vektlegges. Passende tidspunkt for disse samtalene varierer.

Konklusjon: Det bør være økt fokus på opplæring av sykepleieres ferdigheter vedrørende livets slutfase og sykdomsforløpet til pasienter med kols. Forberedende samtaler om livets slutt bidrar til positive opplevelser både for pasienter og sykepleiere.

Nøkkelord: Kols, kronisk obstruktiv lungesykdom, kommunikasjon, livets slutfase, sykepleier.

Abstract

Title: Taking care of and preparing the patient for the end-of-life phase through communication.

Background: Based on personal experiences and previous research in the field, we have identified challenges related to the care of patients with COPD and preparation for end-of-life care. We have observed that these challenges often result in avoidable difficulties for both the patients and their families.

Aim: The purpose of this assignment is to examine how nurses, through communication, can prepare patients for the end-of-life phase to preserve their autonomy. Furthermore, we shed light on interventions in this area and the appropriate timing for a preparatory conversation.

Method: The method used in this assignment is a literature review, where we have based our study on previous research and literature.

Results: Patients have different needs and preferences when it comes to end-of-life care. There are reports of a lack of knowledge and skills among nurses in this area. The importance of good communication and preparatory conversations is emphasized. The appropriate timing for these conversations varies.

Conclusion: There should be increased focus on training nurses' skills regarding end-of-life care and the disease progression of patient with COPD. Preparatory conversations about end-of-life care contributes to positive experiences for both patients and nurses.

Key words: COPD, chronic obstructive pulmonary disease, communication, end-of-life, nurse.

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	7
1.1. INTRODUKSJON TIL TEMA	7
1.2. BAKGRUNN	7
1.2.1. <i>Kommunikasjon</i>	8
1.2.2. <i>Kols</i>	8
1.2.3. <i>Kommunikasjon i livets slutfase</i>	9
1.2.4. <i>Ivaretagelse av pasienten og dens rettigheter</i>	9
1.2.5. <i>Kari Martinsens omsorgsfilosofi</i>	10
1.3. HENSIKT	10
1.3.1. <i>Problemstilling</i>	11
2. METODE	12
2.1. BESKRIVELSE AV METODE	12
2.2. INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER	12
2.3. SØKEHISTORIKK	13
2.4. VURDERING OG UTVELGELSE AV ARTIKLER	19
2.5. ANALYSE	20
3. RESULTAT	22
3.1. PRESENTASJON AV ARTIKLENE	22
3.2. SAMMENFATTET PRESENTASJON AV RESULTATER	27
3.2.1. <i>Hvilke behov og ønsker har pasienter for å bli ivaretatt?</i>	28
3.2.2. <i>Hvordan kan forberedende samtaler om livets slutfase påvirke pasienten?</i>	29
3.2.3. <i>Hvorfor er det viktig at sykepleiere har tilstrekkelig kompetanse og ferdigheter vedrørende livets slutfase?</i>	29
3.2.4. <i>Hva er passende tidspunkt for å innlede en forberedende samtale om livets slutfase?</i>	30
4. DRØFTING	31
4.1. DISKUSJON	31
4.1.1. <i>Hvilke behov og ønsker har pasienter for å bli ivaretatt?</i>	31
4.1.2. <i>Hvordan kan forberedende samtaler om livets slutt påvirke pasienten?</i>	33
4.1.3. <i>Hvorfor er det viktig at sykepleiere har tilstrekkelig kompetanse og ferdigheter vedrørende livets slutfase?</i>	34
4.1.4. <i>Hva er passende tidspunkt for å innlede en forberedende samtale om livets slutfase?</i>	36
4.2. BETYDNING FOR SYKEPLEIE	37
4.3. STYRKER OG SVAKHETER MED LITTERATURSTUDIET	37
4.4. KONKLUSJON	38
5. REFERANSELISTE	40

Tabeller

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier	12
Tabell 2: PPPO-skjema	14
Tabell 3: Søketabell	15
Tabell 4: Artikkelmatrise	22
Tabell 5: Tematisk analyse	28

Figurer

Figur 1: PRISMA-skjema.....	20
-----------------------------	----

1. Innledning

1.1. Introduksjon til tema

Kronisk obstruktiv lungesykdom, kols, var i 2021 den fjerde største dødsårsaken i Norge, hvor omtrent 6-7% over 40 år hadde denne diagnosen. Flere opplever store funksjonsnedsettelse i hverdagen som følge av sykdommen. Antall mennesker med kols vil sannsynligvis øke i tiden fremover, da eldrebølgen er på vei og antall eldre fortsetter å øke (Folkehelseinstituttet, 2014). Kols er en underdiagnostisert sykdom, hvor symptomer og sykdomstegn ofte blir bagatellisert av helsepersonell (Grundt & Mjell, 2016, s. 239–241). Det kan derfor tenkes at gode kunnskaper på dette området er viktig, for å kunne optimalisere situasjonen samt kunne forstå konsekvensene og tegnene til sykdommen. En akutt forverring hos pasienter med kols, kan være livstruende. Det er dermed viktig å snakke med pasienten tidlig rundt fremtidige beslutninger og behandlingsmuligheter, for å kunne ivareta pasienten på en god måte (Brodtkorb, 2020, s. 392). Kommunikasjon og samhandling med pasienter rundt livets slutfase er et tema vi interesserer oss for, og som vi ønsker å gå i dybden på. Både helsemyndigheter og lærebøker legger vekt på hvor viktig det er med pasientkommunikasjon før og i livets slutfase, dette spesielt for å ivareta pasientens autonomi og medvirkning (Grov & Wiig, 2018, s. 202–203; Helsedirektoratet, 2018b).

1.2. Bakgrunn

På bakgrunn av egne erfaringer fra praksis, har vi sett at det kan være en utfordring for sykepleiere å ivareta og forberede pasienter med kols på livets slutfase. Dette tror vi kan skyldes manglende kunnskap og opplæring på området. Vi har gjort oss oppmerksom på at flere pasienter allerede har nådd den siste fasen av livet uten å ha blitt forberedt på dette, og videre beslutninger som følger i denne fasen står uavklart. Dette har ofte resultert i enda flere utfordringer i en allerede utfordrende situasjon, for både pasienter og deres pårørende. Vi har erfart at det ofte er pårørende som ender opp med å ta omfattende beslutninger i pasientens siste fase av livet, da pasientene har blitt i for dårlig form til å kunne ta disse beslutningene selv. Ifølge Helsedirektoratet (2018b) er det pasienten som skal ta avgjørelser i ulike beslutningsprosesser vedrørende deres egen sykdom, dersom dette lar seg gjøre. Vi tenker derfor at pasienten bør få mulighet til å komme med egne ønsker rundt livets slutfase, da vi ser forbedringspotensialer på dette området.

1.2.1. Kommunikasjon

Ferdigheten man benytter mest som sykepleier er kommunikasjon. Man kommuniserer i mange sammenhenger og med mange forskjellige mennesker hver dag. Kommunikasjon er en kompleks prosess, hvor man mottar og formidler et budskap i samspill med andre. Underveis kan det oppstå en rekke misforståelser og feiltolkninger, noe som gjør at kommunikasjon kan være utfordrende (Heyn, 2018, s. 13–15). Eide og Eide (2017, s. 16–17) beskriver viktigheten av personorientert kommunikasjon i møte med pasienter. Videre siterer de at dette omhandler å se den andre som en unik person, der man blant annet tar hensyn til verdier, ressurser, ønsker og mål. Personorientert kommunikasjon er viktig i møte med pasienter hvor det ikke finnes noen kurativ behandling, og som går mot livets slutt. Det finnes ingen fasit på hvordan kommunikasjonen skal foregå, og pasientene har ofte ulike ønsker (Grov & Wiig, 2018, s. 199). Dette kan medføre usikkerhet blant helsepersonell, knyttet til hva de skal si og hvordan de eventuelt skal innlede en samtale rundt dette. Ved å opparbeide seg gode kommunikasjonsferdigheter kan man møte denne pasientgruppen med empati, skape trygghet og tillit. Dette vil være viktig for at pasienten skal kunne åpne seg og føle seg ivaretatt (Grov & Wiig, 2018, s. 203–206).

1.2.2. Kols

Kols er en irreversibel lungesykdom og samlebetegnelse for sykdommer med økt luftveismotstand. De aller fleste pasienter med kols vil også oppleve eksaserbasjoner, som betyr at sykdommen episodevis forverres og utvikler seg. Alvorlighetsgraden til kols vurderes på bakgrunn av GOLD-kriteriene, som deles inn i stadium I mild kols, stadium II moderat kols, stadium III alvorlig kols og stadium IV svært alvorlig kols. GOLD-kriteriene baseres på pasientens evne til å puste ut, som blir undersøkt gjennom spirometri (Bakkeland et al., 2016, s. 133–135). Spirometri måler FEV1 (forsert ekspiratorisk volum) som vil si hvor mye pasienten klarer å puste ut i løpet av et sekund, og FVK (forsert vital kapasitet) som er hvor mye pasienten totalt klarer å puste ut etter å ha fylt opp lungene (vitalkapasitet). Disse verdiene måles ofte i prosent, og sier noe om hvor begrenset ekspirasjonen til pasienten er (Eagan et al., 2020, s. 97). Ifølge Bakkeland et al. (2016, s. 134–135) har lungefriske en FEV1 på over 75%, mens pasienter med kols i stadium IV har en FEV1 mindre enn 30%. Pasienter med kols vil dermed få ubehagelige symptomer som for eksempel dyspné. Dette kan gi angst og frykt for å ikke få puste, samt redsel for å dø. Andre fremtredende symptomer er takykardi, hoste og økt produksjon av sekret. Symptombyrden hos pasientene kan medføre nedsatt livskvalitet og isolering ved at de ikke lenger orker det samme som før. God informasjon

kan gi bedre sykdomsforståelse, som igjen kan føre til trygghet og bedring av symptomer (Bakkeland et al., 2016, s. 137–138).

1.2.3. Kommunikasjon i livets slutfase

Pasienten er i livets slutfase når døden trolig vil inntreffe i løpet av dager eller uker (Slaaen et al., 2016). For å sikre en verdig død, er det viktig å ta hensyn til pasientens autonomi og ønsker rundt livets slutfase. Pasientene kan ha svært ulike ønsker når det kommer til dette, eksempelvis hvor de vil tilbringe den siste tiden eller hvordan behandling de ønsker (Grov, 2020, s. 540). For å kunne tilfredsstille behovene pasienten har når det kommer til informasjon og diskusjon rundt livets slutfase, er det ifølge Helsedirektoratet (2018b) viktig at helsepersonellet har oppdatert sine kunnskaper om pasienten.

For å ivareta pasientens ønsker og behov, kan forhåndssamtaler, eller «advance care planning» som det ofte omtales som i den engelske litteraturen, være nyttig. Samtalen kan være mellom pasient, helsepersonell og pårørende hvis pasienten ønsker det. Dette bør foregå før pasientens tilstand blir for dårlig, og pasienten kan ha behov for å ha flere slike samtaler. Samtalen kan dreie seg om livet, sykdomsforløp, prognose og døden (Grov, 2020, s. 546–547). Pasienters ønsker, og behov bør være grunnlaget for samtalen. Hvor de må få mulighet til å stille spørsmål og få tilrettelagt informasjon etter ønsker og mottakelighet. Både forventningene og behovene deres til samtalen, samt evnene de har til å kunne kommunisere er viktig (Helsedirektoratet, 2018b).

1.2.4. Ivaretagelse av pasienten og dens rettigheter

Som sykepleier skal man alltid ta hensyn til pasientens ønsker, så lenge pasienten har samtykkekompetanse. Dermed er det viktig at pasienten får tilstrekkelig informasjon jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3.1 pasientens eller brukerens rett til medvirkning og § 3.2 pasientens rett til informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 3.1-3.2). Som helsepersonell, da inkludert sykepleiere, har man et ansvar for at pasienten får den informasjonen de har rett på jf. helsepersonelloven § 10 informasjon til pasientene (Helsepersonelloven, 1999, § 10). Helsedirektoratet (2018b) sier at helsepersonell skal identifisere og dokumentere pasientenes ønsker og behov, som gjelder behandling og beslutninger for livets slutfase. Dersom dette ikke er gjort på forhånd, vil dette bli pårørendes ansvar (Helsedirektoratet, 2018b).

Sykepleiere møter på flere etiske dilemmaer daglig (Slettebø, 2016, s. 45). De yrkesetiske retningslinjene er grunnleggende for hva som er god sykepleie, hvor viktige verdier blir ivaretatt slik at god praksis blir opprettholdt i møte med pasienter og pårørende (Sneltvedt, 2016, s. 98). Ifølge de yrkesetiske retningslinjene har man et ansvar for å utøver sykepleie på en trygg og god måte, samt ivaretar pasientens integritet og møter pasienten på en omsorgsfull og respektfull måte (Norges sykepleierforbund, 2019).

1.2.5. Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Kari Martinsen (f. 1943) har utarbeidet en omsorgsfilosofi som vi mener har relevans for vår oppgave, da den fortsatt er aktuell i dagens debatter som omhandler kunnskapsutvikling og sykepleie i Norden. Hun mener at sykepleierens kjerne er omsorg og at menneskelige relasjoner kan anses som grunnleggende i livet (Kristoffersen, 2016, s. 53–55). Ifølge Martinsen er omsorg spesielt viktig i langvarige relasjoner mellom pasient og sykepleier (Kristoffersen, 2016, s. 56–58). Videre problematiserer hun også det etiske prinsippet om pasientens autonomi, og mener at sykepleiere må bruke sin faglige forståelse til å hjelpe pasienten på best mulig måte. Dette kan innebære å enten involvere dem i ulike beslutninger, eller la dem slippe å ta stilling til kompliserte spørsmål (Kristoffersen, 2016, s. 58–59).

1.3. Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan sykepleiere kan bruke kommunikasjon som et verktøy, for å gi best mulig omsorg til pasienter med kols. I all hovedsak har vi valgt å fokusere på hvordan man kan forberede pasienten før livets slutfase, slik at dens verdier og ønsker blir ivaretatt når pasienten selv ikke lengre er i stand til dette. Vi vil med dette undersøke hva sykepleiere kan bidra med, og om det finnes tiltak som kan iverksettes.

Denne litteraturstudien ser vi på som relevant for sykepleier, inkludert andre helsepersonellgrupper. I studiene har det deltatt helsepersonell med ulike profesjoner. På bakgrunn av dette vil vi presisere at vi velger å skrive både helsepersonell og sykepleiere om hverandre, men med ulik betydning. Dette fordi oppgaven vår kan være relevant for annet helsepersonell, i tillegg til sykepleiere. Av egne erfaringer vet vi at ulike profesjoner ofte jobber med de samme pasientene, alene eller i et tverrfaglig team.

1.3.1. Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere gjennom kommunikasjon ivareta og forberede pasienter med kols på livets slutfase?

2. Metode

2.1. Beskrivelse av metode

På bakgrunn av kriteriene i denne oppgaven, har vi skrevet en litteraturstudie for å finne svar på en problemstilling vi selv har kommet frem til. Hensikten med en litteraturstudie er å systematisere kunnskapen om et tema, som videre kan være nyttig for den fremtidige yrkesgruppen. En litteraturstudie er en oversiktsartikkel som innebærer å undersøke og analysere allerede eksisterende litteratur og forskning om et bestemt tema. For å kunne gjøre dette må man gjøre systematiske søk i databaser. Det er viktig å skille mellom en oversiktsartikkel og en systematisk oversiktsartikkel - hvor sistnevnte inkluderer alle relevante artikler i oversikten, mens en vanlig oversiktsartikkel kan inneholde minimum to artikler (Støren, 2013, s. 16–17).

2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I vår litteraturstudie har det vært nødvendig å gjøre noen avgrensninger i søkeprosessen, for å best mulig svare på problemstillingen vi har utarbeidet. Inklusjons- og eksklusjonskriterier rammer inn søket og setter krav til litteraturen (Støren, 2013, s. 37–39). Dette gjorde at vi ikke fikk alt for mange artikler å se gjennom. Vi har valgt å kun inkludere artikler som følger våre inklusjonskriterier, og ekskluderer alle artikler som inneholder minimum ett av eksklusjonskriteriene.

Tabell 1 - Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">• Artikler på engelsk og skandinavisk• IMRaD- struktur• Artikler fra 2013-2023• Fagfellevurdert• Alle kjønn• Kommunikasjon som gjelder livets slutfase• Sykepleiefaglig relevans	<ul style="list-style-type: none">• Artikler som setter søkelys på helseøkonomi• Rus/demens/andre sykdommer som påvirker det kognitive• Gruppesamtaler• Kommunikasjon rundt organisering

Vi vil videre presisere at vi også har valgt å inkludere artikler som har fokusert på andre grupper og profesjoner i helsevesenet. Dette fordi vi tenker at studiene kan ha resultert i funn som også er relevant for sykepleier. Vi har også valgt å inkludere studier hvor det har blitt forsket på andre diagnoser i tillegg til kols, eksempelvis pasienter med hjertesvikt. Vi velger dog i all hovedsak å fokusere på pasientene i studiene som har diagnosen kols. Som et eksempel på eksklusjonskriterie med begrunnelse, har vi valgt å utelukke artikler som omhandler rus/demens/andre lignende sykdommer. Dette fordi vi tenker at det vil kunne påvirke pasienten kognitivt, og videre ha innvirkning på kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier. På bakgrunn av dette kan vi anta at pasientenes behov og ønsker risikerer å ikke bli tilfredsstilt.

2.3. Søkehistorikk

Vi startet med å diskutere og snakke om temaet vi hadde valgt, samtidig som vi noterte og delte egne erfaringer for å komme frem til forslag på problemstilling. Videre leste vi oss opp på kols ved å bruke pensumlitteratur, og gjorde et innledende søk på temaet vårt på Sykepleieren.no (Trygstad & Dalland, 2020, s. 144). Vi brukte søkeordet "kols" og filteret "forskning" for å få en oversikt over hvilke temaer som er aktuelle i dag, og for å få inspirasjon til problemstillingen.

Videre i vårt innledende kildesøk gjorde vi et avansert søk i databasene CINAHL og PubMed. Her brukte vi søkeordene "nurse OR nursing AND copd OR chronic obstructive pulmonary disease" som tekstord og emneord. Vi fikk et stort og åpent søk, og skumleste gjennom relevant forskning. Dette oversiktssøket hjalp oss med å komme frem til en søkestrategi, og til å utarbeide søkeord som ble aktuelle i vårt systematiske søk.

Vi utarbeidet et PICO-skjema for å finne relevante søkeord vi ønsket å benytte i vårt strukturerte søk (Se tabell 2). Dette skjemaet er et hjelpemiddel for å få en bedre struktur på søket, hvor de ulike delene kategoriseres som; "population/ problem", "intervention", "comparison" og "outcome" (Helsebiblioteket, 2021b). Vi valgte å ikke inkludere "intervention" og "comparison" i PICO-skjemaet, da vi ville unngå å styre søket mot spesifikke tiltak og ikke ønsket å sammenlikne noe i vår problemstilling. Vi fikk derfor et PPPO-skjema, hvor ordene vi benyttet i hver kolonne var synonymer, og vi benyttet "OR" mellom dem. Ved å gjøre dette, dekket søket vårt et større område og vi fikk opp flere treff. Etter at vi hadde kombinert ordene i hver kolonne med "OR",

begrenset vi søket ved å ha "AND" mellom radene. Da fikk vi artikler som måtte inneholde noe fra alle kolonnene i PPPO-skjemaet vårt (Helsebiblioteket, 2020).

Tabell 2 - PPPO-skjema

P	P	P	O
Nurse (MH) (kw) Nursing (MH) (kw) Nurses (MH) (CH)	Terminal phase (tw) (kw) Terminal (tw) (kw) Terminal care (MH) (CH) End of life (MH) (kw)	Copd (MH) (kw) Chronic obstructive pulmonary disease (MH) (kw) Pulmonary disease, chronic obstructive (MH) (CH)	Communication (MH) (CH) Dialogue (tw) (kw) Communicate (tw) (kw)

Databasene vi valgte å søke i var PubMed og CINAHL, da dette er noen av databasene vi har tilgang til via skolen. PubMed er en internasjonal database som inneholder forskning innenfor helse og medisin (PubMed, 2018) og CINAHL er en sykepleierfaglig database (Helsebiblioteket, 2021a).

Vi har valgt å søke med både emneord og tekstord, for å sørge for at vi får med mest mulig relevante studier om temaet. Emneord og tekstord er forskjellig, emneord finner vi i tittelen og/eller abstract, og tekstord finner vi i selve teksten i artiklene. Vi brukte "MeSH" og "CINAHL Headings" for å få søkt på emneordene i PubMed og CINAHL (Støren, 2013, s. 38). Underveis i søket vårt, erfarte vi at databasene hadde ulike emneord, for eksempel var "Nurse" og "Nursing" emneord i PubMed, men kun nøkkelord i CINAHL. Etter at vi hadde søkt i de ulike databasene, tok vi på filter som gjorde at vi kun fikk opp artikler fra 2013-2023. Dette gjorde vi for å få opp den nyeste forskningen på området.

Vi har utarbeidet en søketabell, med oversikt over alle søkeordene vi har brukt i PubMed og CINAHL (se tabell 3).

Tabell 3 – Søketablell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
PubMed	19. april 2023	S1	Nurse [MeSH Terms]		97 805	
		S2	Nurse [Text Word]		170 931	
		S3	Nursing [MeSH Terms]		262 970	
		S4	Nursing [Text Word]		648 180	
		S5	Nurses [MeSH Terms]		97 798	
		S6	Nurses [Text Word]		240 869	
		S7	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6		793 943	
		S8	Terminal phase [Text Word]		2 129	
		S9	Terminal [Text Word]		475 576	
		S10	Terminal care [MeSH Terms]		56 696	
		S11	Terminal care [Text Word]		32 746	
		S12	End of life [MeSH Terms]		163 379	
		S13	End of life [Text Word]		30 568	

		S14	S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13		670 676	
		S15	Copd [MeSH Terms]		66 126	
		S16	Copd [Text Word]		57 685	
		S17	Chronic obstructive pulmonary disease [MeSH Terms]		66 126	
		S18	Chronic obstructive pulmonary disease [Text Word]		60 294	
		S19	Pulmonary disease, chronic obstructive [MeSH Terms]		66 126	
		S20	Pulmonary disease, chronic obstructive [Text Word]		49 695	
		S21	S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20		100 583	
		S22	Communication [MeSH Terms]		360 239	
		S23	Communication [Text Word]		437 544	
		S24	Dialogue [Text Word]		16 646	
		S25	Communicate [Text Word]		31 020	
		S26	S22 OR S23 OR S24 OR S25		681 960	
		S27	S7 AND S14 AND S21 AND S26		37	

		S28	S7 AND S14 AND S21 AND S26	2013-2023	25	7 (a, b, c, d, e)
--	--	-----	-------------------------------	-----------	----	----------------------

Inkluderte artikler:

- A. Cluster-randomised trial of a nurse-led advance care planning session in patients with COPD and their loved ones.
- B. Nurses' role and care practices in decision-making regarding artificial ventilation in late stage pulmonary disease.
- C. Advance care planning in life-threatening pulmonary disease: A focus group study.
- D. Ten minutes to midnight: A narrative inquiry of people living with dying with advanced copd and their family members.
- E. Feasibility and acceptability of introducing advance care planning on a thoracic medicine inpatient ward: An exploratory mixed method study.

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
CINAHL	19. april 2023	S1	(MH "Nurses+")		232 718	
		S2	"nurses"		402 267	
		S3	"nurse"		312 241	
		S4	"nursing"		759 986	
		S5	S1 OR S2 OR S3 OG S4		987 596	
		S6	"Terminal phase"		308	
		S7	"Terminal"		39 483	
		S8	(MH "Terminal Care+")		73 241	

		S9	"Terminal care"		26 356	
		S10	"End of life"		34 050	
		S11	S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10		105 779	
		S12	"copd"		26 148	
		S13	(MH "Pulmonary Disease, Chronic Obstructive+")		22 703	
		S14	"Chronic obstructive pulmonary disease"		25 599	
		S15	"Pulmonary disease, chronic obstructive"		24 881	
		S16	S12 OR S13 OR S14 OR S15		33 699	
		S17	(MH "Communication+")		325 867	
		S18	"Communication"		202 651	
		S19	"Dialogue"		12 151	
		S20	"Communicate"		13 657	
		S21	S17 OR S18 OR S19 OR S20		421 701	
		S22	S5 AND S11 AND S16 AND S21		46	
		S23	S5 AND S11 AND S16 AND S21	2013-2023	25	3 (f, g, h)

Inkluderte artikler:

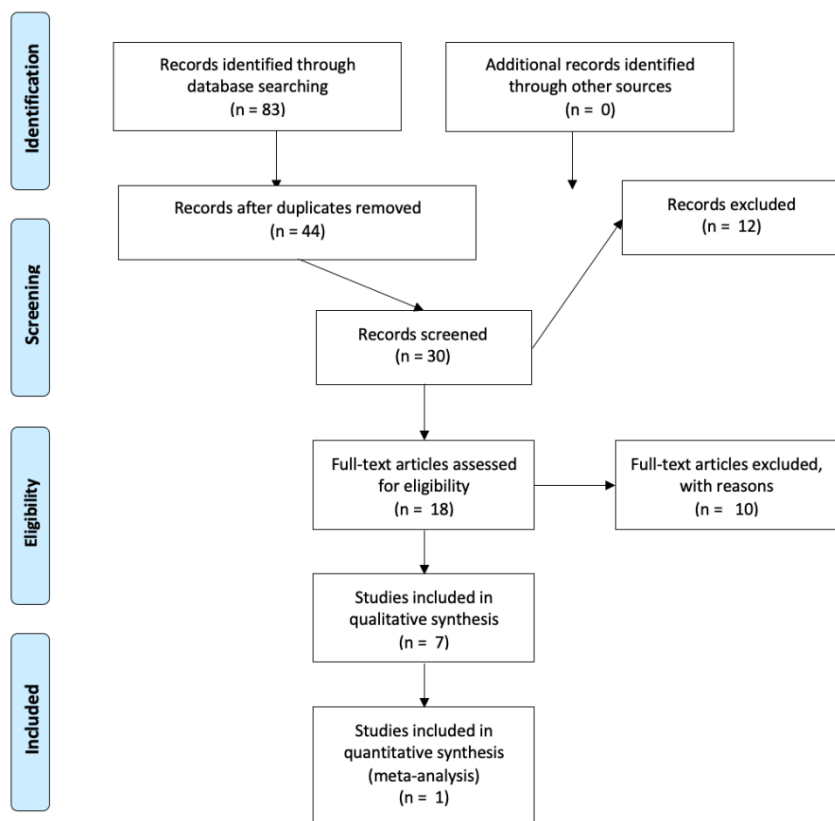
- F. Older patients with late-stage COPD: Their illness experiences and involvement in decision-making regarding mechanical ventilation and noninvasive ventilation.
- G. An end-of-life care nurse service for people with COPD and heart failure: Stakeholders' experiences.
- H. Clinician Perspectives on How to Hold Earlier Discussions About Palliative and End-of-Life Care With Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients: A Qualitative Study.

2.4. Vurdering og utvelgelse av artikler

For å få en oversikt og for å vise hvordan vi kom frem til artiklene vi inkluderte i vår analyse, benyttet vi et PRISMA-skjema (se Figur 1). Et PRISMA-skjema er et flytdiagram, som viser leseren hva vi har gjort fortløpende i utvelgelsen av artiklene (Page et al., 2021).

Vi vurderte artiklene basert på overskrifter og nøkkelord, hvor vi ekskluderte de som ikke var relevante for problemstillingen vår, og de som inneholdt ett eller flere av eksklusjonskriteriene. Vi leste sammendraget på 30 artikler og valgte til slutt 18 artikler som vi leste i sin helhet. Videre kom vi frem til at ti av dem inneholdt ett eller flere av eksklusjonskriteriene, og endte til slutt opp med åtte artikler for å svare på problemstillingen vår.

Vi har inkludert både kvalitative og kvantitative studier, da begge er relevante for vår problemstilling. Kvalitativ metode har som formål å innhente meninger og opplevelser av det som ønskes svar på, og kvantitativ metode har som formål å innhente data i form av målbare enheter og tall. Vi ønsket å utforske pasienterfaringer og meninger knyttet til vår problemstilling, noe som kommer frem i kvalitative studier. Videre valgte vi å inkludere en kvantitativ studie som i sine resultater sier noe om effekten av å implementere en strukturert forhåndssamtale (Dalland, 2020b, s. 54–56).



Figur 1- PRISMA-skjema

2.5. Analyse

For å vurdere om studiene var pålitelige og troverdige, benyttet vi helsebibliotekets sjekklister for kvalitative studier og randomiserte kontrollerte studier som et hjelpemiddel (Helsebiblioteket, 2016). For å vurdere om forskningen er pålitelig, er det viktig å være oppmerksom på eventuelle feilkilder som kan oppstå, og som videre kan påvirke resultatet. Alle studiene har styrker og svakheter, noe vi har vært klar over i vår vurdering (Dalland, 2020b, s. 57–63).

Vi benyttet sjekklistene på Kildekompasset (u.å.) i vurderingen av forfattere. Alle forfatterne i studiene hadde relevant erfaring og høy kompetanse innenfor helse og medisin. De jobbet ved ulike universiteter og sykehus, utenfor sykehus og i klinikker med pasienter, samt i utdanning- og forskningsinstitusjoner. Studiene vi har inkludert i oppgaven har innhentet etisk godkjenning fra ulike etiske komitéer. I følge Dalland (2020a, s. 167–168) handler dette om at studiene følger normer og regler, samt ivaretar personvernet til deltakerne. Videre undersøkte vi om tidsskriftene som har publisert studiene var av god kvalitet og fagfellevurdert. Fagfellevurdering er viktig for å sikre god

kvalitet og at det opprettholdes en viss standard på det som publiseres (Trygstad & Dalland, 2020, s. 145). Videre for å holde oversikt over funnene i de inkluderte studiene, har vi brukt markeringstusjer for å analysere resultatene. På bakgrunn av dette fikk vi en oversikt over hvilke temaer studiene fokuserte på.

3. Resultat

3.1. Presentasjon av artiklene

Vi har laget en litteratormatrise for studiene vi har inkludert, hvor vi kort har presentert hensikt, metode, resultat og relevans for problemstillingen (se tabell 4). For oversiktens skyld, har vi valgt å inkludere hele referansen til studiene i artikkelmatrisen, men ikke i de andre tabellene. Dette fordi vi vil unngå gjentakelser av samme kilde.

Tabell 4 – Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat	Relevans for problemstilling
Houben, C. H. M., Spruit, M. A., Luyten, H., Pennings, H.-J., Boogaart, V. E. M. van den, Creemers, J. P. H. M., Wesseling, G., Wouters, E. F. M., & Janssen, D. J. A. (2019). Cluster-randomised trial of a nurse-led advance care planning session in patients with COPD and their loved ones. <i>Thorax</i> , 74(4), 328–336. https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2018-211943	Hensikten med denne studien var å undersøke om kvaliteten på kommunikasjon knyttet til livets sluttfase mellom lege og pasient, ble bedre ved en forhåndssamtale gjennomført av sykepleier. Videre i studien skulle det vurderes om symptomer på angst og depresjon ble bedre etter en forhåndssamtale. Kvaliteten på det å skulle dø hos pasienter med kols, skulle også vurderes.	Dette er en randomisert kontrollert studie, altså en kvantitativ studie.	Kvaliteten på kommunikasjon en rundt livets sluttfase mellom lege og pasient økte etter en forberedende samtale. Symptomer på angst forbedret seg ved gjennomføring av en slik forhåndssamtale.	Vi ser studien som relevant da den tar for seg at symptomer som angst og depresjon ble bedre etter en forhåndssamtale.
Jerpseth, H., Dahl, V., Nortvedt, P., & Halvorsen, K.	Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan	Dette er en kvalitativ studie hvor det ble gjennomført	Sykepleierne opplevde at de ikke kunne stå for	Vi finner denne studien svært relevant da den tar for seg at

<p>(2017). Nurses' role and care practices in decision-making regarding artificial ventilation in late stage pulmonary disease. <i>Nursing Ethics</i>, 24(7), 821-832. https://doi.org/10.1177/0969733015626600</p>	<p>sykepleiere opplever rollen sin i beslutningsprosesser angående mekanisk ventilering og hvordan de vurderer pasientenes rolle i disse prosessene.</p>	<p>seks fokusgruppeintervjuer av sykepleiere.</p>	<p>omsorgsverdier pga. arbeidsmiljøet. Pasientene fikk ikke dekket behovene sine eller opprettholdt sin autonomi. Deltakerne ytret bekymring rundt overbehandling av pasienter, og det oppstod etiske dilemmaer på grunn av dette. Rolle- og ansvarsfordelingen var uklar, det var utilstrekkelig tverrfaglig samarbeid, og utfordringer rundt å finne riktig tidspunkt for forberedende samtale vedrørende behandlingsbeslutninger.</p>	<p>pasienters autonomi ikke blir ivaretatt, etiske dilemmaer og utfordringer knyttet til tidspunkt av en slik forhåndssamtale.</p>
<p>Hjorth, N. E., Haugen, D. F., & Schaufel, M. A. (2018). Advance care planning in life-threatening pulmonary disease: A focus group study. <i>ERJ Open Research</i>, 4(2), 00101-02017. https://doi.org/10.1183/23120541.00101-2017</p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke norske lungesyke pasienters syn på forhåndssamtale.</p>	<p>Kvalitativ studie hvor det ble gjennomført fire fokusgruppeintervjuer på et norsk universitetssykehus. 13 pasienter med avansert lungesykdom ble intervjuet.</p>	<p>Gode relasjoner ble vektlagt fremfor profesjon, der gode kunnskaper og ferdigheter blant helsepersonell var viktig for pasientene. Det var utfordrende for pasientene å snakke om livets slutt. Informasjon, trygghet og støtte var viktig for pasientene. Det var</p>	<p>Studien er relevant for vår problemstilling da den viser viktigheten av en forberedende samtale om livets slutt, og belyser pasienters ønsker og behov.</p>

			individuelt når det passet med en slik samtale.	
<p>Molzahn, A. E., Sheilds, L., Antonio, M., Bruce, A., Schick-Makaroff, K., & Wiebe, R. (u.å.). Ten minutes to midnight: A narrative inquiry of people living with advanced copd and their family members. <i>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being</i>, 16(1), 1893146. https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1893146</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke hvordan pasienter med alvorlig kols og familien opplevde å leve med dette, og møte med døden.</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie som er en del av et større forskningsprosjekt. Det ble utført dybdeintervjuer med 16 pasienter og syv familiemedlemmer.</p>	<p>Helsepersonell var tilbakeholdene når det kom til samtale om døden. Pasientene opplevde å bli avvist av lege, og helsepersonell viste liten interesse ved slike samtaler. Pasientene hadde bekymringer rundt livets slutfase, og behov for forberedelse og planlegging.</p>	<p>Denne studien er relevant for vår problemstilling ved at den tar for seg pasientens og familiens opplevelser rundt det å leve med kols, spesielt når døden nærmer seg. Den tar blant annet for seg hva pasientene og familien opplever rundt det å snakke om døden og forberede seg på livets slutfase. Samtidig kom det frem at det ofte var helsepersonell som unngikk å snakke om døden, selv om pasienten hadde behov for det.</p>
<p>Hjorth, N. E., Schaufel, M. A., Sigurdardottir, K. R., & Haugen, D. R. F. (2020). Feasibility and acceptability of introducing advance care planning on a thoracic medicine inpatient ward:</p>	<p>Hensikten med dette studiet var å øke forståelsen av hvilke behov pasienter med avansert lungesykdom hadde og hvordan man kan tilnærme seg en forhåndssamtale best mulig.</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie, som ble gjennomført i tre faser: Utvikling av en samtaleguide, gjennomføring av pasientsamtaler, og gjennomføring av fokusgrupper.</p>	<p>Flere pasienter synes det var vanskelig å huske informasjonen som ble gitt. Angst kunne trigges i forberedende samtaler. Helsepersonell synes det var utfordrende å ha</p>	<p>Denne studien har relevans for vår problemstilling da den tar for seg pasientenes perspektiv i slike forberedende samtaler. Pasientene har behov for å snakke om</p>

<p>An exploratory mixed method study. <i>BMJ Open Respiratory Research</i>, 7(1), e000485. https://doi.org/10.1136/bmjre-sp-2019-000485</p>	<p>Andre mål med studien var å utforske hvilke temaer pasienter tok opp i forbindelse med en forhåndssamtale. Videre var målet å vurdere hvordan pasienter, ansatte og pårørende opplevde gjennomføringen av forhåndssamtalen.</p>		<p>forhåndssamtaler. Det var viktig med gode relasjoner og at informasjonen ble gitt på en empatisk, trygg og respektfull måte. Alle pasientene satte pris på en forhåndssamtale, men riktig tidspunkt for en slik samtale varierte. Helsepersonellet i studien fortalte at pasienter diagnostisert med en uhelbredelig sykdom burde fokusere på forhåndssamtaler tidlig.</p>	<p>blant annet eksistensielle temaer og planlegging av livets slutfase.</p>
<p>Jerpseth, H., Dahl, V., Nortvedt, P., & Halvorsen, K. (2018). Older patients with late-stage COPD: Their illness experiences and involvement in decision-making regarding mechanical ventilation and noninvasive ventilation. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 27(3-4), 582-592. https://doi.org/10.1111/jocn.13925</p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan pasienter med kols opplever sykdommen, samt å undersøke hvordan de blir inkludert i samtaler som omhandler ulike behandlingsmuligheter.</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie, som er en del av et større forskningsprosjekt. Det ble gjennomført tolv individuelle intervjuer med pasienter fra sykehus i Norge.</p>	<p>Noen pasienter forteller at de ikke har noen å snakke med om sykdom og behandling, hvor de forteller om bekymringer, behov for mer informasjon og utfordringer med å initiere til samtaler om livets slutfase. Noen forteller at de ikke har fått informasjon, andre forstår ikke informasjonen de har fått, og et fåtall stolte helt og fullt på</p>	<p>Artikkelen er relevant da den tar for seg mangler på informasjon til pasienter, og utfordringer som kan komme av å dele informasjon.</p>

			legens avgjørelser.	
<p>Johnston, B., Coole, C., & Jay Narayanasamy, M. (2016). An end-of-life care nurse service for people with COPD and heart failure: Stakeholders' experiences. <i>International Journal of Palliative Nursing</i>, 22(11), 549–559. https://doi.org/10.12968/ijpn.2016.22.11.549</p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke erfaringene til pasienter og deres pårørende vedrørende en tjeneste som gir omsorg i livets slutfase.</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie hvor det ble gjennomført 28 intervjuer.</p>	<p>Det er utfordrende for helsepersonell å ha samtaler om livets slutfase. Pasientene opplevde at sykepleierne i kommunen og spesialisthelsetjenesten manglet kompetanse, erfaringer og tid. Pasientene opplevde det motsatte hos sykepleierne i tjenesten. De satte pris på tjenesten som ble tilbudt rundt forberedelser på livets slutfase. Gode relasjoner og tid var viktig for dem. De satte pris på at sykepleierne tok kontakt for samtale om forberedelser og planlegging.</p>	<p>Denne studien er relevant for vår problemstilling da den belyser positive og negative sider ved tjenesten som blir tilbudt til pasienter i livets slutfase. Dette er relevant da det i studien fremkommer hva pasientene har behov for.</p>
<p>Tavares, N., Jarrett, N., Wilkinson, T., & Hunt, K. (2022). Clinician Perspectives on How to Hold Earlier Discussions About Palliative and End-of-Life Care With Chronic Obstructive</p>	<p>Hensikten med denne studien var å utforske behandlers perspektiv på når diskusjoner om palliativ behandling, og hvordan samtalene skulle foregå.</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie, hvor syv leger og syv sykepleiere ble intervjuet. Artikkelen er en av tre, i en større studie.</p>	<p>Deltakeren mente at samtaler om palliativ behandling burde involvere flere. De anbefalte at pasientene hadde disse samtalene med behandlere de kjente godt. Leger følte seg mer</p>	<p>I denne studien er det behandlers perspektiv på når og hvordan samtaler om livets slutfase burde foregå. Dette tenker vi er relevant for vår studie da det kan være viktig for å ivareta og forberede</p>

<p>Pulmonary Disease Patients: A Qualitative Study. <i>Journal of Hospice & Palliative Nursing</i>, 24(3), E101. https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000858</p>			<p>komfortable med å starte samtaler. Det ble rapportert om manglende kunnskap blant helsepersonell. Samtalene burde foregå tidlig og pasienter og pårørende tok sjelden direkte initiativ til samtaler. I sekundærhelsetjenesten var kvaliteten på samtaler og tjenestene rundt livets slutfase bedre enn i primærhelsetjenesten.</p>	<p>pasienten på en tilfredsstillende måte.</p>
---	--	--	--	--

3.2. Sammenfattet presentasjon av resultater

For å få en oversikt over sentrale temaer i studiene, fargekodet vi resultatene og sorterte dem i en tabell. Vi har valgt å ekskludere denne tabellen fra oppgaven, da vi synes det ble gjentakelse av resultatene. Vi tok utgangspunkt i Aveyard et al. (2018, s. 143), hvor vi lagde en tabell basert på hennes tematiske analyse (se tabell 5). Ved å gjøre dette på en oversiktlig måte kom vi frem til fire hovedtemaer, som vi videre har valgt å bruke som grunnlag for vår diskusjon.

Tabell 5 - Tematisk analyse

Artikler	Hvilke behov og ønsker har pasienter for å bli ivaretatt?	Hvordan kan forberedende samtaler om livets slutfase påvirke pasienten?	Hvorfor er det viktig at sykepleiere har tilstrekkelig kompetanse og ferdigheter vedrørende livets slutfase?	Hva er passende tidspunkt for å innlede en forberedende samtale om livets slutfase?
Houben et. al. 2019		X		
Jerpseth et. al. 2017	X	X	X	X
Hjorth et. al. 2018	X	X		X
Molzahn et. al. 2021	X		X	
Hjorth et. al. 2020	X	X	X	X
Jerpseth et. al. 2018	X	X	X	X
Johnston et. al. 2016	X		X	X
Tavares et. al. 2022	X		X	X

3.2.1. Hvilke behov og ønsker har pasienter for å bli ivaretatt?

Pasientens behov og ønsker for å bli ivaretatt i livets slutfase blir vektlagt i flere av studiene. Informasjon rundt sykdommen samt behov for å kunne forberede seg på livets slutfase, var viktig for flere av pasientene (Hjorth et al., 2018, 2020; Jerpseth et al., 2018; Johnston et al., 2016; Molzahn et al., 2021). Videre er åpenhet, trygghet og ærlighet i samtaler om prognoser, beslutninger og andre forberedelser et ønske for de fleste (Hjorth et al., 2018, 2020). Selv om pasientenes ønsker er kjent, ble autonomien deres i mange tilfeller ignorert. Sykepleierne som har deltatt i studien uttrykker frustrasjon over dette, på lik linje med pasienten selv (Jerpseth et al., 2017). Videre

fremkommer viktigheten av en god relasjon med helsepersonell, i samtaler om livets slutfase (Hjorth et al., 2018, 2020; Johnston et al., 2016; Tavares et al., 2022). I studien til Johnston et al. (2016), ble det rettet oppmerksomhet mot at sykepleierne stilte for intime og personlige spørsmål.

3.2.2. Hvordan kan forberedende samtaler om livets slutfase påvirke pasienten?

Hjorth et al. (2020) viser til at alle pasientene i studien som fikk tilbud om en forberedende samtale, satte pris på det. Videre synes de at flere burde få dette tilbudet. Noen sykepleiere mente at det var nødvendig å ha en forberedende samtale om utfordringer ved livets slutfase, for å øke livskvaliteten deres (Hjorth et al., 2018). Pasientene hadde udekte behov når det kom til kommunikasjon rundt dette, og det var ofte de ikke fikk vært med i beslutningsprosesser som omhandlet dem selv (Jerpseth et al., 2017, 2018). Houben et al. (2019) viser til at symptomene på angst ble bedre, mens studien til Hjorth et al. (2020) viste at måten informasjon ble gitt på kunne trigge angst.

3.2.3. Hvorfor er det viktig at sykepleiere har tilstrekkelig kompetanse og ferdigheter vedrørende livets slutfase?

I noen studier blir viktigheten av at helsepersonell har tilstrekkelig kunnskap om sykdom, prognose og behandling trukket frem. Det er også viktig at de har gode kommunikasjonsferdigheter når de skal snakke med pasienten om livets slutfase. Videre i studiene fremkommer det at sykepleiere mangler kunnskap og ferdigheter vedrørende denne fasen (Johnston et al., 2016; Tavares et al., 2022). I andre studier synes helsepersonell at det er ubehagelig å snakke med pasienter om livets slutfase, og dette er noe som ofte blir unngått (Hjorth et al., 2020; Johnston et al., 2016; Molzahn et al., 2021). Sykepleiere ytret bekymring rundt overbehandling av pasienter, og mente at det oppsto et etisk dilemma mellom dem og legene på grunn av dette. Sykepleierne mente også at legene hadde mer fokus på livsforlengende behandling, istedenfor å fokusere på å skåne pasienten for smerte (Jerpseth et al., 2017). I studien til Hjorth et al. (2020) var det viktig for pasientene at informasjonen de fikk, ble tilpasset pasientens ønsker, og at informasjonen ble gitt på en empatisk og respektfull måte. I andre studier ble det belyst at pasienter kunne ha utfordringer med å forstå informasjonen som ble gitt, og å klare å huske den (Hjorth et al., 2020; Jerpseth et al., 2018).

3.2.4. Hva er passende tidspunkt for å innlede en forberedende samtale om livets slutfase?

Tidspunkt knyttet til når det var best å ha en samtale for å forberede seg på livets slutfase, var veldig individuelt blant pasientene. Noen ønsket å vite minst mulig om hva som skjedde i fremtiden, mens andre hadde behov for mer informasjon og ønsket en samtale for å få kartlagt ønsker rundt livets slutfase (Hjorth et al., 2018, 2020). Å ta initiativ og finne riktig tidspunkt for en forberedende samtale om behandlingsbeslutninger, var noe flere sykepleiere synes var vanskelig (Jerpseth et al., 2017). Andre sykepleiere hadde en formening om at en slik samtale, passet seg best ved et tidlig stadium i sykdomsforløpet (Hjorth et al., 2020; Tavares et al., 2022). Pasientene ønsket stort sett at det var sykepleieren som skulle innlede samtalen (Jerpseth et al., 2018; Johnston et al., 2016; Tavares et al., 2022).

4. Drøfting

4.1. Diskusjon

Vi har undersøkt hvordan pasienter kan bli ivaretatt på en god måte samt bli forberedt på livets slutfase gjennom kommunikasjon. For å undersøke dette har vi kommet frem til fire hovedtemaer vi har valgt å diskutere med bakgrunn i resultatene i studiene.

4.1.1. Hvilke behov og ønsker har pasienter for å bli ivaretatt?

I flere studier kommer det frem hvor viktig det er med gode relasjoner i kommunikasjon med pasienter (Hjorth et al., 2018, 2020; Tavares et al., 2022). Studien til Johnston et al. (2016) viser også dette, da det blant annet ble lettere for pasientene å komme med ønsker vedrørende livets slutfase, når relasjonen mellom sykepleier og pasient allerede var til stede. Videre ser vi i studiene til Hjorth et al. (2018) og Tavares et al. (2022) at pasientene vektlegger relasjon fremfor profesjonstittelen. Ifølge Kari Martinsens omsorgsfilosofi kan gode relasjoner medføre at pasienten får økt tillit til sykepleiere, som er viktig for at pasienten skal føle seg trygg og ivaretatt i kommunikasjon. Videre vektlegger hun i sin omsorgsfilosofi at relasjon mellom pasient og sykepleier blir særlig viktig i relasjoner over tid (Kristoffersen, 2016, s. 56–58). Kols er en irreversibel sykdom med eksaserbasjoner, hvor lungefunksjonen gradvis forverres. En forverring kan føre til at pasienten blir innlagt på sykehus (Bakkelund et al., 2016, s. 134–135). På bakgrunn av dette kan det tenkes at pasienter med kols, har behov for langvarig og tett oppfølging av helsepersonell. Vi tror også at gode relasjoner kan være verdifulle, da pasienten vil kunne føle seg bedre ivaretatt. Ved å ha muligheten til å kunne bli kjent med pasienter over en lengre periode, har vi selv erfart at det ofte bidrar til en bedre relasjon. Dersom relasjonen er god, ser vi for oss at helsepersonellet vil kunne yte bedre omsorg. Videre tenker vi at dette kan føre til at pasienter åpner seg om sårbare temaer, og kan komme med ønsker for livets slutfase. Hadde de på en annen side hele tiden måttet forholde seg til nye personer, tror vi dette kunne svekket relasjonen. Relasjonen mellom sykepleier og pasient skal være profesjonell og av hensiktsmessige grunner. Dette for å sikre at den sykepleieren som blir gitt, blir gitt på en forsvarlig måte (Helsedirektoratet, 2018a). I studien til Johnston et al. (2016) kommer det frem at spørsmålene pasienten fikk ble for personlige. Vi ser at man som helsepersonell bør ta hensyn til at det er ulike faktorer som kan påvirke relasjoner, og dermed balansere disse på en god måte for å unngå dette.

Som sykepleier er det viktig å ivareta pasientens autonomi, da dette er noe som kan bli ignorert i et behandlingsrettet miljø (Jerpseth et al., 2017). De yrkesetiske retningslinjene er grunnlaget for sykepleiers verdier (Norges sykepleierforbund, 2019). Ved å ta hensyn til retningslinjene, tror vi dette kan bidra til et mer omsorgsrettet arbeidsmiljø, og videre føre til at pasientens autonomi blir ivaretatt. Med bakgrunn i dette antar vi at det i mange tilfeller vil være sykepleiers ansvar å sørge for ivaretagelse av pasientens autonomi. Er relasjonen og tilliten mellom sykepleier og pasient god, tenker vi at det vil kunne bidra til å lettere ivareta autonomien deres. På en annen side tenker vi at dersom pasienten ikke får tilstrekkelig informasjon om egen sykdom, vil dette påvirke pasientens medvirkning og dens autonomi. Dette problemet blir belyst i flere studier (Hjorth et al., 2018, 2020; Jerpseth et al., 2017). Ifølge helsepersonelloven § 10 og pasient- og brukerrettighetsloven § 3.2, skal helsepersonell gi pasienten tilstrekkelig informasjon etter dens ønske (Helsepersonelloven, 1999, § 10; Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 3.2). Ved å ta utgangspunkt i disse lovene og studiene, kan vi stille spørsmål rundt hvorfor pasientene rapporterer om manglende informasjon. På bakgrunn av egne erfaringer, ser vi at det kan være flere faktorer som påvirker dette. Vi tenker at ved å innføre ulike tiltak på området, vil dette kunne bidra til å tilfredsstille pasientene og videre føre til at både lover og retningslinjer blir fulgt. I tillegg tror vi at dette kan bidra til at pasienter vil stille sterkere i samtaler, og samtidig få mulighet til å ta beslutninger på egne vegne.

Flere studier viser at pasientene har behov for å forberede seg på livets slutfase (Hjorth et al., 2018, 2020; Jerpseth et al., 2018; Johnston et al., 2016; Molzahn et al., 2021). Grov (2020, s. 540) fastslår at pasienter kan ha svært ulike ønsker og behov når det kommer til dette. Pasienter og pårørende kan også ha ulike meninger om hva som skal skje ved livets slutfase (Grov & Wiig, 2018, s. 197). Hvis ikke pasienten har fått kommet med ønsker for livets slutfase, blir dette pårørendes ansvar (Helsedirektoratet, 2018b). På bakgrunn av dette tenker vi at det blir desto viktigere for pasienten å få mulighet til å komme med ønsker, og at disse blir dokumentert for fremtiden. Videre kan det tenkes at det bør iverksettes gode rutiner på slike samtaler, da dette kan bidra til å forberede pasienten på fremtidig sykdomsforløp. Pasienter har bekymringer rundt hva som skjer etter døden, samt redsel for å dø med mange symptomer (Molzahn et al., 2021). Pasienter forteller også at det i forberedende samtaler, er viktig med trygghet, ærlighet og åpenhet (Hjorth et al., 2018, 2020). Med bakgrunn i dette kan vi trekke inn Martinsens omsorgsfilosofi og se på viktigheten av omsorg overfor pasienter (Kristoffersen, 2016, s. 53–55). Vi tenker at dersom sykepleiere har omsorg som kjerne,

så vil åpenhet og ærlighet komme naturlig i samtaler om livets slutfase og pasienter vil kunne føle seg tryggere. Videre med bakgrunn i dette, ser vi for oss at pasienter også vil bli mer forberedt på fremtiden, som da kan medføre færre bekymringer og mindre frykt.

4.1.2. Hvordan kan forberedende samtaler om livets slutt påvirke pasienten?

Flere studier viser at en forhåndssamtale har positiv innvirkning på pasienten (Hjorth et al., 2018, 2020; Houben et al., 2019). Hjorth et al. (2018) hevder at en forhåndssamtale er viktig for å øke livskvaliteten i den gjenværende tiden. En slik samtale bør forberede pasienten på livets slutfase (Grov, 2020, s. 546–547). Det er pasientens ønsker og verdier som skal være rammen for samtalen, hvor pasienten kan stille spørsmål, få tilpasset informasjon og snakke om det de har behov for (Helsedirektoratet, 2018b). Vi tenker at en samtale hvor pasienten er i fokus, vil bidra til å ivareta dens autonomi. Videre tenker vi at god ivaretagelse av autonomien bidrar til at pasienten får en verdig avslutning på livet. Både yrkesetiske retningslinjer og lover tilsier at man skal ta hensyn til pasientens ønsker (Norges sykepleierforbund, 2019; Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 3.1). Vi kan se i studien til Hjorth et al. (2020) at det på en annen side er utfordringer knyttet til en forhåndssamtale med tidspress, utilstrekkelig kompetanse, rutiner og å finne riktig tidspunkt for en samtale. Videre ser vi for oss at dersom det er dårlige rutiner og manglende kompetanse, så vil dette bli nedprioritert i en hverdag hvor tidspresset allerede er stort. I tillegg tenker vi at sykepleiere kan være redde for å starte en slik samtale, da det er vanskelig å forutsi pasientens reaksjon, og at de frykter pasienten vil få enda flere bekymringer. Dette antar vi vil medføre at sykepleierne unngår slike samtaler.

Studien til Houben et al. (2019) belyser at symptomene på angst ble bedre etter en forberedende samtale. På en annen side ser vi i studien til Hjorth et al. (2020) at måten informasjon samt undersøkelser og behandlinger ble introdusert, kunne trigge angst. Ifølge Grov & Wiig (2018, s. 203–206), er gode kommunikasjonsferdigheter viktig for ivaretagelse av pasienten. Med bakgrunn i dette ser vi hvor viktig det er med tilstrekkelige kommunikasjonsferdigheter, slik at informasjon blir gitt på en empatisk og trygg måte. I tillegg kan det tenkes at det er viktig å tilpasse seg hver enkelt pasient, da de kan ha ulike ønsker og behov. Dette tror vi kan bidra til å optimalisere kvaliteten på samtalen og ikke skape unødvendige bekymringer og tanker som kan bidra til å trigge angst. Videre blir det rapportert at flere pasienter har udekte behov når det kommer til kommunikasjon og informasjon knyttet til blant annet sykdom og prognose (Jerpseth et

al., 2017, 2018). Slik vi ser det satte pasienten pris på en forberedende samtale, og med det tenker vi at deres udekte behov knyttet til kommunikasjon ble tilfredsstillt. På bakgrunn av dette, som nevnt tidligere, tror vi at dersom rutiner på slike samtaler blir iverksatt og pasienter får mulighet til å medvirke i beslutningsprosesser, så vil dette ha positiv innvirkning på pasienten. Ifølge Helsedirektoratet (2018b) er det viktig at pasientens ønsker vedrørende livets slutfase blir dokumentert. Dersom pasienters ønsker ikke blir dokumentert, ser vi for oss at det kan skje misforståelser og at feil beslutninger vedrørende behandling kan bli gjort.

4.1.3. Hvorfor er det viktig at sykepleiere har tilstrekkelig kompetanse og ferdigheter vedrørende livets slutfase?

Flere studier har rapportert om manglende ferdigheter og kunnskaper hos sykepleiere, knyttet til behandling og kommunikasjon vedrørende livets slutfase (Johnston et al., 2016; Tavares et al., 2022). Helsedirektoratet (2018b) sier at det er nødvendig for helsepersonell å holde sine kunnskaper oppdatert om pasienten og sykdomsforløpet. Som sykepleier har man et ansvar som innebærer å sørge for at pasienten får tilstrekkelig informasjon, samt den informasjonen de har rett på (Helsepersonelloven, 1999, § 10). På bakgrunn av at dette er lovpålagt, ser vi det nødvendig at sykepleiere gjør en endring på dette området, slik at pasienter skal kunne bli ivaretatt og forberedt på livets slutfase. Dersom ingenting endrer seg, ser vi for oss at pasienter ikke vil få god nok informasjon, og at det er noe som vil kunne gå utover pasientens psykiske helse ved å gi uvisshet og frykt for hva som venter dem. For å unngå dette og for å øke kunnskaper og ferdigheter, tenker vi at kursing og opplæring bør være noe alle sykepleiere tilbys. Det kan gjøre at terskelen for å melde seg på slike kurs blir lavere, da tilgjengeligheten vil være større. De yrkesetiske retningslinjene sier at man som sykepleier har et ansvar for å ivareta pasientens integritet, at man utøver trygg og god sykepleie, samt viser respekt og omsorg i møte med pasienten. Videre sier de at man som sykepleier også skal holde seg faglig oppdatert (Norges sykepleierforbund, 2019). Vi tenker at mangel på kunnskap og ferdigheter kan føre til at sykepleiere ikke evner å følge disse retningslinjene. Dersom kunnskaper og ferdigheter hos sykepleiere øker, ser vi for oss at det vil kunne føre til at pasienten føler seg ivaretatt, trygg og forberedt på hva som kan forventes i sykdomsforløpet. I tillegg kan vi stille spørsmål til hvorfor det har blitt rapportert om manglende kunnskaper og ferdigheter på dette området. Basert på egne erfaringer, ser vi at det kan være flere faktorer som spiller inn her. En av faktorene kan være tidspress, som gjør at sykepleiere ikke har tid til å sette seg inn i pasienten og dens sykdomsforløp. En annen faktor kan være prioriteringer, at avdelingen ikke prioriterer å bruke tid på kurs eller opplæring på området. Det finnes nok flere

årsaker til disse problemstillingene og slik vi ser det, er mangel på tid en av faktorene som går igjen. Med dette tenker vi at flere folk på jobb vil føre til mer tid til hver enkelt pasient.

Det at pasienten får tilstrekkelig informasjon, samt at informasjonen blir tilpasset dens behov og gitt med empati og respekt, er viktig for pasientene (Hjorth et al., 2020). Heyn et al. (2018, s. 13) viser til at sykepleieres mest brukte ferdighet er kommunikasjon. I møte med pasienter er personorientert kommunikasjon viktig (Eide & Eide, 2017, s. 16–17), spesielt når pasienten går mot livets slutfase eller har en uhelbredelig sykdom (Grov & Wiig, 2018, s. 199). Ved å opparbeide seg gode kommunikasjonsferdigheter kan man møte pasienten på en god måte for å ivareta deres verdier (Eide & Eide, 2017, s. 17). Det kan tenkes at måten helsepersonellet kommuniserer på er viktig for hvordan pasienten føler seg ivaretatt, da det kan bidra til å skape trygghet og tillit i samtalen. Videre tror vi at måten man kommuniserer med pasienten på, kan by på utfordringer. Blant annet misforståelser eller at pasienten ikke forstår informasjonen, noe som kommer frem i studien til Hjorth et al. (2020) og Jerpseth et al. (2018).

Flere studier viser at helsepersonell synes det er ubehagelig å snakke med pasienter om livets slutfase, og at samtalene på grunn av dette ofte blir unngått (Hjorth et al., 2020; Johnston et al., 2016; Molzahn et al., 2021). Her kan vi inkludere Martinsens omsorgsteori som sier at omsorg er sykepleierens kjerne. Videre mener hun at sykepleierne må bruke sine kunnskaper og ferdigheter for å ivareta pasienten og autonomien deres ved å involvere dem i beslutninger (Kristoffersen, 2016, s. 53–59). Vi kan også trekke inn helsepersonelloven §10 (Helsepersonelloven, 1999, § 10). I tråd med denne og Martinsens teori, tenker vi at sykepleiers plikt til å ivareta pasientens rettigheter, behov og ønsker går foran sykepleierens personlige komfortsone. Hvorfor er det sånn at sykepleiere synes det er ubehagelig å ha slike samtaler? Kan det ha noe med at de ikke har nok kunnskap på området, og derfor ikke evner å svare på det pasienten lurer på, eller hvordan de skal gå frem for å starte en slik samtale? Vi ser for oss at å starte med å rette fokuset over på bedre opplæring og videreutdanning, vil kunne bidra til at sykepleiere føler seg tryggere i slike samtaler. Vi ser også for oss at dersom pasienten skal få mulighet til å ytre sine ønsker rundt livets slutfase og fremtidig behandling, er det viktig at sykepleiere har gode kommunikasjonsferdigheter.

I studien til Jerpseth et al. (2017) fremkommer det et etisk dilemma hvor sykepleierne forteller at de jobbet for å skåne pasienten for smerte, mens legene jobbet for å forlenge

pasientenes liv. Med dette mente de at legene ikke tok hensyn til pasientens ønsker og behov. Som et motargument kan pasient- og brukerrettighetsloven brukes som et eksempel. Der kommer det frem at det er den samtykkekompetente pasientens autonomi og rettigheter som kommer først (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 3.1). Vi tar også utgangspunkt i de yrkesetiske retningslinjene (Norges sykepleierforbund, 2019). Dersom sykepleiere jobber etter lover og retningslinjer, kan vi tenke at pasientens ønsker og behov blir prioritert. Det er ikke alltid pasientene evner å stå opp for seg selv eller vet hva som er best for dem. Dermed tenker vi at det som sykepleier er viktig å ha kunnskap om pasientens rettigheter, og hvilke verdier som inngår i sykepleiefaget.

4.1.4. Hva er passende tidspunkt for å innlede en forberedende samtale om livets slutfase?

Passende tidspunkt for en forberedende samtale om behandlingsbeslutninger og livets slutfase, var individuelt i studiene til Hjorth et al. (2018) og Hjorth et al. (2020). Flere sykepleiere synes det er vanskelig å både initiere og finne riktig tidspunkt for en forberedende samtale, knyttet til behandlingsbeslutninger (Jerpseth et al., 2017). I andre studier fremkommer det at sykepleiere synes en forberedende samtale bør skje i et tidlig stadium av sykdommen (Hjorth et al., 2020; Tavares et al., 2022). Grov (2020, s. 546–547) sier at en slik samtale kan være både nyttig og viktig for pasienter med kols, da de kan ha en del tanker og ønsker rundt dette. Videre sier han at pasienter bør ha en slik samtale før de blir for dårlig. Med rot i dette, tenker vi at ulike beslutninger rundt hva som skal foregå når pasienten er så dårlig at den ikke kan ta egne valg, ikke skal bli en belastning for både pasient og pårørende. For å kunne sørge for at pårørende ikke skal få dette ansvaret, ser vi for oss at et nyttig tiltak kan være å tidlig sette i gang en tankeprosess hos pasienten om hva den ser for seg fremover i sykdomsforløpet. På bakgrunn av dette tenker vi at pasienters egentlige ønsker og behov ikke blir tilfredsstilt, dersom en annen må ta valgene for dem. Med grunnlag i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, s. § 3-1), skal vi som sykepleiere sørge for at pasienters ønsker bli hørt. Her kan vi også argumentere for at en slik samtale bør foregå tidlig, slik at pasienten får tid og rom til å reflektere og tenke over situasjonen. Dette for å sikre at det er pasienters ønsker og ikke de pårørendes ønsker som blir grunnlaget for valg av behandling og beslutninger. Vi antar at dersom sykepleiere har gode nok kunnskaper og ferdigheter om pasienters sykdomsforløp, vil de sørge for at en forberedende samtale foregår tidsnok. Vi ser videre for oss at dette kan medføre kontinuerlig og gjennomtenkte endringer i behandlingsplanen på bakgrunn av pasienters ønsker.

Av pasient og sykepleier var det sykepleier som skulle initiere til en forberedende samtale vedrørende livets slutfase, etter pasientenes ønske (Jerpseth et al., 2018; Johnston et al., 2016; Tavares et al., 2022). Vi kan også her trekke inn Kari Martinsens omsorgsfilosofi, hvor det fokuseres på sykepleiers omsorg til pasienten og sykepleiers kompetanse for å hjelpe pasienten på en god måte (Kristoffersen, 2016, s. 53–59). Med utgangspunkt i denne teorien ser vi for oss at omsorg er et av de større behovene pasienter har, og at det er nettopp dette pasienten har behov for når det kommer til forberedelser rundt livets slutfase. Vi tenker at pasienter ofte ikke tør å ta opp slike temaer, ettersom det kan være ubehagelig og en psykisk påkjenning for dem. Med bakgrunn i dette og i Martinsens teori, ser vi for oss at det ligger mye omsorg i å la pasienten få slippe å ta stilling til dette, og å være den som tar ansvar for å holde en slik samtale med pasienten (Kristoffersen, 2016, s. 53–59).

4.2. Betydning for sykepleie

Vi tenker at vår oppgave kan ha stor betydning for sykepleie, da både tidligere forskning og egne erfaringer gir uttrykk for at pasienter med kols ofte ikke blir godt nok forberedt på livets slutfase. Pasienter med kols er en pasientgruppe som ofte blir nedprioritert og undervurdert av helsepersonell (Grundt & Mjell, 2016, s. 239). På bakgrunn av dette tror vi at denne oppgaven kan ha stor betydning for den fremtidige sykepleien, ved at pasientgruppen blir snakket opp og frem. Ved å sette søkelys på dette, ser vi for oss at sykepleien til disse pasientene blir bedre. Vi har i denne litteraturstudien sett at helsepersonell ofte synes det er utfordrende å kommunisere med pasienter rundt livets slutfase. Derfor har vi sett på hva pasientene verdsetter og ønsker i forbindelse med forberedelse på livets slutfase, og hva som er viktig for pasientene for å føle seg ivaretatt.

4.3. Styrker og svakheter med litteraturstudiet

Vi har i denne oppgaven skrevet en litteraturstudie, hvor vi har undersøkt forskning som er gjort på området. En litteraturstudie oppsummerer allerede eksisterende forskning og kunnskap (Støren, 2013, s. 27). Vi gjorde et strukturert søk, hvor vi kun søkte i 2 databaser. Dette tror vi kan svekke fremgangsmåten, da vi kan ha gått glipp av relevante studier i andre databaser. I tillegg var det noe utfordrende å finne gode søkeord, og dette var noe vi brukte lang tid på. I begynnelsen av søket hadde vi for mange søkeord, som gjorde at søket vårt ble begrenset og kun gav oss noen få artikler.

Videre var søkeordene kun basert på hva vi selv mente var relevant. Av søkeordene vi til slutt endte opp med, valgte vi å inkludere både emneord og tekstord i søket (Støren, 2013, s. 38). Dette tenker vi er en styrke da det gjorde at søket vårt fikk flere treff og muligens inkluderte flere relevante artikler.

Når vi analyserte studiene brukte vi helsebibliotekets sjekklister, dette er noe vi anser som en styrke da disse bidrar til å kvalitetssikre studiene vi har valgt (Helsebiblioteket, 2016). I studiene var metoddelen nøye beskrevet, noe som gjorde at vi fikk et bedre innblikk i hvordan forfatterne hadde kommet frem til resultatene sine. Videre var alle studiene vi inkluderte fagfellevurdert, godkjent av etiske komiteer (Dalland, 2020a, s. 167–168; Trygstad & Dalland, 2020, s. 145), og forfattere hadde relevant utdanning samt bred erfaring. Dette er noe vi ser på som en styrke da det bidrar til å sikre kvaliteten på studiene.

Flere av studiene har hatt utfordringer med å rekruttere nok deltakere, noe vi tenker er en svakhet da dette kan bidra til å påvirke resultatene. Vi har inkludert flere kvantitative studier som er basert på intervjuer. Dette kan bidra til at vår studie blir påvirket av forfatterens førforståelse og fordommer (Dalland, 2020b, s. 60). Dessuten er alle studiene vi har inkludert skrevet på engelsk, noe som kan skape misforståelser og feiltolkninger når vi oversetter. Vi vil dog presisere at oversettingen er noe vi har brukt mye tid på, for å sikre at vi har gjort det så presist som mulig.

4.4. Konklusjon

Vi har undersøkt hvordan sykepleiere kan bidra til å både ivareta og forberede pasienter med kols på livets slutfase, ved bruk av kommunikasjon. Resultatene fra studiene har gitt oss et innblikk i hvilke meninger og opplevelser sykepleiere har, hva de kan bidra med, samt hvilke behov og ønsker pasienten har. For å oppsummere er det viktig at sykepleiere har gode kommunikasjonsferdigheter og kunnskaper om pasienten og dens sykdomsforløp, for å kunne ivareta pasienten i en samtale om livets slutfase. På tross av dette, er det rapportert at sykepleiere har manglende kunnskaper og ferdigheter, og at de blir utilpasse i slike samtaler. Sykepleiere er bekymret for overbehandling av pasienter, og synes at leger jobber for livsforlenging, heller enn livskvalitet. Pasienter rapporterer om ønsker og behov for nok informasjon om sykdom, fremtid og behandlingsmuligheter. De ønsker også å bli møtt med respekt, åpne og trygge samtaler, og forteller at gode relasjoner med helsepersonell er viktig for dem. Det blir også

rapportert om at ønskene deres ofte blir ignorert, selv om de er kjent. En forberedende samtale om livets slutfase var noe pasientene satte pris på. Tilbudet om en slik samtale varierte, noen pasienter hadde aldri fått dette tilbudet, og andre fikk for dårlig informasjon. Passende tidspunkt for en forberedende samtale om livets slutfase var individuelt. Noen sykepleiere synes at å innlede en slik samtale var vanskelig, men samtidig nødvendig for å opprettholde god livskvalitet. Flere sykepleiere synes det var vanskelig å vite når passende tidspunkt for en forhåndssamtale, mens andre synes en slik samtale bør foregå tidlig da sykdomsforløpet er uforutsigbart.

Vi vil konkludere med at dersom det blir fokusert på implementering og iverksetting av forberedende samtaler, og opplæring av sykepleiere, så vil dette kunne bidra til forberedelse og ivaretagelse av pasienter med kols på livets slutfase. Vi ser også i studiene at både pasienter og sykepleiere ser positivt på forberedende samtaler om livets slutt, og at dette kanskje er noe som bør fokuseres i helsetjenesten.

5. Referanseliste

- Aveyard, H. (2018). *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide* (4. utg.). Open University Press.
- Bakkelund, J., Thorsen, B. H., Almås, H., Sorknæs, A. D., & Grønseth, R. (2016). Sykepleie ved lungesykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie: Bind 1* (5. utg., s. 117–179). Gyldendal.
- Brodtkorb, K. (2020). Respirasjon og sirkulasjon. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 381–395). Gyldendal.
- Dalland, O. (2020a). Etske overveielser og personvern. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (7. utg., s. 167–175). Gyldendal.
- Dalland, O. (2020b). Hva er metode? I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (7. utg., s. 53–64). Gyldendal.
- Eagan, T. M., Larsson, P. G., & Ørn, S. (2020). Fysiologiske undersøkelser. I T.-A. Hagve (Red.), *Undersøkelser ved sykdom* (3. utg., s. 95–108). Gyldendal.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Gyldendal.
- Folkehelseinstituttet. (2014, juni 30). *Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kols/>
- Grov, E. K. (2020). Pleie og omsorg ved livets slutt. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 538–557). Gyldendal.
- Grov, E. K., & Wiig, H. S. (2018). Kommunikasjon med pasienter i palliativ fase. I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 196–229). Gyldendal.
- Grundt, H., & Mjell, J. (2016). Sykdommer i respirasjonsorganene. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 217–251). Gyldendal.

- Helsebiblioteket. (2016, juni 3). *4.1 Sjekklistor*. Helsebiblioteket.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistor>
- Helsebiblioteket. (2020, november 27). *3.5 søketeknikker*. Helsebiblioteket.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
- Helsebiblioteket. (2021a, januar 20). *CINAHL*. Helsebiblioteket.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/databaser/cinahl>
- Helsebiblioteket. (2021b, september 30). *2.1 PICO*. Helsebiblioteket.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
- Helsedirektoratet. (2018a, juni 26). *§ 4. Forsvarlighet*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/krav-til-helsepersonells-yrkesutovelse/-4.forsvarlighet>
- Helsedirektoratet. (2018b, september 10). *Kommunikasjon og samvalg*.
Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/kommunikasjon-og-samvalg>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64).
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2
- Heyn, L. G. (2018). Hvordan tilegne seg kommunikasjonsferdigheter? I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 13–31). Gyldendal.
- Hjorth, N. E., Haugen, D. F., & Schaufel, M. A. (2018). Advance care planning in life-threatening pulmonary disease: A focus group study. *ERJ Open Research*, *4*(2), 00101–02017. <https://doi.org/10.1183/23120541.00101-2017>
- Hjorth, N. E., Schaufel, M. A., Sigurdardottir, K. R., & Haugen, D. R. F. (2020). Feasibility and acceptability of introducing advance care planning on a thoracic medicine inpatient ward: An exploratory mixed method study. *BMJ Open Respiratory Research*, *7*(1), e000485. <https://doi.org/10.1136/bmjresp-2019-000485>

- Houben, C. H. M., Spruit, M. A., Luyten, H., Pennings, H.-J., Boogaart, V. E. M. van den, Creemers, J. P. H. M., Wesseling, G., Wouters, E. F. M., & Janssen, D. J. A. (2019). Cluster-randomised trial of a nurse-led advance care planning session in patients with COPD and their loved ones. *Thorax*, *74*(4), 328–336. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2018-211943>
- Jerpseth, H., Dahl, V., Nortvedt, P., & Halvorsen, K. (2017). Nurses' role and care practices in decision-making regarding artificial ventilation in late stage pulmonary disease. *Nursing Ethics*, *24*(7), 821–832. <https://doi.org/10.1177/0969733015626600>
- Jerpseth, H., Dahl, V., Nortvedt, P., & Halvorsen, K. (2018). Older patients with late-stage COPD: Their illness experiences and involvement in decision-making regarding mechanical ventilation and noninvasive ventilation. *Journal of Clinical Nursing*, *27*(3–4), 582–592. <https://doi.org/10.1111/jocn.13925>
- Johnston, B., Coole, C., & Jay Narayanasamy, M. (2016). An end-of-life care nurse service for people with COPD and heart failure: Stakeholders' experiences. *International Journal of Palliative Nursing*, *22*(11), 549–559. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2016.22.11.549>
- Kildekompasset. (u.å.). *Er forfatteren troverdig?* Kildekompasset. Hentet 15. mai 2023, fra <https://kildekompasset.no/kildekritikk/>
- 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., s. 15–76). Gyldendal akademisk.
- Molzahn, A. E., Sheilds, L., Antonio, M., Bruce, A., Schick-Makaroff, K., & Wiebe, R. (2021). Ten minutes to midnight: A narrative inquiry of people living with dying with advanced copd and their family members. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, *16*(1), 1893146. <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1893146>
- Norges sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikkk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

- Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... McKenzie, J. E. (2021, mars 29). *PRISMA 2020 explanation and elaboration: Updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews* | *The BMJ*. The Bmj. <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n160>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- PubMed. (2018, oktober 5). *PubMed Overview*. National Library of Medicine. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/>
- Slettebø, Å. (2016). Etske dilemmaer. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 43–54). Gyldendal akademisk.
- Slaaen, J., Røynstrand, E., Gravdahl, E.-K. N., & Engebriksen, E. S. (2016). *Begrep – Norsk Palliativ Forening*. Norsk palliativ forening. <https://palliativ.org/publikasjoner/begrep>
- Sneltvedt, T. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 67–113). Gyldendal akademisk.
- Støren, I. (2013). *Bare søk!* (2. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Tavares, N., Jarrett, N., Wilkinson, T., & Hunt, K. (2022). Clinician Perspectives on How to Hold Earlier Discussions About Palliative and End-of-Life Care With Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients: A Qualitative Study. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 24(3), E101. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000858>
- Trygstad, H., & Dalland, O. (2020). Kunnskapskilder og kildekritikk. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (7. utg., s. 137–166). Gyldendal.

