

[Kandidatnummer: 6208 & 6302]

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Palliativ omsorg ved kols



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

[Stavanger, 11/5-21]



Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn: Kols er en utbredt sykdom i Norge og resten av verden. Helsedirektoratet (2012, s. 9) omtaler kols som et folkehelseproblem, og sykdommen regnes som den tredje hyppigste årsaken til død. Sykepleiere vil med stor sannsynlighet møte på denne pasientgruppen i helsevesenet. Helsedirektoratet anbefaler en palliativ tilnærming til pasienter med langtkommen kols (Helsedirektoratet, 2012, s. 119). Til tross for Helsedirektoratets anbefalinger har denne pasientgruppen ikke fått tilstrekkelig oppmerksomhet (Helsedirektoratet, 2012, s.115).

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan sykepleiere kan bidra til å forbedre utøvelsen av palliativ omsorg til pasienter med kols.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie basert på kvalitativ forskning om erfaringer knyttet til utførelse og identifisering av palliativ omsorg til pasienter med kols. I denne oppgaven er det blitt brukt fire intervjubaserte forskningsartikler hvor alle følger IMRaD-modellen.

Resultat: Tilbakeholdenhet og usikkerhet ved kommunikasjon både ovenfor legen og pasienten gikk igjen som en utfordring ved utførelse av palliativ omsorg til pasienter med kols. I tillegg bidro manglende kunnskap og erfaring til å gjøre identifiseringen og overgangen til palliativ omsorg mer utfordrende.

Konklusjon: Den palliative omsorgen til pasienter med kols kan bedres ved å øke kunnskap og fokus på fagområdet. Økt kunnskap og fokus innen tverrfaglig samarbeid, god kommunikasjon, kunnskap om behandlingsoalternativer og tidlig identifisering kan bidra til å sikre god palliativ omsorg.

Nøkkelord: Kols, palliativ omsorg, utfordringer og sykepleie.

«(...) palliative care should be integrated earlier in a patient's disease trajectory, because this can improve quality of life, reduce symptom burden, and leads to less aggressive treatments and fewer hospitalizations» (Flierman, Nugteren, van Seben, Buurman & Willems, 2019, s.1)

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	5
1.1. PROBLEMFORMULERING OG BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	5
1.2 HENSIKT	5
2.0 TEORI	5
2.1 KRONISK OBSTRUKTIV LUNGESYKDOM.....	5
2.2 SYMPTOMER VED KOLS	6
2.3 KONSEKVENSER AV KOLS.....	6
2.4 BEHANDLING	7
2.4.1 MEDIKAMENTELL BEHANDLING	7
2.4.2 LUNGEREHABILITERING	8
2.4.3 PUSTESTØTTE	8
2.4.4 UNDERVISNING, VEILEDNING OG SAMARBEID.....	8
2.5 PALLIATIV OMSORG	9
2.5.1 PALLIATIV OMSORG VED KOLS	10
2.6 SYKEPLEIERFAGLIGE PERSPEKTIVER: KATIE ERIKSSONS LIDELSESTEORI.....	10
2.6.1 SYKDOMSLIDELSE.....	11
2.6.2 PLEIELIDELSE	12
3.0 METODE	12
3.1 LITTERATURSØK	13
3.2 ANALYSE.....	14
4.0 RESULTAT	15
4.1 TVERRFAGLIG SAMARBEID	16
4.2 KOMMUNIKASJON	17
4.3 KUNNSKAP OG ERFARING	18
4.4 IDENTIFISERING	19
5.0 DISKUSJON	20
5.1 METODEDISKUSJON.....	20
5.1.1 INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER	21
5.1.2 OVERFØRBARHET TIL NORSK PRAKSIS.....	22
5.1.3 TVERRFAGLIG PERSPEKTIV.....	23
5.2 RESULTATDISKUSJON.....	24
5.2.1 TVERRFAGLIG SAMARBEID.....	24
5.2.2 KOMMUNIKASJON.....	26
5.2.3 KUNNSKAP OG ERFARING	28
5.2.4 IDENTIFISERING	29
5.2.5. HELHETLIG PERSPEKTIV	30
6. ANBEFALINGER FOR VIDERE PRAKSIS	31
LITTERATURLISTE	33
VEDLEGG	36
VEDLEGG 1, ANALYSE AV ARTIKLER	36
VEDLEGG 2, PICO – SKJEMA	40
VEDLEGG 3, OVERSIKT OVER INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER	41

Antall ord: 9812

1.0 Innledning

1.1. Problemformulering og bakgrunn for valg av tema

Gjennom sitt arbeid i helsevesenet vil sykepleiere med stor sannsynlighet møte på pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols). Kols er en ledende bidragsyter til dødelighet og sykkelighet verden over, og den globale utbredelsen er forventet å øke ytterligere (Gray, 2016, s. 288). I Norge er det over 10 000 sykehusinnleggelses med kols som hoved- eller bidiagnose hvert år (Folkehelseinstituttet, 2018). Kols er en sykdom som kan føre til blant annet angst, depresjon og sosial isolasjon (Bakkelund, Thorsen, Almås, Sorknæs & Grønseth, 2020, s 137-138). Dette gjør pasienter med kols til en pasientgruppe som kan ha god nytte av palliativ omsorg.

I arbeidet med kronisk syke og terminale pasienter, slik som pasienter med kols, er det viktig med kunnskap om palliativ omsorg. Målet med denne oppgaven er derfor å få mer kunnskap om dette temaet. Palliativ omsorg er et begrep som går igjen i litteratur om klinisk sykepleie, særlig i forbindelse med kreft. Sykepleiestudiet har dog lite fokus på palliativ omsorg ved kols. Ny kunnskap er viktig for å kunne lindre symptomer, bedre dagliglivets aktiviteter og øke livskvaliteten til pasienter med kols og andre kroniske sykdommer.

1.2 Hensikt

Hensikten med denne bacheloroppgaven er å belyse hvordan sykepleiere kan bidra til å bedre utøvelsen av palliativ omsorg til pasienter med kols.

2.0 Teori

2.1 Kronisk obstruktiv lungesykdom

Kols er en samlebetegnelse på kronisk lungesykdom som kjennetegnes av nedgang i lungesystemets funksjoner og struktur som resulterer i økt luftmotstand, som ikke er reversibel. Pasienten vil oppleve økt motstand under ekspirasjonen på grunn av innsnevring av luftveiene. I tillegg har pasienten en kronisk inflammasjon som gradvis skader de perifere luftveisgreinene. Kols omfatter hovedsakelig sykdommene kronisk bronkitt og emfysem, eller en kombinasjon av disse (Bakkelund et al., 2020, s. 133).

Kronisk bronkitt er uttalt hoste og ekspektoratproduksjon som forekommer de fleste dager over en tidsperiode på tre måneder i minst to år (Bakkelund et al., 2020, s. 133). Typiske symptomer ved kronisk bronkitt er økt sekretproduksjon i luftveiene grunnet kronisk inflammasjonsreaksjon og økt luftmotstand. Den økte luftmotstanden skyldes i hovedsak kronisk inflammasjon i de mindre bronkiene og bronkiolene, samt fortykket vegg som reduserer luftrørsåpningen (Grundt & Mjell, 2016, s. 239).

Ved emfysem ødelegges lungevevet, alveolene og de minste bronkiolene slik at lungene mister sin elastisitet. Ødeleggelsen fører til at det blir færre, men større alveoler som resulterer i redusert diffusjonsflate og nedsatt kapillærsirkulasjon. Pasienten vil oppleve økt luftmotstand ved ekspirasjon på grunn av de små luftveiene som klapper sammen. Dette gjør det vanskelig for pasientene å tømme lungene for luft (Bakkelund et al., 2020, s. 133).

2.2 Symptomer ved kols

Pasienter med kols vil oppleve at symptomene kommer gradvis. De første symptomene er som regel kronisk hoste, økt slimproduksjon og dyspné ved anstrengelser (Grundt & Mjell 2016, s. 240). Denne pasientgruppen er også utsatt for akutt bronkitt, som ofte blir omtalt som kols eksaserbasjon (Bakkelund et al., 2020, s. 134). Kols eksaserbasjon vil si at pasienten får en akutt forverring av symptomene. Forverringen skyldes ofte infeksjoner i nedre luftveier, og resulterer i økt slimproduksjon og hoste som gir økt dyspné (Grundt & Mjell, 2016, s. 135). Hyppige eksaserbasjoner har betydelig innvirkning på pasientens livskvalitet og øker dødeligheten (Hjalmarsen, 2012, s. 109).

2.3 Konsekvenser av kols

Pasienter med kols viser en høy forekomst av angst og depresjon. Pustevansker og følelsen av å ikke få puste bidrar til å skape angst. Derav er pasienter med kols ti ganger mer utsatt for å få panikkanfall, sammenlignet med befolkningen for øvrig (Gray, 2016, s. 291). Dermed havner de i en negativ syklus hvor kols fører til angst, angsten trigger panikkanfall som igjen fører til økt dyspné (Hjalmarsen, 2012, s. 144). Å leve med angst, depresjon og hyppige forverringer kan føre til nedsatt livskvalitet. Sykdommen hindrer pasientene fra å leve deres daglige liv og å sosialisere seg blant annet på grunn av frykten for dyspné (Gray, 2016, s. 291). Ifølge Helsedirektoratet (2012, s. 22) har pasienter med kols også økt risiko for å utvikle andre sykdommer som blant annet muskeldystrofi, lungekreft, underernæring,

søvnforstyrrelser og anemi. Pasienter med svært alvorlig kols er også i risiko for å utvikle høyresidig hjertesvikt på grunn av det økte trykket i lungekretsløpet (Bakkeland et al., 2020, s. 135).

2.4 Behandling

Kols er en uhelbredelig sykdom og målet med behandlingen av denne pasientgruppen er å forbedre funksjonsstatus og pasientens livskvalitet ved å opprettholde optimal lungefunksjon, håndtere symptomer og forhindre forverring (Gray, 2016, s. 289). Behandlingen består av medikamentelle og ikke medikamentelle tiltak, og retter seg mot lindring av fysiske og psykiske smerter, samt sosiale og eksistensielle problemer eller utfordringer (Helsedirektoratet, 2012, s. 119).

2.4.1 Medikamentell behandling

Hensikten med den medikamentelle behandlingen er å behandle reversible luftveisobstruksjon og forebygge infeksjoner i nedre luftveier (Hjalmarsen, 2012, s. 88). En del av denne behandlingen av kols inkluderer bronkodilaterende legemidler. Disse virker ved at den glatte muskulaturen i bronkieveggene blir mer avslappet, bronkiene utvider seg, og lufttransporten går lettere (Bakkeland et al., 2020, s. 136). Bronkodilaterende legemidler kommer både som inhalasjon, intravenøs infusjon eller tablett. Medikamentene kan være kort- eller langtidsvirkende (Bakkeland et al., 2020, s. 135). Korttidsvirkende medikamenter gir rask symptomlindring og bedring av fysisk yteevne. Langtidsvirkende reduserer symptomer, reduserer behovet for korttidsvirkende legemidler og fører til at de akutte forverringene av sykdommen opptrer sjeldnere (Bakkeland et al., 2020 s. 136).

Glukokortikoider er også en av medikamentene som brukes ved behandling av kols. De har en antiinflammatorisk virkning, og kommer som inhalasjon og tablett. Glukokortikoider forebygger og griper inn i flere av mekanismene som skaper og vedlikeholder inflammasjonsreaksjonen som gir ødem og slimproduksjon. Ved kols eksaserbasjoner bør pasienten få en kortvarig kur med et glukokortikoid og antibiotika (Bakkeland et al., 2020 s. 136).

2.4.2 Lungerehabilitering

En annen viktig behandling ved kols er lungerehabilitering. Målet med lungerehabilitering er å optimalisere funksjons- og mestringsevnen, og bidra til at pasienten i størst mulig grad kan være autonom. Lungerehabilitering innebærer både medikamentell og ikke medikamentell behandling, ulike pusteteknikker, livsstilsendringer og forebygging. De viktigste tiltakene er røykeslutt, riktig ernæring, fysisk aktivitet, trening, pasientundervisning og psykososial støtte. God lungerehabilitering kan bidra til at pasienter med kols får økt livskvalitet, økt deltakelse sosialt og i samfunnet, redusere symptomer, bremse sykdomsutviklingen og hindre sykehusinnleggelse (Bakkelund et al., 2020, s. 177).

2.4.3 Pustestøtte

Ved kols eksaserbasjoner kan de dårligste pasientene med kols ha behov for non-invasiv overtrykksventilering (NiV) eller invasiv overtrykksventilering, også kjent som respiratorbehandling. Ved NiV blåses det luft ned i pasientens luftveier gjennom en maske. Maskeventilasjonen kan gis ved hjelp av CPAP (continuous positive airway pressure) eller BIPAP (Biphasic positive airway pressure). CPAP holder pasientens luftveier åpne ved at pasienten kontinuerlig puster mot motstand. BIPAP hjelper pasienten å lufte ut karbondioksid samtidig som oksygeneringen blir bedre. Dette skjer fordi trykket etter endt inspirasjon er høyere enn etter endt ekspirasjon (Dybwik, 2020, s. 198-199). I denne oppgaven vil ikke denne typen behandling bli omtalt ytterligere. Det er likevel viktig å kjenne til disse behandlingsmulighetene for å kunne lindre pasientens symptomer.

2.4.4 Undervisning, veiledning og samarbeid

Sykepleiere og annet helsepersonell har også ansvar for å gi nødvendig undervisning og veiledning om sykdommen og behandlingen til pasienter med kols (Bakkelund et al., 2020, s. 177). Dette er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven fra 1999 §3-1 om medvirkning, og §3-2 om retten til informasjon. Helsepersonelloven fra 1999 §10 gir helsepersonell plikt til å gi pasienter nødvendig informasjon for å få innsikt i egen helsetilstand og kunne ta valg som omhandler egen behandling. God undervisning og veiledning skal bidra til at pasienten selv klarer å ivareta egenbehandling og forebygge sykdomsutvikling (Bakkelund et al., 2020, s. 177).

Ifølge Helsedirektoratet (2012, s 117) krever god symptomlindring av pasienter med kols et godt tverrfaglig samarbeid. Det kan bidra til å redusere feil og bedre omsorgen for pasienter, særlig de med kroniske sykdommer (Aase & Hansen, 2018, s. 213). Dette er stadfestet i helsepersonelloven fra 1999 §4, første ledd som sier at helsepersonell til enhver tid skal handle med faglig forsvarlighet og omsorgsfullhjelp. Videre i helsepersonelloven fra 1999 i §4, andre ledd står det at helsepersonell skal ved behov innhente bistand og yrkesutøvelsen skal skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.

2.5 Palliativ omsorg

Palliativ omsorg er en form for omsorg som har til hensikt å bedre livskvaliteten for pasienter diagnostisert med en ikke kurativ sykdom. Palliativ omsorg omfatter blant annet elementer av sosial, spirituell, psykisk og fysisk støtte, både til pasienten og familien (Gray, 2016, s. 292). For å kunne tilby pasienten god palliativ omsorg må helsepersonell kartlegge pasientens symptomer, behov, ressurser og totalsituasjon. Dette innebærer en grundig anamnese og kliniske undersøkelser. Med bakgrunn i dette har det blitt utviklet grunnleggende prinsipper for kartlegging og behandling for de som har behov for palliativ omsorg. Disse er presentert i tabell 1. (Helsedirektoratet, 2019). Oppgaven vil ikke fordype seg i disse prinsippene, men anser det som viktig å ha kjennskap til dem.

Grunnleggende prinsipper for kartlegging og behandling
La pasienten angi sin opplevelse av situasjonen og sin forståelse av symptomer og plager
Bruk numerisk skala fra 0 til 10 for pasientrapportering av symptomintensitet
Kartlegg og grader funksjonsnivået
Kartlegg patofysiologiske forhold når det er mulig, dersom det får behandlingsmessige konsekvenser.
Involver fagpersoner fra det tverrfaglige teamet
Iverksett tiltak etter gjeldende retningslinjer og i henhold til pasientens mål og ønsker
Evaluer effekten av behandlingen.

Vurder alltid aktuelle tiltak i lys av forventet levetid.
Ha kontinuerlig dialog med pasient og pårørende om behandling, tiltak og prognose.

Tabell 1, hentet fra Helsedirektoratet (2019) viser oversikten over grunnleggende prinsipper for kartlegging og behandling av pasienter med kols som trenger palliativ omsorg.

Verdens Helseorganisasjon (WHO) presiserer at palliativ omsorg skal brukes i hele sykdomsforløpet, ikke bare ved livets slutt. Tidlig i sykdomsforløpet, sammen med annen livsforlengende behandling, er palliativ omsorg hensiktsmessig for å hjelpe pasienten og hans pårørende med å mestre situasjonen og delta aktivt i egen behandling (Helsedirektoratet, 2019). Palliativ omsorg skal også praktiseres ved alle nivåer og områder i helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2019). Det er lovfestet både gjennom helse- og omsorgsloven fra 2011 §6-1, første ledd og spesialisthelsetjenesten fra 1999 §2-1 e. første ledd, som sier at kommune- og spesialisthelsetjenesten skal legge til rette for nødvendig samarbeid.

2.5.1 Palliativ omsorg ved kols

Helsedirektoratet (2012, s. 115) oppgir at nærmere 20% av pasienter med kols har en alvorlig eller svært alvorlig grad av kols. Alvorlig og svært alvorlig kols kan sammenlignes med avansert lungekreft, men symptombelastningen hos pasienter med kols er større (Von Plessen, Nielsen, Steffensen & Larsen, 2011, s. 2641). I 2012 utga Helsedirektoratet *Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging av kols*. Veilederen anbefaler bruk av palliativ omsorg ved behandling av pasienter med kols (Helsedirektoratet, 2012, s. 115). Samtidig kom det frem i veilederen at helsepersonell møter store kliniske utfordringer når de skal lindre symptomer i livets slutfase. De palliative enhetene i Norge er ikke beredt til å ta imot pasienter med kols, og det er utfordrende å vurdere når pasienten har behov for palliativ omsorg (Helsedirektoratet, 2012, s. 115).

2.6 Sykepleierfaglige perspektiver: Katie Erikssons lidelsesteori

Katie Eriksson er en av flere sykepleiere som er opptatt av fenomenet lidelse i en sykepleiesammenheng (Eriksson, 2010, s. 24). Eriksson vektlegger den individuelle samhandlingen mellom sykepleier og pasient. Ifølge Eriksson vil sosiokulturelle vurderinger

av sykdom forsterke pasientens opplevelse av lidelse og smerte (Kristoffersen & Breievne, 2016, s. 190).

Eriksson beskriver lidelse som en kamp- og sorgprosess som påvirker hele mennesket, fysisk og psykisk (Kristoffersen & Breievne, 2016, s. 190 - 191). Når et menneske lider, eller opplever tap, medfører det ofte at personen utvider horisonten og oppdager nye sider ved seg selv. Verdien av ting, handlinger og personer, som tidligere ble sett på som en selvfølge eller tatt for gitt, blir sett eller opplevd fra et nytt perspektiv. Dette kan resultere i at mennesket endrer prioriteringene sine grunnet nye perspektiver på livet. Dette kan bidra til å bevisstgjøre mennesket på hva som er viktige verdier og holdninger for dem, og føre til at de kommer styrket gjennom lidelsen eller tapet (Kristoffersen & Breievne, 2016, s. 190 - 191).

2.6.1 Sykdomslidelse

Sykdomslidelse er lidelse som oppstår som følge av sykdom og/eller behandling av sykdommen (Eriksson, 2010, s. 76). Ifølge Eriksson (2010, s. 77-78) omfatter denne lidelsen både fysisk smerte, og sjelelig og åndelig lidelse i form av skam og følelse av mindreverd. Pasienten kan oppleve både skam og skyld som kan oppstå hos pasienten selv ut fra egne forventninger eller selvfølelse, eller det kan oppstå ut fra hvordan pasienten oppfatter andres holdninger. Pasienten kan føle at vedkommende ikke lever opp til sitt ideal og oppleve det som et nederlag, eller at vedkommende mislykkes, dersom pasienten ikke mestrer å medvirke i egen behandling (Eriksson 2010, s. 78-79).

I hele den vestlige kulturen og hos det enkelte mennesket anses det å ha kontroll, være uavhengig, autonom og selvhjulpen i alle relasjoner som viktig verdier. Samtlige sykdommer som medfører avhengighet og et stort hjelpebehov over tid, kan for pasienten oppleves som særlig belastende og medføre lidelse. I den norske kulturen er også funksjonsevne og utseende sentrale verdier. Enkelte kan oppleve å opprettholde opplevelsen av å være et verdifullt menneske når utseende og funksjon endres, som resultat av sykdommens behandling, som vanskelig og utfordrende. Endringene kan avvike fra normer og idealer i samfunnet (Kristoffersen & Breievne, 2016, s. 195).

2.6.2 Pleielidelse

Pleielidelse er lidelse som pasienten opplever på grunn av pleien eller uteblitt pleie (Eriksson, 2010, s. 81). Eriksson (2010, s. 81) sammenfatter denne lidelsen i fire hovedkategorier: krenkelse av pasientenes verdighet, uteblitt pleie, fordømmelse, og straff og maktutøvelse. Denne oppgaven vil ta for seg pleielidelse som kommer på grunn av krenkelse av pasientens verdighet og uteblitt pleie.

Pasientens verdighet kan krenkes gjennom latterliggjøring, overlegen tiltale eller slurv og mangel på sensitivitet ved pleietiltak som pasienten opplever som intimsoner eller personlige spørsmål (Eriksson, 2010, s. 81). Eriksson (2010, s. 81) hevder at når helsepersonell krenker pasientens verdighet kan dette over tid resultere i at pasienten blir fratatt muligheten til å være et menneske. Krenkelse kan også forekomme ved at helsepersonell ikke ser det enkelte mennesket (Eriksson, 2010, s. 81). Alle mennesker har samme verdi og verdighet, men hvordan man oppfatter sin egen verdighet kan variere (Eriksson, 2010, s. 82).

Som sykepleier er det viktig å være oppmerksom på pasientens lidelse, og dens tilknytning til manglende ivaretagelse av grunnleggende behov (Kristoffersen & Breievne, 2016, s. 197). Uteblitt pleie kan være en konsekvens av sykepleierens manglende evne til å oppfatte eller forstå pasientens behov (Eriksson, 2010, s. 86). På den andre siden trenger ikke manglende vilje eller omsorgsevne nødvendigvis være årsaken til pleielidelse. Det kan skyldes ulike rammer som gjør det vanskelig for helsepersonell å gi pasienten pleien de trenger. Økonomiske rammebetingelser, politiske føringer og verdier innad i institusjonen eller organisasjonen kan også være medvirkende faktorer til pasientens pleielidelse (Kristoffersen & Breievne, 2016, s. 199).

3.0 Metode

Metode er et verktøy som forteller hvordan data kan samles inn på en hensiktsmessig måte i forbindelse med en undersøkelse. Valg av metode avhenger av problemstilling (Dalland, 2017, s. 51-52). Metoden må ta hensyn til etiske vurderinger, gjennomførbarhet og hva som er tidsmessig og økonomisk realistisk (Dalland, 2017, s.54). Denne bacheloroppgaven er en litteraturbasert studie som tar utgangspunkt i forskning om palliativ omsorg. Litteraturstudie er en studie som samler inn litteratur, går kritisk gjennom innsamlet data og til slutt

sammenfatter dataene (Thidemann, 2015, s. 79). I denne oppgaven er det benyttet forskningsartikler som bruker en kvalitativ metode. Kvalitativ metode er en metode som samler inn kunnskap om menneskelige egenskaper. Dette inkluderer blant annet å undersøke ulike opplevelser og erfaringer en gruppe mennesker har om et bestemt fagområde (Thidemann, 2015, s.79). Denne metoden egner seg derfor godt til å undersøke hvilke utfordringer og erfaringer sykepleierne opplever ved utførelse av palliativ omsorg ved kols. Dataene i artiklene er hentet ved hjelp av semi-strukturerte intervju og fokusgrupper med hensikt å få kunnskap om menneskers opplevelser ved utførelse av palliativ omsorg. Læreboka *Dag för uppsats* av Friberg (2017) er inspirasjonen bak metode og utforming av denne bacheloroppgaven.

3.1 Litteratursøk

I litteratursøket ble det brukt ulike databaser. Svemed+, Sykepleien, British Nursing Index, Cinahl, Health Research Premium Collection, Helsebiblioteket, Idunn og Academic Search Primer er databasene som ble ansett som relevante. Disse databasene inneholder forskning innen helse- og sosialfag og medisin. Artiklene som ble valgt er hentet fra Nursing Inquiry, ProQuest og Cinahl.

I *Dags för uppsats* anbefaler Östlundh (2017, s. 62-63) ulike komponenter som bør inkluderes i et litteratursøk; søkeproblem, søkeord, synonymer, informasjonsbehov, informasjonskilder, tidsplanlegging, dokumentasjon og analyse. Disse ble brukt som utgangspunkt i en oversikt for å planlegge søket. På grunn av likhetstrekk ble det i tillegg valgt å benytte PICO-skjema for å strukturere søket ytterligere. Bokstavene i PICO betegner: «patient/problem», «Intervention», «Comparison» og «Outcome». PICO-skjemaet er et verktøy som bidrar til å gjøre problemstillingen mer presis og søkbar (Thidemann, 2015, s. 86). I problemformuleringen til denne oppgaven er det ikke behov for sammenligning. Derav er «Comparison» blitt fjernet fra skjemaet benyttet i denne oppgaven. Ytterligere informasjon om PICO – skjemaet finnes i vedlegg 2.

Ved hjelp av PICO og Östlundhs komponenter ble det funnet gode søkeord og søkekombinasjoner. Søkeordene som ble benyttet var: «nurse», «palliative care», «COPD», «Chronical obstructive pulmonary disease», «qualitative» og «challenges». I søkene ble det brukt diverse kombinasjoner av søkeord kombinert med AND, OR og *. Stjernetegnet bidrar

til å få med ulike endelser av et ord. Et eksempel er nurs* som ga nurse, nurses og nursing i samme søkeresultat. I tillegg ble det brukt «...» for at ordene skulle komme etter hverandre, for eksempel «palliative care».

I starten av arbeidet med bacheloroppgaven ble det utformet noen inklusjons- og eksklusjonskriterier som bidro til å tilpasse søket ytterligere. Kriteriene ble basert på hvilken informasjon som ble ansett som relevant for bacheloroppgaven. Noen av kravene var at artiklene var skrevet på engelsk eller skandinavisk, var fagfellevurdert og tilgjengelig i full tekst. Artiklene skulle heller ikke være eldre enn ti år. Derav ble et eksklusjonskriterium forskning som var skrevet før 2011. For å sikre faglig kvalitet ble IMRaD-modellen satt som et inklusjonskriterium. IMRaD står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Oppbygningen til IMRaD-modellen er mye brukt i forskningsartikler, da den gjør det lettere å orientere seg i artiklene (Dalland, 2017, s. 163).

Utøver i søkeprosessen ble det dannet flere kriterier basert på artikler og søkeresultat. Litteratursøket ga mange artikler som omhandlet pasientens opplevelser i forbindelse med palliativ omsorg. Disse ble ekskludert da denne oppgaven skulle se på sykepleiernes opplevelser knyttet til deres rolle ved palliativ omsorg. Artiklene skulle også være overførbare til norsk helsevesen. Underveis i søkeprosessen ble det forsøkt med nye søkeord og nye kombinasjoner av søkeord. Det ble da dannet nye kriterier som bedret søkestrategiene. Se vedlegg 3 for mer detaljert oversikt over inklusjons- og eksklusjonskriterier.

3.2 Analyse

Dalland (2017, s. 229) beskriver analyse som «et granskningsarbeid der utfordringen ligger i å finne ut hva materialet har å fortelle». Starten av analysen gikk til å lese et utvalg av artikler med hensikt om å danne en oversikt over innholdet i artiklene og om de var relevante.

Allerede i denne fasen ble noen av artiklene filtrert ut, da de ikke fulgte kriteriene som var satt. Etter noen artikler var filtrert ut, var det tolv artikler som virket relevante. Av de tolv artiklene ble ytterligere åtte artikler fjernet, da disse fokuserte mest på pasientens perspektiv og ikke fulgte kriteriet om IMRaD-modellen. Til slutt var det kun fire artikler igjen som ble sett på som relevante, og som handlet om sykepleiernes opplevelse ved palliativ omsorg. En fra Japan, en fra Irland, en fra England og en fra Nederland. Disse artiklene ble valgt da alle

fire er fra land med høy standard på helsevesenet. Hensikten med to av artiklene var å undersøke utfordringer ved implementering av palliativ omsorg ved kols (Hirakawa, Hirahara, Yamaguchi, Yamanaka, Ari, & Miura, 2020; Hynes, Kavanagh, Hogan, Ryan, Rogers, Brosnan & Coghlan, 2015). De to siste artiklene handler om hvordan helsepersonell definerer palliativ omsorg, og utfordringer knyttet til overgangen til palliativ omsorg (Flierman et al., 2019; Gott, Ingleton, Bennett & Gardiner, 2011). Ettersom artiklene som er brukt i denne oppgaven er fagfellevurdert er det rimelig å anta at forskningen som er gjennomført har fulgt forskningsetiske retningslinjer.

For å få en god oversikt og forståelse for resultatene i artiklene, ble artiklene fordelt mellom forfatterne av denne bacheloroppgaven. Artiklene ble lest flere ganger samtidig som resultater og nøkkelord ble notert ned. Notatene bidro så til å danne et sammendrag. Deretter ble de ulike artiklene og sammendragene lest av begge forfatterne av denne oppgaven, før hovedfunnene og resultatene ble sammenlignet og diskutert. Dette ga oppgaven en bedre kvalitet og en felles forståelse. Under analyseprosessen ble de ulike funnene systematisert ved hjelp av fargekoder. Slik ble nøkkelord som gikk igjen markert. I tillegg ble det dannet en oversikt over setninger og ord i artiklene som underbygget resultatene. Dette bidro til å danne en god oversikt over funnene som senere ble omgjort til kategorier som vil bli presentert i resultatkapitlet.

4.0 Resultat

Resultatene fra analysen av forskningsartiklene vil i dette kapitlet bli presentert. Funnene er strukturert etter kategorier, der første del tar for seg tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon. Deretter blir kunnskap presentert og avslutningsvis identifisering.

Kategorier	Underkategorier
Tverrfaglig samarbeid	Samarbeid og kommunikasjon mellom sykepleier og leger. Samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.
Kommunikasjon	Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient.

Kunnskap og erfaring	Manglende kunnskap omkring behandling ved kols blant ikke spesialisert sykepleiere. Erfaring og klinisk blikk ved behandling av kols hos sykepleier.
Identifisering og overgang	Identifisering av behovet for palliativ omsorg. Overgangen til palliativ omsorg.

Tabell 2. viser en oversikt over kategoriene og underkategoriene.

4.1 Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid og familieengasjement kan hjelpe med å bedre pasientens utfall og støtte pasientens verdighet (Hirakawa et al., 2020, s. 45). I tre av fire artikler som ble analysert kom det frem at det tverrfaglige samarbeidet kunne være utfordrende (Hirakawa et al., 2020; Flierman et al., 2019; Gott et al., 2011). Sykepleiernes ønske om et bedre samarbeid med legen var et fellestrekk som gikk igjen i to av artiklene (Hirakawa et al., 2020, s. 45; Flierman et al., 2019, s. 7). I studien til Hirakawa et al. sier en av deltakerne: «Home-visit nurses and care managers often feel anxious when communicating with a doctor» (Hirakawa et al., 2020, s. 45). Også i studien til Flierman et al. kommer det frem at sykepleierne har et behov for å diskutere med en kollega før en snakker med legen: «*And of course consultation with a colleague, like: Well, this is what I see. Do you see that as well?*» (Flierman et al., 2019, s. 7).

Flere av deltakerne møtte på ulike barrierer for effektiv kommunikasjon mellom sykepleier, koordinator og lege. En av årsakene var sykepleiernes tilbakeholdenhet mot å utfordre legens mening eller avgjørelse (Hirakawa et al., 2020, s. 45). Dette gjenspeilte seg i studien til Flierman et al. hvor en av deltakerne fortalte: «However, some nurses mentioned being hesitant to tell physicians they consider a patient to be in the palliative phase» (Flierman et al., 2019, s. 7). Sykepleierne var bekymret for å bli oppfattet som om de «ga opp» pasienten eller at de tvilte på legens kompetanse. Legen på den andre siden så på sykepleieren som viktig og tok meningen deres seriøst (Flierman et al., 2019, s. 7). Gott et al. (2011, s 3) identifiserte også et behov for at sykepleierne ble gitt muligheten til å ta opp deres bekymringer omkring tilnærmingen som ble brukt mot pasientens behandling.

En annen utfordring deltakerne i studien til Flierman et al. (2019, s. 6) opplevde ved det tverrfaglige samarbeidet var pasientens uoverensstemmelse når de uttrykte deres preferanser til ulike kollegaer. Dette bidro til at deltakerne var tilbakeholdne med å handle på pasientens preferanser. Sykepleierne opplevde gjentatte ganger at pasientene fortalte dem at de ønsket å avslutte behandlingen, men samtidig holdt de denne informasjonen tilbake fra legen:

(...) when the physician comes by and says, «Well, we are going to this and that and tomorrow we will test that», then they say «Yes, Off course». And we walk in half an hour later and then they say «Yes, actually I don't want that, I don't want those tests anymore (Flierman et al., 2019, s. 6.).

4.2 Kommunikasjon

God kommunikasjon mellom pasient, familie og helsepersonell gjør det mulig for alle involverte parter å ta opp og snakke om bekymringer og mangler i forståelsen av sykdommens symptomer og hjelpen som er tilgjengelig (Hirakawa et al., 2020, s 44). En av deltakerne i studien til Hirakawa et al. (2020, s 44) påpekte at dersom kommunikasjonen var god benyttet pasienten og pårørende seg av sykepleierens råd. I tillegg ble de tryggere på rådets effekt. I artiklene vi analyserte kom det dog frem at god kommunikasjon med pasienten var en utfordring som gikk igjen (Hirakawa et al., 2020; Flierman et al., 2019; Hynes et al., 2015).

Mange av sykepleierne hadde en tilbakeholdenhet og usikkerhet mot å ha vanskelige samtaler med pasientene. De var usikre på hvordan de skulle respondere på frykten for sykdomsprognose, tap, død og det å dø (Hynes et al., 2015, s. 253). Også i studien til Flierman et al. (2019, s. 6) følte deltakerne en barriere mot å starte en samtale med pasienter angående palliativ omsorg. Dette skyldes en usikkerhet rundt prognose. I tillegg trodde ikke sykepleierne at pasientene ønsket å diskutere det selv (Flierman et al., 2019 s. 6).

En annen faktor som bidro til å gjøre kommunikasjonen med pasienten vanskelig var tidspresset. Sykepleierne på sykehuset opplevde et stort press om å være effektiv, få pasientene utskrevet og ta imot nye pasienter: «(...) Why is your clinic staying so long? (...)» (Hynes et al., 2015, s. 254). Et slikt press bidro til at sykepleierne ikke fikk tid til å snakke med pasientene om deres bekymringer knyttet til sykdommen. De hadde utfordringer med å

ha samtaler som strakk seg forbi det biomedisinske. Klinikkene var fulle, og presset om effektivitet stort (Hynes et al., 2015, s. 254). Hirakawa et al. påpeker også at utilstrekkelig kommunikasjon omkring hensikten med de ulike mulighetene for palliativ omsorg førte til misforståelser både hos pasient og pårørende: «(...) even though oxygen therapy can be helpful for patient with dyspnea, family caregivers at times misunderstand the risk of administering it to their loved ones» (Hirakawa et al., 2020, s. 44).

4.3 Kunnskap og erfaring

Mangel på kunnskap var en utfordring som gikk igjen i samtlige artikler. Utfordringene gjaldt manglende kunnskap og bevissthet knyttet til behandling, erfaring og hvem som er i palliativ fase (Hirakawa et al., 2020; Hynes et al., 2015; Flierman et al., 2019). Palliativ omsorg innebærer en rekke ulike behandlingsalternativer som inkluderer steroider, opioider, beroligende eller NiV-behandling. Å bruke noen av disse behandlingsmetodene effektivt kan være utfordrende for ikke-spesialiserte leger og sykepleiere på grunn av manglende kjennskap (Hirakawa et al., 2020, s. 47). Lungerehabilitering er en av behandlingsalternativene som ble nevnt i studien til Hirakawa et al. (2020, s. 46) som effektiv i lindring av respiratoriske symptomer. Flere deltakere påpekte derimot at lungerehabilitering ikke var allment anerkjent, eller brukt, som en effektiv mulighet for palliativ omsorg for pasienter med alvorlig kols blant ikke-spesialiserte leger og sykepleiere (Hirakawa et al., 2020, s. 46).

I studien til Flierman et al. (2019, s. 3) sa flertallet av deltakerne at de følte seg usikre på hvilke pasienter de anså for å være i den palliative fasen. Deltakerne i studien stolte mye på deres kliniske blikk for en vurdering av alvorligheten i pasientens situasjon, og hvem som var i en palliativ fase (Flierman et al., 2019, s- 3-4). Det kliniske blikket er basert på tidligere erfaringer og pasientens fysiske og psykiske symptomer. I tillegg ble magefølelsen hyppig brukt: «(...) *If you have the feeling like 'what are we actually doing', it is a sign that something is up*» (Flierman et al., 2019, s.3). Manglende erfaring førte derimot til at deltakerne hadde vanskeligheter med å stole på egen magefølelse. De begynte også å tvile på deres kliniske blikk dersom pasienten ikke fulgte den forventende utviklingen: «(...) *You should always be careful with going with your own gut feeling and your own experience, because your experience does not have to match with the patient that is sitting in front of you*» (Flierman et al., 2019, s. 6). Deltakerne forsøkte å objektivere magefølelsen ved å se på

kliniske indikatorer. Deltakerne var dog ikke kjent med verktøy som bruker lister med generelle indikatorer (vekttap, funksjonsstatus, angst). Deltakerne trodde derimot at identifiseringsverktøy kunne være nyttig for å skape en bevissthet, men at man også måtte bruke skjønn:

But one of those checklists, I think you could use them in clinical practice, definitely. But I do think you need to keep in the back of your head that it is not black and white. So . . . a checklist might not be applicable for each patient (Flierman et al., 2019, s.5).

I Hynes et al. (2015, s. 253) sin studie forteller deltakerne at de synes det er utfordrende å lære hvordan de skal identifisere og respondere på pasientens bekymringer og frykt knyttet til sykdommen. En årsak til dette var at behovet for å engasjere seg med det palliative teamet var vanskelig å forene med at de samtidig skulle lære seg å ta ansvar for den ikke-spesialiserte palliative omsorgen. Sykepleierne opplevde også at de ikke hadde tid til å ivareta pasientens behov utenom de vanlige fysiske sjekkene og gjennomgangen av medisiner. Dette bidro til å skape en konflikt mellom sykepleiernes bevissthet om sykdomsopplevelse og biomedisinsk drevet miljø (Hynes et al., 2015, s. 253). Videre i studien til Hynes et al., (2015, s. 225) kommer det frem at sykepleierne allerede var engasjert i en palliativ tilnærming i hverdagspraksis. Samtidig anerkjente deltakerne at engasjementet var delvis, og ikke bevisst samstemt med prinsippene for palliativ omsorg. Uvissheten omkring utvikling, prognose og symptomer på langtkommen kols bidrar til å begrense samtalene med pasientene. Mangelen på kunnskap og kompetanse gjør det vanskeligere for sykepleieren å forberede pasienten på døden (Hynes et al., 2015, s. 255).

4.4 Identifisering

Ifølge sykepleierne i studien til Flierman et al. (2019, s. 6) fokuserte legene på behandlingsmulighetene for lenge. Dette ble sett på som skadelig for pasientene. Noen av legene uttrykket at de ventet til alle behandlingsalternativer var prøvd, og til pasienten selv uttrykket ønske om en palliativ tilnærming (Flierman et al., 2019, s. 6). I studien til Gott et al. (2011, s. 3) kommer det frem at timingen ved overgangen til palliativ omsorg var et problem. Når overgangen til palliativ omsorg på sykehuset ble tydelig, var det som regel når pasienten nærmet seg døden. En hovedgrunn til dette var sykehusets fokus på akutt medisin (Gott et al.,

2011, s. 3). Mislykkes helsepersonell med timing på overgangen til palliativ omsorg, kan det ha negative konsekvenser for møte med pasientens preferanser for behandling ved livets slutfase: «They don't always recognise that yes they are in the last few days of life (...)» (Gott et al., s. 3).

Deltakerne mente det hadde vært lettere å se hvilke pasienter som trenger palliativ omsorg hvis de hadde fått observert sykdomsforløpet over tid. Andre derimot følte dersom de hadde et bånd med pasienten, kunne det forhindre dem i å se at pasienten nærmet seg slutten på livet (Flierman et al., 2019, s. 5). I studien til Gott et al. (2011, s 2-3) kom det frem et behov for å åpne opp for diskusjon av prognosen. Grunnen til det var at diskusjonen var nødvendig for å kjenne igjen overgangen til palliativ omsorg. Alle deltakerne rapporterte om at en slik diskusjon ikke var til stede (Gott et al., 2011, s. 3).

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

Til å starte med var hensikten med denne bacheloroppgaven å skrive om hvilke utfordringer sykepleiere møter ved utførelsen av palliativ omsorg til pasienter med kols. Utover i søkeprosessen ble det tydelig at dette kunne bli vanskelig, da det var avgrenset med materiale om emnet. Flere av artiklene som ble vurdert hadde et pasientperspektiv, og ikke sykepleieperspektiv som ønsket. Etter mye leting ble det funnet fire artikler som ble ansett som interessante. Da disse artiklene hadde blitt lest grundigere, ble det oppdaget at den opprinnelige problemformuleringen gjerne ble litt for snever. Helsedirektoratet (2012, s.119) anbefaler å legge vekt på palliativ omsorg til pasienter med kols. Slik behandling oppleves og erfares som vanskelig å gjennomføre i praksis. Det ble derfor bestemt å endre problemformulering. Problemformuleringen gikk fra å handle om kun utfordringer ved den palliative omsorgen til pasienter med kols, til å belyse hvordan sykepleiere kan bidra til å bedre utøvelsen av palliativ omsorg til denne pasientgruppen.

Denne bacheloroppgaven er basert på kvalitative studier om opplevelsen ved utførelse av palliativ omsorg. Derav var et av inklusjonskriteriene at forskningen var kvalitativ. Hensikten med oppgaven var å fordype seg i erfaringene til deltakerne, og det ble derfor vurdert som

mest hensiktsmessig å bruke intervjubasert forskning. Underveis i arbeidet dukket det opp en artikkel med aksjonsforskning (i motsetning til de andre) som handlet om å forstå utfordringene ved palliativ omsorg i hverdagspraksis. Artikkelen bidro til å gi en oversikt over utfordringer ved palliativ omsorg, og ble derfor beholdt. I tillegg fulgte artikkelen IMRaD-modellen som var et av inklusjonskriteriene. Alle de fire artiklene er skrevet på engelsk. Dette kan ha bidratt til at artiklene er blitt tolket annerledes enn om de var skrevet på norsk.

5.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I starten av søkeprosessen ble det laget ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier som endret seg under arbeidet. Til å begynne med ble det tenkt og kun benytte artikler med studier gjort i Norge eller Skandinavia. Underveis ble det tydelig at det ville bli for vanskelig, da det ikke var forsket nok på temaet i disse områdene. Det ble derfor valgt å endre inklusjonskriteriet til å inkludere artikler fra land med høy standard på helsevesenet. De fire artiklene som ble valgt er fra England, Nederland, Irland og Japan, som alle kan overføres til norsk helsevesen og praksis. Artikkelen til Hynes et al. (2015, s. 252) bestod av seks deltakere. Med seks deltakere kan det hende at studien ikke gir et representativt bilde på opplevelser og utfordringer knyttet til palliativ omsorg over hele verden. Artikkelen til Hynes et al. (2015) ble allikevel tatt med, da den gir en god indikasjon på hvilke utfordringer sykepleiere står ovenfor i utførelsen av palliativ omsorg til pasienter med kols. I tillegg hadde den likhetstrekk med de andre artiklene. De øvrige artiklene bestod av henholdsvis 58, 28 og 19 deltakere (Gott et al., 2011; Flierman et al., 2019; Hirakawa et al., 2020). Seks deltakere kan være et for lite antall til et representativt bilde, men gir muligheten til å gå i dybden på intervjuet. Et høyere antall deltakere kan gi et mer representativt bilde av opplevelsene og erfaringene, med flere ulikheter og likheter. På den andre siden kan det påvirke kvaliteten på intervjuene. Med bakgrunn i Dalland (2017, s. 76) som sier at kvalitative intervjuer har som mål å gå i dybden, og antall respondenter bør derfor ikke være for stort, anses antallet med 28 deltakere fra Flierman et al. (2019, s 1) sin studie som passende. Det ble hentet inn skriftlig samtykke fra to artikler (Hirakawa et al., 2020; Flierman et al., 2015). Alle intervju ble tatt opp, transkribert ordrett og sendt ut til deltakerne.

Deltakerne som ble rekruttert i studiene hadde alle god erfaring innen kols og/eller palliativ omsorg. Flere av deltakerne hadde jobbet spesifikt med denne pasientgruppen eller palliativ omsorg over flere år. Deltakernes spesialkompetanse innen fagområdene kan være både en

ulempe og en fordel. Studier med spesialiserte deltakere kan gjøre det vanskelig å se på utfordringer og opplevelser ikke-spesialiserte sykepleiere møter ovenfor utførelse av palliativ omsorg til pasienter med kols. Dette kan føre til at viktig informasjon om hvilke opplevelser ikke spesialiserte sykepleiere har erfart med utførelse av palliativ omsorg til denne pasientgruppen går tapt. Forfatterne av denne oppgaven anser det som viktig å kjenne til de ikke-spesialisertes opplevelser og utfordringer, da det er disse som gjerne møter pasienten i hverdagen. Ved å utelatte disse fra studiene går verdifull informasjon om palliativ omsorg i hverdagspraksis tapt. Fordelen med spesialiserte deltakere er at de kjenner pasientgruppen godt. De spesialiserte deltakerne klarer gjerne i større grad å gi et helhetlig bilde på hva disse pasientene trenger, og hvilke utfordringer som det bør tas hensyn til. Og ikke minst hvordan en kan forbedre utøvelsen av palliativ omsorg til pasienter med kols. For å sikre mangfold av helsepersonell er deltakerne hentet fra ulike deler av landene og ved ulike arbeidsplasser.

Artiklene til Flierman et al. (2015) og Gott et al. (2011) handler om non-maligne sykdommer som trenger palliativ omsorg. Disse artiklene ble inkludert da det ble vurdert at utfordringer og opplevelser som kan knyttes til andre non-maligne sykdommer også med stor sannsynlighet kan knyttes opp mot kols. Dette ble bekreftet etter hvert som resultatene ble sammenfattet. Pasienter med kols har også økt risiko for å utvikle andre sykdommer, som for eksempel hjertesvikt (Helsedirektoratet, 2012, s. 22). Både kols og hjertesvikt ble lagt vekt på i artiklene til Flierman et al. (2015) og Gott et al. (2011). Dette styrker vurderingen om at erfaringene som kommer frem i artiklene til Flierman et al. (2015) og Gott et al. (2011) er relevant for sykepleiere som utøver palliativ omsorg til pasienter med kols.

5.1.2 Overførbarhet til norsk praksis

Tre av fire studier var gjennomført i Europa (Hynes et al., 2015; Flierman et al., 2019; Gott et al., 2011). England, Irland og Nederland er alle land med høy levestandard. Disse landene kan sammenlignes med Norge på flere områder; vestlige kultur og verdier, demokrati og et personsentrert samfunn. Japan er også et land som kan sammenlignes med Norge på flere områder; demokrati, høy levestandard og industriland. Til tross for likheter, kan det tenkes at det også finnes forskjell mellom landene. En av ulikhetene er blant annet størrelsene på landene og helsevesenet. England er et land som har et mye større helsevesen enn Norge. I tillegg er helsevesenet i England underfinansiert og har ofte eller er nær full kapasitet hele tiden. Dette er to faktorer som kan tenkes å ha en innvirkning på tjenestetilbudet i landene, og

som kan føre til ulikheter mellom landene. En annen forskjell kan tenkes å være den teknologiske utviklingen i de ulike landene. Japan er et land som skiller seg fra Norge når det kommer til teknologi. Grunner til det er at Japan har kommet lengre i den teknologiske utviklingen enn Norge. Dette kan bidra til at Japan har behandlingsmuligheter som ikke er tilgjengelig i Norge på grunn av teknologien. I tillegg er Japan et land som ser fellesskapets interesser (kollektivism) fremfor enkeltindividets interesser slik som i Norge (individualisme). Kanskje kan det ha innvirkning på prioriteringer i behandlingsmulighetene og økonomiske vilkår. Det kan også forekomme forskjeller i kultur som kan relateres til oppvekst, levevaner, bosted og andre faktorer. Det kan ikke utelukkes at disse faktorene har noe å si for diagnostisering og behandlingsalternativer til pasienter med kols.

5.1.3 Tverrfaglig perspektiv

Til å starte med ble det kun søkt etter artikler med sykepleiefaglig perspektiv for å få en forståelse ovenfor hvilke erfaringer sykepleiere hadde ved palliativ omsorg til pasienter med kols. Etter hvert som artiklene ble lest, ble det tydelig at flere av artiklene inkluderte legens perspektiv også (Hirakawa et al., 2020; Flierman et al., 2019; Gott et al., 2011). Artiklene ble allikevel tatt med da det ble vurdert at legens perspektiv kunne bidra til å belyse utfordringer sykepleiere møter ved utførelse av palliativ omsorg til pasienter med kols fra en annen vinkel. I tillegg kan det bidra til å gi en mer sammensatt forståelse av hvordan sykepleiere kan utføre god palliativ omsorg til denne pasientgruppen. Grunnen til det er fordi sykepleiere og leger jobber tett sammen, og er avhengig av et godt samarbeid for å kunne gi god palliativ omsorg til pasienter med kols (Helsedirektoratet, 2012, s. 117). Denne oppgaven vil allikevel ikke gå inn i dybden på legens opplevelser og erfaringer ved utførelse av palliativ omsorg, da det ikke anses som relevant for problemformuleringen.

Studiene som er blitt brukt anses som tverrfaglige. Grunnen til det er at pasientgruppen som er valgt er en gruppe pasienter som ofte får mye hjelp fra helsevesenet. Hjelpen er ikke begrenset til spesialistene på sykehuset, men gis også i hjemmet og ved ulike klinikker. Dette gjenspeiler seg i artiklene, da artiklene tar for seg erfaringer fra både ulike profesjoner og de ulike nivåene i helsetjenesten. Det er allikevel en klar overvekt av erfaringer og opplevelser som er hentet fra spesialisthelsetjenesten. Derav kan det anbefales ytterligere forskning som i større grad ser på sykepleierens og annet helsepersonell sine opplevelser og erfaringer ved utførelse av palliativ omsorg i kommunehelsetjenesten. Studiene anses også som tverrfaglige

da forfatterne av artiklene hadde ulik helsefaglig bakgrunn (Hirakawa et al., 2020; Flierman et al., 2019; Gott et al., 2011; Hynes et al., 2015). Forfatterne bak studiene var enten utdannet professor, lege eller sykepleier, og de fleste hadde spesialisert seg innen palliativ omsorg eller kols. Forfatternes ulike bakgrunn kan både være en ulempe og en fordel. På den ene siden kan forfatternes ulike bakgrunn føre til manglende sykepleierrelevans. På den andre siden kan ulike bakgrunner bidra til å vise et helhetlig perspektiv som vies mye fokus i sykepleiestudiet og helsevesenet. I tillegg hadde forfatterne bred erfaring innen kols og palliativ omsorg som bidro til å kvalitetssikre forskningsprosessen (Hirakawa et al., 2020; Flierman et al., 2019; Gott et al., 2011; Hynes et al., 2015).

5.2 Resultatdiskusjon

Dette kapitlet vil diskutere oppgavens funn og relatere dem til bakgrunn, faglitteratur og egen praksis fra helsevesenet. Diskusjonen har som hensikt å komme frem til sykepleierrelevant kunnskap for å kunne forbedre den palliative omsorgen til pasienter med kols.

5.2.1 Tverrfaglig samarbeid

I studien til Hirakawa et al. (2020, s. 45) kommer det frem at tverrfaglig samarbeid kan bidra til å bedre pasientens utfall og støtte pasientens verdighet. Godt tverrfaglig samarbeid og god kommunikasjon på tvers av profesjonene blir løftet frem som grunnleggende forhold for å bedre tjenestekvaliteten og sikre god pasientsikkerhet (Aase & Hansen, 2018, s. 213). Dette bekreftes av Helsedirektoratet (2012, s. 112) som viser til at helsepersonell som skal behandle pasienter med avansert kols bør inneha generell palliativ kompetanse, og/eller oppsøke tverrfaglig samarbeid. Helsedirektoratet (2019) ytrer ytterligere at palliativ omsorg skal praktiseres ved alle nivåer og områder i helsetjenesten, noe som er lovfestet gjennom helse- og omsorgsloven fra 2011 §6-1, første ledd og spesialisthelsetjenesten fra 1999 §2-1 e. første ledd.

Funnene presentert i resultatkapitlet indikerer at helsepersonell opplever det tverrfaglige samarbeidet som utfordrende (Hirakawa et al., 2020; Flierman et al., 2019; Gott et al., 2011). En fellesnevner for helsepersonell som deltok i studiene er at de uttrykker at de føler seg engstelige når de kommuniserer med legen. De ønsker ikke å fremstå som om de gir opp

pasienten eller tviler på legens ekspertise eller avgjørelse, og forklarte at de derav også er tilbakeholdne mot å utfordre legens mening eller avgjørelse (Hirakawa et al., 2020, s. 45; Flierman et al., 2019, s. 7). Flierman et al. (2019, s 7) viser til og bekrefter at legene anser sykepleiere som viktige og tar deres meninger på alvor. Forfatterne av denne oppgaven har allikevel forståelse for at dette kan oppleves som vanskelig. Det er selv blitt erfart gjentatte ganger at sykepleiere vegrer seg mot å si fra til legen, men heller sier fra til andre kollegaer. Dette er også erfaringer som reflekteres blant deltakerne i studien til Gott et al. (2011, s. 3)

I teorikapittelet vises det til at pasienter med kols har økt risiko for å utvikle andre sykdommer (Helsedirektoratet, 2012, s. 22). Slik forfatterne av denne oppgaven ser det blir derav viktigheten av et tverrfaglig samarbeid understreket av kompleksiteten til sykdomsbilde hos pasienter med kols. Dette underbygges av Helsedirektoratet (2012, s. 117) som forklarer at pasientens komplekse sykdom gjør det hensiktsmessig å samle flere fagpersoner for å vurdere situasjonen slik at de beste behandlingstiltakene iverksettes. En sentral og viktig oppgave blant sykepleierne blir i dette samarbeidet å kartlegge behovet for sykepleie og tverrfaglig samarbeid ut fra pasientens individuelle behov jf. helsepersonelloven fra 1999 §4, andre ledd og pasient- og brukerrettighetsloven fra 1999 §2-5. Yrkesgrupper som kan være relevante å samarbeide med og som kan bidra til et mer helhetlig pasientforløp er blant annet lege, fysioterapeut, koordinator, ergoterapeut, ernæringsfysiolog og psykolog. Gjennom sykepleiestudiet og i praksis lærer sykepleiestudenter mye om både helhetlig sykepleie og tverrfaglig samarbeid. Sykepleieren er ofte den første til å ta imot eller treffe pasienten, og de som har den daglige kontakten med pasienten. Å være pasients første møte med behandlingsforløpet og deres daglige kontakt danner en nær relasjon og tillit mellom sykepleier og pasient. Kristoffersen og Nortvedt (2016, s. 93) skriver at ved blant annet langtidsomsorg eller omsorg i hjemmet kan relasjonen mellom sykepleier og pasient bli veldig personlige, og vare over tid.

Flierman et al. (2019, s 6) skrev i sin studie om tilfeller hvor pasienter betrodde seg til sykepleierne om et ønske om å avslutte behandlingen, men tilbakeholdt denne informasjonen ovenfor legen. I slike situasjoner er det viktig at sykepleierne fungerer som et bindeledd mellom pasient og lege. Her kan det trekkes paralleller til Eriksson (2010, s. 31) som påpeker at mennesket er ute av stand til å formidle egen lidelse når kampen er på sitt mest intense. I en

slik situasjon er det viktig at sykepleieren fanger opp pasientens lidelse og forsøker å lindre lidelsen så langt det lar seg gjøre (Kristoffersen & Breievne, 2016, s. 197).

Det tverrfaglige samarbeidet må gjelde både spesialist- og kommunehelsetjenesten, og mellom de ulike tjenestene jf. helse- og omsorgsloven fra 2011 §6-1, første ledd og spesialisthelsetjenesten fra 1999 §2-1 e. første ledd. Dette støttes av Hirakawa et al. (2020, s. 45) hvor en av sykepleierne på sykehuset fortalte at hun var avhengig av hjemmetjenesten for å overvåke pasientens tilstand. Årsaken til det var at hjemmetjenesten så pasienten daglig og i pasientens stabile fase. Gjennom praksis er det blitt erfart at det ofte er hjemmetjenesten som har mest med denne pasientgruppen å gjøre. Spesialisthelsetjenesten har gjerne kun ansvar for pasienter med kols i forverring og den videre polikliniske oppfølgingen. Dette underbygges av Hjalmsen (2012, s. 110) som skriver at det er kun alvorlige kols eksaserbasjoner som behandles på sykehuset. Deltakerne i Gott et al. (2011, s. 4) sin studie gir også uttrykk for at fastlegen skal ha en større rolle når det gjelder å ha samtale med pasienter om overgangen til palliativ omsorg. Dette underbygger Helsedirektoratet (2012, s. 115) som sier at pasientens prognose skal vurderes i stabil fase, og ikke ved forverringer. Ofte er det fastlegen og hjemmetjenesten som treffer pasienten i en stabil fase. For å unngå et oppstykket behandlingsforløp, mener forfatterne av denne oppgaven at tverrfaglig samarbeid forutsetter at alle involverte parter kommuniserer og arbeider mot et felles mål. Dette underbygger Kristoffersen (2016, s. 232) som skriver at en forutsetning for godt tverrfaglig samarbeid er en felles avklaring av mål for behandlingen og mål for pleie og omsorg, som er utarbeidet i samarbeid med pasient og/eller pårørende.

5.2.2. Kommunikasjon

Tilbakeholdenhet og usikkerhet er to faktorer som bidrar til å gjøre kommunikasjonen med pasienten vanskeligere. Årsaken var blant annet sykepleiernes usikkerhet rundt prognose og sykdomsutvikling (Hynes et al., 2015, s. 253; Flierman et al., 2019, s. 6). Helsedirektoratet (2012, s. 116) bekrefter at det er vanskelig å forutse forventet livslengde hos pasienter med kols. Årsaken er at noen pasienter dør tidlig under alvorlig forverring, mens andre kan leve lenge med svært dårlig lungefunksjon (Helsedirektoratet, 2012, s. 116).

Eriksson (2010, s. 31) hevder at pleielidelse kan komme av sykepleierens mangel på bevisste verdier og holdninger. Pleielidelse som et resultat av uteblitt pleie er ofte forbundet med manglende motivasjon til å pleie, og kan komme av manglende ivaretagelse av menneskets grunnleggende behov (Eriksson, 2010, s. 87). I artiklene som er brukt kommer det frem at sykepleierne er tilbakeholdne mot å ha vanskelige samtaler med pasientene (Hirakawa et al. 2020; Hynes et al., 2015; Flierman et al., 2019). Med utgangspunkt i Erikssons forståelse av pleielidelse, kan sykepleierne i artiklene bidra til å påføre pasienten pleielidelse ved å unngå ha vanskelige samtaler med dem. I studien til Flierman et al. (2019, s. 6) uttrykker sykepleierne også at de ikke tror pasientene ønsker å diskutere det selv. Dette motsier Hjalmarsen (2012, s. 182) som skriver at pasientene ofte ønsker å diskutere prognose, behandling og muligheter ved livets slutt.

Stort press om effektivitet og hyppig gjennomstrømming av pasienter var også to faktorer som bidro til å gjøre kommunikasjonen med pasienten vanskeligere. Deltakerne i studien til Hynes et al. (2015, s. 254) uttrykte at de ikke hadde tid til å snakke med pasientene om deres bekymringer knyttet til sykdommen. Kristoffersen & Breievne skriver at økonomiske rammebetingelser, politiske føringer og verdier innad i institusjonen eller organisasjonen kan være medvirkende faktorer til pasientens pleielidelse (Kristoffersen & Breievne, 2016, s. 200). På sykepleierstudiet er det mye fokus på tid og tidsbruk. Sykepleiestudenter lærer tidlig at helsevesenet er preget av dårlig tid, og at de derfor er nødt til å prioritere tiden sin. Dette underbygges av Tønnesen (2021, s. 201) som sier at helsetjeneste skal deles ut fra pasientens behov, men at det sjelden er mulig på grunn av begrensende ressurser. Det store tidspresset i helsevesenet kan resultere i at sykepleiere ofte tilbyr et minimum av tjenester, og er lojal mot økonomien og organisasjonen. Ifølge Tønnesen (2021, s. 201) er dette i tråd med lovverket, men ikke sykepleiens grunnlag og kvalitetsforskriften.

En viktig rolle ved sykepleie er å gi pasienten mulighet til å kommunisere med sykepleieren slik at de kan gi beskjed om eventuelle tanker, følelser eller problemer de skulle oppleve. Hirakawa et al. (2020, s. 44) uttrykker at utilstrekkelig kommunikasjon omkring hensikten med de ulike mulighetene for palliativ omsorg førte til misforståelser både hos pasient og pårørende. Hjalmarsen (2012, s. 184) underbygger viktigheten av kommunikasjon ved å si at helsepersonell ikke kan forutse hva pasienter ønsker, og at det derfor er avgjørende med samtaler. I tillegg forteller Hjalmarsen (2012, s. 184) at mange pasienter med kols opplever

planlegging av behandling på forhånd som viktig, og derfor ønsker slike samtaler.

5.2.3 Kunnskap og erfaring

I studien til Hirakawa et al. (2020, s. 46) kom det frem at flere av deltakerne kjente til lungerehabilitering, men at det ikke var allment anerkjent eller brukt blant ikke spesialisert helsepersonell. Dette blir bekreftet i artikkelen til Gray (2016, s. 291), som også sier at det er utfordringer ved lungerehabilitering. I teorikapitlet ble det presentert at lungerehabilitering er en viktig del av behandlingen for å kunne optimalisere lungens funksjon (Bakkelund et al., 2020, s. 177). Lungerehabilitering kan blant annet bidra til at pasienter med kols får økt livskvalitet, redusere symptomer og bremse sykdomsutviklingen (Bakkelund et al., 2020, s. 177). I løpet av sykepleiestudiet skal alle sykepleiestudenter ha praksis i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Gjennom egen praksis er det blitt erfart at pasienter med kols på lungeavdelingen på sykehuset hadde stort fokus på lungerehabilitering, mens andre avdelinger på sykehuset ikke hadde særlig med fokus på lungerehabilitering. Dette ble også erfart ved praksis i den kommunale helsetjenesten. Ifølge Bakkelund et al. (2020, s. 178) bør lungerehabilitering først og fremst forankres i kommunen, nærmest mulig pasients hjem. Samtidig kan det være hensiktsmessig med polikliniske tilbud, hvor fokuset er blant annet undervisning og livsstilsendringer (Bakkelund et al., 2020, s. 178).

I studien til Flierman et al. (2019, s. 3) forteller deltakerne at manglende erfaring gjorde det vanskelig å vurdere pasientens situasjon. Manglende erfaring førte til at sykepleierne ikke stolte på magefølelsen og deres kliniske blikk (Flierman et al., 2019, s. 3). På sykepleierstudiet lærer sykepleiestudenter at det er viktig å stole på magefølelsen og det kliniske blikket. Dette underbygges av Helsedirektoratet (2012, s. 115) som sier at god behandling og prognose av pasienter med kols krever klinisk skjønn, erfaring, god kommunikasjon, godt samarbeid, planlegging og mot. Deltakerne i studien til Flierman et al. (2019, s. 5) uttrykker også at sykepleiere ikke utelukkende kan stole på magefølelsen. Deltakerne i studien forsøkte derfor å objektivere magefølelsen ved hjelp av kliniske indikatorer, men de var dog ikke kjent med hvilke hjelpemidler som brukte dette verktøyet (Flierman et al., 2019, s. 5). Helsedirektoratet (2012, s. 116) bekrefter at det er viktig å støtte seg til erfaring samtidig som det tas hensyn til funksjonsstatus, lungefunksjonsmålinger, komorbiditet og sykdomsforløpet ved vurdering av prognose og behandling.

I artikkelen til Hirakawa et al. (2020, s. 47) kom det også frem at helsepersonell uten spesialisering var usikre på bruk av medisiner. Sykepleiestudiet har stort fokus på medisiner og bruken av medisiner, da dette er en sentral del av sykepleieyrket. Bakkellund et al. (2020, s. 136) skriver at bronkodilaterende legemidler kan bidra til at pasienten opplever kols eksaserbasjoner sjeldnere. Det er derfor viktig at sykepleierne kjenner til disse medikamentene, og er trygg i bruken av dem.

5.2.4 Identifisering

Som tidligere nevnt i resultatkapitlet ble det presentert at sykepleierne mener legen ofte fokuserer på behandlingsmulighetene for lenge. Dette ble også bekreftet av legene selv (Flierman et al., 2019, s. 6). Funnene i studien til Flierman et al. underbygges av Helsedirektoratet (2012, s. 117) som sier at pasienter med kols ikke får tilstrekkelig palliativ omsorg. En av årsakene til det kan være at det å velge riktig tidspunkt for overgangen til palliativ omsorg ved sykehus var utfordrende. Deltakerne i Gott et al. (2011, s 3) forteller at når overgangen til palliativ omsorg på sykehuset ble tydelig, var det som regel når pasienten nærmet seg døden. Helsedirektoratet (2012, s 115) bekrefter dette i sin veileder og skriver at overgangen til palliativ omsorg ofte er glidende, og at det varierende forløpet med forbigående eksaserbasjoner ved kols gjør vurderingen ofte vanskelig på sykehuset.

På grunn av symptombelastningen som pasienter med kols opplever mener forfatterne av denne oppgaven at det er viktig å komme tidlig i gang med den palliative omsorgen. Dette underbygger Hjalmarsen (2012, s. 182) som skriver at pasienter med kols ofte foretrekker palliativ omsorg fremfor livsforlengende omsorg. I teorikapitlet ble Helsedirektoratets (2019) prinsipper for palliativ omsorg presentert. Disse grunnleggende prinsippene kan være til god hjelp ved utførelse av palliativ omsorg. Helsedirektoratet (2019) legger og vekt på at selv om det kan være vanskelig å forutse prognosen vil det være mange fordeler hvis pasientene som har behov for palliativ omsorg blir identifisert tidlig. Pasienten vil få bedre livskvalitet og et verdig liv til tross for at livsprognosen er usikker (Helsedirektoratet, 2019). Kanskje kan prinsippene for palliativ omsorg bidra til at også sykehuset i større grad klarer å identifisere behovet for palliativ omsorg tidligere. I studien til Gott et al. (2011, s. 3) forteller deltakerne at sykehuset legger vekt på akutt medisin og når behov for palliativ omsorg ble tydelig var det som oftest nærme slutten på livet. Dette bidro til å gjøre identifiseringen og

overgangen til palliativ omsorg vanskeligere (Gott et al., 2011, s. 3).

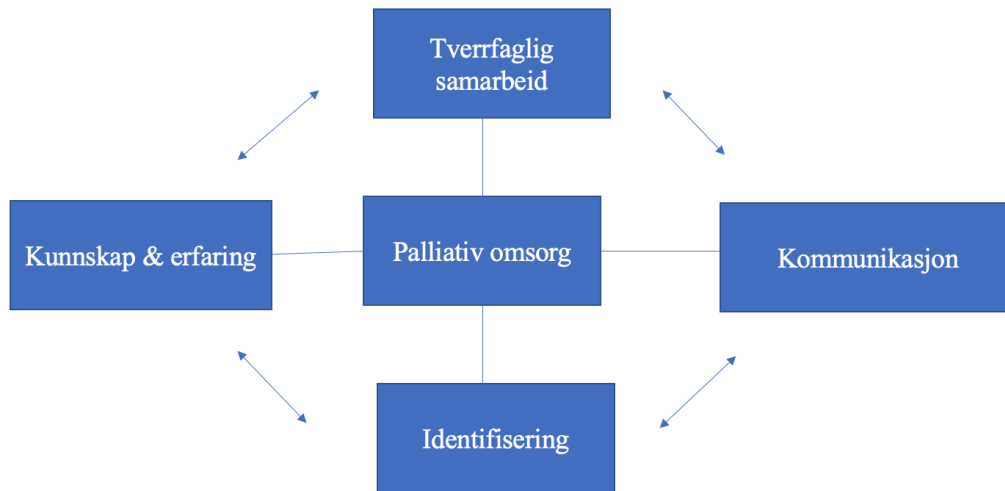
Deltakerne i studien til Flierman et al. (2019, s. 6) trodde det kunne være enklere å se hvilke pasienter som trengte palliativ omsorg hvis de hadde fått observert pasienten over tid. Dette underbygges av Nortvedt (2016, s. 193-194) som sier at sykepleiere med det daglige omsorgsansvaret for pasienten kan danne seg et godt grunnlag for å se pasienten og vurdere pasientens behov. På den andre siden kan dette være vanskelig å få til på sykehuset på grunn av sykehusets fokus på effektivitet og gjennomstrømning av pasienter. I tillegg uttrykte noen deltakere i studien til Flierman et al. (2019, s. 5) at dersom de fikk en nær relasjon med pasienten kunne det forhindre dem i å se at pasienten nærmet seg slutten på livet. Dette underbygges av Nortvedt (2016, s. 194) som sier at pasienter som får en nær relasjon med pasienten ikke får den nødvendige distansen for å vurdere hva som er best for pasienten på lengre sikt.

Gott et al. (2011, s 2-3) påpeker i sin studie at dersom en skal klare å kjenne igjen overgangen til palliativ omsorg på sykehuset må en åpne opp for diskusjon av prognose. Hjalmarsen (2012, s. 182) skriver at pasienter med kols som blir innlagt på intensivavdelingen har liten sannsynlighet for å få symptomlindrende behandling. Kanskje kan en diskusjon om prognose bidra til at flere pasienter med kols får symptomlindrende behandling også på sykehuset. En slik diskusjon kan være avhengig av et godt samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten jf. tverrfaglig samarbeid punkt 5.2.1.

5.2.5. Helhetlig perspektiv

Vi har til nå presentert ulike faktorer som kan ha betydning for den palliative omsorgen for pasienter med kols, og hva sykepleierne kan gjøre for å bidra til å bedre utførelse av palliativ omsorg. Palliativ omsorg er presentert som en viktig del av behandlingen ved kols.

Tverrfaglig samarbeid, kommunikasjon, kunnskap, erfaring og identifisering er presentert som faktorer som er vesentlige ved utførelse av palliativ omsorg. Disse faktorene medfører også ulike utfordringer. Faktorene er diskutert hver for seg av hensyn til struktur i oppgaven. Det er likevel viktig å understreke at faktorene må ses i sammenheng med hverandre. For å understreke sammenhengen mellom faktorene er det blitt utviklet en egen figur:



Figur 1. Egenutviklet figur.

Figur 1 viser presenterte faktorer ved utførelsen av palliativ omsorg og hvordan disse påvirker hverandre. Den palliative omsorgen må tilpasses pasientens preferanser og individuelle behov. Pasientens preferanser og behov bør derfor inkluderes i alle ledd ved utførelsen av palliativ omsorg. Det er tidligere blitt beskrevet at palliativ omsorg avhenger av flere ulike faktorer. Tverrfaglig samarbeid, kommunikasjon, kunnskap og erfaring, og identifisering er alle faktorer som påvirker hverandre. Resultatene viser at god kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid er viktig for god palliativ omsorg (Hirakawa et al., 2020; Hynes et al., 2015; Flierman et al., 2019). God kommunikasjon og et bra samarbeid på tvers av profesjoner kan bidra til å øke kompetansen og bedre symptomlindringen (Helsedirektoratet, 2012; Aase & Hansen, 2018). Økt kunnskap og tverrfaglig samarbeid kan føre til at en tidligere klarer å identifisere behovet for palliativ omsorg, da særlig på sykehuset (Hynes et al., 2015; Gott et al., 2011). Derav kan det trekkes en konklusjon om at dersom alle de fire faktorene som er nevnt ovenfor kombineres, vil sykepleierne kunne forbedre sin palliative omsorg til denne pasientgruppen.

6. Anbefalinger for videre praksis

Gjennom denne litteraturstudien er det blitt beskrevet utfordringer ved utførelsen av palliativ omsorg til pasienter med kols. Tverrfaglig samarbeid, kommunikasjon, kunnskap, erfaring og

identifisering er blitt identifisert som viktige elementer ved palliativ omsorg til denne pasientgruppen. Fellestrekk ved utfordringene knyttet til tverrfaglig samarbeid var samarbeidet mellom sykepleier og lege, og mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Utfordringer ved kommunikasjonen var at sykepleierne ikke hadde tid eller mot til å ta de vanskelige samtalene med pasienten. Mangel på kunnskap og erfaring gjorde det vanskelig å identifisere hvilke pasienter som trengte palliativ omsorg, og hvilke behandlingsmuligheter som eksisterte. Videre er det blitt drøftet hvordan sykepleiere kan bidra til å bedre utøvelsen av palliativ omsorg til pasienter med kols. Erikssons lidelsesteori blir vektlagt ved flere anledninger, da særlig pleielidelsen. Helsepersonell kan bidra til å påføre pasienten pleielidelse ved å ikke tilby pasienten tilstrekkelig palliativ omsorg. En viktig oppgave til sykepleiere er nettopp å lindre pasientens lidelse (Kristoffersen & Breievne, 2016, s. 197). Derfor er det viktig at sykepleiere har god evne til kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid for å sikre god palliativ omsorg til pasienter med kols. Som nevnt i resultatdiskusjonen kan sykepleiere fungere som et bindeledd mellom ulike profesjoner. Dette gjør sykepleiere i stand til å sette pasienten i kontakt med andre hensiktsmessige profesjoner. Sykepleiere er godt egnet til å identifisere pasientens behov for tverrfaglig samarbeid grunnet den daglige kontakten med pasienten.

Tverrfaglig samarbeid, kommunikasjon, kunnskap, erfaring og palliativ omsorg til pasienter med kreft vies stor oppmerksomhet gjennom sykepleierstudiet. I likhet med Helsedirektoratet (2012, s. 115) mener forfatterne av denne bacheloroppgaven at viktigheten om palliativ omsorg til pasienter med kols ikke vies tilstrekkelig oppmerksomhet. Det kan derfor anbefales at undervisning om palliativ omsorg til pasienter med kols bør inkluderes og tydeliggjøres i større grad gjennom sykepleiestudiet, enn det gjør i dag. Undervisningen bør inkludere informasjon og opplæring i flere behandlingsalternativer for palliativ omsorg, som blant annet lungerehabilitering. Samtidig kan det anbefales at tverrfaglig samarbeid får et enda større fokus i praksis på sykepleiestudiet. Sykepleiestudenter trenger å bygge opp en selvtillit og trygghet ved sin rolle i det tverrfaglige samarbeidet, og tilegne seg mer kunnskap og erfaringen innen tverrfaglig samarbeid. Dette bekreftes av Kristoffersen (2016, s. 234) som skriver at det er viktig at sykepleiestudenter tilegner seg kunnskap og får erfaring med tverrfaglig samarbeid i sin bachelorutdanning.

Litteraturliste

- Aase, I & Hansen, B.S (2018). Trening av tverrprofesjonelt samarbeid i helseutdanninger.
- Aase, K. (red). *Pasientsikkerhet: Teori og praksis* (3 utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bakkeland, J., Thorsen, B. H., Almås, H., Sorknæs, A.D. & Grønseth, R. (2020). Sykepleie ved lungesykdommer. Stubberud, D.G. & Almås (red). *Klinisk sykepleie, bind 1* (5 utg.).
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dybwik, K. (2020). Avansert behandlingstiltak ved alvorlig respirasjonssvikt. Stubberud, D.G. & Almås (red). *Klinisk sykepleie, bind 1* (5 utg.).
- Eriksson, K. (2010). *Det lidende menneske* (2. utg.). København: Munksgaard
- Folkehelseinstituttet (2018, 29 januar). Nye beregninger: 150 000 har kols. Hentet fra <https://www.fhi.no/nyheter/2018/150-000-har-kols/>
- Fliermann, I., Nugteren, I.C., van Seben, R., Buurman, B.M & Willems, D.L (2019). How do hospital-based nurses and physicians identify the palliative phase in their patients and what difficult exist? A qualitative interview study. *BMP Palliative Care*, 18 (1) <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0439-0>
- Friberg, F (2017). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: studentlitteratur AB
- Gott, M., Ingleton, C., Bennet M. I & Gardiner, M (2011). Transitions to palliative care in acute hospitals in England, a qualitative study. *BMJ Research* (342).
- Gray, T (2016). Managing chronic obstructive pulmonary disease: The nurse's role. *British Journal of Healthcare Assistants* 10(06), s. 288-295.

Grundt, H. & Mjell, J. (2016). Sykdommer i respirasjonsorganene. Ørn, S. & Bach-Gansmo, E. (red). *Sykdom og behandling* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_4

Helsedirektoratet (2019, 14.oktober) Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Innledning. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/innledning>

Helsedirektoratet. (2012). *Kols. Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging*. (IS-2029). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra: https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kols/Kols%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20og%20veileder%20for%20forebygging,%20diagnostisering%20og%20oppf%C3%B8lging.pdf/_attachment/inline/e974222b-9d84-4358-84d5-9dd57b090786:ce015dd544648e3ae7bc4377269c52309a68aa77/Kols%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20og%20veileder%20for%20forebygging,%20diagnostisering%20og%20oppf%C3%B8lging.pdf

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hirakawa, Y., Hirahara, S., Yamaguchi, Y., Yamanaka, T., Ari, H. & Miura, H. (2020). Improving the quality of community primary palliative care in COPD: A qualitative study of health-care providers. *Home Health Care Service Quarterly*, 40 (1), s. 39-53.

Hjalmarsen, A (2012). *Lungerehabilitering, KOLS og andre sykdommer* (1. utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Hynes, G., Kavanagh, F., Hogan, C., Ryan, K., Rogers, L., Brosnan, J., & Coghlan, D. (2015). Understanding the challenges of palliative care in everyday clinical practice: An example from a COPD action research project. *Nursing inquiry*, 22 (3). s. 249-260.

<https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.uis.no/doi/full/10.1111/nin.12089?sid=EBSCO%3Ac8h>

Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E. & Grimsbø, G. H. (red). *Grunnleggende sykepleie bind 1. Sykepleie – fag og funksjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen, N.J & Breivne, G (2016). Lidelse, mening og håp. Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H (red). *Grunnleggende bind 3. Pasientfenomener, samfunn og mestring*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N.J. & Nortvedt, P (2016). Pasient og sykepleier – verdier og samhandling. Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E. & Grimsbø, G. H. (red). *Grunnleggende sykepleie bind 1. Sykepleie – fag og funksjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Nortvedt, P (2016). Omtanke: en innføring i sykepleiens etikk (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. Friberg (red). Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten (s. 59-81). Lund: Studentlitteratur AB

Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten. (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61#KAPITTEL_2

Thidemann, I.J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (1. utg). Oslo: Universitetsforlaget AS.

Tønnesen, S (2021) Prioritering i sykepleie. Brinchmann, B-S (red). *Etikk i sykepleien* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Forlag as.

Von Plessen, C., Nielsen, T, L., Steffensen, I, E. & Larsen, S, A.H. (2011). Palliativ behandling av pasienter med terminal kronisk obstruktiv lungesydom. *Ugeskr læger* 173(42). S. 2641 -2644.

Vedlegg

Vedlegg 1, analyse av artikler

Artikkelen 1	
Tittel	Understanding the challenges of palliative care in everyday clinical practice: an example from a COPD action research project
Tidsskrift/årstall	Nursing Inquiry (2015)
Forfattere	Hynes, G., Kavanagh, F., Hogan, C., Ryan, K., Rogers, L., Brosnan, J., & Coghlan, D.
Perspektiv	Sykepleier
Problem	Til tross for retningslinjer innen palliativ omsorg som stiller krav om at helsepersonell innehar minst grunnleggende eller ikke-spesialiserte ferdigheter innen palliativ behandling, antyder internasjonale bevis at det er vanskeligheter med å etterleve disse retningslinjene i virkeligheten.
Hensikt	Hensikten med denne studien er å undersøke fundamentale konflikter mellom palliativ omsorg og omsorg gitt på sykehuset ved å stille spørsmål ved gjennomførbarheten ved implementeringen av palliativ omsorg i det sykehusets omsorgsmiljø.
Metode	To delt aksjonsforskning med kvalitativ tilnærming. I første fase ble data som omhandlet behovet for palliativ omsorg innhentet ved hjelp av semi-strukturerte intervjuer og helsestatusmålinger. Det ble gjennomført intervju av 26 pasienter som alle hadde opplevd minimum en kols eksaserbasjon som

	<p>krevde sykehusinnleggelse det siste året.</p> <p>I fase to møtes seks sykepleiere med ulik spesialisering gjennomsnittlig en gang i måneden i 17 måneder. Fokuset for hvert møte ble bestemt av refleksjoner fra forrige møte, og praksis relaterte utfordringer deltakerne opplevde på grunn av tidligere møters refleksjoner. Møtene ble tatt opp og transkribert.</p>
Resultater	<p>Resultatene indikere at «interlevel dynamics» på individ-, team-, tverrdepartemental- og organisatorisk nivå er en viktig faktor for å kunne etablere en ikke spesialisert palliativ behandling i sykepleiers praksis. I beste fall kan den nåværende innsatsen for å legge inn palliativ omsorg i hverdagen forbedre den terminale fasen. Imidlertid krever implementeringen av palliativ omsorg i hverdagspraksis ett mer grunnleggende skifte i organisatoriske omsorgen.</p>
Artikkel 2	
Tittel	Improving the quality of community primary palliative care in COPD: A qualitative study of health-care providers
Tidsskrift/årstall	Home Health Care Services Quarterly (2020)
Forfattere	Hirakawa, Y., Hirahara, S., Yamaguchi, Y., Yamanaka, T., Ari, H. & Miura, H.
Perspektiv	Sykepleier
Problem	Pasienter med alvorlig KOLS får ofte ikke adekvat palliativ omsorg, og blir utsatt for uønskede sykehusinnleggelser og hjerte- og lungeredning.
Hensikt	Å identifisere viktige faktorer og aspekter som vil være nyttig i utforming av retningslinjer som fremmer den primære palliative omsorgen for voksne med alvorlig KOLS som bor i hjemme.

<p>Metode</p>	<p>Kvalitativ tilnærming ved hjelp av fokusgruppediskusjon og semi-strukturerte intervjuer av 16 sykepleiere og leger med god erfaring innen primærhelsetjenesten for KOLS. Det ble først gjennomført en fokusgruppediskusjon for å samle inn nødvendige eksempler for innen primær palliativ omsorg, som skulle bli brukt i de individuelle intervjuene. De individuelle intervjuene foregikk på intervjuobjektets arbeidsplass og varte i 30-60 minutter. Alle intervjuene ble tatt opp og ble transkribert ordrett. Fokusgruppediskusjonen varte i 60 minutter og foregikk på konferanserom. Her ble den kvalitative dataen fra intervjuene lagt fram for å samle inn ytterligere kommentarer.</p>
<p>Resultater</p>	<p>Studien indikerer et behov for effektiv samarbeidende kommunikasjon mellom pasient, familie og helsevesenet, et langsiktig pakkeforløp med nødvendige tjenester, og at palliative omsorgs teknikker er hovedtemaene for å sikre en god palliativ omsorg.</p>

<p>Artikkelen 3</p>	
<p>Tittel</p>	<p>How do hospital-based nurses and physicians identify the palliative phase in their patients and what difficulties exist? A qualitative interview study</p>
<p>Tidsskrift/årstall</p>	<p>BMC Palliative Care (2019)</p>
<p>Forfattere</p>	<p>Flierman, I., Nugteren, I. C., van Seben, R., Buurman, B. M. & Willems, D. L.</p>
<p>Perspektiv</p>	<p>Sykepleier</p>
<p>Problem</p>	<p>I sykehus er pasienter som kunne hatt nytte av palliativ omsorg ofte ikke identifisert tidnok.</p>

Hensikt	Hensikten med denne studien er å vurdere hvordan sykepleiere og leger på sykehuset definerer og identifiserer den palliative fasen, og hvilke utføringer de møter.
Metode	Kvalitativ tilnærming. Data ble samlet inn ved hjelp av semi-strukturerte intervju av ti sykepleiere og atten leger. Alle deltakerne jobbet på sykehus i Nederland. Deltakerne var spesialisert i indremedisin, onkologi, geriatri, kardiologi, nevrologi og lungesykdom. Intervjuene ble tatt opp og transkribert. Alle deltakerne har gitt skriftlig samtykke.
Resultater	<p>Sykepleiere og leger var usikre omkring hvordan de skulle identifisere den palliative fasen, og hvordan de skulle skille mellom en akutt og en utvidet fase. Det var store variasjoner i hvilken livslengde en forventet ved de ulike fasene. Det ble beskrevet ulike måter å identifisere den palliative fasen på: 1) Prognose, 2) avveining av behandling, 3) fastsettelse av pasientens preferanser og behov og 4) tverrfaglig samarbeid. Fagfolk baserte prognose på deres erfaring, men søkte også etter kliniske indikatorer. Når fordelene ved behandlingen ikke lenger oppveier ulempene, ble dette sett som, om en sent, identifiseringsskjæringspunkt. Å starte en samtale om pasientens behov for palliativ omsorg ble sett på som vanskelig. Derav ventet noen av deltakerne til pasienten selv uttrykket deres preferanser. Mange fagfolk var avhengig av tverrfaglig arbeid for identifisering, men usikkerheter rundt ansvar eksisterer.</p> <p>Vanskeligheter med identifiseringen oppstod på grunn av variasjoner i definisjoner, uforutsigbarhet i ikke onkologisk sykdommer, fokus på behandling og vanskeligheter i kommunikasjon og samarbeid.</p>
Artikkel 4	
Tittel	Transitions to palliative care in acute hospitals in England: Qualitative study

Tidsskrift/årstall	BMJ Research (2011).
Forfattere	Gott, M., Ingleton, C., Bennett, M. I. & Gardiner, C
Perspektiv	Sykepleier
Problem	Manglende forskning på hvordan en kan sikre en god overgang til palliativ omsorg ved sykehus i England.
Hensikt	Undersøke hvordan overgangen til en tilnærming med palliativ omsorg er oppfattet som håndtert i akutt sykehussetting i England.
Metode	Kvalitativ studie. Data ble samlet inn ved hjelp av fokusgrupper og individuelle intervju. Fokusgruppene bestod av 28 helsepersonell fordelt på fire grupper. De som ikke hadde innledning til å stille i fokusgruppe ble intervjuet. Både de individuelle intervjuene og fokusgruppene ble tatt opp og transkribert.
Resultater	Deltakerne identifiserte at en strukturert overgang til en palliativ tilnærming som er argumentert for i Storbritannias retningslinjer er sjeldent tydelig i akutt sykehussetting. Prognose er ikke rutinemessig diskutert med pasientene. Å få en enighet blant helsepersonell om når overgangen til palliativ tilnærming ble sett på som viktig for å oppnå en effektiv overgang. Dette viste seg som vanskelig å få til i praksis. En overgang til palliativ omsorg ble ikke diskutert med pasientene. Pasientene ble ofte utskrevet fra sykehus med et falskt håp om helbredelse. For å sikre en god overgang til palliativ omsorg, er en nødt til å holde igjen på sykehuset.

Vedlegg 2, PICO – Skjema

Patient/Problem	Intervention	Outcome
KOLS Eldre	Symptomlindring Palliativ omsorg	Utfordringer Sykepleietiltak

Nedsatt livskvalitet	Lungerehabilitering Kvalitativ Identifisering Tiltak Tverrprofesjonelt samarbeid	Økt livskvalitet Bedre palliativ behandling
Chronic obstructive pulmonary disease Elderly Reduced quality of life	Symptom management Palliative care Pulmonary rehabilitation Qualitative Identification Measure Interprofessional collaboration	Challenges Nurses Increased quality of life Better palliative care

Vedlegg 3, oversikt over inklusjons- og eksklusjonskriterier

Oversikt over inklusjons- og eksklusjonskriterier	
Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Kvalitativ forskning	Kvantitativ forskning
Skrevet mellom år 2011 – 2021	Eldre enn 2011
Fagfellevurdert	Ikke overførbart til norsk helsevesen
Tilgjengelig i fulltekst	Oversiktsartikkel (review)
Oppbygging: IMRaD-modell	Artikler med hovedfokus på palliativ pleie til kreftpasienter.
Språk: norsk, svensk, dansk eller engelsk	Pasient- og pårørendeperspektiv
Sykepleieperspektiv	
Aktuelle søkeord: «COPD» or «chronic obstructive pulmonary disease», palliative care, nurs*, qualitative	