

Kristin Gjerde  
Markus Aasmo Håvik

# Sykepleiers utfordringer ved hjemmebasert palliativ omsorg til kreftpasienter

## Nurses` challenges in palliative homecare for cancer patients

Antall ord: 8701

Bacheloroppgave i Sykepleie

Veileder: Gerd EM Nordhus

Mai 2019





Kristin Gjerde  
Markus Aasmo Håvik

**Sykepleiers utfordringer ved  
hjemmebasert palliativ omsorg til  
kreftpasienter**  
**Nurses` challenges in palliative  
homecare for cancer patients**

Antall ord: 8701

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Veileder: Gerd EM Nordhus  
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Institutt for helsevitenskap i Ålesund



*Heimen er både vond og god; det skifter med sut og gaman. Hæv er den som med same mod  
kan taka mot alt i saman.*

*(Ivar Aasen, 1863).*

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Kreft er den hyppigste dødsårsaken i Norge. Dersom behandling ikke kan helbrede pasienten, har man behov for palliativ omsorg. De fleste ønsker å motta palliativ omsorg i eget hjem, likevel er det bare 15% som gjør det. Både folketall og forventet levealder øker, og det er derfor grunn til å tro at antall kreftpasienter også vil øke. Det vil av denne grunn være viktig at sykepleiere får økt refleksjon, bevissthet og evne til å se muligheter for utvikling i egen sykepleiepraksis for å ivareta utfordringer de møter i arbeid med denne pasientgruppen.

**Hensikt:** Gjennom belysning av sykepleiernes utfordringer i møte med palliative hjemmeboende kreftpasienter, kan sykepleier få bedre innsikt i og forståelse for hvordan sykepleiere opplever å gi palliativ omsorg til kreftpasienter som velger å avslutte livet hjemme.

**Metode:** Denne systematiske litteraturstudien er basert på syv kvalitative – og en kvantitativ forskningsstudie.

**Resultat:** Sykepleierne i studien møtte utfordringer relatert til dårlig samhandling, ressursmangler, faglig kompetanse og kunnskap. Samarbeid med pårørende og ivaretagelse av pasientens åndelige behov gav også utfordringer. Utfordringene påvirket sykepleiernes møte med hjemmebasert palliativ omsorg til kreftpasienter, og gav en rekke konsekvenser.

**Konklusjon:** Sykepleierne opplevde det som viktig for pasienten å få være hjemme når livets slutfase nærmet seg. Likevel møtte de en rekke utfordringer i arbeid i pasientens hjem. Hovedfaktorene som svekket opplevelsen av hjembasert palliativ omsorg var; manglende samhandling og kontinuitet, pårørende, åndelige omsorg og ressursmangler som tid, bemanning og kompetanse. Konsekvenser dette medfører er faglig utrygge sykepleiere, pasienter som ikke blir optimalt ivaretatt, unødvendige innleggelse på sykehus, pasient -og pårørendes manglende tiltro til samspillet mellom kommune- og spesialhelsetjenesten, og brudd på tillit mellom sykepleier, pasient og pårørende. Forskningsstudiene viste også at sykepleierne ble utfordret på grunnleggende verdier i livet når de skulle yte åndelig omsorg til pasienten.

## **Abstract**

**Background:** Cancer is the leading cause of death in Norway. If treatment cannot cure the patient, palliative care is needed. Most cancer patients want to receive palliative care in their own home, yet only 15% do so. Both population numbers and life expectancy are increasing, and it is therefore reason to believe that the number of cancer patients will also increase. For this reason, it will be important that nurses receive increased reflection, awareness, and ability to see opportunities for development in their own nursing practice, to take care of the challenges met when facing this group of patients.

**Intention/aim:** Through enlightenment of the nurse's experiences with challenges when providing palliative care to cancer patients in their own household, the nurse can get a better view and understanding of how the nurses experience giving palliative care to cancer patients who choose to end their lives at home.

**Method:** this systematic literature study is based on seven qualitative and one quantitative research studies.

**Result:** The nurses in this study faced challenges related to poor interaction within the health system, lack of resources, expertise and knowledge. Collaboration with the relatives and safeguarding the patient's spiritual needs also presented challenges. This affected the nurses' encounter with home-based palliative care for cancer patients.

**Conclusion:** The nurses found it important for the patient to stay home when the end phase of life approached. Nevertheless, they faced several challenges when working in the patients' home. The main factors that weakened the experience of home-based palliative care where: lack of interaction and continuity between services, relatives, spiritual care, and resource shortages such as time, staffing and competence. Consequences of this are professionally unsafe nurses, patients who are not optimally taken care of, unnecessary hospital admissions, patients and relatives 'lack of confidence in the interaction between the municipal and special health services, and breaches of trust between the nurse, patient and relatives. The research studies also showed that nurses were challenged on fundamental values in life when they were to provide spiritual care to the patient.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0</b>	<b>INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1	<i>BAKGRUNN OG HENSIKT</i> .....	1
1.2	<i>PROBLEMSTILLING</i> .....	1
1.3	<i>SENTRALE BEGREPER</i> .....	1
1.4	<i>AVGRENSNINGER I OPPGAVEN</i> .....	2
1.5	<i>OPPGAVENS VIDERE OPPBYGNING</i> .....	2
<b>2</b>	<b>TEORIBAKGRUNN</b> .....	<b>3</b>
2.1	<i>KREFT</i> .....	3
2.2	<i>HJEMBASERT PALLIATIV OMSORG</i> .....	3
2.2.1	<i>Samhandling ved hjembasert palliativ omsorg</i> .....	4
2.2.2	<i>Sykepleiers rolle i det hjemmebaserte palliative arbeidet</i> .....	5
2.2.3	<i>Medbestemmelse</i> .....	6
2.3	<i>PÅRØRENDE</i> .....	6
2.4	<i>ÅNDELIG OMSORG</i> .....	6
2.5	<i>KARI MARTINSENS OMSORGSFILOSOFI</i> .....	7
<b>3</b>	<b>METODEBESKRIVELSE</b> .....	<b>9</b>
3.1	<i>BESKRIVELSE AV METODE</i> .....	9
3.2	<i>SØKEPROSESS</i> .....	9
3.3	<i>INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER</i> .....	10
3.4	<i>KILDEKRITIKK</i> .....	10
3.5	<i>KVALITETSVURDERING OG ETISKE HENSYN</i> .....	11
3.6	<i>ANALYSE</i> .....	11
<b>4</b>	<b>RESULTAT</b> .....	<b>14</b>
4.1	<i>SYKEPLEIERENS KOMPETANSE</i> .....	14
4.2	<i>RESSURSER OG SAMHANDLING</i> .....	15
4.3	<i>PÅRØRENDE</i> .....	17
4.4	<i>ÅNDELIG OMSORG</i> .....	18
<b>5</b>	<b>DISKUSJON</b> .....	<b>19</b>
5.1	<i>METODEDISKUSJON</i> .....	19
5.2	<i>RESULTATDISKUSJON</i> .....	21
5.2.1	<i>Sykepleierens kompetanse</i> .....	21
5.2.2	<i>Ressurser og samhandling</i> .....	22
5.2.3	<i>Pårørende</i> .....	24
5.2.4	<i>Åndelig omsorg</i> .....	26
<b>6</b>	<b>KONKLUSJON</b> .....	<b>28</b>
6.1	<i>VIDERE FORSKNING</i> .....	29
	<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>30</b>

**VEDLEGG 1:** SØKEHISTORIKK

**VEDLEGG 2:** LITTERATURMATRISER (8STK)



# 1.0 Innledning

## 1.1 Bakgrunn og hensikt

Temaet for denne systematiske litteraturstudien omhandler palliasjon og utfordringer hjemmesykepleiere opplever i møte med palliative kreftpasienter i eget hjem. Kreft er den hyppigste dødsårsaken i Norge, og omlag 30-40% av alle nordmenn vil få en kreftdiagnose i løpet av livet (Kreftregisteret, 2019). Mange ønsker å dø hjemme, men ifølge Kreftforeningen (2019) er det bare 15% som gjør det. Som sykepleiere vil vi møte døende pasienter over alt i helsetjenesten. Etter samhandlingsreformen tråde i kraft i 2012, er kommunehelsetjenesten et satsingsområde. Samhandlingsreformen stiller i tillegg høyere krav til helsepersonellens evne til tverrfaglig samarbeid, kompetanse og kunnskap (Helse-omsorgsdepartementet, 2009). Hjemmesykepleierne jobber selvstendig og står ofte alene i pasientsituasjoner (Fjørtoft, 2012, s.43). Dette er noe vi også har erfart, i vår praksisperiode i hjemmetjenesten, etter de første møtene med døende kreftpasienter. Det er viktig at alle sykepleiere føler seg faglig sikre innen dette emnet. Vi ønsker derfor å få bedre innsikt og forståelse for hva sykepleierne står ovenfor, noe vi kan benytte i fremtidige arbeidssituasjoner. Studien vil med bakgrunn av dette ha et sykepleieperspektiv som kan utdype problemstillingen i oppgaven.

## 1.2 Problemstilling

Hvilke utfordringer opplever sykepleiere i forbindelse med hjemmebasert palliativ omsorg til kreftpasienter?

## 1.3 Sentrale begreper

Her presenteres en kort forklaring på begreper brukt i problemstillingen.

### **Kreft:**

Kreft er en genetisk sykdom på cellenivå, og kjennetegnes ved skader i cellens arvestoff slik at cellene deler seg ukontrollert. Kreft er også samlenavnet på over 200 ulike kreftformer (Haakensen, Ikdahl, Helland & Børresen-Dale, 2012, s.50).

## **Hjembasert palliativ omsorg:**

Hjembasert palliativ omsorg defineres som «Den palliative behandling, pleie og omsorgen som pasient og pårørende trenger når pasient tilbringer hele eller deler av den siste tiden av livet i hjemmet» (Rønning, Strand & Hjernstad, 2011, s.213).

### ***1.4 Avgrensninger i oppgaven***

Studien har et sykepleieperspektiv som avgrenses til sykepleiere i hjemmetjenesten. Studien er ikke avgrenset til en bestemt kreftdiagnose, hvor langt de har kommet i den palliative fasen eller aldersgruppe. Videre inklusjons- og eksklusjonskriterier vil vi utdype senere i oppgavebesvarelsen vår; metodedelen.

### ***1.5 Oppgavens videre oppbygning***

I kapittel to presenteres teori som skal bidra til å belyse problemstillingen. Kapittel tre presenterer studiens metodedel, med inklusjons- og eksklusjonskriterier, søkeprosess og analyse av forskningsstudiene. Videre vil kapittel fire presentere funnene fra analysen i en resultatdel. Kapittel fem vil ta for seg diskusjon av metode og resultat, etterfulgt av kapittel seks som vil munne ut i en konklusjon. Avslutningsvis tar vi med forslag til videre forskning.

## **2 Teoribakgrunn**

I dette kapittelet presenteres teori om kreft, hjemmebasert palliativ omsorg, pårørende, åndelig omsorg og Kari Martinsens omsorgsfilosofi. Dette er relevant for å belyse problemstillingen i oppgaven, da det gir en innføring i temaet og utdyper viktige begrep.

### **2.1 Kreft**

Kreft er et samlenavn på over 200 ulike kreftformer, og starter i én enkelt celle med genskader, som fører til kreftutvikling (Kreftforeningen, 2019). Kreftsykdom forekommer i alle aldersklasser, men risikoen vokser betydelig med økende alder. Som følge av økt gjennomsnittlig levealder har andelen av eldre i befolkningen vokst. Dette er noe av årsaken til økning i antall nye krefttilfeller (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2012, s.127).

På verdensbasis dør hele 30-40% av registrerte kreftpasienter av sin sykdom (Wist, 2012, s.32), og 11 123 mennesker døde av kreft i Norge i 2017 (Folkehelseinstituttet, 2018). Den siste tiden har behandlingen av kreftsykdommer gjennomgått store endringer. Moderne kreftbehandling omfatter tre hoved metoder: kirurgi, strålebehandling og medikamentell behandling (Kreftforeningen, 2019). Sykdommen kan ha generell påvirkning på en rekke biokjemiske prosesser. De sosiale konsekvensene av sykdommen kan være betydelige, og det samme kan være tilfellet med psykologiske forhold (Kaasa & Loge, 2011, s.75).

Kreftpasienter som ikke responderer på kurative behandlinger har behov for palliativ omsorg (Wist, 2012, s.32).

### **2.2 Hjembasert palliativ omsorg**

Ifølge WHO (Helsedirektoratet, 2015) defineres palliasjon slik: «Aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindrende tiltak rettet mot pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige problemer». Ved hjemmebasert palliativ omsorg er lindring av smerter og andre symptomer overordnet, i tillegg til lindring av psykososiale og åndelig smerte. Mellommenneskelige relasjoner er viktig i denne sammenheng, og sykepleier og sykepleierens personlige relasjon til pasient står derfor sentralt. Erfaring, kunnskap og sykepleier/pasientrelasjonen utgjør kjernen i palliativ pleie

(Rønning et al., 2011, s.213).

Det er anslått en forventet levetid på opptil 9-12 måneder for uhelbredelige syke og døende (NOU 1999: 2). I hjemmesykepleien betyr dette at man kan følge noen pasienter over tid, mens andre ganger kan det være mer kortvarig (Fjørtoft, 2012, s. 86). Å dø i eget hjem med de omgivelsene man er vant med er for mange pasienter et sterkt ønske (Rønning et.al., 2011, s.224). Ifølge statistikk på kreftforeningens nettside er det 15% av de med uhelbredelig kreftsykdom som faktisk dør i eget hjem i Norge (Kreftforeningen, 2019).

Mennesker som er i den siste delen av livet må gis muligheter til å leve best mulig, blant annet ved at de tilbys optimal symptomkontroll og at de praktiske forholdene legges til rette, slik at de som ønsker det, får være hjemme fremfor på institusjon (Kaasa, 2011, s.36).

### **2.2.1 Samhandling ved hjembasert palliativ omsorg**

Samhandling defineres av Helse- og omsorgsdepartementet (2009) som et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.

Palliativ omsorg i pasientens eget hjem er et tverrfaglig prosjekt som stiller store krav til samarbeid og samhandling mellom yrkesgrupper, spesialiteter og nivåer i helsetjenester (Haugen, Jordhøy & Hjermstad, 2011, s.211). Alvorlig syke og døende har ofte behov for sammensatte og omfattende tjenester. Formålet for organisering av palliasjon er at pasienten, pårørende og aktuell behandler til enhver tid har tilgang på nødvendig hjelp ut fra sine behov. Det legges til rette for at behandling, pleie og omsorg kan skje i hjemmet eller så nær hjemmet som mulig, og at man kan tilstrebe at pasientene kan dø på det stedet der de selv ønsker (NOU 2017 :16). Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen gir retningslinjer for organisering av den hjembaserte omsorgen (Helsedirektoratet, 2015).

Ansvar for den hjembaserte omsorgen ligger i hovedsak hos hjemmesykepleien og fastlege, og de skal videre samarbeide med palliativt team og andre instanser når dette er nødvendig for å gi god behandling og pleie. Dårlig eller manglende samhandling gir en opplevelse av tjenester som fragmenterte og uoversiktlige (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Andre helt nødvendige forutsetninger for palliativt tilbud i hjemmet er at personalet har den kompetansen som kreves og at bemanningen er tilstrekkelig (Rønning et al., 2011, s.214).

## **2.2.2 Sykepleiers rolle i det hjemmebaserte palliative arbeidet**

De fleste definisjoner av sykepleie inneholder begreper som helhetlig omsorg, kunnskap og empati. De spesielle ved palliativ sykepleie kjennetegnes av aktiv, helhetlig pleie av pasienter med uhelbredelig sykdom. Når arenaen for palliasjon er pasientens eget hjem, er forutsetningene for profesjonell palliativ omsorg annerledes enn i institusjon (Rønning et al., 2011, s.213).

Hjemmesykepleie er et tilbud om pleie og omsorg til hjemmeboende når sykdom, svekket helse, alderdom eller livssituasjon gjør at de trenger hjelp i kortere eller lengre tid. Det er en viktig del av dagens helsetjeneste, og har ingen begrensninger knyttet til alder eller sykdom. For hjemmesykepleiernes arbeid er det et overordnet mål at den enkelte skal få hjelp til å mestre hverdagen i sitt eget hjem, og det er behov for et vidt spekter av kunnskap (Fjørtoft, 2012, s. 19). Det særegne for hjemmesykepleie er at sykepleien skal utføres i pasienters private hjem. Det er viktig at sykepleierne har respekt for og ydmykhet overfor det enkelte hjemms verdier, normer, regler, rutiner og tradisjoner (Fjørtoft 2012, s.36). I hjemmesykepleien er omgivelsene og pasientens rolle annerledes, og det innebærer en annerledes yrkesrolle for sykepleieren. De har ofte færre hjelpemidler og mindre medisinsk utstyr tilgjengelig. De arbeider ofte alene hos pasienten, der det ikke er annet personale og fagkompetanse i umiddelbar nærhet. Dette stiller spesielt krav til sykepleiernes faglige kompetanse, praktisk tilrettelegging og medmenneskelighet (Fjørtoft, 2012, s.43 og s.91).

Det bør være en pasientansvarlig sykepleier i hjemmesykepleien. Pasientansvarlig sykepleier er kontaktperson for pasienten og familien, har ansvar for oppfølgingen hjemme og fungerer som koordinator for tjenestene (Fjørtoft, 2012, s.90). Alle pasienter med behov for sammensatte tjenester rett til en koordinator i kommunen. Denne funksjonen bør vanligvis tillegges ressursykepleier eller en annen sykepleier i hjemmesykepleien (Norsk forening for palliativ medisin, 2004).

### **2.2.3 Medbestemmelse**

I følge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har den enkelte pasient rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester med mål om at det skal bidra til bedre kvalitet i helse- omsorgstjenesten. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven (2011).

### **2.3 Pårørende**

I henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) defineres dette som den pasienten oppgir som pårørende. Pårørende til pasienter og brukere skal bli sett, hørt og fulgt opp av helsepersonell som både involverer og støtter dem (Helsedirektoratet, 2018). Sykepleier skal ifølge yrkesetiske retningslinjer vise de respekt og omtanke (Norsk sykepleierforbund, 2016). Pårørende er en viktig ressurs for den alvorlig syke og døende pasienten, men familien har også behov for støtte for egen del. Alvorlig sykdom medfører mange påkjenninger for pasientens familie. Ulike undersøkelser viser at ca.1/3 av voksne kreftpasienters ektefeller og barn utvikler psykologiske problem. Enkelte har behov for emosjonell støtte, veiledning til å ivareta seg selv og den syke best mulig (Schjødt, Haugen, Straume & Værholm, 2011, s.91-93).

Samspeillet mellom den syke, familien og helsepersonell er sammensatt. Utgangspunktet for møtet med familien og den palliative pasienten er at familien som helhet må bli sett og ivaretatt. De fleste familiemedlemmer har behov for medisinsk informasjon og forberedelse på det som venter dem. Det er ikke sjeldent at familiemedlemmer benekter realiteten til tross for at de er de som kjenner pasientens situasjon og behov best (Schjødt et.al, 2011, s.89-93). Dersom det oppstår interessekonflikt mellom pårørende og pasient, skal hensynet til pasienten prioriteres (Norsk sykepleierforbund, 2016).

### **2.4 Åndelig omsorg**

FNs menneskerettserklæring (2018) og Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2016) sier at åndelig omsorg skal være en del av den helhetlige og profesjonelle omsorgen sykepleiere utøver i møte med pasienten. Der er flere definisjoner av begrepet åndelig omsorg. Vi har

valgt å ta utgangspunkt i definisjonen til Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (Helsedirektoratet, 2015). De definerer åndelig omsorg som: «en samlebetegnelse for personalets tilnærming og innsats i forhold til eksistensielle og åndelige utfordringer og behov i siste livsfase». Å være i livets slutfase kan medføre en rekke psykososiale og eksistensielle problemstillinger. Dette kan være preget av angst, frykt, ensomhet og følelse av meningsløshet. Spørsmål og funderinger av eksistensiell karakter sees ofte (Busch & Hirsch, 2011, s.132).

Helsetjenesten har påtatt seg oppgaven å følge mennesker til døden, og det gjelder flere tusen mennesker og deres pårørende hvert år. Hvis den åndelige og eksistensielle omsorgen uteblir, vil mange mennesker bli krenket og sviktet når døden nærmer seg, og helsearbeidere vil bli hindret i å utøve sin profesjonsetikk (Busch & Hirsch, 2011, s.132)

I møte med andres død og sorg konfronteres sykepleiere med eget forhold til døden (Fjørtoft 2012, s.91). Den enkelte må ha et noenlunde bearbeidet forhold til sitt eget eksistensielle ståsted både for å ta signaler og bli modig nok til å ta hva som enn skulle komme (Busch & Hirsch, 2011, s.132). Sykepleieren må bruke sin faglige kompetanse, empati, innlevelse og omsorg bidra til å gjøre den siste fasen av livet til en bedre tid. Videre må sykepleier ha god relasjonskompetansen som en vesentlig del av yrkeskompetansen (Fjørtoft 2012, s.91).

## ***2.5 Kari Martinsens omsorgsfilosofi***

Omsorg er en grunnleggende forutsetning for alt liv, og beskriver det ene menneskets svar på den andres avhengighet. Sykepleie er ifølge Kari Martinsen bygd opp omkring begrepet omsorg, og utgjør en av sykepleiernes verdigrunnlag. Martinsens fremhever tre aspekter ved omsorgsbegrepet; omsorg som et relasjonelt begrep, den moralske siden ved omsorg, og omsorg i praksis (Kirkevold, 2014, s.169).

Omsorg som et relasjonelt begrep er kjennetegnet ved å være et mellommenneskelig forhold mellom to mennesker, basert på en form for gjensidighet, felleskap og solidaritet. Omsorg som moralsk begrep knyttes til prinsippet om ansvaret for svake. Dette forklarer Martinsen med at forholdet mellom mennesker er preget av makt og avhengighet, og moral spiller en rolle i forvaltningen av disse. Videre knytter hun moralsk omsorg til nestekjærlighet. Siste aspektet ved omsorgsbegrepet er omsorg i praksis. Omsorg omfatter utførelsen av konkrete,

situasjonsbetingede handlinger basert på en forståelse av hva som er til den andres beste. Omsorgens handlinger vokser ut av den konkrete situasjonen og tilstandens som mottakeren befinner seg i (Kirkevold, 2014, s.171- 173).



## 3 Metodebeskrivelse

Dette kapittelet vil presentere søkeprosessen knyttet til metode, inklusjons- og eksklusjonskriterier, søkeprosessen, vurdering av kvalitet og relevans – og etiske vurderinger. Deretter vil analysen av de inkluderte forskningsstudiene presenteres.

*«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder»*

-Vilhelm Aubert (Dalland, 2012, s.110).

### 3.1 Beskrivelse av metode

Denne oppgaven baserer seg på en systematisk litteraturstudie som metode, og det har blitt brukt et systematisk litteratursøk. En systematisk litteraturstudie handler om å; systematisk søke, kritisk granske, analysere og velge relevant forskning innen et valt emne eller problemområde (Forsberg & Wengström, 2013, s. 27). Oppgaven baserer seg på forskningsartikler, hvor vi har funnet åtte artikler som skal brukes. Videre bygges oppgaven på faglitteratur og pensumbøker. Forskingen i artiklene baserer seg på kvalitativ og kvantitativ metode (syv kvalitative og en kvantitativ). Det er gunstig å bruke studier basert på kvalitativ metode for å belyse vårt tema da kvalitativ metode tar sikte på å fange opp mening og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2012, s.112).

### 3.2 Søkeprosess

Vi startet litteratursøket med å bruke databasen CINAHL Complete, og søkeordene «palliative care», «nursing care» og «home health care». Søkeordene ble kombinerte ved hjelp av den Booleske operatøren AND for å finne mer spesifikke og relevant artikler. Vi endte opp med å finne en studie som vi ville bruke videre. De neste søkene ble utført på databasene Medline og SveMed + der vi fant en og to artikler til som vi ville bruke (totalt fire artikler). Studiene ble nøye gjennomgått ved å lese overskrifter, abstrakter og videre hele studien dersom den var relevant nok. Dette viser vi til i søkehistorikken som vedlegg.

Ved en senere anledning utførte vi nye søk etter flere relevante artikler vi kunne bruke i vår oppgave. Vi brukte samme databaser som sist, CINAHL Complete og Svemed+. Etter å ha prøvd et nytt søk med de samme søkeordene vi brukte sist gang, fant vi ut at vi måtte gjøre små forandringer i søkeordene. Vi skiftet litt på søkeordene for å finne artikler vi var fornøyde med, men fokuserte på å ha litteratursøket så likt mulig som tidligere. De nye søkeordene vi brukte var «community nursing/community health nursing», «cancer patients» og «palliative care». Søkeordene ble kombinert med den boolske operatøren AND. Sammen på de to databasene fant vi fire artikler som vist i vedlegget om søkehistorikk. De nye artiklene ble også gjennomgått på samme måte som tidligere. For en oversikt over artiklene viser vi til de vedlagte litteraturmatisene.

### ***3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier***

Søket ble utført med inklusjons- og eksklusjonskriterier. Artiklene måtte utelukkende være fagfellevurdert. Vi søkte etter artikler publisert etter 2008. Artiklene ble gjennomgått grundig for å kontrollere at de hadde sykepleieperspektiv og at sykepleierne jobbet i hjemmebasert omsorg. Alle artiklene skulle også være etisk godkjente. Artiklene skulle være skrevet på norsk, dansk, svensk eller engelsk. På SveMed+ gjorde vi også et søk etter bare norske artikler.

### ***3.4 Kildekritikk***

Ifølge Dalland og Tygstad (2012, s.67) er kildekritikk de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. I dette menes det at man vurderer og karakteriserer de kildene som benyttes. Leth og Thurén (2000) sier at kildekritikk er et samlebegrep for metoder brukt for å skille verifiserte opplysninger fra spekulasjoner.

Det er mye forskningsmateriale tilgjengelig for kreftpasienter og palliasjon, og det å velge ut hvilken forskning vi skal bruke i vår oppgave kan være en utfordrende prosess. De fleste av artiklene er norske, men noen av studiene er utført i utlandet og er skrevet på engelsk. Oversettelse av engelske artikler kan gi små misforståelser. Helsevesenet i de landene studiene har foregått kan overføres til det norske helsevesenet, og er derfor relevant for norske sykepleiere. Alle artiklene vi har brukt i oppgaven har et sykepleieperspektiv, og funnene er basert på hvordan sykepleierne ser problemstillingen.

### **3.5 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn**

Alle artiklene vi har funnet er etisk godkjent, og følger kriteriene for IMRAD-struktur. Vi brukte Norsk senter for forskningsdata (2019) sitt register over vitenskapelige publiseringskanaler og kontrollerte at de var nivå 1 eller nivå 2. Det vil si at de er publisert i et vitenskapelig tidsskrift med fagfellebedømming. For å videre kvalitetssikre artiklene våre brukte vi sjekklister for vurdering av kvalitative- og kvantitative studier (Helsebiblioteket, 2016). Her fikk vi kontrollert at studien holder en kvalitetsmessig god standard.

Syv av våre åtte artikler har kvalitativt design. Kvalitativ metode fokuserer på å tolke og skape mening og forståelse i menneskene sin opplevelse av omverdenen (Dalland 2012, s.112). Det virket mest rett for oss å bruke forskningsartikler med kvalitativt design, da vi vil utforske hva sykepleierne føler og opplever rundt vår problemstilling.

Den siste forskningsartikkelen har kvantitativt design. Kvantitativ metode har den fordelen at den gir data i målbare enheter, som gir oss mulighet til å analysere data på en annen måte en kvalitativ metode (Dalland 2012, s.112). Det at en artikkel er av kvantitativt design ser vi på som positivt, da den gir noen handfaste tall og verdier som gir oss et innblikk i forskjellene innad i sykepleieprofesjonen.

### **3.6 Analyse**

I analyse arbeidet vårt valgte vi å bruke Evans´ (2002) analysemodell. I hans modell går man gjennom fire faser for analyse og fremstilling av data.

**Første seg** er «innsamling av data» (Evans, 2002). Hvordan vi gjennomførte dette har vi beskrevet tidligere i oppgaven innunder *søkeprosessen*. Vi fant til sammen åtte artikler. Alle artiklene har gått gjennom flere vurderingskriterier som vi har vist i metodedelen. Dette har vært en bekreftelse for oss at artiklene er gode og kan anvendes i vår oppgave. Videre nummererte vi de åtte artiklene fra en-åtte, i kronologisk rekkefølge ut ifra hvilke artikler vi fant først. Dette gav oss en god oversikt.

**Andre steg** er «identifisering av hovedfunn» (Evans, 2002). Vi startet med å lese de åtte artiklene på langs og notere funnene hver for oss. Videre sammenlignet vi funnene vi hadde. Vi hadde forskjellige meninger om noen av studiene, men etter å ha diskutert kom vi frem til

hvilke tema vi mente var gjennomgående. Denne prosessen var tidkrevende, men gjorde de mulig å se sammenhenger og ulikheter på tvers av de åtte forskningsstudiene. Etter vi hadde kommet frem til dette, tok vi for oss positive og negative erfaring ved hver studie under de ulike funnene. Vi systematiserte dette ved å lage en tabell der vi noterte ned de ulike funnene for hver studie under hvert av hovedtemaene. Vi tok også med underfunn og relevante sitater i denne prosessen ved å lage en egen overskrift som vi kallet for «andre funn». Dette syntes vi var en oversiktlig måte å identifisere studiene på, og vi så raskt hvilke temaer som gikk igjen.

I **tredje steg** skal funnene sammenlignes og sorteres i kategorier på tvers av studiene (Evans, 2002). Ved hjelp av tabellen organiserte vi funnene våre. Funnene i tabellen ble sortert i forskjellige kategorier, og videre ble kategoriene inndelt i fargekoder ut ifra hvilke som passet sammen.

Slik organiserte vi kategoriene inn i fire hovedtemaer:

- Sykepleiers kompetanse (grønn)
- Ressurser og samhandling (rød)
- Pårørende (blå)
- Åndelig omsorg (Lilla).

Inndelingen av hovedtemaene vises i tabellen under:

Hovedtema	Studienummer
Sykepleiers kompetanse	1,4,5,6,7
Ressurser og samhandling	4,5,6,7
Pårørende	1,2,3,5,8,
Åndelig omsorg	1,3,5,6

Tabellen fungerte godt som en oppsummert oversikt for hovedtema og hvilke studier som gikk igjen i de ulike temaene. Vi syntes det gav en god oversikt å notere studiene på siden av hovedtemaene. Fargekodene skulle hjelpe å skille viktige sitater og andre funn fra hverandre, og strukturere likheter og ulikheter på tvers av forskningsstudiene.

I **fjerde steg** skal man lage en beskrivelse og syntese av funnene (Evans, 2002). Tabellen vi utformet i steg to og tre illustrerer selve syntesen, som blir presentert i kapittel fire.

## 4 Resultat

I de åtte forskningsstudiene ble det rapportert at sykepleiere møtte utfordringer relatert til samhandling, kompetanse og kunnskap, ressurser, pårørende og pasientens åndelige behov. Vi skal utdype dette i resultatdelen, hvor vi tar for oss hvert hovedfunn. Det er viktig å se resultatet i helhet da hovedfunnene henger sammen og går delvis inn i hverandre. I oppgaven støtter vi opp med relevante sitater og underfunn som viser hvordan sykepleierne beskriver sine erfaringer.

### 4.1 Sykepleierens kompetanse

Tydelige funn i studiene har vist at manglende kompetanse, kunnskap, erfaring og faglig usikkerhet gav sykepleierne flere utfordringer (Nordsveen og Andershed, 2015; Molnes, 2014; Karlsson og Berggren 2011; Rögenes, Moen & Grov, 2013; Molnes, 2015).

Sykepleierne møtte spesielt utfordringer på området *smertelindring*, og uttrykte usikkerhet som følge av mangel på tilstrekkelig kunnskap (Molnes 2014; Molnes 2015). Noen av sykepleierne hadde erfart at de måtte legge pasienter som ønsket å dø hjemme inn på sykehus på grunn av faglig usikkerhet og manglende kunnskaper ved bruk av blant annet smertepumpe. Videre i studiene til Molnes (2014) og Molnes (2015) uttrykker sykepleierne at de møter utfordringer ved å kartlegge smertebildet til kreftpasientene. Kartleggingsverktøy som tar for seg kreftpasientens komplekse smertebilde ble ifølge sykepleierne i studien til Molnes (2014) sjeldent benyttet. I hovedsak mente sykepleierne det var mangel på opplæring på hvordan man skulle bruke slike verktøy. Smertelindring og smertekartlegging var et område sykepleierne ønsket faglig oppdatering rundt. De etterlyste i tillegg økt fokus på dette i grunnutdanningen i sykepleiestudiet (Molnes, 2014; Molnes, 2015).

Flere studier dokumenterte at kompetanse tilegnet gjennom utdanning eller erfaring sto sentralt i sykepleiernes møte med utfordringer i forbindelse med hjemmebasert palliativ omsorg (Molnes, 2014; Rögenes et.al., 2013; Nordsveen og Andershed, 2015). De med videreutdanning i kreftsykepleie, palliativ omsorg eller erfaringer fra feltet, skåret høyere på alle spørsmål om faglig trygghet og kompetanse vedrørende palliativ omsorg i hjemmet (Rögenes et al., 2013). Sykepleierne i studiene til Molnes, (2014) og Nordsveen og

Andershed, (2015) mente at det i hjemmetjenesten bør være ansatt sykepleiere med videreutdanning i kreftsykepleie eller palliativ omsorg. Funn i en av studiene gav et eksempel på dette:

*«Sykepleierne ønsket veiledning, også helst at de fikk veiledning av en sykepleier som hadde videreutdanning i kreftsykepleie» (Molnes, 2014)*

Resultatet i Rögenes et al., (2013) sin studie viste at sykepleiere uten relatert videreutdanning eller lang erfaring innenfor kreft og/eller palliasjon, opplevde større utfordringer i møte med pasientens åndelige, eksistensielle og psykiske smerter. Dette var sammenlignet med de med videreutdanning eller lang erfaring. Resultatet viste også at sykepleiere med lang erfaring eller videreutdanning i større grad opprettet tiltak for å imøtekomme pasient og pårørendes behov for åndelig og psykisk støtte.

## **4.2 Ressurser og samhandling**

Dårlig samhandling og manglende ressurser som lav bemanning og tidspress gav sykepleiere en rekke utfordringer i møte med hjemmebasert palliativ omsorg til kreftpasienter (Molnes, 2014; Rögenes et al., 2013; Nordsveen og Andershed, 2015). I flere av studiene kom det frem at sykepleierne ikke hadde nok tid, som følge av lav bemanning, til å gi den pleien hjemmeboende kreftpasienter har behov for (Molnes, 2014; Rögenes et al., 2013). Sykepleierne i Molnes (2014) studie sin opplevde å bli stilt ovenfor et dilemma som følge av tidspress. De mente at de til tider ikke fikk utført jobben så godt som de kunne, på grunn av at for mange oppdrag skulle presses inn på en gitt tid.

Sykepleierne påpekte at samarbeidsmøter hadde stor betydning for god samhandling vedrørende palliative kreftpasienter. Det var viktig at det ble arrangert et møte med pasient, pårørende og hjemmesykepleien (kreftsykepleier/kreftkoordinator) før utskrivelsen, for best mulig tilrettelegging i hjemmet (Nordsveen og Andershed, 2015). I studien til (Rögenes et al., 2013) mente sykepleierne de møtte utfordringer når kreftsykepleier/-koordinator ikke var tilgjengelig. De mente kreftsykepleierne/-koordinator ikke fikk brukt sin fristilte tid. De var ikke tilgjengelige for de andre sykepleierne uten videreutdanning på feltet, og fikk heller ikke fulgt opp kreftpasientene slik det var behov for (Rögenes et al., 2013). Sykepleierne erfarte når kreftsykepleiere/koordinator ikke var tilgjengelig, gikk det med unødvendig tid på å innhente mangelfull informasjon og kunnskap, noe de kunne vært foruten hadde de hatt

tilstrekkelig bemanning og tilgjengelige kreftsykepleiere/ -koordinator (Molnes, 2014; Rögenes et al., 2013; Nordsveen og Andershed, 2015).

*«Sykepleierne hevder at de bruker unødvendig tid og ressurser med å kontakte avdelingene for å få avklare ting, på grunn av ufullstendige utskrivinger. Videre påpekes det at dette også påvirker pasientene og eventuelt pårørende. De blir utrygge, føler seg maktløse, og i noen tilfeller følte sykepleierne at pårørende ikke hadde tiltro til samspillet mellom kommunehelsetjenesten og spesialhelsetjenesten» (Molnes, 2014).*

Ufullstendig informasjon og samhandling av pasienter fra sykehus og problematikken dette medførte var noe av det sykepleierne i kommunehelsetjenesten opplevde som spesielt utfordrende. Sykepleierne mente de manglet både resepter, medisiner, utstyr, epikrise, sykepleiesammenfatning og en oversikt over medikamentene pasientene bruker (Molnes, 2014; Nordsveen og Andershed, 2015). Utskrivinger på kort varsel var også noe de ofte møtte. I studien til Molnes (2015) viste resultater at sykepleierne erfarte at de måtte bruke ekstra ressurser og unødvendig tid på å ordne opp (Molnes, 2014).

*«Har inntrykk av at en del kreftpasienter blir hørt, og at hjemreisen er nøye planlagt. Det er bedre kommunikasjon i disse tilfellene, spesielt når det palliative teamet har vært inne i bildet. Da har vi fått mer informasjon, og vi vet det kanskje to uker før det er snakk om utreise. I hvert fall er en av kreftsykepleierne informert» (Nordsveen og Andershed, 2015).*

Å forholde seg til mange forskjellige instanser var tungvint for sykepleierne (Nordsveen og Andershed, 2015). Sykepleierne i hjemmesykepleien uttrykte seg for at pasient og pårørende ble feilinformerte på sykehus. Legene og sykepleierne i spesialhelsetjenesten lovde pasient og pårørende at hjemmesykepleien kunne stille opp og hjelpe til med det meste. Dette førte til at sykepleierne måtte bruke mye tid på å klargjøre hva de faktisk kunne hjelpe til med, og hvordan systemet i hjemmesykepleien fungerte. Pårørende og pasient satt med urealistiske forventninger til sykepleierne i hjemmetjenesten (Molnes, 2014). En av sykepleierne i studien til Nordsveen og Andershed (2015) gav et eksempel på konsekvensen av dette:



«Sykepleierne forklarte at en dårlig start kan en dra med seg videre i forløpet, og det kan bli vanskelig å rette opp igjen» (Nordsveen og Andershed, 2015)

### **4.3 Pårørende**

Funn i flere av studiene viste at sykepleierne opplevde utfordringer i møte med pårørende. De opplevde at pårørende fornektet situasjonen de hadde havnet i, og hadde større problemer med å godta kreftdiagnosen til pasienten enn pasienten selv (Karlsson, Roxberg, Barbosa & Berggren., 2010; Wilson, Griffiths, Ewing, Connolly & Grande, 2014). I studien til Wilson et al. (2014) viste funn at sykepleierne opplevde at dette krevde ekstra tid, noe som stjal fokus fra pleien til pasienten:

*“And you spend all your time trying to appease the family rather than the patient” (Wilson et al., 2014).*

Maktesløshet i samhandling med pårørende var noe sykepleierne i studiene uttrykte. De opplevde at pårørende viste mistillit til deres kompetanse. Sykepleierne gav eksempel hvor pårørende stilte seg skeptiske til blant annet smertelindring, der de mente smertelindringen var utilstrekkelig eller for aggressiv. Når pårørende tvilte på deres kompetanse, ble noen av sykepleierne påvirket bort ifra sin profesjonelle avgjørelse vedrørende behandling av pasienten (Karlsson et al., 2010; Wilson et al., 2014). Sykepleierne hadde opplevd at flere pasienter ikke ville ta imot hjelp. Ofte på grunn av påvirkning av sine pårørende, da fornektelse innad i familien påvirket retningen til valg av pasientens behandling. Sykepleierne gav eksempler på erfaringer fra pårørende som ønsket å fortsette behandling, når sykepleieren ikke lenger følte dette var etisk riktig. Andre hadde erfaringer fra pårørende som ikke stolte på at pasienten fikk den hjelpen den trengte hjemme, og ville ha pasienten innlagt på sykehus (Karlsson et al., 2010; Wilson et al., 2014).

Samtidig opplevde sykepleiere i studiene til Griffiths, Ewing & Rogers (2010) og Rögenes et al (2013) at et godt samarbeid med pårørende også kunne være positivt. Sykepleierne presiserte betydningen av at alle jobbet mot et felles mål. De opplevde også at et godt samarbeid med pårørende gav mindre utfordringer og følelsen av at pårørende fikk større tillit til sykepleierne (Karlsson og Berggren, 2011; Griffiths et al., 2010; Rögenes et al., 2013).

#### 4.4 Åndelig omsorg

Åndelig omsorg viste seg å være et viktig aspekt i flere av studiene. Sykepleierne i Molnes (2015) og Karlsson og Berggren (2011) sine studier var opptatt av at pasientene skulle ha noen å snakke med. De mente det var viktig at pasienten fikk snakke om sine tanker og følelser og at det var sykepleierens rolle å være lyttende. En deltager i studien til Griffiths et al (2010) beskrev dette godt:

*«You know, you can tell so much from just how the patient tells you their story. You know where they are in their acceptance»*

Sykepleierne mente selv at å kommunisere med pasienter om utfordrende tema ikke ble iverksatt i virkeligheten. Flere begrunnet dette med at de ikke mestret rollen. Det opplevdes for nært og personlig å gå inn på dype temaer. Det kom frem at flere av sykepleierne ikke våget å gå inn i en samtale om pasientens situasjon, hans bekymringer og spesielt hans tanker om døden. Å skifte fokus når temaer som døden kom opp var noe sykepleierne kjente seg igjen i, og flere hadde erfaring med å avbryte samtaleemnet for å unngå ubehaget de selv følte på (Griffiths et al., 2010; Molnes, 2015). I studien til Griffiths et al (2010) gav en av sykepleierne et eksempel fra sin arbeidspraksis på nettopp dette:

*A patient talked about visiting the grave of her son. The nurse asked about the patient's feelings, but when the patient got distressed, the nurse changed the subject. The nurse responded with: «So, moving swiftly on.» ``*

Funn i studiene viste at sykepleierne fant det vanskelig å samhandle med alvorlig syke og døende. De mange åndelige, psykiske og eksistensielle aspektene pasientene erfarte i møte med døden var for sykepleierne utfordrende. Sykepleierne opplevde at deres egne følelser ble involvert i slike situasjoner. Mange forbandt det åndelige med det religiøse, og trakk seg derfor unna pasientens åndelige behov (Griffiths et al., 2010; Molnes, 2015).

## 5 DISKUSJON

Dette kapitlet presenterer en metodediskusjon og videre en resultatdiskusjon som drøfter forskningsstudiene's resultat i tråd med teoribakgrunn. I resultatdiskusjonen vil også konsekvensen for pasienten bli belyst.

### 5.1 *Metodediskusjon*

Høsten 2018 utarbeidet vi en prosjektplan for å planlegge det videre arbeidet med den systematiske litteraturstudien. De ble tatt utgangspunkt i NTNU sine retningslinjer i arbeidet med de åtte forskningsstudiene som oppgaven bygger på. Metodedelen i oppgaven bygger på litteraturen til Forsberg og Wengström (2013) og oppgavens analysedel bygger på Evans' (2002) analysemetode.

Når vi startet den systematiske litteraturstudien ønsket vi å avgrense studien til sykepleiere i hjemmesykepleien. Vi ville ha hjemmesykepleiernes subjektive erfaring fra hjembasert palliativ omsorg til kreftpasienter. Det har i hele søkeprosessen vært mange studier som omhandlet pasient og pårørende perspektiv. Vi var lenge i tvil på om vi måtte gjøre om på problemstillingen som avgrenset til sykepleieperspektiv. Ved å utvide søket med nye søkeord fant vi likevel tilstrekkelig med gode forskningsstudier som tok for seg perspektivet vi ønsket for vår oppgave.

Vår søkeprosess har gitt et flertall av kvalitative forskningsstudier. Som nevnt i beskrivelse av metode er det nyttig å bruke slike studier i vår oppgave. Kvalitativ metode har en spesiell styrke når de gjelder menneskelig samhandling og erfaring. Den kan brukes til å få vite mer om erfaringer, meninger, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger, som kan styrke vår forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør (Malterud, 2017, s.31). Dette underbygger hvorfor vi mente kvalitativ metode var den beste for å sette ord på sykepleiernes opplevelser, meninger og erfaringer i forbindelse med hjemmebasert palliativ omsorg til kreftpasienter.

Noen av studiene vi har valgt å bruke til oppgaven, tar for seg palliasjon i hjemmet uten et spesifikt fokus på kreftpasienter. Etter nøye gjennomgang har vi likevel bedømt at studiene tar for seg viktige faktorer som vil påvirke sykepleierne på tvers av diagnoser, og kan overføres til vår pasientgruppe. En av studiene har som hensikt å belyse sykepleiernes erfaring med faktorer som bidrar til god palliativ omsorg i hjemmet. Den har mange relevante funn om hva sykepleiere opplever som utfordrende rundt de ulike faktorene. Funnene viser til det samme som de andre studiene gjør, og gir grunnlag for en sterkere fremstilling av resultat.

Vi har jobbet grundig med analysen av studiene. Resultatene i oppgaven er utarbeidet etter etiske retningslinjer, og vi har forsøkt å presentere dette uten egne fordommer av innholdet som kunne vært med på å svekke validitet i resultat. Ifølge Evans (2002) kan detaljer gå tapt under framleggelse av syntese ved bruk av kvalitative studier, da kvalitative studier ikke presenterer numeriske data. Vi har gjort vårt beste for å presentere resultatene på en god måte. Samtidig har vi valgt å ta med en kvantitativ studie som kan gi en bredere underbyggelse av funnene. Dette, kombinert med at alle våre artikler er av relativt nyere dato (2010-2017), mener vi er med på å styrke oppgavens resultat i forhold til vår problemstilling.

I resultatdelen har vi delt inn funnene i ulike kategorier som munner ut i fire overordnede tema. Det ble lagt ned et grundig arbeid for å komme frem til resultat kategorier som representerte materiale på en god måte. Vi har kritisk vurdert alle valgene vi har tatt for oppgaven, og vist til troverdig litteratur. Bibliotekaren og forelesere på skolen har gjennom forelesinger som omhandler bacheloroppgaven, hjulpet oss å forstå de ulike databasene og søkeprosessen. Spesielt godt og oversiktlig synes vi det har vært å bruke STEG-verktøyet som ble utarbeidet i 2018.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

På grunnlag av åtte forskningsstudier skulle vi i denne systematiske litteraturstudien utforske hvilke utfordringer sykepleiere opplevde i møte med palliative hjemmeboende kreftpasienter. Resultatet av de åtte forskningsartiklene viste en rekke utfordringer preget av ressursmangler, dårlig samhandling og kontinuitet, pårørendes, og åndelige omsorg. Studiene viste videre at tilstrekkelig tid, bemanning og faglig kompetanse var avgjørende faktorer for opplevelsen.

### **5.2.1 Sykepleierens kompetanse**

Etter samhandlingsreformen ble tatt i bruk stilles de høyere krav til hjemmesykepleiernes kompetanse og kunnskap, da tjenester har blitt flyttet fra spesialhelsetjenesten til kommunalhelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Funn i studiene viste at sykepleierne ikke fikk utført arbeidsoppgavene sine på grunn av manglende kompetanse, noe som førte til at pasientene ikke ble ivaretatt optimalt (Molnes 2014; Rögenes et al., 2013). Dette står i samsvar med funn i en undersøkelse besvart av 2705 sykepleiere, som viser at samhandlingsreformen gir flere oppgaver og for lite fagkompetanse (Østby, 2015). I NOU (2017:16) står det at man skal tilstrebe at pasientene kan dø der de selv ønsker. De praktiske forholdene skal legges til rette, slik at de som ønsker det, får være hjemme fremfor på institusjon (Kaasa, 2011, s.36). Vi har selv erfart at sykepleiere i hjemmetjenesten arbeider selvstendig, uten annet personale og fagkompetanse i umiddelbar nærhet, og at dette setter store krav og forventninger til sykepleierne.

Ifølge yrkesetiske retningslinjer skal sykepleiere bidra aktivt for å imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov for helse og omsorgstjenester. Videre skal de ivareta den enkeltes verdighet og integritet (Norsk sykepleieforbund, 2016). Den enkelte pasient har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Med dette menes det at sykepleiere skal ivareta kreftpasientens medbestemmelse og rette til å ikke bli krenket. Pasienten velger selv hvor han ønsker å avslutte livet, så sant man kan yte forsvarlig behandling. Det må derfor legges tilrette for at personell blant annet har tilstrekkelig kompetanse og kunnskap i hjemmetjenesten, for å oppnå pasientens ønske. Pasient og pårørende må vite at de mottar like god helsehjelp i hjemmet som på institusjon. Det er hjemlet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester at personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og

tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Likevel viste funn i studiene til Molnes (2014) og Molnes (2015) at sykepleiere hadde erfart at pasienter måtte legges inn på sykehus til tross for deres ønske om å dø hjemme.

Smertelindring og kartleggingsverktøy var et område som funn i studiene viste var spesielt utfordrende for sykepleierne. Det ble uttrykt mangler av tilstrekkelig kunnskap, noe som førte til faglig usikkerhet. De etterlyste faglig oppdatering på området, men tid og ressursmangel førte til at de ikke hadde anledning til dette (Molnes, 2014; Molnes, 2015). Dette samsvarer med funn i en artikkel nylig publisert på *Sykepleien.no*. I artikkelen påpekes hjemmesykepleiernes behov for god kompetanse om palliasjon, og at de i hjemmetjenesten er utrygge på området smertelindring og smertekartlegging (Staats, Tranvåg & Grov, 2019). Videre viste funn i flere av studiene at kompetanse tilegnet gjennom utdanning eller erfaring sto sentralt i sykepleiernes møte med utfordringer i forbindelse med hjemmebasert palliativ omsorg (Molnes, 2014; Rögenes et al., 2013; Nordsveen og Andershed, 2015). I en studie scoret sykepleiere med videreutdanning eller erfaring høyere på at de selv følte de kunne ivareta hjemmeboende palliative kreftpasienter, versus de uten (Rögenes et al., 2013). Sykepleiere i studiene ønsket å ha en sykepleier med videreutdanning innenfor kreftsykepleie eller palliativ omsorg (Molnes, 2014; Nordsveen og Andershed, 2015). Vi har selv erfart i praksis at videreutdanning og erfaring skaper tryggere sykepleiere. Disse har vært drivkraften for at den palliative kreftpasienten skal få være hjemme så lenge som mulig.

### **5.2.2 Ressurser og samhandling**

Formålet for organisering av palliasjon er at pasienten, pårørende og aktuell behandler til enhver tid har tilgang på nødvendig hjelp ut fra sine behov. Pasient og pårørende skal få hjelp i en «sømløs» tiltakskjede med god kommunikasjon og samhandling (NOU 2017: 16). I flere av studiene opplevde sykepleierne i hjemmetjenesten at manglende samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialhelsetjenesten gav de en rekke utfordringer. Dette er i tråd med annen forskning som viser at det svikter i samhandlingen mellom sykehus og kommune, og at det palliative forløp kan gjøres bedre (Høvik, Kienlin & Berg, 2017). Etter samhandlingsreformen ble iverksatt, kommer pasientene tidligere tilbake til hjemkommunen. Dette stiller høyere krav til kommunikasjon mellom ulike faggrupper og koordinerte tjenester. Ufullstendige utskrivelser av pasienter fra sykehus og utskrivinger på raskt varsel resulterte i at sykepleierne måtte bruke unødvendige ressurser på å ordne opp (Molnes, 2014; Nordsveen

og Andershed, 2015). Det samme gjaldt ifølge sykepleierne i Molnes (2014) sin studie vedrørende feilinformering til pasient og pårørende på sykehus. Sykepleierne får i disse tilfelle ikke forberede seg på å ta imot pasienten. Det kan være behov for å tilegne seg kunnskap, nødvendige hjelpemidler og legemidler for å være forberedt i møte med pasienten, og for å skape et godt inntrykk. Blir pasient og pårørende feilinformerte om hva hjemmesykepleien kan bistå med, må sykepleierne bruke mye tid på å klargjøre hvordan system i hjemmetjenesten fungerer. Funn i en studie viste hvordan overnevnte påvirket relasjonen til pasienten. Sykepleierne hadde erfart at pasientene og pårørende ble utrygge, følte maktløshet og mistet tiltroen til samspillet mellom kommunehelsetjenesten og spesialhelsetjenesten (Molnes, 2014).

Sykepleiere i studien til Nordsveen og Andershed (2015) forklarer at en dårlig start mellom hjemmesykepleien, pasient og pårørende, er vanskelig å rette opp igjen. Konsekvenser av å miste tilliten til pasient og pårørende er at sykepleierne vil få problemer med å bygge en god relasjon. Som sykepleier vet man at det er pasienten som er den tapende parten som følge av dette. En relasjon basert på tillit er viktig for å kunne ivareta pasientens behov (Brenne & Estenstad, 2016, s.168). Ifølge Kari Martinsen har man en moralsk forpliktelse i praksis, hvor man som sykepleier har et ansvar for de svake (Kirkevold, 2014, s.171). I dette tilfelle kan man tenke seg at de palliative kreftpasientene er de svake, hvor sykepleierne må være påtalegruppe for at situasjonen skal bedre seg.

Videre er palliativ omsorg i pasientens eget hjem et tverrfaglig prosjekt som stiller store krav til samarbeid og samhandling mellom yrkesgrupper, spesialiteter og nivåer i helsetjenester (Haugen et al., 2011, s.211). Funn i en studie viste at sykepleierne opplevde det som tungvint å forholde seg til mange forskjellige instanser, og påpekte betydningen samarbeidsmøter hadde for en god samhandling med palliative kreftpasienter. (Nordsveen og Andershed, 2015). Alvorlig syke og døende har ofte behov for sammensatte og omfattende tjenester. Pasienten og pårørende må kunne være trygge på at det tilbudet de får hjemme, er like faglig godt som det en institusjon kan tilby. Alle kommuner bør ha en ressursykepleier som skal bistå øvrige personalet i hjemmesykepleien med råd og veiledning (Rønning et al., 2011, s. 214). Funn i studiene viste at det går med unødvendig tid på å innhente mangelfull informasjon og kunnskap når kreftsykepleier/-koordinator ikke var tilgjengelig (Molnes, 2014; Rögenes et al., 2013; Nordsveen og Andershed, 2015). Kreftsykepleiere/- koordinator skaper trygghet til resten av personalet, og ser ut til å hold den «røde tråden» mellom

spesialhelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i behandling til palliative kreftpasienter. I tillegg er de de første som møter pasient og pårørende, er med på å kvalitetssikre utskrivelsene fra sykehus, gi mindre misforståelser og færre telefoner. Funn i studiene viste at sykepleierne ikke hadde nok tid og bemanning til å gi den pleien hjemmeboende palliative kreftpasienter hadde behov for (Molnes, 2014; Rögenes et al., 2013). Dette ser vi andre også har funnet ut i en studie som videre påpeker at kommunesykepleierne påvirkes av yrkesrelatert stress, og hvilke konsekvenser dette har for yrkesutøvelsen (Nydal, Åsmo, Dybvik & Torheim, 2016). Sykepleierne ønsker å utføre jobben så godt som de vet de kan, men som følge av manglende samhandling, knappe ressurser og tid er det ikke gjennomførbart. Dette vil også strekke seg utover yrkesidealet.

### 5.2.3 Pårørende

En viktig del av det å gi god sykepleie til hjemmeboende palliative kreftpasienter er å yte god sykepleie til pårørende (Stensheim, Hjermstad & Loge, 2016, s.276). Forskningsstudiene viser at sykepleiere opplever utfordringer i møte med pårørende (Karlsson og Berggren, 2011; Griffiths et al., 2010; Rögenes et al., 2013). I studien til Wilson et al, (2014) rapporterte sykepleiere at de opplevde å bruke ekstra tid på utfordringer de møtte med pårørende, noe som stjal fokus fra pleien til pasienten. Funn i to av studiene viste at sykepleierne opplevde det som tidskrevende at pårørende fornektet situasjonen de hadde havnet i, og hadde større problemer med å godta kreftdiagnosen til pasienten enn pasienten selv (Karlsson et al., 2010; Wilson et al., 2014). Pårørende på sin side blir utsatt for et stort press når en av deres nærmeste er syk. Ventesorgeren er lang og verre for pårørende enn for den som skal dø. I et innlegg publisert på *Sykepleien.no* uttrykker pårørende seg for at man har lyst å gjøre alt man kan, og det blir lite tid til omsorg for seg selv. Den omtalte sier: «jeg føler meg kjørt» (Fonn, 2015). Videre viser ulike undersøkelser at ca. 1/3 av ektefeller eller barn av kreftpasienter utvikler psykologiske problemer (Schjødt, 2011, s. 91). Disse funnene er interessante, og noe vi selv har erfart fra flere brukersituasjoner i helsefaglig sammenheng. Alvorlig sykdom som kreft medfører mange påkjenninger for pasientens familie, og hvert individ takler vanskelige situasjoner på forskjellige måter. I følge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) skal pårørende til pasient bli sett, hørt og fylt opp av helsepersonell. Man skal involvere og støtte dem. Videre skal sykepleiere vise respekt og omtanke for pårørende (Norsk sykepleieforbund, 2016). Det er derfor viktig å tilnærme seg den enkelte for å møte deres behov. Vi har selv



gode erfaringer med tiltak som å lytte til pårørende, tenke høyt sammen og gi enkle råd. I boken *Palliasjon* står det at enkelte pårørende har behov for emosjonell støtte og veiledning til å ivareta seg selv og den syke best mulig (Schjødt, 2011, s.89). Kari Martinsen mener sykepleiere må ha en forståelse for andres menneskers sinnstilstand, og tillate seg emosjonell berøring (Nortvedt, 2016, s. 56-57). For eksempel kan sykepleiere føle omtanke ved pårørendes sorg i tilfeller hvor de benekter situasjonen. Dette kan være med på å gi kunnskap om pårørendes sinnstilstand og opplevelser i situasjonen de står i.

Et videre interessant funn i forskningsstudiene viste at sykepleiere møtte utfordringer i samhandling med pårørende. Utgangspunktet for møtet med familien og den palliative pasienten er at familien må bli sett og ivaretatt (Loge et al., 2011, s.64). De fleste familiemedlemmer har behov for medisinsk informasjon og forberedelse på det som venter dem (Schjødt, 2011, s.93). I studiene til Karlsson et al (2010) og Wilson et al (2014) hadde sykepleierne opplevd at flere pasienter ikke ville ta imot hjelp på grunn av sine pårørende, da fornektelse innad i familien påvirket retningen til valg av pasientens behandling. De hadde erfaringer fra pårørende som ønsket å fortsette behandling, når sykepleierne ikke følte dette var etisk riktig. På grunnlag av sykepleieres faglige kompetanse, kunnskap og tidligere erfaringer, har de et bedre utgangspunkt for å se hvilke medisinske vurderinger som kan tjene pasienten på lengre sikt. Sykepleiere står ikke like nært som pårørende, og ser gjerne situasjonen litt annerledes. Likevel påpeker prinsippet om gjensidige beslutningsprosesser at beslutningene skal være et resultat av en kontinuerlig prosess mellom involverte fagpersoner og pasientens pårørende. Formålet er å komme frem til enighet hvis mulig (Nortvedt, 2016, s. 194). Man må lytte til pårørende og vise respekt. Det er ofte pårørende som kjenner pasientens situasjon og behov best. Vi har selv positive erfaringer fra brukersituasjoner hvor samarbeid med familien gir mulighet for å forklare behandlingstiltak, begrunne vurderinger, få viktig informasjon om pasientens ressurser og mobilisere støtte til familien. Funn i studiene viste at det ikke bare var vi som opplevde dette. Sykepleierne i studiene opplevde at et godt samarbeid med pårørende gav mindre utfordringer og følelsen av at pårørende fikk større tillit til sykepleierne (Karlsson & Berggren, 2011; Griffiths et al., 2010; Rögenes et al., 2013).

## 5.2.4 Åndelig omsorg

I møte med andres død og sorg konfronteres sykepleier med eget forhold til døden (Fjørtoft, 2012, s.91). Forskningsstudier viser at sykepleierne opplever kommunikasjon med alvorlig syke og døende som utfordrende. Sykepleierne forklarte at kommunikasjon om åndelige, psykiske og eksistensielle aspekter som pasienten erfarte i møte med døden, gjorde at deres egne følelser ble involvert (Griffiths et al., 2010; Molnes 2015). Samtaler om utfordrende tema ble ikke alltid iverksatt av sykepleierne som følge av at de selv mente de ikke mestret rollen. Det følte for nært og personlig (Griffiths et al., 2010; Molnes 2015; Karlsson og Berggren 2011). Som sykepleiere vil vi bli utfordret som medmenneske når vi møter mennesker i vanskelige situasjoner. Deres smerte og lidelse vil berøre oss. Alle mennesker har vært igjennom perioder i livet som vi kan assosiere følelser knyttet til angst, sorg, frykt og ensomhet. Dette fremhever Kari Martinsen når hun uttaler seg om omsorgsbegrepet i praksis. Emosjonell berørthet gir oss kunnskap om andres menneskers sinnstilstand, opplevelser og erfaring. Hun belyser hvor viktig det er å delta aktivt og praktisk i den andres lidelse (Nortvedt, 2016, s. 56-57).

Ifølge FNs menneskerettserklæring (2018) og sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer (2016) skal åndelig omsorg være en del av den helhetlige og profesjonelle omsorgen sykepleiere utøver i møte med pasienten. Funn i studiene viste at sykepleierne erfarte å avbryte pågående samtaler med pasienter når de kom inn på temaer som omhandlet pasientens tanker om døden, grunnet ubehaget de selv følte på (Griffiths et al., 2010; Molnes 2015). Det kan tenkes at det er spesielt vanskelig å håndtere spørsmål om funderinger av eksistensiell karakter, når man selv kanskje aldri har vært i en situasjon hvor man har reflektert over disse før. Busch og Hirsch (2011, s.132) skriver at man må ha et noenlunde bearbeidet forhold til sitt eget eksistensielle ståsted for å ta signaler, og bli modig nok til å ta hva enn som skulle komme. Videre legger han til at man som sykepleier kan dempe sin egen redsel i slike samtaler med å være ærlig med pasienten. Det er en ærlig sak at man som sykepleier ikke har vært i denne situasjonen selv. De fleste er ikke vant til å snakke med andre om de store spørsmålene i livet. Det må være lov å si til pasienten at man må få tid til å tenke på spørsmålene, fordi man selv aldri har reflektert over dem. Busch og Hirsch (2011, s.132) skriver at man kan drøfte situasjoner og eksistensielle spørsmål med resten av personalet for å fremme frimodighet. Dette kan muligens hjelpe sykepleierne til å føle at man ikke er så avhengig av sine egne personlige forhold til tema. Samtidig kan sykepleieren forberede seg ved hjelp av blant annet

dialog med arbeidskollega og oppsøke faglitteratur i forkant av møte med denne pasientgruppen for å minske ubehaget.

To av studiene i oppgaven viste likevel at sykepleierne opplevde viktigheten av at pasienten har noen å snakke med om sine tanker og følelser, og at det er deres rolle å være den lyttende (Molnes 2015; Karlsson og Berggren 2011). Dette samsvarer med en annen studie som påpeker at mange pasienter mener åndelig dimensjon er viktig (Magelssen & Fredheim, 2011). Pasientene er redde for å belaste sine aller næreste og kjente. De ser seg om etter noen å betro seg til, noen som tåler å ta imot deres spørsmål og bekymringer (Dahl, 2011, s. 115). Martinsen peker på både den relasjonelle og moralske siden ved omsorg, hvor sykepleieren har et spesielt ansvar for den svake. Som sykepleier er man forpliktet til å hjelpe pasienten med dens helseproblem, uavhengig av utfordrende oppførsel eller oppfatninger som sykepleier ikke liker (Nortvedt, 2016, s 54). Vi som sykepleiere blir stilt til ansvar fordi den sykes situasjon påkaller ens ansvarsfølelse, som svarer på en appell om hjelp eller omsorg. Dette til tross for at temaer oppleves som for nært og personlig. Om ikke, vil vi som sykepleiere være hindret i å utøve vår profesjonsetikk.

## 6 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å utforske hvilke utfordringer sykepleierne opplevde i forbindelse med hjemmebasert palliativ omsorg til kreftpasienter. Sykepleierne opplevde det som viktig for pasienten å få være hjemme når livets slutfase nærmet seg. Likevel møtte de en rekke utfordringer i arbeid i pasientens hjem. Hovedfaktorene som svekket opplevelsen av hjembasert palliativ omsorg, var manglende samhandling og kontinuitet, krevende pårørende, åndelige omsorg og ressursmangler som tid, bemanning og kompetanse.

Sykepleierne følte de ikke hadde tilstrekkelig kompetanse, spesielt på området smertelindring og symptomkartlegging. De med videreutdanning eller betydende erfaring følte selv de ivaretok denne pasientgruppen godt, i motsetning til de uten. Konsekvensen av manglende kompetanse, kunnskap og erfaring kan være faglig utrygge sykepleiere, pasienter som ikke blir optimalt ivaretatt, og unødvendige innleggelse på sykehus. Samhandling mellom kommune- og spesialhelsetjenesten var ikke tilstrekkelig. Ekstra tid og ressurser ble brukt på å få tak i nødvendig informasjon. Sykepleierne ønsket både å få tilsendt epikriser og motta telefon før utskrivelse av pasient slik de kunne være forberedt. Pasient og pårørendes manglende tiltro til samspillet mellom kommune- og spesialhelsetjenesten, og brudd på tillit mellom sykepleier, pasient og pårørende, var konsekvenser sykepleierne opplevde. Det opplevdes positivt å ha kreftsykepleiere/-koordinator, noe sykepleierne sa fungerte som en «rød tråd» mellom tjenestene. De ønsket høyere kompetent bemanning da for lite ressurser i forhold til pleietyngden gjorde at de ikke fikk yte så god omsorg som de visste de kunne. Sykepleierne mente de måtte bruke ekstra tid på pårørende, noe de mente var tid de kunne brukt på pasientene. De opplevde likevel at et godt samarbeid med pårørende kunne være positivt. Sykepleierne ble utfordret på grunnleggende verdier i livet når de skulle yte åndelig omsorg til pasienten.

Det kreves mot å være nær alvorlig syke. For å legge til rette for en god palliativ fase i hjemmet er det behov for å styrke kompetansen hos ansatte i kommunene. Det er viktig å ha forståelse for de ulike yrkesgruppens arbeidsfelt og kjenne til organiseringen av tjenesten. Sentralt står å avklare forventninger, skape uforutsigbarhet og kontinuitet i omsorgen. Gode

pasientoverganger bidrar til en bedre palliativ omsorg for pasientene, og gir trygghet til alle involverte parter. Ved å forholde seg til faste personer, kreftsykepleier/-koordinator, oppleves det at informasjonen ivaretas. Videre bidrar godt samarbeid med pårørende større tillit til sykepleierne. Til slutt er det viktig at sykepleiere bringer det åndelige, psykiske og eksistensielle på banen, slik de kan møte pasienten der de er. Vi mener denne systematiske litteraturstudien bidrar til økt refleksjon, bevissthet og evne til å se muligheter for utvikling i vår egen og andres sykepleiepraksis.

### ***6.1 Videre forskning***

For å gi et mer utfyllende bilde av helheten, kan det være gunstig at det forskes mer på hva kreftpasienter og pårørende opplever som utfordrende med hjembasert palliativ omsorg.

## Litteraturliste

- Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2012) Svulster. I S. Ørn., J. Mjell. & E.B. Gansmo (red.), *Sykdom og behandling* (2.utg., s.123-145). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Brenne, A.T. & Estenstad, B. (2016). Hjemmedød. I S. Kaasa & J.H. Loge (Red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok* (3.utg, s.161-171). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Busch, C.J. & Hirsch, A. (2011). Eksistensielle og åndelig omsorg. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok* (2.utgave, s.115-141). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dahl, A.A. (2011). Psykiske symptomer og lidelser. I S.D. Fosså., J.H. Loge. & A.A. Dahl (Red.), *Kreftoverlevende* (1.utg., s.113-135). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O & Tygstad, H. (2012). Kilde og kildekritikk. *Metode og oppgaveskriving* (5 utg., s.63-80). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Evans, D. (2002) Systematic Reviews of Interpretive Research: Interpretive Data Synthesis of Processed Data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20 (2), s. 22-26. Hentet fra <http://www.ajan.com.au/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- Fjørtoft, A.K. (2012). *Hjemmesykepleie – Ansvar, utfordringer og muligheter*. (2.utg). Bergen: Fagbokforbundet.
- FN-sambandet. (2018). Verdenserklæring om menneskerettigheter. Hentet fra <https://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>
- Folkehelseinstituttet. (2018). Kreft er nå hyppigste dødsårsak i Norge. Hentet fra <https://www.fhi.no/nyheter/2018/dodsarsakene-2017/>
- Fonn, M. (2015, 17.november). Sonja vil dø hjemme. Hentet fra <https://sykepleien.no/2015/11/sonja-vil-do-hjemme>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. (3.utg). Stockholm: Natur & Kultur.
- Fosså, S.D., Giercksky K.E. & Smeland, S. (2011). Oversikt over kreftbehandling og bivirkninger. I S.D. Fosså., J.H. Loge. & A.A. Dahl (Red.), *Kreftoverlevende* (1.utg., s.41-57). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Griffiths, J., Ewing, G., & Rogers, M. (2010). "Moving Swiftly On." Psychological Support Provided by District Nurses to Patients with Palliative Care Needs. *Cancer Nursing*, 33(5), 390-397. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181d55f9b>
- Haakensen, V.D., Ikdahl, T., Helland, Å. & Børresen-Dale, A.L. (2012). Tumorbiologi. I I R, Kåresen., E, Wist (Red.), *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell* (4.utg., s.50-63).
- Haugen, D.F., Jordhøy, M.S. & Hjermstad, M.J. (2011). Organisering av palliative tilbud. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok* (2.utgave, s.31-46). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Helsebiblioteket. (2016, 03.juni). Sjekklister. Henta fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Helsedirektoratet. (2015, 26.mars) Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon>
- Helsedirektoratet. (2018, 01.januar). Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009) *Samhandlingsreformen – rett behandling – på rett sted – til rett tid* (Meld. St. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/sec1?q=samhandlingsreformen>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm. (LOV-2018-12-20-113). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Høvik, M., Kienlin, S., Berg, G, V. (2017, 09.september). Palliative forløp kan gjøres bedre. *Sykepleien*, 2017 105(8) (48-52) DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.63017>
- Aasen, I. (1863). Livet. Hentet fra <https://www.ordtak.no/sitat.php?id=5297>
- Kaasa, S. (2011). Palliativ medisin – en introduksjon. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok* (2.utgave, s.31-46). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kaasa, S & Loge, J. H. (2011). Diagnostikk innen palliasjon – en generell innføring. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok* (2.utgave, s.31-46). Oslo: Gyldendal Akademisk

- Karlsson, C., & Berggren, I. (2011). Dignified end-of-life care in the patients' own homes. *Nursing Ethics*, 18(3), 374-385. <https://doi.org/10.1177/0969733011398100>
- Karlsson, M., Roxberg, A., Barbosa, A., Berggren, I. (2010). Community nurses' experiences of ethical dilemmas in palliative care; a Swedish study. *International Journal of Palliative Nursing* 16(5), 224-31. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2010.16.5.48143>
- Kirkevold, M. (2014). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering* (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kreftforeningen. (2019). Hjemmedød. Hentet fra: <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/doden/hjemmedod>
- Krefregisteret (2019). Fakta om kreft. Hentet fra: <https://www.krefregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/>
- Leth, G. & Thurén, T. (2000) *Källkritik för Internet (Rapport 177)*. Stockholm: Styrelsen for psykologiskt försvar. Hentet fra: [https://www.msb.se/Upload/Produkter\\_tjanster/Publikationer/SPF/K%C3%A4llkritik%20f%C3%B6r%20Internet.pdf](https://www.msb.se/Upload/Produkter_tjanster/Publikationer/SPF/K%C3%A4llkritik%20f%C3%B6r%20Internet.pdf)
- Loge, J.H., Bjordal, K., Paulsen, Ø. & Kaasa, S. (2011). Den palliative konsultasjonen. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok* (2.utgave, s.63-73). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Magelssen, M. & Fredheim, O. M. S. (2011). En åndelig dimensjon er viktig for mange pasienter. *Tidsskriftet Norsk legeforening*, 131:138-40. DOI: <https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.0924>
- Malterud, K. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg). Oslo: Universitetsforlaget AS
- Molnes, S. I. (2014). Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 4(2), 142-55. Hentet fra [https://www.idunn.no/nsf/2014/02/sykepleieres\\_erfaringer\\_medsmertelindring\\_til\\_hjemmeboende](https://www.idunn.no/nsf/2014/02/sykepleieres_erfaringer_medsmertelindring_til_hjemmeboende)
- Molnes, S. I. (2015). Sammen går vi døden i møte. *Nordisk tidsskrift for Helseforskning*, 11(2), 141-52. <https://doi.org/10.7557/14.3718>
- Nordsveen, H., Andershed, B. (2015). Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem – sykepleieres erfaring med samhandling. *Nordisk sygeplejeforskning* 5(3), 239-52. Hentet fra



[https://www.idunn.no/nsf/2015/03/pasienter\\_med\\_kreft\\_i\\_palliativ\\_fase\\_paa\\_vei\\_hjem\\_-\\_sykeplei](https://www.idunn.no/nsf/2015/03/pasienter_med_kreft_i_palliativ_fase_paa_vei_hjem_-_sykeplei)

- Norsk Sykepleieforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleier>
- Norsk forening for palliativ medisin. (2004). Standard for palliasjon. Hentet fra <https://legeforeningen.no/PageFiles/26901/standardforpalliasjon.pdf>
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke – En innføring i sykepleiens etikk* (2.utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- NOU 2017:16. (2017) *På liv og død: Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548/sec1>
- NOU 1999: 2 (1999) *Livshjelp – Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1999-2/id141460/sec6>
- NSD (Norsk senter for forskningsdata). (2019). Publiseringskanaler. Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Nydal, I., Åsmo, K., Dybvik, T.K. & Torheim, H. (2016, 21.mars). Stressa sykepleiere i kommunene. *Sykepleien*, 2016 104(3) (68-70) DOI; <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.56777>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Rønning, M., Strand, E. & Hjermestad, M. J. (2011). Palliativ behandling utenfor sykehus – hjemmesykepleien. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok* (2.utgave, s.213-228). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Rögenes, G. K., Moen, A., & Grov, E. K. (2013). Heimesjukepleiernes perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen. *Klinisk Sygepleje*, 27(1), 64-76. Hentet fra [http://www.idunn.no/klinisk\\_sygepleje/2013/01/heimesjukepleiernes\\_perspektiv\\_paa\\_forhold\\_som\\_fremjar\\_palli](http://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2013/01/heimesjukepleiernes_perspektiv_paa_forhold_som_fremjar_palli)
- Schjødt, B., Haugen, D.F., Straume, M. & Værholm, R. (2011). Familien. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok* (2.utgave, s.89-114). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Staats, K., Tranvåg, O. & Grov, E. K. (2019, 15.mai). Hjemmedød: Dette får sykepleiere til å bruke medisinskrinet. Hentet fra

[https://sykepleien.no/forskning/2019/02/hjemmedod-dette-far-sykepleiere-til-bruke-medikamentskrinet?cid=sm8113516533&fbclid=IwAR0irrztEU3J7oJalM\\_bDHh8TJdOtNFas16StMKr3OZPAqYflot8gW8eCRI](https://sykepleien.no/forskning/2019/02/hjemmedod-dette-far-sykepleiere-til-bruke-medikamentskrinet?cid=sm8113516533&fbclid=IwAR0irrztEU3J7oJalM_bDHh8TJdOtNFas16StMKr3OZPAqYflot8gW8eCRI)

- Stensheim, H., Hjermstad, M. J. & Loge, J.H. (2016). Ivaretagelse av pårørende. I S. Kaasa & J.H. Loge (Red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok* (3.utg, s.274-286). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Wilson, C., Griffiths, J., Ewing, G., Connolly, M., Grande, G, (2014), A Qualitative Exploration of District Nurses, Care of Patients with Advanced Cancer. The Challenges of Supporting Families Within the Home. *Cancer Nursing* 37(4), 310-15. <http://dx.doi.org/10.1097/NCC.0b013e31829a9a56>
- Wist, E. (2012). Historie og utvikling. I R, Kåresen., E, Wist (Red.), *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell* (4.utg., s.29-32).
- Østby, B.A. (2015, 13.august). Samhandlingsreformen – flere oppgaver og for lite fagkompetanse. Hentet fra <https://sykepleien.no/2015/08/samhandlingsreformen-del-av-problemet>

# Vedlegg

**VEDLEGG 1:** Søkehistorikk

**VEDLEGG 2:** litteraturmatriser (8stk)

**Søkehistorikk**

Dato:	Database:	Søk-nummer:	Søkeord og kombinasjoner:	Antall treff:	Leste artikler/leste abstrakter:	Valgte artikler:
13.11.2018	CINAHL Complete	S1	MH Palliative care	30,191	5	
		S2	MH Nursing Care+	281,929		
		S3	MH Home Health Care+	41,079		
		S4	S1 AND S2 AND S3	297	4	
		S5	S4 AND 2008-2018; Research Article, Peer Reviewed; Journal subset: Allied Health, Geographic subset: Australia and New Zealand, Canada, Continental Europe, Europe, UK, Ireland, Middle-East, Central/South America and USA; Language: Danish, Swedish, Norwegian, English,	76	76 (10 / 66)	2
13.11.2018	Medline	S1	MH Palliative care	49,655		
		S2	MH Nursing Care+	130,352		
		S3	MH Home Care Services	45007		
		S4	S1 AND S2 AND S3	314		
		S5	S4 AND 2008-2018, peer reviewed, Language: Danish, Swedish, Norwegian, English	112	64 (9 / 55)	1

13.11.2018	SveMed+	S1	MH Nursing Care	10337		
		S2	MH Home Health care	1603		
		S3	MH Palliative Care	1134		
		S4	S1 AND S2	1169		
		S5	S3 AND S4	92		
		S6	S5 + Peer reviewed	43	3 (1 / 2)	
		S7	S6 + Norsk språk	15	4 (3 / 1)	2
03.04.2019	SveMed+	S1	MH Cancer Patients	1476		
		S2	MH Community Nursing	894		
		S3	S1 AND S2	12		
		S4	S3 + Peer reviewed, 2008+	10	3(2/1)	2
03.04.2019	CINAHL Complete	S1	MH Cancer Patients	29254		
		S2	MH Community Health Nursing	29858		
		S3	MH Palliative Care	31034		
		S4	S1 AND S2	97		
		S5	S3 AND S4	22		
		S6	S5 + Peer reviewed, 2008+	9	2 (2/2)	2

### Litteratormatrise 1: Dignified end-of-life care in the patients' own homes.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne studien i min oppgave?
<p>Karlsson, C., &amp; Berggren, I. (2011). Dignified end-of-life care in the patients' own homes. <i>Nursing Ethics</i>, 18(3), 374-385. doi:<a href="https://doi.org/10.1177/0969733011398100">10.1177/0969733011398100</a></p>	<p>Målet med studien var å belyse sykepleierne s erfaringer rundt viktige faktorer som bidrar til en god pleie i livets slutfase for pasienter som vil dø i eget hjem.</p>	<p>Autonomy Dignity End of lifeCare Homecare Integrity Safety Phenomenological hermeneutic</p>	<p>Studien ble utført som en kvalitativ studie med fenomenologisk hermeneutisk metode.</p> <p>10 sykepleiere fra hjemmesykepleien i fem forskjellige kommuner i Sverige ble valgt ut til å delta i studien. Alle de 10 sykepleierne som ble utvalgt til å delta i studien var kvinner, og ble valgt etter anbefaling fra kommunen og avdelingslederne på grunn av deres lange profesjonelle erfaring innen palliativ pleie i hjemmetjenesten.</p> <p>Kvalitative intervju ble brukt til å samle informasjon. Informasjonen ble analysert ved hjelp av fenomenologisk hermeneutisk metode.</p>	<p>Studien kom de frem til en klar konklusjon om viktige faktorer som påvirket pasientens pleie i livets slutfase og hvilke krav dette satt til sykepleierne.</p> <p>Studien viste at sykepleierne må være sikre på seg selv og ha tilstrekkelig kunnskap. Sykepleierne må være åpne i møte med døden å inneha kompetanse for å ivareta pasientens åndelige behov.</p> <p>Studien fokuserte også på kommunikasjon og relasjonsbygging med både pasient og pårørende. Sykepleierne må være tilgjengelige og gi tilstrekkelig informasjon. De må ivareta både pasient og pårørende, og de må involvere pårørende i pleien til pasienten. Brukermedvirkning for både pasient og pårørende er viktige verktøy som sykepleierne må kunne bruke for å skape tillit og en bedre relasjon. De skal også strekke seg etter pasientens ønske.</p> <p>Disse faktorene stiller alle store krav til sykepleieren og opplevdes som utfordrende.</p>	<p>Selv om oppgaven vår omhandler hva sykepleier opplever som utfordrende, vil sykepleiernes erfaring med viktige faktorer som bidrar til god pleie i livets slutfase være relevant for vår oppgave.</p> <p>Studien er utført i Sverige, som har både en kultur og et helsevesen som ikke er ulikt det vi har i Norge.</p> <p>Studien satt lys på hva som krevdes av sykepleiere i palliativ pleie i hjemmet, og den forklarte også at sykepleierne opplevde utfordringer rundt de ulike faktorene.</p>

**Litteratormatrise 2: A Qualitative Exploration of District Nurses' Care of Patients With Advanced Cancer. The Challenges of Supporting Families Within the Home**

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne studien i min oppgave?
<p>Wilson, C., Griffiths, J., Ewing, G., Connolly, M., Grande, G. (2014), A Qualitative Exploration of District Nurses, Care of Patients with Advanced Cancer. The Challenges of Supporting Families Within the Home. <i>Cancer Nursing</i> 37(4), 310-15.</p> <p>DOI: <a href="http://dx.doi.org/10.1097/NCC.0b013e31829a9a56">http://dx.doi.org/10.1097/NCC.0b013e31829a9a56</a></p>	<p>Studiens hensikt var å utforske distriktsykepleiernes erfaringer av å gi pleie innad i familiene til den hjemmeboende palliative kreftpasienten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cancer</li> <li>- Carers</li> <li>- Family</li> <li>- Palliative care</li> <li>- Supportive care</li> </ul>	<p><b>Data</b> Kvalitativ innsamling av data gjennom fokusgruppe-intervjuer.</p> <p><b>Utvalg</b> 40 distriktsykepleiere fra fire forskjellige områder i Storbritannia deltok i fokusgrupper. Alle hadde erfaring fra arbeid som distriktsykepleiere.</p> <p><b>Analyse</b> En tematisk innholdsanalyse ble brukt for å analysere de den ordrette avskriften av intervjuene.</p>	<p>Mange av sykepleierne opplevde at det var mye konflikter i den palliative pleien, og at det komplekse samarbeidet med familien skapte et utfordrende miljø for sykepleierne.</p> <p>Utfordringene omhandlet at pårørende hadde problemer med å godta diagnosen til pasienten og at dette kunne påvirke behandlingen pasienten mottok.</p> <p>Den viste at sykepleierne trengte mer kunnskap av temaet gjennom utdanning eller kursing.</p>	<p>Studien fant sted i Storbritannia. Studien tok for seg utfordringene sykepleier møter i den palliative hjemmeomsorgen.</p> <p>Den viste tydelig at sykepleierne møtte utfordringer når det gjald sykepleiernes kompetanse rundt palliativ behandling og å forholde seg til pårørende.</p> <p>Vi ønsker derfor å bruke denne studien til å belyse disse temaene.</p>

### Litteratormatrise 3: "Moving Swiftly On." Psychological Support Provided by District Nurses to Patients With Palliative Care Needs

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne studien i min oppgave?
<p>Griffiths, J., Ewing, G., &amp; Rogers, M. (2010). "Moving Swiftly On." Psychological Support Provided by District Nurses to Patients With Palliative Care Needs. <i>Cancer Nursing</i>, 33(5), 390-397. doi:<a href="https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181d55f9b">10.1097/NCC.0b013e3181d55f9b</a></p>	<p>Målet for studien var å utforske hvordan sykepleiere i kommunetjenesten beskriver og utfører støttebesøk til palliative kreftpasienter med fokus på de psykologiske behovene til pasienten.</p> <p>Dette ble gjort fordi det hadde blitt rapportert inn at pasientenes psykologiske behov ikke ble tilstrekkelig møtt, noe studien ville finne årsaken til.</p>	<p>Cancer patients</p> <p>Nurse`s role</p> <p>Palliative care</p>	<p><b>Data</b></p> <p>Studien ble utført med en kvalitativ tilnærming der det ble kombinert intervju og observasjoner for å sammenligne hva sykepleierne forklarte kontra hva de faktisk gjorde.</p> <p><b>Utvalg</b></p> <p>58 kommunesykepleiere deltok i studien, derav 47 i fokusgrupper, 5 med bare observasjonsbesøk og 6 i begge. 10 pasienter ble rekrutterte til å bli med i observasjonsstudiene.</p> <p><b>Analyse</b></p> <p>Det ble også utført pre-og postobservasjonsintervju med pasientene og pleierne</p> <p>Et uavhengig forskningsteam analyserte resultatene og sammenlignet analysene.</p>	<p>Forskningens resultat viste at døende kreftpasienter som bor hjemme hadde behov for psykologisk støtte i prosessen mot døden, og at dette behovet ofte ikke ble tilstrekkelig møtt for mange pasienter.</p> <p>Det konkluderes med at sykepleierne syntes vurdering av pasientenes psykiske behov var vanskelig. Mange sykepleiere brukte hverdagslig samtale og småprat som et hjelpemiddel for å plukke opp informasjon og la pasienten fortelle om seg selv.</p> <p>Det kom frem i forskningsstudien at flere sykepleiere prøvde å unngå utfordringer som dukket opp relatert til psykologiske belastninger for pasienten, og at selv om den hverdagslige samtalen var et effektivt hjelpemiddel til å bygge relasjonen til pasienten var det viktig å ikke være redd for å gå dypere inn på hva pasienten føler og lar han/hun snakke ut om sine problemer.</p> <p>Relasjonsbygging var en viktig faktor som ble konkluderende anbefalt til sykepleiere som et «hjelpemiddel» i praksis i møte med pasientens psykologiske behov, og at relasjonsbygging over tid var helt vesentlig for at sykepleier skulle kunne forstå pasienten og pårørendes behov.</p>	<p>Denne studien tok for seg flere av utfordringene sykepleierne opplevde i møte med den palliative kreftpasienten. Spesielt utfordringer i møte med åndelige og psykologiske behov.</p> <p>Studien fant sted i Storbritannia og er fra 2010. Vi synes dette temaet er like relevant for vår oppgave som tar for seg den norske sykepleieren i 2019.</p>



#### Litteratormatrise 4: Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne studien i min oppgave?
<p>Molnes, S. I. (2014). Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. <i>Nordisk Sykeplejeforskning</i>, 4(2), 142-55.</p> <p><a href="https://www.idunn.no/nsf/2014/02/sykepleieres_erfaringer_med_smertelindring_til_hjemmeboende">https://www.idunn.no/nsf/2014/02/sykepleieres_erfaringer_med_smertelindring_til_hjemmeboende</a></p>	<p>Hensikten var å sette søkelys på smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter (HKP), sykepleiers egen beskrivelse av praksis knyttet til smertelindring hos HKP og hva de etterlyser av spesiell kompetanse for å ivareta egen trygghet.</p> <p>Videre belyses særlige utfordringer for å oppnå kvalitetsforbedring av tjenestene.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hjemmesykepleiere</li> <li>- Kompetanse</li> <li>- Kreft</li> <li>- Smertelindring</li> <li>- Sykepleie</li> </ul>	<p><b>Data</b></p> <p>Studien har et utforskende design, basert på kvalitativ metode som baserer seg på en beskrivende undersøkelse.</p> <p><b>Utvalg</b></p> <p>10 sykepleiere fra tre forskjellige omsorgsdistrikt i midt-norge var med i studien.</p> <p>Det ble utført transkriberte, halvstrukturerte og individuelle intervju med hver av de 10 sykepleierne.</p> <p><b>Analyse</b></p> <p>Analyse med utgangspunkt i Thagaards temasentrerte analysestrategi.</p> <p>Datasamling ble delt inn i 3 hovedkategorier: 1) sykepleiers opplevelse av faglig oppdatering 2) sykepleiers opplevelse av hjemmesykepleien og 3) sykepleiers opplevelse av omgivelsene.</p>	<p>Konklusjonen til studien var at sykepleierne stort sett var fornøyd med jobben de gjør for HKP, men et å tilby kreftpasienter den beste smertelindringen var en stor utfordring. Det er behov for økt kompetanse innen smertelindring hos sykepleierne.</p> <p>Pga. manglende kompetanse og faglig usikkerhet ble noen av pasientene som ønsket å være hjemme og som kunne ha fått smertelindring, innlagt på sykehus.</p> <p>For at flere pasienter skal få en god og verdig behandling i eget hjem, bør man fokusere mer på symptomlindring og god kommunikasjon mellom pasientene, pårørende og helsepersonell.</p> <p>For å øke kvaliteten, må det utvikles både teoretisk og personlig kompetanse.</p> <p>Den viser til behovet for mer undervisning i smertelindring i grunnutdannelsen til helsepersonell og behov for økt satsing på videreutdanning innen fagfeltet.</p> <p>Funnene i studien styrker argumentet for å prioritere smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter.</p>	<p>Studien utforsket sykepleiernes erfaring med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter, men også generelt utfordringene sykepleiere opplevde i den palliative hjemmeomsorgen. Den trakk frem behovet for økt kompetanse, kunnskap og erfaring for å gi god behandling til denne pasientgruppen.</p> <p>Det er derfor mange funn i denne studien som er svært relevant for vår problemstilling. Spesielt utfordringer relatert til sykepleierens kompetanse og kunnskap, som er området vi ønsker å bruke studien til i vår oppgave.</p>

**Litteratormatrise 5: Heimesjukepleiernes perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen.**

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne studien i min oppgave?
<p>Rögenes, G. K., Moen, A., &amp; Grov, E. K. (2013). Heimesjukepleiernes perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen. <i>Klinisk Sygepleje</i>, 27(1), 64-76. <a href="http://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2013/01/heimesjukepleiernes_perspektiv_paa_forhold_som_fremjar_palli">http://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2013/01/heimesjukepleiernes_perspektiv_paa_forhold_som_fremjar_palli</a></p>	<p>Målet med studien var å utforske hjemmesjukepleierens perspektiv på hvilke faktorer som var viktige for deres funksjon i den palliative pleien og deres perspektiv på forhold som fremmer palliasjon i hjemmet til pasienten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Palliativ e care</li> <li>- Clinical competence</li> <li>- Home care service</li> </ul>	<p><b>Data</b> Studien har et ikke-eksperimentalt, deskriptivt design med kvantitativ, deduktiv metode.</p> <p><b>Utvalg</b> 189 sykepleiere i hjemmesjukepleien fra 10 kommuner i Sør-Norge svarte på spørreskjema som ble sendt ut. Kontaktperson hadde all kontakt med respondentene på det enkelte arbeidsstedet.</p> <p><b>Analyse</b> Datamaterialet ble analysert i dataprogrammet SPSS.</p>	<p>Funn fra studien viste til at fra sykepleiers synspunkt mente samarbeid, organisering, informasjon og kommunikasjon var viktig i arbeidet med pasienter i palliativ fase som bor hjemme, og som relevant for å sikre faglig trygghet i arbeidet med disse pasientene.</p> <p>Studien påpekte også viktigheten av kunnskap og kompetanse, og at videreutdanning og erfaring var vesentlig for trygghet i arbeid med palliasjon.</p>	<p>Studien tok for seg sykepleierens perspektiv på faktorer som fremmet palliasjon i hjemmet. Videre hva som var viktig for deres funksjon i den palliative omsorgen.</p> <p>Funn i studien viste hvordan kunnskap, kompetanse og erfaring gjennom arbeidserfaring/videreutdanning påvirket sykepleierens opplevelse av forskjellige aspekter ved palliasjon i hjemmet som utfordrende. Den belyste også hva som gav faglig trygghet, og hva som kunne forbedres.</p> <p>Vi vil bruke studien for å vise hvordan områdene samhandling, kommunikasjon, økt kompetanse, kunnskap gir sykepleierne utfordringer i arbeid med kreftsyke pasienter i hjemmet.</p>

## Litteratormatrise 6: Sammen går vi døden i møte

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne studien i min oppgave?
<p>Molnes, S. I (2015) Sammen går vi døden i møte Nordisk Tidsskrift for Helseforskning Vol 11, side 141-152</p> <p><a href="https://doi.org/10.7557/14.3718">https://doi.org/10.7557/14.3718</a></p>	<p>Hensikten med studien var å se hvordan sykepleiere beskrev sin egen praksis knyttet til hjemmesykepleiens møte med hjemmedød og kreftpasienters åndelige behov.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Community health services</li> <li>- Home death</li> <li>- Spiritual aspects</li> <li>- Nurses</li> </ul>	<p><b>Data</b> Kvalitativ studie i Midt-Norge.</p> <p><b>Utvalg</b> 10 sykepleiere som jobbet i hjemmesykepleien i minimum 1 år deltok i halvstrukturerte, individuelle intervju.</p> <p><b>Analyse</b> Analyse av data med utgangspunkt i Giorgis fire steg.</p>	<p>Konklusjonen til studien var at hjemmesykepleien opplevde mange utfordringer ved palliativ omsorg. Både faglige, praktiske og etiske utfordringer. Det å legge til rette for at pasienten får det han både har rett på og har behov for til enhver tid opplevdes som utfordrende.</p> <p>Som sykepleier skal forstå pasientens smerter, i tillegg til å inkludere pårørende. Sykepleierne opplevde at både pasient og pårørende hadde stor forventning til pleien, og å komme inn i et fremmed hjem i en slik situasjon var for sykepleierne skremmende.</p> <p>Det var viktig å ha fokus på den utfordrende samtalen som tok for seg forskjellige åndelige, psykiske og eksistensielle behov som pasienten hadde.</p> <p>Det å komme inn i bilde tidlig opplevde sykepleierne som viktig. Dette gjord at man fikk et godt samarbeid og kunne bygge tillit.</p> <p>Faglig kompetanse hos sykepleier var viktig.</p>	<p>Sykepleierne i studien belyste utfordringer de norske sykepleierne møtte knyttet til hjemmedød og pasientens behov. Den tok for seg faglige, praktiske og etiske utfordringer.</p> <p>Dette er områder vi ønsker å benytte studien på i vår oppgave.</p>

**Litteratormatrise 7: Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem- sykepleieres erfaringer av samhandling**

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne studien i min oppgave?
<p>Nordsveen, H., Andershed, B. (2015). Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem – sykepleieres erfaring med samhandling.</p> <p><i>Nordisk sygeplejeforskning</i> 5(3), 239-52.</p> <p><a href="https://www.idunn.no/nsf/2015/03/pasienter_med_kreft_i_palliativ_fase_paa_vei_hjem_-_sykeplei">https://www.idunn.no/nsf/2015/03/pasienter_med_kreft_i_palliativ_fase_paa_vei_hjem_-_sykeplei</a></p>	<p>Hensikten med studien var å beskrive sykepleiernes erfaringer, både i sykehus og kommunehelsetjenesten, ved utskrivelse av personer med kreft i palliativ fase til hjem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Palliative care</li> <li>- Hospital</li> <li>- Home</li> <li>- Transitions</li> <li>- Coordination</li> </ul>	<p><b>Data</b> Kvalitativ studie i Norge.</p> <p><b>Utvalg</b> Forskningsgruppeintervju der deltagerne ble rekruttert fra et lokalsykehus og tre kommuner. Det ble gjort fem intervjuer med fire deltagere i hver gruppe. Deltagerne hadde erfaring fra palliativ omsorg i mer enn 5 år eller/og videreutdanning innenfor kreftomsorg eller palliativ omsorg. Alle deltagere var kvinner mellom 33-60 år.</p> <p><b>Analyse</b> I dataanalysen ble det benyttet kvalitativ innholdsanalyse.</p>	<p>Konklusjonen var at det var viktig å ha god samhandling mellom sykehus og kommuner både for sykepleierne men også for at pasientene og pårørende skal få tillit til helsevesen, føle seg trygge og generelt motta en god palliativ omsorg.</p> <p>Gode rutiner, spesielt ved utskrivelse av pasienter med kreft i palliativ fase var viktig. De fant god hjelp i felles møter med alle involverte parter før utskrivelser. Dette var med på å avklare forventninger, skape forutsigbarhet og få en god start i relasjonen mellom pasient/pårørende og pleierne.</p> <p>Gode rutiner ved utskrivelse av pasienter var viktig for sykepleierne i kommunen i forhold til ressurser og for å unngå unødvendig ekstraarbeid. Sykepleierne i kommunen kunne også være mer forberedt på pasienten som kommer, noe som igjen viser å føre til bedre start på forhold mellom pasient/pårørende og pleier.</p> <p>Kompetanse var også viktig for sykepleierne. Å vite hvor de skulle innhente informasjon når de trengte det for å redusere usikkerhet/utrygghet spilte en vesentlig rolle.</p>	<p>Respondentene i studien var både sykepleiere som jobbet i hjemmesykepleien og i sykehus. Likevel beskrev den godt utfordringene sykepleiere i hjemmesykepleien møtte i forhold til samhandling og utskrivelser fra sykehusene. Den viste også til hva som kunne gjøre arbeidet mindre utfordrende for sykepleierne.</p> <p>Vi ønsker å benytte denne studien for å få frem utfordringene sykepleierne møter ved samhandling og ressurser.</p>

**Litteratormatrise 8: Community nurses' experiences of ethical dilemmas in palliative care: a Swedish study**

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne studien i min oppgave?
<p>Karlsson, M., Roxberg, A., Barbosa, A., Berggren, I. (2010). Community nurses' experiences of ethical dilemmas in palliative care; a Swedish study. <i>International Journal of Palliative Nursing</i> 16(5), 224-31</p> <p>DOI: <a href="https://doi.org/10.12968/ijpn.2010.16.5.48143">10.12968/ijpn.2010.16.5.48143</a></p>	<p>Studiens hensikt var å belyse sykepleiernes opplevelse av etiske dilemma i den palliative pleien.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nursing</li> <li>- Concern</li> <li>- Frustration</li> <li>- Powerlessness</li> <li>- Content analyses</li> </ul>	<p><b>Data</b> Kvalitative data ble samlet inn gjennom forskjellige spørsmål som deltakerne leverte et skriftlig svar på.</p> <p><b>Utvalg</b> Syv sykepleiere fra kommunehelsetjenesten deltok i studien. Alle hadde erfaring fra palliativ pleie, og deltok på et frivillig kurs som palliativ omsorg på et svensk universitet.</p> <p><b>Analyse</b> Data ble analysert og oppsamlet i hovedtema og undertema ved hjelp av en kvalitativ innholdsanalyse</p>	<p>Studien viste at det var behov for å kartlegge hvordan sykepleiere opplevde etiske dilemma i behandling av den palliative pasienten i eget hjem. Den belyste behovet for økt kompetanse og kunnskap rundt dette.</p> <p>Andre funn i studien viste at sykepleierne møtte utfordringer i møte med pårørende, og pårørendes krav til behandling av pasienten. Sykepleierne møtte også på utfordringer og dilemma i samhandling med andre profesjoner, frustrasjon når pårørende ikke hadde tillit til dem, og manglende kompetansen blant sykepleierne som førte til uenigheter om behandlingen.</p> <p>Videre trengte sykepleiere i hjemmetjenesten å øke sin egen kompetanse om hvordan andre kollegaer og andre profesjoner i helsetjenesten forholder seg til utfordringer med etiske dilemma.</p>	<p>I studien kom det frem mange av utfordringene sykepleierne møter, og etiske dilemma som oppsto i den palliative pleien.</p> <p>Vi vil bruke denne studien til å belyse disse utfordringene og opplevelsene som sykepleierne møter på. Vi vil bruke denne studie i vår oppgave for å belyse utfordringene sykepleierne erfarer i møte med den hjemmeboende palliative kreftpasientens pårørende.</p>



