

Maud Hammer Nekstad
Patricia Wallach

Sykepleierens erfaringer i hjemmebasert omsorg med smertelindring til kreftpasienter som ønsker å dø hjemme.

Antall ord: 8568

Bacheloroppgave i 050SY Bachelor i sykepleie

Veileder: Sven Inge Molnes

Mai 2020

Maud Hammer Nekstad
Patricia Wallach

Sykepleierens erfaringer i hjemmebasert omsorg med smertelindring til kreftpasienter som ønsker å dø hjemme.

Antall ord: 8568

Bacheloroppgave i 050SY Bachelor i sykepleie
Veileder: Sven Inge Molnes
Mai 2020

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



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Lindrende pleie gis dersom behandlingen ikke kan helbrede pasienten. Kreft er en av de hyppigste dødsårsakene i Norge, men det er bare 15% som velger å tilbringe siste tiden hjemme. Det er viktig å gi sykepleierne en refleksjon over utfordringene, slik at de kan få evnen til å utvikle og ivareta egen sykepleiepraksis i møte med pasientgruppen.

Hensikt: Hensikten med litteraturstudien er å finne ut hvilke erfaringer sykepleierne i hjemmebasert omsorg har med smertelindring til kreftpasienter som ønsker å dø hjemme.

Metode: Dette er en systematisk litteraturstudie som baserer seg på forskning fra ulike databaser. Litteraturstudien inkluderer åtte kvalitative forskningsartikler.

Resultat: I studien kom vi frem til tre hovedtemaer, ved å bruke Evans (2002) sine faser til litteraturanalyse. Et av hovedtemaene er sykepleierens opplevelse av egen kompetanse innen smertelindring, og at de trenger mer kompetanse innen faglig kompetanse. Et annet hovedtema er manglende ressurser, og det siste er mangelfull tverrprofesjonell samhandling.

Konklusjon: Sykepleierne sitt fokus er at pasienten skal få best mulig pleie ved livets siste dager, til tross for utfordringene som manglende kompetanse, ressurser og tverrprofesjonell samhandling, som sykepleierne møter på i hverdagen i hjemmebasert omsorg. Dette kan forbedre seg med kursing, veiledning og hospitering. Samarbeidsmøte og elektronisk pleie- og omsorgsmelding sikrer at sykepleierne får den nødvendige informasjonen de trenger for å forberede seg til å ta imot pasient og dermed utøve den pleien pasienten har behov for.

Abstract

Background: In cases where the treatment cannot cure the patient, the patient receives palliative care for prevention and relief of suffering. Cancer is one of the most frequent causes of deaths in Norway. However, only 15% choose to live their last days at home. It is important to give nurses the possibility to reflect on the challenges that might occur. This way they are given the chance to develop and safeguard their own nursing practices when meeting this patient group.

Aim: The purpose of this study is to discover what experiences home health nurses have with pain relief for cancer patients who wish to die at home.

Method: This is a systematic literature study based on research in various databases. This literature study includes eight qualitative research articles.

Result: In this study, we concluded with three main themes using Evans (2002) phases for literature analysis. One of the main themes is the nurses experience of their own expertise in pain relief, and that they need more professional expertise. Another main theme is the lack of resources, and the last one is a lack of cross-professional cooperation.

Conclusion: The nurses focus is that the patient should receive the best possible care during the last days of life despite challenges, such as lack of competence, resources and inadequate cross-professional cooperation, which nurses encounters in home health care. These challenges can be mitigated by courses, guidance and secondment. Cooperative meeting and electronic exchange of health- and care information ensures that nurses has the necessary information to prepare for the patient and thus perform the necessary care.

Forord

"You matter because you are you, and you matter to the end of your life. We will do all we can not only to help you die peacefully, but also to live until you die".
(Cicely Saunders)

Innhold

1	Innledning	10
1.1	Oppgavens videre oppbygging	11
2	Teorigrunnlag	12
2.1	Smertelindring	12
2.2	Sykepleie i hjemmebasert omsorg	13
2.3	Tverrprofesjonell samhandling	14
3	Metode	16
3.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	16
3.2	Søkeprosess	16
3.3	Søkestrategi	17
3.3.1	Databaser	17
3.4	Kvalitetsvurdering	18
3.5	Etiske hensyn	18
3.6	Analyse.....	18
4	Resultat.....	20
4.1	Sykepleierens opplevelse av egen kompetanse	20
4.2	Sykepleierens opplevelse av tilgjengelige ressurser	22
4.3	Sykepleierens opplevelse av tverrprofesjonell samhandling	22
5	Diskusjon.....	25
5.1	Metodediskusjon	25
5.2	Resultatdiskusjon	26
5.2.1	Sykepleierens opplevelse av egen kompetanse	26
5.2.2	Sykepleierens opplevelse av tilgjengelige ressurser	29
5.2.3	Sykepleierens opplevelse av tverrprofesjonell samhandling	30
6	Konklusjon	33
	Referanser.....	34
	Vedlegg	
	1: PIO- skjema	
	2: Søkehistorikk	
	3: Inndeling av hovedtema og nøkkelfunn	
	4: Litteraturmatriser (8 stk)	

1 Innledning

I 2018 var det ca.34.000 personer som fikk kreft (Kreftregister, 2019). De fleste pasientene i Norge dør på en helseinstitusjon, sykehus eller sykehjem, mens omkring 15% dør hjemme (Brenne & Estenstad, 2018, s. 162). En del pasienter velger å tilbringe den siste tiden hjemme i kjente omgivelser og sammen med de nærmeste. Innen palliativ omsorg er målet å legge til rette for hjemmedød for pasienter som ønsker det, men for noen er hjemmedød verken et godt eller realistisk alternativ (Brenne & Estenstad, 2018, s. 170). For de som ønsker å dø hjemme, må det planlegges og legges til rette for. Faktorer som kan påvirke hjemmedød kan deles inn i pasientens diagnose, individuelle faktorer som sosial status og miljøet rundt pasienten som helsetjenester i hjemmet eller sosial støtte (Brenne & Estenstad, 2018, s. 163). Pasienter som trenger palliativ pleie, har ofte komplekse hjelpebehov innen smerte, angst, slapphet, redusert matinntak, obstipasjon, depresjon, søvnproblemer og kvalme (Kaasa & Loge, 2018, s. 47). På bakgrunn av dette stilles det spesielle krav til kunnskap, planlegging og stor grad av medvirkning fra pasient og pårørende (Helsedirektoratet, 2018). Oppgavefordelingen og samhandling mellom de ulike yrkesgruppene bør være tydelig, for eksempel skal det avklares hva hjemmebasert omsorg kan få delegert. Den omsorgsmessige delen blir ofte ivaretatt av de nærmeste pårørende til pasienten som er en stor ressurs for pasienten (Kaasa & Loge, 2018, s. 42).

Palliasjon består av aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Aktiv behandling er symptomlindrende behandling som er rettet mot ett eller flere symptomer og har som mål å lindre (Kaasa & Loge, 2018, s. 45). Pasienten skal bli tatt med i beslutninger (NOU 2017:16, 2017, s. 10). Kommunehelsetjenesten er et satsingsområde etter at samhandlingsreformen ble iverksatt. I samhandlingsreformen står det at det vil være best for pasientene å få et kvalitativt godt tilbud i nærheten av hjemmet istedenfor sykehusopphold i den terminale fasen. Det skal bygges opp kommunale tilbud innen lindrende pleie. Det forventes et tett samarbeid mellom kommunalhelsetjenesten og palliative enheter på sykehuset for å sikre et mer kompetent fagmiljø (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 29 og 65). Samhandlingsreformen stiller også høye krav til sykepleierens evne til tverrfaglig samarbeid, kompetanse og kunnskap (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 27). Hensikten med denne oppgaven er å se på sykepleierens arbeidssituasjon i hjemmebasert omsorg, med fokus på smertelindring til kreftpasienter. På bakgrunn av det er følgende problemstilling blitt valgt: **Hvilke erfaringer har sykepleier i hjemmebasert omsorg med smertelindring til kreftpasienter som ønsker å dø hjemme?**

1.1 Oppgavens videre oppbygging

I kapittel to presenteres teoridelen, som skal bidra til å belyse problemstillingen. Kapittel tre presenteres studiens metodedel, med en oversikt over datainnsamlingen, som inkluderer databaser, søkeord, inklusjons- og eksklusjonskriterier, søkeprosess, kvalitetsvurdering, etisk vurdering og analyse. Videre vil kapittel fire presentere funn fra analysen i en resultatdel. Kapittel fem presenterer diskusjon av metode og resultat. Til slutt presenteres konklusjon, med forslag til videre forskning.

2 Teorigrunnlag

I dette kapittelet presenteres relevant teori for problemstillingen som smertelindring, sykepleie i hjemmebasert omsorg og samhandling. Dette er relevant for å belyse problemstillingen i studien, og gir en innføring i temaet og utdyper viktige begrep.

2.1 Smertelindring

Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som kan påvirkes av somatiske, psykiske og sosiale faktorer (Knudsen & Kaasa, 2018, s. 387 og 402). Smerte er noe som trer fram i bevisstheten og kan oppstå uavhengig av menneskets vilje og er en individuelt kroppslig erfaring av å ha det vondt (Nortvedt, 2016, s. 173).

Smerte er et av de hyppigste problemene hos terminale pasienter. Andre behov kan bli overskygget og kan hindre at pasienten kjenner dem. Ved å gi god smertelindring bidrar en til å gjøre den palliative fasen bedre og pasienten kan oppleve en "god død" (Lorentsen & Grov, 2016, s. 426). Grunnlaget for god smertelindring er systematisk, standardisert og nøyaktig kartlegging som inkluderer anamnese, kliniske undersøkelser, standardiserte kartleggingsverktøy, andre supplerende undersøkelser og bildediagnostikk (Knudsen & Kaasa, 2018, s. 387). Smertevurdering har som målsetting å kartlegge smertens årsak, varighet, lokalisasjon, variasjon, karakter og intensitet. Pasienten beskriver smerteopplevelsen og diagnostikken tar utgangspunktet i opplevelsen til pasienten (Knudsen & Kaasa, 2018, s. 388). Når pasienten plages av smerter er det viktig at sykepleieren kartlegger og vurderer smerten, slik at pasienten blir smertelindret tilstrekkelig (Mathisen, 2016, s. 426). Sentralt i den palliative pleien er symptomlindringen. Symptomer kan være smerter, fordøyelsesproblemer og søvnvansker men også tungpustethet, fatigue og angst (Lorentsen & Grov, 2016, s. 425). "Palliasjon er lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer, som står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og eksistensielle problemer. Målet med behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. En fremskynder ikke døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet" (Norsk forening for palliativ medisin, 2004, s.8).

2.2 Sykepleie i hjemmebasert omsorg

Hjemmebasert omsorg er en del av den kommunale helsetjenesten og er en lovpålagt tjeneste (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Det gir et tilbud om helsehjelp til pasienter når sykdom, svekket helse, alderdom eller livssituasjon gjør at de trenger hjelp i kortere eller lengre tid (Fjørtoft, 2016, s. 17). Sykepleieren i hjemmebasert omsorg skal bidra til meningsfulle hverdager og gode opplevelser for pasienten. Pasienten skal kunne bo hjemme så lenge det er forsvarlig og ønskelig. Pasienten har krav på å få mulighet til selv å ivareta sin egenomsorg, dette innebærer også rett til en verdig livsavslutning i eget hjem (Fjørtoft, 2016, s. 17). Det skal legges til rette for at alvorlig syke og døende skal kunne velge hvor de vil tilbringe siste tiden (Fjørtoft, 2016, s. 78). En forutsetning for at pasienten skal kunne være hjemme, er at både pasienten og pårørende ønsker det og at de opplever det som trygt. Når pasienter i en palliativ fase velger å være hjemme er det viktig at sykepleieren er tilgjengelig og kompetansen dekker pasientens grunnleggende behov (Fjørtoft, 2016, s. 81). I tillegg må det være tilrettelagt med nødvendige hjelpemidler hjemme (Fjørtoft, 2016, s. 81).

Sykepleieren må respektere og være ydmyk overfor pasientens verdier, normer, regler, rutiner og tradisjoner i hjemmet. En møter forskjellige hjem og måter å leve på, som utfordrer sykepleierens verdier og faglighet (Fjørtoft, 2016, s. 31). Kompetanse omtales som en kombinasjon av kunnskap, skikkethet, ferdigheter, personlige egenskaper, vurderinger og holdninger, men det foreligger ikke noen klar enighet om innholdet i begrepet kompetanse innen sykepleie (Leonardsen, 2019; Østby, 2015).

Rammene i hjemmebasert omsorg har en avgjørende betydning for kvaliteten på tjenestene. Det som styrer og setter grenser for hva som kan gjøres og hva som er riktig å gjøre, er rammefaktorene (Fjørtoft, 2016, s. 165 og 167). Tid er en rammefaktor som er styrende for helsetjenesten og er avgjørende for å kunne sørge for god omsorg som er tilpasset pasienten. Mangel på tid og tidspress er et problem som både pasientene og sykepleier kan oppleve som vanskelig (Fjørtoft, 2016, s. 164).

Sykepleieren sin oppgave er å kunne hjelpe mennesker ved livets avslutning på forskjellige måter (Mathisen, 2016, s. 415). Livets siste dager er en plan for lindring til pasienten i livets slutfase (Iversen, Fosse, Grøthe, Jansen & Teigen, 2016). Planen er et hjelpemiddel for sykepleierne og ingen erstatning på deres kompetanse og kliniske blikk. Før oppstart av livets siste dager må beslutning om at pasienten er døende bygge på en tverrfaglig vurdering av lege og sykepleier. God planlegging for pasienter i livets siste dager er nyttig for å være i forkant og forutse når pasienten nærmer seg døden. For å styrke kompetansen og tryggheten i vurderinger rundt pasienten er samarbeidet med palliativt team, lindrende enhet eller fagpersoner med palliativ kompetanse viktig (Iversen et al., 2016). Den syke

kan oppleve vanskelige følelser i livets siste fase. Ved å vise god omsorg handler om å være et engasjert medmenneske (Mathisen, 2016, s. 415). Formidling av informasjon kan være både en juridisk og etisk utfordring. Loven bestemmer at informasjon skal tilpasses den enkelte pasientens behov (Mathisen, 2016, s. 418). Kompetanse, faglig støtte og tilstrekkelig tid er avgjørende for å kunne gi god palliativ pleie. Sykepleier kan bidra til at den siste fasen av livet blir bedre med faglig kompetanse, innlevelse og omsorg. Denne type omsorg er krevende, men meningsfull (Fjørtoft, 2016, s. 82).

2.3 Tverrprofesjonell samhandling

Ifølge Orvik (2015, s. 17 og 21-22) er organisatorisk kompetanse nødvendig for å kunne håndtere en kompleks klinisk hverdag, der kvalitet og pasientsikkerhet er kjerneverdier. "Organisatorisk kompetanse defineres som en refleksiv og handlingsrettet kompetanse som kommer til uttrykk som en oppmerksomhet på verdier og organisasjonsform i kliniske virksomheter, og som en evne til å organisere det kliniske arbeidet i samhandling med andre" (Orvik, 2015, s. 57). Sykepleier må kunne organisere pasientarbeidet, forstå og håndtere verdikonflikter og se sammenhengen mellom organisasjonsform og krav til omgivelsene. Ved pasientoverganger må kvalitet være til stede, og en må legge til rette for kontinuitet og samhandling. Fragmentering er en oppdeling av tjenestetilbud i pasientforløpet uten at det blir iverksatt tiltak. For å sikre pasientsikkerhet og kvalitet er det viktig at profesjonene samarbeider. Pasienter med behov for avansert medisinsk behandling er en av gruppene som er særlig utsatt for fragmentering, det kan medføre konsekvenser som at selve pasienten kan komme i bakgrunnen (Orvik, 2015, s. 167).

Samhandling defineres av Helse- og omsorgsdepartementet (2009, s. 13) 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. Det legges til rette for at behandling, pleie og omsorg kan skje i hjemmet eller så nær hjemmet som mulig, og at en kan tilstrebe at pasienten kan dø der de selv ønsker (NOU, 2017:16, s. 89). Ansvar for den hjemmebaserte omsorgen ligger i hovedsak hos sykepleieren og fastlegen, og de skal videre samarbeide med palliativt team og andre instanser når det er nødvendig for å gi god behandling og pleie. Dårlig eller manglende samhandling gir en opplevelse av fragmenterte og uoversiktlige tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 65-66). Kommunikasjon og samhandling er ferdigheter som er en forutsetning for å fylle en profesjonell rolle og for relasjonsbygging til pasienten og pårørende. Samhandling er en faglig, juridisk og etisk norm (Orvik, 2015, s. 249). Ifølge Fjørtoft (2016, s. 201) er tverrfaglige samarbeidet avgjørende, sykepleier må samarbeide med leger og annet fagpersonell for å sikre at pasienten får et helhetlig tilbud. Det kan være vanskelig å få til en god samhandling, og er kanskje et av

områdene som oftest svikter i helsetjenesten. Helsetjenesten må bygge på at aktørene har gjensidig respekt for og tillit til hverandre (Fjørtoft, 2016, s. 193). Ifølge Orvik (2015, s. 210) er samhandling et kriterium for kvalitet i det kliniske arbeidet. Dette gjelder både mellom kolleger fra samme profesjonsgrupper og i pasientforløp. Sykepleieren bør fremme åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten.

3 Metode

“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” (Dalland, 2015, s. 110). Oppgaven vår er basert på en systematisk litteraturstudie som tar utgangspunkt i søk på kvalitative forskningsartikler. Ifølge Mulrow og Oxman (Forsberg & Wengström, 2015, s. 27) er systematisk litteratursøk basert på en problemstilling som har en hensikt å identifisere, vurdere og evaluere og analysere. Det finnes to metoder, kvalitative og kvantitative. Kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter. Kvalitative metode fokuserer på å tolke og skape mening og forståelse i menneskene sin opplevelse av omverdenen, som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2015, s. 112). Både kvalitative og kvantitative metoder bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler.

3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

En systematisk litteraturstudie skal inneholde tydelige inklusjons- og eksklusjonskriterier. Inklusjonskriteriene skal hjelpe oss med å ta beslutninger om hvilke kriterier som skal inkluderes i studien (Forsberg & Wengström, 2015, s. 174). Kriteriene vi hadde når vi skulle finne artikler var at det skulle være et sykepleieperspektiv, skulle omhandle sykepleierens erfaringer med palliativ pleie og fokus på smertelindring i hjemmebasert omsorg. Artikkene skulle være engelsk- eller skandinavisk-språklige, og være publisert i tidsrommet 2010-2019. Vi har inkludert artikler fra land med helsevesen som kan sammenlignes med det norske helsevesenet for eksempel Nord-Europa. Andre kriterier vi tok for oss var at artikkene burde være etisk vurdert, ha IMRaD-struktur, være fagfellevurdert og publisert i tidsskrifter med kvalitetsnivå en eller to.

3.2 Søkeprosess

For å få en strukturell og oversiktlig søkestrategi brukte vi PI(C)O- skjema, for å unngå og ta i bruk søkeord som er utenfor problemstillingen, da det kan bidra til innsnevring av resultat. PICO står for pasient/populasjon (hvem), tiltak (hva), kontroll og utfall/resultat. PICO- skjema er en strukturert metode for å kombinere søkestrategier som baserer seg på problemstillingen når man utfører søk i bibliografiske databaser (Forsberg & Wengström, 2015, s. 60–61). For å finne relevant forskning tok vi i utgangspunktet i sentrale ord i problemstillingen. Vi valgte å ikke bruke C- kontroll fordi

vi ikke skal sammenlikne materialet. Viser til vedlegg 1, PIO-skjema for en mer utfyllende oversikt.

3.3 Søkestrategi

Søkestrategi er søk av fakta i databaser som svarer på problemstillingen en har tatt for seg (Forsberg & Wengström, 2015, s. 68). Vi har anvendt databasene Cinahl, Medline og Svemed+. Databaser blir anvendt for å finne forskning som belyser temaet i oppgaven vår, og blir brukt i ulike sammensetninger av søkeord for å få et helhetlig innblikk i forskningen som kan være relevant for vår studie. De originale søkeordene våre var "nurses", "palliative care", "experience" og "home health care", i ulike kombinasjoner. Vi brukte den boolske operatøren "AND" og "OR" for å finne artikler som inneholdt de ulike søkeordene. Boolske operatører er med på å begrense eller utvide søk (Forsberg & Wengström, 2015, s. 69). Vi la inn begrensninger i databasene Cinahl og PubMed; publiseringsdato 2010-2019, fulltekst, og artikler som er fagfellevurdert. Vi måtte også tilpasse søkeordene våre etter hvilken database vi søkte i. Studiene ble nøye gjennomgått ved å lese overskrifter, abstrakter og videre hele studien dersom den var relevant nok.

3.3.1 Databaser

Cinahl

I Cinahl brukte vi søkeordene "palliative care" AND "nurse OR nurses" AND "job experience OR experience" AND "home health care OR home". Vi avgrenset til full text, Europe, artikler fra 2010-2019. Fra Cinahl tok vi med disse artiklene Wilson, Griffiths, Ewing, Connolly & Grande (2014), Anquinet et al. (2015), O'Brien & Jack (2010), Munck, Fridlund & Mårtensson (2011) og Spelten, Timmis, Heald & Duijts (2019).

Medline

I Medline brukte vi søkeordene "palliative care" AND "nurses OR nurse" AND "home care OR home care service" AND "experience". Fra Medline inkluderte vi artikkelen Danielsen, Sand, Rosland, & Førland (2018) til oppgaven vår.

Svemed+

I Svemed+ brukte vi søkeordene "sykepleiere" OG "lindrende behandling" OG "hjemmetjeneste" OG "erfaring". Fra Svemed+ inkluderte vi artiklene Molnes (2014) og Nordsveen & Andershed (2015) til oppgaven vår.

Se i vedlegg 2 for søkehistorikk for mer grundigere forklaring.

3.4 Kvalitetsvurdering

Kildekritikk er metode for å fastslå om en kilden er sann, som betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes (Dalland, 2015, s. 67). Vi anvendte IMRaD-strukturen for å sikre at de viktigste momentene i artiklene var med. IMRaD-strukturen er den mest brukte normen for oppbygging og struktur av den enkelte artikkel. IMRaD er en forkortelse for Introduction, Methods, Results and Discussion (Dalland, 2015, s. 79). Vi brukte Norsk senter for forskningsdata (2019) sitt register over vitenskapelige publiseringskanaler og kontrollerte at artiklene var nivå en eller to. Artiklene er publisert i vitenskapelige tidsskrifter med fagfellebedømming. Videre kvalitetsvurderte vi artiklene med å bruke sjekklister for å vurdere kvalitative artikler (Helsebiblioteket, 2018). Vi fikk kontrollert at artiklene har en kvalitetsmessig god standard. Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler (Helsebiblioteket, 2018). Problemstillingen, metoden og hensikten kommer tydelig frem i artiklene vi har tatt med i studien. Helsevesenet i de landene studiene har blitt utført i kan overføres til det norske helsevesenet, og er derfor relevant for norske sykepleiere.

3.5 Etiske hensyn

En god forskningsetikk er et viktig aspekt ved all vitenskapelig forskning. Ønsket om å innhente ny informasjon skal alltid overveies mot kravet om å beskytte de individer som skal inkluderes. Etiske overveielser er et krav til all vitenskapelig forskning (Forsberg & Wengström, 2015, s. 59). Det er et krav fra vår side at artiklene er godkjent av en etisk komité eller at artiklene gjør rede for at deltakerne er informert og gitt samtykke om å bli med i studien, et informert samtykke. De valgte artiklene er godkjent av en etisk komité. Vi har behandlet resultatene på en troverdig måte.

3.6 Analyse

Ifølge Dalland (2015, s. 144) er analyse et granskningsarbeid der utfordringen er å finne ut hva materialet forteller. Vi har valgt å ta utgangspunkt i Evans (2002, s. 25) fire faser for å analysere datamaterialet.

Fase 1.

I fase en samler en inn datamaterialet som skal analyseres (Evans, 2002, s. 25). Hvordan vi gjennomførte innsamling av data har vi beskrevet under søkeprosessen. Vi fant til sammen åtte artikler og alle artiklene har gått gjennom flere vurderingskriterier som vi har vist i metoddelen. Videre nummererte vi de åtte artiklene fra en til åtte, i kronologisk rekkefølge ut ifra hvilke artikler vi fant først i de databasene vi har brukt. Dette gav oss en god oversikt.

Fase 2.

I fase to skal en identifisere nøkkelfunnene (Evans, 2002, s. 25). Vi leste gjennom de inkluderte artiklene hver for oss, markerte relevante nøkkelfunn og sitater med forskjellige markeringstusjer. Nøkkelfunnene ble notert ned hver for oss og skrevet i et eget dokument. For å kvalitetssikre og vurdere hverandres nøkkelfunn gikk vi gjennom hver artikkel via telefonsamtale. Vi gikk gjennom resultatene fra artiklene flere ganger, for å sikre at viktige nøkkelfunn ikke ble oversett. Eksempler av nøkkelfunn: Mangel på kunnskap om medisin ble farget rosa, tidspress ble farget gul, godt og/eller dårlig samarbeid mellom kommunalhelsehjelp, spesialisthelsetjenesten og legen ble farget oransje.

Fase 3.

I fase tre skal gjennomgående tema identifiseres. Temaene skal kategoriseres og gyldigheten av aktuelle nøkkelfunn skal vurderes (Evans, 2002, s. 25). Vi lagde en tabell hvor vi organiserte nøkkelfunnene våre i forskjellige fargekoder, slik at det ble enkelt å skille ut. Fargekodene hjalp oss til å skille ut viktige sitater og andre nøkkelfunn fra hverandre, og strukturere likheter og ulikheter på tvers av forskningsstudiene. Denne prosessen var tidkrevende. Vi organiserte nøkkelfunnene inn i tre hovedtemaer. Tabellen fungerte godt som en oppsummerende oversikt for hovedtema og nøkkelfunn som gikk igjen i de ulike temaene. Viser til vedlegg tre for tabellens inndeling av hovedtema.

Fase 4.

I fase fire skal fenomenet beskrives gjennom å formulere tema med referanser til datamaterialet (Evans, 2002, s. 25). Etter å ha gått gjennom fasene kom vi frem til tre hovedtema: Sykepleierens opplevelser av egen kompetanse, sykepleierens opplevelser av tilgjengelige ressurser og sykepleierens opplevelser av tverrprofesjonell samhandling. Disse hovedtemaene er presentert i resultatdelen.

4 Resultat

I resultatdelen har vi tatt utgangspunktet i analysen av artiklene og funn som er gjort. I de åtte studiene ble det rapportert at sykepleierne møtte utfordringer relatert til sin opplevelse av egen kompetanse, tilgjengelige ressurser og tverrprofesjonell samhandling. Vi skal utdype dette i resultatdelen, hvor vi tar for oss hvert hovedtema. I oppgaven støtter vi opp med relevante sitater som viser hvordan sykepleierne beskriver sine erfaringer.

4.1 Sykepleierens opplevelse av egen kompetanse

Flere studier viste at manglende kunnskap, erfaring og faglig usikkerhet ga sykepleierne flere utfordringer i arbeidshverdagen (Anquinet et al., 2015; Danielsen et al., 2018; Munck et al., 2011; Molnes, 2014; O'Brien & Jack, 2010; Wilson et al., 2014).

Sykepleierne mente selv de trengte mer kunnskap, utdanning og veiledning selv om de hadde mye erfaring (Danielsen et al., 2018; Molnes, 2014; Munck et al., 2011).

Sykepleierne hadde lite kunnskap om smertelindring, administreringsformer og utførte det på forskjellige måter. Flere av sykepleierne vegret seg for å bruke morfin, noe som førte til at de var tilbakeholden med å gi det som smertestillende, da de var redde for å gi for mye eller om de fremskyndet pasientens død (Anquinet et al., 2015; Molnes, 2014). Sykepleierne følte på et stort ansvar med å utføre prosedyren og overvåke pasienten i etterkant (Anquinet et al., 2015). Ifølge Molnes (2014) opplevde sykepleierne at det var tryggere å administrere smertepletter enn det var å administrere smertepumpe og injeksjoner. Sykepleierne oppga at holdningene spilte en vesentlig rolle i smertelindring. I samme studie kom det også frem at sykepleierne benyttet sjelden kartleggingsverktøy for å vurdere pasientens opplevelse av smerte. 3 av 10 sykepleiere fortalte at de hadde benyttet ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) skjema i forbindelse med smerterangering hos pasientene i hjemmebasert omsorg. Sykepleierne påpekte flere grunner til at de ikke benyttet seg av kartleggingsverktøy i sitt daglige arbeid, blant annet manglende opplæring, ulik kartlegging og det tok for lang tid å fylle ut.

Ifølge Wilson et al. (2014) misforstod pårørende smertelindringen til pasienten, dette førte til at pårørende hadde lite tillit til sykepleierne ved administrering av smertestillende. Dette påvirket sykepleieren sin egen tiltro til egen administrering av smertestillende (Wilson et al., 2014). Sykepleierne erfarte at de var avhengige av å ha

tilliten til pårørende for å få til en god palliativ omsorg i hjemmet. For at pasienten skulle velge å tilbringe siste tiden sin hjemme var det viktig at sykepleierne brukte tid på å skape trygghet hos pasienten (Nordsveen & Andershed, 2015). En av respondentene sa følgende: "Ideas around morphine, how it's used and the way that things have been in the press and the Harold Shipman case, because, people are scared of what's going to happen" (Wilson et al., 2014, s. 313).

I tillegg til mangel på kompetanse ved smertelindring viste studie det også var mangel på kontinuitet og støtte i håndtering av medisinsk utstyr, noe som gjorde at sykepleierne ble usikre i å bruke det i hjemmet (Munck et al., 2011). Flere sykepleiere fra hjemmebasert omsorg dro til sykehuset for å lære seg utstyret pasienten skulle ha hjemme. Sykepleierne oppfattet sårbarhet i sin arbeidssituasjon på grunn av økende krav med lindrende pasienter. Ettersom pasientene trengte medisinsk utstyr hjemme, hadde sykepleierne behov for mer opplæring i utstyret. I studien til Munck et al. (2011) viste funn at sykepleierne opplevde at det krevde mer kompetanse innenfor relevante faglige områder: "It feels like we must be much more updated on absolutely everything. A great amount of knowledge is expected of us and the patients want to come home with their medical device" (Munck et al., 2011, s. 848).

Ifølge sykepleierne var palliativ omsorg krevende, det gikk utover det mentale og det psykiske hos sykepleierne. Sykepleierne etterspurte veiledning eller muligheten til å snakke med personell eller spesialister om vanskelige situasjoner og etiske dilemmaer, som de opplevde ved palliativ pleie (Danielsen et al., 2018; Molnes, 2014). Ifølge Molnes (2014) fremhevet sykepleierne ønske om faglig oppdatering, interne og eksterne kurs, fagutvikling i regi av arbeidsplassen og en arena for diskusjon. Sykepleierne opplevde at det var vanskelig å sette seg ned å lese faglitteratur, da det ikke var kultur for det på arbeidsplassen. Studien sa noe om behovet for å ha en kreftsykepleier i tjenesten som en kan rådføre seg med og få veiledning fra. De ble påpekt også at det burde vært et større fokus på smertelindring i grunnutdanningen (Molnes, 2014). Ifølge Munck et al. (2011) hadde sykepleierne et ansvar for å oppdatere seg på medisinsk utstyr og medisinsk teknologi og prosedyrer, dette var viktig for at pasienten skulle føle seg trygg og ha tillit til jobben til sykepleierne (Munck et al., 2011). Det å planlegge og holde seg oppdatert innen medisinsk utstyr eller annen faglig kunnskap var en stressfaktor for sykepleierne (Munck et al., 2011; Molnes, 2014).

4.2 Sykepleierens opplevelse av tilgjengelige ressurser

Manglende ressurser som lav bemanning og mangel på tid gav sykepleierne utfordringer i møte med hjemmebasert palliativ omsorg til kreftpasienter (Danielsen et al., 2018; Molnes, 2014; Munck et al., 2011; Spelten et al., 2019). Den geografiske avstanden mellom pasientene kunne være stor og medisintil levering var avgjørende for effektiv tidsstyring (Molnes, 2014; Munck et al., 2011; Spelten et al., 2019).

Sykepleierne hadde mange arbeidsoppgaver i hverdagen og dette gikk utover tiden til pasienten. Ressursmangelen førte til mangelfull smertelindring til kreftpasientene. Sykepleierne fikk ikke observert pasienten over tid, og på den måten fikk en ikke kartlagt smerten. Det førte også til at generelle arbeidsoppgaver ikke ble utført (Molnes, 2014; Wilson et al., 2014). Sykepleierne mente det var viktig at hjemmjournalen var à jour, men på grunn av tidspress og mangel på ressurser ble det ikke prioritert (Molnes, 2014). Forhåndsplanlegging før pasienten kom hjem, som for eksempel at utstyr var på plass og personell hadde riktig opplæring krevde mer ressurser og tid (Munck et al., 2011; Nordsveen & Andershed, 2015). Manglende epikrise, medisiner eller resepter på medisiner, førte til at sykepleierne i hjemmebasert omsorg måtte bruke ekstra ressurser på arbeidsoppgaver som ikke tilhørte de. Sykepleieren måtte kontakte sykehuset for få den riktige informasjonen, noe som gikk utover pasientens tid med sykepleieren (Molnes, 2014; Nordsveen & Andershed, 2015). En respondent beskrev dette på følgende måte: "We need to get some extra time from the management on the first days. It's a wish, but we do not always get it" (Danielsen et al., 2018, s. 5).

Når pårørende tok mer ansvar for pasienten, førte det til at sykepleierne fikk mer tid i den stressende arbeidshverdagen, men det var også viktig ikke påføre pårørende for mye ansvar dersom de ikke var i stand til det (Munck et al., 2011). Sykepleierne hadde en 24/7 tilgjengelighet, denne tilgjengeligheten gjorde at pårørende var i stand til å ha deres kjære hjemme istedenfor på sykehuset (Danielsen et al., 2018; Spelten et al., 2019). Pasientene og pårørende hadde stor tillit til sykepleierne, men sykepleieren følte de måtte gi det lille ekstra for at alle skulle bli fornøyd (Spelten et al., 2019).

4.3 Sykepleierens opplevelse av tverrprofesjonell samhandling

Betydningen av god kommunikasjon og godt samarbeid var noe som gikk igjen i studiene (Anquinet et al., 2015; Danielsen et al., 2018; Nordsveen & Andershed, 2015; O'Brien & Jack, 2010). Flere påpekte det var viktig å opprettholde en god dialog mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, men også mellom hjemmebasert omsorg og legen som skulle følge opp pasienten (Anquinet et al., 2015; Danielsen et al., 2018). Spesialisthelsetjenesten lovet pasientene mer enn det hjemmebasert omsorg kunne

tilby, dette førte til at hjemmebasert omsorg var kritisk til de urealistiske forventningene som sykepleier i sykehuset skapte hos pasientene (Danielsen et al., 2018; O`Brien & Jack, 2010). En respondent sa følgende: "The hospital said that we (the home care nursing team) could be there all the time if needed. They give patients and next of kin unrealistic expectations. (...) We cannot be there 24 hours a day" (Danielsen et al., 2018, s.6).

Hjemmebasert omsorg hadde ikke hjelpemidlene og bemanningen klar da pasienten ble utskrevet fra sykehuset (Danielsen et al., 2018; Molnes, 2014; Nordsveen & Andershed, 2015). Et av funnene var at pasientene ofte ble utskrevet på en fredag ettermiddag, noe som resulterte at sykepleieren ikke kunne forberede seg godt nok til å ta imot pasienten hjemme. Selv om hjemmebasert omsorg prøvde å være fleksible i forhold til tidspunkt for utskrivelse var utfordringene det å få på plass hjelpemidlene før helgen, også oppfølgingen av lege var utfordrende i helgene (Danielsen et al., 2018; Nordsveen & Andershed, 2015). For at sykepleieren i hjemmebasert omsorg kunne gjøre de nødvendige faglige vurderingene når pasienten ble utskrevet, var de avhengige at de mottok de nødvendige opplysningene fra sykehuset (Nordsveen & Andershed, 2015). I Norge blir det brukt elektroniske meldinger til å kommunisere med legen. Både sykepleier og lege understreket at elektronisk kommunikasjon var en positiv forbedring, som økte tilgjengeligheten til både sykepleier og legen til fordel av pasienten (Danielsen et al., 2018). En sykepleier i studien sa følgende: "Friday is a very bad day for discharging palliative care patients (...) It is their responsibility, and it is the hospital responsibility to make sure; it's about passing the baton to the next door doctor in a proper way" (Danielsen et al., 2018, s.6).

Ifølge Nordsveen & Andershed (2015) mente sykepleierne på sykehuset og i hjemmebasert omsorg det var viktig med ett samarbeidsmøte. Det å ha en samtale mellom sykepleier, pasient og pårørende da en kom hjem fra sykehuset, var viktig for relasjonsbygging. Pasienten og pårørende fikk mer tillit til sykepleieren ved slike samtaler (Danielsen et al., 2018; Spelten et al., 2019). Ifølge Danielsen et al. (2018) la sykepleierne vekt på å oppnå et nært og tillitsfullt samarbeid med pasient og pårørende. Sykepleierne understreket også hvor viktig det var å ha et godt samarbeid med de pårørende fra første dag. Et møte med pasienten og pårørende gjorde dem trygge, en "dårlig start" kunne påvirke det videre forløpet (Nordsveen & Andershed, 2015). Sykepleierne fortalte også at det ikke alltid var nok tid for å kunne gjennomføre det første møte med både pasienten og pårørende (Danielsen et al., 2018).

Hjemmebasert omsorg mente det burde fokuseres mer på kommunikasjon og rutiner mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Sykepleierne i studien fortalte de hadde benyttet både palliativt team og smerteteam, som finnes på sykehuset og hadde hatt nytte av det (Molnes, 2014). Ifølge Nordsveen & Andershed (2015) fulgte

palliative team på sykehuset ofte opp pasientene i kommunen, sammen med kreftsykepleier. Sykepleierne hevdet at det palliative teamet burde være bindeleddet mellom sykehuset og kommunen.

Sykepleier fortalte at rollen deres i samarbeid med legen ofte var å presentere pasienten sine meninger og ønsker. I samstemming med flere sykepleiere, var rollen deres å formidle pasienten sitt perspektiv og behov, og bekrefte avgjørelsen som legen gjorde i forhold til medisiner (Anquinet et al., 2015). Funn viste at det var flere leger og sykepleiere som rapporterte at det ofte var sykepleieren som oppfordret legen til å skrive resept på medisin og tok ansvaret for når medisiner skulle tas i bruk (Anquinet et al., 2015).

5 Diskusjon

I dette kapittelet i studien tar vi for oss to diskusjoner. I metodediskusjonen tar vi for oss svakheter og styrker i studien, mens i resultatdiskusjonen diskuterer vi funnene, samt teori for å komme frem til en konklusjon på problemstillingen.

5.1 Metodediskusjon

Metodedelen i studien vår bygger på litteraturen til Forsberg & Wengström (2015), Dalland (2015) og oppgavens analysedel bygger på Evans (2002) analysemetode og de åtte forskningsartiklene.

Vi startet den systematiske litteraturstudien ved å søke etter litteratur i databasene. Søkeordene gikk ut ifra problemstillingen og etter hvilke ord og kombinasjoner som fikk treff på i databasene. Det ble prøvd forskjellige kombinasjoner før en fant frem til de rette søkeordene. Databasen krevde forskjellige synonyme ord i søkingen, noe som kan være en svakhet i studien. Det ble søkt både med engelske og norske søkeord, som en ser på som en styrke i studien. Fant mange artikler, men ikke alle var relevante for studien. Fylte ut et PI(C)O-skjema for å hjelpe oss i søkingen, som er vist i vedlegg en. Søkte i tre forskjellige databaser, som er Cinahl, Medline og Svemed+. De fleste av artiklene kom opp i de utvalgte databasene, som en vurderer som en styrke. Søkehistorikken med søkeord og de ulike databasene ble dokumentert kontinuerlig. Problemstillingen er rettet mot kvalitativ forskning, fordi vi er ute etter sykepleierens erfaringer og opplevelser fra hjemmebasert palliativ omsorg til kreftpasienter. Da vi leste gjennom artiklene og skulle begynne å analysere såg vi at det var noen artikler som ikke passet helt til studien eller at vi ville ha et mer konkret svar. Det ble gjort nye søk og vi fant artikler som svarte mer på problemstillingen, eksempler på søkeord var home health service, palliative care and nurses, dette kan styrke studien. Ved at alle artikler er fra relativt nyere dato (2010-2019), mener en at det er med på å styrke oppgavens resultat i forhold til problemstilling. Alle artiklene i litteraturstudien er av kvalitativ metode, har en IMRaD- struktur og etisk godkjent, dette ser en på som en styrke. I tillegg er det en styrke at artiklene er publisert i fagfelleurderte tidsskrifter som er godkjent i NSDs register over vitenskapelige publiseringskanaler. En mulig svakhet i oppgaven kan være at artiklene er oversatt fra engelsk til norsk, det kan da oppstå misforståelser og feiltolkninger.

I starten av oppgaveskrivingen samarbeidet vi digitalt, men mot slutten av oppgaveskrivingen møttes vi. Ettersom vi ikke hadde tilgang til biblioteket til å låne

litteratur, kan mangel på primærkilder være en svakhet. Det var krevende å lese litteratur på nettet. Artikkelen til Spelten et al. (2019) har både sykepleier og pårørende perspektiv, velger likevel å inkludere denne artikkelen, da den har overføringsverdi for studien og vi bruker sykepleieperspektiv. Likedan velger vi å inkludere artikkelen til Nordsveen & Andershed (2015), den har fokus på sykehus og hjemmebasert omsorg og velger da det som angår hjemmebasert omsorg.

Vi har jobbet grundig med analysen av studiene. Resultatene i oppgaven er utarbeidet etter etiske retningslinjer, og har forsøkt å presentere dette uten å være forutinntatt av innholdet som kunne vært med på å svekke gyldigheten i resultat. Har kritisk vurdert alle valgene vi har tatt for oppgaven, og vist til troverdig litteratur.

5.2 Resultatdiskusjon

Resultatdiskusjonen skal finne svar på erfaringene til sykepleierne. Vi vil også drøfte konsekvenser for sykepleieren.

5.2.1 Sykepleierens opplevelse av egen kompetanse

I studien går det igjen at sykepleierne hadde manglende kompetanse og trengte mer faglig utvikling (Anquinet et al., 2015; Danielsen et al., 2018; Munck et al., 2011; Molnes, 2014; Nordsveen & Andershed, 2015; O'Brien & Jack, 2010; Wilson et al., 2014). Etter at samhandlingsreformen ble iverksatt stiller det høyere krav til hjemmebasert omsorgs kompetanse og kunnskap, og tjenester har blitt flyttet fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 27). Dette står i samsvar med funn i en undersøkelse besvart av sykepleiere, som viser at samhandlingsreformen gir sykepleiere flere oppgaver enn de har fagkompetanse til (Østby, 2015). Det er flere pasienter som blir behandlet utenfor sykehus, noe som krever at hjemmebasert omsorg har den kunnskapen som trengs for å gi behandling, dette kreves at en kartlegger kompetansen systematisk (Leonardsen, 2019).

Det var vanskelig å holde seg faglig oppdatert i en hektisk hverdag (Munck et al., 2011; Molnes, 2014). I tillegg til faglig oppdatering ønsket sykepleierne veiledning ved vanskelige situasjoner og etiske dilemmaer, som de opplevde i forbindelse med palliativ pleie (Danielsen et al., 2018; Molnes, 2014). Sykepleierne etterspurte og ønsket faglig oppdatering, veiledning, hospitering eller kurs, men dette var ikke økonomiske rammer for (Munck et al., 2011; Molnes, 2014). Vi har selv erfart at sykepleiere i hjemmebasert omsorg arbeider selvstendig, uten annet personale og fagkompetanse i umiddelbar nærhet, dette setter store krav og forventninger til sykepleierne. Faglig støtte og veiledning er viktig for å bearbeide krevende opplevelser, blir korrigeret og utvikle seg

faglig og personlig. Faglig veiledning og støtte fra kollega betyr mye i arbeidshverdagen (Fjørtoft, 2016, s. 42). Personalet må få mulighet til å holde seg faglig oppdatert på de utfordringene og kravene de møter. Arbeidsgiver har ansvar for å utvikle en organisasjon og en kultur, som tilrettelegger systematisk kvalitetsforbedring (Fjørtoft, 2016, s. 132). Arbeidsgiver er pålagt å tilrettelegge for faglig fordypning ved å sette av tid til hospitering, kurs, fagdager, litteraturstudier og litteratursøk i databaser (Arbeidsmiljøloven, 2005; Kristoffersen, 2016a, s. 185; NOU 2017:16, 2017, s. 99).

For at den palliative pasienten kan være hjemme så lenge som mulig er det viktig å skape trygghet i pleiesituasjon. Sykepleier i hjemmebasert omsorg må ha bred kompetanse, for de jobber ofte alene og står med et stort ansvar som krever god medisinsk kunnskap og vurderings- og beslutningsevne. Dette fører til at sykepleier må kunne observere, identifisere og evaluere ulike situasjoner, og iverksette tiltak for å møte pasientens behov (Østby, 2015). Ifølge Munck et al. (2011) ble det rapportert av sykepleierne at det kunne gå lang tid mellom hver gang sykepleierne brukte forskjellige medisinske utstyr, noe som førte til usikkerhet ved bruk. Flere av sykepleierne i hjemmebasert omsorg dro til sykehuset for å lære seg om utstyret pasienten skulle ha hjemme (Munck et al., 2011; Nordsveen & Andershed, 2015). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere legger vekt på at sykepleierne skal holde seg faglig oppdatert og være bidragsyter til at det i praksis skal anvendes ny kunnskap (Norsk sykepleierforbund, 2019). Sykepleierne har et ansvar for sin kompetanse, det å holde seg oppdatert på det faglige og videre utvikling (Fjørtoft, 2016, s. 215). Det blir sagt at kompetansen kommer med årene en jobber, men det er viktig at en deler erfaringene med hverandre, for det er viktig at en gjør hverandre trygge og sammen kan en heve kompetansen (Molnes, 2014). Videre viste funn i flere av studiene at kompetansen oppnås gjennom utdanning eller erfaring, dette sto sentralt i sykepleiernes møte med utfordringer i forbindelse med hjemmebasert palliativ omsorg (Molnes, 2014; Nordsveen & Andershed, 2015). Sykepleierens kompetanse viser seg via kunnskap, ferdigheter og holdninger og hvordan disse blir brukt i praksis (Fjørtoft, 2016, s. 214; Stubberud, 2019, s. 51).

Opplæring og undervisning fra spesialisthelsetjenesten må tilbys til kommunehelsetjenesten når det er behov for det, slik at hjemmebasert omsorg har den nødvendige kompetansen for å følge opp pasientene på en forsvarlig måte i hjemmet (Brenne & Estenstad, 2018, s. 166). En konsekvens av opplæringen kan være at flere sykepleiere må innom hos pasienten, for å gjøre seg kjent med medisinsk teknisk utstyr. Dette kunne oppleves som stressende for pasienten (Munck et al., 2011; Nordsveen & Andershed, 2015).

Smertelindring og kartleggingsverktøy var et område som var spesielt utfordrende for sykepleierne, dette førte til at pasienten ikke ble smertelindret tilstrekkelig eller at sykepleierne utførte forskjellig i praksis. Det ble uttrykt mangler av tilstrekkelig kunnskap, noe som førte til faglig usikkerhet (Anquinet et al., 2015; Molnes, 2014; Munck et al., 2011). Smertevurderingsverktøy har vist seg å hjelpe sykepleierne til å reflektere og ta beslutninger om smerte, dette forbedrer kvaliteten på smertelindringen (Knudsen & Kaasa, 2018, s. 396). Sykepleierne etterlyste faglig oppdatering på dette området, men tid og ressursmangel førte til at de ikke hadde anledning til det (Anquinet et al., 2015; Molnes, 2014; Munck et al., 2011). Dette samsvarer også med funn gjort av Staats, Tranvåg & Grov (2018) der det påpekes at sykepleierens behov for god kompetanse om palliasjon, og at de i hjemmebasert omsorg er utrygge på området smertelindring og smertekartlegging. I følge Molnes (2014) ble ikke kartleggingsverktøy anvendt av sykepleierne fordi de hadde ikke fått nok opplæring i hvordan en brukte verktøyet. Daglig bruk av vurderingsskjemaer og skalaer møter motstand hos sykepleierne, de er redde for at det individuelle perspektivet i omsorgen blir borte, eller at kartleggingen krever mye tid (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 383). Videre hevdes det at pasientene ble frustrerte når sykepleierne kom med flere dokument som skulle fylles ut (Molnes, 2014). Hjemmebasert omsorg har et ansvar for å skape trygge rammer rundt pasienten som ønsker å avslutte livet hjemme (Brenne & Estenstad, 2018, s. 166).

Flere studier viste at sykepleierne var tilbakeholdne ved å administrere morfin, fordi de vegret seg og var redde for å gi for mye eller om de administrerte det på riktig måte. Det var også personlige meninger inne i bilde ved smertelindring, dette kunne bli sett på som både positivt og negativt (Anquinet et al., 2015; Molnes, 2014; Munck et al., 2011). Ved bruk av kartleggingsverktøy kan en sikre at pasienten blir tilstrekkelig smertelindret, og riktig bruk av dette verktøyet vil det bli enklere for sykepleieren å vurdere og kartlegge smerten (Mathisen, 2016, s. 426).

Hovedfokuset av de praktiske utfordringer som er knyttet til behandling, pleie og omsorg av pasienter med kort forventet levetid bør være bedre. Det må både opprettholde og tilrettelegge for pasienten og pårørende for å oppnå så god livskvalitet som mulig (Kaasa & Loge, 2018, s. 48). Det må legges til rette for at sykepleierne i hjemmebasert omsorg blant annet har tilstrekkelig kompetanse og kunnskap. Konsekvensen av at sykepleierne har manglende faglig kompetanse om smertelindring, administrering og bruk av kartleggingsverktøy er at pasienten ikke blir smertelindret tilfredsstillende. Dette kan føre til pasienten ikke kan tilbringe den siste tiden hjemme.

5.2.2 Sykepleierens opplevelse av tilgjengelige ressurser

Studien viste at sykepleierne kjente på det å ha konstant mangel på tid og lav bemanning i hverdagen, noe som førte til at pasienten ikke fikk den oppfølgingen de hadde behov for (Danielsen et al., 2018; Molnes, 2014; Munck et al., 2011; Spelten et al., 2019). Ifølge Fjørtoft (2016, s. 153) har sykepleierne i hjemmebasert omsorg ikke nok tid hos hver enkelt pasient og tiden strekker ikke til. Ifølge Orvik (2015, s. 90) er kvaliteten i pasients pleie avhengig av tilstrekkelig tid, bemanning og kompetanse. Ifølge samhandlingsreformen har de sykepleiefaglige oppgavene blitt mer komplekse. Sykepleierne opplevde økt tidspress, økt tempo i arbeidet og økt arbeidsbelastning i hjemmebasert omsorg. Tidspresset påvirker samhandlingen mellom sykepleierne og pasientene, selv om det er individuelle forskjeller. De fleste sykepleierne fikk for lite tid med pasienten (Fjørtoft, 2016, s. 164–165; Østby, 2015).

Studier viste at sykepleierne hadde mange arbeidsoppgaver i hverdagen, dette gikk utover pasientens tid (Molnes, 2014; Wilson et al., 2014). Når pasienten ble sendt hjem med manglende epikrise, resepter eller medisiner, førte det til at sykepleierne i hjemmebasert omsorg måtte bruke ekstra ressurser for å ordne opp i manglene, blant annet kontakte sykehuset (Nordsveen & Andershed, 2015). Rammefaktorene styrer og setter grenser for hva som kan gjøres, og hva som er riktig å gjøre (Fjørtoft, 2016, s. 165-167). Mangel på tid og tidspress er et problem som både pasienten og sykepleieren kan oppleve som vanskelig (Fjørtoft, 2016, s. 164). Rammene i hjemmebasert omsorg har en avgjørende betydning for kvaliteten på tjenestene. Denne mangelen på tid, som påvirker omsorgen kan oppleves som et problem og ha en innvirkning på relasjonen mellom pasienten og sykepleier (Fjørtoft, 2016, s. 30). Mangel på pasientoppfølging på grunn av stor arbeidsbelastning og mangel på tid kan være en risikofaktor (Molnes, 2014; Munck et al., 2011; Spelten et al., 2019). Ifølge Orvik (2015, s. 82) viser undersøkelser at mangelfull organisering sammen med mangel på kompetanse kan være en sikkerhetsrisiko fordi bemanning er vesentlig for faglig kvalitet, pasienters sikkerhet samt sykepleiers arbeidsforhold og integritet. Pleiesituasjoner som krevde bruk av smertepumpe kunne være utfordrende, da det er ressurskrevende. Sykepleierne måtte være to ved administrering av denne for å oppnå kvalitetssikring, noe som kunne være utfordrende med tanke på bemanning enkelte helger, spesielt i mindre kommuner (Molnes, 2014). Ressursmangelen førte blant annet til at pasienten ble dårlig smertelindret og sykepleierne ikke fikk observert eller kartlagt pasientens smerte over tid (Molnes, 2014; Wilson et al., 2014).

I de tilfellene der pårørende tok mer ansvar for pasienten førte det til at sykepleierne fikk mer tid i den stressende arbeidshverdagen, men det var også viktig at pårørende

ikke ble påført for mye ansvar, som de ikke var i stand til (Munck et al., 2011). Sykepleieren må passe på å opprettholde sin posisjon som en ressurs og sørge for at pårørende får den nødvendige hjelpen de trenger (Fjørtoft, 2016, s. 112). Økt bemanning og kompetanseheving av personalet kan bidra til økt sikkerhet og mindre arbeidsbelastning for sykepleierne, dette vil bidra til at pasientgruppen får den nødvendige oppfølgingen (Orvik, 2015, s. 81).

5.2.3 Sykepleierens opplevelse av tverrprofesjonell samhandling

Etter at samhandlingsreformen ble iverksatt, utskrives pasientene tidligere til hjemmet. Dette stiller høyere krav til kommunikasjon mellom ulike faggrupper og koordinerte tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 121). Det gikk unødvendig tid på å innhente mangelfull informasjon og kunnskap når kreftsykepleier/-koordinator ikke var tilgjengelig (Molnes, 2014; Nordsveen & Andershed, 2015). Dette kommer også frem i studien til Nordsveen & Andershed (2015) der sykepleierne opplevde det som tungvint å forholde seg til mange forskjellige instanser, og påpekte betydningen av samarbeidsmøter hadde en god samhandling med palliative kreftpasienter.

Hjemmebasert omsorg samarbeider med flere profesjoner i hverdagen, men den viktigste samarbeidspartneren er pasienten og pårørende (Norsk sykepleierforbund, 2019). Samhandlingen mellom mennesker handler om relasjoner og kommunikasjon uansett hva målet er. Den gode samtalen er like viktig som konkrete tiltak og er en samtale mellom sykepleier og pasient (Fjørtoft, 2016, s. 197). Funn i studien viste at det hadde vært et tett samarbeid med pårørende og sykepleieren (Danielsen et al., 2018; Spelten et al., 2019). Sykepleierne understreket betydningen av et nært og tillitsfullt samarbeid med pasienten og pårørende fra dag en (Danielsen et al., 2018; Nordsveen & Andershed, 2015). Det å bli involvert tidlig i pleien for å kunne få til en god relasjon med både pasienten og pårørende er viktig. Det er om å gjøre å legge til rette slik at pasienten får den nødvendige hjelpen til enhver tid (Fjørtoft, 2016, s. 197). Førstegangsbesøket danner grunnlaget for den videre samhandlingen med pasienten. Ved det første møte er det vesentlig at hjemmebasert omsorg blir en god opplevelse. Når sykepleieren formidler tillit og respekt, vil det være inntrykket pasienten får av hjemmebasert omsorg (Fjørtoft, 2016, s. 181). Å kunne tilpasse seg hverandres arbeidsoppgaver, rytme og stil utgjør et godt samarbeid (Orvik, 2015, s. 211). Hvis pasienten og pårørende ikke får en god relasjon og tillit med hjemmebasert omsorg, kan de oppleve pleien som negativt og kan i verste fall takke nei til hjelp (NOU 2017:16, 2017, s. 29).

Pasient og pårørende må få informasjon om at pasienten mottar like god helsehjelp i hjemmet som på institusjon. Det er hjemlet i loven 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). Studien viste at sykepleierne hadde en stor rolle som informant til både pårørende og pasienten om hvordan behandlingsprosessen til pasienten i siste fasen av livet kom til å foregå. Det ble også rapportert at sykepleierne diskuterte mulighetene til medisinerings med pasienten og pårørende (Anquinet et al., 2015). Sykepleiere i hjemmebasert omsorg erfarte at de er avhengige av å ha tilliten til pårørende for å få til en god palliativ omsorg i hjemmet (Nordsveen & Andershed, 2015).

En god og effektiv palliasjon krever at alle som er involvert i behandling og pleie arbeider godt sammen. Studier viser at spesielle utfordringer er knyttet til overgangen mellom ulike nivåer (Haugen & Aass, 2018, s. 122). En av utfordringene som går igjen i flere studier var samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Funnene i studien viste at sykepleierne følte at samarbeidet mellom sykehuset og hjemmebasert omsorg var mangelfull (O'Brien & Jack, 2010; Nordsveen & Andershed, 2015). Ifølge Orvik (2015, s. 261) har kommunehelsetjenesten hevdet at sykehuset lett undervurderer pasientens hjelpebehov etter hjemkomst, da hjelpebehovet kan stige etter utskrivelsen. For å sikre godt pasientforløp er det å utvikle felles forståelse og kjennskap til hverandres arbeidsmåter viktig. Samhandling og koordinering mellom instanser og aktører i helsetjenesten viser seg å være et sårbart område, men er avgjørende for kvaliteten på tjenestetilbudet (Fjørtoft, 2016, s. 201). Sykepleierne mente det å kunne få møte pasienten før en ble utskrevet, gav muligheten til å kunne planlegge tiltak som bør iverksettes, som nødvendig kompetanse og hjelpemidler (Munck et al., 2011; Nordsveen & Andershed, 2015). Elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger) var et godt samarbeidsverktøy mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Sykepleierne i hjemmebasert omsorg fikk forberede seg og de fikk en fullstendig oversikt over hva pasienten trengte hjelp med (Danielsen et al., 2018). PLO-meldinger sikrer informasjonsflyt og sykepleierne får raskere avklaring og tilgang til informasjon ved planlegging av utskrivelse (Fjørtoft, 2016, s. 206).

En god dialog mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten er nødvendig for å opprettholde kontinuitet, men også mellom hjemmebasert omsorg og legen som skal følge opp pasienten (Anquinet et al., 2015; Danielsen et al., 2018). Kontinuitet kan bidra til å utvikle samarbeid mellom personalet og samhandling på tvers av profesjoner og tjenester, og slik sikre helhet og sammenheng. Kontinuitet er i sum en kompleks kvalitetsegenskap som omfatter enkeltpersoner, systemer og relasjoner (Orvik, 2015, s. 78). Tverrfaglig samarbeid gir grunnlag for økt kvalitet, økt pasienttilfredshet og trivsel i arbeidet (Kristoffersen, 2016b, s. 234). Et godt samarbeid innad i hjemmebasert omsorg er en forutsetning for å kunne sikre mest mulig kontinuitet og samordning av hjelpen (Orvik,

2015, s. 78). Ifølge Orvik (2015, s. 75 og 84) er kvalitet og pasientsikkerhet en kjerneverdi i klinisk arbeid. Når det kommer til pasientoverganger er behovet for kvalitet til stede, og handler om å legge til rette for kontinuitet og samhandling. Spesielle utfordringer knyttet til pasientoverganger er legemidler og sykepleiedokumentasjon. Svakheter ved kommunikasjon og informasjonsoverføring ved utskrivelse fra sykehuset kan påvirke pasientomsorgen negativt (Leonardsen, 2019).

Et møte mellom sykehus og hjemmebasert omsorg er av betydning for å kunne skape trygge omgivelser for pasienten og pårørende (Nordsveen & Andershed, 2015). Konsekvensen med manglende samarbeid er at nødvendig informasjon kan gå tapt og pasientsikkerheten og pasientens trygghet kan stå i fare. God planlegging og informasjon før utskrivelse er en forutsetning for å sikre den nødvendige tryggheten og forutsigbarheten. Møte mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, sammen med pasienten og pårørende er nødvendig for å planlegge utskrivelsen best mulig. Dersom tverrprofesjonelt samarbeid mellom ulike profesjoner og ulike avdelinger fungerer godt, fører dette til økt kunnskap mellom profesjonene, noe som kommer pasientene til gode (Orvik, 2015, s. 246).

Ifølge Nordsveen & Andershed (2015) er kommunens kreftkoordinator en viktig samarbeidspartner og ressurs. Kreftkoordinator er ofte den som møter pasienten og pårørende først etter utskrivelsen fra sykehuset og er med i de i videre planleggingen. Sykepleier i hjemmebasert omsorg som ikke hadde kreftkoordinator sa at de savnet å ha en person som kunne ta imot og koordinere beskjedene fra sykehuset (Nordsveen & Andershed, 2015). Det å smertelindre pasienter i eget hjem krever samarbeid og samhandling mellom yrkesgrupper og spesialiteter (Haugen & Aass, 2018, s. 122). Kreftsykepleier- og koordinator skaper trygghet til resten av personalet, og ser ut til å holde den "røde tråden" mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten i behandling til palliative kreftpasienter. I tillegg er sykepleieren den første som møter pasienten og pårørende. De er med på å kvalitetssikre utskrivelsene fra sykehus, sørger for mindre misforståelser og færre telefoner. Sykepleiere fra hjemmebasert omsorg sa at det var viktig at ansatte på sykehuset ga fra seg informasjonen slik at hjemmebasert omsorg kunne gjøre riktige vurderinger (Nordsveen & Andershed, 2015).

6 Konklusjon

Flere sykepleiere i hjemmebasert omsorg påpekte viktigheten av godt samarbeid med pasient og pårørende. Sykepleierne brukte tid på å bygge en god relasjon og de fikk god respons fra pårørende. Selv om sykepleierne i hjemmebasert omsorg møtte på utfordringer i hverdagen, som manglende kompetanse, ressursmangel som tid og bemanning og manglende tverrprofesjonell samhandling, påpekte pårørende sykepleierens tilgjengelighet og den gode relasjonen, som ble bygd gjennom den siste fasen til pasienten.

Flere sykepleiere opplevde utrygghet ved administrering av smertelindrende medisiner. Dette kan styrkes ved kursing innen relevant fagområder. Det opplevdes også at sykepleierne ikke hadde tilstrekkelig kompetanse innenfor smertelindring. Det har vært viktig for sykepleierne i hjemmebasert omsorg å være to ved administrering av smertestillende, dette fremmet kvalitetssikring.

I hjemmebasert omsorg er det stor betydning at tjenesten blir organisert på en slik måte at det er nok bemanning og ressurser tilgjengelige for å ivareta pasientens behov. Flexibiliteten til sykepleieren ble opplevd som positivt, og pasientene ble tatt imot på den best mulig måte. Det ble ofte opplevd mangelfull samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten som var ressurskrevende. En god pasientflyt mellom tjenestene kreves det en god dialog mellom spesialist- og kommunalhelsetjenesten.

Sykepleierne i hjemmebasert omsorg understrekte viktigheten av å ha et godt samarbeid med pasienten og pårørende. Sykepleierne sa selv at de er talerør for pasienten. Dette er viktig for at pasienten skal oppleve god palliativ omsorg. Kreftkoordinator var en positiv ressurs, for de fungerte som en "rød tråd" mellom tjenestene. Sykepleieren kunne forholde seg til faste personer, som ivaretok informasjonen. Pasienten følte seg utrygg ved overganger fra sykehuset til hjemmet. For å skape gode pasientoverganger og trygghet, ble det derfor arrangert samarbeidsmøte med alle involverte parter.

Videre forskning bør en se på pasientflyten mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten hvordan denne ytterligere kan forbedre seg, med tanke på kvaliteten i pasientpleie.

Referanser

- Anquinet, L., Rietjens, J. A., Mathers, N., Seymour, J., van der Heide, A., & Deliens, L. (2015). Descriptions by general practitioners and nurses of their collaboration in continuous sedation until death at home: In-depth qualitative interviews in three European countries. *Journal of Pain & Symptom Management*, 49(1), 98–109. ccm. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.05.012>
- Arbeidsmiljøloven. (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (LOV-2020-03-20-8). Lovdata. Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/2005-06-17-62>
- Brenne, A.-T., & Estenstad, B. (2018). Hjemmedød. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon—Nordisk lærebok* (3. utg., s. 161–171). Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Gyldendal akademisk.
- Danielsen, A., Berntzen, A., & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 381–422). Gyldendal akademisk.
- Danielsen, B. V., Sand, A. M., Rosland, J. H., & Førland, O. (2018). Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care – a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 17(1), N.PAG-N.PAG. ccm. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0350-0>
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing, The*, 20(2), 22–26.
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Fagbokforl.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4 utg.). Natur och kultur.

- Haugen, D. F., & Aass, N. (2018). Organisering av palliative tilbud. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon—Nordisk lærebok* (3. utg., s. 112–124). Gyldendal akademisk.
- 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 m.m. (LOV-2019-06-21-45). Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsebiblioteket. (2018). *Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie* [Folkehelseinstituttet]. Sjekklistes. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistes>
- Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen* [Helsebiblioteket.no]. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/innledning-revidert/definisjon-av-palliasjon>
- Iversen, G. S., Fosse, I., Grøthe, Å., Jansen, K., & Teigen, S. (2016). *Livets siste dager—Implementering og bruk av plan for lindring i livets slutfase*. Helsebiblioteket.no. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/livets-siste-dager>
- Knudsen, A. K., & Kaasa, S. (2018). Smertediagnostikk. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon—Nordisk lærebok* (3. utg., s. 387–400). Gyldendal akademisk.
- Kreftregisteret. (2019). *Kreft i Norge*. Hentet fra: https://www.kreftregisteret.no/Registrene/Kreft_i_Norge/
- Kristoffersen, N. J. (2016a). Sykepleie—Kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1—Sykepleie fag og funksjon* (3. utg., s. 139–186). Gyldendal akademisk.

- Kristoffersen, N. J. (2016b). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1—Sykepleie fag og funksjon* (3. utg., s. 193–259). Gyldendal akademisk.
- Kaasa, S., & Loge, J. H. (2018). Palliativ medisin—En innledning. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon—Nordisk lærebok* (3. utg., s. 34–49). Gyldendal akademisk.
- Leonardsen, A.-C. L. (2019). Kartlegging av kompetanse er nødvendig for å sikre gode helsetjenester. *Sykepleien*. Hentet fra:
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.79137>
- Lorentsen, V. B., & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 397–430). Gyldendal akademisk.
- Mathisen, J. (2016). Sykepleie ved livets avslutning. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3—Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 407–447). Gyldendal akademisk.
- Mitchell, G., & McGreevy, J. (2016). Care home managers' knowledge of palliative care: A Northern Irish study. *International Journal of Palliative Nursing*, 22(5), 230–235. ccm. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2016.22.5.230>
- Molnes, S. I. (2014). Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. *Nordisk sygeplejeforskning*, 4(2), 142–156. idunn.no.
- Munck, B., Fridlund, B., & Mårtensson, J. (2011). District nurses' conceptions of medical technology in palliative homecare. *Journal of Nursing Management*, 19(7), 845–854. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01231.x>
- Nordsveen, H., & Andershed, B. (2015). Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem. *Nordisk sygeplejeforskning*, 5(3), 239–252.
- Norsk forening for palliativ medisin. (2004). *Standard for palliasjon*. Legeforening.no. Hentet fra:

<https://www.legeforeningen.no/contentassets/2c8308a05f054c8bad2cd72174549536/standardforpalliasjon.pdf>

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-forsykepleier>

Nortvedt, F. (2016). Smerte—En personlig og sammensatt erfaring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3—Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 169–184). Gyldendal akademisk.

NOU 2017:16. (2017). *På liv og død—Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/995cf4e2d4594094b48551eb381c533e/nou-2017-16-pa-liv-og-dod.pdf>

NSD. (2019). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Hentet fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

O`Brien, M., & Jack, B. (2010). Barriers to dying at home: The impact of poor coordination of community service provision for patients with cancer. *Health & Social Care in the Community*, 18(4), 337–345. ccm. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00897.x>

Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse—Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Cappelen Damm.

Saunders, C. (u.å.). *Cicely Saunders Quotes*. AZ QUOTES. Hentet fra: https://www.azquotes.com/author/20332-Cicely_Saunders

Spelten, E., Timmis, J., Heald, S., & Duijts, S. F. A. (2019). Rural palliative care to support dying at home can be realised; experiences of family members and nurses with a new model of care. *Australian Journal of Rural Health*, 27(4), 336–343. ccm. <https://doi.org/10.1111/ajr.12518>

- Stubberud, D.-G. (2019). Pasientens psykososiale behov: Konsekvenser for sykepleierens kompetanse. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg., s. 48–74). Gyldendal akademisk.
- Staats, K., Tranvåg, O., & Grov, E. K. (2018). Home-Care Nurses' Experience With Medication Kit in Palliative Care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing, 20*(6), E1–E9. ccm. Hentet fra: <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000518>
- Wilson, C., Griffiths, J., Ewing, G., Connolly, M., & Grande, G. (2014). A Qualitative Exploration of District Nurses' Care of Patients With Advanced Cancer. *Cancer Nursing, 37*(4), 310–315. ccm. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31829a9a56>
- Østby, B. A. (2015). *Samhandlings-reformen—Flere oppgaver og for lite fagkompetanse*. Sykepleien. Hentet fra: <https://sykepleien.no/2015/08/samhandlingsreformen-del-av-problemet>

Vedlegg

Vedlegg 1: PIO- skjema

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Vedlegg 3: Inndeling av hovedtema og nøkkelfunn

Vedlegg 4: Litteraturmatriser (8 stk)

PIO- skjema

	P Pasient/problem	I Intervensjon	O Utfall
Hovedsøkeord	Home health care Hjemmetjeneste Nurse Sykepleier	Palliative care Lindrende behandling Cancer patients End of life Livets slutt	Experience Erfaring
Synonym	Home health service Nurses Community nursing Community health nursing	Palliative Death	Job experience

Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
1.Community health nursing or community nursing	12.12	Cinahl	30 946			
2.Home health care			43 575			
3.Palliative care			38 942			
4.Cancer patients			65 224			
5.1AND 2 AND 3 AND 4			14			
6.1 AND 2 AND 3 AND 4 Begrensninger: 2009-2019, peer reviewed, language: English, Swedish, German, Danish, Norwegian			7	4	2	Wilson, Griffiths, Ewing, Connolly, & Grande (2014)

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
1.Palliative care.	15.12	Cinahl	38 973			
2.Nurse or nurses			326 549			
3.Home health care			43 006			
4.Medication			110 109			
5.Death			169 209			
6.1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5			2	1	1	Anquinet et al. (2015)

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
1.Palliative care	16.12	Cinahl	41 543			
2.Nurses			396 706			
3.Home health care			43 594			
4.Cancer			603 269			
5.End of life			36 135			
6.1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5			82			
7.1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5 Begrensninger: 2009-2019 Språk: english, Danish, norwegian, swedish			36	5	2	(O`Brien & Jack, 2010)

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
1.Nurse AND Palliative care	23.01	Cinahl	4336			
2.Homecare			547			
3.1 AND 2			21	12	7	(Munck et al., 2011)

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
1. Nurse or nurses	22.03	Cinahl	375 158			
2. Palliative care			46 390			
3. Home or home health care			184 693			
4. Experience or job experience			263 949			
5. End of life			31 199			
6. 1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5			47	4	1	(Spelten et al., 2019)

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
1.Palliative care	24.10	Medline	62883			
2.Nurse or nurses			200 506			
3.Home care or home care service			59 971			
4.Experience			628 470			
5.1 AND 2 AND 3 AND 4			53	5	2	Danielsen, B,V., Sand, A,M., Rosland, J,H. and Forland, O. (2018).

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
1.Sykepleiere	01.04	Svemed+	10 639			
2.Lindrende behandling			1216			
3.Hjemmetjeneste			1700			
4.Erfaring			2871			
5.1 AND 2 AND 3 AND 4 Peer reviewd			11	4	3	Molnes (2014) Nordsveen & Andershed (2015)

Inndeling av hovedtema og nøkkelfunn

Hovedtema	Nøkkelfunn	Artikkelnummer
Sykepleierens opplevelse av egen kompetanse	Manglende kunnskap innen medisiner og smertelindring. Ønske om å hospitere, kursing og faglig oppdatering	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
Sykepleierens opplevelse av tilgjengelige ressurser	Tidspress, lav bemanning og mange arbeidsoppgaver	4, 5, 6, 7
Sykepleierens opplevelse av tverrprofesjonell samhandling	Bra og/eller dårlig samhandling mellom sykehuset og hjemmebasert omsorg Samarbeid mellom sykepleier, pasient og pårørende	2, 3, 6, 7, 8

Litteratormatrise 1: A qualitative exploration of district nurses` care of patients with advanced cancer.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Wilson, C., Griffiths, J., Ewing, G., Connolly, M., & Grande, G. (2014). A Qualitative Exploration of District Nurses' Care of Patients With Advanced Cancer. <i>Cancer Nursing, Vol. 37, No. 4, 310-315.</i>	Hensikten med denne artikkelen er å utforske distriktsykepleierne erfaringer med å støtte pasienter i familier.	Cancer Carers Family Palliative care Supportive care	<p>Data Kvalitativ studie, innsamling av data gjennom fokusgruppeintervjuer.</p> <p>Utvalg 40 distriktsykepleiere fra fire forskjellige områder i Storbritannia deltok i fokusgrupper. Deltakerne hadde erfaring fra å jobbe som distriktsykepleier.</p> <p>Analyse Digitale opptak av fokusgruppene ble transkribert ordrett ved bruk av en profesjonell transkripsjonstjeneste.</p>	<p>Saksbelastningskompleksitet: Sykepleierne hadde av og til mye arbeid med dokumentasjon og følte de ikke hadde støtte fra ledelsen. Sykepleierne opplevde mye konflikter i den palliative planen og det var ikke enkelt å samarbeide med familier.</p> <p>Familedynamikk: Familier hadde en utfordring med å godta pasientenes prognose, informasjon som ble holdt inne og misforstått smertekontroll. Familiekonfliktene gjorde det vanskelig for sykepleieren og utføre, og gi god kvalitet av pleien til pasienten.</p> <p>Sykepleierne trengte mer kunnskap om temaet gjennom utdanning og kursing.</p>	Denne artikkelen er relevant for oppgaven vår fordi godt samarbeid med familien til pasienten er viktig. Familien kan ofte oppleve en krise og det er derfor viktig at sykepleier får god nok opplæring i hvordan de skal håndtere situasjonen. Det er ofte viktig at familien også blir tatt være på. Det er viktig med god kommunikasjon og informasjon. Dette vil fremme god omsorg til pasienten og gi god støtte til pasientens nærmeste. utfordringen er å få tid til alt og ha god nok kunnskap om temaet, slik at konflikter som kan hemme omsorgen, unngås.

Litteratormatrise 2: Descriptions by general practitioners and nurses of their collaboration in continuous sedation until death at home: In-depth qualitative interviews in three European countries.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Anquinet, L., Rietjens, J. A., Mathers, N., Seymour, J., van der Heide, A., & Deliens, L. (2015). Descriptions by general practitioners and nurses of their collaboration in continuous sedation until death at home: In-depth qualitative interviews in three European countries. <i>Journal of Pain & Symptom Management, Vol. 49, No. 1, 98-109.</i>	Hensikten med denne artikkelen var å undersøke beskrivelsen etter fastlegene og sykepleierne om deres samarbeid, roller og ansvar underveis i prosessen av sedasjon i hjemmet, i Belgia Nederland og Storbritannia.	Palliative sedation Continuous sedation until death General practitioners Nurses Collaboration Home	Data Metoden er kvalitativ studie. Utvalg Intervjuet 25 fastleger og 26 sykepleiere som var involvert i omsorgen av 29 voksne kreftpasienter, som fikk kontinuerlig sedasjon i hjemmet. Analyse Alle opptak av intervjuene ble transkribert ordrett og det ble tatt beskyttelsesregler som redusere risikoen for brudd på konfidensialitet.	Resultatet av artikkelen var at i Belgia og Nederland var det fastlegen som tok avgjørelsen om å gi kreftpasientene sedasjon, mens i Storbritannia var det sykepleieren som oppfordret fastlegen til å ordinere medisinen og bestemme når de skal bruke resepten. Sykepleierne i de tre landene rapporterte at de ofte utførte og overvåket av utføring av sedasjon til pasientene uten at fastlegen var til stede. Sykepleierne følte at det var en følelsesmessig belastning.	Denne artikkelen er relevant for oppgaven vår fordi tverrfaglig samarbeid i den siste fasen til pasienten er veldig viktig. Å ha en god dialog med andre yrkes grupper gir god omsorg. Samarbeidet mellom lege og sykepleier er et viktig grunnlag til god behandling. Legen og sykepleier skal samarbeide, siden sykepleieren er mest med pasienten og kan spørre legen om eventuelle justeringer ettersom behovene til pasienten forandrer seg. Det er også viktig å alltid kunne være i kontakt med legen i denne fasen.

Litteratormatrise 3: Barriers to dying at home: The impact of poor co-ordination of community service provision for patients with cancer.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
O`Brien, M., & Jack, B. (2010). Barriers to dying at home: The impact of poor co-ordination of community service provision for patients with cancer. <i>Health & Social Care in the Community, Vol. 18, No. 4, 337-345</i>	Hensikten med artikkelen var å utforske synspunktene fra distrikts-sykepleiere og spesialiserte palliative sykepleiere om angående livets siste dager og dødsstedet til pasienter med kreft.	Cancer Out of hours service Place of death Service provision	<p>Data Metoden er kvalitativ studie</p> <p>Utvalg To grupper av sykepleiere ble invitert til å delta i studien (spesialiserte sykepleiere innen palliativ og distriktssykepleier). De ville ha sykepleiere med erfaring med palliasjon og ved livets slutt fase ved kreft.</p> <p>Analyse Intervjuene ble transkribert ordrett og underkastet en grundig analyse uavhengig av de to forskerne og bidro til å løse problemene med strenghet.</p>	<p>Fire temaer ble diskutert i fokusgruppene:</p> <p>1)Levering av utstyr: når pasienten ble utskrevet fra sykehuset, så blir ikke det sendt med utstyr og ifølge sykepleierne har ikke de nok utstyr for at pasienten kan dø hjemme.</p> <p>2)Etablering av omsorgspakker: Ifølge sykepleierne var det vanskelig å gi den nødvendige omsorgen, selv om pasienten hadde krav på det. At en pasient trengte mer tilsyn en det de hadde kapasitet til det.</p> <p>3)Utskrivningsplanlegging: hjemmesykepleierne fikk ikke den informasjonen de trengte fra sykehusene når pasientene ble utskrevet. Pasientene ble lovet ting, som hjemmesykepleien ikke kunne stille opp med eller hadde ikke fått informasjon om.</p> <p>4)Utetimer: det var vanskelig å tilby tjenester utenfor avtalt timer, som kunne påvirke pasientens valg av å dø hjemme. Det var også bekymringer for å få medisiner.</p>	Denne artikkelen er relevant for oppgaven vår fordi det er viktig å ha nok utstyr hjemme hos pasienten i den siste fasen. Det er viktig å være godt forberedt og tilrettelegge på best mulig måte slik at omsorgen skjer på en god måte. Planlegging av tjenesten er viktig for pasienten behovene. Det er viktig å kunne gi den omsorgen pasienten trenger, og derfor er det viktig med god planlegging.

Litteratormatrise 4: District nurses` conceptions of medical technology in palliative homecare.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Munck, B., Fridlund, B. & Mårtensson, J. (2011). District Nurses' conceptions of medical technology in palliative homecare. <i>Journal of Nursing Management</i> , s. 845-854	Målet med denne forskningen var å finne ut hvilken forståelse sykepleierne har om medisinsk teknologi innenfor den palliative behandlingen hjemme.	District nurse Medical technology Palliative homecare phenomenography	Data Metoden er en kvalitativ studie. Utvalg 16 hjemmesykepleier som jobbet med palliativ pleie vært intervjuet. Analyse Dataen ble analysert i en prosess av sju steg.	Tidspress og kontinuitet i kombinasjon med økt arbeidsmengde, skapte usikkerhet hos sykepleierne. Studie viser at denne usikkerheten kan bli redusert ved å øke utdanning, støttende leder og samarbeid med palliativt team. Pårørende blir også sett som en viktig ressurs for observasjon og assistanse med medisinske enheter. Medisinsk teknologi er gunstig for pasienten og gir dem flere muligheter og han får være mer selvstendig.	Artikkelen er relevant for oppgaven fordi sykepleierne i hjemmebasert omsorg har ofte ikke nok tid og ressurser til å kunne gi omsorg til alle pasientene hele døgnet. Ved å ha medisinsk teknologier som gjør det mulig at pasienten i samarbeid med pårørende kan bli mer selvstendig, gjør det også usikkerheten til sykepleierne mindre. Det kan da gi best mulig omsorg døgnet rundt, samtidig som pasienten kan være mer selvstendig og er ikke avhengig av å ha hjemmesykepleier til stedet hele tiden.

Litteratormatrise 5: Rural palliative care to support dying home can be realised; experiences of family members and nurses with a new model of care.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Spelten, E., Timmis, J., Heald, S. & Duijts, S.F.A. (2019). Rural palliative care to support dying home can be realised; experiences of family members and nurses with a new model of care. <i>Australian Journal of Rural Health. Vol. 27, No. 4, 336-343</i></p>	<p>Målet med denne artikkelen var å beskrive opplevelsen til familier og sykepleiere med utvidet palliativ pleie på landsbygda for å støtte døende hjemme.</p>	<p>Attitude to death Bereavement Oncology Palliative care Rural health service</p>	<p>Data Metoden er kvalitativ studie</p> <p>Utvalg Det ble utført semistrukturert intervju, med 10 familier og fire sykepleiere.</p> <p>Analyse Dataen ble transkribert ordrett og analysert av en programvare som lagret informasjonen og kodingsprosessen.</p>	<p>Pårørende var positive om utvidet palliativ omsorg; det økte deres fortrolighet med å dø, og hadde en positiv innvirkning på sorg. Sykepleierne var også positive, men kommenterte på behovet for å ha samtale om det tunge følelsesmessige arbeidet. Artikkelen tar for seg den positive virkningen av en livstidstjeneste, men samtidig så tar den for seg bekymringene til sykepleierne om omsorgsmodellen. Sykepleiere og pårørende trenger å bli utdannet og ha samtaler om omsorg ved livets slutt.</p>	<p>Denne artikkel er relevant til vår oppgave fordi tar opp sykepleierens behov for debrifing og sykepleierens kompetanse innen kommunikasjon.</p>

Litteratormatrise 6: Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Danielsen, B, V., Sand, A, M., Rosland, J, H. & Forland, O. (2018). Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care. <i>BMC Palliative Care, Vol. 17, No. 95</i>	Målet med denne studien var å oppnå mer innsikt, gjennom hjemmesykepleiere og fastleger, om forhold som fremmer eller hemmer muligheten for pasienter, som er i terminal fase i å dø hjemme.	Palliative home care Home care nurse General practitioner Home deaths Qualitative study	Data Metoden er kvalitativ studie Utvalg med fire fokusgrupper med til sammen 19 deltakere, enten av hjemmesykepleiere eller fastleger, ved bruk av semistrukturerte spørsmål guider. Analyse Dataene ble behandlet ved systematisk tekstkondensering og omfattet tematisk analyse av betydningen og innholdet av data på tvers av tilfeller, som inkluderte fire analysetrinn.	Tre hovedtemaer ble identifisert: 1) Betydningen av en god start for pasienten og familien med fem undertemaer, 2) "Sende stafettpinnen" - viktigheten av samarbeid på tvers av helsesystemet med fire undertemaer, og 3) Unngå ny sykehusinnleggelse ved å etablere samarbeid og kompetanse innen primærhelsetjenesten med fire undertemaer. Denne studien viser at optimal lindrende behandling hjemme avhenger av tett samarbeid og dialog mellom pasient, familie, hjemmesykepleiere og fastlege. Hjemmebasert palliativ omsorg krever erfaring og kompetanse samt regelmessig støttende veiledning.	Denne artikkelen er relevant til vår oppgave fordi stadig flere vil være hjemme den siste tiden. Det er viktig at en reflekterer over hva som skal til for at pasientene skal kunne oppleve den siste tiden slik de ønsker. Det er viktig at sykepleier har en god innsikt til hvordan pasienten sin situasjon kan bli forbedret eller hva som kan forverre den. Å kunne gi omsorgen pasienten trenger i denne tiden av livet krever god refleksjon.

Litteratormatrise 7: Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Molnes, S, I. (2014). Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. <i>Nordisk sykepleieforskning. Vol. 4, No. 2. 142-156</i></p>	<p>Hensikten med denne artikkelen er å ha fokus på smertelindring til kreftpasienter som bor hjemme, hvor sykepleierne beskriver sin opplevelse ved smertelindring hos kreftpasienter, og hva de etterlyser av spesiell kompetanse i arbeidet med pasientgruppen for å ivareta egen trygghet. Videre belyses noen særlige utfordringer for å oppnå kvalitetsforbedring av tjenestene.</p>	<p>Cancer Competence Home health care Nurses Palliative care</p>	<p>Data Metoden er en kvalitativ studie. Data ble samlet gjennom halvstrukturert individuelt intervju.</p> <p>Utvalg Det ble sendt brev til tre forskjellige omsorgsdistrikts i Midt-Norge om å delta i studie. Respondentene var 10 sykepleiere som jobber i hjemmetjenesten.</p> <p>Analyse Intervjuene ble transkriberte og skrevet ned ordrett</p>	<p>Det var 3 temaer i artikkelen: 1) Sykepleiernes opplevelse av faglig oppdatering: ønsket faglig kunnskap og undervisning/kurs. Viktig å dele erfaringer med hverandre, dette gjør at sykepleierne blir tryggere i jobben. Ønsket en kreftsykepleier som ga de råd og undervisning. Hospitere ved kreftavdeling → tilegne seg teoretisk og praktisk kunnskap. 2) Sykepleiernes opplevelse av hjemme- sykepleien: til tider dårlig bemanning som fører til at sykepleieren får ikke følge opp så bra med pasienten som en ønsker. Mye usikkerhet rundt adm. medisin om en skal gi eller avvente situasjonen, hva som er den beste måten å adm. det på. 3) Sykepleiernes opplevelse av omgivelsene: sykehuset har lovet mer enn hjemmetjenesten kan stille opp med. Kommunikasjonen mellom sykehustjenesten og kommunehelsetjenesten må bli bedre.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant til vår oppgave fordi den belyser sykepleierens kunnskap og faglig oppfølging. Den har også fokus på ressursmangel og konsekvensen ved dette. Setter også fokus på samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.</p>

Litteratormatrise 8: Pasienter med kreft i palliativ fase på veg hjem.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Nordsveen, H., & Andershed, B. (2015) Pasienter med i palliativ fase på vei hjem. <i>Nordisk sykepleie forskning. Vol. 5, No. 3. 239-252</i>	Hensikten med studien var å beskrive sykepleiernes erfaringer, både i sykehus og kommunehelsetjenesten, ved utskrivelse av personer med kreft i palliativ fase til eget hjem.	Home Hospital Interaction Palliative care Transition	<p>Data Metoden i artikkelen er en kvalitativ studie</p> <p>Utvalg Deltagerne ble rekruttert fra et lokalsykehus og tre kommuner. Det ble gjennomført 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>Analyse I dataanalysen ble det benyttet kvalitativ innholdsanalyse.</p>	<p>-Konklusjonen var at det var viktig å ha bra samarbeid mellom sykehus og kommunen 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. Å ha samarbeidsmøte med alle involverte parter før utskrivelse var positivt. Dette var med på å avklare forventninger, skape forutsigbarhet og få en god start i relasjonen mellom pasient/pårørende og sykepleierne.</p> <p>-Gode rutiner ved utskrivelse av pasienter var viktig for sykepleierne i kommunen i forhold til ressurser og for å unngå unødvendig merarbeid. Sykepleierne i kommunen kunne også være mer forberedt på når pasienten kommer hjem, noe som igjen viser å føre til bedre start på forhold mellom pasient/pårørende og sykepleier.</p> <p>-Kompetanse var viktig for sykepleierne. Å vite hvor de skulle innhente informasjon når de trengte det for å redusere usikkerhet/utrygghet spilte en stor rolle.</p>	Denne artikkelen er relevant for vår oppgave fordi beskriver samarbeidet mellom sykehuset og kommunen. Samarbeidet er viktig for å ivareta pasienten.

