



BACHELOROPPGAVE

TRYGGHET VED PALLIATIV OMSORG I HJEMMET

**BENTE HASLI
JULIANNE HOVDE
AMALIE SKAVØY**

Høgskolen i Gjøvik
Avdeling for helse, omsorg og sykepleie
Seksjon sykepleie
11. Mai 2015

SAMMENDRAG

Tittel:	Dato : 11.05.2015	
	Trygghet ved palliativ omsorg i hjemmet	
Deltaker(e)/	Bente Hasli, Julianne Hovde og Amalie Skavøy	
Veileder(e):	Solveig Struksnes og Kristin Hartveit Hansen	
Evt. oppdragsgiver		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Palliativ omsorg, hjemmesykepleie, trygghet	
Antall sider/ord: 59/ 13 195	Antall vedlegg: 2	Tilgjengelighet (åpen/konfidensiell): Åpen
<p>Kort beskrivelse av master/bacheloroppgaven:</p> <p>Bakgrunn: Hvert år rammes flere personer av kreft i Norge, og mange av disse ønsker å dø hjemme. Samhandlingsreformen sier at kommunene skal kunne behandle personer med behov for palliativ omsorg i hjemmet.</p> <p>Hensikt: Litteraturstudien undersøker hvordan sykepleieren kan bidra til trygghet ved palliativ omsorg i hjemmet.</p> <p>Metode: Denne studien har brukt litteraturstudium som metode. Det har blitt brukt søkeord som palliative care, neoplasms, home health care, end-of-life i databaser som Cinahl og Ovid Nursing Database.</p> <p>Resultater: Kompetanse, kommunikasjon, symptomlindring, tilgjengelighet og kontinuitet er sentrale faktorer for å bidra til trygghet ved palliativ omsorg i hjemmet.</p> <p>Konklusjon: For at pasienten skal føle trygghet ved palliativ omsorg i hjemmet må sykepleieren ha god kompetanse, noe som kan opprettholdes ved å stadig holde seg oppdatert. Kommunikasjonen må være velfungerende, som betyr at sykepleieren må inneha kommunikasjonsevner. Kommunikasjon kan føre til gode relasjoner mellom pasient, sykepleier og pårørende. Innenfor symptomlindring må det tas sikte på tidlig identifisering av symptomer, rask lindring av symptomer og ha medikamenter tilgjengelig. En døgntilgjengelig, tilgjengelig tjeneste skaper trygghet. Kontinuitet blant personalet og at personalet viser at de har tid, har også betydning for opplevelsen av trygghet.</p>		

ABSTRACT

Title:	Date : 11.05.2015	
	<u>Safety during palliative care are in the patients own home</u>	
Participants/	Bente Hasli, Julianne Hovde and Amalie Skavøy	
Supervisor(s)	Solveig Struksnes and Kristin Hartveit Hansen	
Employer:		
Keywords (3-5)	Palliative care, home health care, safety	
Number of pages/words: 60/ 13 195	Number of appendix: 2	Availability (open/confidential): Open
<p>Short description of the bachelor thesis:</p> <p>Background: Every year, many people in Norway are affected by cancer, and many terminally ill cancer patients prefers to die at home. The Norwegian Coordination Reform (Samhandlingsreformen) says that the municipalities have to provide proper care for people in need of palliative care in their own homes.</p> <p>Aim: This literature review examines how nurses can contribute to safety in palliative care at home.</p> <p>Method: This literature review has used key words as palliative care, neoplasms, home health care and end-of-life in databases such as Cinahl and Ovid Nursing Database.</p> <p>Results: Competence, communication, symptom relief, availability and continuity are key factors to contribute to safety in the palliative phase at home.</p> <p>Conclusion: For the patient to feel safety in palliative home care, the nurse must have good competence, which needs to be maintained through continual learning. A central factor of ensuring the feeling of safety, is communication skills. These must be functional to assist in relationship building between patients, nurses and caregivers. Within symptom-relief, it is important with early identification of the symptoms, effective relief and having medications available. An 24 hour, available service, as well as continuity of staff, contribute to the feeling of safety. The nurse also has to show the patient that she has time for him.</p>		

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	2
Abstract.....	3
Innholdsfortegnelse.....	4
1.0 INTRODUKSJON.....	6
1.1 Temaets sykepleiefaglige relevans.....	7
1.2 Forskningsområde.....	8
2.0 BAKGRUNN.....	9
2.1 Kreft med dødelig utgang.....	9
2.1.1 <i>Symptomer i den palliative fasen</i>	9
2.1.2 <i>Palliasjon ved livets slutt</i>	11
2.2 Behovet for trygghet.....	12
2.3 Kommunens overordnede ansvar for organisering av sykepleie i hjemmet.....	13
2.4 Hjemmet som arena for sykepleie.....	14
2.5 Pårørende som ressurs og belastning.....	16
2.6 Krav til kompetanse hos sykepleierne.....	17
2.7 Avgrensning av tema.....	18
2.8 Hensikt og problemstilling.....	19
2.9 Begrepsavklaring.....	19
3.0 METODE.....	20
3.1 Litteraturstudie som metode.....	20
3.2 Fordeler og ulemper ved en litteraturstudie.....	20
3.3 Kvantitative og kvalitative metoder.....	21
3.4 Forskningsetiske vurderinger.....	22
3.5 Kildekritikk.....	23
3.6 Søkestrategi.....	24
3.7 Utvelgelsesprosessen.....	26
3.7.1 <i>Kritisk vurdering av utvalget</i>	29

3.7.2 <i>Innholdsanalyse av utvalgte artikler</i>	30
4.0 RESULTATER.....	31
4.1 Kompetanse.....	31
4.2 Kommunikasjon.....	33
4.3 Symptomlindring.....	34
4.4 Tilgjengelighet og kontinuitet.....	35
5.0 DRØFTING.....	37
5.1 Betydningen av kompetanse for opplevelsen av trygghet.....	37
5.2 Kommunikasjonens betydning for opplevelsen av trygghet.....	39
5.3 Symptomlindringens betydning for opplevelsen av trygghet.....	41
5.4 Betydningen av tilgjengelighet og kontinuitet for opplevelsen av trygghet.....	43
5.5 Kritisk vurdering av valg og metodiske overveielser.....	44
6.0 KONKLUSJON.....	47
7.0 LITTERATURLISE.....	49
Vedlegg 1.....	57
Vedlegg 2.....	58

Antall ord: 13 195

1.0 INTRODUKSJON

Larsen mfl. (2013) hevder at 30 401 nordmenn fikk påvist en kreftdiagnose i 2013. Det samme året døde 10 699 nordmenn av ondartet kreft. I følge Kreftregisteret (2015) var de vanligste krefttypene i 2013 prostatakreft, brystkreft (for kvinner), lungekreft og tykktarmskreft. Folkehelseinstituttet (2015) påpeker at omtrent 40 prosent eller fire av ti i Norge vil få kreft i løpet av livet. Det hevdes av Kreftregisteret (2015) at det er flest eldre som blir rammet av kreft. Tre av fire krefttilfeller blir diagnostisert hos mennesker over 60 år, både kvinner og menn. Helse- og omsorgsdepartementet (2013) påpeker i Nasjonal kreftstrategi 2013-2017 at mange pasienter har et ønske om å være hjemme under livets siste fase. Tross dette, dør under 15 prosent av de norske kreftpasientene i hjemmet.

Den norske legeforening (2004) hevder at antall krefttilfeller vil stige.

Dette på grunn av en forventet økning i både forekomst av kreft og i antall eldre. Det påpekes at kreftrisikoen øker med stigende alder (Den norske legeforening 2004; Helse- og omsorgsdepartementet 2013). 30 000 nye krefttilfeller diagnostiseres hvert år. Dette er en kontrast fra 1980, da kun 14 000 krefttilfeller ble diagnostisert. I dag er det bedre screening, og dermed bedre diagnostikk (Helse- og omsorgsdepartementet 2013).

Samhandlingsreformen, som trådte i kraft 01.01.2012, har lagt føringer for at kommunene skal behandle personer med behov for palliativ omsorg i hjemmet (Helse- og omsorgsdepartementet 2008-2009). Kommunene skal ivareta pasientene på en helhetlig måte, slik at de i den grad det er mulig, blir ivaretatt innenfor beste effektive omsorgsnivå. Av kommunene vil dette kreve kapasitet, kompetanse og koordinering (Helse- og omsorgsdepartementet 2013). Norås (2010) hevder at kommunene står ovenfor utfordringer når det gjelder å gi kreftpasienter et godt pleie- og omsorgstilbud. Pasientene blir skrevet ut fra sykehus tidligere enn før, og er sykere når de kommer hjem (ibid). Den norske legeforening (2004) hevdet at omtrent 15 prosent av de 15.000 kreftpasientene i Norge per 2004, hadde komplekse smerte- og symptombilder som gav behov for kompetanse som da ikke var tilgjengelig nok i primær- og sekundærhelsetjenesten.

1.1 Temaets sykepleiefaglige relevans

Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2011) har tatt utgangspunkt i Rammeplan for sykepleierutdanning (Kunnskapsdepartementet 2008) og utarbeidet følgende funksjonsområder for sykepleien: «helsefremming og forebygging, behandling, lindring, rehabilitering og habilitering, undervisning og veiledning, organisering, administrasjon og ledelse, fagutvikling, kvalitetssikring og forskning» (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2011, s.17).

Som nevnt i punktene, er lindring et av sykepleierens grunnleggende funksjonsområder. Det å redusere eller begrense belastninger i form av fysisk, psykisk, sosial og åndelig karakter betegnes som funksjonsområdets mål (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2011). Ut i fra dette, kan sykepleierens lindrende funksjon ses i sammenheng med den palliative omsorgen, da de har de samme målene (Aas 2013).

Oppgavens tema er sykepleierens ansvar for pasienter som er dødssyke.

I følge Sæteren (2010) er fokuset for sykepleien til disse pasientene de gjenstående dagene av deres liv. Pasienter med behov for omsorg ved livets slutt, har stor relevans innenfor sykepleie. Sjansen er stor for å møte dødssyke pasienter i helsetjenesten, og disse pasientene er i alle aldre. For å redusere lidelsens omfang for pasient og pårørende når døden er nærstående, kreves kompetanse, både på faglig og personlig nivå (ibid).

Som tidligere beskrevet i introduksjonen, skal kommunene overta flere oppgaver, som følge av Samhandlingsreformen. Et mål i reformen er at tjenestene skal utføres nærmere hjemmet (Helse- og omsorgsdepartementet 2008-2009). Hjemmesykepleien blir dermed en aktuell arena for å møte dødssyke pasienter. Forskning viser at flere sykepleiere i hjemmesykepleien føler at de ikke har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å ivareta disse pasientene (Landmark, Svenkerud og Grov 2012) Det beskrives at en tredjedel av de ansatte i hjemmesykepleien vurderer sin egen kompetanse som mangelfull, og at ingen vurderer sin kompetanse som meget god. Birkeland og Flovik (2014a) hevder at hjemmesykepleiernes kompetanse er en avgjørende faktor for at pasienter, som er preget av sin helsesvikt, skal kunne leve så optimalt som mulig i eget hjem.

1.2 Forskningsområde

Denne bacheloroppgaven relateres til Høgskolen i Gjøviks forskningsområde for sykepleie som heter «Kvalitet i sykepleie» (Høgskolen i Gjøvik 2015).

Dette forskningsområdet har to fokusområder. Disse er «pasienters behov og sikkerhet» og «personalets funksjon og sikkerhet». Fokusområdene omhandler pasientsikkerhet og utvikling i forhold til menneskers grunnleggende behov, samhandling med pasienter og pårørende og andre grupper i helsevesenet. Videre omhandler fokusområdene arbeidssituasjonen mot det psykososiale og fysiske aspektet og hvordan samhandlingen mellom ulike yrkesgrupper er (Høgskolen i Gjøvik 2015). Alle disse områdene er aktuelle i denne bacheloroppgaven.

2.0 BAKGRUNN

I denne delen av oppgaven presenteres relevant bakgrunnsinformasjon, for å belyse pasientgruppens utfordringer, etablerte tilbud og organisering av helsetjenesten og sykepleierens rolle i den palliative fasen.

2.1 Kreft med dødelig utgang

Kreft er en fellesbetegnelse for de ulike kreftformene. Sykdommen kjennetegnes ved at unormale celler med ukontrollert celledeling gjør vev eller organer syke. Kreft kan spre seg via blodet og lymfesystemet. Da oppstår det metastaser eller dattersvulster andre steder i kroppen (Kreftregisteret 2015). Det kan benyttes ulike kurative behandlinger for å kurere kreft, blant annet strålebehandling eller kjemoterapi. Når hensikten er å lindre symptomer eller å forlenge livet, benyttes palliativ behandling (Kvåle 2002). Kaasa (2007) påpeker viktigheten av at legen bør beslutte når livsforlengende behandling skal avsluttes. Pasienten og pårørende deltar selvsagt i denne beslutningen, men bør slippe å ta den alene (ibid).

2.1.1 Symptomer i den palliative fasen

Når kreftsykdommen rammer, blir hele mennesket påvirket på fysisk, psykisk, sosialt og eksistensielt plan (Lorentsen og Grov 2010). En helhetlig tilnærming kan bli vanskelig dersom pasienten har uttalte smerter eller kvalme (Rønning, Strand og Hjermstad 2007). En helhetlig tilnærming vil si å se hele mennesket, både på fysisk, psykisk, sosialt og åndelig nivå (Odland 2012). Når pasienten får beskjed om at sykdommen er inkurabel, er symptomlindring viktig for å oppnå best mulig livskvalitet den siste tiden av livet (Kvåle 2002). Hjort (2010) peker på de viktigste symptomene som krever lindrende behandling: «smerte, uro, angst og bekymring, kvalme, åndenød, surkling og ralling, forvirring og delirium» (s. 453). I følge Lorentsen og Grov (2010) er smerte et vanlig problem hos disse pasientene, og dette vil bli mest vektlagt i det følgende.

Opplevelsen av smerte er subjektiv (Kaasa og Borchgrevink 2007). Benner og Wrubel i Konsmo (1995) belyser viktigheten av å ta symptomer på alvor.

Kaasa og Borchgrevink (2007) hevder at fysisk smerte vil i de fleste tilfeller skyldes at kreftsykdommen utvikles. Mathisen (2011) påpeker at det kan forekomme flere fysiske plager på en gang hos en person som er dødssyk.

I følge Travelbees teori angår smerten hele mennesket. Psykisk smerte innvirker ved det fysiske hos mennesket, på samme måte som fysisk smerte virker inn ved det psykiske hos et menneske (Travelbee og Thorbjørnsen 1999). Spielman mfl. (2013) hevder i sin studie at smerter var et symptom hos en tredjedel av deltakerne. Videre kommer det frem at 22 prosent av deltakerne opplevde utilstrekkelig smertelindring.

Å lindre smerte kan være krevende og utfordrende, hevder Kaasa (2007). Velfungerende smertelindring kan bedre pasientens livskvalitet. Det er viktig å ha et mål for smertelindringen, som er oppnåelig. All smerte kan nemlig ikke elimineres, så det å være helt smertefri er et urealistisk mål (ibid). I studien til Appelin og Berterö (2004) uttrykte pasientene viktigheten av god symptomkontroll. De var redd for å oppleve utholdelig smerter.

Mathisen (2011) påpeker at smerter hos personer med kreft kan ha sammensatt årsak og opplevelsen av smerte er individuell. Smerten kan være i form av fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle karakterer. Det er viktig å identifisere og ta utgangspunkt i de mest uttalte smertene (ibid).

Kvalme er et symptom som er utfordrende å lindre, og som dermed kan redusere pasientens livskvalitet (Mathisen 2011). Aarheim (2004) påpeker viktigheten av kvalmelindring, siden kvalme har innvirkning på pasientens livskvalitet.

Trettheten som personer med kreft opplever, er mer uttalt enn tretthet andre mennesker opplever. Denne typen tretthet går ikke bort ved å sove eller å hvile. Det er viktig å gi informasjon til pasienten om at dette er helt vanlig. For mye søvn kan forsterke trettheten, mens tilpasset aktivitet kan virke positivt inn. En balansegang av dette er viktig (Aarheim 2004). Denne balansegangen påpeker også Lorentsen og Grov (2010).

Det finnes ulike reaksjoner på døden, for eksempel angst og frykt. Å få rede på om denne angsten og frykten er av eksistensiell art eller om det oppstår grunnet praktiske aspekter, er viktig for å hjelpe pasienten på best mulig måte (Mathisen 2011).

Pasientene kan føle seg svært ensomme i slutten av livet, til tross for at de har mange rundt seg. Sykepleieren kan oppmuntre pasienten til å snakke om sine følelser, samt være nær, slik at følelsen av ensomhet ikke føles fullt så smertefull (Mathisen 2011).

2.1.2 Palliasjon ved livets slutt

WHO definerer palliasjon på følgende måte:

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet (Aas 2015, s.11).

Med dette forstås det at palliasjon er et omfattende og komplekst område. Det kan tenkes at det stilles høye krav til sykepleieutøvelsen, noe Reitan (2010) belyser.

Den norske legeforening (2004) hevder at når pasienten får beskjed om at sykdommen er uhelbredelig, inntreder den palliative fasen. Fasen avsluttes når pasienten dør. Kjennetegn ved palliasjon er å ha en helhetlig tilnærming, til både pasient og pårørende. Respekt står sentralt overfor pasient, pårørende og kollegaer. Det skal opprettholdes en holdning som er aktiv og målrettet i henhold til å diagnostisere, forebygge og lindre. Planlegging og tilrettelegging bør tilrettelegges i henhold til de komplikasjoner eller behov som kan forekomme. Kommunikasjon, informasjon og tverrfaglig samarbeid bør vektlegges (Den norske legeforening 2004).

I følge Mathisen (2011) viser det seg at begrepene terminal og palliativ brukes om hverandre, og i feil tidsrom. Hun belyser viktigheten av å unngå å betegne pasienten som terminal, før det foreligger faktiske tegn som tyder på at livet snart er over. Videre peker hun på kliniske tegn som at urinproduksjonen avtar, blodsirkulasjonen reduseres eller at respirasjonen blir overfladisk. Dette kan være tegn på at døden inntreffer snarlig, og betegnes som terminalfasen. Terminal defineres som «siste stadium, slutfasen eller det som hører til slutten» (Mathisen 2011, s. 303). Med utgangspunkt i Mathisens (2011) påstand om at begrepene palliativ og terminal brukes om hverandre, ses nødvendigheten av å beskrive begge termene for å prøve å tydeliggjøre skillet mellom disse.

Å få vite at kreftsykdommen ikke kan kureres, er belastende for både pasient og pårørende (Kaasa 2007). En studie påpeker at palliasjon handler om å sørge for best mulig livskvalitet for både pasient og pårørende, ut i fra deres egne ønsker og behov (Neergaard, Brogaard og Jensen 2012). Tiltakene ved palliasjon tar sikte på å ivareta pasienten på en helhetlig måte. Dette innebærer både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige eller eksistensielle behov (Aass mfl. 2015).

2.2 Behovet for trygghet

Dersom man søker på google på ordet «trygghet» og «definisjon», finnes det ingen tydelig definisjon. Det kan tenkes at det er vanskelig å definere dette begrepet, da Thorsen (2011) hevder at hvert enkelt individ avgjør hvilke faktorer som kan bidra til trygghet.

Ved å søke på «trygghet» og «ordbok» finnes denne forklaringen i Bokmålsordboka (2010): trygghet; «det å være trygg, sikkerhet, en følelse av t-» Dette gir ingen forklaring på begrepet. Derfor ses nødvendigheten med å belyse begrepet fra ulike synspunkt, for å muligens få en bedre forståelse.

Eriksen (2006) belyser at et grunnleggende behov for mennesker, er ønsket om trygghet.

Maslow (1987) ser på trygghet som et grunnleggende behov. Han definerer begrepet trygghet med følgende ord; sikkerhet, stabilitet, avhengighet, beskyttelse, frihet fra frykt, angst og kaos.

Thorsen (2011) hevder at «trygghet er relasjonell, den står alltid i forhold til noe» (s. 107). Han sier videre at trygghet oppstår i hvert enkelt menneske. Det er en forutsetning å inneha en

forståelse for hvert individ, for å tilrettelegge for at denne tryggheten skal oppstå. Han hevder at trygghet trolig ikke kan skapes, da oppfattelse av trygghet er individuelt.

I følge Segesten (1994) kan trygghetsbegrepet deles inn i tre hovedpunkter, som består av:

Det første punktet er følelse av trygghet og kan beskrives med ord som ro, harmoni, glede og tillit. I motsetning betegnes utrygghet med ord som usikkerhet, ubalanse, redsel og nervøsitet. I neste punkt beskrives indre trygghet. Dette kan knyttes til hendelser i barndommen, eller skapes i det voksne liv gjennom positive hendelser. Det siste punktet handler om ytre trygghet og kan knyttes til trygghet som kommer fra relasjoner utenfra. Dette kan igjen deles i fire kategorier der noen eksempler nevnes: Materiell trygghet i form av et hjem. Miljøtrygghet, som kan innebære tilhørighet til dyr og natur. Relasjonstrygghet i form av nettverk til familie og venner.

Kontrolltrygghet, som kan handle om hvilken rolle mennesket har i livet, og hvilke situasjoner som takles (s. 13-14).

Et av målene for hjemmesykepleien er trygghet. Både det å bo hjemme og de tildelte tjenestene skal føles trygge. Så lenge det både er ønskelig og forsvarlig, og føles trygt, skal hvert individ ha muligheten til å bo hjemme (Fjørtoft 2014).

Det belyses i studien til Appelin, Brobäck og Berterö (2005) at å være hjemme i kjente omgivelser kan bidra til en følelse av trygghet for dødssyke pasienter. Fjørtoft (2014) hevder at det å bo hjemme skal ikke bare føles trygt, det skal faktisk være trygt i form av at det skal være sikkert og forsvarlig, også fra hjemmesykepleiens side. Det må forsikres at pasienten kan være alene uten å utsettes for skade, samt at pasienten får kompetent hjelp.

2.3 Kommunens overordnede ansvar for organisering av sykepleie i hjemmet

I følge Den norske legeforening (2004) er målet med palliasjon å lindre symptomer og plager for å oppnå best mulig livskvalitet for pasient og pårørende. Det påpekes videre at et viktig punkt for å oppnå dette målet, er god organisering av helsetjenestene.

I Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) § 1-1 fastslås det i følgende punkter at loven skal:

Sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud.

Sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov.

Sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet.

Kommunens tjenestetilbud blir omtalt i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) § 3-2. Punkt 6a nevner helsetjenester i hjemmet, men hva tjenestetilbudet innebærer utdypes ikke ytterligere i loven.

Fjørtoft (2014) peker på at kommunene selv velger hvordan de skal organisere tjenestene, på bakgrunn av lovverkets krav til tjenester og oppgaver. Det kan tenkes at dette fører til ulikheter i kommunenes hjemmesykepleietjeneste, og muligens varierende kvalitet.

Den norske legeforening (2004) beskriver noen organisatoriske anbefalinger for hjemmebasert omsorg. Fastlegen er ansvarlig for all medisinsk behandling, og han skal sammen med pleie- og omsorgstjenesten koordinere tjenestene pasientene trenger. Det må være mulighet for å få kvalifisert hjelp døgnet rundt. Det betyr at hjemmesykepleien alltid skal være tilgjengelig og at det utarbeides en plan ved behov for legehjelp utenom fastlegens arbeidstid. Det anbefales å ha en ressurspsykeleier fra pleie- og omsorgstjenesten i hver kommune. Ressurspsykeleierne skal gi råd og veiledning til ansatte i hjemmesykepleien (ibid).

2.4 Hjemmet som arena for sykepleie

Birkeland og Flovik (2014a) definerer hjemmesykepleie på følgende måte:

Hjemmesykepleie er helsehjelp, herunder pleie og omsorg, som utføres av profesjonelle til en pasient og dennes pårørende i pasientens eget hjem, der fokus primært er rettet mot å ivareta pasientens grunnleggende behov. Videre er fokus på trivsel, velvære, funksjonsnivå, helsetilstand og pasientens opplevelse av sin situasjon sentralt. En viktig funksjon for hjemmesykepleien er å være et alternativ til institusjonsomsorg. Hjemmesykepleie dekker ellers en vid skala av oppgaver, fra besøk som har en ren forebyggende funksjon, til rehabilitering og terminal pleie (s.15).

Fjørtoft (2014) hevder at sykepleiere i hjemmesykepleien møter mange ulike pasientgrupper, i motsetning til sykehus der det er oppdelt i avdelinger basert på sykdomstilstander.

Det er et bredt spekter av oppgaver, avhengig av hvilke behov pasientene har. Variasjonen i pasientene kan føre til utfordringer for sykepleieren både på faglig og personlig plan.

Hun belyser at hjemmet har en betydning for mange, og at hjemmet kan representere trygghet for mange.

Birkeland og Flovik (2014b) sier videre at hjemmet kan inneha flere minner som kan knyttes opp mot pasientens identitet. Helsepersonell har ingen tilknytning til pasientens hjem, og er på mange måter en gjest. Samtidig skal helsepersonellet utøve omsorg, pleie og behandling overfor pasienten, og vil dermed være annerledes enn en vanlig gjest.

Fjørtoft (2014) beskriver videre at disse forutsetningene bør være til stede for å kunne dø hjemme:

Både pasient og pårørende må selv ønske det.

Den døende skal ikke være alene over lengre tidsrom, dvs. at det må bo andre i boligen.

Pasienten må få ivaretatt den fysiske pleien inkludert smertelindring på en forsvarlig måte.

Det må være tilgang til nødvendig teknisk utstyr og hjelpemidler.

Det må finnes ressurser til omsorg for pårørende.

De ulike delene av helsetjenesten, fortrinnsvis et begrenset antall personer, må være tilgjengelige hele døgnet (s. 101).

Flere studier viser at mange pasienter ønsker å dø hjemme (Neergaard, Brogaard og Jensen 2012; Spielmann m.fl 2013). Det skal gis rom for at pasientene selv får bestemme hvor de ønsker å tilbringe siste del av livet (Fjørtoft 2014).

2.5 Pårørende som ressurs og belastning

Sykepleierens ansvar i henhold til pårørende blir belyst i yrkesetiske retningslinjer, der det sies at sykepleieren skal vise respekt og omtanke overfor pårørende (Norsk Sykepleierforbund 2011). Videre sies det at omsorg for dødssyke pasienter også innebærer omsorg for deres pårørende (Sæteren 2010; Fjørtoft 2014). Ivaretagelse av pårørende belyses også av Benner og Wrubel i Kongsmo (1995).

Aas mfl. (2015) påpeker at for den dødssyke pasienten er pårørende en ressurs. Pårørende kan bidra med informasjon til helsepersonellet, da de kjenner pasienten godt (ibid). Pårørende blir i stor grad involvert når deres nærmeste blir diagnostisert med kreft. I mange tilfeller tar de vare på personen som er syk og tar ansvar for øvrige praktiske oppgaver (Helse- og omsorgsdepartementet 2013).

Fjørtoft (2014) belyser at pårørende kan være en positiv eller en negativ faktor, både for hjemmesykepleien og for pasienten. Hun mener at pårørende kan være en viktig ressurs ved å gi pasientens dager sammenheng og mening, samt innhold. I de tilfellene pårørende er viktige omsorgsgivere for pasienten, vil et samarbeid mellom pårørende og hjemmesykepleien være hensiktsmessig. For at pårørende skal kunne være en ressurs, er det viktig å sørge for at de får den hjelpen de trenger (ibid).

Fjørtoft (2014) hevder at pårørende kan være en belastning for pasienten. Dette kan ses ved mindre gode relasjoner mellom pasient og pårørende. Hun viser at et eksempel på dette kan være konflikter som har vært til stede lenge, som fører til mangel på kontakt. Dette kan være sårt for den det gjelder. For hjemmesykepleiens del, kan samarbeidet med pårørende bli en utfordring. Hun hevder videre at faktorer som kan ligge til grunn for utfordrende samarbeid er at pårørende kan oppleves som kravstore og klagende. Videre kan pårørende føle at de ansatte i hjemmesykepleien ikke ser dem. Utfordrende samarbeid kan i de fleste tilfeller løses med kommunikasjon (ibid).

Benner og Wrubel i Kongsmo (1995) hevder at pårørende kan være viktig for mestring av situasjonen, men de kan også være et problem for pasienten når familiesamspillet er problematisk.

Spielmann mfl. (2013) belyser i sin studie at å være sammen med pårørende var det viktigste for pasientene i palliativ fase. I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2013) ønsker personer med kreft å tilbringe mest mulig tid hjemme. Dersom pasient, pårørende, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten samarbeider, vil det være mulig å oppfylle pasientens ønske om å være hjemme mesteparten av den palliative fasen.

2.6 Krav til kompetanse hos sykepleierne

I følge Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) § 4-1 skal «tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene». Den Norske Legeforening (2004) trekker frem nødvendig faglig kompetanse som en forutsetning for palliasjon. Videre sier de at i begrepet kompetanse ligger kunnskaper, ferdigheter og holdninger.

Rønning, Strand og Hjermsstad (2007) hevder at en viktig del av kompetansen er å innrømme at man ikke kan alt eller vet alt, herunder å se sine begrensninger. Videre må man innhente informasjon eller oppsøke bistand hos andre fagpersoner når situasjonen krever det. Å jobbe i hjemmesykepleien betyr at man er mye alene og man må være selvstendig (ibid).

Til sammenligning påpekes det i sykepleierens etiske retningslinjer at sykepleieren skal være bevisst på egen kompetanse, og overholde eget kompetansenivå. Ved utfordrende situasjoner bør sykepleieren søke veiledning (Norsk sykepleierforbund 2011).

Rønning, Strand og Hjermsstad (2007) sier at i møte med dødssyke pasienter, samt deres nærmeste, stilles det krav til sykepleiernes kommunikasjonsferdigheter. Sykepleierne skal kunne ta opp vanskelige samtaler som omhandler døden, håp og tro.

I følge Kongsmo (1995) hevder Benner og Wrubel at kreftsykepleie har mange utfordringer, herunder symptomlindring, ernæring, relasjoner, støtte og veiledning. Videre påpeker de viktigheten av at sykepleierne har kunnskaper på nødvendige områder. I tillegg anbefaler de at sykepleierne bør ha spesialutdanning når de jobber med kreftsyke pasienter.

Utøvelse av sykepleie i hjemmet innebærer både konkrete gjøremål og hvordan man kan bistå pasientene til å oppleve mestringsfølelse, trass i sykdom og følgende funksjonsnedsettelse (Birkeland og Flovik 2014a). Dette kan ses i sammenheng med Travelbees definisjon av sykepleie, der sykepleie defineres som en mellommenneskelig prosess. Prosessen innebærer at sykepleieren bidrar til at pasient og pårørende skal kunne mestre erfaringer forbundet med sykdom og lidelse. Videre kommer det frem at sykepleieren skal bidra til å finne mening i erfaringene (Travelbee og Thorbjørnsens 1999).

2.7 Avgrensning av tema

Oppgaven avgrenses til å omhandle pasienter i aldersgruppen 50 til 70 år, som ikke har barn boende i hjemmet. Dette fordi barn som pårørende blir et omfattende tema i henhold til oppgavens omfang. Pårørende er i denne oppgaven ektefelle eller samboer. Pasienten har akseptert sykdommens utfall.

Oppgaven går ikke inn på en spesifikk kreftsykdom, da det ikke har relevans for oppgaven. Kreft vil dermed bli omtalt på generell basis.

Pårørende utgjør en viktig del av oppgaven, og de er mye omtalt i oppgaven. Deres behov med hensyn til pasienten blir inkludert, men pårørendes egne behov blir ikke vektlagt.

Symptomlindring er et stort tema. Det vil derfor bli omtalt i forbindelse med betydningen for trygghet. Preparatnavn og deres virkning vil ikke bli beskrevet.

Oppgaven fokuserer på den palliative fasen. Terminalfasen vil bli omtalt, men vektlegges ikke. Dette for å tydeliggjøre skillet mellom de to fasene, da de ofte brukes om hverandre.

2.8 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hva kreftsyke pasienter og deres pårørende beskriver som betydningsfullt for å sikre trygghet ved palliativ omsorg i hjemmet.

Helsetjenesten på kommunalt nivå organiserer tilbudet om palliativ omsorg etter gjeldende lover og retningslinjer, men det er innenfor sykepleierens ansvarsområde og funksjon å ivareta den daglige omsorgen for pasienter og pårørende som er i denne situasjonen. Ut fra ovenstående hensikt avledes følgende problemstilling;

Hvordan kan sykepleieren bidra til trygghet ved palliativ omsorg i hjemmet?

2.9 Begrepsavklaring

Pasient betyr i denne sammenheng en person med behov for palliativ omsorg.

Dødssyk pasient defineres som følgende; «har langt fremskreden uhelbredelig sykdom» (Mathisen 2011, s. 302).

Pasienten blir betegnet som «han» og sykepleieren som «hun».

3.0 METODE

I denne delen av oppgaven redegjøres det for litteraturstudie som metode, samt at søkestrategi, utvelgelsesprosessen og kildekritikk redegjøres for. Kritisk vurdering av artiklene og analysering av resultatene blir omtalt.

3.1 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudier oppsummerer tidligere forskning. Denne forskningen blir den viktigste informasjonskilden i studien. Hensikten med en litteraturstudie er å integrere forskningsbevis for å oppsummere aktuell kunnskap, og belyse viktigheten av de nye resultatene i forskningen. Videre kan en litteraturstudie legge grunnlaget for nye studier (Polit og Beck 2014). For å kunne gjennomføre en litteraturstudie, utarbeides det en problemstilling som det ønskes å finne svar på. Videre blir vitenskapelige forskningsartikler og annen relevant litteratur kritisk analysert og vurdert. Deretter tolkes og drøftes informasjonen (ibid).

Litteraturstudien bør hovedsakelig baseres på primærkilder. For at kilden skal kunne betegnes som en primærkilde, må kilden skrives og publiseres av forfatteren som gjennomførte studien. En sekundærkilde vil si at forfatteren tolker andres arbeid og henviser til dem i sin studie. En litteraturstudie blir dermed en sekundærkilde. Sekundærkilder bør ikke være en erstatning for primærkilder, da sekundærkilder ikke er objektive og detaljerte nok (Polit og Beck 2014). Dersom en interessant sekundærkilde blir funnet, er det hensiktsmessig å søke opp primærkilden (Dalland og Tygstad 2012; Aveyard 2014).

3.2 Fordeler og ulemper ved en litteraturstudie

Polit og Beck (2014) hevder at en fordel ved en litteraturstudie er at det legger grunnlaget for videre forskning. Forsberg og Wengström (2013) belyser at en litteraturstudie kan besvare mange kliniske problemstillinger. Aveyard (2014) hevder at ved å gå gjennom all forskning på et område, kan ny innsikt presenteres. Videre sies det at denne innsikten ikke hadde vært tilgjengelig om ikke all forskningen på et bestemt område ble gjennomgått.

Manchikanti referert i Forsberg og Wengström (2013) hevder at det finnes ulemper ved en litteraturstudie. Dette kan være at forfatteren har begrenset tilgang til relevant forskning og at flere forfattere innen samme tema konkluderer ulikt. Videre hevdes det at forfatterne kan velge studier som underbygger deres egne synspunkter.

Som tidligere nevnt, er en litteraturstudie en sekundærkilde (Polit og Beck 2014). Andres arbeid blir tolket, og innholdet kan da misforstås, slik at viktige elementer i publikasjonen kan frafalle (Dalland og Tygstad 2012).

3.3 Kvantitative og kvalitative metoder

Når en litteraturstudie utføres, søkes vitenskapelige studier som har brukt ulike metoder. For å fremstille et fenomen benyttes både kvantitative og kvalitative forskningsmetoder (Forsberg og Wengström 2013).

Kvantitativ metode består av data som gir målbare enheter. Denne metoden innebærer ofte mange deltakere, der informasjonen som kommer frem går i bredden. Det hentes inn få opplysninger fra mange deltakere i studien (Dalland 2012; Aveyard 2014). Innsamling av data kan foregå ved bruk av ulike metoder. Eksempler på dette kan være spørreskjemaer med faste svaralternativ, intervjuer, ulike tester, prøvetakinger eller strukturerte observasjoner (Forsberg og Wengström 2013). I følge Dalland (2012) er målet med kvantitative metoder at det skal fremvises fellestrekk. Observasjonene skal være strukturerte og systematiske, der de innsamlede dataene er knyttet til separate temaer. Videre tas det sikte på å formidle forklaringer (ibid). Innenfor kvantitativ metode bør forfatteren forholde seg objektiv og nøytral, og akseptere teorier og prinsipper. For å unngå at forfatterens egne meninger skal påvirke resultatet i studien, er forfatteren objektiv og holder avstand til deltakerne i studien (Forsberg og Wengström 2013). I følge Dalland (2012) er forskerens forhold til deltakerne et jeg-det forhold.

Kvalitativ metode kjennetegnes ved å gå i dybden av menneskers erfaringer og opplevelser, og på best mulig måte få frem den kvalitative variasjonen (Dalland 2012; Polit og Beck 2014; Aveyard 2014). Dalland (2012) hevder at dette ikke kan presenteres ved hjelp av tall eller måles i tall. Han sier at metoden omhandler få deltakere og vektlegger det særegne i deltakernes meninger.

Datainnsamlingen foregår på en fleksibel måte uten standardiserte svaralternativer. Dataene tilstreber å få frem sammenheng og helhet. Målet med metoden er å formidle forståelse. I en kvalitativ metode har forfatter og deltakere et jeg-du forhold (ibid). Forfatteren møter deltakerne og følger de tett opp (Forsberg og Wengström 2013).

I følge Polit og Beck (2014) kan begge metodene besvare problemstillinger. I denne oppgaven var det var ønskelig å finne kvalitative studier. I følge Thorsen (2011) er opplevelsen av trygghet individuell, og det er derfor hensiktsmessig å gå i dybden av deltakernes oppfattelser av trygghet.

3.4 Forskningsetiske vurderinger

I følge Polit og Beck (2014) må forskeren ta stilling til etiske problemstillinger når mennesker er involvert i forskningen. I sykepleieforskning er etiske hensyn spesielt fremtredende, da grensen mellom utøvelse av sykepleie og innsamlingen av forskningsdata ofte blir uklar. Risikoer overfor deltakere i studier bør aldri overstige de potensielle fordelene som kan komme av økt kunnskap. Valg av et betydningsfullt tema med potensiale for forbedring av pasientomsorg, vil sikre etiske krav i forskning.

For å gjennomføre både fagutvikling og forskning, stilles det krav om etisk og juridisk forsvarlighet (Polit og Beck 2014). Kravene om etisk og juridisk forsvarlighet for forskningsprosjekter er strengere enn kravene for fagutvikling. Helsinkideklarasjonen er det internasjonale og overordnede nivået som regulerer forskningens etiske forsvarlighet. Regulering av etisk forsvarlighet på nasjonalt nivå, utføres av Regionale komiteer for etikk i medisinsk og helsefaglig forskning (REK) (Bjørk og Solhaug 2008).

Dalland (2012) hevder at i forkant må det søkes om godkjenning fra REK ved all helsefaglig og medisinsk forskning der for eksempel mennesker og helseopplysninger involveres. Komiteene har som formål å kunne ivareta enkeltpersoners og samfunnets interesser innen forskning. «Komiteenes oppgave er å veilede og gi råd om forskningsetiske spørsmål ut fra etiske normer og verdier med bred aksept i samfunnet» (Dalland, s.98).

Ved vurderinger av prosjekter, følger REK retningslinjene for Helsinkideklarasjonen. Forskjellen fra Helsinkideklarasjonen er at REK er «mer direkte involvert gjennom en detaljert vurdering av forskningsprosjekter som skal foregå i Norge» (Bjørk og Solhaug s. 122).

Dalland (2012) beskriver forskningsetikk som: «et område av etikken som har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning å gjøre. Det handler om å ivareta personvernet og sikre troverdigheten av forskningsresultater» (s. 96).

For å ivareta deltakerne i forskningen er det en viktig prosedyre å skaffe informert samtykke før forskningen starter. Informert samtykke innebærer at deltakerne får tilstrekkelig informasjon vedrørende studien og forstår denne informasjonen. Deltakerne velger selv om de vil delta eller avslå deltakelsen (Polit og Beck 2014).

I følge Polit og Beck (2014) har deltakerne i forskningen rett til at alle resultater skal forbli konfidensielle. Dette vil si at det ikke skal være mulig å knytte resultatene opp mot deltakerne. I kvalitative studier vil det være utfordrende å holde deltakerne anonyme for forskeren, da de følger deltakerne tett gjennom studien. Det vil derfor være ekstra viktig å sikre deltakernes anonymitet.

3.5 Kildekritikk

Kildekritikk er en objektiv vurdering av styrker og begrensninger i en studie (Polit og Beck 2014). Det hevdes av Dalland og Tygstad (2012) at kildekritikkens hensikten er å gi leseren et innblikk i de refleksjonene som er gjort med henhold til litteraturens gyldighet og relevans, for å belyse problemstillingen. I kildekritikken skal forskerens kritiske vurderinger av kildene som er benyttet i oppgaven komme frem. For å utøve kildekritikk må man ha kunnskaper om oppgavens tema. I følge Dalland og Tygstad (2012) er kildekritikk en metode som blir brukt for å avgjøre om en kilde er pålitelig. Videre vurderes kvaliteten og om den har relevans for temaet (ibid).

I forbindelse med en litteraturstudie, er en del av den kritiske vurderingen av publikasjonenes kvalitet også at studiene har ivaretatt forskningsetiske prinsipper og retningslinjer (Dalland 2012).

Det er ofte naturlig å begynne et søk via Internett. Internett har enorm informasjonsmengde og dette er i stadig økning. Når man bruker Internett som kilde er det viktig å finne frem til hvem som har publisert informasjonen, for å kunne anvende dette på en forsvarlig måte.

For å kunne å velge ut det relevante fagstoffet, trenger man informasjonskompetanse (Dalland og Tygstad 2012). I følge Moseid og Redse (2011) innebærer informasjonskompetanse at man har kunnskaper og ferdigheter til å kunne se når det er nødvendig med informasjon, for så å lokalisere, vurdere og anvende informasjonen.

Dalland og Tygstad (2012) kommer med følgende spørsmål for å vurdere kvaliteten på kilden:

Hva slags tekst er det?

Hvem har skrevet teksten?

For hvem er teksten skrevet?

Hvorfor skriver forfatteren om dette?

Hva er formålet med teksten?

Når er teksten skrevet? (s. 74).

3.6 Søkestrategi

For å finne litteratur er det avgjørende å ha en god søkestrategi. Problemstillingen bør være grunnlaget for kriterier som begrenser søkingen. Deretter utarbeides inklusjons- og eksklusjonskriterier for å begrense søkingen ytterligere (Dalland 2012).

I følge Polit og Beck (2014) finnes det flere steg i en søkestrategi. Det første går ut på å søke i databaser med bestemte søkeord. Det andre steget handler om å finne studier som er sitert i en litteraturliste. Det tredje steget går ut på å finne ut om studien har blitt sitert av andre i nyere studier.

Søket startet i januar og foregikk frem til april. For å se om det fantes noe av interesse for temaet, ble det søkt i databasene Svemed+, Cinahl og Ovid Nursing Database. Søkeord som ble brukt var *palliative care, cancer, quality of life, home care services*. For å se om søkeresultatet var relevant, ble overskriften og sammendraget kritisk gransket. Deretter ble dette sammenlignet med oppgavens tema og foreløpig problemstilling. Google Scholar ble benyttet for ustrukturerte søk

tidlig i søkeprosessen. Trykte tidsskrifter har blitt kritisk gjennomgått i bibliotekets rullearkiv. Referanselister i artikler, tidligere bacheloroppgaver og bøker har blitt gått gjennom for inspirasjon.

Etter veiledning og tips, ble søkene avgrenset ytterligere. Nye søkeord ble derfor brukt: *end of life, home health services, neoplasms, dignity, quality of life, next of kin*. Dette ga et mer relevant treff med hensyn til oppgavens hensikt og problemstilling. Mellom søkeordene ble AND benyttet for å avgrense søket. For å spisse søket ytterligere ble det avgrenset med årstall (Se vedlegg 1).

I følge Database for statistikk om høgre utdanning (2015) må en artikkel oppfylle følgende krav for å betegnes som vitenskapelig:

Presentere ny innsikt.

Være i en form som gjør resultatene etterprøvbare eller anvendelige i ny forskning.

Være i et språk og ha en distribusjon som gjør den tilgjengelig for de fleste forskere som kan ha interesse av den.

Være i en publiseringskanal (tidsskrift, serie, bokutgiver, nettsted) med rutiner for fagfellevurdering.

De vitenskapelige artiklene som anvendes i oppgaven har blitt kvalitetssikret. Dette ved å søke opp artikkelens ISSN nummer eller tidsskriftets navn via nettsiden for publiseringskanaler. Tidsskriftene som de utvalgte artiklene er publisert i, er fagfellevurdert til nivå 1 eller 2 (Database for høgre utdanning 2015).

IMRAD struktur står som et inklusjonskriterium. Mange av de vitenskapelige artiklene er bygd opp etter denne strukturen, og består av fire hovedseksjoner:

Introduksjon - beskriver studiens hensikt, sentrale fenomener og det teoretiske rammeverket.

Metode - beskriver hvordan studien ble gjennomført og analysering av resultatene.

Resultat

And

Diskusjon - presentasjon av konklusjonen av resultatene (Polit og Beck 2014).

De aktuelle vitenskapelige artiklene ble sjekket opp, og det viste seg at alle fulgte denne strukturen.

3.7 Utvelgelsesprosessen

For å få et mer relevant søkeresultat har det blitt utformet inklusjons- og eksklusjonskriterier. Dette har vært til hjelp under utvelgelsesprosessen. Kriteriene avledes av studiens avgrensning, hensikt og problemstilling, og presenteres i tabell 1.

Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Ektefelle eller nærmeste pårørende	Øvrig familie
Alder: 50-70 år	Alder: 0-49år og 71 >
Artikler som er fem år eller nyere	Artikler eldre enn fem år
Studier utført i Norge, Sverige, Danmark og Storbritannia – kulturlikheter	Studier utført i andre land - kulturforskjeller
Kreft på generell basis	Spesifikk kreftsykdom og andre sykdommer
Studier skrevet på norsk, svensk, dansk og engelsk	Studier skrevet på andre språk
Artikler med IMRAD struktur	Artikler uten IMRAD struktur
Hjemmesykepleie	Sykehjem, sykehus, rehabiliteringssenter, hospice
Publisert i tidsskrift med vitenskapelig nivå 1 eller 2	Ikke fagfelleverdert
Vitenskapelige artikler	Fagartikler

Disse inklusjon- og eksklusjonskriteriene anvendes ved vurdering av søkeresultatene, og gir et utvalg av relevante artikler. Studiene som utgjør oppgavens funn er av nyere art, fem år eller nyere. Dette på bakgrunn av at palliasjon er et område i endring, og dermed var nyeste forskning det mest naturlige å benytte. Oversiktlig beskrivelse av søkeprosessen finnes i vedlegg 1.

I det følgende presenteres det hvordan artiklene som utgjør oppgavens funn ble valgt ut.

Oversiktlig beskrivelse om studienes hensikt og utvalg finnes i vedlegg 2.

I det første søket ble søkeordene *end-of-life care* AND *dignified* AND *nurse* benyttet i databasen Cinahl som ga et treff på 17 artikler. Deretter ble søket avgrenset ytterligere med årstallene 2010-2015 og *limit to full text*, som resulterte i syv treff. Artiklene ble sjekket opp mot inklusjons- og eksklusjonskriteriene ved å gjennomgå artiklenes sammendrag. Seks av artiklene ble forkastet, grunnet at de var fra andre land. Videre omhandler artiklene tema som blant annet hospice,

intensivavdeling og neonatalavdeling. Ut i fra dette ble artikkelen «Dignified end-of-life care in the patients' own homes» skrevet av Christina Karlsson og Ingela Berggren i 2011 valgt. Artikkelen var publisert i *Nursing Ethics*. Kvalitative intervju ble anvendt. Det har blitt brukt en fenomenologisk hermeneutisk metode for å analysere svarene fra intervjuene. Ti sykepleiere fra fem ulike kommuner i Sverige, med erfaring fra palliativ behandling i hjemmet, ble intervjuet. Hensikten med studien var å finne ut hva sykepleiere mente var de viktigste faktorene for å bidra til at den terminale fasen i hjemmet ble god.

I neste søk, ble søkeordene *palliative care at home* AND *patients and carers* benyttet i databasen Cinahl, som gav et treff på 48 artikler. Videre ble søket avgrenset med årstallene 2010-2015 og *limit to full text*, som ga 11 treff. Artiklene ble sjekket opp mot inklusjons- og eksklusjonskriteriene ved å gjennomgå artiklenes sammendrag. Ti av artiklene inneholdt tema som blant annet lærevansker, alder som ikke samsvarer med inklusjonskriteriene, etniske minoriteter, apotektekniker og pasienter fra Malaysia. I en av artiklene ble pårørendes livskvalitet forsket på, mens to artikler handlet om å støtte pårørende. Pårørende er viktig for pasienten i oppgaven, men deres livskvalitet vektlegges ikke. To artikler var litteraturstudier. På bakgrunn av dette, ble artikkelen «Challenges in the home-based palliative care in Norway: A qualitative study of spouses' experiences» skrevet av Ingunn Hunstad og Marit Foelsvik Svindseth i 2011 valgt. Artikkelen var publisert i *International Journal of Palliative Nursing*. Det ble anvendt kvalitativ metode der de intervjuet syv ektefeller til mennesker som døde i hjemmet. Intervjuene var semi-strukturerte i form av intervju-guide og åpne spørsmål. Det ble benyttet systemteori der det fokuseres på forholdet mellom ulike mennesker, for å få en bredere forståelse av temaet. Hensikten med studien var å finne pårørendes synspunkter for hva som avgjør kvaliteten på pleie i hjemmet ved livets slutt.

I det tredje søket, ble søkeordene *pårørende* AND *terminal* benyttet i databasen Svemed+, og ga et treff på 16 artikler. Deretter ble det tilført AND *omsorg* på de ovenstående søkeordene, dette ga 11 treff. Videre ble søket avgrenset med årstallene 2010-2015, og ga to treff.

En artikkel ble ekskludert da den omhandlet barn som pårørende.

Artikkelen «Det gode liv i dødens nærhet: Hva vektlegger pårørende?» skrevet av Hilde Lausund ble valgt. Artikkelen er fra 2010 og er publisert i *Omsorg*. Kvalitativ metode i form av

fokusgrupper ble anvendt, der ti pårørende ble delt inn i to fokusgrupper og delte erfaringer fra Fransiskushjelpens pleietjeneste, som den dødssyke pasienten og deres nærmeste hadde mottatt. Hensikten med studien var å finne ut hvilke forutsetninger som ligger til grunn for at omsorgen ved livets slutt skal føles god, fra pårørendes perspektiv.

Ved det fjerde søket, ble søkeordene *dignity care* AND *palliative care* benyttet i databasen Cinahl, som ga et treff på 81 artikler. Videre ble det tilført AND *community health nursing*, som ga tre treff. To artikler ble forkastet da de hadde benyttet seg av rammeverket for «dignity care pathway», da dette ikke vil bli omtalt i oppgaven. Artikkelen «Identifying care actions to conserve dignity in end-of-life care» skrevet av Hilary Brown, Bridget Johnston og Ulrika Östlund fra 2011 ble valgt. Artikkelen er publisert i *British Journal of Community Nursing*. Kvalitativ metode i form av fokusgrupper ble benyttet som datainnsamlingsmetode. De innsamlede dataene har blitt strukturert etter Cohchinov-modellen om verdighet, som et forhåndsdefinert rammeverk. Seks fokusgrupper med til sammen 30 deltakere deltok. Pasient, pårørende, allmennpraktiserende lege, pasient og pårørende sammen utgjorde fire grupper, mens hjemmesykepleiere utgjorde to grupper. Hensikten med studien var å foreslå omsorgstiltak som ivaretar verdighet ved livets slutt, basert på erfaringer fra hjemmesykepleiepraksis.

I det femte søket, ble søkeordene *palliative care* AND *community health nursing* benyttet i databasen Ovid Nursing Database, som ga et treff på 261 artikler. Søket ble deretter avgrenset med søkeordene *patient care* AND *death*, samt årstallene 2010-2015, som ga åtte treff. Syv artikler ble forkastet da de inneholdt temaer som barn, demente og hospice pasienter, sykepleieutdanning og faktorer som påvirket sykehusinnleggelse hos kreftpasienter. Noen av artiklene var en litteraturstudie eller hadde manglende IMRAD struktur. Artikkelen «Community nurses' perceptions of a good death: A qualitative exploratory study» skrevet av Chloe Griggs i 2010 ble valgt. Artikkelen er publisert i *International Journal of Palliative Nursing*. Kvalitativ utforskende metode der semi-strukturerte intervju, ble anvendt. 17 hjemmesykepleiere deltok. Hensikten med denne studien var å få innsikt i hva hjemmesykepleieren oppfatter som en god død og identifisere sentrale faktorer.

3.7.1 Kritisk vurdering av utvalget

Oversiktlig beskrivelse av studienes kildekritikk finnes i vedlegg 2.

Studien til Karlsson og Berggren (2011) er nyere enn fem år, har IMRAD struktur, inneholder etiske overveielser og er fagfellevurdert til nivå 2. Studien er foretatt i Sverige, et land med likhetstrekk til Norge. Trygghet er et viktig aspekt i oppgaven. Det som kan betraktes som negativt er at studien baseres på ti deltakere, noe som kan gi et tynt grunnlag å trekke konklusjon ut fra. Videre uttrykker sykepleierne seg på vegne av pasientene. Dette kan ikke verifiseres, det kan bare antas at deres uttalelser er riktige.

Studien til Hunstad og Svindseth (2011) er nyere enn fem år, har IMRAD struktur, er fagfellevurdert til nivå 1 og har inkludert etiske overveielser. Studien er utført i Norge. Det som kan ses på som negativt, er at studien kun består av syv deltakere. Studien kunne stått noe sterkere ved et større antall deltakere.

Studien til Lausund (2010) er nyere enn fem år, fra Norge og fagfellevurdert til nivå 1. Den viser pårørendes synspunkt for en god palliativ fase i hjemmet for pasienten. Det kan tenkes at sykepleieren kan tilegne seg denne informasjonen, siden pårørende er nær pasienten. Det som kan betegnes som negativt er at Fransiskushjelpen kun finnes i Oslo, og er ikke det samme som hjemmesykepleien. Likevel er det visse likheter ved disse tjenestene. Videre har ikke artikkelen fullstendig IMRAD struktur. Den har bakgrunn og metode, men resultatdelen og diskusjonsdelen går i ett. Studien er likevel oversiktlig. Etiske overveielser er ikke omtalt. Pårørende uttaler seg på vegne av pasienten, noe som ikke kan verifiseres. Det antas at uttalelsene er riktige. Kun ti deltakere kan gi et noe snevert bilde av området studien skal belyse.

Studien til Brown, Johnston og Östlund (2011) er nyere enn fem år, innehar IMRAD struktur, etiske overveielser er tatt med og den er fagfellevurdert til vitenskapelig nivå 1. Videre er det positivt at den viser erfaringer fra hjemmesykepleien og er fra England. Dette kan være overførbart til hjemmesykepleien i Norge, på grunn av kulturlikheter. Studien beskriver også konkrete omsorgstiltak, og får frem synspunktene fra pasient, pårørende, allmennpraktiserende lege, hjemmesykepleier, pasient og pårørende sammen for å få frem et familieperspektiv. Det som kan betegnes som negativt er at i byen der studien ble utført, ble pasientene ivaretatt av Marie

Curie om natten. Dette er en frivillig pleieorganisasjon. Hjemmesykepleien var ikke tilstede om natten, og ivaretar dermed ikke pasienten hele døgnet. Videre handler studien om tiltak for å ivareta verdighet, men mye kan knyttes opp mot å føle seg trygg.

Studien til Griggs (2010) er nyere enn fem år, har IMRAD struktur, er fagfellevurdert til nivå 1 og inneholder etiske overveielser. Studien ble foretatt i England, noe som kan overføres til Norge, da det er kulturlikheter. Etter grundig gransking og gjennomgang av artikkelen, ses det på nåværende tidspunkt ikke noe som kan betegnes som negativt ved den.

3.7.2 Innholdsanalyse av utvalgte artikler

En innholdsanalyse inneholder tre steg. Det første steget handler om å lese grundig og oppsummere alle de utvalgte artiklene, for å bli kjent med innholdet. Hensikten med dette steget er å gi en oversikt over alle studiene og de ulike tilnærmingene som er anvendt. Det andre steget handler om å gjenkjenne temaer fra resultatene i hver studie. Disse temaene er fremstilt fra resultatene fra studiene. Temaene i de ulike studiene kan mest sannsynlig kombineres med hverandre. De fremstilte temaene bør samsvare med problemstillingen som er valgt for litteraturstudien. Det tredje steget handler om å sammenligne og trekke frem likheter i de fremstilte temaene, som vil resultere i hovedtemaer (Aveyard 2014; Polit og Beck 2014; Forsberg og Wengström 2013).

Det har blitt foretatt en analyse av innholdet i resultatene i de ulike studiene. I første omgang ble alle artiklene lest gjennom flere ganger for å få kjennskap til dem. Deretter har artiklene blitt gransket ytterligere, for å få å rede på hva de inneholder. Analysen ga følgende tema: Relasjoner, informasjon, samtaler, kontinuitet, lett tilgjengelig tjeneste hele døgnet, familie tilstede, profesjonell oppførsel, gode holdninger, trygg i yrkesrollen, personlig egnethet, autonomi, eksistensielle behov, uttrykke følelser, rask lindring av symptomer, tilstrekkelig symptomlindring, tidlig identifisere symptomer. De ovennevnte tema ble deretter sammenfattet til disse fire hovedtemaene; kompetanse, kommunikasjon, symptomlindring, tilgjengelighet og kontinuitet. Disse hovedtemaene belyser problemstillingen og beskrives i det følgende.

4.0 RESULTATER

Problemstillingen var: *Hvordan kan sykepleieren bidra til trygghet ved palliativ omsorg i hjemmet?*

I dette avsnittet presenteres en oppsummering av de viktigste resultatene i de fem valgte vitenskapelige artiklene, som tidligere presentert i oppgavens metodedel. Etter analyse av studienes innhold fremkom fellestrekk som kan beskrives i fire hovedtemaer.

Kompetanse, kommunikasjon, symptomlindring, tilgjengelighet og kontinuitet. Disse hovedtemaene belyser oppgavens problemstilling og hensikt.

4.1 Kompetanse

Karlsson og Berggrens (2011) resultater påpekte viktigheten av nødvendig kompetanse blant sykepleierne. Betydeligheten av at sykepleierne var sikker på sitt eget syn på døden, ble påpekt. Dette var essensielt for å være hos pasienten i vanskelige situasjoner. De trekker frem eksistensiell angst som eksempel på en vanskelig situasjon.

Fryktløshet og åpenhet i møte med døden ble sett på som viktig for en trygg palliativ omsorg i hjemmet. Det viste seg at dersom sykepleiere viste stort mot, engasjement og jobbet mot det samme målet i den palliative omsorgen, førte dette til trygghet for pasienten.

Dersom sykepleieren var trygg i sin yrkesrolle og kunne håndtere medisinsk-teknisk utstyr, stolte pasient og pårørende på sykepleierne, og følte seg trygge når det gjaldt omsorgen som ble gitt. Derimot viste det seg at noen pasienter opplevde utrygghet tidlig ved sykepleiernes besøk, da noen av sykepleierne viste mangler på profesjonelle ferdigheter. Dette førte til at familien foretrakk enkelte sykepleiere fremfor andre. Dette funnet tar utgangspunkt i sykepleiernes utsagn. Når sykepleierne var trygg i sin yrkesrolle, fikk de mot til å gjøre sitt ytterste for pasienten, og ivaretok dermed pasientens autonomi.

Det er hensiktsmessig at sykepleieren behandler pasienten med respekt og tillater autonomi for å skape tillit og ivareta integriteten. Det kom frem i studien at dette ble ivare tatt av sykepleieren. Etter hvert som pasienten stolte på hjemmesykepleien, kunne hjemmesykepleien gi mer omfattende omsorg, basert på pasientens egne premisser.

I studien til Hunstad og Svindseth (2011) kom det frem at alle de sju deltakerne, altså pårørende, hadde en oppfatning av at sykepleierne hadde god kompetanse og kunnskaper. Dog uttrykte seks av deltakerne situasjoner der sykepleierne ble oppfattet som lite kompetente. Videre påpekes viktigheten av ivaretagelse av både fysiske, psykiske, åndelige og psykososiale behov for hele familien. Dette burde følges opp av hjemmesykepleiere.

Lausund (2010) påpekte at kompetanse førte til trygghet, samt mulighet for at deres nærmeste kunne dø hjemme. Personlig egnethet blant helsepersonellet påvirket opplevelsen av kvaliteten på pleien, da pleierne var ulike. Noen av pleierne luftet ut rommet, mens andre luktet røyk.

Lausund hevdet videre at når pleierne ikke hadde den personlig egnetheten som det ble stilt krav til, hadde de heller ikke den forventede faglige kompetansen. Dette kan bidra til en tjeneste som fremstår som sårbar og uforutsigbar. Videre påpekte pårørende viktigheten av en verdig fremtreden blant pleierne.

Funn i studien til Brown, Johnston og Östlund (2011) viser at selektiv bruk av humor og profesjonell tilnærming blant sykepleierne bidrar til en følelse av trygghet. Sykepleierne bør involvere pasient og pårørende i planleggingen av omsorgen, da det er betydningsfullt for pasientene å ta del i valg. Gode holdninger blant sykepleierne bidro til at pasientene lettere aksepterte omsorgen og følte verdighet i omsorgen. Pasientene ønsket å bli behandlet som normale personer av sykepleierne, og at fokuset på sykdommen ikke tok overhånd. Videre kom det frem at det var hensiktsmessig for pasientene å kunne utføre det de fortsatt klarte, men at sykepleierne kunne være støttende ved behov – uten å ta over kontrollen. Å være støttende uten å ta over, kan oppnås ved å kommunisere, forklare og hjelpe pasienten med å få tilgang til støtte. Pasientene uttrykte at sykepleierne tidvis hadde tendenser til å ta over kontrollen uten å spørre.

I Griggss (2010) studie kom det frem at to av de mest vesentlige faktorene for vellykket palliativ omsorg var effektivitet og tverrfaglig samarbeid. Når teamet hadde de samme verdiene og målene, forløp omsorgen uten problemer. Sykepleierne uttrykte at samarbeidet med fastlegen ikke var optimalt. Fastlegens mangel på forpliktelse og involvering i pasientsituasjonene førte til utfordringer for sykepleierens utførelse av palliativ omsorg. Videre hevdet det at er viktig at sykepleierne respekterer pasientens valg og ønsker.

4.2 Kommunikasjon

Et godt forhold mellom sykepleierne, pasienten og pårørende og velfungerende kommunikasjon er nødvendig for å skape trygghet i den palliative omsorgen i hjemmet (Brown, Johnston og Östlund 2011; Karlsson og Berggren 2011).

Karlsson og Berggrens (2011) studie påpekte at pasient og pårørende måtte få mulighet til å bli involvert ved avgjørelser angående palliativ omsorg. I forkant av avgjørelsen om hvor pasienten skulle tilbringe livets siste fase, trengte pasienten og familien kunnskaper og informasjon om situasjonen. Det å bli møtt med respekt i form av regelmessig informasjon var en betydelig faktor for å oppnå trygghet.

I studien til Hunstad og Svindseth (2011) ønsket pårørende at sykepleierne i større grad skulle lytte til dem når det gjaldt pasienten, grunnet i at de kjenner pasienten best. Videre kom det frem at det var mangel på informasjon om hva som kunne forventes ved palliativ omsorg i hjemmet. Det beskrives at helsepersonell var tilbakeholdne når det gjaldt å samtale om håndteringen av palliativ omsorg i hjemmet.

Det ble forventet av pårørende i studien til Lausund (2010) at pleierne skulle ta initiativ til å samtale om eksistensielle spørsmål.

I studien til Brown, Johnston og Östlund (2011) kom det frem at det kunne være vanskelig for pasientene å kommunisere om åndelige temaer og om sykdommen. Dermed var gode kommunikasjonsevner hos sykepleieren essensielt. Dersom sykepleieren ga pasientene mulighet til å uttrykke sine følelser og lot de ta kontroll over deres omsorg, så langt det var mulig, opplevde de kontroll over eget liv. Sykepleierne burde etablere et forhold gjennom å lytte til og bli kjent med pasient og familie. For å skape gode relasjoner, måtte tidlig kontakt mellom helsevesenet, pasient og pårørende etableres. Samtaler om pasientens liv og deres oppnåelser før sykdommen, samt å støtte pasientene til å akseptere at livet ikke kan endres, kunne styrke pasientens selvbilde.

Griggs (2010) beskrev i sin studie viktigheten av ærlighet mellom sykepleierne og familien. Ærlighet førte til effektiv kommunikasjon. Det kunne virke som om ærlighet rundt diagnosen førte til at pasientene var i bedre psykisk stand til å godta døden, samt å takle symptomene. Videre kom det frem at kommunikasjonen mellom helsepersonell i vaktskiftet sviktet. De fikk dermed utilstrekkelig informasjon om pasientens situasjon, og fikk ikke forberedt seg i den graden de ønsket. Mer strukturert kommunikasjon i vaktskiftet kunne forbedre pasientomsorgen, ved at de ansatte fikk bedre informasjon.

4.3 Symptomlindring

Karlsson og Berggren (2011) hevdet i sin studie at tilstrekkelig symptomlindring var essensielt for å føle seg trygg. Videre måtte pasient og pårørende stole på at sykepleieren gjorde sitt ytterste for å sørge for best mulig palliativ omsorg, herunder å eliminere symptomer og samtidig sikre god livskvalitet. Dette krever at sykepleieren må ha nødvendige resepter tilgjengelig, for å raskt lindre nye symptomer før de blir for uutholdelige.

Hunstad og Svindseth (2011) hevdet at pårørende i studien syntes det var vanskelig å overvære periodene pasienten var plaget med kvalme, tretthet og smerter. Videre uttrykte de at det var vanskelig å være hjelpsom i disse periodene. Noen pårørende opplevde selv tretthet og hjelpeløshet, og etterspurte sykehusinnleggelse for pasienten. Da hadde de mulighet til å gjenvinne krefter. Pårørende mente også at sykepleierne burde være mer observant på endringer i både fysiske og psykiske tilstander.

Både pasient og pårørende satte pris på de stundene der pasienten utførte aktiviteter tilpasset graden av symptomer. Da følte de seg i live selv om døden var nær.

Brown, Johnston og Östlund (2011) belyser at sykepleierne var tidlig ute med å takle fysiske symptomer, ved å håndtere og redusere fysiske plager. De mente at pasientene burde få opplæring for hvordan symptomene normalt opptrer, og hvordan disse kunne takles og håndteres. De la vekt på fordelene ved å benytte alle ferdigheter innenfor teamet, for å gjennomføre dette på best mulig måte. Noen pasienter var villige til å takle økende fysiske symptomer som følge av aktivitet, dersom aktiviteten var verdt det.

Enkelte pasienter opplevde å føle seg deprimert. De uttrykte at å ha selskap av og kjenne helsepersonellet, hjalp mot dette. Videre uttrykte noen pasienter at de følte seg ensom og trakk seg bort fra mennesker. Kommunikasjon og distraksjon i form av aktiviteter var viktige tiltak for å lette pasientenes plager. Videre kom det frem at pasient og pårørende satte pris på de gangene sykepleierne tok seg tid til å forklare symptomer og svare på spørsmål angående medisiner.

I Griggss (2010) studie fremhevet sykepleierne viktigheten av å tidlig identifisere symptomer. Den påfølgende symptomlindringen bør utføres raskt og presis, for å ivareta pasientens komfort og verdighet.

Videre kom det frem at noen sykepleiere ble bedt om å formidle hvilke medikamenter det var behov for, samt dosering. Legen signerte deretter resepten uten videre vurdering. Noen ganger var legen motvillig til å skrive ut medikamenter, spesielt utenfor ordinær arbeidstid. Da resepten først var klar, oppstod det utfordringer med å skaffe medikamentene grunnet apotekets begrensede åpningstider. Det var vanskelig å få kontakt med farmasøyten som hadde bakvakt utenom åpningstider. Han brukte lang tid, selv når pasientene opplevde sterke symptomer, og av og til tok han ikke telefonen. Det var derfor et stort ønske om 24 timers tilgjengelighet av medikamenter, da målet var å forbedre pasientbehandlingen ved at pasienter med sterke symptomer slapp å vente. De fant så tiltak for å hindre at pasienter måtte vente. Disse bestod av å ha medikamentene klare i hjemmet, for å slippe å gå gjennom tjenestene utenfor arbeidstid, som viste seg å fungere dårlig. Sykepleierne hadde gode erfaringer med å ha akutt-skrin med medikamenter tilgjengelig.

4.4 Tilgjengelighet og kontinuitet

Funnene til Karlsson og Berggren (2011) viste at det å være omgitt av familien som ønsket og våget å være tilstede skapte trygghet for pasienten. Å bli møtt med respekt i form av kontinuitet, og mulighet til hjelp og støtte var betydelige faktorer for å oppnå trygghet.

I følge Hunstad og Svindseth (2010) satte pårørende pris på at sykepleierne var tilstede ved behov, og at de trakk seg tilbake når behovet opphørte. Mulighet til å kontakte helsepersonell hele døgnet kom frem som en viktig faktor for trygghet. Videre kom det frem at pårørende mente at

sykepleieren gjorde oppgavene sine, men de etterlyste mer tid til samtaler. Den syke hadde mange spørsmål som pårørende ikke kunne besvare.

Lausunds (2010) funn viste at en tilgjengelig tjeneste hele døgnet var en forutsetning for god palliativ omsorg, både for pasient og pårørende. Deltakerne i studien erfarte stort sett en tilgjengelig tjeneste. Ved kritiske situasjoner opplevde noen deltakere at tjeneste ikke var like tilgjengelig. Videre kom det frem at pasientene følte trygghet i hjemmet, i større grad enn på sykehus. Faktorer som bidro til dette var at pleietjenesten var i hjemmet over lengre tid og at det var lett å nå pleierne på telefonen.

I Brown, Johnston og Östlunds (2011) kom det frem at sykepleierne vektla kontinuitet i omsorgen og at det var viktig å gi tid til samtaler.

Griggs (2010) peker på viktigheten av problemfri omsorg. Ved 24-timers tilgjengelighet fra ulike instanser, var problemfri omsorg oppnåelig, samt et viktig kriterium for suksess.

5.0 DRØFTING

I denne delen av oppgaven drøftes resultatene opp mot annen relevant forskning og faglitteratur. I samsvar med underoverskriftene i resultatdelen og for å få en mer logisk inndeling, deles drøftingen inn i følgende underoverskrifter; betydningen av kompetanse for opplevelsen av trygghet, kommunikasjonens betydning for opplevelsen av trygghet, symptomlindringens betydning for opplevelsen av trygghet og betydningen av tilgjengelighet og kontinuitet for opplevelsen av trygghet.

5.1 Betydningen av kompetanse for opplevelsen av trygghet

Sett i lys av studien til Hunstad og Svindseth (2011) viser funnene at de sju pårørende som deltok, har en oppfatning om at sykepleierne har god kompetanse og kunnskaper. Tatt i betraktning, uttrykker likevel seks av de pårørende situasjoner der sykepleierne oppfattes som lite kompetente. Det hevdes at kompetanse bidrar til trygghet (Karlsson og Berggren 2011; Lausund 2010; Fridegren 2012). I studien til Landmark, Svenkerud og Grov (2012) hvor sykepleierne vurderer sin egen kompetanse, kom det frem at 60 prosent av deltakerne vurderer sin egen kompetanse som god eller ganske god. I tillegg kom det frem at omtrent 35 prosent vurderer sin egen kompetanse som noe mangelfull eller mangelfull. I studien til Lees mfl. (2014) belyses det også at kompetansen blant sykepleierne er av varierende grad. I følge yrkesetiske retningslinjer har sykepleierne et faglig ansvar for utøvelsen av sykepleie, i form av at sykepleierne holder seg oppdatert (Norsk Sykepleierforbund 2011). Imidlertid viser studien til Landmark, Svenkerud og Grov (2012) at dette delvis imøtekommes. På den ene siden viser det seg at 50 prosent av deltakerne benytter seg av fagbøker, mens det på den andre siden kommer frem at kun tre prosent av deltakerne benytter seg av forskningsbasert kunnskap. Med utgangspunkt i det som er beskrevet ovenfor, kan et tiltak tenkes å være at sykepleierne stadig oppdaterer seg innen utvikling og forskning, da Norsk Sykepleierforbund (2011) påpeker at dette er sykepleierens ansvar.

Brown, Johnston og Östlund (2011) påpeker viktigheten av at sykepleierne er støttende for pasientene når det er behov for det, uten at de skal ta over kontrollen. I motsetning erfarte pasientene at sykepleierne til tider hadde tendenser til å ta over kontrollen uten å spørre pasienten. Dette kan også betraktes fra en annen synsvinkel. I følge Norvoll (2012) vil maktposisjonen til pasientene være svakere, da pasientene er underordnet de ansatte i helsevesenet. Dette kan medføre at grunnlaget for det som skal foregå, legges av de ansatte. Det hevdes videre at maktposisjonen til pasienter som er avhengig av hjelp på grunn av sykdom, vil svekkes ytterligere. For å styrke pasientens makt, må sykepleieren tilrettelegge til å øke pasientens ansvar, kontroll og uavhengighet (ibid). Trygghet har stor sammenheng med det å føle kontroll (Rosén og Stiles 2007). For å kunne være støttende uten å ta over, kan sykepleierne kommunisere, forklare og hjelpe pasienten med å få tilgang til støtte (Brown, Johnston og Östlund 2011).

Flere studier påpeker viktigheten av ivaretagelse av pasientenes valg og ønsker fra sykepleierens side, da det er betydningsfullt for pasientene å ha mulighet til å delta i dette (Karlsson og Berggren 2011; Brown, Johnston og Östlund 2011; Griggs 2010). Til forskjell fra dette, uttrykker pasientene i studien til Appelin og Berterö (2004) at evnen til å påvirke eller å ta del i valg var minimal på grunn av langvarig sykdom. De hadde gått fra å være autonome personer til å være avhengig av andre. Brinchmann (2012) hevder at en forutsetning for at pasienten skal ha mulighet til å ta et autonomt valg, er at sykepleierne gir informasjon. Informasjonen om de aktuelle alternativene bør være god og objektiv, og belyse både de positive og negative sidene ved disse. Å vurdere om pasienten er kompetent til å ta et selvstendig valg, forutsetter at sykepleieren kan vurdere hans tilstand gjennom samtaler. Sykepleieren må sørge for at gitt informasjon er forstått. I denne sammenheng er det viktig at sykepleieren er inneforstått med at evnen til å foreta selvstendig valg, kan påvirkes av angst og depresjon (Brinchmann 2012). Dette kan også betraktes fra en annen synsvinkel. Hjort (2010) hevder at sykepleierne må gi råd til de pasientene som ikke klarer å ta et valg alene. Rådene skal være klare, samtidig bør sykepleierne unngå at pasientenes behov eller ønsker blir overkjørt. Dette kan relateres til yrkesetiske retningslinjer, der det vektlegges viktigheten av å gi informasjon for at pasientenes selvbestemmelserett skal opprettholdes (Norsk Sykepleierforbund 2011).

Videre hevdes det at pasientenes autonomi blir ivaretatt dersom sykepleierne er trygg i sin yrkesrolle og dermed har mot til å gjøre sitt ytterste for pasientene. Ved å være trygg i sin yrkesrolle, fører det til at både pasient og pårørende stoler på sykepleieren, og de vil føle seg trygge når det gjelder omsorgen som gis. Imidlertid, viser funn i samme studie at noen av pasientene opplevde utrygghet tidlig ved sykepleiernes besøk, grunnet i at noen av sykepleierne visete manglende profesjonelle ferdigheter. (Karlsson og Berggren 2011). Hjort (2010) støtter opp om Karlsson og Berggrens (2011) påstand, ved at det er essensielt for sykepleierne å føle seg trygge, for å kunne formidle trygghet videre til både pasient og pårørende. Dette kan ses på fra en annen synsvinkel med utgangspunkt i Benner og Wrubels teori i forhold til kompetanse. Sykepleieren starter som nybegynner og går gjennom ulike faser, frem til hun oppnår ekspertnivået. Nybegynneren har lite erfaringer og utøvelsen av sykepleie bygger på regler. Ekspertnivået oppnås etter fem år innenfor et spesifikt felt og utøvelsen av sykepleie bygger på erfaringer, på bakgrunn av et teoretisk grunnlag (Konsmo 1995). Det kan derfor tenkes at en nybegynner ikke innehar den samme erfaringen som en ekspert, og dermed ikke det samme grunnlaget for å kjenne seg trygg i sin yrkesrolle. På bakgrunn av dette og med utgangspunkt i Karlsson og Berggrens (2011) påstand om at trygghet i yrkesrollen fremmer autonomi, vil nybegynneren trolig ikke greie å fremme pasientenes autonomi.

5.2 Kommunikasjonens betydning for opplevelsen av trygghet

Det hevdes at pasient og familie trenger kunnskap og informasjon for å kunne ta en avgjørelse om hvor pasienten skal tilbringe livets siste fase (Karlsson og Berggren 2011). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) fastslår i § 3-2 at «pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.» I lys av dette påpeker Norsk Sykepleierforbund (2011) at tilstrekkelig informasjon gjør det lettere for pasienten å ta egne valg. Eide og Eide (2010) hevder at en av de viktigste oppgavene innenfor kommunikasjon er å gi informasjon. Lees mfl. (2014) påpeker viktigheten av å samtale med pårørende om hva som kan forventes både før og etter døden. Regelmessig informasjon til pasient og pårørende fremstår som en medvirkende faktor for å skape trygghet (Fridegren 2012; Karlsson og Berggren 2011). Dette kan ses i sammenheng med at engstelse reduseres ved god informasjon (Schjødt mfl. 2007).

De ovennevnte momentene kan relateres til funnene til Appelin, Brobäck og Berterö (2005), der de vektlegger viktigheten av informasjon for at pasient og pårørende skal kunne ta en avgjørelse.

I funnene til Brown, Johnston og Östlund (2011), kom det frem at sykepleierne bør etablere et godt forhold med pasient og pårørende ved å lytte og bli kjent med dem. En forutsetning for å skape gode relasjoner, er at tidlig kontakt mellom helsevesenet, pasient og pårørende må etableres (ibid). I likhet med Brown, Johnston og Östlund (2011), understreker Karlsson og Berggren (2011) viktigheten av et godt forhold mellom sykepleierne, pasienten og pårørende som en nødvendighet for å skape trygghet i den palliative omsorgen i hjemmet (ibid). For å skape en god relasjon, kan sykepleieren anvende bekreftende kommunikasjon. Bekreftende kommunikasjon handler om at sykepleieren verbalt bekrefter at hun har sett og forstått det pasienten vil meddele. Dette vil også bidra til en opplevelse av trygghet og tillit (Eide og Eide 2010). For at sykepleieren kan vise at hun lytter, er det vesentlig at hun følger samtalen og klarer å forstå hva pasienten sier. Dette kan hun uttrykke både non-verbalt og verbalt, i form av å smile, gi et nikk, gi et blikk, eller ved å svare ja, nei, jeg forstår (Eide og Eide 2009).

Dette kan også betraktes fra en annen synsvinkel. Travelbee hevder at det er viktig å kjenne pasientene det utøves omsorg overfor. Videre sier hun at: «for å bli kjent med noen må en altså møte dette mennesket, oppfatte, respondere på og respektere det unike ved vedkommende» (s.140). Grunnen til dette er at alle mennesker reagerer ulikt under sykdom og lidelse. For å hjelpe hvert enkelt individ til å mestre lidelsen, mener hun at det unike hos hvert individ må anerkjennes (Travelbee og Thorbjørnsen 1999).

Brown, Johnston og Östlund (2011) hevder at det kan være vanskelig for pasientene å kommunisere om åndelige temaer. Videre påpeker Lausund (2010) at pårørende forventer at sykepleierne tar initiativ til å snakke om disse temaene. Sykepleierne i studien til Johnston, Östlund og Brown (2012) fant det til tider utfordrende å snakke om døden. Rønning, Strand og Hjermestad (2007) presiserer at sykepleierne har et ansvar for å ta initiativ til å snakke om døden med pasientene. En forutsetning vil da være at sykepleierne har gode kommunikasjonsevner (Brown, Johnston og Östlund 2011). Ved at sykepleierne stiller åpne spørsmål, kan pasienten snakke åpent og uttrykke egne tanker og følelser (Eide og Eide 2009). Hensiktsmessig bruk av åpne spørsmål kan lette kommunikasjonen (Travelbee og Thorbjørnsen 1999). Dette kan tenkes å

være en av sykepleiernes gode kommunikasjonsevner, da det kan bidra til at pasienten lettere snakker om åndelige temaer.

Travelbee sier at gode kommunikasjonsevner forutsetter at sykepleierne har kunnskaper for å skape et ferdighetsgrunnlag, samt innehar evnen til å anvende disse kunnskapene for å nå sykepleiernes mål og hensikter (Travelbee og Thorbjørnsen 1999).

I følge Travelbee er sykepleiens hensikt å hjelpe pasienten til å mestre sykdom og lidelse, og finne mening i disse erfaringene. For å nå denne hensikten, må det etableres et menneske-til-menneske-forhold, det vil si felles opplevelser og erfaringer mellom sykepleieren og pasient. Et menneske-til-menneske forhold kan etableres ved hjelp av kommunikasjon (ibid).

Det hevdes at velfungerende kommunikasjon er nødvendig for å skape trygghet i den palliative omsorgen i hjemmet (Brown, Johnston og Östlund 2011; Karlsson og Berggren 2011).

5.3 Symptomlindringens betydning for opplevelsen av trygghet

Sett i lys av funnene til Griggs (2010), påpeker både pasient, pårørende og sykepleiere viktigheten av at sykepleierne tidlig identifiserer symptomer hos pasientene. I studien til Brown, Johnston og Östlund (2011), hevder sykepleierne at de er tidlig ute med å takle fysiske symptomer hos pasientene, ved å håndtere og redusere deres fysiske plager. I motsetning, hevder Spielmann mfl. i sin studie (2013) at 15 prosent av pasientene opplevde utilfredshet med hvor lang tid det tok før de fikk lindret sine symptomer. Pårørende i studien til Lees mfl. (2014) forteller om situasjoner der det tok for lang tid før pasientene ble lindret, og dermed ble utsatt for unødig lidelse. For å kunne tidlig identifisere symptomer kan et tiltak være at sykepleierne blir mer observant på endringer i fysiske og psykiske tilstander, noe pårørende i studien til Hundstad og Svindseth (2011) også påpeker. I tillegg bør sykepleierne lære pasientene om hvordan symptomer normalt opptrer, og hvordan de kan takles og håndteres (Brown, Johnston og Östlund 2011). Det kan da tenkes at dersom pasienten får denne opplæringen, vil de sannsynligvis ta opp symptomer med sykepleierne, noe som kan gjøre identifiseringen av symptomer mer effektiv. Dette kan ses i sammenheng med Gjerbergs (2007) studie der deltakerne mener at det å gi informasjon angående symptomer hos pasient og pårørende, kan bidra til trygghet og at symptomene lindres på best mulig måte.

Det hevdes av Karlson og Berggren (2011) at pasient og pårørende må stole på at sykepleierne gjør sitt ytterste for å sørge for best mulig palliativ omsorg, herunder å eliminere symptomer. Det innebærer at sykepleierne må ha nødvendige resepter tilgjengelig for å kunne lindre symptomer før de blir uutholdelige (ibid). På den ene siden støtter Griggs (2010) opp om det ovennevnte, altså at symptomlindring bør utføres raskt og presist for å ivareta pasientenes komfort. På den andre siden, kommer det frem at det var utfordrende å anskaffe resepter utenom den ordinære arbeidstiden til lege og apotek, selv om pasientene hadde sterke smerter (Griggs 2010). Ut i fra dette, var det ønskelig om 24-timers tilgjengelighet av medikamenter, da målet var å forbedre pasientbehandlingen ved at pasienter med sterke symptomer ikke skulle utsettes for unødig ventetid og lidelse. Et tiltak er å ha nødvendige medikamenter tilgjengelig i hjemmet (ibid). Tilstrekkelig symptomlindring er essensielt for å føle seg trygg (Karlsson og Berggren 2011).

Pårørende i studien til Hunstad og Svindseth (2011) opplevde det som vanskelig å være tilstede i de periodene da pasienten var plaget av symptomer, og det ble dermed vanskelig å være hjelpsom i disse periodene. Da pårørende følte at de ikke kunne hjelpe pasienten, etterspurte de sykehusinnleggelse for han (ibid). Det kan tenkes at noen pårørende muligens vil trekke seg tilbake dersom de opplever hjelpeløshet overfor pasienten. Da vil pasienten sannsynligvis føle utrygghet. I studien til Appelin og Berterö (2004) kommer det frem at pasientene så fordelene ved å motta palliativ omsorg i eget hjem, som innebar at de fikk tilbringe tid sammen med de nærmeste. Det å ha familien rundt seg førte til en følelse av trygghet.

På den ene siden var pasientene engstelig for en eventuell sykehusinnleggelse hvis smertene ble uutholdelig (Appelin og Berterö 2004), mens det på den andre siden hevdes at muligheten til innleggelse i sykehus ved behov kan føles trygt (Fjørtoft 2014).

I følge Birkeland og Flovik (2014c) må det utarbeides planer angående hva som skal gjøres dersom smertene øker eller endres. Det kan tenkes at dersom pasientene vet hva som skal skje ved utvikling av symptomer, kan det føre til trygghet.

5.4 Betydningen av tilgjengelighet og kontinuitet for opplevelsen av trygghet

I følge Lausund (2010) kommer det frem at en tjeneste som er tilgjengelig døgnet rundt, er en forutsetning for god palliativ omsorg, både for pasient og pårørende. Funnene i studien viser at deltakerne stort sett erfarte tjenesten som tilgjengelig. Imidlertid kom det også frem at noen deltakere opplevde at tjenesten ikke var like tilgjengelig ved kritiske situasjoner. Dette kan relateres til funnene til Grov (1999) og Hunstad og Svindseth (2010), der døgnskuttet tilgjengelighet anses som en viktig faktor for trygghet. Med utgangspunkt i dette, og i samsvar med utsagn i studien til Grov (1999), kan det tenkes at det bør jobbes videre med å fremme tilgjengelighet i tjenesten ved uforutsigbare situasjoner og behov.

I studien til Lausund (2010) viser det seg at pasientene følte en større grad av trygghet i hjemmet sammenlignet med i sykehus. Dette ble begrunnet med at pasientene lett kunne nå sykepleierne på telefonen og at sykepleierne er tilstede i hjemmet over lengre tid. I samsvar med Lausund (2010) hevder Appelin, Brobäck og Berterö (2005) at pasientene opplever trygghet, herunder å være komfortabel, i sitt eget hjem. Samtidig hevder Fridegren (2012) at tilgjengelighet må til for å skape trygghet.

Sykepleierne i studien til Brown, Johnston og Östlund (2011) mente det var viktig å gi tid til samtaler med pasientene. Funn i studien til Hunstad og Svindseth (2011) avdekker at pårørende etterlyste mer tid til samtaler fra sykepleierne, dette grunnet i at den syke hadde mange spørsmål som pårørende ikke kunne besvare. Fjørtoft (2014) hevder at «den gode samtalen og omsorgen tar tid» (s.180). I motsetning belyser Eide og Eide (2010) at en god samtale ikke trenger å ta så lang tid. I en travel arbeidsdag, kan en klar tidsramme være hensiktsmessig. Det betyr ikke at samtalen blir dårligere, det kan derimot bidra til å beholde fokus på det som er viktig for pasienten, sier de videre. I studien til Stajduhar mfl. (2010) erfarte pasientene at mangel på tid fra helsepersonell oppstod flere ganger. Selv om pasientene uttrykte at tiden med sykepleierne var begrenset, beskrev de likevel væremåter hos sykepleierne som formidlet at de var tilstede hos pasientene og at de ikke var stresset. Følgende eksempler ble nevnt som resultat av at sykepleierne fremsto som at de hadde «all tid i verden»; direkte øyekontakt, aktiv lytting, at de setter seg ned fremfor å stå, og å uttrykke verbal kommunikasjon og nonverbal kommunikasjon i form av kroppspråk, uten tegn til hastverk (ibid). Dette kan tolkes til et tiltak, der sykepleiere anvender denne væremåten for å vise at de har tid til pasientene.

For pasientene er det viktigere hvordan helsepersonellet benytter seg av tiden, og ikke tidslengden (Stajduhar mfl. 2010).

Karlsson og Berggren (2011) hevder at å møte pasient og pårørende med respekt i form av kontinuitet, er en viktig faktor for trygghet. Sykepleierne i studien til Brown, Johnston og Östlund (2011) vektlegger kontinuitet i omsorgen. Dette kan ses i sammenheng med Rønning, Strand og Hjermsstad (2007) sin påstand om at kontinuitet er et betydelig aspekt for opplevelsen av trygghet. Kontinuitet innebærer tilgang til kvalifisert hjelp gjennom hele døgnet for pasient og pårørende (ibid). I midlertidig kom det frem negative erfaringer angående kontinuitet, da variasjon i personalet ble ansett å ha en innvirkning på pasientomsorgen (Lees mfl. 2014). Det hevdes av Hjort (2010) at dersom pasient og pårørende skal kunne forholde seg til få sykepleiere, er kontinuitet avgjørende. Det hevdes at utrygghet kan oppstå ved stadig utskifting av personalet (ibid). En pasient uttrykte at sykepleieren som jobbet på dagtid var mer hjelpsom enn de som jobbet om natten. En annen pasient fortalte om viktigheten av tillitsforholdet til sykepleieren som opprettholdt kontakten, og at forandringer i personell dermed ikke ville oppleves positivt (Lees mfl. 2014). I og med at utrygghet oppstår ved stadig utskifting av personalet (Hjort 2010), kan det tenkes at opprettholdelse av kontinuitet er viktig for å bidra til opplevelsen av trygghet.

5.5 Kritisk vurdering av valg og metodiske overveielser

Flere av resultatene kunne vært anvendt under samtlige av hovedtemaene, da resultatene kan ha sammenheng med hverandre. Det ble derfor vanskelig å plassere dem der det var mest hensiktsmessig. Imidlertid ses det på nåværende tidspunkt ingen bedre løsning, da flere muligheter har blitt utprøvd.

Underveis i prosessen ble problemstillingen endret, fra begrepet verdighet til begrepet trygghet. Grunnen til denne endringen var at trygghetsbegrepet var gjentakende i alle studiene, i form av at mange tiltak de beskrev, førte til trygghet. Artikkene kunne derfor brukes, men det ses i ettertid at søkeordene som ble brukt for å finne studiene har liten sammenheng med oppgavens tema. Et søkeord var for eksempel *dignity*.

I søkeprosessen har det blitt funnet mye litteratur, dette i form av vitenskapelige forskningsartikler, fagartikler og relevante fagbøker. Mange av kildene er av nyere dato og var det mest ønskelige å benytte. Til tross er noen eldre kilder inkludert, blant annet NOU-er (Norges offentlige utredninger) og Standard for palliasjon. Grunnen til dette er at i mange nye kilder henvises det til nettopp disse kildene. Primærkildene ble derfor oppsøkt og anvendt.

I oppgavens bakgrunnsdel er det anvendt en kilde med statistikk fra 2004. Grunnen til at denne kilden velges til tross for at statistikken går så mange år tilbake i tid, er at disse tallene viser et tydelig bilde av mangel på kompetanse. Selv om tallene har endret seg, belyser tallene et problemområde innen palliasjon.

Boken til Segesten(1994) har blitt brukt til å belyse trygghet som begrep. Den bygger på en tidligere studie som omhandler pasienter på sykehus. Deltakerne har fritt beskrevet hva de legger i trygghetsbegrepet, noe som ikke nødvendigvis var rettet mot sykehusinnleggelsen. Dermed ses beskrivelsen av trygghet som overførbart til hjemmesykepleien. Det finnes lite litteratur angående trygghet som begrep av nyere art, derfor benyttes boken til Segesten som er utgitt i 1994.

Flere av kildene som var av interesse, var sekundærkilder. Dalland (2012) peker på at det helst ikke skal benyttes sekundærkilde. Dette fordi de kan få et fordreid innhold (Dalland og Tygstad 2012). Med dette forstås det at sekundærkilder mest sannsynlig ikke oppnår den samme troverdigheten som primærkilder. Det har derfor blitt forsøkt å finne primærkildene, men enkelte lot seg ikke oppsøke.

Forsberg og Wengström (2013) har benyttet seg av en annen kilde for å beskrive negative sider ved en litteraturstudie. I dette tilfellet ble primærkilden oppsøkt. Primærkilden bygde på annen litteratur, og var dermed også en sekundærkilde. Forsberg og Wengström (2013) ble da brukt, siden sekundærkilden sa det samme.

Konsmo (1995) har blitt brukt som sekundærkilde for å belyse Benner og Wrubels teori. Primærkilden ble oppsøkt, men ikke anvendt. Det kan tenkes at Konsmo har bedre forutsetning for å oversette teksten fra engelsk til norsk, og det gir mindre rom for feil tolkning.

Konsmos bok tar sikte på å nå sykepleierstudenter, ved å presentere Benner og Wrubels teori på en anvendelig måte.

Flere internettsider har blitt benyttet i denne oppgaven. Alle nettsidene som benyttes har årstall og forfatter. Dette tolkes som et tegn på kvalitet, med utgangspunkt i Dalland og Tygstad (2012) sine spørsmål for å vurdere kvalitet, som er nevnt tidligere. Nettsider uten årstall har blitt forkastet. Nettsider med utgiver og årstall, men ikke forfatter, har blitt brukt. Eksempel på dette er Kreftregisteret (2015). Slike nettsider kan anses som troverdig, da mange oppgaver og fagartikler henviser til disse nettsidene. De er svært relevante for denne oppgavens tema.

For å belyse trygghet i forbindelse med symptomlindring og informasjon, har en kilde som omhandler en god død på sykehjem blitt anvendt. Trygghet i denne sammenheng vil trolig oppleves likt for pasienter ved sykehjem eller i hjemmesykepleien.

Kvantitative og kvalitative studier har blitt benyttet for å belyse ulike temaer og aspekter i oppgavens bakgrunn- og drøftingsdel. Tidsskriftene disse studiene er publisert i, har alle blitt fagfelleurdert til nivå 1 eller 2. Disse studiene belyser kun deler av oppgavens hensikt og problemstilling, men har likevel vært hensiktsmessige for å ytterligere belyse ulike aspekter i oppgaven.

6.0 KONKLUSJON

Gjennom denne litteraturstudien har det kommet frem flere faktorer for å bidra til at en pasient med behov for palliativ omsorg opplever trygghet i hjemmet. Dette viser seg å være kompetanse, kommunikasjon, symptomlindring, tilgjengelighet og kontinuitet.

Funn viser at kompetanse bidrar til trygghet. Imidlertid kommer det frem at kompetansenivået blant sykepleierne varierer, og de må derfor stadig holde seg faglig oppdatert. Sykepleierne må vise støtte til pasientene, uten å ta over kontrollen, da en følelse av kontroll vil bidra til trygghet for pasientene. Ved at sykepleierne er trygg i sin yrkesrolle, fremmes pasientenes autonomi. Sykepleierne må gi tilstrekkelig informasjon for at pasientene skal kunne ta et selvstendig valg, og få opprettholdt sin selvbestemmelserett.

Kommunikasjon viser seg å ha en stor betydning for opplevelsen av trygghet. En god relasjon og en velfungerende kommunikasjon mellom sykepleier, pasient og pårørende kan oppnås ved bekræftende kommunikasjon og aktiv lytting. Det kommer frem at det er vanskelig for både pasienter og sykepleiere å snakke om åndelige temaer, og det er sykepleiernes ansvar å ta initiativ til å samtale om dette. Dette forutsetter at sykepleierne innehar gode kommunikasjonsevner.

Trygghet i forbindelse med symptomlindring kan oppnås ved at sykepleierne tidlig identifiserer symptomer og raskt iverksetter lindring for at pasientene skal unngå unødig lidelse. Ved å gi pasientene informasjon om hvordan symptomer opptrer og kan håndteres, bidrar dette til trygghet for dem. Et tiltak for å sikre tilstrekkelig symptomlindring er å ha medikamenter tilgjengelig i hjemmet. Dersom symptomene endres eller øker, bør det utarbeides en plan for hvordan dette skal håndteres. Dette kan tenkes å gi en følelse av trygghet for pasienten.

En døgnkontinuerlig og tilgjengelig tjeneste fører til trygghet for pasientene, noe som også kommer frem i resultatene. Imidlertid kommer det frem at tjenesten ikke var så tilgjengelig ved uforutsette situasjoner. Det kan derfor tenkes at det må jobbes med å fremme tilgjengeligheten i disse situasjonene. Sykepleierne må vise at de har tid og er tilgjengelig for pasientene, da det er

måten tiden blir utnyttet på som er viktig, ikke lengden. Sykepleierne må vise respekt i form av kontinuitet, og unngå variasjon i personalet, da dette fører til utrygghet.

Gjennom å anvende de ovennevnte faktorene kan sykepleieren bidra til trygghet for pasienten i hjemmet i den palliative fasen. I og med at pasientene har ulik oppfattelse av trygghet, må sykepleieren ha en individuell tilnærming. Funn i studiene kan likevel føre sykepleieren i riktig retning.

7.0 LITTERATURLISTE

Aarheim, K. A. (2004) Palliativ pleie i heimen. I: Solheim, M. og K. A. Aarheim (red.). *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie*. Oslo: Gyldendal Forlag, s. 207-217.

Aass mfl. (2015) *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen* [online]. Oslo: Helsedirektoratet. URL:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20kreftomsorgen-IS-2285.pdf>

(15.04.2015).

Appelin, G. og C. Berterö (2004) Patients' Experiences of Palliative Care in the Home. I: *Cancer Nursing*, 27 (1), s. 65-70.

Appelin, G., G. Brobäck og C. Berterö (2005) A comprehensive picture of palliative care at home from the people involved. I: *European Journal of Oncology Nursing*, 9 (4), s. 315-324.

Aveyard, H. red. (2014) *Doing a literature review in Health and Social Care: a practical guide*. Maidenhead: McGraw- Hill/Open University Press.

Birkeland, A. og A. M. Flovik (2014a) Hjemmesykepleie – definisjon, bakgrunn og rammer. I: Birkeland, A. og A. M. Flovik (red.). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Cappelen Damm, s. 13-24.

Birkeland, A. og A. M. Flovik (2014b) Pasientens hjem som arbeidsarena. I: Birkeland, A. og A. M. Flovik (red.). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Cappelen Damm, s. 43-55.

Birkeland, A. og A. M. Flovik (2014c) Å være døende og dø i eget hjem. I: Birkeland, A. og A. M. Flovik (red.). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Cappelen Damm, s. 95-106.

Bjørk, I. T. og M. Solhaug. red. (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe.

Bokmålsordboka (2010) *Trygghet* [online]. Universitetet i Oslo/Språkrådet. URL: <http://www.nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi?OPP+=trygghet&bokmaal+=&ordbok=bokmaal> (24.04.2015)

Brinchmann, B. S. (2012) De fire prinsippers etikk – velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I: Brinchmann, B. S. (red.). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal, s. 81-96.

Brown, H., B. Johnston og U. Östlund (2011) Identifying care actions to conserve dignity in end-of-life care. I: *British Journal of Community Nursing*, 16 (5), s. 238-245.

Dalland, O. (2012) Etske overveielser og personvern. I: Dalland, O. (red.). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal, s. 95-109.

Dalland, O. og H. Tygstad (2012) Kilder og kildekritikk. I: Dalland, O. (red.). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal, s. 62-81.

Database for statistikk om høgre utdanning (2015) *Vitenskapelig publisering* [online]. URL: <http://dbh.nsd.uib.no/pub/hjelp.jsp> (03.04.15).

Den Norske Legeforening (2004) *Standard for palliasjon* [online]. URL: [http://legeforeningen.no/PageFiles/41575/Standard%20for%20palliasjon%20\(PDF-format\).pdf](http://legeforeningen.no/PageFiles/41575/Standard%20for%20palliasjon%20(PDF-format).pdf) (09.04.2015).

Eide, H. og T. Eide. red. (2009) *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal.

Eide, H og T. Eide. red. (2010) *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal.

Eriksen, T. H. (2006) Innledning: Tryggheten og dens motstandere. I: Eriksen, T. H. (red.). *Trygghet*. Oslo: Universitetsforlaget, s.11-31.

Fjørtoft, A. K. red. (2014) *Hjemmesykepleie – Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.

Folkehelseinstituttet (2015) *Fakta om kreft – forekomst og dødelighet* [online]. URL: http://www.fhi.no/eway/default.aspxpid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6183&MainContent_6263=6464:0:25,6188&List_6212=6218:0:25,6185:1:0:0:::0:0 (05.04.2015).

Fridegren, I. (2012) Att dö hemma. I: *Omsorg*, 29 (3), s.28-31.

Forsberg, C. og Y. Wengström (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.

Gjerberg, E. (2007) Hva er en god død i sykehjem? I: *Sykepleien forskning*, 2 (3), s. 174-180.

Griggs, C. (2010) Community nurses' perceptions of a good death: a qualitative exploratory study. I: *International Journal of Palliative Nursing*, 16 (3), s. 140-149.

Grov, E. K. (1999) Død hjemme – hvordan kan sykepleieren bidra til å fremme mulighet for personer med langtkommen kreft til å dø hjemme? I: *Nordic Journal of Nursing Research*, 19 (4), s. 4-9.

Helse- og omsorgsdepartementet (2008-2009) *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. St.meld.nr. 47 (2008-2009). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2013) *Sammen – mot kreft. Nasjonal kreftstrategi 2013-2017* [online].

URL: https://www.regjeringen.no/contentassets/07cd14ff763444a3997de1570b85fad1/kreftstrategien_2013.pdf (14.04.2015).

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* [online].

Lovdata. URL: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=kommunehelsetjenesteloven#KAPITTEL_7 (20.02.2015).

Hjort, P. F. (2010) Pleie og omsorg ved livets slutt. I: Kirkevold, M., K. Brodtkorb og A. H. Ranhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal, s. 447-455.

Hunstad, I. og M. F. Svindseth (2011) Challenges in home-based palliative care in Norway: a qualitative study of spouses' experiences. I: *International Journal of Palliative Nursing*, 17 (8), 398-404.

Høgskolen i Gjøvik (2015) *Kvalitet i sykepleie* [online]. URL: <http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning/kvalitet>. Sist oppdatert: 10.09.2014. (24.03.2015).

Johnston, B., U. Östlund og H. Brown (2012) Evaluation of the Dignity Care Pathway for community nurses caring for people at the end of life. I: *International Journal of Palliative Nursing*, 18 (10), s. 483-489.

Kaasa, S. (2007) Palliativ medisin – en introduksjon. I: Kaasa, S. (red.). *Palliasjon – Nordisk lærebok*. Oslo: Gyldendal, s. 31-47.

Kaasa, S. og P. C. Borchgrevink (2007) Hva er smerte? Et klinisk perspektiv. I: Kaasa, S. (red.). *Palliasjon – Nordisk lærebok*. Oslo: Gyldendal, s. 271-283

Karlsson, C. og I. Berggren (2011) Dignified end-of-life care in the patients' own homes. I: *Nursing Ethics*, 18 (3), s. 374-385.

Kreftregisteret (2015) *Fakta om kreft* [online]. URL: <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/> (03.05.2015).

Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E. A. Skaug (2011) Om sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E. A. Skaug (red.) *Grunnleggende sykepleie, b.1*. Oslo: Gyldendal, s. 15-29.

Konsmo, T. red. (1995) *En hatt med slør – om omsorgens betydning for sykepleie*. Trulte Konsmo og TANO AS.

Kunnskapsdepartementet (2008) *Rammeplan for sykepleierutdanning* [online]. URL: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf (14.04.2015).

Kvåle, K. red. (2002) *Sykepleie til mennesker med kreft*. Oslo: Gyldendal.

Landmark, B. Th., T. M. Svenkerud og E. K. Grov (2012) Å dø i eget hjem – om utfordringer og fagkompetanse i hjemmetjenesten. I: *Omsorg*, 29 (3), s. 21-26.

Larsen, I. K. mfl. (2013) *Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway* [online]. Oslo: Cancer Registry of Norway. URL: http://www.kreftregisteret.no/Global/Cancer%20in%20Norway/2013/CIN_2013-del_1.pdf (13.04.2015).

Lausund, H. (2010) Det gode liv i dødens nærhet: hva vektlegger pårørende? I: *Omsorg*, 29 (3), s. 39-42.

Lees, C. Mfl. (2014) Quality of end-of-life care for those who die at home: views and experiences of bereaved relatives and carers. I: *International Journal of Palliative Nursing*, 20 (2), s.63-67.

Lorentsen, V. B. og E. K. Grov (2010) Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I: Almås, H., D. G. Stubberud og R. Grønseth (red.). *Klinisk sykepleie, b.2*. Oslo: Gyldendal, s. 401-435.

Maslow, A. H. red. (1987) *Motivation and personality*. Addison-Wesley Education Publishers Inc.

Mathisen, J. (2011) Sykepleie ved livets avslutning. I: Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E. A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, b.3*. Oslo: Gyldendal, s. 295-335.

Moseid, T. E. og T. Redse (2011) *Informasjonskompetanse* [online]. Store Norske Leksikon. URL: <https://snl.no/informasjonskompetanse> (15.04.2015).

Neergaard, M. A., T. Brogaard og A. B. Jensen (2012) «Øst, vest – hjemme bedst» Undersøgelser af danske terminalt syge kræftpatienters foretrukne dødssted. I: *Omsorg*, 29(3), s. 2-7

Norsk sykepleieforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere; ICN's etiske regler* [online]. Oslo: Norsk Sykepleierforbund. URL: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (26.04.2015).

Norvoll, R. (2012) Sosiale avvik og sosial kontroll. I: Brodtkorb, E. og M. Rugkåsa (red.). *Mellom mennesker og samfunn*. Oslo: Gyldendal, s. 98-121.

Norås, I. L. (2010) Kreftsjukepleie i heimen. I: Reitan, A. M. og T. Kr. Schjøberg (red.). *Kreftsjukepleie: pasient – utfordring – handling*. Oslo: Akribe, s. 331-349.

Odland, L. H (2012) Menneskesyn. I: Brinchmann, B. S. (red.). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal, s. 23-41.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* [online]. Lovdata. URL: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (27.04.2015).

Polit, D. F. og C. T. Beck. red. (2014) *Essentials of Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Reitan, A. M. (2010) Kreftsykepleie. I: Reitan, A. M. og T. Kr. Schjølberg (red.). *Kreftsykepleie*. Oslo: Akribe, s. 21-34.

Rosén, G. og T. C. Stiles (2007) Smertebehandling og psykologi. I: Kaasa, S. (red.). *Palliasjon – nordisk lærebok*. Oslo: Gyldendal, s. 407-420.

Rønning, M., E. Strand og M. J. Hjermsstad (2007) Palliativ behandling utenfor sykehus – Hjemmesykepleien. I: Kaasa, S. (red.). *Palliasjon – nordisk lærebok*. Oslo: Gyldendal, s. 213-228.

Schjødt, B. mfl. (2007) Familien. I: Kaasa, S. (red.). *Palliasjon – nordisk lærebok*. Oslo: Gyldendal, s. 89-114.

Segesten, K. red. (1994) *Patienters opplevelser av trygghet och otrygghet*. Gøteborg: Segesten Förlag

Spielmann, M.E. mfl. (2013) En barometerundersøgelse af kræftpatienters oplevelser og behov i den sene palliative fase. I: *Omsorg*, 30 (3), s. 65-70.

Stajduhar, K. I. mfl. (2010) Patients perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer. I: *Journal of Clinical Nursing*, 19 (13/14), s. 2039-2047.

Sæteren, B. (2010) Omsorg for døende pasienter. I: Reitan, A. M. og T. Kr. Schjølberg (red.). *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling*. Oslo: Akribe, s. 235-255.

Thorsen, R. (2011) Trygghet. I: Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E. A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, b.3*. Oslo: Gyldendal, s. 105-132.

Travelbee, J. og K. M. Thorbjørnsen (1999) Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg 1: Søking og resultater (januar-april)

Søkeord	Database & søkedato	Kombinasjoner	Antall treff
1. end-of-life care AND dignified AND nurse	Cinahl 25.01.2015		17 treff
2. (2010-2015) (Limit to full text)		1. AND 2.	7 treff
3. palliative care at home AND patients and carers	Cinahl 25.01.2015		48 treff
4. (2010-2015) (Limit to full text)		3. AND 4.	11 treff
5. Pårørende AND terminal	Svemed +		16 treff
6. AND omsorg	05.02.2015	5. AND 6.	11 treff
7. (2010-2015)		5. AND 6. AND 7.	2 treff
8. Dignity care AND palliative care	Cinahl 05.02.2015		81 treff
9. AND community health nursing		8. AND 9.	3 treff
10. Palliative care AND community health nursing	Ovid Nursing 09.04.2015		261 treff
11. Patient care AND death (2010-2015)		10. AND 11.	8 treff

1. AND 2. Karlsson og Berggren (2011) Dignified end-of life care in the patients own homes.

3. AND 4. Hunstad og Svindseth (2011) Challenges in home based palliative care in Norway: a qualitative study of spouses experiences.

5. AND 6. AND 7. Lausund (2010) Det gode liv I dødens nærhet: Hva vektlegger pårørende?

8. AND 9. Brown, Johnston og Östlund (2011) Identifying care actions to conserve dignity in end-of-life care.

10. AND 11. Griggs (2010) Community nurses' perceptions of a good death: a qualitative exploratory study.

Vedlegg 2: Matrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon	Kildekritikk
<p>Karlsson, C. og I. Berggren (2011) Dignified end-of-life care in the patients' own homes. I: <i>Nursing Ethics</i>, 18 (3), s. 374-385.</p>	<p>På bakgrunn av økningen av pleie og omsorg til palliative pasienter i hjemmet, var studiens hensikt å finne ut hva sykepleiere karakteriserte som de viktigste faktorene for å bidra til at den palliative fasen i hjemmet blir god.</p>	<p>Kvalitativ studie. Ti sykepleiere fra fem ulike kommuner i Sverige med erfaring fra palliativ behandling i hjemmet deltok i studien. De ble stilt åpne spørsmål, som tok utgangspunkt i en intervju-guide, om god og dårlig palliativ behandling i hjemmet for å finne ut de viktigste faktorene som bidrar til god palliativ behandling. Studiens funn ble analysert ved hjelp av en fenomenologisk og hermeneutisk metode.</p>	<p>Disse faktorene fremstår som de viktigste for å skape en god palliativ fase i hjemmet:</p> <p>Trygghet: -Gode relasjoner mellom sykepleiere, pasienter og pårørende</p> <p>-Tillit til helsepersonell</p> <p>-Åpenhet og fryktløshet blant sykepleierne</p> <p>-Være omgitt av familie</p> <p>-Kontinuitet, regelmessig informasjon og mulighet til hjelp og støtte</p> <p>-Trygghet i yrkesrollen og å mestre medisinsk-teknisk utstyr hos sykepleieren</p> <p>-Symptomlindring</p> <p>-Kompetanse</p> <p>Autonomi og integritet: -I forkant av valg om å dø i hjemmet, trenger familien kunnskaper og informasjon, og mulighet til å bli involvert i valg angående omsorgen</p> <p>-Respekt: -Felles mål</p> <p>-Tillate optimal autonomi</p> <p>-Ivareta pasientens integritet</p>	<p>Positivt: -Ny studie (2011) -Vitenskapelig nivå 2 -Fra Sverige, kulturlikheter -IMRAD struktur -Etiske overveielser er inkludert -Omhandler trygghet</p> <p>Negativt: -Kun 10 deltakere -Sykepleierne sier en del om pårørende sine synspunkt. Vi kan ikke verifisere om disse utsagnene stemmer.</p>

<p>Hunstad, I. og M. F. Svindseth (2011) Challenges in home-based palliative care in Norway: a qualitative study of spouses' experiences. I: <i>International Journal of Palliative Nursing</i>, 17 (8), 398-404.</p>	<p>Hensikten med studien var å belyse pårørendes synspunkt om hva som avgjør kvaliteten på pleie i hjemmet ved livets slutt.</p> <p>De stilte to spørsmål: -Hvilke faktorer er viktig for god hjemmebasert palliativ behandling? -Hvilke av disse faktorene er viktigst?</p> <p>De håpte studien ville gi en bredere forståelse for palliativ omsorg fra pårørendes perspektiv.</p>	<p>Kvalitativ studie. De har benyttet seg av systemteori, der man fokuserer på forholdet mellom ulike mennesker, for å få en bredere forståelse av temaet. Syv ektefeller til mennesker som døde i hjemmet ble intervjuet. Det ble benyttet semi-strukturerte intervju, der de brukte en intervju-guide, og på slutten hadde de åpne spørsmål slik at deltakerne i størst mulig grad fikk uttrykt seg.</p>	<p>De identifiserte følgende faktorer som avgjør kvaliteten på omsorg i hjemmet ved livets slutt:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Forberedelse til den palliative fasen -Helhetlig omsorg for pasienten og resten av familien -Symptomlindring -Kommunikasjon -Mulighet til å kontakte helsepersonellet hele døgnet -Kompetanse 	<p>Positivt: -IMRAD struktur -Studien er utført i Norge -Ny studie (2011) -Vitenskapelig nivå 1 -Ethiske overveielser er inkludert -Pårørendeperspektiv – sykepleierne kan tilegne seg dette</p> <p>Negativt: -Kun 7 deltakere -fire av pasientene døde hjemme, mens tre pasienter ble innlagt på sykehus to til fem dager, og døde der. De tilbragte likevel mesteparten av tiden hjemme, så den er fortsatt relevant for denne oppgaven.</p>
<p>Lausund, H. (2010) Det gode liv i dødens nærhet: Hva vektlegger pårørende? I: <i>Omsorg</i>, 27 (3), s. 39-42.</p>	<p>Hensikten med studien var å evaluere pårørendes erfaringer med Fransiskushjelpens pleietjeneste.</p>	<p>Kvalitativ studie. Ti pårørende deltok, delt i to fokusgrupper. Fokusgruppene ble brukt som metode for datainnsamling. De delte erfaringer om pleietjenestene som den dødssyke pasienten og deres nærmeste hadde mottatt.</p>	<p>Studien kom frem til disse forutsetningene for at omsorg i dødens nærhet skal føles god:</p> <ul style="list-style-type: none"> -En tilgjengelig tjeneste -Faglig kompetanse -Personlig egnethet -Fokus på eksistensielle behov 	<p>Positivt: -Ny studie (2010) -Fra Norge -Vitenskapelig nivå 1 -Viser pårørendes perspektiv på hva som kjennetegner god palliativ omsorg - sykepleieren kan tilegne seg dette</p> <p>Negativt: -Fransiskushjelpen og hjemmesykepleie er ikke det samme - finnes kun i Oslo. -Ikke fullstendig IMRAD struktur (kun bakgrunn og metode, resultatdelen og diskusjonsdelen går inn i hverandre) -Ethiske overveielser er ikke beskrevet -Pårørende uttaler seg på vegne av pasienten, dette kan ikke verifiseres, men det antas at uttalelsene er riktige.</p>

<p>Brown, H., B. Johnston og U. Östlund (2011) Identifying care actions to conserve dignity in end-of-life care. I: <i>British Journal of Community Nursing</i>, 16 (5), s. 238-245.</p>	<p>Hensikten med denne studien var å identifisere omsorgstiltak som ivaretar verdighet ved livets slutt basert på erfaringer fra hjemmesykepleiepraksis.</p>	<p>Kvalitativ, beskrivende studie. Fokusgrupper ble valgt som datainnsamlingsmetode. De brukte Cohchinov-modellen om verdighet som et forhåndsdefinert rammeverk. De innsamlede dataene ble strukturert etter denne modellen. 30 deltakere deltok. De ble delt inn i seks fokusgrupper, bestående av pasient, pårørende, allmennpraktiserende lege, hjemmesykepleier (2 fokusgrupper), pasient og pårørende sammen for å få frem familieperspektivet.</p>	<p>De kom frem til tre overordnede punkt, med følgende tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fysiske plager: Informasjon, lette bekymringer for symptomer ved hjelp av kommunikasjon og hverdagslige aktiviteter. -Ivaretagelse av verdighet: Se bort fra sykdommen - se mennesket bak, gi rom for autonomi, gi mulighet til å uttrykke følelser, -Sosiale forhold som har negativ eller positiv innvirkning av ens følelse av verdighet: Respekt, tidlig kontakt med pasienten og familien for å skape gode relasjoner, hjelp til forsoning med livsendringen, fremme trygghet ved kommunikasjon, gode holdninger blant sykepleierne, humor hos sykepleierne førte til en følelse av normalitet, støtte pasienten uten å ta over kontrollen. 	<p>Positivt:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ny forskning (2011) -Erfaringer fra hjemmesykepleien -Fra England - kulturlikheter -IMRAD struktur -Vitenskapelig nivå 1 -Studien beskriver konkrete omsorgstiltak -Synspunkt fra pasient, pårørende, allmennpraktiserende lege, hjemmesykepleier, pasient og pårørende sammen for å få frem familieperspektiv. -Etiske overveielser er inkludert <p>Negativt:</p> <ul style="list-style-type: none"> -I byen der studien ble utført ble pasientene ivaretatt av Marie Curie om natten, som er en frivillig pleieorganisasjon, så hjemmesykepleien var ikke tilstede om natten. -Omtaler verdighet, men mye kan knyttes opp mot trygghet
<p>Griggs, C. (2010) Community nurses' perceptions of a good death: a qualitative exploratory study. I: <i>International Journal of Palliative Nursing</i>, 16 (3), s. 140-149.</p>	<p>Hensikten med denne studien var å få innsikt i hjemmesykepleieres oppfatning av en god død, og identifisere sentrale faktorer. De håpte å identifisere de vanligste problemene for å muliggjøre utarbeiding av anbefalinger. Dette for å forbedre pasientomsorgen og redusere presset på sykepleiere.</p>	<p>En kvalitativ, utforskende studie, basert på semistrukturerte intervju. 17 hjemmesykepleiere fra England deltok.</p>	<p>De identifiserte følgende sentrale faktorer for en god død:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Symptomlindring -Respekt for pasientens ønsker og valg -Ærlighet -Tverrfaglig samarbeid -Kommunikasjon (informasjon) -Effektiv forberedelse og organisering -Problemfri omsorg <p>Når disse faktorene er på plass, er en god død mulig.</p>	<p>Positivt:</p> <ul style="list-style-type: none"> -IMRAD struktur -Ny studie (2010) -Fra England - kulturlikheter -Etiske overveielser er inkludert <p>Negativt:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Etter grundig granskning og gjennomgang av artikkelen, ses det på nåværende tidspunkt ikke noe som kan betegnes som negativt.