

Petter Nordby Kjelsberg

Faktorer som påvirker palliativ behandling i hjemmet

Betydning for vernepleiefaglig praksis og kompetanse

Bacheloroppgave i vernepleie

Veileder: Lise Tevik Løvseth

Mai 2022

Petter Nordby Kjelsberg

Faktorer som påvirker palliativ behandling i hjemmet

Betydning for vernepleiefaglig praksis og
kompetanse

Bacheloroppgave i vernepleie
Veileder: Lise Tevik Løvseth
Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for psykisk helse



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Tittel: Faktorer som påvirker palliativ behandling i hjemmet: Betydning for vernepleiefaglig praksis og kompetanse

Introduksjon: Mennesker lever i dag lengre enn før og muligheten for å dø hjemme har vært lite fokusert på, men har i de senere årene fått mer oppmerksomhet. Flere pasienter ønsker å dø i trygge omgivelser og det krever mer fokus på palliativ behandling i hjemmet.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å undersøke hvilke fagkunnskaper og temaer som er viktig i palliativ behandling hjemme, for å relatere dette til vernepleiefaglig praksis.

Metode: Oppgaven benytter seg av metoden litteraturstudie, og tar for seg relevant litteratur, samt fem relevante forskningsartikler.

Resultat: De fem valgte artiklene for oppgaven tar for seg ulike resultater som er relevante i palliativ behandling i hjemmet. På bakgrunn av resultatene i artiklene ble fire tema valgt og diskutert: 1. tverrfaglig samarbeid, 2. kompetanse, 3. pasientsentrert omsorg og 4. god livskvalitet.

Konklusjon: Vernepleieren har kompetanse som er sentral i hjemmebasert palliativ behandling. Kompetanse innen medisin, psykisk og fysisk sykdom, god livskvalitet og pasientsentrert omsorg er viktig for god behandling. Tverrfaglig samarbeid og miljøterapi sikrer god livskvalitet, en spesialkompetanse vernepleieren har. Det er for få pleiere i palliativ behandling, men ved bruk av vernepleiere vil antall pleiere øke. Sykdomslære og medisin er sentrale kompetanser, men like viktig er det å kunne tilby alternativ behandling. Det sikrer god livskvalitet ved livets slutt, og det er kompetanse vernepleiere har.

Nøkkelord: Palliativ behandling, vernepleier, hjemmedød, god livskvalitet, tverrfaglig kompetanse, pasientsentrert omsorg, miljøterapi, alternativ behandling

Antall ord: 6931

Summary

Title: Factors that affect palliative care at home: Significance for disability nurse practice and competence.

Introduction: People are living longer than before and the possibility of dying at home has been little focused on but has in recent years received more attention. More patients want to die in a safe environment, and it requires more focus on palliative care at home.

Purpose: The purpose of my research is to investigate which professional knowledge and topics that are important in palliative care at home, to relate this to disability nurse practice.

Method: Literature studies has been used as a method with relevant literature, as well as five relevant research articles.

Result: The five selected articles for the research include results that are relevant in palliative care at home. Based on the results in the articles, four topics were chosen and discussed: 1. interdisciplinary collaboration, 2. competence, 3. patient-centered care and 4. good quality of life.

Conclusion: The disability nurse has competence that is central to home-based palliative care. Competence in medicine, mental and physical diseases, good quality of life and patient-centered care are important for good treatment. Interdisciplinary collaboration and environmental therapy ensure a good quality of life, a special competence the disability nurse has. There are too few nurses in palliative care, but using a disability nurse, the number of nurses will increase. Pathology and medicine are key competencies, but it is equally important to be able to offer alternative treatment. It ensures a good quality of life at the end of life, and this is competence the disability nurse has.

Keywords: Palliative care, disability nurse, home death, good quality of life, interdisciplinary competence, patient-centered care, environmental therapy, alternative treatment.

Number of words: 6931

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema	1
1.2 Forforståelse	1
1.3 Hensikten med oppgaven	2
1.4 Avgrensning	2
1.5 Oppgavens disposisjon	2
2.0 Teori	3
2.1 Palliativ behandling	3
2.2 Tverrfaglig pasientorientert behandling	4
2.3 Hjemmedød	4
2.4 Vernepleierens kompetanse	5
3.0 Metode	7
3.1 Søkeprosess	7
3.2 Litteratormatrise	10
3.3 Analyse	15
4.0 Resultat	17
4.1 Tverrfaglig samarbeid	17
4.2 Kompetanse	17
4.3 Pasientsentrert omsorg	18
4.4 God livskvalitet	18
5.0 Diskusjon	20
5.1 Tverrfaglig samarbeid	20
5.2 Kompetanse	21
5.3 Pasientsentrert omsorg	23
5.4 God livskvalitet	24
5.5 Metodediskusjon	25
6.0 Konklusjon	26
7.0 Litteraturliste	27

1.0 Innledning

Temaet i denne oppgaven baserer seg på hvordan vernepleiere kan benytte sin kompetanse til å utføre palliativ behandling i hjemmet. Behovet for kunnskap om god palliativ behandling har økt, noe som kan føre til økt andel hjemmedød (Kaasa & Loge, 2016, s. 164). Det medfører tjenester som palliativ behandling av eldre flyttes fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, hvor begge disse arenaene er arbeidsplasser vernepleiere kan få sentral rolle. Behovet for kunnskap om palliativ behandling i vernepleie er derfor sentralt.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Oppgaven baserer seg på betydningen av å la pasienter i palliativ behandling få muligheten til å dø hjemme, og hvordan vernepleiefaglig kompetanse og praksis kan bidra til at dette skjer på en god måte. Temaet er spennende da mange ikke kjenner til vernepleiernes kompetanse og arbeidsfelt, og det er flere faktorer i behandlingen der vernepleieren kan bidra med bredde i kunnskap. Derfor er det hensiktsmessig å kunne undersøke vernepleierens rolle i palliativ behandling. Som en følge av dette er oppgavens problemstilling følgende:

Hvilken betydning har vernepleiefaglig praksis og kompetanse for faktorer som påvirker palliativ behandling i hjemmet?

1.2 Forforståelse

Temaet ble først kjent da jeg var i sykehjempraksis på vernepleierstudiet. Jeg hadde jobbet med eldre pasienter tidligere gjennom min jobb i hjemmetjenesten, men ikke på et sykehjem. Under praksis fikk jeg oppleve flere dødsfall og erfare prosessen i palliativ behandling. Flere av de ansatte hadde lang erfaring og jeg fikk god opplæring. Selv om dødsfall er emosjonelt tungt og trist, opplevde jeg at slikt arbeid var givende da jeg fikk se betydningen av behandlingen for pasienten og pårørende. Dette ga meg motivasjon til å skrive om palliativ behandling. Min kunnskap om pleiepersonalet i palliativ behandling er fra samarbeid med sykepleiere og vernepleiere som har jobbet med palliative pasienter, samt mine veiledere på jobb og i praksis. På bakgrunn av dette, bestemte jeg meg for å undersøke temaet sett hen til vernepleiefaglig relevans. Det ga meg inspirasjon til å undersøke hvordan vernepleieren kan bruke sine fagkunnskaper for å sikre optimal livskvalitet for pasienter med hjemmebasert omsorg ved livets slutfase.

1.3 Hensikten med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvilke fagkunnskaper og tema som er viktig i palliativ behandling hjemme til pasienten, for å relatere dette til vernepleiefaglig praksis. Ved å knytte sammen teori om palliativ behandling, funn fra litteratursøk og kunnskap om vernepleierfaglig kompetanse kan oppgaven bidra til kunnskap om vernepleierens rolle i palliativ behandling.

1.4 Avgrensning

Oppgaven har hovedfokus på vernepleierens rolle i palliativ behandling for eldre i hjemmebasert omsorg. Oppgaven vil ikke omhandle sykdommer, aldersgrupper og spesialisthelsetjenesten. Siden fokuset er palliativ behandling i vårt omsorgssystem, er det relevant å basere studien på kunnskapsgrunnlag fra Norge eller skandinaviske land med tilsvarende helse og velferdssystem.

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven innleder i punkt 2.0 med relevant teori om palliativ behandling i hjemmebasert omsorg med pasienten i sentrum og vernepleierens kompetanse. Deretter, i punkt 3.0 og 4.0, presenteres litteraturstudiet med fremgangsmåte, analyse og systematisering av resultatene i de fem fagfelleverderte artiklene. I punkt 5.0 vil resultatene drøftes i forhold til vernepleiefaglig kompetanse og relevans i palliativ behandling. Endelig konkluderes det i punkt 6.0.

2.0 Teori

2.1 Palliativ behandling

Palliativ behandling defineres som pleie og omsorg med hensikt å forbedre livskvalitet og lindre lidelse hos pasientene med livstruende sykdom (Helsedirektoratet, 2018). Det innebærer at pasientene får dekket hjelpebehovet, med tilrettelegging etter deres ønske (Kaasa & Loge, 2016, s. 36). Dette kan være krevende, og det stilles krav til god organisering av helsetjenesten (Kaasa & Loge, 2016, s. 34).

For helsepersonell som gir behandling, viser omsorg og pleier pasienten er det viktig å ha spesialutdannelse (Kaasa & Loge, 2016, s. 41). Det vil også være viktig å se etter behov pasienten trenger ved å planlegge og sette i gang tiltak på rett tidspunkt (Kaasa & Loge, 2016, s. 43). Ved sykdom er det ansvarlig lege som diagnostiserer og bestemmer behandlingsintensjon. Palliativ behandling settes i gang om behandlingen ikke oppnår ønsket effekt (Kaasa & Loge, 2016, s. 43). Når pasienten ikke responderer like godt på behandlingen, besluttes ny behandlingsform. Det rapporteres til behandlende lege, som tar en beslutning basert på observasjoner fra personalet. (Kaasa & Loge, 2016, s. 42-43). Livsforlengende behandling avsluttes ikke, men i tillegg gjennomføres palliativ behandling. Dette for å forebygge eller forsinke symptomene i den hensikt å forlenge livet. Det vil til slutt være nødvendig å begynne med lindring fremfor livsforlengende behandling (Kaasa & Loge, 2016, s. 44). Dette inkluderer behandling som følge av surkling, økt søvnbehov og miste interesse for omgivelser. Denne fasen av behandlingen kalles terminalfase (Kaasa & Loge, 2016, s. 640). Utfordringen med dette er å finne ut hvilken type behandling pasienten er mest tjent med. Det krever at personalet har god kunnskap fysiske og psykiske behov, effekt av behandling, og sosiale behov (Kaasa & Loge, 2016, s. 45).

Palliativ behandling i terminalfase krever kunnskap om levetid, gode kommunikasjonsevner og kartleggingsverktøy (Kaasa & Loge, 2016, s. 114). Det sikrer trygghet hos pasienten og motvirker usikkerhet og tristhet i en sårbar livssituasjon (Kaasa & Loge, 2016, s. 62). Det er også viktig å la pasienten forstå prognosen og tidsforløpet ved sykdomsbildet (Kaasa & Loge, 2016, s. 65). Å lytte til hva pasienten selv ønsker, og observere atferden, kan sikre observasjoner på ulike tegn som indikerer endring (Kaasa & Loge, 2016, s. 63). Det kan være psykiske aspekter som uro, angst, depresjon og sinne. Det kan også være fysiske tegn som smerter og utmattelse (Kaasa & Loge, 2016, s. 63-67). Videre er det nødvendig å være oppmerksom på sosial nærhet og kontakt. Pasienter som behandles vil aldri ha enten bare fysiske eller psykiske

symptomer. Symptomene opptrer ofte samtidig, og må bli tatt hensyn til (Kaasa & Loge, 2016, s. 63-67).

2.2 Tverrfaglig pasientorientert behandling

Tverrfaglig samarbeid er sentralt for å håndtere utfordringer og ivareta pasienter i palliativ behandling. Det er viktig å ha innsats og samarbeid fra helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenestene. (Kaasa & Loge, 2016, s. 113). Ansvar- og oppgavefordeling bør være tydelig mellom lege og pleiepersonell. Det er derfor viktig å avklare hva som kan delegeres til hjemmetjenesten (Kaasa & Loge, 2016, s. 42).

Et grunnleggende prinsipp for behandlingen er pasientorientert behandling. Pasienten skal ha mulighet til å være med på beslutninger om behandlingen. Personalet må derfor ha kunnskap om kvalitet i utførelse av pleie og kommunikasjon (Kaasa & Loge, 2016, s. 46). Det er også viktig å lytte slik at pasientene får uttrykt sine meninger og tanker, samtidig gir det personalet et større overblikk av situasjonen (Kaasa & Loge, 2016, s. 63). Et viktig poeng i palliativ behandling er at pasienter kan være redusert for muligheten til selvbestemmelse. Dette blir også kalt autonomi, og autonomihemmede faktorer kan oppstå under behandlingen (Kaasa & Loge, 2016, s. 93). Dette kan være smerter, kvalme, oppkast, forstoppelse og depresjon og det er derfor viktig å la pasienten ha mulighet til selvbestemmelse (Kaasa & Loge, 2016, s. 93).

2.3 Hjemmedød

Med hjemmebasert behandling er hensikten å legge til rette for pleie, omsorg og behandling i hjemmet (Helsedirektoratet, 2018). Et viktig fokus i behandling av eldre er å gi muligheten til å bli boende hjemme lengst mulig (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 21). Det er i hovedsak kommunene som har ansvar for å gi hjemmebaserte tjenester (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 21). Et viktig tema i hjemmebasert omsorg er å sette pasientenes behov først. Pasientene skal få mulighet til å fortelle hva som er viktig for de, slik at følelsen av mestring er til stede (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 21). Årsaken til at slike tjenester blir tilbudt er fordi pasienter skal få være i trygge omgivelser, selv når pasientens liv går mot slutten (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 21).

Muligheten for å få palliativ pleie i hjemmet er viktig, og derfor er kompetanse et sentralt fokusområde, slik at flere kan være nøkkelpersoner med god kjennskap til kompetansen som kreves (Kaasa & Loge, 2016, s. 164). Det skal også sørges for at psykologiske behov, som individuelle ønsker og sosialisering blir ivaretatt. Det ivaretas gjennom

personlige preferanser, sosial støtte og samtaler. Det innebærer å kartlegge hvem pasienten ønsker å ha i sitt nærmiljø den siste tiden (Kaasa & Loge, 2016, s. 163).

En hjemmebasert tjeneste er nødt til å være fleksibel og tilpasset (Kaasa & Loge, 2016, s. 113). Når prosessen settes i gang, kreves tverrfaglig kompetanse innen palliasjon for å lage et godt tilbud. Fastlege og hjemmetjenesten gir hjemmebesøk, og skal sørge for at pasienten blir ivaretatt med medisin, omsorg, pleie og behandling. Er det behov for andre faggrupper, skal de også være med på prosessen (Kaasa & Loge, 2016, s. 117).

Når helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten skal sørge for god behandlingsplan, er det viktig å gjennomføre samtaler med pasienten. Hvis dette ikke lar seg gjøre, skal pårørende og lege ta ansvar for behandlingsplanen (Helsedirektoratet, 2013). Dette gjøres ved å ivareta pasientens ønsker ved livets slutfase. Dette kan være å seponere medisin, ønsker med behandlingen, eller andre hensyn basert på pasienten ønsker (Kaasa & Loge, 2016, s. 165).

En koordinert tjeneste mellom helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenestene sørger for muligheten til å dø hjemme (Kaasa & Loge, 2016, s. 166-167). Det er viktig at personalet har tilstrekkelig kompetanse og har kjennskap til utsyr og medisin som trengs (Kaasa & Loge, 2016, s. 167). Helsepersonalet i hjemmetjenesten skal sørge for å ivareta kontinuitet og tilgjengelighet. Personene må være fleksible, da uforutsette situasjoner kan oppstå. Det å være en pleier som kan lytte og se pasienten er viktig for å skape trygghet, samtidig som informasjonen blir gitt til alle involverte (Kaasa & Loge, 2016, s. 168).

2.4 Vernepleierens kompetanse

En vernepleier har bred kompetanse som kan benyttes i mange helsetjenester. Rammeplanen for vernepleierutdanningen understreker at utdannede vernepleiere skal være kvalifisert til å utføre miljøarbeid med mennesker som har fysiske, psykiske og sosiale vansker (Nordlund et al., 2015, s.16). En slik beskrivelse er bred, men vernepleiere har spesifikk kompetanse som er relevant for palliativ behandling.

Ifølge forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanningen står det at utdanningen gir kunnskap om kommunikasjon og samhandling/samarbeid (Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning, 2019, § 2). Ifølge Nordlund et al. (2015, s. 21) er dette viktig for å bidra til god helsehjelp. God helsehjelp innebærer å ha kjennskap til ulike kommunikasjonsformer, hvor pasienten kan uttrykke seg på ulike

måter. Det vil være nødvendig å kunne samarbeide med ulike profesjoner. Vernepleierne har god kompetanse på tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon (Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning, 2019, § 4-5). Tverrfaglighet innebærer samarbeid for å løse problemene i den hensikt å oppnå felles mål. Det vil også dekke pasientens behov på flere områder (Ingstad, 2019, s. 118). Videre har vernepleiere kompetanse på kartlegging og tiltaksarbeid, som sørger for at pasientens behov ivaretas (Brask et al., 2016, s. 24). Dette er sentralt for å planlegge, gjennomføre og sette i gang tiltak for å gi behandling som skaper god livskvalitet (Brask et al., 2016, s. 24).

God livskvalitet innebærer å sette pasienten i sentrum. Fokuset på pasientens livskvalitet på både individnivå og systemnivå er avgjørende for å kunne gi et verdig liv, selv om livet er i slutfase (Nordlund et al, 2015, s. 23). Vernepleieren skal sørge for autonomi og mestring i hverdagen. Helsehjelpen tilrettelegges for den enkeltes fysiske og psykiske behov og være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett, i samsvar med pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1).

Vernepleiere har tilstrekkelig medisinfaglig kompetanse til å håndtere legemidler og prosedyrer ved palliativ behandling, i samarbeid med ansvarlig lege. Det er derfor ingen begrensninger i vernepleierens legemiddelhåndtering og medisinske prosedyrer (Fellesorganisasjonen, u.å.). Vernepleierens kompetanse om miljøterapi kan også være aktuelt. Miljøterapi er arbeid som påvirker individuelle forutsetninger der effekten er økt livskvalitet og mestring (Brask et al., 2016, s. 23-24). Miljøterapeutisk arbeid bedrer fysiske, psykisk og sosiale behov som kan være viktig i palliativ behandling hvor utvikling av sykdom kan oppleves som utfordrende (Brask et al., 2016, s. 23-24). Det å kunne analysere atferd og sette inn tiltak for å sikre god livskvalitet er nødvendig kompetanse i hjemmebasert behandling, en kompetanse vernepleiere har (Fellesorganisasjonen, u.å.).

Med økning av palliativ behandling i hjemmebasert omsorg vil vernepleiefaglig kompetanse være sentral for flere områder og faser i behandlingen. Det er relevant å undersøke hvilke faktorer som påvirker palliativ behandling i hjemmet, og hvilken betydning det har for vernepleiefaglig praksis og kompetanse.

3.0 Metode

Opgaven er en litteraturstudie som baserer seg på data fra fem ulike studier innenfor det valgte temaet. Litteratursøk tar utgangspunkt i rammeverket fra Thidemann (2019, s. 77) sin fremgangsmåte for å finne data. Det innebærer systematisk søk etter relevant litteratur, analyse av resultatene og identifisere overordnede tema som er relevante for å besvare problemstillingen.

Fremgangsmåten bidrar til en god oversikt over relevante artikler, og en bedre forståelse for min problemstilling (Thidemann, 2019, s. 77-78). Ved funn av artikler og søkeord som er relevante for temaet, bidrar det til mer systematisk litteratursøk for å oppdage relevante artikler som dekker problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 81). For å sikre at artiklene er relevante, ble sammendragene og IMRaD-strukturen benyttet (Introduksjon, Metode, Resultater og Diskusjon). Det gjorde gjennomgangen av artiklene effektivt og innholdet ble forstått (Thidemann, 2019, s. 30).

3.1 Søkeprosess

For å få en oversikt over artiklene som er relevante for problemstillingen, ble hjelpemidlet PICO (Patient, Intervention, Comparison and Outcomes) benyttet, se Tabell 1. Det ga oversikt over hovedbegrepene slik at søkeprosessen går lettere (Thidemann, 2019, s. 84).

Tabell 1 PICO-skjema

Patient (hvem)	Intervention (hva)	Comparison (alternativ)	Outcomes (resultat)
Eldre pasienter i palliativ behandling	Hjemmedød	Ingen	Vernepleierens rolle i palliativ behandling

Søkeprosessen startet med et innledende litteratursøk (Thidemann, 2019, s. 81-82). Dette er for å skaffe en god oversikt over litteraturen på fagfeltet, gjennom et generelt søk i bibliotekets søkeportal Oria. I starten av søkeprosessen var det en fordel å bruke søkeord som dekket større deler av fagfeltet, som begrepene «palliative care» og «nurse». Begrepene ga mange treff og det ble lest noen abstract og artikler. Dette ga en god oversikt over fagfeltet og mer egnede søkeord for problemstillingen. Søkeordene «home care» og «Norway» ble benyttet etter å ha fått oversikt over relevante søketermer fra det innledende søket. Disse søkeordene ga færre og mer relevant treff relevant for problemstillingen.

Ut ifra dette ble det utarbeidet en liste med kriterier som sørget for å avgrense litteratursøket. Disse kriteriene ville inkludere og ekskludere slik at søket har sin hensikt for å finne ønsket kunnskap (Thidemann, 2019, s. 83). Inklusjons- og eksklusjonskriteriene er vist i Tabell 2.

Tabell 2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfellevurdert	Ikke fagfellevurdert
Eldre	Barn og unge
Vitenskapelige artikler	Review
Norske studier	Utenlandske
Hjemmebasert behandling	Sykehjem og sykehus
Artikler publisert fra 2010	Artikler eldre enn 12 år
Tjenesteyters perspektiv	Pasient- og pårørendeperspektiv

Deretter ble det gjort et systematisk litteratursøk som vist i Tabell 3 for å finne de artiklene som benyttes i oppgaven. Søkematriksen i Tabell 3 viser hvordan søkeprosessen har utviklet seg. I systematisk søk er det viktig at søket blir snevret inn slik at resultatene blir ønskelig ut ifra problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 82).

Fagdatabasene Web of Science og PubMed ble benyttet, da de inkluderer tidsskrift som er relevante for fagfeltet og problemstillingen.

Søkeordene som ble benyttet var engelske på grunn av problemer med å finne gode artikler på norsk. Søkeordet «nurse» fremfor «vernepleier» bidro til relevante treff på tema om palliativ behandling i hjemmet. Søkekriteriene ble også avgrenset til «Norway», som resulterte i artikler fra Skandinavia, som representerer like metoder for å behandle pasienter palliativt. Det resulterte i få treff og det ble derfor lest en del artikler, og som Tabell 3 viser, resulterte det i en valgt artikkel. I oppgavens problemstilling er det ønskelig å finne ut hva en vernepleier kan bidra med. Etter å ha lest noen artikler ble det oppdaget at utfordringer og intervensjoner var overførbare til vernepleie. Det ble lest abstract og artikler, og slik som vist i Tabell 3 resulterte dette i bare en valgt artikkel da de ble vurdert ikke gode nok. Det resulterte i at søkeordene måtte endres til «palliative nursing» og det resulterte i to artikler som ble funnet gode nok. Til slutt ble «caring relationship» benyttet som søkeord etter å ha observert dette i annen artikkel, som resulterte i et funn av en god artikkel. Basert på disse kriteriene ble det valgt fem relevante artikler med kunnskapsgrunnlag som relevante for problemstillingen.

Tabell 3 søkematrise

Søke- dato	Søk nr.	Søkeord	Avgrens- ning	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
12.02.22	1	Palliative care Home care Nurse Norway	2010- 2022 PubMed Articles	68	6	3	1
28.04.22	2	Palliative care Home care Nurse Challenges	Articles 2010- 2022 Web of science	26	12	5	0
28.04.22	3	Palliative care Intervention Death at home Norway	Articles Web of science	10	8	3	1
28.04.22	4	Palliative nursing Home care Norway	Articles Web of science	105	15	7	2
28.04.22	5	Palliative care Nurse Caring relationship Norway	Articles 2010- 2022 Web of science	26	8	9	1

3.2 Litteratormatrise

Litteratormatrisen er et godt rammeverk for å strukturere relevant informasjon fra de valgte artiklene om metode, resultater, styrker og begrensninger (Thidemann, 2019, s. 95). Det ble utarbeidet en litteratormatrise for hver artikkel som vist i tabell 4-8.

Tabell 4: Artikkel 1

Referanse	Danielsen, B. V., Sand, A. M., Rosland, J. H., & Førland, O. (2018). Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care - a qualitative study. <i>BMC palliative care</i> , 17(1), 95. Hentet 12.02.22 fra: https://doi.org/10.1186/s12904-018-0350-0
Hensikt med studien	Studien undersøker hvordan legge til rette for og hva som hemmer muligheten for hjemmedød.
Metode benyttet	Metoden er kvalitativ forskning med semistrukturerte intervju.
Utvalg	19 ansatte i kommunehelsetjeneste deltok. Det var sykepleiere og assistenter i hjemmesykepleien og fastleger. 8 deltakere er fastleger, 4 er assistenter og 7 er sykepleiere. Aldersgruppen er mellom 30 og 70 år. Alle deltakerne er fra Norge.
Hovedfunn	Artikkelen har 3 hovedfunn. 1) betydningen av å få en god start med behandlingen for å sikre trygge omgivelser med god behandlingsplan, god dialog mellom helsepersonalet i behandlingen og tilgjengelighet fra pleierne. 2) «passere stafettpinnen». Funnet presiserer mangel på samarbeid mellom sykehusene og kommunehelsetjeneste. 3) hvordan unngå ny innleggelse på sykehuset. Forskningen presiserer nødvendigheten med god kompetanse og rådgiving. For pleiere i kommunehelsetjeneste er toleranse og aksept viktig, men også at de er fleksible slik at pasienten sitt behov blir ivaretatt.
Kvalitetsvurdering	Styrker: Legene og pleierne er erfarne innen fagfeltet. Alle har relevant utdanning eller er under spesialisering, og har jobbet med palliativ behandling. Det er en styrke at dataene kommer fra leger og pleiere. Begrensninger: Funnet er mest relevant for kommunene. Pasientens stemme er ikke hørt. Det er relativt få deltakere, noe som kan gjøre svarene lite generaliserbare.
Relevans	Artikkelen undersøker forhold som gjør det mulig å legge til rette for at pasienten skal få dø hjemme. Den ser også på utfordringer som kan oppstå ved slik behandling. Funnene blir sett gjennom pleiere i kommunehelsetjenesten.
Etiske overveielser	De etiske forholdene som ble tatt hensyn til var norsk forskningslov og forskrift. Deltakerne mottok informasjon på forhånd og hadde mulighet til samtykke. Anonymitet og konfidensialitet ble tatt hensyn til og deltakerne hadde mulighet til å trekke seg. Prosjektet ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD).

Tabell 5: Artikkel 2

Referanse	Devik, S. A., Enmarker, I., & Hellzen, O. (2020). Nurses' experiences of compassion when giving palliative care at home. <i>Nursing ethics</i> , 27(1), 194–205. Hentet 28.04.22 fra: https://doi.org/10.1177/0969733019839218
Hensikt med studien	Hensikten med studien var å undersøke erfaringer sykepleiere har med medfølelse for palliative pasienter i hjemmesykepleien.
Metode benyttet	Denne studien er en kvalitativ analyse med narrative intervjuer analysert med hermeneutisk sirkling.
Utvalg	Deltakerne var 10 sykepleiere som jobbet innen kommunale hjemmetjeneste i Midt-Norge. Kjønnfordelingen var 4 menn og 6 kvinner i alderen 29-63 år. Erfaringen med palliativ behandling fra 4 til 36 år.
Hovedfunn	Et funn er at personalet oppfattet og ivaretar pasientene forskjellig, men har et stort omsorgsbehov. Det kommer frem at medfølelse og sympati er viktig. Det påpekes viktigheten med å se hele pasienten som sykdomsprognose, psykiske behov, sosiale behov og vite når pasienten trenger hjelp. Det er også viktig å vite hvordan tolkningen av ulike uttrykk, følelser og atferd skal håndteres da pasientens kan være redd. Et resultat er god pasientsentrert omsorg med å se og gjøre det lille ekstra. Et annet resultat er at hjemmebasert omsorg påvirkes av opplevelsen sammen med pasienten, som går utover behandlingen.
Kvalitetsvurdering	Styrker: Artikkelen beskriver personlige refleksjoner og opplevelser. Informasjonen kommer tydelig frem. Samme forsker gjennomførte intervjuene og tolket innholdet. Begrensninger: Funnet kan ikke generaliseres, men kan gi mulighet til ny forskning. Det ble ikke tatt hensyn til arbeidsmiljø og belastning. Resultatet kan få subjektiv mening av tolkningen fra resultatene med samme forsker. Det er få deltakere, noe som kan gjøre svarene lite generaliserbare.
Relevans	Artikkelen baserer seg på opplevelser for pleiere som behandler palliative pasienter i hjemmene. Den viser viktigheten med å ikke gi opp pasienten selv om det kan være krevende.
Etiske overveielser	Dataen brukt i denne studien ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste med tillatelse av gjenbruk. Det ble gitt skriftlig og muntlig informasjon om studien og alle ga samtykke til å delta. All informasjon ble holdt anonymt.

Tabell 6: Artikkel 3

Referanse	Bergdahl, E., Benzein, E., Ternestedt, B. M., & Andershed, B. (2011). Development of nurses' abilities to reflect on how to create good caring relationships with patients in palliative care: an action research approach. <i>Nursing inquiry</i> , 18(2), 111–122. Hentet 28.04.22 fra: https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2011.00527.x
Hensikt med studien	Studien undersøker hvordan skape god omsorg for pasienter i palliativ behandling i hjemmet. Studien baserer seg på aksjonsforskning. Målet er å finne ny teori innen omsorgsarbeid.
Metode benyttet	Metoden benyttet i denne artikkelen er aksjonsforskning, et intervensjonsarbeid som måler effekten av et tiltak
Utvalg	Deltakerne var 7 kvinnelige sykepleiere og en mannlig sykepleier fra Sverige. Alle hadde jobbet i helse mellom 3-26 år. Aldersfordelingen er 24 til 50 år.
Hovedfunn	Et funn var at mangel på kommunikasjonsevnene påvirker behandling negativt. Informantene mente det var for lite tid til refleksjon og diskusjon. Resultatene viste at kunnskap, viljen til å gjøre godt, oppfattende og åpen, tilgjengelig og forstå situasjonen er avgjørende for å skape gode omsorgsforhold. Et annet resultat var viktigheten med bred kunnskap i palliativ behandling. Dette innebærer sosiale, psykiske og fysiske behov. Artikkelen fant betydningen av autonomi var viktig, ved å høre på hva pasientens ønsker fremfor at pleiere blir overbeskyttende og prøver for mye.
Kvalitetsvurdering	Styrker: Artikkelen baserer seg på erfaringer pleiere har med palliativ behandling. Deltakerne reflekterer sammen fra utdelte caser. Alle deltakerne hadde jobbet inne helse. Begrensninger: Få deltakere noe som gjør svarene subjektive. Det er også ingenting om hjemmebasert behandling, men generelle krav til behandlingen. Forskeren har hatt en dobbeltrolle ved å være deltaker og forsker samtidig. Beskrivelsene av problemene ble notert ned av forsker som deltok.
Relevans	Artikkelen er relevant da den presenterer funn som baserer seg hva som er viktig i palliativ behandling.
Etiske overveielser	Deltakerne fikk informasjon, både skriftlig og muntlig, om prosjektet. Data ble anonymisert og deltakelsen var frivillig. De kunne trekke seg når som helt. Prosjektet var godkjent av det svenske forskningsrådet.

Tabell 7: Artikkel 4

Referanse	Jordhøy, M. S., Fayers, P., Saltnes, T., Ahlner-Elmqvist, M., Jannert, M., & Kaasa, S. (2000). A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomised trial. <i>Lancet (London, England)</i> , 356(9233), 888–893. Hentet 28.04.22 fra: https://doi.org/10.1016/s0140-6736(00)02678-7
Hensikt med studien	Studien undersøker fordelene ved palliativ behandling hjemme mot å få behandling ved sykehus eller sykehjem.
Metode benyttet	Metoden som ble benyttet er en randomisert kontrollert undersøkelse
Utvalg	Deltakerne var på innbyggere i Trondheim kommune og nabokommunene Malvik og Melhus. 434 pasienter deltok med forventet levetid mellom 2-9 måneder. Alle deltakeren var eldre enn 60 år.
Hovedfunn	Det er økning av dødsfall i hjemmene, men fortsatt lavt i forhold til ønsket fra pasienter om å få dø hjemme. Artikkelen påpeker viktigheten med pasienten sine preferanser skal bli tatt hensyn til. En utfordring er stor belastning for familier. Det presiseres at kapasiteten på sykehjem og sykehus er utfordrende. Artikkelen påpeker mangel på ressurser i hjemmesykepleien. Det kreves mer kompetanse, fleksibilitet og tverrfaglig samarbeid.
Kvalitetsvurdering	Styrker: Viser betydningen av å ha ulike alternativ til behandlingsplasser. Pasientens stemme blir hørt. Begrensninger: Randomisert kontrollert undersøkelse kan gjøre at resultatene ikke kan generaliseres, da behandling i helse er under stadig utvikling. Studien er fra 2000.
Relevans	Selv om artikkelen er gammel, presiseres det viktigheten med pasienten sin stemme og mening. Den undersøker effekten ved mangel på sengeplasser på sykehjemmene og sykehusene, og som setter lys på palliativ behandling i hjemme.
Etiske overveielser	Artikkelen ble godkjent av den etikkutvalget ved NTNU.

Tabell 8: Artikkel 5

Referanse	Staats, K., Tranvåg, O., & Grov, E. K. (2018). Home-Care Nurses' Experience With Medication Kit in Palliative Care. <i>Journal of hospice and palliative nursing: JHPN: the official journal of the Hospice and Palliative Nurses Association</i> , 20(6), E1–E9. Hentet 28.04.22 fra: https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000518
Hensikt med studien	Hensikten med studien var å øke forståelsen for medikamentbehandling i hjemmet til pleiere i hjemmetjenesten som behandlet palliative pasienter.
Metode benyttet	Metoden som ble benyttet var kvalitativt basert dybdeintervju analysert med hermeneutisk metode.
Utvalg	Deltakerne var 18 sykepleiere fra Norge. Alderen var mellom 30 og 62 år, med erfaring mellom 1 til 39 år.
Hovedfunn	Deltakerne rapporterer at medikamentbehandlingen fungerer på en god måte innen palliativ behandling. Det sikrer at pasienten kan få en trygg og smertefri periode i hjemmet. Viktigheten med kommunikasjonen mellom lege og hjemmesykepleien er et sentralt funn. Kartlegging, planlegging og strukturering av behandlingen til pasienten er avgjørende. Det rapporteres utfordringer med medisinbehandling. Det rapporteres også viktigheten med å ha god nok kompetanse for å vurdere hvilken medisinbehandling pasienten trenger. Det presiseres at kunnskap om alternativ behandling for medisin er viktig, da livskvaliteten skal bli tatt vare på. Et funn visert il at godt tverrfaglig samarbeid er avgjørende, og kartlegging av ønskene til pasienten er med å sikre god livskvalitet.
Kvalitetsvurdering	Styrker: Artikkelen undersøker fordeler med medisinbehandling, men også potensialet i alternative behandlingsmetoder for å sikre god livskvalitet. Artikkelen undersøker viktigheten med å ha fokus på pasienten, og et samarbeid med involverte helsepersonell. Begrensninger: Pasienten sin stemme blir ikke hørt. Det er relativt få deltakere i undersøkelsen. Den begrenser seg stort sett til medisinsk perspektiv, selv om alternativ behandling blir nevnt.
Relevans	Den har funn relevant for kompetansefeltet i palliativ behandling som er relevant for vernepleiefaglig praksis. Den påpeker også alternativ behandling som mulig behandling.
Etiske overveielser	Artikkelen ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata. Forskerne tok hensyn til anonymitet og deltakerne fikk informasjon om innholdet i forskningen. Deltakerne samtykket og kunne trekke seg. Informasjonen holdes konfidensielt.

3.3 Analyse

Når artiklene skal analyseres er det viktig å kvalitetssikre artiklene med å gjennomføre en sjekk (Thidemann, 2019, s. 91). Det ble benyttet sjekklister fra helsebiblioteket, som sikret at artiklene inneholdt nødvendig informasjon (Helsebiblioteket, 2016).

Artiklene 1, 2 og 5 (Tabell 4, 5 og 8) er kvalitative studier som benytter seg av intervjuer (Danielsen et al., 2018; Devik et al., 2020; Staats et al., 2018). Der ble sjekklisten for kvalitativ studie benyttet inne på helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2020). Artikkel 4 (Tabell 7) er randomisert kontrollert studie (RCT) (Jordhøy et al., 2000). Her ble sjekklisten for RCT studier brukt for å kontrollere innholdet (Helsebiblioteket, 2020). Artikkel 3 (Tabell 6) benyttet seg av aksjonsforskning. Forskningen går ut på å sette i gang nye tiltak for å bedre kunnskapen, der forskeren medvirker selv (Bergdahl et al., 2011). Det ble ikke funnet noen sjekklister for slik studie. En generell sjekklister fra helsebiblioteket (2018) for oversiktsartikler ble benyttet for å kontrollere innholdet. Det ble også benyttet et søk på kanalregister for å kontrollere at artiklene var fagfellevurdert (Kanalregister, u.å.).

Analysen tar også utgangspunkt i en tematisk analysemodell, som bidrar til en trinnvis systematisk analyse (Thidemann, 2019, s. 96-97). Hovedpoenget med modellen er å finne begrep som oppsummerer temaene i henhold til problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 97).

Hver artikkel ble lest nøye, men ifølge Thidemann (2019, s. 91) er det viktig å være reflektert og kritisk. Et slikt fokus gir en god oversikt over innholdet og det ble notert ned tema som var relevante opp mot oppgavens problemstilling.

Etter grundig lesing av resultatene ble alle aktuelle tema plassert inn i Tematabell 9. Dette bidrar til å identifisere hvilke tema som er mest relevante for problemstillingen. I starten ble det forsøkt å markere funnene i artiklene med markeringstusj, noe modellen anbefaler. Det ble fort oppdaget at dette var uoversiktlig for arbeidsmåten (Thidemann, 2019, s. 97). For å få bedre oversikt over funnene, ble temaene nummerert og notert ned. Når analysen av resultatene var fullført, ble det belyst hvilke temaer som var felles i artiklene og tatt med videre i arbeidet med å identifisere overordnede tema. Det resulterte i fire tema relevant for min problemstilling som vist i Tematabell 9.

Tabell 9 Tematabell

Tema	Artikkel 1	Artikkel 2	Artikkel 3	Artikkel 4	Artikkel 5
Tverrfaglig samarbeid	X		X	X	X
Kompetanse	X	X	X	X	X
Pasientsentrert omsorg		X	X	X	
God livskvalitet	X	X	X		X

Noen valgte temaer hadde undertemaer. Tema kompetanse inneholdt blant annet kartlegging, kommunikasjon, medisinske prosedyrer og legemiddelhåndtering. Dette er tema som kunne vært egne tema, men det ble valgt og slå de sammen, da de er sentrale kompetansekrav. Også tema god livskvalitet ble slått sammen med alternativ behandling. Disse funnene blir presisert i resultat og diskusjon, i punkt 4.0 og 5.0.

4.0 Resultat

4.1 Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid er et gjennomgående tema i artiklene. Et funn i artikkel 1 påpeker viktigheten med godt samarbeid mellom helsepersonell. Danielsen et al. (2018, s. 4) viser til at det sikrer trygge omgivelser. Et godt samarbeid vil sørge for at behandlingsplanen blir opprettet, som pasienten føler seg komfortabel med. Danielsen et al. (2018, s. 4-5) viser at godt samarbeid vil minske innleggelse på sykehuset, ved å ha kontakt med lege og palliativ avdeling. I artikkel 3 påpeker deltakerne at muligheten for refleksjon med andre profesjoner var dårlig. Det rapporteres også at det er for lite diskusjoner om palliativ behandling (Bergdahl et al., 2011, s. 113).

I artikkel 4 rapporterer informantene at det er for lite ressurser i hjemmesykepleien, noe som gjør det krevende å la pasientene få mulighet til å dø hjemme. Et funn påpeker at kommunikasjon mellom sykehuset og hjemmesykepleien er viktig for å sikre en trygg hjemkomst med god pasientplan (Jordhøy et al., 2000, s. 892). Staats et al. (2018, s. 4) viser at tverrfaglighet sikrer god livskvalitet der samarbeid bidrar til at pasienten får god behandling i hjemmet.

4.2 Kompetanse

Tema kompetanse var mest gjennomgående i artiklene. Et funn i artikkel 1 er at erfaring og rådgiving vil sikre at kompetansen blir bedre, noe som gjør at pasienten får en trygg og riktig behandling ut ifra behovene (Danielsen et al., 2018, s. 8). God kompetanse vil gjøre pleierne tryggere på prosedyrer, slik at de involverte kan være mer fleksible, da kunnskapen er på plass (Danielsen et al., 2018, s. 8).

Forskerne i artikkel 2 legger vekt på å se hele pasienten, altså å ha nok kunnskap på flere områder. Dette innebærer å ha kjennskap til sykdomsprognosen, for å vite hva som skjer med pasienten (Devik et al., 2020, s. 197-201). Devik et al. (2020, s. 199) påpeker også at det er andre faktorer som spiller inn enn bare sykdommen. Det er viktig å kunne se de psykiske og sosiale behovene, da mange pasienter kan uttrykke usikkerhet og redsel. Forskerne av artikkelen fant også ut at tolkninger av uttrykk, følelser og atferd må kunne håndteres på en riktig måte for å trygge pasienten (Devik et al., 2020, s. 199).

Bergdahl et al. (2011, s. 115) viser også til viktigheten med å ha kunnskap på flere områder i palliativ behandling. Med en slik bredde vil pleierne kunne oppfatte situasjoner

raskt og sette inn tiltak hvis det er behov (Bergdahl et al., 2011, s. 115). Bergdahl et al. (2011, s. 115) fant også ut at pleiere vil kunne handle på impulser og instinkt når kompetansen er god. Det påpekes også at det er mangel på kommunikasjon mellom pleiere, pasient og pårørende (Bergdahl et al., 2011, s. 113).

Jordhøy et al. (2000, s. 892) redegjør lite om kompetanse, men et funn sier at det er mangel på ressurser som går ut over fleksibiliteten til pleierne. Forskerne i artikkel 5 påpeker at kartlegging er en av kunnskapene pleierne bør kunne håndtere, da dette vil gjøre behandlingsplanen god, og pasienten får uttrykt sine ønsker (Staats et al., 2018, s. 4). Et annet punkt under kompetanse er legemiddelhåndtering. Det innebærer å vite hvilke medisiner som skal benyttes, hvordan håndtere de, og vite om eventuelle medisiner som kan gis (Staats et al., 2018, s. 4).

4.3 Pasientsentrert omsorg

Det å kunne ha pasienten i senter av behandlingen som å se sosiale, psykiske, fysiske behov og betydningen av autonomi er viktig (Bergdahl et al., 2011, s. 111). I artikkel 2 blir også pasientsentrert omsorg satt i fokus ved å kunne se behovene til pasienten, og dermed gjøre det lille ekstra (Devik et al., 2020, s. 198). Det er avgjørende at opplevelsen sammen med pasienten er god, noe ifølge forskerne vil føre til trygghet (Devik et al., 2020, s. 198; Bergdahl et al., 2011, s. 115). Den siste artikkel som fokuserer på pasientsentrert omsorg er artikkel 4. Funnet er at pasienten sine preferanser skal bli tatt hensyn til. Velvære er derfor viktig for å ha det bra hjemme, selv om det kan være til stor belastning for pårørende (Jordhøy et al., 2000, s. 892).

4.4 God livskvalitet

God livskvalitet kan kobles sammen med de andre temaene, men siden dette er sentralt, blir det beskrevet som et eget tema.

I artikkel 1 fant forskerne ut det å få en god start etter hjemkomst, er viktig for å ivareta livskvaliteten, som gir trygge omgivelser (Danielsen et al., 2018, s. 5). For å kunne opprettholde dette er toleranse og aksept fra personalet viktig, da det kan være utfordrende å håndtere sykdommen (Danielsen et al., 2018, s. 5).

Devik et al. (2020, s. 198) fokuserer på hvordan pleierne oppfatter pasienten. Det er viktig å forstå at pasienter er forskjellige og dermed er tilpasningsdyktighet viktig for å kunne ivareta omsorgsbehovet (Devik et al., 2020, s. 198). God livskvalitet blir nevnt

som å vise medfølelse og sympati, når redselen kan forekomme (Devik et al., 2020, s. 198).

Forskerne i artikkel 3 fant ut at ivaretagelse av pasienten ved å lytte til ønskene. Pasientens autonomi er sentralt, slik som i punkt 4.3 pasientorientert omsorg (Bergdhal et al., 2011, s. 115). Danielsen et al. (2018, s. 5) fant også ut det å være oppfattende og åpen om situasjonen, men samtidig være tilgjengelig når behovene er på det sterkeste, krever fleksibilitet. Staats et al. (2018, s. 7) fant ut at alternativ behandling for medisin kunne sikre god livskvalitet ved å sørge for god tverrfaglighet og eventuelt annen type behandling.

5.0 Diskusjon

Studiene viste at tema kompetanse er mest sentral for palliativ behandling. I likhet med tema tverrfaglig samarbeid, pasientsentrert omsorg og god livskvalitet er dette sentrale faktorer relevant for vernepleie i palliativ behandling i hjemmet.

5.1 Tverrfaglig samarbeid

Danielsen et al. (2018, s. 4) fant ut at tverrfaglig samarbeid er sentralt for å ha et bra behandlingstilbud. Det å kunne ha muligheten til å gjøre refleksjoner med andre er avgjørende for å sørge for trygg hjemkomst og god behandling (Jordhøy et al., 2000, s. 892). Dette kan være en utfordring da Jordhøy et al. (2000, s. 892) fant ut at det kreves mer tverrfaglig kompetanse og samarbeid. Dette kan bety at vernepleiere kan bidra med sine kunnskaper om tverrfaglig samarbeid, og dette kan utgjøre en positiv forskjell (Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning, 2019, § 4-5). Ingstad (2019, s. 118) presiserer at tverrfaglig samarbeid sørger at problemer blir funnet, og med vernepleierens bidrag sikrer det trygg behandling. Hensikten med palliativ behandling er å forbedre livskvaliteten og lindre lidelsen til pasientene når de får en livstruende sykdom (Kaasa & Loge, 2016, s. 41). Med vernepleierens kompetanse i tverrfaglig samarbeid vil eventuelle tiltak, som å bedre psykisk helse, ha større sjanse for effekt (Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning, 2019, § 4-5; Brask et al., 2016, s. 24).

Ifølge Kaasa & Loge (2016, s. 36) vil også tilrettelegging sikre at pasienten ønsker blir hørt. Dette er fagkunnskap en vernepleier behersker godt. Ifølge forskriftene til vernepleierutdanningen er det stort fokus på å kunne samarbeide med flere profesjoner for å komme frem til et felles mål for behandlingen (Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning, 2019, § 4-5; Ingstad, 2019 s. 118). Dette kan sørge for at flere profesjoner kan tilby en god behandling for pasienten. Et funn som presiserer viktigheten med tverrfaglighet, er Jordhøy et al. (2000, s. 892). Ifølge Jordhøy et al. (2000, s. 892) er det for lite ressurser i hjemmesykepleien, og tverrfaglig samarbeid er nødvendig for at pasienter skal dø hjemme. Her kan vernepleieren bidra med sin kompetanse til å øke ressursene med tilstrekkelig personale i hjemmetjenesten, slik at flere pasienter kan få muligheten til å dø hjemme. Kaasa & Loge (2016, s. 46) påpeker at befolkningen i dag blir eldre. Det kan føre til at sykehus og sykehjem ikke har kapasiteten til å ta imot alle terminale pasienter (Jordhøy et al., 2000, s. 892). Dette gjør at personalet blir mindre fleksible og får travlere dager, som kan føre til dårlig omsorg og pleie.

Fleksibilitet er noe Kaasa & Loge (2016, s. 113) påpeker er viktig og med flere profesjoner med god kompetanse kan dette bedres. Det kan tenkes at vernepleiere er en god løsning for å få bredde i personalet med riktig kompetanse. Funn gjort i artikkel 1 viser at et godt samarbeid sikrer trygge omgivelser og at behandlingsplanen blir så god som mulig (Danielsen et al., 2018, s. 4).

Et viktig funn viser til en utfordring for å finne best mulig behandling. Ifølge Bergdahl et al. (2011, s. 113) var muligheten til å diskutere mellom profesjonene liten. Det kan føre til dårlig behandlingsplan, noe som skaper usikkerhet hos pasienten (Kaasa & Loge, 2016, s. 62). En vernepleier med bred kompetanse innen samarbeid kan ta ansvar og inkludere flere profesjoner, noe som gjør at behandlingsplanen har et felles mål (Ingstad, 2019, s. 118). Dette sørger for god ivaretagelse, noe som er veldig sentralt i palliativ behandling (Kaasa & Loge, 2016, s. 113). Det å fordele ansvar og håndtere ulike utfordringer vil forekomme, og med tanke på at flere blir eldre med ønske om å dø hjemme, blir vernepleierens kunnskap om tverrfaglighet sentralt for at pasientene skal få behandling i hjemmet (Staats et al., 2018, s. 4).

5.2 Kompetanse

Resultatene viste at kompetanse i palliativ behandling var veldig sentralt for hjemmebehandling. Muligheten for å få palliativ pleie i hjemmet er viktig for mange, og det er derfor viktig å inkludere vernepleiefaglig kompetanse.

Funne viste at å lindre lidelse kan innebære å kjenne sykdomsprognosen og viktigheten med å kjenne til sykdommen er sentral, slik at personalet er kjente med komplikasjoner (Devik et al., 2020, s. 197-201). Når pasienter blir eldre og sykdommer øker, vil behovet for antall helsepersonell med relevant kompetanse øke. Lindring av sykdommen skal stå i fokus, dermed er det viktig å ha spesialkunnskap som lindrer dette, noe vernepleiere har kompetanse på. På en annen side er det like viktig å se hele pasienten og kunne håndtere de psykologiske behovene, for redsel og usikkerhet kan forekomme (Devik et al., 2020, s. 199). Vernepleieren har egenskaper og kunnskap til å kunne se flere av behovene som pasienten trenger. Ulik atferd kan forekomme og vernepleieren kan håndterer disse, samtidig som trygghet blir ivaretatt. Dette kan gjøres ved å la pasienten få vite om behandlingsforløpet der diagnosen og tidsforløpet blir presentert (Kaasa & Loge, 2016, s. 65). Det kan da tenkes at pasienten får mer trygghet og de psykologiske behovene kan bli tilfredsstilt i noe grad.

Kartlegging og kommunikasjon er to andre viktige kompetansebehov (Staats et al., 2018, s. 4; Bergdahl et al., 2011, s. 113). Når det kommer til kartlegging er vernepleieren en god ressurs å benytte seg av da kunnskapen med å se behovene, gjennomføre behandling, sette i gang tiltak og gjøre vurderinger er sentralt i utdanningen (Brask et al., 2016, s. 24). Staats et al. (2018, s. 4) påpeker at kunnskap om kartlegging er vesentlig i hjemmebasert palliativ behandling. Dette vil gjøre at behandlingsplanene kan lages på best mulig måte, og pasienten får kommunisert sine ønsker (Devik et al., 2020, s. 199). Slik kartlegging gjør at vernepleieren får et større overblikk over situasjonen (Kaasa & Loge, 2016, s. 63). Det sørger også for at andre behov blir prioritert, som eventuell bistand fra andre profesjoner (Kaasa & Loge, 2016, s. 167).

Kommunikasjonen må være god når kartlegging gjøres. Ifølge Kaasa (2016, s. 46) er god kommunikasjon en kompetanse som er nødvendig å ha. Bergdahl et al. (2011, s. 113) nevner at det er mangel på kommunikasjon mellom pleiere, pasient og pårørende. Det kan føre til dårlig samarbeid og misforståelser da arbeidsoppgaver kan være uklare. En vernepleier med gode kommunikasjonsegenskaper kan sørge for at unødvendige misforståelser mellom profesjoner, pasient og andre involverte ikke forekommer (Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning, 2019, § 2). En vernepleier er faglig god og etisk tenkende, og besitter egenskapene med å være reflektert (Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning, 2019, § 2). Det kan da tenkes at pasienten prater mer om usikkerheten rundt sykdommen og behandlingen. Det å kunne få prate om dette kan sørge for at de psykologiske behovene blir ivaretatt (Nordlund et al., 2015, s.16).

Pasienter skal føle trygghet i sine hjem selv når pasientens liv går mot slutten (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 21). Det vil da være avgjørende å ha kjennskap til utsyr og medisin som trengs i hjemmene for å sikre en god behandling (Kaasa & Loge, 2016, s.167). Dette innebærer å ha kompetanse til å kunne håndtere ulike medisiner og prosedyrer. Et funn i artikkel 5 belyser også dette. Staats et al. (2018, s. 4) påpeker viktigheten med å håndtere riktige medisiner og vite om eventuelle medisiner som kan gis. Her kan vernepleieren komme med sin kunnskap innen medisin og legemiddelhåndtering. En vernepleier har ingen begrensinger når det kommer til medisinske prosedyrer og legemiddelhåndtering (Fellesorganisasjonen, u.å.). En vernepleier vet hvordan medisiner skal håndtere og gis til pasienten og hvilke bivirkninger medisinen har (Fellesorganisasjonen, u.å.). Dette innebærer at en vernepleier kan stå ansvarlig for de medisinske prosedyrene i hjemmet (Fellesorganisasjonen, u.å.). Det er viktig å påpeke at

kompetanse henger sammen med tverrfaglighet, da en lege er ansvarlig for hvilken type medisin som skal brukes (Kaasa & Loge, 2016, s. 42). Håndteringen av medisin og gjennomføring av medisinske prosedyrer har vernepleieren god nok kunnskap om (Fellesorganisasjonen, u.å.).

5.3 Pasientsentrert omsorg

Pasientsentrert omsorg er å se behovene til pasienten, og dermed gjøre det lille ekstra (Devik et al., 2020, s. 198; Bergdahl et al., 2011, s. 115). Devik et al. (2020, s. 198) påpeker at dette vil være avgjørende for behandlingen og omsorgen i hjemmet. Det innebærer å ha pasienten i sentrum av behandlingen og kunne se alle behovene pasienten har (Nordlund et al, 2015, s. 16). En vernepleier har kompetanse på dette fagområdet, og er kvalifisert til å kunne dekke slike behov (Nordlund et al, 2015, s. 16). Når muligheten til å dø hjemme blir tilbudt fra hjemmetjenesten, er omsorg i hjemmet utrolig viktig. Pasientsentrert omsorg skal la pasienten få mulighet til å komme med sine ønsker (Kaasa & Loge, 2016, s. 165).

Psykiske behov som blant annet samtaler tidlig i sykdomsforløpet er viktig for at pasienten skal bli hørt. Noen av temaene som kan forekomme i slike samtaler er ulike ønsker, hvem som skal være rundt pasienten den siste tiden og hvor pasienten ønsker å dø (Kaasa & Loge, 2016, s. 165). På den annen side er dette vanskelige spørsmål å stille, og en utfordring er når pasienten ikke klarer å svare for seg. Det er derfor viktig at pasienten har en ressursperson med god kompetanse om palliativ behandling som kjenner pasienten godt, har god relasjon til pårørende og egenskaper om samhandling (Kaasa & Loge, 2016, s. 166). Med bred kompetanse innen sosialfaglig arbeid, kunne gjenkjenne behov fra pasienten og god kjennskap til sykdommer vil en vernepleier komme til nytte som ressursperson. En vernepleier vil kunne sørge for autonomi, og mestring i hverdagen blir ivaretatt da pasienter har krav på selvbestemmelse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Pasienter kan bli havne i situasjoner der autonomien blir hemmet som ved smerter (Kaasa & Loge, 2016, s. 93). En vernepleier kan i slike situasjoner legge til rette for å gi smertelindrende medisiner eller la pasienten uttrykke seg senere.

Bergdahl et al. (2011, s. 115) presenterer at pleiere kan bli overbeskyttende og medfølelsen blir stor. Dette kan føre til at autonomien ikke blir ivaretatt, da pleierne prøver å gi for mye omsorg. Derfor påpeker Bergdahl et al. (2011, s. 115) viktigheten med å kunne lytte til pasienten. En hjemmebasert tjeneste er derfor nødt til å være fleksible og tilpasset pasienten sine ønsker (Kaasa & Loge, 2016, s.113). Dette henger

sammen med tema 5.2 kunnskap. En vernepleier kan gjennomføre grundige kartlegginger, bruke sine egenskaper til å gi den omsorgen som trengs (Brask et al., 2016, s. 24).

5.4 God livskvalitet

Kaasa & Loge (2016, s. 41) påpeker at god livskvalitet er viktig innen palliativ behandling. Livskvalitet kan være forskjellig for pasientene, og med vernepleiefaglig praksis kan dette anvendes på forskjellige måter. Noen ganger kan det være nødvendig å benytte miljøterapeutisk tiltak som alternativ behandling (Staats et al., 2018, s. 7). Det er spesialkompetanse en vernepleier besitter og kan dermed sette inn nye tiltak. Det kan settes fokus på mestring av de individuelle forutsetningene (Brask et al., 2016, s. 23-24). Ut ifra dette utgangspunktet kan vernepleieren benytte seg av pasientens ressurser for å skape bedre livskvalitet. Dette blir også belyst gjennom funn av Danielsen et al. (2018, s. 5) der det påpekes at å sikre en god hjemkomst vil gi en trygg atmosfære for pasienten. Her kan vernepleieren sette inn tiltak ved å sørge for at pasienten skal mestre noen gjøremål hjemme. Det innebærer å ha toleranse og aksept for situasjonen pasienten står i (Danielsen et al., 2018, s. 5).

En vernepleier vil være en god ressurs å benytte seg av på grunn av kunnskapen og forståelsen for den enkeltes fysiske og psykiske behov (Nordlund et al., 2015, s.16). Kaasa & Loge (2016, s. 63) påpeker viktighet med å observere atferden og lytte til ønskene pasienten har. Dette vil kunne gi vernepleieren et utgangspunkt for hvordan god livskvalitet kan anvendes i behandlingen. En pasient kan uttrykke seg forskjellig og det er viktig å sørge for at vernepleieren er fleksibel (Danielsen et al., 2018, s. 5; Kaasa & Loge, 2016, s. 113). Et tiltak som kan benyttes er å undersøke hvilke sosiale kontakter pasienten selv ønsker å ha. Dette kan bety at pårørende eller andre venner skal være tilgjengelig. Dette henger sammen med kunnskapen om kartlegging og samtaler (Kaasa & Loge 2016, s. 165). Det er vanlig å ha fysiske eller psykiske behov samtidig i palliativ behandling og dette skal bli tatt hensyn til (Kaasa & Loge, 2016, s. 63-67). Ved å kunne håndtere disse symptomene samtidig kan det sikre god livskvalitet, en kompetanse vernepleiere besitter (Nordlund et al., 2015, s.16).

God livskvalitet henger også sammen med kommunikasjon. Pasienter kan utvikle depresjon som en følge av at sykdommen er omfattende (Kaasa & Loge, 2016, s. 93). Devik et al. (2020, s. 198) påpeker viktigheten med å kunne vise medfølelse og sympati. Dette kan gjøres ved å snakke om sykdommen eller behandlingsplanen. Et tema som kan berøres er om pasienten er redd for å dø eller hvordan pasienten vil dø.

Når behandling foregår i hjemmet, er det viktig å kunne tilrettelegge behovene på best mulig måte. Det vil være viktig at pleierne viser sympati og er fleksible (Devik et al., 2020, s. 198). For vernepleierfaglig praksis er dette veldig relevant da de klarer å se sammenhengen mellom de fysiske og psykiske aspektene med sykdommen (Nordlund et al., 2015, s. 16). Med disse kunnskapene kan det tenkes at vernepleieren kan se andre muligheter for å sikre god livskvalitet i hjemmet under behandlingen (Brask et al., 2016, s. 23-24).

5.5 Metodediskusjon

De artiklene som ble valgt for å besvare min problemstilling baserte seg på norsk og delvis svensk forskning. De norske studiene gir kunnskap om hvordan situasjonen er for palliativ behandling i Norge. Dette er en styrke fordi det gir god pålitelighet, da forskningen er relevant for vårt helsesystem. Det kan også være en svakhet da det er lite geografisk spredning. Det kan gi lite relevant kunnskap fra fagmiljø i andre land, som kan føre til at behandlingen ikke utvikles videre. En studie fra Sverige ble benyttet fordi funnene var veldig relevante for å svare på problemstillingen, og samtidig er det likhetstrekk mellom Norsk og Svensk behandling, noe som gir lite bredde i data og inspirasjon fra andre land.

Artiklene som ble benyttet var publisert på engelsk. Det har blitt brukt mye tid på å oversette og tolke artiklene, og det presiseres at det er min fortolkning som er lagt til grunn. En av artiklene benyttet seg av aksjonsforskning der forskeren deltok selv i studien, som kan føre til subjektiv tolkning av funnene og drøftingen i artikkelen. De andre artiklene var kvalitative og randomisert kontrollert studie, og med forskjellige metoder kan dette gi oppgaven min bredde i kunnskapsgrunnlaget for palliativ behandling i hjemmet.

Nesten alle artiklene hadde tatt utgangspunkt i pleieren sine synspunkt, bortsett fra Jordhøy et al (2000). I palliativ behandling er det viktig å høre pasienten sin stemme, men det lyktes ikke å finne mange studier som inkluderte pasienten sitt perspektiv. Dette kan være en svakhet fordi det ville gitt større bredde i kunnskapsgrunnlaget. Min forforståelse kan også hatt en innvirkning, da den kan ha påvirket mine valg i litteratursøket, analysen og tolkning av resultatene. Videre vil også oppgavens omfang gjøre at flere relevante studier ble utelatt, men en videre forskning innen dette feltet kan være å sammenligne pasient og pleiers opplevelse av palliativ behandling.

6.0 Konklusjon

Denne litteraturstudien skulle undersøke hvilke faktorer som påvirker palliativ behandling i hjemmet og hvilken betydning det hadde for vernepleiefaglig praksis. Med bakgrunn av aktuell teori og forskning foreligger det ingen tvil om at vernepleieren har en rolle i palliativ behandling. Det kommer tydelig frem i artiklene at det er mangel på ressurser med relevant kompetanse, noe det er nødvendig å ha for å kunne tilby en god behandling i hjemmet. Ved å benytte seg av vernepleieren i palliativ behandling vil det kunne løse noen av problemene med antall fagpersoner med kompetanse, til å jobbe med palliative pasienter. Det vil også sørge for å få en bredde i fagkunnskapen, da det viser seg at tverrfaglig samarbeid er viktig for å sikre god livskvalitet.

Bred kompetanse viste seg å være viktig da palliativ behandling er omfattende. Det er nødvendig å kunne se flere sider av pasientens behov. Fysiske og psykiske symptomer henger alltid sammen og det er krevende å kunne håndtere dette samtidig. Det vil derfor være viktig å kartlegge slik at omsorgen er god og autonomien blir ivaretatt. Med kompetanse innen disse fagfeltene vil vernepleieren utgjøre forskjell. Pasienten skal settes i sentrum av behandlingen og med en bred kompetanse innen sosialfaglig arbeid, blir behov gjenkjent og tatt hensyn til av en vernepleier. Det å dø med tilrettelagt behandling i hjemmet, vil være en mulighet da ved at vernepleieren observerer fysiske og psykiske behov og setter i gang tiltak som sikrer trygge omgivelser.

En vernepleier har kompetanse som viser seg å være bred og faglig god.

Medisinkompetansen er god nok til å ikke ha noen begrensninger i legemiddelhåndtering eller prosedyrer, og en vernepleier har spesialkompetanse i miljøterapi som kan brukes som alternativ behandling. Dette fagfeltet viser at det er lite forskning på miljøterapi i palliativ behandling. Søkene gjort i oppgaven resulterte i artikler med fokus på pleie av sykdom og lite om alternativ behandling. Når pasienter skal bo i sine hjem er det viktig å la de få en hjemmefølelse. Sykdommen kan sette grenser for enkelte aktiviteter, men å gjennomføre en kartlegging av funksjonen av pasienten vil sørge for å sette inn tiltak med fokus på miljøterapi. God livskvalitet er sentralt i palliativ behandling og miljøterapi har hovedfokus på økt livskvalitet og mestring, dermed anses dette som en mulighet for videre forskning.

Ut ifra funnene gjort i oppgaven kan det konkluderes med at vernepleieren har en bred og god kompetanse som er sentral i hjemmebasert palliativ behandling.

7.0 Litteraturliste

- Bergdahl, E., Benzein, E., Ternestedt, B. M., & Andershed, B. (2011). Development of nurses' abilities to reflect on how to create good caring relationships with patients in palliative care: an action research approach. *Nursing inquiry*, 18(2), 111–122. Hentet 28.04.22 fra: <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2011.00527.x>
- Brask O. D., Østby, M., & Ødegård, A. (2016). *Vernepleierens kjerne roller: en refleksjonsmodell* (p. 296). Fagbokforlaget.
- Danielsen, B. V., Sand, A. M., Rosland, J. H., & Førland, O. (2018). Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care - a qualitative study. *BMC palliative care*, 17(1), 95. Hentet 12.02.22 fra: <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0350-0>
- Devik, S. A., Enmarker, I., & Hellzen, O. (2020). Nurses' experiences of compassion when giving palliative care at home. *Nursing ethics*, 27(1), 194–205. Hentet 28.04.22 fra: <https://doi.org/10.1177/0969733019839218>
- Fellesorganisasjonen. (u.å.). *Vernepleierens helsefagkompetanse*. Hentet 03.05.22 fra: <https://www.fo.no/vernepleiere-er-autorisert-helsepersonell/vernepleiernes-helsefagkompetanse-article7669-2526.html>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning* (FOR-2019-03-15-411). Lovdata. Hentet 03.05.22 fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-411>
- Helsebiblioteket. (2016, 03. juni). *For å lette arbeidet med kritisk vurdering av forskningslitteratur, anbefaler vi at du bruker sjekklister som hjelpemiddel*. Hentet 04.05.22 fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Helsebiblioteket. (2020, oktober). *Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie*. Hentet 04.05.22 fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>

Helsebiblioteket. (2018, april). *Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel*. Hentet 04.05.22 fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>

Helsebiblioteket. (2020, november). *Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT)*. Hentet 04.05.22 fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>

Helsedirektoratet. (2013, 01. april). *Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling*. Hentet 17.04.22 fra: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling/Beslutningsprosesser%20ved%20begrensning%20av%20livsforlengende%20behandling%20-%20Veileder.pdf/_attachment/inline/fc013b2b-2a7c-4a02-a7fd-9db5440dbf42:50436864f70ea32be7afe76975ce73349305f333/Beslutningsprosesser%20ved%20begrensning%20av%20livsforlengende%20behandling%20-%20Veileder.pdf

Helsedirektoratet. (2018, 27. juni). *Helsetjenester i hjemmet*. Hentet 01.05.22 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-kommunen/rapportering-av-tjenester-med-definisjoner-og-rapporteringskrav/helsetjenester-i-hjemmet>

Ingstad, K. (2019). *Organisasjon og ledelse: i helsefag og sykepleie* (1. utgave.). Gyldendal akademisk.

Jordhøy, M. S., Fayers, P., Saltnes, T., Ahlner-Elmqvist, M., Jannert, M., & Kaasa, S. (2000). A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomized trial. *Lancet (London, England)*, 356(9233), 888–893. Hentet 28.04.22 fra: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(00\)02678-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(00)02678-7)

Kaasa, S. & Loge, J. H. (2016). *Palliasjon: nordisk lærebok* (3. utg., p. 832). Gyldendal akademisk.

Kanalregister. (u.å.). *Register over vitenskapelig publiseringskanaler*. Hentet 04.05.22 fra: <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>

Meld. St. 15 (2017-2018). *Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 01.05.22 fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-1520172018/id2599850/?ch=7>

Nordlund, I., Linde, S. & Thronsen, A. (2015). *Innføring I vernepleie: kunnskapsbasert praksis, grunnleggende arbeidsmodell* (p.148). Universitetsforlaget.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV 1999-07-02-63). Lovdata. Hentet 02.05.22 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Staats, K., Tranvåg, O., & Grov, E. K. (2018). Home-Care Nurses' Experience With Medication Kit in Palliative Care. *Journal of hospice and palliative nursing: JHPN: the official journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*, 20(6), E1–E9. Hentet 28.04.22 fra: <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000518>

Thidemann, I-J. (2019). *Bachelor for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utgave.). Universitetsforlaget.

