



# NTNU

Kunnskap for en bedre verden

# Bacheloroppgave

**SY301813: Sykepleie VI - del 2**

**Sykepleiers utfordringer i palliativ omsorg til  
hjemmeboende kreftpasienter**

**Nurses' challenges in palliative care with cancer  
patients living at home**

Kandidatnumre: 4412 og 4506

Hovedveileder: Ingunn Hunstad

Totalt antall sider inkludert forsiden: 57

Totalt antall ord: 8786

Innlevert Ålesund, 23.05.16

## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift.	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15 stp.

Veileder: Ingunn Hunstad og Arnhild Kongshaug

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved NTNU i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13](#)/[Fvl. §13](#))

Dato: 20.05.2016

## Forord

### **Å være sterk**

Å være sterk er ikke  
å løpe raskest  
å hoppe lengst  
eller løfte tyngst

Å være sterk er ikke  
alltid å vinne  
alltid å ha rett eller  
alltid å vite best

Å være sterk er å  
se lyset når det er som mørkest  
sloss for noe man tror på  
selv om man ikke har  
flere krefter igjen  
se sannheten i øynene  
selv om den er hard

*Skrevet av: Naja E. Jensen*

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Hvert år rammes et økt antall mennesker av kreftsykdom. Flere ønsker å dø hjemme i kjente omgivelser med nære og kjære rundt seg. Dette sammen med Samhandlingsreformen, som sier at pasienter skal skrives ut av sykehus raskere, gjør at det skapes større krav til hjemmesykepleierne.

**Hensikt:** Hensikten med dette systematiske litteraturstudie er å belyse hvilke utfordringer hjemmesykepleier kan møte på i den palliative omsorgen til voksne pasienter med kreftsykdom.

**Metode:** Metoden som er brukt er systematisk litteraturstudie, der vi har gjort systematiske litteratursøk og funnet åtte forskningsartikler. Vi har brukt databasene PubMed, Science Direct og Cinahl Complete.

**Resultat:** I følge forskning på dette området finnes det flere utfordringer som hjemmesykepleier erfarer i det palliative omsorgsarbeidet. Funn viser at mangel på samhandling, kunnskap, ressurser, manglende deltakelse og emosjonelt stress er utfordringer som sykepleier møter på i sitt arbeid. Disse utfordringene kan føre til problemer ved den helhetlige pasientomsorgen.

**Konklusjon:** Vårt litteratursøk viser at det finnes flere utfordringer hjemmesykepleier kan erfare i palliativ omsorg. Studier belyser viktigheten av å sette i gang tiltak for å minske disse utfordringene. Man må bli flinkere til å samhandle, sykepleierne trenger mer opplæring og trening for få økt kunnskap og det trengs mer ressurser. Hvis sykepleierne blir møtt på disse punktene og får støtte fra medarbeidere og ledere, vil det kunne føre til færre utfordringer og mindre emosjonelt stress.

## **Abstract**

**Background:** Each year an increasing amount of people, suffer from cancer. Many of them wanted to die at home, in familiar surroundings with their loved ones around them. This and the collaborative reform, which says that the patients should be discharged quicker from the hospital, creates greater demands to nurses working in homecare.

**Aim:** The aim of this systematic literature study is to enlighten challenges that homecare nurses can meet in palliative care to adult patients with cancer.

**Methods:** The method that is used is systematic literature study, where we have searched for, and found eight articles. We have used PubMed, Science Direct and Cinahl Complete.

**Results:** According to research in this area, there are several challenges for homecare nurses working in palliative care. Findings shows that interaction, knowledge and resources, lack of participation and emotional stress are the challenges that nurses encounter. These challenges can lead to problems in the overall patient care.

**Conclusion:** Our study shows that there are several challenges that homecare nurses experience in palliative care. Study illuminate the importance of initiating measures to lessen these challenges. Healthcare need to interact better, nurses need more education and training to increase their knowledge, and we need more resources. If nurses are met at these points and receives support from employees and managers, this could lead to fewer challenges and less emotional stress.

# Innholdsliste

<b>1.0 Innledning:</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Studiens hensikt og problemstilling.....	1
1.3 Begrepsavklaring.....	2
1.4 Avgrensninger.....	2
1.5 Oppgavens videre oppbygging.....	2
<b>2.0 Teoribakgrunn:</b> .....	<b>3</b>
2.1 Palliativ omsorg.....	3
2.1.1 Sykepleie til kreftpasienter.....	3
2.1.2 Kari Martinsens omsorgsteori.....	4
2.1.3 Samhandling i palliasjon.....	5
<b>3.0 Metodebeskrivelse:</b> .....	<b>7</b>
3.1 Litteraturstudie som metode.....	7
3.2 Datainnsamling.....	7
3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	8
3.4 Kvalitetsvurdering.....	9
3.5 Ethiske hensyn.....	10
3.6 Analyse av forskningsartiklene.....	10
<b>4.0 Resultat:</b> .....	<b>13</b>
4.1. Manglende samhandling.....	13
4.2 Mangel på kunnskap.....	14
4.3 Mangel på ressurser.....	15
4.4 Manglende deltakelse.....	16
4.5 Emosjonelt stress.....	16
<b>5.0 Diskusjon:</b> .....	<b>18</b>
5.1 Metodediskusjon.....	18
5.2 Resultatdiskusjon.....	19
5.2.1 Samhandling.....	19
5.2.2 Kunnskap.....	20
5.2.3 Ressurser.....	22
5.2.4 Manglende deltakelse.....	23
5.2.5 Emosjonelt stress.....	23
<b>6.0 Konklusjon:</b> .....	<b>25</b>
<b>7.0 Litteraturliste:</b> .....	<b>26</b>
<b>Vedlegg 1: Kriterier som skal være oppfylt i en systematisk litteraturstudie:</b> .....	<b>30</b>
<b>Vedlegg 2: PICO-skjema</b> .....	<b>31</b>
<b>Vedlegg 3: Søkehistorikk</b> .....	<b>32</b>
<b>Vedlegg 4: Litteraturmatriser</b> .....	<b>34</b>

# 1.0 Innledning:

## ***1.1 Bakgrunn for valg av tema***

Det er et økende antall tilfeller av kreft i Norge. Cancer in Norway (Kreftregisteret, 2014), som er publisert av kreftregisteret, viser at det var totalt 31 651 nye tilfeller av kreft i Norge i 2014. Mange med uhelbredelig kreft velger å være hjemme den siste tiden om de får mulighet til det og ser det som et trygt alternativ (Fjørtoft, 2012, s. 88). Vi har valgt å legge fokus på hjemmesykepleie grunnet Samhandlingsreformen har gjort hjemmesykepleie mer avansert (St.meld.nr.47, 2008-2009). Samhandlingsreformen har et mål om å flytte tjenester nærmere der folk bor, og innebærer at flere skal få nødvendig helsehjelp i kommunens helse- og omsorgstjeneste fremfor spesialisthelsetjenesten. Dette vil si at man får sykere pasienter i kommunene enn hva man hadde før da de sykeste var på sykehus. Kreftpasienter er en pasientgruppe som har behov for omfattende helsehjelp og samhandling på tvers av tjenester (Fjørtoft, 2012, s. 21). I yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleieforbund, 2011, s.9) for sykepleiere står det skrevet under punkt 2.9 at «sykepleier har ansvar for å lindre lidelse og bidrar til en naturlig og verdig død». Under dette inngår palliativ omsorg noe som gjør dette fokuset relevant. Vi mener det er aktuelt å belyse temaet, utfordringer ved palliativ omsorg til hjemmeboende kreftpasienter ut fra et sykepleiefaglig ståsted, fordi som sykepleier skal man legge til rette for at døende pasienter skal få avslutte livet der de ønsker (Fjørtoft, 2012:85). Vi har valgt sykepleieperspektivet, for som sykepleier kan man i møte med lidende og døende pasienter, erfare utfordringer og vanskelige opplevelser (Kalfoss, 2010, s. 475)

## ***1.2 Studiens hensikt og problemstilling***

Hensikten med oppgaven er å belyse sykepleiers utfordringer i palliativ omsorg. Tittelen på oppgaven vår er “Sykepleiers utfordringer i palliativ omsorg til hjemmeboende kreftpasienter”. I følge Lorentzen og Grov (2010) opplever sykepleiere utfordringer i palliativ omsorg. At det blir flere antall krefttilfeller og flere eldre i befolkningen, stiller store krav til sykepleietjenesten, spesielt i kommunen, derfor er dette relevant å undersøke grundigere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2004, i Lorentzen og Grov (2010, s. 401). Vi skal gjennom et systematisk litteraturstudie finne nyere forskning og relevant litteratur, som kan gi oss kunnskap som kan belyse problemstillingen vår.



Problemstillingen vår er:

***“Hvilke utfordringer erfarer sykepleiere i utøvelsen av palliativ omsorg i hjemmesykepleien?”***

### ***1.3 Begrepsavklaring***

*Hjemmesykepleie* betegner alle sykepleietjenester som blir utført i den enkeltes hjem (Fjørtoft, 2012, s. 14).

*Palliativ omsorg* er den lindrende fasen. Da har pasienten ikke lenger nytte av den helbredende behandlingen. Målet for den medisinske behandlingen og sykepleie endres mot livsforlengelse, symptomlindring og best mulig livskvalitet. Når en pasient er i palliativ fase er han i livets slutfase (Lorentsen og Grov, 2010, s. 425).

### ***1.4 Avgrensninger***

Vi har avgrenset oppgaven til å gjelde voksne personer over 18 år. Vi velger å skrive oppgaven ut i fra sykepleieperspektivet. Hovedfokus er på utfordringer i den palliative omsorgen til kreftpasienter.

### ***1.5 Oppgavens videre oppbygging***

I teoribakgrunn vil vi presentere relevant kunnskap om temaet, redegjørelse for valgt sykdom, sentrale begreper og relevant teori. Deretter kommer metodedelen som beskriver datainnsamlingen og analysen av artiklene. I resultatdelen tar vi utgangspunkt i de sentrale funnene vi gjorde i analysen. Funnene skal kunne belyse problemstillingen på ulike måter. Diskusjonen innledes med en kort metodediskusjon, for deretter å drøfte funnene fra artiklene i lys av teoribakgrunnen som ligger til grunn for oppgaven. Konsekvenser for sykepleie skal belyses, og dette skal til slutt munne ut i en kort konklusjon med oppsummering av hovedfunn, konsekvenser for praksis samt anbefaling for videre forskning.

## **2.0 Teoribakgrunn:**

### ***2.1 Palliativ omsorg***

“ 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” (Helsedirektoratet, 2015, s.11).

Palliativ behandling er behandling som har til hensikt å gi lindring av plagene fra sykdommen. Dette er behandling man gir når sykdommen ikke kan kureres (Bertelsen, Hornslien og Thoresen, 2011, s. 135). Lindrende behandling hos pasienter med kreft, kan gis både i form av strålebehandling, cytostatika og kirurgi. Disse behandlingene kan virke lindrende på plager som nedsatt allmenntilstand, smerte og kvalme, obstipasjon, og alle kan forlenge pasientens levetid. Det som likevel er negativt er at behandlingen i seg selv kan også forårsake disse plagene (Ibid.). I den palliative behandlingen følger også lindring av fysisk ubehag. Dersom pasienten ligger eller sitter vondt, er tørr i munnen, tørst, kvalm eller ikke har fått pusset tennene på flere dager, kan dette forsterke smerteopplevelsen og gi unødvendig ubehag. Sykepleier har ansvaret for å hjelpe pasienten med deres grunnleggende behov, slik at de kan oppnå velvære (Berntzen, Danielsen og Almås, 2010, s. 362)

#### **2.1.1 Sykepleie til kreftpasienter**

Kreft oppstår når det skjer en feil i cellene. De deler seg ukontrollert og utfører ikke de oppgavene som friske celler gjør. Dette fører til at det skjer en opphopning av kreftceller i det organet den ukontrollerte celledelingen skjer, og det dannes en kreftsvulst. Svulsten kan vokse langsomt, slik det tar lang tid før den blir oppdaget, eller det kan skje raskt. Kreftceller kan vokse inn i andre organ, og spre seg via blodbanen eller lymfesystemet. Godartete svulster kan ikke spre seg videre fra organet. Den medisinske behandlingen bestemmes ut i fra hvor kreftsvulsten er plassert og hvilke kreftform pasienten har (Lorentsen og Grov, 2011, s. 402).

I møte med pasienter i den palliative fasen er det flere observasjoner og kliniske vurderinger som skal gjøres, og de har ofte komplekse og sammensatte helserelaterte behov og symptomer. Eksempler på en sammensatt symptomgruppe er at pasienten har smerter og fordøyelsesproblem, eller søvnproblemer, smerte og fatigue. Da må sykepleier ta stilling til de ulike symptomene og sette i gang tiltak parallelt. Symptomene forandrer seg over tid, og vi som sykepleiere må se sammenhengen og utviklingen underveis (Lorentsen og Grov, 2011, s. 427).

Pasienter med uhelbredelig kreft har ofte kroniske smerter med akutte episoder, og de kan ha smerter som er vanskelig å behandle medikamentelt (Lorentsen og Grov, 2011, s. 407). For å kartlegge smertene er ESAS- skjema, VAS- skalaen og kroppskart nyttige verktøy. Ved å bruke disse verktøyene kan man kartlegge smertens lokalisasjon, intensitet og variasjon. Ut i fra disse observasjonene administrer sykepleierne legemidler til pasientene. Det er da viktig å observere virkninger og bivirkninger for at pasienten skal få det tilpasset sitt behov (Ibid.). Smertelindring kan være vanskelig. For å kunne behandle smertene og andre symptomer trenger sykepleier kunnskap om behandling og bivirkning (Berntzen, Danielsen og Almås, 2010, s. 362).

### **2.1.2 Kari Martinsens omsorgsteori**

Omsorg er et vidt begrep, og det brukes i mange ulike sammenhenger. Noe som er sentralt er at det alltid vil forutsette to parter, i form av at den ene er omsorgsfull og er bekymret for den andre. Når den ene er syk, vil den andre sørge, altså de vil lide sammen (Martinsen, 2003, s. 69).

Omsorg handler om hvordan vi tar vare på hverandre og viser omsorg i hverdagen. Å gi omsorg til andre har med felles medmenneskelig eksistens å gjøre, altså forståelse om hvordan man ser andre sin situasjon. Arbeidet som blir gjennomført formidler forholdet mellom mennesker gjennom det praktiske. Kunnskap, erfaring og forståelsen om hvorfor vi bruker det konkrete “verktøyet” for å gjennomføre en handling, viser at vi forstår den sårbare sitt behov. Vi vil hjelpe den andre ved å akseptere deres ressurser og begrensninger, og ikke ta overhånd og krenke den andre. Det menneskelige samspillet og gjensidig relasjon utvikles gjennom praktisk arbeid (Martinsen, 2003, s. 69-71).

Ut i fra Heideggers analyse kommer det frem tre viktige punkt om hva kvalitet på omsorg er. Omsorg er en sosial relasjon der det viser at mennesker er avhengig av fellesskap og solidaritet for å oppnå god omsorg. Forståelse for hverandre, og hvordan man bruker kunnskap og erfaring for å gi god omsorg til medmennesker og til slutt hvilke holdninger man har til den som trenger omsorg, altså at man respekterer deres behov og ikke bruker negativ makt (Martinsen, 2003, s.71).

### **2.1.3 Samhandling i palliasjon**

Samarbeid og samhandling er to sentrale tema i hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2012, s. 213). Samarbeid er noe som er personavhengig. Positiv innstilling fra enkeltpersoner eller grupper kan føre til godt samarbeid. Det er ingen selvfølge at to sykepleiere eller at ulike yrkesgrupper innen helsevesenet samarbeider godt. Samhandling er mer konkret og forpliktende enn samarbeid. Hensikten er å sikre flyt i arbeidet slik at pasienter og pårørende skal få en helhetlig og sammenhengende tjeneste. Dette krever tillit, gjensidighet og likeverd (Orvik, 2004, s. 256-57).

Hensikten med samhandlingsreformen er å bedre folkehelse og helse- og omsorgstjenesten. Hovedutfordringene er pasient- og samfunnsøkonomisk perspektiv. I forhold til disse perspektivene bygger stortingsmeldingen på at bedre samhandling bør være et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder fremover. For å få til dette er helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og kommunene pliktig til å samhandle, ved å ha samarbeidsavtaler og samlokalisering når pasienter flyttes mellom enheter. Pasienten skal få tidlig og god hjelp nærmest mulig. Pasienten har altså rett på behandling på rett sted og til rett tid, og omsorgen skal tilpasses hver enkelt bruker. Det skal bli gitt koordinert tjeneste, ikke fragmentert tjeneste. Dårlig koordinert tjeneste gir en negativ belastning på pasienten og er i tillegg lite effektivt i ressursbruk. I tillegg ønsker man mer fokus på forebygging frem for medisinsk behandling (St.meld.nr.47, 2008-2009, s.13).

Vi er avhengig av samhandling i helsevesenet for at pasienten skal få helhetlig, samordnet og kontinuerlig hjelp, noe som de har krav om ifølge samhandlingsreformen. Samhandling er det grunnleggende for å møte pasientens behov, men det er ofte det området som svikter. Det er de sykeste, hjemmeboende kreftpasienter, som er avhengig av å få hjelp ofte

og fra flere yrkesgrupper, og derfor blir de lettest utsatt for å bli “kasteballer”, altså ikke får helhetlig hjelp (Orvik, 2004, s. 257, og Fjørtoft, 2012, s. 213-14). Det finnes palliative team i en del kommuner. Disse har faglig kompetent personell til å drive mer avansert lindrende behandling og pleie, og det er viktig med godt samarbeid mellom sykepleier og palliativt team, i de kommunene de har dette tilbudet (St.meld.nr.47, 2008-2009, s. 61). Fokus på godt samarbeid og samordning er nødvendig innen helsevesenet for å få til en god samhandling (Orvik, 2004, s 259).

## **3.0 Metodebeskrivelse:**

### ***3.1 Litteraturstudie som metode***

Metode er den delen av forskningsprosessen der man velger undersøkelsen sitt design og tar stilling til seleksjonsmetoder, datainnsamlingsmetoder, gjennomføring av datainnsamling og analyse. Her blir også de etiske vurderingene tatt (Forsberg og Wengström, 2013, s. 51). Mulrow og Oxman har definert et systematisk litteraturstudie, som et studie med en tydelig formulert problemstilling. Problemstillingen blir besvart gjennom å systematisk identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg og Wengström, 2013, s. 27). SBU (Statens beredning for medicinsk utvärdering) viser til kriterier som skal være oppfylt i en systematisk litteraturstudie (vedlegg 1)

### ***3.2 Datainnsamling***

Vi har brukt PICO, som er en strukturert metode for å sette sammen søkestrategier, i bibliotekets databaser, ut ifra problemformuleringen vår (Forsberg og Wengström, 2013, s. 70-71). Ved å bruke PICO blir søket vårt mer strukturert og får frem hvorfor vi har valgt de søkeordene vi har valgt. PICO står for pasient/populasjon, intervensjon, kontrollgruppe og resultat, der vi har valgt å ikke bruke C, siden denne ikke er relevant for vårt søk (vedlegg 2). Vi har brukt databasene PubMed, Science Direct og Cinahl Complete. Vi har brukt søkeord som palliative care, nursing perspective, nurses' experience, cancer/oncology, home-based og community nursing. Vi har brukt "AND" for å binde dem sammen og snevre inn søket for å få akkurat det vi er ute etter. Vi har valgt å ikke bruke "OR" da vi var redde for å få et for bredt søk, og vi har heller ikke brukt "NOT" for å utelukke noe, da det ikke har vært nødvendig. Vi har funnet det vi har vært ute etter ved å bruke "AND". For å avgrense søkene enda mer, har vi krysset av for at søkeordene våre skulle være i tittel eller abstrakt i artiklene.

Vi brukte disse søkeordene fordi vi ønsket å utforske hvilke utfordringer sykepleiere erfarer i palliativ omsorg til kreftpasienter. Vi fikk ingen relevante treff når vi brukte cancer/oncology eller nursing perspective. I de artiklene vi fant, stod det gjerne om kreftpasienter sett fra et sykepleieperspektiv, selv om vi ikke brukte disse ordene i søket vårt. Vi var ute etter å finne ut mer om utfordringer sykepleiere kan erfare og da ville det

være naturlig å bruke søkeordet nurses' challenges, som betyr sykepleiers utfordringer, men da fikk vi ingen eller lite treff. Vi fant en artikkel ved å bruke dette søkeordet. Vi brukte mest nurses' experience da vi fikk flere relevante treff når vi brukte dette ordet. I artiklene vi fant ble det lagt vekt på hvilke erfaringer sykepleiere hadde med utfordringer, så erfaring og utfordring var to ord som hang tett sammen. Vi brukte community, siden vi var interessert i hjemmebasert omsorg som skjer i kommunene. (Se vedlegg 3, over søketabeller).

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

I våre søk inkluderte vi artikler med sykepleieperspektivet og artikler om hjemmesykepleier sine utfordringer rundt palliativ omsorg til voksne kreftpasienter. I første omgang ville vi at artiklene skulle være publisert mellom 2011 til 2016, men etterhvert ble vi åpne for litt eldre artikler ned til 2010, da vi ikke fant nok nyere forskning som var relevant for vår problemstilling. Artiklene skulle videre være skrevet på norsk, svensk eller engelsk, siden dette er språk vi forstår. Vi var interessert i både kvantitativ og kvalitativ metode. I kvantitativ metode tester man hypoteser og sammenligner A og B. Antall deltakere blir bestemt på forhånd, og blir omtalt som respondenter. Datainnsamling blir ofte gjort ved spørreskjema, strukturerte intervju eller strukturerte observasjoner, der resultatene er målbare og blir presentert i tabeller, figurer eller diagram. Kvantitativ metode kan ofte bli for objektiv og glemme å reflektere over den subjektive opplevelsen. I kvalitativ metode undersøker man deltakerne sin opplevelse av noe, og man søker å finne svar på hva fenomenet handler om, hva som kjennetegner det og hva det innebærer. Deltakerne blir omtalt som informanter og det er en fleksibel inkludering av deltakere. Datainnsamling blir gjort gjennom intervju, ustrukturerte observasjoner og feltarbeid der man prøver å tolke og forstå menneske sin subjektive opplevelse. Her lar resultatene seg ikke tallfeste eller måle, men tar sikte på å formidle forståelse av sammenheng og helhet (Forsberg og Wengström, 2013, s. 61). Vi har inkludert en kvantitativ studie, en studie som var både kvalitative og kvantitative og seks kvalitative studier. Av disse åtte studiene var syv originalartikler og en review artikkel. Vi utførte systematiske litteratursøk i databaser fra november 2015 til mai 2016. Et annet inklusjonskriterie var at artiklene vi fant skulle være fra Europa, og andre engelsktalende land som Amerika og Australia. Artiklene skulle ha IMRaD-struktur og være fagfellevurdert.

Eksklusjonskriteriene var at artiklene ikke kunne handle om palliativ pleie til pasienter på sykehus eller sykehjem, palliativ omsorg til barn eller om kurativ behandling. Det skulle heller ikke være skrevet i pasient- eller pårørendeperspektivet. Artiklene kunne ikke være fra Asia eller Afrika, fordi i disse områdene har de ofte andre levekår og ulikheter i helse i forhold til hva vi har i Norge (Brunvatne, 2006, s.193). Selv om vi tok utgangspunkt i at artiklene skulle ha sykepleieperspektiv og handle om hjemmebasert omsorg, valgte vi likevel å inkludere noen artikler som hadde både pasient- pårørende- og sykepleieperspektiv, og studier som ble utført både i sykehus, sykehjem og hjemmebasert omsorg. Vi valgte da å bare legge vekt på funn fra sykepleieperspektiv og hjemmebasert omsorg i disse artiklene. Vi har utført systematisk litteratursøk i 5 ulike databaser. Vi fant åtte relevante forskningsartikler i 3 av disse databasene. I Oria og MEDLINE fikk vi ingen relevante treff. De tre databasene vi til slutt endte opp med var PubMed, Science Direct og Cinahl Complete. Disse databasene inneholder sykepleiefaglig forskning.

### ***3.4 Kvalitetsvurdering***

Når vi søkte etter og fant forskningsartikler, som virket relevant i forhold til overskriften, var IMRaD- struktur noe av det første vi lette etter, før vi leste abstraktet. IMRaD-strukturen er den mest brukte normen for oppbygging og struktur i artikler. Hensikten er at man lettere får en oversikt over tidsskriftenes innhold og hva den handler om. IMRaD står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dalland, 2012, s. 79-80). Artiklene som ikke hadde IMRaD-struktur ble ekskludert.

Videre brukte vi Norsk samfunnsvitenskapelig datatjenester på publiseringskanaler (2015) for å se hvilke nivå tidsskriftene hadde. De åtte artiklene vi har valgt ut, er publisert i tidsskrifter som er fagfellevurdert med nivå 1 eller 2. Vi brukte videre sjekklister hentet fra Forsberg og Wengstrøm (2013, s. 197-210) og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet, 2016) for å vurdere de kvantitative og kvalitative artiklene. Vi krysset av for “ja” eller “nei”, på om formålet med studien var klart formulert og om metoden var hensiktsmessig for å svare på problemstillingen vår. På review-artikkelen vi fant, måtte vi se etter om forfatterne hadde søkt etter relevante studier. Dersom vi kunne svare “ja” på disse kriteriene, kunne artiklene brukes, og videre sjekket vi resten av punktene i sjekklisten: inklusjons- og eksklusjonskriterier, utvalg, datainnsamling, analyse og resultat. Ved å velge artikler som fulgte disse kravene har vi



sikret troverdighet og kvalitet i litteraturstudiet vårt.

### ***3.5 Etiske hensyn***

Før man går i gang med å gjøre et systematisk litteraturstudie, må man ta etiske hensyn (Forsberg og Wengstrøm, 2013, s. 69). For oss var det viktig at artiklene hadde fått godkjenning fra etisk komite eller at etiske vurderinger hadde blitt gjort. Videre tok vi utgangspunkt i §29 i Helsepersonelloven, der det står at opplysninger kan eller skal gis til bruk i forskning, og at det kan skje uten hinder av taushetsplikt etter § 21. Reglene om taushetsplikt §21, gjelder da tilsvarende for den som mottar opplysningen (Helse- og Omsorgsdepartementet, 1999).

I de fleste studiene trengte de ikke godkjenning fra etisk komite eller gjøre etiske vurderinger av forskningen, fordi de ikke innholdt pasienter eller at den avdøde pasienten var anonymisert, noe som var gjeldende etter regelverket i de aktuelle landene. I studiene ble deltakerne spurt om de ville svare på spørreskjema, så deltakelse var frivillig og de kunne trekke seg når de ville. Det ble også gitt skriftlig samtykke fra deltakerne.

### ***3.6 Analyse av forskningsartiklene***

Analysen er vår bearbeiding og tolkning av funnene (Forsberg og Wenström, 2013, s. 51), og vi har valgt å ta utgangspunkt i Evans (2002, s. 25) sine fire steg for analyse.

#### **Fase 1: Samle utvalget av studier**

I Evans (2002, s.25) første fase skal man bestemme hvilke type studier som blir inkludert i litteratursøket og dokumentere inklusjonskriteriene. Videre skal man finne studiene, ved å foreta søk i databaser etter relevante studier. Til slutt i denne fasen skal man velge ut studier for vurdering, ved hjelp av inklusjonskriteriene. Denne utvelgelsesprosessen sikrer en homogen prøve av hva som kjennetegner studiene som blir inkludert i litteratursøket. Vi brukte tre databaser for å finne våre åtte artikler. Vi søkte systematisk ved å bruke inklusjons- og eksklusjonskriteriene våre. I hver artikkel så vi etter om studiens hensikt var relevant, om den oppfylte inklusjonskriteriene og eksklusjonskriteriene våre, og om resultatene svarte på vår problemstilling. Vi vurderte 24 artikler, der vi inkluderte 8 av disse.

## **Fase 2: Identifisere de viktigste funnene i hver studie**

I følge Evans (2002, s.25) skal man i fase to lese studiene flere ganger for å utvikle en følelse av studiene som en helhet. Mens man leser skal man rette oppmerksomheten både mot detaljer og hva hver studie sier. Til slutt skal man samle de viktigste funnene fra hver studie og lage en liste over disse. Denne listen over hovedfunn, begreper og proposisjoner får frem studiene sine sentrale komponenter. Vi satt sammen og hver for oss å søkte i databasene, og for hver artikkel vi fant, diskuterte vi relevansen. Vi leste først hver artikkel en gang, for deretter å lese de en gang til mer grundig. Dette gjorde vi for å få mer forståelse av studiene som en helhet. Vi brukte fargekoder til å lettere kunne sammenligne og samle inn de viktigste tema fra hver studie. Videre skrev vi en liste og diskuterte resultatene oss imellom og kom frem til hovedtema og underkategorier. Ved å sortere funnene i tema ble det mer ryddig.

## **Fase 3: Vurdere studiene i forhold til hverandre**

Evans (2002, s.25) beskriver i fase tre hvordan man vurderer studiene i forhold til hverandre. Man må i denne fasen identifisere og sortere temaene, samt undertemaene og undersøke analysen. Når man skal identifisere temaene må man bruke listen over hovedfunnene til å identifisere felles temaer. Forskjeller mellom studiene skal sammenlignes og kontraster og likheter ved studiene blir identifiserte. Videre skal man sortere temaene, der de viktigste resultatene fra undersøkelsene blir gruppert og kategorisert i områder av likhet. Disse forholdene mellom studiene undersøkes for viktige setninger og forklarende temaer. Når man har sortert tema skal undertema identifiseres. I følge Evans (2002, s.25) fører denne prosessen til en progressiv forbedring av forståelsen av fenomenet. Det siste man skal gjøre i denne fasen er å undersøke analysen ved å undersøke temaene og undertemaer for å tolke innholdet i hvert tema, og for å identifisere sammensetning og urimeligheter.

Vi sammenlignet forskjeller og likheter fra hvert studie og identifiserte lignende tema. Hovedfunnene ble gruppert og kategorisert i områder av likhet. Videre ble underkategorier funnet, for å gi en bedre forståelse av fenomenet. Likhetene mellom studiene ble vurdert for å finne nøkkelord og forklarende tema. Vi sammenlignet likheter og ulikheter ved hvert enkelt studie ved å bruke farger, markeringstusj. Gul farge var utfordringer og videre satte vi et rosa punkt foran utfordringene som gikk igjen i hver studie. Vi så da at mye av de samme sykepleieutfordringene gikk igjen i hver studie. I følge Forsberg og Wengström,

(2013, s. 166) betyr å analysere at man deler opp det undersøkte fenomenet i mindre biter og undersøker de hver for seg. Deretter begynner syntesen som innebærer å sette sammen delene til en helhet. Da vi hadde vurdert hver studie nøye gjennom å dele de opp i mindre deler, begynte vi å sette sammen delene igjen, for å få en større forståelse av hva fenomenet handlet om. Vi satt da igjen med 5 hovedfunn.

#### **Fase 4: Beskrive fenomenet**

I fase fire skal man ifølge Evans (2002, s.25) opprette beskrivelsen, der hvert tema er skrevet opp med å henviser tilbake til den opprinnelige studien for å sjekke nøyaktigheten av beskrivelsen. Videre skal man skrive opp funnene i syntesen. Her blir temaer og undertemaer beskrevet og støtter hverandre med eksemplar fra originale studier. I vår oppgave er fenomenet sykepleiers utfordringer i palliativ omsorg. Vi kom frem til at sykepleier erfarer utfordringer i samhandling, ved mangel på kunnskap og ressurser, manglende deltakelse og når de opplever emosjonelt stress.

## **4.0 Resultat:**

### ***4.1. Manglende samhandling***

Et av hovedfunnene var at samhandling i hjemmetjenesten kan være utfordrende (Arevalo et al. 2013, Brazil et al. 2010, Phillips et al. 2013, Walshe, C. og Luker, K.A. 2010, og Törnquist, Anderson og Edberg, 2012). Samhandling i hjemmetjenesten, kan være mer utfordrende enn på et sykehus eller sykehjem, fordi sykepleiere og leger har forskjellige arbeidsoppgaver og har baser på forskjellige steder, noe som gjør at det blir vanskeligere å jobbe som team. Utilstrekkelig samhandling i hjemmetjenesten fører til at det tar lengre tid ved beslutninger og oppstart av kontinuerlig lindrende sedasjon. I følge Arevalo et al. (2013) tok det 20 timer før palliativ sedasjon startet, mens på sykehus og sykehjem tok det 6 timer. Utilstrekkelig samhandling kan også føre til uklar fordeling som videre fører til problemer ved levering av en helhetlig helsetjeneste. For å minske de negative effektene dette kan ha for pasienten prøver sykepleierne å ta på seg en koordinerende rolle, for at det skal bli mer kontinuitet i pleien. Pasienter som bor hjemme i den siste fasen av livet har jevnlig kontakt med sykehus og kommunal lege. Problemet for hjemmesykepleier blir da å vite hvem de skal ta kontakt med og hvem som har det fulle ansvaret for pasienten (Törnquist, Andersson og Edberg, 2012).

I tre av studiene kommer det frem at råd og støtte fra palliative team sine konsulenter blir sett på som viktig og til stor hjelp for å sikre at pasienter med kreftsmerte blir tatt godt hånd om. Sykepleierne i kommunene ønsker mer samarbeid med spesialister innen smerte eller palliativ omsorg, for å sikre et optimalt helsetilbud til pasientene. Selv om sykepleierne i hjemmetjenesten ønsker mer samarbeid kan de risikere å bli stilt spørsmål angående kompetansen sin, i kontakt med spesialistene. De opplever at sykepleierne på sykehuset ser på kommunesykepleiere som mindre kompetente enn dem selv. I tillegg til å få spørsmål om sin kompetanse opplever sykepleierne at andre profesjoner er uinteressert i samhandling. De opplever at legene ikke vil høre på dem, og ikke ønsker å forskrive medisiner i samsvar med deres råd, selv om sykepleierne vet mer om pasienten. Slik mangel på samhandling mellom profesjonene, kan da føre til at pasienter ikke får optimal medikamentell behandling. Dette fører til at pasienter som ønsker å bo hjemme den siste

tiden, blir sendt til sykehus, når de egentlig kan få den behandling de trenger i kommunen (Phillips et al. 2013, Dong et al. 2016 og Törnquist, Andersson og Edberg 2012).

#### **4.2 Mangel på kunnskap**

I følge fem av studiene er mangel på kunnskap en utfordring i den palliative omsorgen (Phillips et al. 2013, Brazil et al. 2010, Dong et al. 2016, Walshe og Luker 2010 og Wilson et al. 2015). Både pasient, pårørende, sykepleiere og leger har for lite kunnskap om smertelindring. Dette kan føre til utfordringer når sykepleier skal gi pasienter med kreftsmerte god og verdig behandling. Sykepleiere må ofte overbevise andre om opioider sin verdi i lindring av kreftsmerte. Det at flertall har for lite kunnskap om smertelindring, er et hinder som står i veien for gjennomføring av retningslinjer for palliativ omsorg og smertelindring. Kliniske retningslinjer er identifisert som viktig tilrettelegging for å optimalisere smertebehandling i kommunene. Manglende retningslinjer blir sett på som en utfordring. Pasienter kan være skeptiske til opiatet grunnet frykt for bivirkninger, leger skriver ofte ut for svake doser og sykepleiere gir for lite, da de er redd for overmedisinering. Denne motviljen til bruken av opioider blir knyttet til for dårlig kunnskap eller for liten utdanning innen emnet. Over halvparten av sykepleierne rapporterer at tilgang til ytterligere opplæring og informasjon om smertevurdering og administrering vil hjelpe dem i arbeidet.

I studien av Wilson et al. (2015) og Dong et al. (2016) blir det særlig lagt vekt på smertelindring som en utfordring. Administrering av medisiner kan føre til en rekke bekymringer blant sykepleiere. De er opptatt av å skille mellom smerte og uro, slik at de administrerer rettst mulig. Sykepleierne synes også det er utfordrende å tolke pasientens subjektive opplevelse av smerte og andre symptom. Å kjenne pasienten fra før ser de på som positivt, da det kan være lettere å se om det er noe annet som plager de. Eksempel på dette kan være toalettbesøk, men at de ikke greier ikke å uttrykke det verbalt. Sykepleierne gir også uttrykk for at det er redde for under- og overmedisinering, der pasienter skal få bivirkninger som respirasjonsdepresjon og fremskyndet død. Både leger og sykepleiere er redde for overmedisinering, selv om alle i studiene sier de alltid starter med den laveste dosen.

*“I do sometimes worry about decisions that I’ve made and run through over in my head after I’ve made the decisions, which I suppose is only natural really. We don’t want to give them stuff that’s going to knock them out, we want to give them stuff to control the symptoms, and there’s a fine line between the symptoms and completely sedating them.”*  
(Wilson et al. 2015, s. 66)

Ansvaret sykepleiere får ved å “velge dose” innen et smalt spekter kan for noen være krevende og vanskelig. Det er viktig å bruke skjønn i smertelindring, noe som kan være vanskelig for sykepleiere med liten erfaring og mangel på kunnskap. Videre føler sykepleierne at de blir presset til å handle, dersom symptomene til pasienten ikke blir bedre. Dette er en stor utfordring (Wilson et al. 2015 og Dong et al. 2016).

*“I just want them to be comfortable ... because if they’re getting to that stage where they’re dying, it’s all about comfort, that’s what we’re trying to be there for.”* (Wilson, et al. 2015, s. 65)

### **4.3 Mangel på ressurser**

Felles for syv av studiene er at hjemmetjenesten har mangel på ressurser som medisiner, medisinsk utstyr, tid og personale (Arevalo et al. 2012, Brazil et al. 2010, Penz og Duggleby 2012, Wilson et al. 2015, Dong et al. 2016, Törnquist, Andersson og Edberg, 2012 og Walshe og Luker 2010). Sykepleiere rapporterer at den kommunale organisasjonen ikke erkjenner viktigheten av riktig utstyr for å gi palliativ omsorg. Mangel på ressurser som medisinsk utstyr fører til at de ikke kan gi den omsorgen som sykepleierne ser på som nødvendig. De skammer seg i kontakt med omsorgspersoner, da redusert mulighet for å gi avansert behandling kan bli tolket som mangel på kunnskap.

Det er viktig å se hele mennesket, både fysisk og psykisk. Det er også viktig ta seg tid til å lytte og gi pasientene oppmerksomhet, noe som er utfordrende grunnet tidspresset. I følge Wilson et al. (2015) kjenner sykepleiere på bekymringer når de starter medisiner hos pasienter i hjemmet, og må dra fra dem etter kort tid. De føler dermed at de ikke får nok tid til å observere virkning og eventuelle bivirkninger.

#### **4.4 Manglende deltakelse**

I studiene utført av Penz og Dugleby (2012), Törnquist, Andersson og Edberg (2012), Arevalo et al. (2013), Dong et al. (2016) og Walshe og Luker (2010), kommer det frem at sykepleiere ikke bli anerkjent innenfor den kommunale konteksten, og at de har begrenset legitimitet. Sykepleierne gir uttrykk for at deres kunnskap om palliativ omsorg og deres sykepleieferdigheter ikke blir anerkjent. Videre rapporterer de om at kompetansen deres blir neglisjert, de har mangel på skikkelig utstyr og er ofte alene om å ta avgjørende beslutninger. Noen uttrykker at de føler kompetansen deres ble neglisjert, eksempelvis når de ikke får delta på utskrivelsesprosessen av pasienter fra sykehus. De får ikke delta i viktige avgjørelser og føler seg dermed redusert og ignorert. I kommuner med et spesialisert palliativt team, har sykepleierne mistet noen av sine ferdigheter. Der blir alle ressursene rettet mot å øke kompetansen til sykepleierne i det palliative teamet. Dette gjør at hjemmesykepleierne føler seg usikre og alene i sitt arbeid for pasientene.

Walche og Luker (2010) og Dong et al. (2016) sine funn viser blant annet at sykepleierne i hjemmesykepleien er stolte av sin rolle, men føler seg undervurdert av andre og usynlige. Arbeidet er usynlig fordi omsorgen skjer hjemme hos pasienten, bak lukkede dører og fordi rollen til sykepleierne ikke er anerkjent av andre. De gir uttrykk for at ferdighetene og arbeidet de gjør ikke blir verdsatt i hierarkiet.

Det er en lavere andel sykepleiere i hjemmetjenesten som involverer seg i beslutningsprosessen rundt palliasjon, enn på sykehus og sykehjem. Dette fordi sykepleierne ofte ikke er til stede når leger forskriver legemidler, og pasienter starter opp med kontinuerlig lindrende sedasjon hjemme. Denne mangelen på deltakelse fører til usikkerhet blant sykepleierne når det gjelder å ta beslutninger knyttet til den medikamentelle behandlingen (Arevalo et al. 2013 og Dong et al. 2016)

#### **4.5 Emosjonelt stress**

I syv av de åtte artiklene er emosjonelt stress en utfordring for sykepleiere i hjemmebasert omsorg (Törnquist, Andersson og Edberg, 2012, Dong et al. 2016, Walshe og Luker, 2010, Penz og Dugleby, 2012, Arevalo et al. 2013, Brazil et al. 2010 og Wilson et al. 2015). Sykepleierne føler at de står alene om å ta vanskelige avgjørelser. Det kan være tøft å gi omsorg og lytte til syke og døende pasienter. Da er det viktig at man støtter og hjelper

hverandre sånn at man unngår at sykepleierne opplever emosjonelt stress. Faktorene som kan føre til emosjonelt stress er mangel på informasjon og samhandling, mangel på tid, ressurser og kompetanse.

Arevalo et al. (2013) viser til at sykepleiere synes å bære mye ansvar ved oppstart og oppfølging av lindrende sedasjon. De er ofte de eneste profesjonelle omsorgspersonene til stede ved starten av sedasjonen. Dermed kan de havne i en situasjon der det ikke er avklart på forhånd hva de skal gjøre og kan være avhengig av at legen kan gripe inn fort. Dette kan føre til en emosjonelt ladet situasjon for sykepleiere.

Støtte fra medarbeidere og ledelsen er noe sykepleiere ofte føler de trenger etter psykisk krevende situasjoner som traumatiske eller uventet dødsfall, eller samtaler med pårørende om eksistensielle problemer:

*“We need support and supervision, especially concerning situations when we’ve been there every second hour, relatives are in a chaotic state, the patient is anxious and in pain and the physician contact isn’t working. Then, when the patient is dead – we’re totally and mentally drained.”* (Törnquist, Andersson og Edberg, 2012, s. 656)

Sykepleierne hevder at behovet for støtte er avgjørende for at de opprettholder styrke til å fortsette arbeidet. Støtte og råd fra medarbeiderne og spesialisert palliative team er til god nytte, men tidspress i arbeidsmiljøet fører til at de ikke har nok tid til å reflektere over beslutninger ute i “feltet”. Dette kan skape emosjonelt stress. Behovet for støtte blir tatt opp med ledelsen, men blir nedprioritert på grunn av økonomiske grunner. Videre mener sykepleierne at årsaken til mangel på støtte fra ledelsen, er fordi de enten har for god tro på deres kunnskap eller ikke forstår kompleksiteten i deres arbeidssituasjoner og derfor ikke ser deres behov. Flere sykepleiere rapporterer at de opplever mindre emosjonelt stress, desto mer erfaring de har (Törnquist, Andersson og Edberg, 2012, Dong et al. 2016, Walshe og Luker, 2010, Penz og Duggleby, 2012, Arevalo et al. 2013, Brazil et al. 2010 og Wilson et al. 2015).



## **5.0 Diskusjon:**

### **5.1 Metodediskusjon**

I metodedelen vår har vi brukt Forsberg og Wengström (2013), som hovedlitteratur. Videre i analysedelen brukte vi Evans (2002), fordi dette er en god og oversiktlig måte å gjøre analyse på, i tillegg stod den oppført i undervisningsplanen for sykepleiestudiet. Ved å bruke Evans (2002) fikk vi 5 hovedfunn. Fargekodesystemet var nyttig i arbeidet og gjorde at vi lettere fant funnene i hver artikkel og kunne sammenligne de.

Vi opplevde det som vanskelig å finne nyere og relevant forskning som kunne svare på vår problemstilling. Dermed brukte vi langt tid på å søke etter forskning. Det var lite å finne, så vi bestemte oss for å søke veiledning hos bibliotekar på skolen. De var enig med oss i at det var vanskelig å finne forskning i sykepleieperspektivet, men gav oss likevel noen tips som har vært til god hjelp.

Styrker ved vårt studie er at vi har funnet artikler som har IMRaD-struktur, er fagfellevurdert, oppfyller våre inklusjons- og eksklusjonskriterier, svarer på problemstillingen vår og tidsskriftene har enten nivå 1 eller 2 i publiseringskanaler. For å finne frem til de åtte artiklene vi står igjen med, har vi vært kritisk. Totalt 24 studier ble vurdert, men bare åtte oppfylte våre kriterier. Vi har i hovedsak vært ute etter nyere forskning, som vil si ikke eldre en fem år. Dette er fordi det er viktig å holde seg faglig oppdatert, og det kommer stadig ny forskning innenfor ulike områder. Vi har likevel valgt å ta med to studier fra 2010, fordi disse var relevante for vår oppgave. Det ble sagt at 2010 er innenfor femårsrammen, da vi er i begynnelsen av 2016 og det ikke har rukket å komme ut så mye forskning i år. En annen styrke med oppgaven er at vi har valgt å bruke tre sykepleiefaglige databaser, for å få et bredere søk innenfor sykepleieforskning. For å likevel ikke få et for bredt søk, har vi brukt PIO-skjema, søkeordet "AND" og «in title/abstract» for å avgrense og konkretisere våre systematiske søk.

Alle artiklene vi fant er på engelsk. Vi har derfor brukt norsk-engelsk ordbok og google translate for å oversette vanskelige ord og setninger. Å bruke google translate kan være en svakhet da det ofte blir dårlige formulerte oversettelser. Vi har derfor prøvd å formulere det så godt vi kan ut fra vår forståelse. En annen svakhet med oppgaven vår kan være at vi har foretatt mange udokumenterte søk, rundt 40. Dette fordi vi brukte lang tid før vi knekte

koden og endelig fant de rette søkeordene. Søkene som vi ikke har lagt ved her, fikk vi enten ingen treff på eller treff med bare urelevante artikler.

Vi har en studie som er utført i Sverige, resten i Europa, Australia eller Canada. Dette er en styrke, da vi kan finne flere likheter med praksisen i disse landene og Norge. Noe som kan være en svakhet er at vi har inkludert flere studier der de har med flere perspektiv, som for eksempel pasientperspektiv, pårørendeperspektiv og sykepleieperspektiv. Vi har skrevet vår oppgave i sykepleieperspektivet, og har derfor i artiklene med flere perspektiv, valgt å bare legge vekt på sykepleieperspektivet. Det kan likevel være en styrke at vi har artikler med flere perspektiv, da vi for vår egen del får lest og sett forskjellene på hva de ulike mener og hvilke opplevelser de har.

## ***5.2 Resultatdiskusjon***

### ***5.2.1 Samhandling***

For å sikre optimal omsorg for pasienter som bor hjemme, er det behov for samarbeid med andre profesjoner (Phillips et al. 2013 og Walshe og Luker, 2010). For å oppnå et godt samarbeid trenger man ifølge Orvik, (2004, s. 259) en positiv innstilling. I Arevalo et al. (2013), Phillips et al. (2013) og Törnquist, Andersson og Edberg (2012) fant de at det er krevende for sykepleier og leger i hjemmetjenesten å samhandle i noen situasjoner, noe vi også har erfart. Dette blir forverret dersom leger har en negativ holdning til sykepleiere, slik som det kom frem at de kunne ha.

Etter Samhandlingsreformen (St.meld.nr.47, 2008-2009) har det blitt et krav om å samhandle mer, for å sikre tidlig, god hjelp og koordinerte tjenester. Dersom profesjonene ikke samhandler blir tjenestene fragmenterte og kan gi en negativt belastning på pasientene. Det er ingen selvfølge at ulike yrkesgrupper innen helsevesenet samarbeider godt, men dersom de gjør det kan det sikre flyt i arbeidet slik at pasienter og pårørende får en helhetlig og sammenhengende tjeneste (Brazil, et al. 2010 og Orvik, 2004, s. 256). For å oppnå god samhandling kreves det at de ulike profesjonene har tillit til hverandre og ser på hverandre som likeverdige (Orvik, 2004, s. 256-57). Dette ble ikke gjort av sykepleiere på sykehus, da de såg på sykepleierne i kommunen som mindre kompetente enn dem selve (Törnquist, Andersson og Edberg, 2012). Dette kan føre til at sykepleierne får dårlige opplevelser med samhandling og derfor velger å ikke gjøre det. Vi har likevel opplevd mye

positivt når det gjelder samhandling og støtte fra sykepleierne på sykehus og palliativt team. Vi har opplevd at sykepleiere på sykehus, ser på sykepleierne i kommunen som likeverdige og at de er interessert i å gi sykepleierne i kommunen opplæring når det er behov for dette.

Samhandling er det grunnleggende for å møte pasientens behov, men det er ofte det området som svikter. Det er de sykeste, blant annet hjemmeboende kreftpasienter, som er avhengig av å få hjelp fra flere yrkesgrupper. Kreftpasienter er ofte innom både sykehus, palliativt team og legekontor i tillegg til å ha hjemmesykepleie. Manglende kommunikasjon og samhandling mellom profesjonene kan føre til uklar ansvarsfordeling (Törnquist, Andersson og Edberg (2012). Dette kan videre kan føre til at pasienter blir "kasteballer" i systemet og ikke får den helhetlige hjelpen de har krav på (Orvik, 2004, s. 257 og Fjørtoft, 2012, s. 213-14).

### **5.2.2 Kunnskap**

Martinsen, (2003, s. 68-69) sier at man trenger kunnskap, erfaring og forståelsen om hvorfor man gjør en handling, som for eksempel palliativ omsorg. Dette støttes opp av Lorentsen og Grov (2011, s. 427), som beskriver at sykepleier skal kunne observere og ta kliniske vurderinger av sammensatte symptomer, i møte med pasienter i den palliative fasen. Phillips et al. (2013) og Wilson et al. (2015) viser til at mangel på kunnskap om smertelindring og lindring av andre symptomer var en utfordring for sykepleierne. Det ble videre funnet at for lite kunnskap hindret sykepleierne i å gi optimal behandling. Dette er noe vi kan relatere oss til i opplevd praksis. I studien utført av Dong et al. 2016, følte noen av sykepleierne at det begrensede kunnskapsgrunnlaget for behandling, førte til at beslutninger ble tatt på erfaringsbasert kunnskap. Dette særlig når faglig oppdatering var upraktisk med tanke på kravene og tidsbegrensinger for klinisk praksis. I følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2001, s.7) pkt. 1.4, skal man holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innenfor eget fagområde, samt bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis. Det optimale er å ta seg tid til å oppdatere seg faglig, men vi har opplevd at dette kan være vanskelig å gjøre i en hektisk hverdag. Konsekvensen av å ikke oppdatere seg, blir at pasientene får dårligere helhetlig sykepleie i den palliative fasen.

Vi ser på det som viktig at sykepleiere selv tar tak i det de opplever som vanskelig. Når det her kommer frem at de har mangel på kunnskap, frykter overmedisinering og bivirkninger, må de ta ansvar for å gi beskjed om dette til ledelsen. Dette står også i samsvar med yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011, s.7) under pkt. 1.7: “Sykepleieren skal erkjenne grensene for egen kompetanse, praktiserer innenfor disse og søker veiledning i vanskelige situasjoner”. De kan da delta på undervisning, kurs eller søke veiledning hos spesialister i palliativ team, for å få økt kunnskap. Hvis de får økt kunnskap vil dette igjen gi resultat i tryggere palliativ omsorg. I følge Phillips et al (2013) har trening innenfor smertelindring betydning for sykepleierne, spesielt innenfor screening, vurdering og administrering for å videre optimalisere palliativ behandling i kommunene. Det vil hjelpe sykepleierne til å avgjøre når henvisning til spesialist innen smerte og/eller palliativ omsorg er nødvendig, og vil forbedre koordineringen mellom ulike tjenester og leverandører. Dette blir styrket av Dong et al. (2016) som sier at de med mer erfaring og trening følte det var enklere med behandling, enn de med mindre erfaring. Her ser man at både kunnskap og erfaring spiller inn i behandling av smerte. De med minst kunnskap og erfaring såg på smertelindring til kreftpasienter som mer utfordrende enn de med mer kunnskap og erfaring.

Smerte er subjektivt (Lorentsen og Grov, 2010, s. 412). Det kan være utfordrende for sykepleier å tolke den subjektive opplevelsen (Walshe og Luker (2010). Det er bare pasienten som vet hvor vondt han har det. For å da kunne vurdere smerte kan man bruke VAS-skala, ESAS-skjema eller kroppskart der pasienten får gradere smertene og vise hvor de er på kroppen (Lorentsen og Grov, 2010, s. 407). Sykepleierne gav uttrykk for at det hjalp å kjenne pasienten fra før, for å lettere vurdere pasientens tilstand (Wilson et al. 2015). Her tenker vi at det er aktuelt med primærsykepleie, for å skape et tettere bånd mellom sykepleier og pasient og for å få mer kontinuitet i pleien. Vi opplever at ved primærsykepleie har man større ansvar for akkurat denne pasienten, som da gjør at man blir bedre kjent med pasienten og lettere kan ta vurderinger. Det kan også være lettere for pasienten å gi uttrykk for hvilke tanker, ubehag og smerter han har, hvis han kjenner primærsykepleieren godt. Vi mener at primærsykepleie vil være et godt tiltak, for slik som Martinsen (2003, s.69-71), mener vi at det menneskelige samspillet og den gjensidige relasjon blir utviklet gjennom det praktisk arbeid vi gjør som sykepleiere.

Å ha ansvar for smertebehandling kan være utfordrende (Wilson et al. 2015 og Dong et al. 2016), men kliniske retningslinjer hjalp sykepleiere i kommunen til å arbeide mer evidensbasert (Phillips et al. 2013). Likevel var det ofte mangel på slike retningslinjer, eller at de ikke var lett tilgjengelige. Kliniske retningslinjer gir et rammeverk for å optimalisere trygg, tilgjengelig og effektiv smertevurdering og forvaltningspraksis i kommunen. Sykepleierne opplevde at det forbedret praksisen deres innenfor behandling av kreftsmarter (Ibid.). Et tiltak her er å ha kliniske retningslinjer mer tilgjengelig for sykepleierne, man kan for eksempel ha de liggende i bilen, eventuelt ha de på nettbrett i de kommunene de bruker det.

### **5.2.3 Ressurser**

Pasienter som er rammet av uheldelig kreft har ofte kroniske smerter og i perioder akutte smerter. Det kan være utfordrende for sykepleiere å gi god smertebehandling (Lorentsen og Grov, 2010, s. 407). I følge Berntzen, Danielsen og Almås (2010, s. 371) har sykepleier ansvar for å kartlegge pasientens smertelokalisasjon, kvalitet, intensitet, variasjon og objektive smerter som mimikk, ansiktsuttrykk og hudfarge. Ut i fra observasjonene skal de administrere legemidler, observere virkning og bivirkninger, samt gi tilbakemeldinger til lege, slik at pasientene skal få best mulig behandling. I praksis er det ikke alltid like lett å få utført den optimale omsorgen og behandling som sykepleier vil, på grunn av mangel på ressurser. Tre viktige punkt er mangel på medisiner, medisinsk utstyr og tid (Arevalo et al. 2012, Brazil et al. 2010, Walshe og Luker, 2010, Wilson et al. 2015 og Penz og Duggleby, 2012). Det ble rapportert at mangel på tid fører til at hjemmesykepleier ikke rekker å observere virkning og bivirkninger til pasientene etter de har gitt dem medikamentell behandling (Ibid.).

Martinsen (2003, s.71) påpeker at vi gjennom våre praktiske handlinger kan vise at vi ser pasientens behov og at ved å ikke "trække over" pasienten kan gi dem en bedre omsorg. Et klassisk eksempel på dette kan være at pasienten kunne klart å utføre oppgaven selv med mer tid, men at sykepleier tar over og hjelper til fordi de ikke har tid til at pasienten utfører det selv. Dong et al. 2016 viser til at det er viktig å se hele mennesket fysisk og psykisk, lytte og gi pasienten oppmerksomhet, men at det er krevende på grunn av mangel på tid. Mangel på ressurser kan i verste fall føre til at sykepleierne ikke har mulighet til å gi den avanserte behandlingen som pasienten har behov for. Dette kan mistolkes av pasient og

pårørende, og tolkes som at sykepleierne har mangel på kunnskap (Törnquist, Anderson og Edberg, 2012).

#### **5.2.4 Manglende deltakelse**

Ifølge Törnquist, Anderson og Edberg (2012), Walche og Luker (2010), Dong et al. (2016), Penz og Duggleby (2012) og Arevalo et al. (2013), gir sykepleiere uttrykk for at deres kompetanse om sykepleieomsorg ikke blir anerkjent innenfor den kommunale konteksten. De er stolte over sin rolle, men føler at deres kunnskap om palliativ omsorg og deres sykepleieferdigheter ikke blir anerkjent. Sykepleierne fikk ikke delta i planleggingen av utskrivelser av pasienter fra sykehus. De fikk bare pasientene og en forventning om at de skulle gi omsorg. Vi mener at for å styrke sykepleiernes forutsetning for å gi omsorg, burde de få delta i planlegging og bestemmelser. De burde ikke bli satt på siden slik de føler seg ignorert. Sykepleierne har en viktig jobb og har mye de kan bidra med. I stede for å sende en person fra kommunene, som har ansvar for tildeling av tjenester, burde de også ha med seg en sykepleier.

Videre hadde det i kommuner med palliativt team, blitt rettet alle ressurser mot å øke kompetanse til sykepleierne i teamet. Når det ble mer fokus på palliativt team følte hjemmesykepleierne at de ble mer alene om sitt arbeid, og at de ikke ble verdsatt i hierarkiet. Ut ifra dette ser man at det er behov for mye tettere samarbeid mellom ulike helsepersonell, slik at sykepleierne får bedre støtte i å gi sykepleie. For å nå dette målet må kommunen erkjenne sykepleiernes kunnskap og ansvar i lindrende behandling til eldre mennesker, slik at sykepleiernes legitimitet styrkes (Törnquist, Andersson og Edberg, 2012).

#### **5.2.5 Emosjonelt stress**

Som sykepleier står man ofte alene om å ta vanskelige avgjørelser, og har da behov for støtte (Törnquist, Andersson og Edberg, 2012 og Dong et al. 2016). Kreftpasienter i palliativ fase har en dødelig sykdom (Bertelsen, Hornslien og Thoresen, 2011, s. 124), og det kan være utfordrende for sykepleier i møte med disse når det gjelder kommunikasjon. Dette står i tråd med Martinsens omsorgsteori (2003, s.69) der hun sier at når den ene er syk, vil den andre sørge, altså de vil lide sammen. Det viste seg at sykepleierne i kommunen sliter med den psykososiale delen av omsorgen. Noen studier beskrev at

sykepleiere hjalp pasienter med å forberede seg til døden ved å være der og vise at de ikke var redde. Andre studier viste at sykepleiere hadde vanskeligheter med å kommunisere med døende pasienter, ble ukomfortable og visste ikke hva de skulle si (Walshe og Luker, 2010). Det må være tøft å skulle stå i slike situasjoner og ikke føle seg kompetent nok, så vi mener dette er noe sykepleiere bør få trening i, når de ytrer ønske om det.

Sykepleierne opplevde emosjonelt stress når det på forhånd ikke hadde blitt avklart hvilke medikament pasientene kunne få, eller når de følte seg alene om det krevende arbeidet (Arevalo et al. 2013). Dette vil si at mangel på informasjon og samhandling kunne føre til emosjonelt stress. Et tiltak her kan være at det på forhånd blir laget en palliativ plan der det står ulike behandlingsalternativer til de ulike symptomene. På denne måten kan sykepleiere føle seg tryggere i arbeidet. Mangel på ressurser og kompetanse kan også føre til emosjonelt stress (Brazil et al. 2010 og Penz og Duggleby, 2012). Vi mener kommunene burde få tilgang til mer ressurser og at sykepleierne burde få tilbud om videreutdanning eller kurs for å få styrket kompetansen sin.

Sykepleierne kan oppleve emosjonelt stress etter de har arbeidet så tett med disse pasientene over lengre tid, og når pasienten går bort. De trenger da støtte for å kunne opprettholde styrken til å fortsette arbeid (Törnquist, Andersson og Edberg, 2012). Behovet for støtte ble tatt opp med ledelsen, men nedprioritert på grunn av økonomi, eller fordi ledelsen ikke så deres behov (Ibid.). I følge studien til Wilson et al. (2015) var støtte og råd fra medarbeiderne og palliative team til god nytte, men tidspress i arbeidsmiljøet førte til at de ikke hadde nok tid til å reflektere over beslutninger ute i "feltet". Problemet her er både økonomi, at ledelsen ikke forstår behov, samt mangel på tid. Vi mener at støtte er så viktig for sykepleierne for å kunne klare seg i arbeidet, at det er noe som burde prioriteres. Man kan ikke bare se på økonomi, for hvis de ikke får støtte, kan dette føre til at det blir kostende mer på lang sikt, hvis sykepleierne for eksempel blir sykmeldt grunnet emosjonelt stress. Ledelsen må skjønne at behovet om støtte må imøtekommes og det må bli satt av tid til dette. Om det ikke lar seg gjøre å sette av tid innenfor arbeidstiden, kan det eventuelt gjøres etter arbeid. Et tiltak kan være refleksjonsgrupper, der man kan sitte å snakke sammen om opplevelser og få støtte fra medarbeidere som kanskje har opplevd lignende situasjoner.

## **6.0 Konklusjon**

Sykepleiere som jobber i hjemmetjenesten kan møte på flere utfordringer når de jobber med palliativ omsorg, til voksne pasienter med kreftsykdom. I vår litteraturstudie har vi kommet frem til at sykepleierne erfarer manglende samhandling, mangel på kunnskap og ressurser, manglende deltagelse og emosjonelt stress, i utøvelsen av palliativ omsorg.

Ut i fra våre hovedfunn ser vi at de ulike punktene henger tett sammen og kan påvirke hverandre. Et eksempel på dette er at manglende samhandling mellom ledelsen og sykepleier kan føre til at hjemmesykepleier ikke får tilstrekkelig ressurser. Dette kan påvirke det helhetlige omsorgsarbeidet, som igjen kan føre til emosjonelt stress.

Vi ser på det som viktig at det blir satt i gang tiltak for å minske disse utfordringene. Man må samhandle mer og profesjonene må se på hverandre som likeverdige. Sykepleierne sitt arbeid må bli verdsatt og de trenger mer opplæring og trening for å få mer kunnskap og bli tryggere i arbeid sitt. Det trengs mer ressurser, utstyr, personale og tid. Hvis sykepleierne blir møtt på disse punktene og får støtte fra medarbeidere og ledelsen, vil det kunne føre til færre utfordringer og mindre emosjonelt stress. Sykepleierne blir tryggere i arbeidet sitt, og kan gi den helhetlige omsorgen pasienten har krav på. Dersom disse tiltakene ikke imøtekommes, kan det føre til unødvendige belastninger både for sykepleiere, pasienter og deres pårørende.

### **Anbefaling for videre forskning**

Vi opplevde at det var lite nyere forskning rundt hjemmesykepleierens utfordringer i møte med pasienter i den palliativ fasen. Vi fant flere studier som ikke er inkludert i denne oppgaven, som ga anbefalinger om videre forskning innen temaet, grunnet deres studie ble for tynne. Vi har funnet eldre studier helt ned til 2007 som viser samme utfordringene som vi fant i de nyeste artiklene frem til 2016. Hjemmesykepleierne har hatt de samme utfordringene i flere år, noe som viser at mer forskning og fokus på dette emnet er nødvendig for å forbedre praksisen.



## 7.0 Litteraturliste:

- Arevalo, J.J., Rietjens, J.A., Swart, S.J., Perez, R.S.G.M og Heide van der A. (2012). ‘Day-to-day care in palliative sedation: Survey of nurses’ experiences with decision-making and performance’, *International Journal of Nursing Studies*, 50(5), s. 613-621.
- Berntzen, H., Danielsen, A. og Almås, H. (2010). Sykepleie ved smerter I: Almås, H., Stubberud, DG. og Grønseth, R. (red.). *Kliniske sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 355-395.
- Bertelsen, B., Hornslien, K. og Thoresen, L (2011). Svulster I: Ørn, S., Mjell, J. og Bach-Gansmo, E.(red.). *Sykdom og behandling*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 123- 145.
- Brazil, K., Kassalainen, S., Ploeg, J. og Marshall, D. (2010) ‘Moral distress experienced by health care professionals who provide home- based palliative care’, *Social Science & Medicine*, 71(9), s. 1687-1691.
- Brunvatne, R. (2006). Fattigdom og helse. *Flyktninger og asylsøkere i helsetenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.190-201.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. 5.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Dong, S.T., Butow, P.N., Agar, M., Lovell, M.R., Boyle, F., Stockler, M., Forster, B.C. og Tong, A. (2016) “Clinicians’ Perspectives on managing Symptom Clusters in Advanced Cancer: A semistructured Interview Study”, *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(4), s.706 - 717.

- Evans, D. (2002). «Systematic reviews of interpretive research: interpretive data of processed data». *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20 (2), s.22-26.  
Tilgjengelig fra: <http://www.ajan.com.au/Vol20/Vol20.2-4.pdf> (Hentet: 27. april 2016)
- Fjørtoft, A-K. (2012). *Hjemmesykepleie – ansvar, utfordringer og muligheter*. 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Folkehelseinstituttet - Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2016). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler> (Hentet: 27. april 2016)
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier - Värdering, analys och presentation av omvårdningsforskning*. 3. utgåvan. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur.
- Helsedirektoratet (2015). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*.  
Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20kreftomsorgen-IS-2285.pdf> (Hentet: 12. mai 2016)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). Sist endret 01.01.2016. *Helsepersonelloven*.  
Kapittel 5. Taushetsplikt og opplysningsrett. Tilgjengelig fra:  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL\\_5](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_5) (Hentet: 28.04.2016)
- Kalfoss, M.H. (2010). Møte med lidende og døende pasienter – sykepleierens møte med seg selv. I: Almås, H., Stubberud, D-G. og Grønseth, R. (red.). *Klinisk sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 475-499.

Kreftregisteret (2014). *Cancer in Norway*. Tilgjengelig fra:

<http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Publikasjoner/Cancer-in-Norway/Cancer-in-Norway-2014/> (Hentet: 15.januar.2016)

Lorentsen, V.B. og Grov, E.K. (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdom. I: Almås, H., Stubberud, D-G. og Grønseth, R. (red.). *Klinisk sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 401-431.

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. 2.utgave. Oslo: Universitetsforlaget, s. 67-83

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (2015). *Publiseringskanaler*.

Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (Hentet: 27.april 2016)

Norsk sykepleieforbund (2011), *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf) (Hentet: 22.april 2016)

Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse – sykepleie og helsefaglig samarbeid*. 1. Utgave. Oslo: Cappelens Forlag.

Philips, J.L., Lovell, M., Lockett, T., Ager, M., Green, A. og Davidson, P. (2013). ‘Australian survey of current practice and guideline use in adult cancer pain assessment and management: The community nurse perspective’, *Collegian*, 22(1), s. 33-41.

Penz, K og Duggleby, W. (2012). “It’s Different in the Home... The Contextual Challenges and Rewards of Providing Palliative Nursing Care in Community Settings”, *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 14(5), s.365-373.

St.meld. nr. 47(2008-2009). Samhandlingsreformen: rett behandling- på rett sted- til rett tid. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> (Hentet: 12. mai 2016).

Törnquist, A., Andersson, M. og Edberg, A-K. (2012) “In search of legitimacy - registered nurses’ experience of providing palliative care in a municipal context”, *Scandinavian Journal of Caring Science*, 27(3), s. 651-658.

Walshe, C. og Luker, K.A. (2010) “District nurses’ role in palliative care provision: A realist review”, *International Journal of Nursing Studies*, 47(9), s. 1167 - 1183.

Wilson, E., Morbey, H., Brown, J, Payne, S., Seale, C. og Seymour, J. (2015) ‘Administering anticipatory medications in end-of-life care: A qualitative study of nursing practice in the community and in nursing homes’, *Palliative Medicine*, 29(1), s. 60-70.

## Vedlegg 1: Kriterier som skal være oppfylt i en systematisk litteraturstudie

1. Klar, formulert problemstilling
2. Tydelig beskriving av inklusjons- og eksklusjonskriterier og metode for søk og utvelgelse av artikler
3. Alle relevante studier er inkluderte
4. Studiene er kvalitetsvurderte
5. Svake studier er ekskludert
6. Metaanalyse blir brukt for å veie opp resultatene fra flere små studier
7. Ikke bare nytten med studiene blir presentert, men også svakheter
8. En vurdering av hvor gyldig resultatene er (Gradering av bevismateriale/evidens)
9. Utvinning av data og tabeller fra de studiene som har blitt kvalitetsvurderte

## Vedlegg 2: PICO-skjema

<b>P:</b> Patient/problem	<i>Hvilken pasientgruppe eller populasjon dreier det seg om?</i> Vi har sykepleieperspektivet, så gruppen blir sykepleiere: “nurses”. Sykepleiere som arbeider i hjemmebasert omsorg
<b>I:</b> Intervention	<i>Hva er det med denne pasientgruppen dere er interessert i? Er det et tiltak som er iverksatt (intervensjon, eksponering)?</i> Vi er interessert i utfordringer sykepleiere møter på i palliative omsorg til kreftpasienter. Søkeordene blir da: palliative care, nursing perspective, nurses’ experience, cancer/oncology, home-based og community nursing
<b>C:</b> Comparison	<i>Ønsker dere å sammenligne to typer tiltak? I så fall skal det andre tiltaket stå her (f.eks. dagens praksis).</i> Vi ønsker ikke å sammenligne, så dette punktet blir ikke aktuelt i vår oppgave.
<b>O:</b> Outcome	<i>Hvilke endepunkter er dere interessert i?</i> Vi er interessert i hvilke utfordringer sykepleiere kan erfare, hvordan dette påvirker dem, og eventuelt om det blir satt i gang tiltak for å imøtekomme sykepleierne sine behov.

### Vedlegg 3: Søkehistorikk

#### Day-to-day care in palliative sedation: Survey of nurses' experience with decision-making and performance

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Nurses' experience AND Palliative care  In abstract, title or keyword  Journal  Nursing and health professions  2011-2016	22/4 2016	Science Direct	24	3	1	1

#### “It's Different in the Home I” The Contextual Challenges and Rewards of Providing Palliative Nursing Care in Community Settings

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Community nursing (In title) AND Palliative care (In title) AND Challenges (in abstract)  Engelsk  2011 - 2016	6/5 2016	Cinahl Complete	24	1	1	1

- **Australian survey of current practice and guideline use in adult cancer pain assessment and management: The community nurse perspective**
- **District nurses' role in palliative care provision: a realist review**
- **Clinicians' Perspective on Managing Symptom Clusters in Advanced Cancer: A Semistructured Interview Study.**

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Palliative care AND Community nurse  In abstract, title or keyword  Journal  Nursing and health professions  2010-2016	28/4 2016	Science Direct	29	4	3	3

**In search of legitimacy - registered nurses' experience of providing palliative care in a municipal context**

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Nurses' experience AND Palliative care  In Title  2011-2016	22/4 2016	Cinahl Complete	6	1	1	1



**Administering anticipatory medications in end-of-life care: A qualitative study of nursing practice in the community and in nursing homes**

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Community nursing AND Palliative care  In Title/abstract  2011-2016	6/5 2016	PubMed	11	2	2	1

**Moral distress experienced by health care professionals who provide home-based palliative care**

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Palliative care (In title) AND home-based AND experience (in all text)  2010-2016 Engelsk  Subject Major: «home health care».	28/4 2016	Cinahl Complete	30	3	1	1

## Vedlegg 4: Litteraturmatriser

### Artikkel nr. 1:

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for vår oppgave?
<p>Arevalo, J.J., Rietjens, J.A., Swart, J, Perez, R.S.G.M., Heide, van der A. (2012)</p> <p><i>Day- to- day care in palliative sedation: Surveey of nurses ´s experiences with decision- making and performance</i></p>	<p>Denne artikkelen er en original artikkel. Hensikten med studien er å undersøke sykepleiers' erfaringer i beslutningsprosesser og hvordan de håndterte palliativ behandling i ulike helsetjenester i Nederland</p>	<p>Care setting, Continuous, palliative sedation, Decision-making, Medication, Nurses ´experience s, Performance</p>	<p><b>Utvalg:</b> Et spørreskjema ble sendt ut til 576 sykepleiere. 277 stk. returnerte det.</p> <p>Studien besto av seks hjemmetjenester, ti enheter for lindrende behandling i sykehjem/hospices og syv sykehus i Nederland.</p> <p><b>Datainnsamling:</b> Et strukturert spørreskjema ble brukt for å samle data. Det inneholdt 58 element som vurderte: - om sykepleieren hadde vært involvert i bruk av lindrende sedering til døende.</p>	<p>Mediantiden mellom beslutningen og selve oppstart på kontinuerlig lindrende sedasjon var på 6 timer i sykehjem og sykehus. I hjemmetjenesten var den på 20 timer.</p> <p>Sykepleierne rapporterte at medisiner var tilgjengelig til alle tider i 94,94% av tilfellene og medisinsk utstyr 93,90%. Prosenten var lavere i hjemmesykepleien for både medisiner (83,67%) og medisinsk utstyr (87,75%).</p> <p>Sykepleiens engasjement i beslutningsprosessen er begrenset til en støttende rolle overfor pasienter og pårørende, samt leger, uten å ta aktivt ansvar. Det var en lavere andel sykepleiere i hjemmetjenesten som involverte seg i beslutningsprosessen. Dette</p>	<p>I forhold til problemstillingen vår er det flere relevante funn som kan vise hva utfordringer hjemmesykepleierne har og hvordan de kan gi bedre sykeleie.</p> <p>Sykepleiere i hjemmebasert omsorg jobber ikke i team, som for eksempel på et sykehus der det er leger til stedet, andre sykepleiere og større utvalg med utstyr. Dette fører til at det er vanskeligere å få kontakt med leger, starte opp med rask behandling og få tak</p>

<p>International Journal of Nursing Studies</p> <p>Vol. 50 Utgave nr. 5 s. 613-621</p>			<p>- Om den siste pasienten de hadde gitt lindrende sedasjon til</p> <p>- Generell informasjon om respondentenes kjønn, alder, kunnskap og arbeidserfaring.</p> <p><b>Analyse:</b> Denne studien presenterer analyse av sykepleierens data fra spørreskjemaet fra Amsterdam-Rotterdam Sedasjon (AMBROSE) prosjekt Datasamlingen ble lagt inn i SPSS PASW 17.0.2 for Windows Dataen bør tolkes med noe forsiktighet pga. noen begrensinger:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fokuserer bare på sykepleiere</li> <li>• utvalget av deltakere er ikke tilfeldig</li> <li>• nederlandske retningslinjer (aktiv dødshjelp)</li> </ul>	<p>samstemmer med andre studier der sykepleiere ofte ikke er til stede når pasienten starter opp med kontinuerlig lindrende sedasjon hjemme. Sykepleieres og leger har flere forskjellige oppgaver i hjemmetjenesten. Det er lettere å arbeide som et team i en institusjon som sykehuset og sykehjem.</p> <p>Sykepleierne synes å bære mye ansvar ved oppstart og oppfølging av lindrende sedasjon siden de ofte er de eneste profesjonelle omsorgspersonene til stede ved starten av sedasjonen. Det kan føre til de havner i en vanskelig situasjon der det ikke er avklart på forhånd hva de skal gjøre og kan være avhengig av at en lege kan gripe inn fort. Det kan for sykepleiere bli en emosjonelt ladet følelse. Det kan, men fører ikke nødvendigvis til misnøye blant sykepleiere og pårørende.</p>	<p>i rett utstyr. Dette kan være en belastning for pasient, pårørende og sykepleier.</p> <p>De får ofte ansvar for oppstart og oppfølging av pasienten, men har kanskje ikke vært til stede under samtalen der lege og pasient kom til enighet om behandlingen. Det kan skape usikkerhet og fortvilelse</p>
--	--	--	--	--	---

Artikkel nr.2:

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for vår oppgave?
<p>Penz, K og Duggleby, W. (2012)</p> <p><i>" It's Different in the Home..."</i></p> <p><i>The Contextual Challenges and Rewards of Providing Palliative Nursing Care in Community Settings</i></p> <p>Journal of Hospice &amp; Palliative Nursing</p> <p>Vol. 14 Utgave nr.5 s. 365-373</p>	<p>Denne artikkelen er en original artikkel. Hensikten med studien var å rapportere sammenhengen av den signifikante arbeidserfaringen for sykepleiere som ga palliativ omsorg i kommunen.</p>	<p>Community, End- of-life care, home care, nursing work life, occupational stress, palliative care, resilience</p>	<p><b>Utvalg:</b> Det var 14 personer som deltok i studien. Deltagerne bodde i 6 separate regioner. Alder 37- 58 år. Fra 1-25 års erfaring. Fleste jobbet i kommunen eller hjemmetjenesten, mens fem stk. jobbet i akutt omsorg og «langsiktig» omsorg i tillegg. Sykepleierne posisjoner var: hjemmesykepleier, palliativ omsorg koordinatører og lederstillinger.</p> <p><b>Inklusjonskriterier:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sykepleiere som gir direkte omsorg i lokalsamfunnet</li> <li>2) Må ha erfaringer i palliativ sykepleiepraksis</li> <li>3) Må praktisere i landelinger/urbane områder.</li> </ol>	<p>I studien kom de frem til fire hovedfunn når det gjaldt utfordringer og belønninger.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) hvem jeg er</li> <li>2) slutte meg til systemet</li> <li>3) følelse av verdsettelse og respekt</li> <li>4) håndtere sorg og tap.</li> </ol> <p>Vi har valgt å legge vekt på utfordringene.</p> <p>Deltagerne rapporterte flere stressfaktorer og utfordringer i kommunal praksis, som ofte førte til at de følte seg maktesløse. <b>Støtte.</b> De rapporterte at de ikke følte seg støttet eller godkjent av andre helsepersonell (som leger og noen kollegaer) og ledelsen</p>	<p>Denne studien er relevant i forhold til vår oppgave fordi vi vil finne ut av utfordringer sykepleiere møter når de gir palliativ omsorg til pasienter med kreft. Her tar de for seg utfordringer sykepleiere kjenner på/ opplever når de er ute i praksis.</p>

		<p>Studien ble forklart til potensielle deltagere over telefon, med en forskningsprosjektpakke av studiemateriell til de som var interesserte i å delta. Studien startet med å signere samtykkeerklæring. Studien ble godkjent av «behavioral ethics review board.»</p> <p><b>Datainnsamling:</b> Telefonintervju, med ytterligere data som ble samlet inn via en demografisk form med personlig journal. 24 intervju ble gjennomført med de 14 deltagerne, og 9 personlige journaler. Varigheten per intervju var på 45-75 minutter.</p> <p><b>Analyse:</b> Både intervju på tape og personlig journal ble transkribert og sjekket for nøyaktighet før de ble innført i NUD*IST 6 software (QSR International, Sydney, Australia).</p>	<p><b>Ressurser.</b> Mangel på tid, lett tilgjengelig utstyr, helsepersonell og tilgang til oppdatert informasjon gjorde det spesielt vanskelig å møte forventningene/preferansene til pasientene og deres pårørende.</p> <p><b>Emosjonell stress.</b> Deltagerne rapporterte også om sine egne bekymringer og problemer som de møtte på i praksis. Blant utfordringene var overveldende arbeidsmengder, mangel på personell, følelse av at deres behov ikke var viktig, og at de ble glemt. Dårlig system som førte til at de ikke greide å møte omsorgsmottakerens forventninger. De føler seg isolert, motløs og overveldet. Også når pasienter dør kan de føle på sorg og utmattelse fordi de</p>	
--	--	---	---	--

Artikkel nr.3:

Referanse	Studiens hensikt/mål/ Problemstilling (Aim)	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for vår oppgave?
<p>Phillips, J.L., Lovell, M. og Luckett, T. m/flere. (2013)</p> <p><i>Australian survey of current practice and guideline use in adult cancer pain assessment and management: The community nurse perspective.</i></p> <p>Collegian</p> <p>Vol 22 Utgave nr. 1 s. 33 - 41</p>	<p>Denne artikkelen er en original artikkel. Hensikten med studien var å identifisere barrierer og tilrettelegging når det gjelder vurdering og administrering/forvaltning av kreftsmarter til voksne, slik det oppfattes av Australiske helsepersonell. Studiene ønsket å identifisere om retningslinjer for kreftsmerte brukes i dag, identifisere barrierer og tilrettelegging til bruk av retningslinjer og fastsette behovet for retningslinjer for kreftsmarter. Denne artikkelen forteller om kommunesykepleiere sine oppfatninger av det å håndtere kreftsmarter i kommunen.</p>	<p>Cancer, Clinical pathway, Community nurse, Pain, Palliative care, Survey</p>	<p><b>Utvalg:</b> 208 sykepleiere deltok, derav 62 sykepleiere som arbeidet i kommunen. Sykepleierne ble rekruttert via e-post og nyhetsbrev som ble sendt til ulike organisasjoner der sykepleiere arbeider.</p> <p><b>Datainnsamling:</b> Det «åpne» spørreskjemaet ble administrert via en sikker online plattform, «Survey Monkey».</p> <p>Undersøkelsen søkte informasjon om:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demografiske detaljer</li> <li>- Bruk av retningslinjer for smerter/kreftsmarter</li> <li>- Oppfattet behov for</li> </ul>	<p><b>Funn:</b> De tre mest vanlige rapporterte barrierer ble oppfattet å være:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vanskeligheter med å få tilgang til ikke farmakologiske smertebehandlingsintervensjoner.</li> <li>• Mangel på koordinering av flere forsørgere/profesjoner</li> <li>• Avstand fra pasient til smerterelaterte tjenester.</li> </ul> <p>De to viktigste temaene som kom frem var at å måtte overbevise andre om bruk av opiater og for dårlig kunnskap om smertelindring, var hindringer som stod i veien for gjennomføring av retningslinjer for smerte. Pasienter kunne være skeptiske til opiater grunnet frykt for bivirkninger, sykepleiere var redd for å gi for mye, og leger skrev ofte ut for svake smertestillende.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for vår oppgave da den viser hvilke utfordringer sykepleiere i kommunen kan møte på og hvilke tiltak som kan forbedre behandlingen som blir gitt til kreftpasienter i kommunen.</p>

		<p>retningslinjer - Oppfatninger av barrierer og tilrettelegging for best mulig praksis for behandling av kreftsmarter og bruk av retningslinjer,</p> <p>Dette er både en kvantitativ og kvalitativ studie, fordi det ble både gitt spørreskjema og åpne spørsmål.</p> <p><b>Analyse:</b> Alle kommentarene ble uavhengig kodet av to forfattere Statistiske analyser ble utført ved hjelp av SPSS programvare V20. Beskrivende analyser ble brukt på alle variabler av interesse.</p>	<p><u>Opplevd tilrettelegging:</u> Tilgang til ytterligere opplæring og informasjon om smertevurdering og administrasjon, ble sett på som nødvendig å forbedre.</p> <p><u>«Bygge kapasitet»:</u> faglig utvikling av området smertebehandling og sikre at klinikere hadde enkel tilgang til kliniske retningslinjer, ble identifisert som viktig tilrettelegging for å optimaliserer smertebehandling for pasienter i kommunen.</p> <p><u>«Partnerskap med andre profesjoner»:</u> var viktig for å sikre at pasienter med kreftsmarter ble tatt hånd om. Råd og støtte fra palliativ behandling sine konsulenter var til stor hjelp. Å få tilgang til spesialister innen palliativ omsorg ble oppfattet å være lettere enn å få kontakt med spesialister innenfor smerte.</p>	
--	--	--	--	--

Artikkel nr.4:

Referanse	Studiens hensikt/mål/ Problemstilling (Aim)	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for vår oppgave?
<p>Törnquist, A., Andersson, M. og Edberg, A-K. (2012)</p> <p><i>In search of legitimacy – registered nurses' experience of providing palliative care in a municipal context.</i></p> <p>Scandinavian journal of Caring Sciences</p> <p>Vol. 27 Utgave nr. 3 s. 651 - 658</p>	<p>Denne artikkelen er en original artikkel. Hensikten med denne studiene var å beskrive registrerte sykepleiere sin erfaring med å gi palliative omsorg til eldre mennesker i kommunen.</p>	<p>Palliative care, nurses' experience, qualitative research municipal care, focus groups.</p>	<p><b>Utvalg:</b> 20 sykepleiere fra fire kommuner i Sverige. De var mellom 32 og 62 år, og arbeidserfaringen varierte fra seks måneder til 37 år. 19 var kvinner. Ni arbeidet i hjemmesykepleien, sju i sykehjem og fire arbeidet begge plassene.</p> <p><b>Datainnsamling:</b> Dette er en kvalitativ metode basert på intervju med sykepleiere. Det ble brukt fokus grupper, som ble ledet av forfatterne. Det ble lagt opp til spørsmål og</p>	<p><b>Funn:</b> Pasientgruppene det ble gitt palliativ omsorg til var både pasienter med kreft, andre sammensatte diagnoser og demente.</p> <p><b><u>Utfordringer</u></b></p> <p><b>Uklar ansvarsfordeling:</b> Pasientene hadde mange helsearbeidere som var involvert i pleien, og dette førte til uklar fordeling av ansvar mellom de ulike.</p> <p><b>Å måtte forhandle med leger:</b> Sykepleierne forklarte at de måtte ha jevnlig kontakt med leger, f.eks. om medisiner og resept. Sykepleierne opplevde ofte at legene ikke ville høre på dem, og ikke ønsket å foreskrive i samsvar med deres råd.</p>	<p>Denne artikkelen viser utfordringer som sykepleier i kommunen kan møte på ved palliativ omsorg til pasienter som bor hjemme. Videre beskriver den hva som må til for at sykepleiernes legitimitet skal styrkes.</p>



			<p>diskusjon i gruppene. Intervjuene varte i to timer og ble tatt opp på bånd.</p> <p><b>Analyse:</b> En konvensjonell kvalitativ innholdsanalyse ble anvendt for analyse av intervjuene. Første steg var å lese gjennom intervjuene, og deretter diskuterte forfatterne funnene mellom seg. Siste steg var å kategorisere funnene.</p>	<p><b>Å ha begrenset legitimitet:</b> Sykepleierne uttrykte at deres kompetanse om sykepleie omsorg ikke ble anerkjent innenfor den kommunale konteksten, og at de hadde begrenset legitimitet. Videre ble kompetansen deres neglisjert, de hadde mangel på skikkelig utstyr og de var ofte alene om å ta avgjørende beslutninger.</p> <p><b>Behov for støtte:</b> - Trenger støtte fra ledelsen og kollegaer. Det kan være tøft å gi omsorg til syke og døende og da er det viktig at man støtte og hjelper hverandre. Støtte var noe de følte de trengte etter psykisk krevende situasjoner som traumatiske eller uventede dødsfall eller samtaler om eksistensielle problemer med familier.</p>	
--	--	--	---	--	--

Artikkel nr. 5:

Referanse	Studiens hensikt/mål/ Problemstilling (Aim)	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for vår oppgave?
<p>Dong, S.T., Butow, P.N., Agar, M., Lovell, M.R., Boyle, F., Stockler, M., Forster, B.C. og Tong, A. (2016)</p> <p><i>Clinicians' Perspective on Managing Symptom Clusters in Advanced Cancer: A Semistructured Interview Study.</i></p> <p>Journal of pain and Symptom Management</p> <p>Vol. 51 Utgave nr. 4 s. 706 - 717</p>	<p>Denne artikkelen er ein original artikkel. Hensikten med studien var å beskrive holdninger og strategier for klinikere i å håndtere flere symptomer hos pasienter med langt kommet kreft.</p>	<p>Multiple symptoms, symptom clusters, advanced cancer, symptom management, health professionals, qualitative research.</p>	<p><b>Utvalg:</b> 48 klinikere: leger, onkologer, sykepleiere og andre helsepersonell. Disse ble rekruttert fra to sykehus, to palliative senter og fire kommuner i Sydney, Australia.</p> <p><b>Datainnsamling:</b> Det ble gjennomført semistrukturerte intervju.</p> <p><b>Analyse:</b> Intervjuene ble tatt opp. Det ble brukt tematisk analyse ved å diskutere koding og</p>	<p>Seks temaer ble identifisert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usikkerhet i beslutningsprosesser</li> </ul> <p>Noen følte at det begrensede kunnskapsgrunnlaget for behandling av flere symptomer førte til at beslutninger ble tatt basert på magesfølelsen, særlig når det å oppdatere seg faglig var upraktisk med tanke på kravene og tidsbegrensinger for klinisk praksis. De med mer erfaring følte det var enklere med behandling av symptom, enn de med mindre erfaring. Det var press til å handle fra tverrfagligteam, pasienter og deres familier og klinikere. Dette var en stor utfordring. Sykepleierne synes også det var utfordrende å tolke pasientens subjektive opplevelse av smerte og andre symptom.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bølgelengde med pasient og familie</li> </ul>	<p>Denne artikkelen gir en oversikt over hvordan det kan være å behandle sammensatte symptom hos kreftpasienter i livets slutfase. Den viser til utfordringer knytt til behandling og hvilke tiltak som bør settes i verk for å forbedre denne omsorgen. Denne studien er derfor relevant for vår oppgave da vi ønsker å finne ut om utfordringer sykepleier kan erfare i palliativ omsorg.</p>

			<p>sammenligning av data. Funnene ble kategorisert i ulike tema og underkategorier.</p>	<p>Vanskelig å kommunisere og forstå hva pasient og familie gav uttrykk for av symptomer. Kunne videre være utfordrende å kommunisere med pasient og familie når forventninger og bekymringer ble uttrykt. Det ble sett på som viktig å se hele mennesket, både fysisk og psykisk, for ulike symptom kan ha innvirkning på hverandre. Det ble sett på som viktig å lytte og ta seg tid til, og gi pasientene oppmerksomhet, men dette var utfordrende på grunn av tidspress. De opplevde også følelsesmessig stress når de lyttet til pasienter som åpnet seg og fortalte om bekymringer og sorgen sin.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vurdering For å vurdere symptom ble det brukt screeningsverktøy, men det var likevel vanskelig å stole helt på at det pasienten sa ble godt nok kartlagt og at man forstod den subjektive opplevelsen.</li> <li>• Balansere kompleksiteten i medisinsk behandling</li> </ul>	
--	--	--	---	---	--

				<p>Leger og sykepleiere synes det var utfordrende å balansere behandling. De var forsiktig med medisiner for å unngå at pasienten skulle få bivirkninger. De oppmuntret pasientene til å gi beskjed om de kjente på noen bivirkninger som f.eks. åndenød.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tverrfaglig kompetanse Utveksling av kunnskap og kompetanse ble sett på som viktig. Det var nyttig med tett samarbeid og kommunikasjon med tverrfagligteam. Det ble opplevd som frustrerende at andre profesjoner var uinteressert i kommunikasjon og samhandling → førte til hierarkiske spenninger. Man opplevde isolasjon når man ikke fikk delta i organiseringen av pleien/tjenestene, og dette førte også til diskontinuitet i omsorg.</li> </ul>	
--	--	--	--	--	--

Artikkel nr.6:

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for vår oppgave?
<p>Wilson, E., Morbey, H., Brown, J., Payne, S., Seale, C. og Seymour, J. (2015)</p> <p><i>Administering anticipatory medications in end-of-life care: A qualitative study of nursing practice in the community and in nursing homes.</i></p> <p>Palliative medicine</p> <p>Vol. 29 Utgave nr.1 s. 60-70</p>	<p>Denne artikkelen er en original artikkel. Hensikten med studien er å undersøke sykepleiernes vedtak, mål og bekymringer ved å administrere medisiner forskrevet og utlevert av behovsmedisin .</p>	<p>Anticipatory medication, end of life, Community nursing, Nursing homes, Decision-making, Symptom management, place of death, qualitative, “just in case”.</p>	<p><b>Utvalg:</b> 61 sykepleiere som jobber i to regioner i England i hjemmetjenesten og sykehjem.</p> <p><b>Datainnsamling:</b> Sykepleierne ble intervjuet og observert. Intervjuene tok plass på deltagerens arbeidsplass og varierte mellom 20 min til to timer. I tillegg til enkelt intervju ble det seks små gruppe intervju, inkludert to tlf. Intervju.</p> <p><b>Analyse:</b> Håndskrevne notat ble brukt til å registrere</p>	<p><u>Sykepleieres bekymringer ved bruk av behovsmedisin:</u> Å administrere medisiner kan føre til en rekke bekymringer for sykepleiere. Først var de opptatt av å skille mellom smerte og uro, slik at de administrerte mest mulig riktig.</p> <p>Det bekymret seg over var at når de startet med den laveste dosen betydde det at det kunne ta lang tid å vurdere pasientens symptomer, spesielt i hjemmetjenesten, som gjorde at de var bekymret for å forlate pasienten under medisiner.</p> <p>I tillegg var de bekymret for under- og overmedisinering. Dette var i særlig grad når det gjaldt opioider og hos de med mindre erfaring. Selvtillit og erfaring spiller en rolle.</p> <p>Sykepleierne rapporterte at deres emosjonelle byrde i dette området av praksis var trolig svekket pga. erfaring med å jobbe selvstendig eller nivået av trening. Støtte og råd fra medarbeidere</p>	<p>I denne studien tar de for seg mål, vurderinger og utfordringer som sykepleiere har i møte med pasienter i hjemmetjenesten og sykehjem som trenger behovsmedisin.</p> <p>I vår oppgave skal vi finne ut hva utfordringer hjemmetjenesten møter på i palliativ omsorg.</p>

			<p>observasjonene. De ble skrevet og analyserte.</p> <p>Intervjuene ble digitalt innspilt og transkribert ordrett.</p> <p>Gyldigheten at kategoriene ble sjekket av kliniske prosjektrådgivere og en ekspert interessent gruppe.</p>	<p>og spesialiserte palliative team var til god nytte, men at tidspress i arbeidsmiljøet førte til at de ikke hadde tid til å reflektere over beslutninger ute i ”feltet”. Dette fører til en følelse av byrde.</p> <p>Selv om det å administrere medisiner er en ”teknisk oppgave” krever det ferdigheter i beslutningsprosesser og det understøttes av god kunnskap og erfaring for å forebygge smerter og oppnå gode resultater. Noen av forholdene som kan påvirke og gjøre palliativ omsorg til belastende er:</p> <p>Kommunikasjonsproblem, begrenset kunnskap, mangel på støtte og tidspress.</p>	
--	--	--	--	--	--

Artikkel nr.7:

Referanse	Studiens hensikt/mål/ Problemstilling (Aim)	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for vår oppgave?
<p>Walshe, C. og Luker, K.A. (2010).</p> <p><i>District nurses' role in palliative provision: A realist review</i></p> <p>International journal of Nursing Studies</p> <p>Vol. 47 Utgave nr. 9 s. 1167 - 1183</p>	<p>Denne artikkelen er ein review-artikkel. Hensikten med studien var å undersøke hvordan sykepleiere i kommunen gir sykepleie til pasienter i palliativ fase av sykdommen.</p>	<p>Community health nursing, Home care services, Palliative care, Review</p>	<p><b>Utvalg:</b> 46 artikler ble vurdert.</p> <p><i>Inklusjonskriterier:</i> Artiklene som ble vurdert måtte være på engelsk og handle om arbeidet til sykepleiere i kommunen.</p> <p><b>Datainnsamling:</b> Det ble søkt i databasene Ovid, Medline, Cinahl, British Nursing Index, Embase, PsycINFO og EBM reviews.</p> <p><b>Analyse:</b> Artiklene ble først gjennomgått en gang, så en gang til mye mer detaljert og tilslutt ble det laget et datauttrekk/oppsummering av hver artikkel.</p>	<p><b>Funn:</b> <u>Begrenset legitimitet:</u> - Sykepleierne er stolte over sin rolle men føler seg undervurdert av andre. Rollen til sykepleierne blir ikke anerkjent av andre.</p> <p><u>Palliativ omsorg er holistisk omsorg</u> - Sykepleier må kunne gi fysisk omsorg og ha kunnskap. - Det viste seg at noen av sykepleierne i kommunen sliter med den psykososiale delen av omsorgen.</p> <p><u>Stressende og følelsesmessig vanskelig:</u> - Det kan være stressende å gi omsorg til døende pasienter. Følelsesmessig stress som sykepleiere opplevde ble forverret av mangel på ressurser, tid og kunnskap.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant da den vurderer en rekke studier med fokus på sykepleiere i kommunen som gir palliativ omsorg. Den viser sentrale punkter i utøvelsen av omsorgen og peker også på utfordringer.</p>

				<p><u>Krav, mangel på tid:</u> - Sykepleierne snakker om det å ha og gjøre tid til pasientene i stedet for kravet om tjenester.</p> <p><u>Samarbeid med kollegaer</u> - Samarbeid er en kjerne i helsetilbudet. Det blir trekt frem at dette fremmer kvaliteten på omsorgen, men at det kan være utfordrende å samarbeide med kollegaer også.</p>	
--	--	--	--	---	--



Artikkel nr. 8:

Referanse	Studiens hensikt/mål/ Problemstilling (Aim)	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for vår oppgave?
<p>Brazil, K., Kassalainen, S., Ploeg, J. og Marshall, D. (2010)</p> <p><i>Moral distress experienced by health care professionals who provide home-based palliative care</i></p> <p>Social Science &amp; Medicine</p> <p>Vol. 71 Utgave nr. 9 s. 1687 - 1691</p>	<p>Denne artikkelen er ein original artikkel. Hensikten med studien var å undersøke sykepleiere, som jobber med palliativ omsorg, sin erfaring med emosjonelt stress.</p>	<p>Palliative care, Home care, Moral distress, Ethics, Health care providers. Canada, Critical incidents.</p>	<p><b>Utvalg:</b> 18 deltakere fra fem hjemmesykepleie baser i Canada. Deltakerne bestod av helsearbeidere, der 10 var sykepleiere. Arbeidserfaring var gjennomsnittlig 11 år. Alle deltakerne var kvinner og en gjennomsnittsalder på 47 år.</p> <p><b>Inklusjonskriterie:</b> Personer som hadde opplevd emosjonelt stress i sitt arbeid i palliativ omsorg.</p>	<p><b>Funn:</b> <u><i>Ufordrende kliniske situasjoner som kunne føre til emosjonelt stress:</i></u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Når pasienten ikke holder seg til den medikamentelle behandlingen</li> <li>- Når behandlingen ikke er hensiktsmessig.</li> <li>- Uventet død</li> <li>- Kommunikasjon med pasienter og pårørende om vanskelige tema.</li> </ul> <p><u><i>Problemer med levering av tjenester som kunne føre til moralsk nød var:</i></u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mangel på ressurser →mangel på medisinsk utstyr og mangel på tid til å utføre tjenestene</li> <li>- Mangel på kompetanse hos andre medarbeidere</li> <li>- Mangel på informasjon og samhandling</li> </ul>	<p>Denne artikkelen viser hvilke utfordringer som kan føre til emosjonelt stress eller utbrenthet hos sykepleiere som arbeider med palliativ omsorg. Dette er relevant for vår oppgave fordi det viser at emosjonelt stress er en utfordring og at det også kan være en konsekvens av andre utfordringer.</p>

			<p><b>Datainnsamling:</b> Det ble gjennomført en kvalitative, beskrivende studie, der deltakerne ble intervjuet. Målet med intervjuene var at sykepleierne skulle beskrive ulike hendelser og situasjoner de hadde opplevd.</p> <p><b>Analyse:</b> Intervjuene ble tatt opp. Funnene ble kategorisert i ulike tema.</p>		
--	--	--	---	--	--