



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Bacheloroppgave

SY301813 Sykepleie VI- Del 2 (Baheloroppgåva)
Sjukepleiarar si erfaring med palliativ omsorg til
kvinner med brystkreft i heimen/Nurses experience
with palliative home care to women with breastcancer

4519 og 4459

Tove Katrin Dybvik

Totalt antall sider inkludert forsiden: 48

Innlevert Ålesund, 22.05.2016

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 type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input 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. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen.	<input 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 type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift.	<input type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Tove Katrin Dybvik og Lindis Kathrine Helberget

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: 22.05.2016

Antall ord: 8881 ord.

Sammendrag

Hensikta med oppgåva vår er å setje søkjelys på eit tema som er blitt meir aktuelt dei siste åra. Død i heimen hjå kreftsjuke pasientar har blitt meir normalt, og fleire ynskjer dette alternativet. Sjølv om overlevingsraten til kvinner med brystkreft er god, er det nokre prosent kvinner som døyr kvart år av sjukdomen.

I metodekapittelet vil vi gjere greie for ulike omgrep som er sentrale i oppgåva vår, dette omfattar systematisk litteraturstudie, kvalitativ og kvantitativ metode. Vidare presenterer vi analysen vi utførte for å sitje igjen med åtte forskingsartiklar som vi skal bruke aktivt i oppgåva.

Resultata vi sit igjen med frå analysen av forskinga, er at dei fleste av kvinnene med brystkreft ynskjer å få døy i sin eigen heim. For at dette skal vere mogleg er det viktig at sjukepleiarane er oppdatert på faglitteratur, prosedyrar og at det er eit godt samarbeid mellom dei ulike institusjonane.

Konklusjonen vi har kome fram til er at palliativ omsorg utført i heimen er noko som er veldig aktuelt i dagens samfunn og som vil auke dei neste åra framover. Vi ser på heimebasert omsorg til kvinner med brystkreft som eit godt tilbod som mange vil nytte seg av i framtida. Likevel kan ein konkludere ut frå funna i studien, at enkelte emne må arbeidast med før ein har eit tilfredsstillande heimetilbod. Sjukepleiaren sitt perspektiv til palliativ omsorg i heimen er omfattande og krevjande. Men dei såg gleda og tryggleiken kvinnene opplevde i heimen. Der dei hadde sine næraste saman med seg, og dei var meir avslappa.

Summary

The aim of this assignment is to call attention to a theme which has become more relevant in the recent years. People with cancer often choose home death instead of dying at the hospital or in a different institute. The percentage of survival of women with breastcancer is high, however there still is a percent of women dying every year that dies. We want to highlight them and the care nurses give them at home.

In the method chapter of this assignment will we explain key words like a systematic literature study, quantitative and qualitative methods. After that we want to show how we worked on the analysis to select the eight articles of science we are referring to in our assignment. The main results that we have highlighted in this paper is that most of the women with breast cancer wants to die in their own home. In order to make this possible the nurses need to be updated on both theory and different procedures. Also good cooperation between the hospital and the home health care-nurses is an important element to good care.

The conclusion we have reached is that palliative care in the home is very relevant in today's society and probably will increase over the next few years. Home health care is a good offer to women with breast cancer, and we think more and more will use the offer in the future. Nevertheless, from the findings in from the studies can we see that several of the subject must work with in order to reach a satisfactory offer. The nurses perspective on giving palliative care in the home is extensive and demanding, but also positive and safe for the women who needs the care.

Innhald

1.0	Innleiing	1
1.1	<i>Hensikta med oppgåva</i>	1
1.2	<i>Grunngjeving av val av tema</i>	1
1.3	<i>Problemstilling og avgrensing</i>	2
1.4	<i>Oppbygging av oppgåva</i>	2
2.0	Teoribakgrunn	4
2.1	<i>Virginia Henderson</i>	4
2.2	<i>Brystkreft</i>	5
2.3	<i>Palliativ omsorg</i>	6
2.4	<i>Heimebasert omsorg</i>	7
2.5	<i>Pårørande</i>	7
2.6	<i>Etikk</i>	8
3.0	Metode	10
3.1	<i>Kjeldekritikk</i>	10
3.2	<i>Systematisk litteraturstudie</i>	10
3.3	<i>Kvalitativ og kvantitativ metode</i>	11
3.4	<i>Søkjeprosessen etter forskingsartiklar</i>	12
3.5	<i>Analyse</i>	13
4.0	Resultat og funn	16
4.1	<i>Samhandling mellom pasient, pårørande og sjukepleiar (Oransje)</i>	16
4.2	<i>Samarbeid og kommunikasjon mellom helsesektorane (Rosa)</i>	17
4.3	<i>Sjukepleiarane sine erfaring med kva rolle religion og livssyn spelar inn på palliativ omsorg (Gul)</i>	18
4.4	<i>Erfaringar og dilemma sjukepleiaren møter i palliativ omsorg i heimen (Blå)</i>	19
5.0	Drøfting	21
5.1	<i>Metodediskusjon</i>	21
5.2	<i>Korleis opplev sjukepleiarane palliativ omsorg i heimen?</i>	21
5.3	<i>Relasjonen mellom sjukepleiar, pasient og pårørande</i>	23
5.4	<i>Kva rolle synest sjukepleiarane religiøs tru har i palliativ omsorg</i>	24
5.5	<i>Korleis opplever og handterer sjukepleiarane etiske dilemmaa</i>	25
5.6	<i>Kommunikasjon og samarbeid mellom sjukepleiarar og helsesektorane</i>	26
6.0	Konklusjon	28
7.0	Litteraturliste	29
8.0	Vedlegg	1

1.0 Innleiing

Brystkreft er den kreftforma som er hyppigast hos kvinner i verda. I følge Kreftregisteret.no vart det oppdaga 3324 nye tilfelle brystkreft hjå kvinner i 2014. Prosenten av overlevande ved brystkreft har auka dei siste åra, men gjennomsnittleg døyr kvar fjerde kvinne (Sørensen og Almås 2010). Brystkreft rammar hyppigast kvinner etter 50 års-alderen og om lag kvar 11. norske kvinne over 20 år (Schlichting 2012).

Heimebasert omsorg er ein viktig del av dagens helseteneste. Stadig fleire bur heime og har nytte av helsehjelp i heimen. Heimebasert omsorg har hatt ei stor auke dei siste åra. Statistikken viser at i 1992 tok 75 000 personar i mot heimebasert omsorg i Noreg, medan i 2010 var det 130 000 som tok i mot heimebasert omsorg (Fjørtoft 2012). I Meld. St. Nr. 29 (2012-2013) i kapittel 5.4.1, *Sted for død*, står det at dei færreste i Noreg døyr i eigen bustad, sjølv om dei fleste døyande pasientar har eit ynskje om å få døy i eigen heim. Helsepersonell som har arbeidd mykje med palliasjon, meiner at pasientane har nytte av å vere nær heimen i sluttfasen (Lorentsen og Grov 2010).

1.1 Hensikta med oppgåva

Føremålet med oppgåva er å belyse eit tema som blir meir relevant med tida. Døden har blitt ein naturleg del av livet og fleire sjukepleiarar må derfor stå i situasjonar der dei må gi palliativ omsorg til døyande menneske. I denne oppgåva blir det retta ekstra fokus på kvinner med brystkreft. Brystkreft kan råke kvinner i alle aldrar og kvar alder kan ha ulike utfordringar (Schlichting 2012 og Fjørtoft 2012).

1.2 Grunngeving av val av tema

Vi har begge vore i praksis i heimebasert omsorg og erfart palliativ omsorg til pasientar med terminal brystkreft, opplevinga sit igjen hjå oss begge. Å møte kvinner med terminal brystkreft i ein hektisk arbeidsdag, å ville strekkje til og ynskje om å gi god palliativ omsorg var nokre av utfordringane og erfaringane vi fekk kjenne på.

Lorentsen og Grov (2010) fortel at helsepersonell som har hatt mykje med palliativ omsorg, ser at døyande har stort utbytte av å vere i heimen i sluttfasen. Det er ikkje berre eit ynskje frå pasienten sjølv, det har vist seg at pasienten og pårørande får eit nærare band

og heimedød ikkje var ei byrde, men ei fredfull oppleving. Vi meiner at dette er ei aktuell problemstilling vi kan møte som ferdig utdanna sjukepleiarar, både på bakgrunn av at statistikken viser at fleire får brystkreft, og sidan fleire ynskjer å døy i heimen (Sørensen og Almås 2010 og Fjørtoft 2012).

1.3 Problemstilling og avgrensing

Kva erfaringar har sjukepleiarar med å gi palliativ behandling i heimen til kvinner med brystkreft?

I vår oppgåve har vi valt å rette fokuset på sjukepleiarar i heimebasert omsorg. I forhold til kvinner med brystkreft har vi valt å inkludere alle aldersgrupper. Vi har valt å ta i bruk eit sjukepleieperspektiv, på bakgrunn at vi ynskjer å tileigne oss meir kunnskapar om sjukepleiarar sine erfaringar i den palliative fasen i heimen til pasienten.

Tabell 1. Kort definisjon på ofte brukte ord i oppgåva

Brystkreft	Brystkreft, også kjent som cancer mammae, er kreft i brystet sine mjølkekjertlar eller mjølkegangar (Schlichting 2012).
Sjukepleiar	Sjukepleie er ein profesjon som må fokusere på dei essensielle elementa og prinsippa som gir yrkesutøvinga den struktur, karakter, nærvær og stryke (Kim 2011).
Heimesjukepleie	<i>” Hjemmesykepleie er å yte sykepleie til akutt og kronisk syke i alle aldre i deres eget hjem ”</i> (Fjørtoft 2012:19).
Palliativ behandling	Den palliative fasen betyr å lindre (Lorentsen og Grov 2010).
Pårørande	Personar som står pasienten nært, anten ektefelle eller barn.

1.4 Oppbygging av oppgåva

Vi har delt inn oppgåva vår i seks hovuddelar med fleire underkategoriar.

I teoribakgrunnen vil vi fortelje om sjukepleieteorien til Virginia Henderson, gjere greie for brystkreft, palliativ omsorg, pårørande, etikk og heimebasert omsorg. I metodekapittelet fortel vi korleis vi har kome fram til forskingsartiklane og korleis analysen vår har blitt utført. Vi fortel også om kvalitativ og kvantitativ forskning, kva eit

systematisk litteratursøk er, her har vi har med kjeldekritikken. I kapitlet om resultat og funn vil vi gjere greie for dei resultata og funna vi kom fram til i analysen.

Vi vil sjå på problemstillinga og diskutere denne i diskusjonskapitlet, der vi får fram både dei positive og negative sidene med palliativ omsorg i heimen. Vi vil kome med eit svar på problemstillinga vår i konklusjonskapitlet som ei samanfating av oppgåva.

2.0 Teoribakgrunn

I teoribakgrunnen tek vi for oss sjukepleieteoretikaren Virginia Henderson, diagnosen brystkreft, årsak og symptom, kva palliativ omsorg går ut på og heimebasert omsorg si oppgåve i forhold til terminalt kreftsjuke pasientar.

2.1 Virginia Henderson

Henderson greidde å kople saman det moderne sjukepleiefaget si utvikling med arva frå Florence Nightingale. Ho definerte kva sjukepleiaren si rolle i samfunnet er. Hennar ynskje var å bidra til utvikling i sjukepleiefaget ved å skildre kva god sjukepleie har å bety for den sjuke (Mathisen 2011). Ut frå erfaringane som sjukepleiar lagde ho definisjonen:

”Sykepleierens enestående funksjon består i å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller ein fredfull død), som dette mennesket ville ha utført uten hjelp viss det hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til det. Hennes funksjon er å gjøre dette på en måte som hjelper han til å bli selvstendig så raskt som mulig”
(Mathisen 2011:154)

Denne definisjonen vart laga i 1955, men er enno kjent og verdsett over heile verda. Den gir eit godt bilete på kva arbeidsområdet til sjukepleiaren er (Mathisen 2011).

Mathisen (2011) skriv at sjukepleiaren må sjå på pasienten som eit menneske som har både ein fysisk, sosial og åndeleg dimensjon. Ho poengterer at ein slik tenkjemåte berre er ein teoretisk forståing og meininga er å minne sjukepleiarane at mennesket er eit komplisert vesen. Virginia Henderson har sett opp 14 punkt i sin teori som skildrar kva behov ho meiner er grunnleggande for mennesket. Desse punkta skal hjelpe sjukepleiaren til å gi individuell sjukepleie til pasientane.

Av desse 14 punkta har vi valt å fokusere på nokre av desse i forhold til kva vi føler er relevant i den palliative omsorga. Å få puste normalt, ete og drikke tilstrekkeleg, og fjerne avfallstoffa frå kroppen er grunnleggande, viktige behov eit kvart menneske bør få oppfylle, uansett livssituasjon. Dette skal sjukepleiaren alltid hjelpe til med, og passe på at pasienten har det behagelig i forhold til dette (Mathisen 2011).

Å halde kroppen rein og velstelt og huda beskytta er eit punkt vi ser på som viktig i den palliative omsorga. Det kan bety mykje å få føle seg velstelt når det kjem til livskvalitet. Sidan alle har ulike behov og rutinar er det viktig at sjukepleiaren hjelper pasienten med å få utført for eksempel morgonrutiner dersom vedkomande ikkje får til dette sjølv. Det same gjeld at pasienten bør oppretthalde rett kroppsstilling når ein ligg, sit, går og står. Vi kan møte på kvinner som er i slutten av den palliative fasen og det er viktig at dei har det komfortabelt og godt (Mathisen 2011).

I sluttfasen kan pasienten ha behov for å gi uttrykk for sine behov og kjensler. Det er viktig at vi som sjukepleiar i heimen, tek oss tid til å prate med pasienten om dette og eventuelt hjelpe henne om det er noko vi kan gjere. Mange synest det er viktig å få praktisere religionen eller livstrua si, og dette kan hjelpe til mindre redsel eller angst rundt dødsfallet som er i vente (Mathisen 2011).

2.2 Brystkreft

Brystkreft er ei kreftform som råkar brystet sine mjølkekjertlar eller mjølkegangar. Det er oftast kvinner over 50 år som blir råka av sjukdomen. Det råkar også yngre kvinner og det er venta at endå fleire yngre vil få brystkreft på grunn av livsstilendringar. Med livsstilendringar meinast det endringar som har skjedd i kvinna sitt liv, blant anna bruken av alkohol, vektauke og reproduktive forhold (Schlichting 2012).

Årsaken til brystkreft kan vere både genetiske, påverknadar gjennom livet og forhold i fosterstadiet, med andre ord er årsaka samansett. Jenter som får tidleg menstruasjon og kvinner som kjem seint i overgangsalderen har høgare risiko for å utvikle brystkreft. Kvinner som får born før dei er 30 år reduserer risikoen for å utvikle brystkreft med sju prosent for kvart fullgatte svangerskap (Schlichting 2012).

Symptomet kvinner fyrst merkar ved brystkreft er oftast ein eller fleire kular i brystet eller i armhola. Sår som ikkje vil gro på huda over brystet, inndraging av huda rundt brystet eller brystvorta, eksemliknande endringar, endring i storleik eller konturane til brystet, appelsinhud, eller blodtilblanda eller klar væske ut frå brystvorta er andre symptom. Om kvinna kjenner ubehag, tungpust, smerter i skjelettet eller kvalme kan det tyde på spreiging av kreft (Sørensen og Almås 2012).

Kreftforeininga arbeider med å spreie informasjon om korleis kvinner kan undersøkje brysta sine sjølv slik at endringar blir oppdaga tidleg. Dette ser dei på som viktig for at kvinner skal lære seg å få rutine på å undersøkje brysta med jamne mellomrom. Meininga med sjølvundersøkinga er at kvinna skal føle tryggleik, ikkje redsel, ved at ho kan undersøkje seg sjølv. Det er lurt at kvinner i voksten alder undersøker seg sjølv fast ein gong i månaden og om kvinna enno har menstruasjon bør undersøkinga skje rett etter avslutta menstruasjon (Sørensen og Almås 2012).

2.3 Palliativ omsorg

Når kurerande behandling ikkje lenger er eit alternativ, må ein endre målet for den medisinske behandlinga og sjukepleia. Dette handlar om å gi ei meir livsforlengande, smertelindrande behandling og best mogleg livskvalitet til pasienten (Lorentsen og Grov 2010). God sjukepleie til kreftsjuke omhandlar m.a. smertelindring, lindring av kvalme og angst. Sjukepleiarane skal også bidra med trøyst og omtanke (Nordtvedt 2012).

Palliativ omsorg framskandar ikkje døden eller forlenger dødsprosessen. Men er eit målretta, livsforlengande tilbod som kan halde sjukdomen i sjakk i lengre tid (Lorentsen og Grov 2010). Palliativ omsorg kan medføre belastningar som dødsangst, depresjonsliknande reaksjonar og sterk sorg. Dette er normale reaksjonar i ein slik fase, og som sjukepleiar er det viktig å vise god støtte og omsorg (Lorentsen og Grov 2010).

Lindring av pasienten sine fysiske symptom og psykiske påkjenningar, står sentralt i palliativomsorg. Målet er å gi best mogleg livskvalitet for pasienten. Livskvalitet står sentralt i omgrepet ”palliativ omsorg”. Lorentsen og Grov (2010) skriv om ei studie gjort i Japan som skildrar kva som forbindast med ein ”god død”; Fysisk og psykisk velvære, død på rett stad, ynskjer, gode relasjonar til helsepersonellet, håp og glede, eit godt forhold til familien og ikkje føle seg til byrde, var viktige kriterium for ein god død.

Når ein vel stad for død og tilrettelegging, må ein sjå på kvar pasienten er og om det er mogleg å tilby pasienten symptomlindring og omsorg der. Dei fleste ynskjer å vere heime, men døyr likevel i institusjon. Dei ynskjer å leve så normalt som mogleg og oppretthalde verdigheit og ikkje la kreftsjukdomen ta styring (Lorentsen og Grov 2010).

2.4 Heimebasert omsorg

Heimebasert omsorg vil seie all form for sjukepleie utført i heimen. Det er eit tilbod om pleie og omsorg til heimebuande pasientar med helsesjukdom (Fjørtoft 2012).

I heimebasert omsorg skal alt leggjast til rette for at døyande skal ha moglegheita til å vere heime. Mange av dei som er i sluttfasen som tek i mot heimesjukepleie, har ein kreftsjukdom som ikkje kan lækjast. Terminalt kreftsjuke har kort levetid og det kan vere vanskeleg å tidsfeste levetida. Å leve med ulækjeleg kreftsjukdom inneber utfordringar. Dette medfører uvisse, skuffelse, dødsangst, redsel og einsemd, men også håp (Fjørtoft 2012).

Heimesjukepleiarane kjem tett på menneska og deira livssituasjon. Sjukepleiarane skal bidra i pasienten si meistring av ein vanskeleg livssituasjon. Dette kan vere fysisk assistanse til livsmot og handlar m.a. om livsverdiar og verdival. Dei får utfordra sine verdiar i møte med menneske, spørsmål som kva ein skal leggje vekt på, kva er viktig å ivareta og kva er relevant å ta omsyn til står sentralt (Fjørtoft 2012).

I dag dør dei fleste i Noreg på institusjon. I 2010 døydde 41 442 personar i Noreg, der ca. 15 prosent av desse døydde i heimen. Dei som har ein kreftsjukdom ein ikkje kan verte frisk frå vel ofte å vere heime i sluttfasen og ser på dette som eit trygt alternativ (Fjørtoft 2012).

2.5 Pårørande

I ei palliativfase kan ein god relasjon til pårørande vere viktig. I Lorentsen og Grov (2010) kan vi lese at pårørande som har ein heimebuande med palliativ kreftsjukdom er angstprega. Sjølv om pårørande vil at sjukepleiaren skal gi best mogleg omsorg, er det viktig at sjukepleiaren prøvar å setje av tid til å snakke med pårørande og.

Å vere open og snakke om vanskelege tema, som døden og livet, kan følast trygt for pårørande. Det er ulike støttegrupper som kan vere nyttig for pårørande å delta på. Andre tiltak som ein kan prøve for å lette arbeidet til pårørande, er å utføre ei skikkeleg kartlegging over kva heimesjukepleiar, lege eller sosionom kan utføre slik at pårørande slepp det (Lorentsen og Grov 2010).

I kreftomsorga er det mange blanda kjensler både hjå pasient, pårørande og helsepersonell. Dei vanlegaste kjenslene ei kreftråka familie kan oppleve er angst og redsel. Årleg blir rundt 1800 barnefamiliar råka av ein kreftsjukdom i Noreg. Av desse 1800 familieane er det rundt 4000 born som opplever at mor eller far får ein kreftsjukdom (Dyregrov 2012).

”Helsevesenet må inkludere omsorg i kreftbehandlingen. De må se at det ikke bare er en kreftsyk, men at det er hele familien som blir rammet og berørt. De må ha mer fokus på det” (Kreftsyk mor som arbeider i helsevesenet). (Dyregrov 2012:52).

For mange born betyr ordet ”kreft” det same som ordet ”død”. Dei gjer seg opp mange tankar og kan oppleve ulike reaksjonar som både psykologiske og fysiologiske. Mange born opplev eit ansvar ovanfor sin kreftsjuke forelder, og prøver å ta på seg ei omsorgsrolle. Born sørgjer på ulike måtar og nokre kjenner på for eksempel magesmerter medan andre held tankane for seg sjølv (Dyregrov 2012).

2.6 Etikk

Nordtvedt (2012) fortel om ein sjukepleieteori som har fått mange til å forstå at etikk ikkje berre er noko vi tenkjer oss til, men også noko vi spontant og konkret erfarer. Den fortel at verdiane alltid pregar dei haldningane vi møter pasient og pårørande med, og det handlaget vi utøver stell og prosedyrar med. Dei etiske prinsippa har ei rolle i å bevisstgjere sjukepleiaren på dei sentrale verdiane i sjukepleie og kva verdiar ein er forplikta til. Dei fire viktigaste etiske prinsippa er *velgjerd, ikkje skade, ha respekt for autonomi og rettferd*.

Yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar omhandlar korleis sjukepleiarane sitt menneskesyn og dei grunnleggande verdiane burde vernast i praksis. Dei viser sjukepleiarar korleis dei skal verne god praksis til dei menneska ein møter i arbeidet sitt. Sjukepleiarane si plikt inneber å fremme helse, førebyggje sjukdom, lindre lidningar og sikre ein verdig og god død (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere 2011).

”Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten” (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere 2011:8)

Eit av hovudprinsippa i den etiske omsorga til døyande er at deira interesser står i sentrum. Det er særst viktig at ein legg vekt på "den gode" samtalen med pårørande. Det er ofte god kommunikasjon mellom sjukepleiar og pårørande som skal til for at pårørande forstår og godta situasjonen pasienten er i (Nordtvedt 2012).

3.0 Metode

I denne delen av oppgåva gjer vi greie for vi omgrepa systematisk litteraturstudie, kvalitativ og kvantitativ metode. Vidare skriv vi korleis vi fann og vurderte artiklane vi brukar i oppgåva.

3.1 Kjeldekritikk

Sjølv om vi skriv ei oppgåve som handlar primært om sjukepleiarar sine erfaringar med palliativ omsorg til kvinner med brystkreft, har vi likevel valt å bruke nokre artiklar som omhandlar kreft generelt. Dette fordi vi vurderte artiklane som relevante for oppgåva. Desse handlar bla. om ulike erfaringar sjukepleiarar har opplevd i kreftomsorga i heimebasert omsorg, og som kan vidareførast til brystkreftomsorga. . Dette såg vi både ut frå pensumbøker, blant anna Sørensen og Almås (2012), og forskingsartiklane

Vi har valt å ta i bruk ein artikkel som omhandlar heimesjukepleiarar sine erfaringar i palliativ omsorg til heimebuande og samarbeid og kommunikasjon med pårørande.

Grunnen er sjølv om den palliative fasen hovudsakleg omhandlar pasienten, er pårørande også ein del av den palliative fasen. Dei fleste sjukepleiarane som yter omsorg til ein palliativt kreftsjuk pasient, vil samstundes møte på erfaringar med pårørande.

Vi har valt å avgrense søkja innan nyare forskning, som tilseie åra 2011 til 2016. Dette fordi vi ser at det er mykje nytt om dette temaet. Under søkja har vi valt å bruke ”PDF full tekst” eller ”les online”. Vi var klar over at vi ville få eit meir avgrensa treff, og tok med i vurderinga at det vart enklare å finne artiklar som vi kunne lese med ein gong.

3.2 Systematisk litteraturstudie

I eit litteratursøk er målet å finne ut kva forskning som ligg ute på internett, som er relevant til oppgåva si problemstilling. Eit systematisk litteratursøk går ut på å finne relevante søkjeord og bruke desse på ein god måte for å sitje igjen med brukbare forskingsartiklar. Denne søkeprosess er ikkje endeleg, og kan endre seg undervegs dersom det oppstår nye innfallsvinklar og søka må justerast. Det er også nyttig å avgrense søket med eksempelvis årstal og språk slik ein berre finn nyare artiklar på til dømes engelsk eller norsk (Bjørk og Solhaug 2013).

Dei søkeorda vi brukar finn vi frå problemstillinga i oppgåva. Vår problemstilling er: *Kva erfaringar har sjukepleiarar med å gi palliativ behandling i heimen til kvinner med brystkreft?* Ut i frå dette har vi valt søkeorda; *Nursing experience, breast cancer, home care, palliative treatment, palliative care, terminal cancer, cancer, home death, terminal home care, terminal home caner, cancer home care, community health care, hospice at home service*. Vi har bestemt oss for å avgrense temaet i oppgåva til kvinner som får omsorg i heimebasert omsorg, så dette blir også med som søkeord.

Vi brukar PICO som eit hjelpemiddel for å finne søkeord i databasane vi har tatt i bruk, grunna PICO er ein strukturert metode å bruke (Forsberg og Wengström 2014).

Tabell 2. PICO skjemaet til Forsberg og Wengström (2014)

P - Population/Patient	Dette punktet handlar om menneska som er med i studia. I dette tilfellet sjukepleiarar og kvinner med brystkreft.
I - Intervention	Her skriv vi om tiltaka eller intervensjonane som blir brukt, altså palliativ behandling i heimebasertomsorg.
C - Controll	Her kan ein måle skilnad mellom ulike grupper, for eksempel skilnaden på livskvaliteten til kvinner som blir behandla i heimebasertomsorg og på sjukehus.
O - Outcome	Her kjem resultata fram.

3.3 Kvalitativ og kvantitativ metode

Ein kvalitativ studie er ikkje retta mot å utvikle generaliserbar kunnskap, men å skildre og å forstå det individuelle og spesielle (Bjørk og Solhaug 2008). I ein kvalitativ studie må forskaren forstå at den spesifikke kulturen og deira verdigheiter blir ein viktig del for å studere og analysere i sjølve forskingsprosessen (Forsberg og Wengström 2014). Av dei artiklane vi har med i oppgåva er seks av dei kvalitative.

I ein kvantitativ studie er målet å sjå samanheng, klassifisere, føresjå og forklare utfallet. Forskaren er objektiv og tek distanse frå dei som deltek for at han ikkje skal gjere opp meiningar om studiedeltakarane. Ut frå dette skjønar vi at kvantitativ forskning tek utgangspunkt i teoriar og prinsipp som er objektive og nøytrale (Forsberg og Wengström

2014). Vi har funne to kvantitative studiar som vi har valt å bruke i oppgåva.

Vi har valt å bruke både kvantitative og kvalitative studie. Vi har flest kvalitative studiar, då vi ser at sjukepleiarar sine erfaringar kjem tydelegare fram i intervjuar som blir utført i ei slik studie, kontra ei kvantitativ studie. Men vi har valt å bruke begge studiane, fordi i ei kvantitativ studie kan vi sjå resultatet i ei større folkegruppe. Dette kan vere med på å bygge under på resultatene vi satt igjen med i dei kvalitative studiane.

3.4 Søkjeprosessen etter forskingsartiklar

Vi brukar forskingsartiklar for å svare på problemstillinga i oppgåva, tillegg til å bruke den informasjonen og kunnskapen vi tileignar oss frå pensum. For å starte søkjeprosessen er det lurt å ha problemstillinga klar slik at vi kan bruke søkjeord ut frå den. Dette kan utgjere ei plattform for litteratursøkinga (Forsberg og Wengström 2014).

I artikkelen til Evans (2002) les vi korleis ei analyse kan verte utført og vi har valt å ta utgangspunkt i denne malen. Han har delt arbeidsprosessen i fire delar. Det fyrste punktet omhandlar å finne kva vi vil ha med i studia, altså inklusjonskriterane, deretter starta søket i dei ulike databasane for å finne artiklar. For å ende opp med dei åtte artiklane vi har med i oppgåva, valte vi ut fire emne som måtte vere i artikkelen. Desse emna handlar om brystkreft, heimebasert omsorg, sjukepleieperspektiv, kreft og palliativ omsorg. Desse emna valde vi på bakgrunn av problemstillinga vår og avgrensinga vi har valt. Dersom artikkelen inneheldt fire av fem punkt, såg vi den som ein god og relevant artikkel å ta med vidare. Dette heldt vi fram med til vi hadde åtte forskingsartiklar. For oss var det viktig at artiklane har eit sjukepleiarperspektiv på grunn av at dette er perspektivet vi har valt å bruke i oppgåva.

Tabell 3. Inklusjons- og eksklusjonskriteriar

Inklusjonskriteriar	Eksklusjonskriteriar
- Brystkreft	- Sjukeheim
- Kreft	- Sjukehus
- Heimebasert omsorg	- Pasientperspektiv
- Sjukepleieperspektiv	- Forsking eldre enn fem år
- Palliativ omsorg	

I tabell 3 viser vi inklusjons- og eksklusjonskriteriane vi har valt. Grunngevinga for eksklusjonskriteria, er at vi ikkje ynskjer å ha med forskning basert på desse emna. Vi meiner sjukeheim og sjukehus ikkje gir oss dei funna vi er ute etter og sidan problemstillinga vår viser til eit sjukepleieperspektiv var det naturleg å ekskludere pasientenperspektivet.

Etter vi hadde sett opp inklusjon- og eksklusjonskriteria skulle vi starte søket. For å finne åtte aktuelle forskingsartiklar til oppgåva bestemte vi oss for å bruke søkjeorda; *Nursing experience, breast cancer, home care, palliative treatment, palliative care, terminal cancer, cancer, home death, terminal home care, terminal home cancer, cancer home care, community health care, hospice at home service*. Desse søkjeorda vart brukt i databasane CinahlComplete og Svemed, vi brukte også databaser som Pubmed, Sykepleien.no/forskning og Science Direct, men fann ingen vi følte var relevante til oppgåva. For å avgrense søket valde vi å berre bruke artiklar frå 2011-2016. Vidare valde vi artiklar som låg i full tekst og som omhandla vaksne.

CinahlComplete er ei database der vi finn forskning om sjukepleieoppgåver, verda, sjukdom og arbeidsmiljø. I databasen finn vi vitenskaplege artiklar på mange ulike verdspråk. Artiklane strekkjer seg frå 1982 til dagens dato. Svemed er ei database som tek føre seg medisinsk forskning. Vi finn vitenskaplege tidsskrifter, forskingsrapportar og avhandlingar. Svemed er oftast på nordisk eller engelsk. I databasen finn vi for det meste nordisk forskning frå 1982 til dagens dato (Forsberg og Wengström 2014).

3.5 Analyse

Etter at vi hadde funne alle åtte forskingsartiklane som innehaldt inklusjonskriteria, starta vi analyseringa av artiklane. I denne fasen starta vi å lese gjennom artikkelen fleire gongar slik Evans (2002) skriv i punkt nummer to at det er lurt å gjere. Dette er for å få ei betre forståing for artikkelen og finne viktige funn vi er ute etter.

Etter å ha lest gjennom artikkelen to til tre gongar brukte vi fargekoding for å skilje ut dei forskjellige emna som skilte seg ut frå teksta og vil ville ha med vidare. Vi starta med å finne ut kva temaene skulle heite, vidare ga vi kvart tema ei fargekode. Vi markere det

som var sentralt i teksta med ulike fargar, slik vi fekk ei oversikt over kva artikkelen inneheldt. Deretter sat vi igjen med seks fargekoder. Etter kvart oppdaga vi at nokre fargekoder omhandla eigentleg det same, derfor valte vi å ha dei i same fargekode. Då satt vi igjen med fire fargekoder i staden for seks, men då vart innhaldet i dei same funna berre meir samla og oversiktleg. I følgje Evans (2002) er dette det tredje punktet i analysering av teksten.

Eit eksempel på å samle fargekodene er at vi hadde eigen fargekode for både sjukepleiaren sine erfaringar med pårørande og sjukepleiaren sine erfaringar med pasienten, desse to følte vi at vi kunne samle under ein farge, sidan det handlar mykje om det same.

Etter vi hadde funne alle åtte forskingsartiklane, skreiv vi dei inn i ei litteraturnmatrise for å få betre oversyn over kvar artikkel og nøkkelfunna. Då vi skreiv matrisene tileigna vi oss meir oversyn over artiklane, dette gjer at vi hugsar dei betre til vi skal bruke dei i oppgåva. Funna frå artiklane har vi satt opp i ein tabell for å gjere dei meir oversiktlege og det fjerde punktet i Evans (2002) si studie er gjennomført.

Tabell 4. Nøkkelfunn

Oransje	Samhandling mellom pasient, pårørande og sjukepleiar
Rosa	Samarbeid og kommunikasjon mellom helsesektorane
Gul	Sjukepleiarane sine erfaringar med kva rolle religion og livssyn spelar inn på palliativ omsorg
Blå	Erfaringar og dilemmaer sjukepleiaren møter i palliativ omsorg i heimen

I fargekoden ”oransje” samla vi funna frå dei ulike forskingsartiklane som omhandla erfaringar sjukepleiar har til samhandling med pasient og pårørande. Å samarbeide med pasient og pårørande i heimen kan vere utfordrande og krevjande for sjukepleiaren. Pårørande kan gjerne vere born, då den kreftsjuke kvinna kan vere i ung alder med småborn. I kategorien ”rosa” kjem dei samla funna om korleis sjukepleiarane opplev kommunikasjon mellom dei ulike helsesektorane som eit tverrfagleg samarbeid.

Vidare skriv vi om sjukepleiarane sine erfaringar om kva rolle religion og livssyn spelar inn på palliativ omsorg til den kreftsjuke kvinna, som er fargekoden ”gul”. Her kjem det

fram ulike funn om korleis sjukepleiarar tek opp tema som kan vere utfordrande. Tema om kva som skjer etter døden, religiøs tru i dødsfasen og livet etter døden.

Til slutt kjem fargekoden ”blå”, der vi har valt å samle funna om sjukepleiarane sine erfaringar ved å gi omsorg i heimen til ei kreftsjuk kvinne og dei etiske dilemmaene som kan oppstå i omsorga til den kreftsjuke kvinna. Etiske dilemma kan omhandle alt frå det innvendige og utvendige ansvaret sjukepleiaren føler på, og at heimen til den kreftsjuke kvinna blir invadert av hjelpemiddel sjukepleirane treng for å gi god omsorg.

4.0 Resultat og funn

I denne delen presentere vi resultatata og funna i artiklane vi har analysert i metodekapittelet. Ut i frå dette har vi delt opp denne delen i fire hovudkategoriar der vi utgreier funna.

4.1 Samhandling mellom pasient, pårørande og sjukepleiar (Oransje)

I ei av studiane vart det henvist 133 kvinner som var råka av brystkreft til heimebasert omsorg i løpet av eit år. Sjukepleiarane erfarte at den vanlegaste grunnen til at kvinnene med brystkreft vart sendt frå sjukehus til eigen heim var for å få emosjonell støtte og omsorg i sluttfasen, for smertelindring og handtering av symptom. Det var også funn på at fleire sjukepleiarane opplevde at dei ikkje fekk bruke tida pasientane treng, noko som kunne vere grunnen til at kvinnene som var råka av brystkreft er tilbakehaldne til å få omsorg frå heimebasert omsorg (Leadbeater 2013).

Fleire av sjukepleiarar i heimebasert omsorg erfarte store forventingar frå den kreftsjuke og pårørande. Samstundes såg dei at det var viktig å inkludere pårørande for å minke missnøya i omsorga som blei gitt. Dei mannlege sjukepleiarane i heimebasert omsorg ga i større grad pårørande moglegheit til samtalar, enn kvinnelege sjukepleiarane. Å snakke med den kreftsjuke kvinna om fordelane med palliativ omsorg i heimen, som er tilpassa deira individuelle situasjon kan også vere med på å trøyste. Men dei fortel at pårørande også kan krevje ressursar og tid, og nokre gongar meir enn pasienten. Nokre opplevde det som skremande og utfordrande sidan ein skulle forstå kvinna sine smerter, samtidig inkludere pårørande. Å ta seg tid, lytte og ikkje verke stressa, blei sett på som viktig for å skape eit godt samarbeid og ein god kommunikasjon. Samstundes opplevde dei det vanskeleg å arbeide i pasienten sin heim dersom ein ikkje inkluderte familien (Molnes 2015, Pusa m.fl. 2015 og Leadbeater 2013, Rögenes 2013).

Vidare fortel dei at pårørande var redde for å ha for mykje ansvar ovanfor den kreftsjuke. Dei verka usikre på kva dei ville møte, eksempelvis smerter og døden. Sjukepleiarane erfarte at pårørande ikkje såg egne avgrensingar, dei ynskjer sjølvsagt å gjere alt for sin kjære og berre kontakte heimebasert omsorg dersom dei hadde spørsmål. Nokre sjukepleiarar opplevde ubehag, dersom det var mange pårørande i heimen til den kreftsjuke, samstundes som dei opplevde ei utfordring hjå kreftsjuke som ikkje hadde

pårørende som ein ressurs. Sjukepleiarane opplevde til tider dilemma mellom kvalitet på omsorga i forhold til alle tilsyna dei hadde i løpet av arbeidsdagen. Dagar då det var stramt tidsskjema var det framleis viktig at den kreftsjuke fekk god sjukepleie (Molnes 2015).

Ein av sjukepleiarane fortel:

”Det er tidkrevende, det går utover de andre pasientene, men det må det bare gjøre i visse perioder. Det er noe vi prioriterer, intensjonen er at alle kreftpasienter skal få behandling hjemme (R4)” (Molnes 2015:145).

4.2 Samarbeid og kommunikasjon mellom helsesektorane (Rosa)

God kommunikasjon og godt samarbeid har mykje å bety for den palliative omsorga til den kreftsjuke. Spesielt den palliative omsorga dei skal ta i mot frå heimebasert omsorg. Sjukepleiarane fortel at det er viktig å få eit tverrfagleg møte mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta før pasienten utreise. Dette blir ikkje alltid gjennomført, noko som er negativt for pasientomsorga. Dette møtet er viktig for den kreftsjuke kvinna, pårørende og helsepersonellet slik at dei føler seg trygge på omsorga som skal bli gitt (Nordsveen og Andershed 2015 og Leadbeater 2013).

Dei eldre sjukepleiarane med lengst erfaring i heimebasert omsorg, var ikkje redde for å ta opp vanskelege tema med pasienten, som å dø i eigen heim. Medan dei yngre sjukepleiarane opplevte det som utfordrande og vanskeleg. Tverrfagleg samarbeid kjem fram som ein viktig faktor for å sikre den faglege tryggleiken i samarbeid med pasientane. Refleksjonsgrupper etter dødsfall, samtale om planlagt og gitt omsorg blei sett på som eit auke for kompetansen, og slike refleksjonsgrupper blei sett på som ein viktig læringsform (Rögenes m.fl. 2013).

Det viser seg at det ikkje berre er samarbeidet mellom dei ulike sektorane som er avgjerande for omsorga til pasienten, men også korleis sjukepleiarane i heimebasert omsorg samarbeidde. Å ha ulikt syn på pasientomsorga, kor mykje pårørende skulle vere deltakande i omsorga og liknande kunne føre til store sprik og dårlegare omsorg (Karlsson m.fl. 2013).

”The daughter could have helped to change the dressing, because it leaked a lot. But they (the nurses colleagues) thought that it was too messy for the daughter to deal with. And then I felt that it’s not easy to work with patients when everybody has different ways of dealing with these things (IP2)” (Kalsson m.fl. 2013:834).

Dette sitatet fortel korleis nokon av sjukepleiarane opplever det å ha eit dårleg samarbeid mellom seg. At nokre av sjukepleirane ikkje forstod behovet til pårørande med å vere deltakande i sluttfasen, gjorde at sjukepleirane som forstod dette, vart forvirra og følte mindre kontroll over situasjonen (Kalsson m.fl. 2013).

4.3 Sjukepleiarane sine erfaringar med kva rolle religion og livssyn spelar inn på palliativ omsorg (Gul)

Sjukepleiarane skildrar palliativ omsorg som noko som omfattar ei objektiv kjensle, basert på fysisk omsorg, symptomlindring og ei subjektiv kjensle basert på det åndelege innanfor omsorg. Ein sjukepleiar fortel:

”When they realise that they`re going to die, when life is slipping away from them and they don`t know what is waiting for them [...] it is then that they start to wonder if someone is going to reach out a hand to help them go through the tunnel (Nurse 18)” (Molina m.fl. 2014:303).

Ein annan sjukepleiar fortel om ei oppleving med ein kreftsjuk pasient. Pasienten fortalte at ho ikkje var redd for å døy, då ho hadde ei religiøs tru og at ho kjente seg sterk etter å ha bedd (Molina m.fl. 2014).

”Religious faith provides confidence and self-esteem when coping death. Meeting God offers inner well-being; for patients it implies a more satisfactory experience (Nurse 1)” (Molina m.fl. 2014:303).

Sjukepleiarane har lært gjennom erfaringar med kreftsjuke pasientar i heimebasert omsorg at dei må forstå pasienten sin tvil, sjølv om den religiøse trua endrar seg gjennom stega med ein ulækjeleg kreftsjukdom. Sjukepleiarane fortel at dei kunne identifisere skilnaden mellom trua som vart forma av pasienten sine kulturelle og spirituelle verdiar, og trua som

blir til ved ulækjeleg kreftsjukdom. Som sjukepleiar til ein terminal kreftsjuk er det viktig med respekt ovanfor deira liv og verdigheit. Ein skal vere imøtekomande for den kreftsjuke sine ynskjer og behov, samt møte deira åndelege behov. Den kreftsjuke oppheld seg i endra livssituasjon med usikkerheit ovanfor den forventa levetida. Det er ei samansett omsorg, som omhandlar både fysisk og psykisk omsorg (Molina m.fl. 2014 og Molnes 2015).

Når sjukepleiarane fortel om religiøs tru med døden, refererte dei til ei jakt på eit psykologisk velvære som var sterkt forbundet med å takle dødsprosessen. At ein skulle våge å snakke om vanskelege situasjonar, var i følgje sjukepleiarane noko som ikkje alltid var like lett. Sjukepleiarane meinte samstundes at det var viktig å kartleggje pasienten sine psykiske og åndelege smerter, men at det sjeldan vart gjennomført (Molina m.fl. 2015 og Molnes 2015). Ein sjukepleiar fortalte fylgjande:

” Det er alltid vanskelig, jeg gruer meg alltid for å komme på banen med det, for her kommer sykepleieren og skal dytte på meg Gud, Jesus og mye annet. Det føler jeg, og det gruer jeg meg alltid på. Men så vet jeg at man spør som regel for lite enn for mye, så får du ett svar da, så vet du i hvert fall og det kan variere, og det kan forandre seg (R3)” (Molnes 2015:146).

4.4 Erfaringar og dilemma sjukepleiaren møter i palliativ omsorg i heimen (Blå)

Sjukepleiarane i heimebasert omsorg har ofte eit utvendig ansvar, men også eit indre ansvar ved å gi omsorg til den kreftsjuke og pårørande, og det er ofte her dei etiske dilemmaa kjem fram. Når den kreftsjuke sitt ynskje er å få kome heim og døy med familien rundt seg, møter både pasienten, pårørande og helsepersonellet ei rekkje utfordringar, både av fagleg, praktisk og etisk karakter. Det krev mykje av sjukepleiarane å yte god palliativ omsorg. Arbeidsforholda er annleis, dei er ofte åleine og må vere oppdatert på fagleg teori og praktisk utførelse av omsorga. Døden er ein naturleg del av livet, men å stå ansikt til ansikt med døden, kan vere vanskeleg for alle. Dei må vere opne og ta aktivt del i samtalar som omhandlar sorg, frykt, håp og glede. Det er ei stor utfordring i følgje sjukepleiarar, samstundes opplev dei slike situasjonar som ein fin og fredfull måte å døy på (Molnes 2015 og Karlsson m.fl. 2013).

Det er stor variasjon mellom dei kvinnelege og mannlege sjukepleiarane når det kjem til refleksjon over etiske dilemma dei møter i heimebasert omsorg. Det å gi støtte og dele erfaringar frå vanskelege situasjonar dei har opplevt, viste store skilnadar mellom kjønna. Dei kvinnelege sjukepleiarane var betre til å ta opp vanskelege situasjonar med kollegaer enn dei mannlege sjukepleiarane. Det kjem fram at dei trengte meir støtte for å kunne reflektere over omsorga dei gir. Dei eldre sjukepleiarane var betre i kunnskap og erfaringar for å ivareta døyande kreftpasientar, og dei var ikkje like redde som dei unge til å ta opp vanskelege og utfordrande tema (Rögenes m.fl. 2013).

Sjukepleiarane skildrar også ulike forhold som belyste heimedød til brystkreftpasientar. Både sjukepleiaren og pårørande forstår at dei fleste ynskjer å døy i eigen heim. Dei meina at heimen er eit symbol på noko pasienten har opparbeidd seg gjennom livet og er deira territorium. Den kreftsjuke pasienten skal vere i fokus og deltakande i avgjersler, så langt det lar seg gjere. Sjukepleiarane synas det er fint for pasienten å kunne døy i eigen heim med pårørande rundt seg. Dei meinte at terminalomsorga i heimen er blitt meir aktuelt med åra. Dei hadde erfart at den kreftsjuke og pårørande opplev institusjonane som noko kaldt, effektivt og upersonleg. Dette er også ein av grunnane til at mange av dei kreftsjuke kvinnene søkte om hjelp frå heimebasert omsorg (Molnes 2015, Leadbeater 2013 og Neegard m.fl. 2015).

Å sitje med kjensla at pasienten sin integritet og verdigheit er broten er inga god kjensle. Eit døme er at sjukepleiarane føler at heimen til pasienten ofte vart invadert av sjukehusutstyr. Sjukepleiarane såg på dette som eit etisk dilemma sidan dei treng hjelpemidla, men tok stor plass i heimen. Sjølv om kvinnene ynskjer å bu heime for å ha det heimekoseleg, treng dei emosjonell støtte og handtering av symptom. Dette krev ekstra utstyr for å gi god palliativ omsorg. Dei fortel at dei ikkje alltid følte seg trygge i pasienten sin heim. Dette hindra dei å gi god palliativ omsorg til pasienten som sjukepleiaren ynskjer og å ha eit tillitsfullt forhold til pasient og pårørande (Karlsson m.fl. 2013, Leadbeater 2013 og Molnes 2015).

5.0 Drøfting

I dette kapittelet vil vi få svart på problemstillinga i oppgåva vår, dette gjer vi på bakgrunn av teori frå pensum, litteratur frå fagbøker og forskning. Vi vil bruke dei åtte artiklane vi har funne aktivt i drøftinga for å vise kva forskinga har å seie til problemstillinga vår.

Samstundes kjem sjukepleieteorien til Virginia Henderson til å brukast som ei god støtte til å vise at omsorga sjukepleiaren utøver er viktig i den palliative omsorga til den enkelte pasienten.

5.1 Metodediskusjon

I byrjinga av arbeidet vårt med drøftingsdelen, starta vi fyrst med å formulere gode overskrifter å skrive ut frå. Deretter starta vi prosessen å drøfte funna vår frå resultatdelen. Vidare kom vi fram til at vi ikkje hadde fått fram resultatata grundig nok. Etter å ha gått gjennom resultatata, fekk vi tydelegare fram funna. Etter vi hadde gjort dette, kunne vi setje oss ned og drøfte på ein betre og meir konkret måte.

Det vi innsåg undervegs i arbeidet, var at vi ikkje hadde inkludert pårørande i teoridelen. Sidan vi ser at pårørande tek stor rolle i omsorga til kvinner med brystkreft i forskingsartiklane, ynskja vi å inkludere pårørande i større grad enn kva vi hadde tenkt i starten. Då vi starta å gå gjennom drøftingsdelen, såg vi at ”brystkreften” ikkje hadde blitt godt nok framheva. Sjølv om vi alltid hadde og såg ”brystkreften” i oppgåva, innsåg vi at for andre lesarar, kunne det misstolkast som ei oppgåve om kreft generelt.

5.2 Korleis opplev sjukepleiarane palliativ omsorg i heimen?

Palliativ omsorg i heimen er ein krevjande situasjon å stå i, både for pasienten, pårørande og helsepersonellet. Korleis opplev eigentleg sjukepleiaren dette? Palliativ behandling og omsorg er aktuelt når den kurerande behandlinga ikkje er tilstrekkeleg lenger (Lorentsen og Grov 2010). I analysen av artiklane kjem det fram konkrete erfaringar frå sjukepleiarar som arbeidar med palliasjon i heimen. Dei kunne oppleve pasienten sin heim som pasienten sitt territorium, og heimen til den kreftsjuke pasienten var eit symbol på det det pasienten har opparbeida seg gjennom livet (Molnes 2015 og Neergaard m.fl. 2015).

Mange pasientar merkar når dei går inn i den palliative fasen at døden meir framskunda. Dette kan skuldast at dei opplever at der ikkje lenger er håp når den kurerande behandlinga

blir avslutta. Korleis merkast dette på kroppen til sjukepleiarane? Lorentsen og Grov (2010) fortel at det kan vere psykisk og fysisk krevjande for dei, spesielt når ein skal sitje hjå ein døyande kreftpasient og bidra til livskvalitet. Det kjem også fram i analysen av forskingsartiklane at den palliative omsorga opplevast som vanskeleg, både fysisk og psykisk. Sjukepleiarane strekkjer ikkje alltid til på grunn av tidspress, lite ressursar, mangel på kunnskapar og lite tid til kurs. Det er psykisk krevjande å skulle ta opp vanskelege emne med pasienten om bla. kva som skjer etter døden, korleis vil det følast og religiøs tru i slutfasen i livet (Molnes 2015 og Pusa m.fl. 2015).

Pårørande kan virke som ein god ressurs for sjukepleiarane og til den brystkreftramma kvinna. Men kva viss kvinna ikkje har pårørande? Kjem sjukepleiaren til å oppleve det som ei ekstra belastning? Vi meiner dersom pasienten ikkje har nokon pårørande, kan mange sjukepleiarar kjenne på ei ekstra belastning for å gi pasienten ein god livskvalitet og at pasienten skal ha det godt til kvar tid. Dei kan også oppleve skuldkjensle å forlate pasienten åleine i heimen.

Ut frå våre egne opplevingar med palliativ omsorg i heimen til kvinner med brystkreft, såg vi kor sterkt ynskjet til kvinna var. Vi fekk sjå kor kvinna kjempa med kropp og sjel for å halde seg i sjakk slik det var forsvarleg å vere heime den siste tida for å få pleie og omsorg der. Pårørande som den sterke ressursen dei er, støtta pasienten heile vegen. Sjukepleiarane gjorde alt dei kunne for at kvinna skulle få sitt siste ynskje oppfylt og det er ein sterk og krevjande situasjon og stå i.

Det krev respekt og kunnskapar for å yte god omsorg til terminalt sjuke kreftpasientar. I dagens samfunn er det blitt ei stor auke av pasientar som ynskjer å bu heime i slutfasen. I framtida vil ein trenge fleire sjukepleiarar med kunnskapar på korleis ein skal ivareta terminalt sjuke brystkreftpasientar i si siste tid. Det verkar ikkje unaturleg at kvinner med brystkreft som ikkje har lenge igjen å leve, har eit ynskje å bu i heimen sin blant sine nærmaste i slutfasen. I funna kjem det fram at sjukepleiarane opplevde at heimen til pasientane er staden der dei kjente seg trygge. Dei kunne vere seg sjølve og slappe av i kjente omgivningar (Leadbeater 2015, Molnes 2015, Karlsson 2012 og Nordsveen og Andershed 2015).

5.3 Relasjonen mellom sjukepleiar, pasient og pårørande

I fleire av funna frå forskingsartiklane fann vi utfordringar sjukepleiarane opplever med samhandling og relasjon med både pasienten sin og pårørande. Sjukepleiarane opplevde at det var krevjande å ha pårørande så nært etter som dei ofte har mange ulike meiningar og opplevingar kring omsorga som blei gitt. Sjølv om dette ofte var tilfellet, opplever også sjukepleiarane pårørande som ein god ressurs. Det blei sett pris på å ha ein god samtale og god kommunikasjon mellom sjukepleiar og pårørande (Pusa m.fl. 2015 og Karlsson 2013).

Ein kan kanskje tenkje seg til kvifor sjukepleiarar opplever dette. Eit stort ansvar fylgjer sjukepleiarane som arbeider i heimebasert omsorg. I analysen kjem det fram at pårørande ofte er involvert i omsorga og blir sett på som ein sterk ressurs for pasienten. Då må sjukepleiar også gi omsorg og tryggleik til dei. Sjølv om den kreftsjuke pasienten alltid skal stå i sentrum, må sjukepleiaren ikkje gløyme pårørande (Pusa m.fl. 2015). Vi har erfart frå praksis at tidsskjemaet i heimebasert omsorg ofte er knapt, og ofte opplevde sjukepleiarane at dei måtte prioritere vekk tid til samtale med pasientar. Sjukepleiarane ynskjer å få ein god flyt i den palliative omsorga i heimebasert omsorg, som gir både den kreftsjuke kvinna og pårørande omsorga, tryggleiken og støtta ein har behov for. Det kan bli sett på som eit etisk dilemma der ein må prioritere det som er viktigast.

Vi tenkjer spesielt på dei 14 punkta til Virginia Henderson, som omhandlar dei grunnleggande behova. Når eit menneske med terminal kreftsjukdom er i den palliative fasen, kan det vere vanskeleg å få utført enkelte kvardagslege gjeremål. Å få halde kroppen rein og velstelt er viktig for eit kvart menneske, og om den kreftsjuke kvinna har problem med å oppretthalde dette sjølv er det viktig at heimebasert omsorg har tid til å hjelpe pasienten (Mathisen 2011).

Når det kjem til relasjonen til berre pasienten følte sjukepleiarane at på grunn av ar tida ikkje alltid strekkjer til, kan det vere utfordrande å få ein optimal relasjon. Det var ikkje alltid nok tid til å ha ein god samtale, i tillegg synest sjukepleiarane det kunne vere utfordrande å ta den ”vanskelege samtalen” om død og palliasjon med pasienten. Eit av funna var at sjukepleiarane fortel at intensjonen er at alle kreftpasientar skal få palliativ omsorg i eigen heim, sjølv om det ofte er eit stramt tidsskjema (Molnes 2015 og Pusa m.fl. 2015).

Frå det vi sjølv har erfart, føler vi at det kan vere vanskeleg å prate om døden og kva som skjer etter at ein har sovna inn, men vi ser også kor viktig det er og kor stor pris den kreftsjuke kvinna set på slike samtalar. Sidan det blir fleire som ynskjer å døy i eigen heim og blir henvist til heimebasert omsorg for psykisk og fysisk omsorg (Nortvedt 2012 og Leadbeater 2013), er det viktig at sjukepleiarar tek seg tid til denne samtalen. Meir ressursar i heimebasert omsorg hadde trengst for å få til dette optimalt, men dette er berre noko vi kan synse rundt.

5.4 Kva rolle synest sjukepleiarane religiøs tru har i palliativ omsorg

Sjukepleiarane sitt perspektiv på religiøs tru i den palliative fasen er at det spelar ei stor rolle for den kreftsjuke pasienten og deira pårørande. Det å ha ei religiøs tru å støtte seg til i ei vanskelig tid, gir ei form for håp, tru og fred i den triste tida. Palliativ omsorg kan medføre belastningar for den kreftsjuke pasienten i form av dødsangst, depresjonsliknande reaksjonar og ei stor sorg over at livet snart vil ta slutt og ein føler at livet er tapt. Dette er normale reaksjonar eit kvart menneske vil oppleve i ei slik fase (Lorentsen og Grov 2010 og Mathisen 2011). I denne fasen er det viktig at sjukepleiar viser den kreftsjuke kvinna god støtte og omsorg, og er open for å lytte til kva pasienten har på hjartet.

I nokre av funna våre kjem det fram at sjukepleiarane skildra palliativ omsorg i slutfasen, som noko som omfattar ei objektiv kjensle basert på fysisk omsorg, symptomlindring og ei subjektiv kjensle, basert på det åndelege innanfor omsorg. Samstundes som ein må ha respekt for den kreftsjuke sitt liv og møte deira åndelege behov. Dei lever i ei tid der ein er prega av usikkerheit, spesielt i høve til den usikre levetida (Molina m.fl. 2014 og Molnes 2015).

I analysen kjem det fram at fleire sjukepleiarane var samde om at religiøs tru var viktig for pasienten i slutfasen. Fleire meinte det var vanskeleg å ta opp slike tema som omhandlar kva som skjer etter døden? Vil det vere smertefullt å døy? Kva vil skje med dei som blir etterlatne? Dei grudde seg til å ta opp slike samtalar med pasienten. Vi kan tenkje oss til at det må vere vanskeleg å ha ein slik samtale med den kreftsjuke kvinna. Ein ynskjer at dei skal føle seg bra, at alt vil ordne seg, men ein veit at om kort tid vil pasienten døy. Ein vil

gi pasienten den respekt dei fortener, og vere saman med henne hundre prosent gjennom prosessen (Molina m.fl. 2014).

Det er viktig at også sjukepleiarane i heimebasert omsorg får om å snakke om slike situasjonar, då det kan gå hardt inn på sjukepleiarar også. I følgje Nordtvedt (2012) er det svært viktig at sjukepleiar legg vekt på ”den gode” samtalen med både pasienten og pårørande. Ofte er det den gode kommunikasjonen mellom sjukepleiar og pasient som skal til for at pasienten forstår og kan akseptere sin eigen situasjon. I funna våre kjem det fram at sjukepleiaren sitt perspektiv i den åndelege omsorga, er det viktig at pasientane har nokon å dele sine tankar med.

”Åndelig omsorg for alvorlige syke pasienter kan forstås som det å oppfatte pasientens eksistensielle problemer, lytte til disse problema si mening i pasienten si livshistorie, og assistere pasienten i hans arbeid med problemene med utgangspunkt i hans eget livssyn (Kaasa 1998:869)” (Molnes 2015:147).

Samstundes er dette noko som helsepersonellet vegra seg mot. Sjukepleiarane opplevde at døyande kreftpasientar hadde tankar om at dei vart straffa av Gud, då dei kanskje har hatt ein usunn livsstil eller at dei vart straffa for noko anna dei hadde gjort tidlegare i livet. Nokre av dei grunnleggjande behova Virginia Henderson skildra som viktig til eit kvart menneske, var at ein skulle få uttrykkje sine kjensler og sine behov, i tillegg til at ein fekk utføre handlingar som tilhørte pasienten si religiøse tru. I funna diskuterer sjukepleiarane at det var viktig at dei fekk snakke om sine kjensler, og det var viktig at ein lyttar, var der og at ein tok reaksjonane på alvor, sjølv om dette er noko dei vegra seg mot å ta opp (Mathisen 2011 og Molnes 2015).

5.5 Korleis opplever og handterer sjukepleiarane etiske dilemmaa

Etiske dilemma kan opplevast som krevjande og utfordrande, og vi trur dei kan opplevast ekstra vanskeleg i ein slik sårbar situasjon som vi skriv om i oppgåva. Når både pasienten ein yt omsorg til og deira pårørande veit at vi er der for å gjere den siste tida mindre smertefull og meir trygg, kan det oppstå mange ulike kjensler og meiningar.

Fjørtoft (2012) skriv at etiske utfordringar kan oppstå i omsorga til pasienten, der pasient og pårørande kan ha ulikt syn på den omsorga som blir gitt. Pårørande kan ha vanskar med å akseptere at sin kjære skal snart døy, og kan ynskje livsforlengande behandling og omsorg sjølv om pasienten ikkje ynskjer dette og helsepersonell ikkje finn dette hensiktsmessig.

Det vi opplevde i praksis og som kjem fram i funna vi har presentert, er at vi kan sitje igjen med ei kjensle av at verdigheita og integriteten til pasienten var broten. Grunnen til dette er ofte basert på alt utstyr, både stort og smått, som invanderer heimen. Dette føler vi er på en måte feil, sidan grunnen til pasienten ynskjer å døy heime er ofte for å ha det mest mulig heimekoseleg og sleppe unna utstyr og sjukehusutstyr (Karlsson m.fl. 2012 og Molnes 2015).

Som sjukepleiar i heimebasert omsorg arbeider ein sjølvstendig og åleine i løpet av arbeidsdagen. Du kan ringe kollegane dine, men utanom det er du mykje overlaten til deg sjølv. Kva viss det skjer noko alvorleg på heimebesøk? I analysen kjem det fram at ein arbeider mykje åleine og må vere sjølvstendig. Derfor kan etiske problem hengje i hop med at ein har mykje ansvar og føler seg forplikta til å gi omsorg både til den brystkreftråka kvinna og pårørande. Sidan ein arbeider åleine er det viktig å vere oppdatert på prosedyrar og faglitteratur, men når tida ikkje alltid tilstrekkeleg, kan det vere vanskeleg å setje seg ned å lese (Molnes 2015).

5.6 Kommunikasjon og samarbeid mellom sjukepleiarar og helsesektorane

I følgje Lorentsen og Grov (2010) er kommunikasjon mellom dei ulike helsesektorane svært viktig for at pasientane skal oppleve god pleie og omsorg. Pasienten er avhengig av at både sjukepleiarane seg i mellom og dei ulike helsesektorane kommuniser og samarbeider godt for å få til ei best mogleg omsorg i den palliative fasen. Sidan fleire kvinner med palliativ brystkreft har eit ynskje om å bu heime (Leadbeater 2013), er det viktig at sjukepleiarane i heimebasert omsorg kan vise god omsorg og pleie til desse.

I funna vi har presentert i oppgåva, kan ein sjå kor viktig kommunikasjon er for omsorga. Kor viktig er det for den brystkreftråka kvinna at spesialisthelsetenesta og

kommunehelsetenesta har ein god dialog og eit godt samarbeid mellom seg? I funna kom det fram at det var sjukepleiarane i heimebasert omsorg som ikkje alltid fekk til møter med spesialhelsetenesta før pleie og omsorg i heimen skal trå til. Men at dei såg kor viktig dette var og at det var noko dei må arbeide med i framtida (Nordsveen og Andershed 2015).

Medan vi skriv oppgåva, og etter det vi har erfart i praksis, ser vi kor viktig det er at spesialhelsetenesta og kommunehelsetenesta har eit godt samarbeid når det kjem til kreftsjuke pasientar. Det viktigaste er at den terminalt kreftsjuke kvinna får det best mogleg i sluttfasen og det skal vi som sjukepleiarar hjelpe å bidra med. Det vi syntest var litt trist å finne i ei studie gjort av Karlsson m.fl. (2013) var at sjukepleiarane i heimebasert omsorg var misfornøgde med samarbeidet mellom sjukepleiarane i heimebasert omsorg. Dei opplevde ulike syn på omsorga, dette handlar bla. om pårørande og deira rolle i omsorga. Vi tenkjer at ein plass det i alle fall bør vere god kommunikasjon og samarbeid så er det i arbeidsmiljøet i heimebasert omsorg.

6.0 Konklusjon

Som ein konklusjon på oppgåva vil vi seie at palliativ omsorg i heimen er noko som er veldig dagsaktuelt. Heimebasert omsorg er eit godt tilbod til kvinner med brystkreft, og kreftpasientar generelt. Likevel ser vi ut frå nokre av funna i oppgåva at det er enkelte emne som må arbeidast meir med før ein har eit tilfredsstillande heimetilbod, men at det likevell er bra at dette tilbodet kan nyttast av dei som ynskjer det. Vi har vore i praksis i heimebasert omsorg og fått innsyn i korleis sjukepleiarar gir palliativ omsorg til brystkreftråka kvinner. Inntrykka frå sjukepleiarane sine erfaringar med palliativ omsorg til desse kvinnene sitt igjen hjå oss begge og har gjort inntrykk på oss med kor viktig denne omsorga er.

Vi kan kjenne oss igjen i fleire av funna som har blitt presentert i oppgåva. Vi fekk sjå korleis sjukepleiaren takla situasjonen både når det gjeld pleie og omsorg, psykiske og fysiske belastningar, tidspress, samtalar og samarbeid for å yte best mogleg sjukepleie til den brystkreftsjuke kvinna. Det er ei samansett og krevjande oppgåve, og ut frå funna der vi får fram sjukepleiaren sitt perspektiv, kjem det fram både positive og negative funn. Det vil alltid vere noko ein kan arbeide vidare med for at pasienten skal få best mogleg livskvalitet, og heimedød blant kreftsjuke er blitt meir aktuelt dei siste åra.

7.0 Litteraturliste

- Bjørk, I.T. og Solhaug, M. (2013). *Forskning og fagutvikling, en ressurs bok.* (Red.). Oslo: Akribe. 1.utgave
- Dyregrov, K. (2012). Når foreldre har alvorlig kreftsykdom – eller dør av den. I: Haugland, B. S. M., Ytterhus, B. Og Dyregrov, K. (Red.). *Barn som pårørende.* (s. 44-65). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian journal of nursing* 20:2(22-26)
- Fjørtoft, A.K. (2012). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter.* Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. 2. Utgave
- Forsberg, C. og Wengstöm, Y. (2014). *Att göra systematiska litteraturstudier.* (Red.). Lettland: Natur og Kultur. 3.utgave
- Karlsson M., Karlsson, C., Barbosa da Silva, A., Berggren, I. og Söderlund, M. (2013). Community nurses' experiences of ethical problems in end-of-life-care in the patient's own home. *Scandinavian journal of caring sciences* 27(s. 831-838)
- Kim, H.S. (2011). Sykepleieutøvelsen I: Holter, I.M og Mekki, T.E. (Red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie, sykepleieboken* (s. 169-174) Oslo: Akribe. 4.utgave
- Kreftstatistikk.* Oslo: Kreftregisteret. (Online) lastet ned 04/05/2016, frå <http://kreftregisteret.no/no/Registrene/Kreftstatistikk/>
- Leadbeater, M. (2013) The role of a community palliative care specialist nurse team in caring for people with metastatic breast cancer *International journal of palliative nursing* 19/2 (93-98)

Lorentsen, V.B. og Grov, E.K. (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdommer I: Almås, H., Stubberud, D-G., og Grønseth, R. (Red.). *Klinisk sykepleie 2.* (s. 401-437). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 4.utgave

Mathisen, J. (2011). Hva er sykepleie, Virginia Hendersons svar I: Holter, I.M og Mekki, T.E. (Red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie, sykepleieboken* (s.149-168) Oslo: Akribe. 4.utgave

Meld. St. 29 (2012-2013) *Morgendagens omsorg* Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. (online) Lasta ned: 25.02.2016, frå:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/?ch=6>

Molnes, S-I. (2015). Sammen går vi døden i møte. *Norsk Tidsskrift for Helseforskning* 11/2 (s. 141-152)

Molina Granero, J., Diaz Cortés, M.M., Membrive, M.J., Catsro-Sánchez A.M., López Entrambasaguas, O.M. og Fernández-Sola, C., (2014). Religious faith in coping with terminal cancer: What is the nursing experience? *European Journal of Cancer Care* 23/3 (s. 300-309).

Neergaard, M.A., Bonde J.A., Sondegård, J., Sokolowski I., Olesen, F. og Vedsted, P. (2011) Preferences fore place-of-death-among terminally ill cancer patients in Denmark *Scandinavian journal of caring sciences* 25/4 (627-636)

Nordtvedt, P. (2012). Livshjelp, lindring og begrensning av medisinsk behandling Begreper, teorier og prinsipper (s.95-96). I: Nordtvedt, P. (Red.). *Omtanke. En innføring i sykepleierens etikk.* (s.196-202). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 1. Utgave.

Nordsveen, H. og Andershed, B. (2015) Pasienter med kreft i palliative fase på vei hjem – sykepleirens erfaringer av samhandling *Nordisk sygeplejeforskning* 5/3 (239-252)

Pusa, S., Hägglund, K., Nilsson, M. Og Sundin, K., (2015). District nurses lived experience of meeting significant others in advanced home care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 29/1 (s.93-100).

Rögenes, G, K., Moen, A., og Grov, E. K., (2013). Heimesjukepleiarens perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen. *Klinisk sykepleje*. 27/1 (s. 64-76).

Schlichting, E. (2012). Sykdom i brystene I: Ørn, S., Mjell, J. og Bach-Gransmo, E. (Red.). *Sykdom og behandling* (s.431-441) Oslo: Gyldendal akademisk 4.utgave

Sørensen, E.M. og Almås, H. (2012). Sykepleie ved brystkreft I: Almås, H., Stubberud, D.G. og Grønseth, R. (Red.). *Klinisk sykepleie 2* (s.439-455) Oslo: Gyldendal akademisk. 4.utgave

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: Norsk sykepleieforbund. (Online)
Lastet ned: 12.05.16 kl. 14:55, frå: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf Lasta ned 12/05/2016

8.0 Vedlegg

Vedlegg 1

Referanse Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Metode Utvalg (Sample, participants) Hvor mange har deltatt i studien, hvem er de (inkludering-/eksklusjonskriterier)? Datainnsamling , datacollection – hvordan er data samlet inn? Analyse av data. Hvordan?	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for praksis
Karlsson, M., Karlsson, C., Barbosa da Silva, A., Berggren, I. og Söderlund, M. 2013 Community nurses' experiences of ethical problems in end-of-life care in the patient's own home <i>Scandinavian journal of caring sciences</i> Vol.nr: 27 Utgåve.nr: Sidetall: 831-838	Hensikta i denne studia var å få ei betre forståing om dei etiske problema heimesjukepleiarar har erfart i palliativ behandling i pasienten sin eigen heim	Utval: Det var 10 kvinnelige sjukepleiarar frå fem ulike heimeteneste distrikt som har erfaring med palliativ behandling. Datasamling: Dei 10 sjukepleiarane som var med i studia vart intervjuet. Det var utført ei kvalitativ studie. Analyse: Det vart brukt ei hermeneutisk metode for å analysere dei ulike intervjuet.	Etter analysa satt dei igjen med fire tema som gjekk igjen i intervjuet, <i>Uncomfortable feelings, Lack of cooperation, Lack of security og Feelings of loss of control.</i> Dei opplevde ukomfortable følelsar når dei følte at pasienten sin itegritet og verdigheita vart brutt, til dømes viss heimen vart invadert av sjukehusutstyr slik at pasienten ikkje hadde den «heimkoselige» følelsen som er meininga i heimen. Dei følte også at det ikkje var like bra samarbeid mellom kollegane og at dette skapte konflikt og problem i pasientpleia. Dette kunne handle om at enkelte kollegaer ikkje såg hensikta med at pårørande ville vere med i den palliative pleia til pasienten.	Vi skal skrive ei oppgåve der vi skal fokusere på erfaringar som sjukepleiar har til palliativ pleie til kvinner med brystkreft. Denne artikkelen set lys på kva erfaringar og etiske dilemma sjukepleiaren møter i den palliative behandlinga i pasienten sin eigen heim.

Vedlegg 2

Referanse Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Metode Utvalg (Sample, participants) Hvor mange har deltatt i studien, hvem er de (inkludon-/eksklusjonskriterier)? Datainnsamling , datacollection – hvordan er data samlet inn? Analyse av data. Hvordan?	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for praksis
Leadbeater, M. 2013 The role of a community palliative care specialist nurse team in caring for people with metastatic breast cancer <i>International journal of palliative nursing</i> Vol.nr: 19 Utgåve.nr: 2 Sidetall: 93-98	Hensikta med studia var å finne ut når henvisning skjedde, kor mange pasientar vart henvist, grunnen til henvisninga og utfallet av henvisninga, til pasientar med brystkreft med metastaser som vart flytta til heimebasertomsorg. Men det overodna målet med studia var å finne ut rolla til heimesjukepleiarane i forhold til sjukdomen si bane og å eventuelt identifisere hull i omsorga.	Utval: 8 sjukepleiarar frå heimesjukepleia Datasamling: Det vart brukt data frå heimetenesta for å finne ut kor mange pasientar som hadde blitt henvist til heimesjukepleia på 12 månadar. Analyse: Notatane til sjukepleiarane vart analysert til ulike kategoriar; Kor langt i sjukdomsforløpet pasienten var, personen som henviste, grunnen til henvisninga og lengda av behandlinga. Deretter vart denne dataen samanlikna med det totale antallet henvisninga for den aktuelle perioden for å finne prosentern av henvisninga til heimesjukepleia.	Det var 113 personar med brystkreft som vart henvist til heimesjukepleia i løpet av april 2011 til mars 2012. 98 av desse hadde metastaser. Dette utgjor 10% av alle henvisningane som heimesjukepleia mottok på dei 12 månadane. Alderen til desse pasientane varierte frå 25-91, der gjennomsnittalderen var over 60 år. Den vanligaste grunnen til henvisning var for at pasienten skulle frå emosjonell støtte, men også ofte på grunn av pleie på slutten av livet. Dei konkluderer med at det er viktig med godt samarbeid mellom heimesjukepleia og sjukehuset for å få til ei best mulig palliativ behandling. Det er også viktig å vere i samtale med pårørende og pasienten om rolla og fordelane med palliativ behandling i heimen for deira sin individuelle situasjon.	Vi skal skrive ei oppgåve der vi skal fokusere på erfaringar som sjukepleiar har til palliativ pleie til kvinner med brystkreft. Denne artikkelen tenkjer vi er relevant for oppgåva sidan vi får vite eit eksempel på kor mange kvinner med brystkreft som blir henvist til palliativ behandling i heimebasertomsorg i løpet av eit år. Den viser også kva erfaringar sjukepleiarane har, og kva dei meiner bør forbedrast for å få til eit ennå betre tilbod innan dei palliative behandlinga.

Vedlegg 3

Referanse Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Metode Utvalg (Sample, participants) Hvor mange har deltatt i studien, hvem er de (inkludering/eksklusjonskriterier)? Datainnsamling , datacollection – hvordan er data samlet inn? Analyse av data. Hvordan?	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for praksis
Neergaard, M. A., Bonde, J.A., Sondergård, J., Sokolowski, I., Olesen, F. og Vedsted, P. 2011 Preference for place-of-death among terminally ill cancer patients in Denmark <i>Scandinavian journal of caring sciences</i> Vol.nr: 25 Utgåve.nr: 4 Sidetall: 627-636	Hensikta i denne studia var å finne ut kvar døande kreftpasientar i Danmark ynskjer å døy, og sjå om dette ynskjer endrar seg i den palliative fasa.	Utval: Det var 599 personar med palliativ kreft med i studia. Kreftdiagnosen varierte frå brystkreft til tarmkreft. Datasamling: Det vart brukt spørjeskjema som pårørande, legen og sjukepleiaren skulle svare på. Det vart sendt ut tre spørjeskjema. Dei som utførte studia fekk tildelt alder, kjønn, diagnose og plassen der pasienten døyde. Dette på grunn av at viss pasienten døyde ein annan plass enn heime kunne dei ikkje inkludere den personen i studia. Analyse: Spørjeskjemane vart analysert i eit program som heiter STATA 10. Resultata vart delt opp i pårørande sine resultat, legen sine resultat og sjukepleiaren sine resultat	Det kom fram i studia at den plassen dei palliative pasientane ynskjer å døy var i sin eigen heim. Men det viser også at det var fleire som ville døy heime tidlig i den palliative fasa enn i sluttfasa. Studia viser også viktigheita med å spørje pasienten kvar han/ho ynskjer å døy og om dette er noko dei har tenkt på. Det kjem fram i studia at helsepersonell (legen og sjukepleiaren) ikkje føler seg komfortable med å spør pasienten om dette. Det er også funn på at pårørande og legen har likare resultat enn pårørande og sjukepleiar. Dette kan kome av at sjukepleiaren, som pleiar pasienten, har eit problem med å vurdere kvar pasienten deira vil døy.	Vi skal skrive ei oppgåve der vi skal fokusere på erfaringar som sjukepleiar har til palliativ pleie til kvinner med brystkreft. Denne artikkelen set lys på kvar pasienten ynskjer å døy. Den viser både kva pårørande svarar, legen svarar og sjukepleiren svarar. Dette gir oss eit breitt spekter og kan vise variablar på korleis dei ulike personane oppfattar pasienten/personen. I denne studia kjem det fram at sjukepleiaren opplever det problematisk å vurdere kvar pasienten ynskjer å døy, og at det er større variabel mellom pårørande-sjukepleiar enn pårørande-lege.

Vedlegg 4

Referanse Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Metode Utvalg (Sample, participants) Hvor mange har deltatt i studien, hvem er de (inkludering-/eksklusjonskriterier)? Datainnsamling , datacollection – hvordan er data samlet inn? Analyse av data. Hvordan?	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for praksis
Nordsveen, H. og Andershed, B. 2015 Pasienter med kreft i palliative fase på vei hjem – Sykepleierens erfaringer av samhandling <i>Nordisk sygeplejeforskning</i> vol.nr: 5 Utgåve.nr: 3 Sidetall: 239-252	Hensikta med studia var å finne ut kva erfaringar sjukepleiarar har med samhandling mellom sjukehus og heimeteneste når pasientar med palliativ kreft er på veg heim.	Utval: 8 sjukepleiarar frå sjukehus og 12 sjukepleiarar frå heimetenesta deltok i studia. Avgrensinga: ha erfaring med palliativ behandling/omsorg i meir enn 5 år eller vidareutdanning innan kreftomsorg eller palliativomsorg. Datasamling: Det vart gjort fokusgruppeintervju med ein kvalitativ beskrivande design. Det vart utført fem fokusgrupper med fire sjukepleiarar i kvar gruppe. Pilotgruppeintervjua vart med i studia på grunn av god kvalitet. Det vart brukt ein intervjuguide med opne spørsmål Analyse: Det vart benytta kvalitativ innhaldsanalyse av intervjua. Alle intervju vart transkribert ord for ord og det vart delt inn i ulike kategoriar.	Funna i studia har blitt delt inn i to kategoriar; <i>Felles møtearena</i> og <i>Forståing for kvarandre sine arbeidsområder</i> . Sjukepleiarane på sjukehuset meiner det var viktig at dei fekk til eit møte saman med både pasient, pårørende og heimesjukepleia før pasienten flytta heim for å få til best mulig til rettelegging i heimen. Dette meinte sjukepleiarane frå HBO meiner at å møte pasienten før dei skal «invadere» heimen deira kan vere ein god start på eit nytt forhold. Det er viktig for både kontinuitet, skape forutsigbarheit og tryggleik er viktig for pasienten. Både sjukepleiarane frå heimetenesta og frå sjukehuset er samde på dette.	Vi skal skrive ei oppgåve der vi skal fokusere på erfaringar som sjukepleiar har til palliativ pleie til kvinner med brystkreft. Denne studia handlar om sjukepleiarane sine erfaringar med samhandling, og vi ser på dette som nyttig i oppgåva vår sidan vi er ute etter å finne ut meir om sjukepleiarane sine erfaringar om behandling av kvinner med brystkreft som blir behandla i eigen heim.

Vedlegg 5

Referanse Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Metode Utvalg (Sample, participants) Hvor mange har deltatt i studien, hvem er de (inkludering-/eksklusjonskriterier)? Datainnsamling , datacollection – hvordan er data samlet inn? Analyse av data. Hvordan?	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for praksis
Forfatter(e): Molnes, S.I. Publiseringsdato: 2015 Tittel: Sammen går vi døden i møte Tidsskrift: Nordisk tidsskrift for Helseforskning Vol nr: 11 Utgave nr: 2 Sidetal: 141-152	Hensikta med denne studien er å rette søkjelys på heimesjukepleiarar sitt møte med heimedøyande kreftpasientar sine åndelege behov. Og korleis beskriv sjukepleiarar eigen praksis knytt til dette temaet.	Utval: Det blei sendt brev til distriktisleiarar i tre distrikt i Midt-Noreg. Inklusjonskriteria var at sjukepleiarane jobba i heimetenesta i minst eitt år. Tilsaman ti sjukepleiarar blei intervjuet. Datasamling: Data blei samla gjennom halvstruktureerte, individuelle intervju. Intervjua blei gjennomført frå nov 2007 til jan 2008. Intervjua varte frå femti min til ein og ein halv time. Det blei brukt intervjuguide. Teksta blei transkribert. Analyse: Kvalitativt studie. Intervjua blei skrivne i full tekst og analysert ved hjelp av Giorgis fire steg. Studien blei meldt til Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste AS, der studien blei godkjent.	Å arbeide i andre sin heim, når ynskje er å få døy i heimen: Sjukepleiarane meinte at heimen er ein sentral stad. Heimen er pasienten sitt territorium, der det skal vere pasientfokus. Fleire opplevde store forventingar, frå pårørande og pasienten. Dei møtte ei rekkje utfordringar faglig, praktisk og etisk. Dei synast det var ein fin måte å døy på i heimen. Terminal pleie i heimen har blitt meir aktuelt. Den utfordrande samtala: Å våge å snakke om vanskelege ting, er i følge sjukepleiarane noko som ikkje alltid er like lett. Nokre meinte det var viktig å kartleggje pasienten sine psykiske og åndelege smerter, noko dei meinte vart lite gjort.	Denne forskingsstudien er relevant for vår oppgåve, då den rettar søkjelyset på heimesjukepleiarar sine møte med kreftsjuke pasientar som har eit ynskje om å få døy i heimen sin. og korleis dei opplev deira åndelege behov og dei utfordrande samtalane med pasientane om døden. Denne studien beskriv sjukepleiarane sine erfaringar og opplevingar med å gi palliativ omsorg til kreftsjukepasientar som vil døy i heimen.

Vedlegg 6

Referanse Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Metode Utvalg (Sample, participants) Hvor mange har deltatt i studien, hvem er de (inkludering-/eksklusjonskriterier)? Datainnsamling , datacollection – hvordan er data samlet inn? Analyse av data. Hvordan?	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for praksis
Forfattere: Molina, G., Diaz Cortes, M.M., Marguez, Membrive, J., Castro-Sanchez, A.M., Lopez Entrambasaguas, O.M., Fernandez-Sola, C. Publiseringsdato: 2014. Tittel: <i>Religious faith in coping with terminal cancer: What is the nursing experience?</i> Eurpean Journal of Cancer Care. Vol nr: 23. Utgave nr: 3 Sidetall: 300-309	Denne kvalitative studien handlar om sjukepleiar sine opplevingar og erfaringar om kva rolle har religiøs tru i omsorg hjå ein pasient med terminal kreft. Målet med studia var å forstå betydninga av omsorga sjukepleiar gir i omsorg på slutten av livet til ein pasient med kreft.	Utval: 23 sjukepleiarar deltok i den kvalitative forskinga, med ein gjennomsnittsalder på 26,3 år og ein gjennomsnittleg erfaring på 12,4 månader med omsorg for pasientar med uhelbredelig kreft. Studia varte frå 2011 til 2012. Datasamling: Data blei samla mellom 2011 og 2012, gjennom dybdeintervju. Kvar sjukepleiar blei bedt om å fortelje om sine kjensler og opplevingar. Intervjua varte frå 45 og 60 min. Analyse: Studia er godkjent a sjukepleie & fysioterapi avdelings etikk og forskingskomiteen ved universitetet i America.	Sjukepleiarane sine forteljingar viser til konkrete erfaringar og opplevingar, der rolla i ”end-of-life-care” var tydeleg. Ein sjukepleiar sa ”Du kan ikkje snakke om døden utan å nemne jakta på ein kjensle av håp”. Sjukepleiarane nemner i intervjuat at å gi omsorg til ein pasient med uheilbredeleg kreft ga ein kjensle av ein gudommeleg oppgjeve, men ikkje på sinne, skyldkjensle eller aksept. Sjukepleiar beskrev omsorg ved livets slutt om noko som omfattar ein objektiv kjensle basert på fysisk omsorg, symptomlindring og ein subjektiv kjensle, basert på det åndelige innanfor omsorg.	Denne studia er relevant for vår oppgjeve, då vi har valt å fokusere på sjukepleiar sine erfaringar med palliativ omsorg til ein pasient med terminal kreft. Denne studia beskriv korleis sjukepleiar opplev å gi omsorg til døyande pasientar, med eit åndeleg perspektiv, og kva effekt dette har på pasientar og korleis dei opplev å være åndeleg saman med pasienten.

Vedlegg 7

Referanse Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Metode Utvalg (Sample, participants) Hvor mange har deltatt i studien, hvem er de (inkludon-/eksklusjonskriterier)? Datainnsamling , datacollection – hvordan er data samlet inn? Analyse av data. Hvordan?	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for praksis
Forfatter(e): Pusa S., Hägglund, K., Nilsson M. og Sudin, K. Publiseringsdato: 2015. Tittel: District nurses lived experiences of meeting significant others in advanced home care. <i>Scandinavian Journal of Caring Science</i> . Vol nr: 29 Utgave nr: 1 Sidetal: 93-100	Hensikta med studien var å illustrere heimesjukepleiarar sine erfaringar i møte med pårørende til alvorleg sjuke og kreftsjuke pasientar i heimen.	Utval: 36 sjukepleiarar som jobbar i heimetenesta deltok i studia alle frå midt-Sverige. Ein av sjukepleiarane var mann. Alder varierte frå 31-64 år. Sjukepleiarane hadde jobberfaring frå to til 32 år i heimetenesta. Datasamling: Det blei satt opp ti fokusgruppe intervju som blei teke opp på band. Det var tre til fire deltakarar i kvar gruppe. Analyse: Det er ei kvalitativ forskingsintervju. Etisk godkjent av Etisk Komitee, Umeå. Samt Regional ethics board of the university. University. Studien har fylgt ein fenomenologisk hermeneutisk metode, av filosofen Ricoeur	Funna som kjem fram i studien, er at heimesjukepleiarane opplev møte med pårørende til pasienten som utfordrande og i tider frustrasjon når pårørende uttrykkjer misnøye med omsorga. Sjukepleiarane prøvar å vere fleksible og tilgjengelege til ei kvar tid, når pårørende har spørsmål eller treng hjelp frå heimetenesta, og dei prøvar heile tida å møte deira behov. Nokre av sjukepleiarane opplevde at pårørende til tider krev meir ressursar og tid, meir enn sjølve pasienten. Det var viktig at dei var klare og rettfram i kommunikasjon med pårørende, for å unngå eventuelle uklare situasjonar.	Vi ser på denne studien som relevant for vår oppgåve, då den palliative omsorga ikkje berre handlar om pasienten, men pårørende er også ein del av den palliative fasen. Sjukepleiarar fortel om kva erfaringar og opplevingar dei har i heimetenesta, når dei skal yte god omsorg til ein pasient med alvorleg sjukdom eller kreftsjukdom. Då vil samarbeid og kommunikasjon mellom sjukepleiar og pårørende også vere viktig.

Vedlegg 8

Referanse Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Metode Utvalg (Sample, participants) Hvor mange har deltatt i studien, hvem er de (inkludering-/eksklusjonskriterier)? Datainnsamling , datacollection – hvordan er data samlet inn? Analyse av data. Hvordan?	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for praksis
Forfatter(e): Rögenes G.K., Moen A., Grov E.K. Publiseringsdato: 2013 Tittel: Heimesjukepleiere ns perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen. <i>Klinisk sygepleje</i> . Vol nr: 27 Utgave nr: 1 Sidetal: 64-76	Problemstillinga i studien er kva vektlegg sjukepleiarar, som fremjande faktorar for ein lengst mogleg heimetid for pasientar med kreft i den palliative fasen. Studien ser spesielt på sjukepleiar, støtte, kunnskap og erfaring, organisering, kommunikasjon, informasjon og samarbeid.	Utval: Skjemaet vart sendt til 10 kommunar i Sør-Noreg. Variasjon mellom alder var 22 til 63 år. 6,9 % var mannlege sjukepleiarar. Datasamling: Det vart sendt ut heile 346 skjema og dei fekk 189 svar. Analyse: Analyse av dataprogrammet SPSS. Skjemaet inneheldt 74 påstander der ein kryssa av på påstandane. Studien gjeld yrkesaktive sjukepleiarar, og derfor fell det ikkje innhaldsmessig under Helseforskningslova i Noreg. Derfor var det ikkje nødvendig å økje Regional etisk forskningskomite. Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste vurderte studien som ikkje meldepliktig, då studien var anonym.	Resultata viser variasjonar mellom kvinner og menn i studien. Mannlege sjukepleiarar rapporterte at dei ikkje i like stor grad som kvinnelege sjukepleiarar tek opp vanskelege situasjonar med kollegaer. Mannlege sjukepleiarar gav også pårørende høve til å prate med dei enn kva kvinnelege sjukepleiarar rapporterte. Kunnskap og erfaring til å ivareta dei døyande pasientane var betre hos dei eldste sjukepleiarane også handtering av utstyr. Resultata stadfestar at respondentane vurderer kommunikasjon og informasjon, organisering og samarbeid som relevant for å sikre fagleg tryggleik i arbeid med pasientane.	Denne spørjeundersøkinga er relevant for vår oppgåve, då sjukepleiarar i heimetenesta deltek i undersøkinga å svarar på korleis dei opplev vanskelege situasjonar i heimebasert omsorg til pasientar som krev palliativ omsorg. Kva som gir dei tryggleik og kva som er viktig i den palliative omsorga.

Vedlegg 9
Søkehistorikk – tabell

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Nurses experience Avgrensing: Community health care, ethics, nursing, terminal care	29.Februar 2016	CinahlComplete	5	2	2	Community nurses' experiences of ethical problems in end-of-life care in the patient's own home
Home death Avgrensing: Palliative care, female	24.Februar 2016	SveMed	6	3	2	Preference for place-of-death among terminally ill cancer patients in Denmark
Breast cancer and palliative care Avgrensing: Breast neoplasma, adult Full text 2006-2016	12.Januar 2016	CinahlComplete	18	5	3	The role of a community palliative care specialist nurse team in caring for people with metastatic breast cancer
Nursing experience with palliative care Avgrensing: Home care service	12.Januar 2016	Svemed	2	2	2	Pasienter med kreft i palliative fase på vei hjem – Sykepleierens erfaringer av samhandling
Nursing experience, terminal cancer.	26.Februar 2016	CinahlComplete	3	2	2	Religious faith in coping with terminal cancer: What is the nursing experience?

Palliative home care	29. Februar 2016	Svemed	88	5	5	Heimesjukepleiars perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen.
Terminal home cancer	29. Februar 2016	Svemed	90	7	7	Sammen går vi døden i møte
Palliative treatment home care	18. Februar 2016	Svemed	88	5	3	District nurses' lived experiences of meeting significant others in advanced home care