



# NTNU

Kunnskap for en bedre verden

# Bacheloroppgave

**SY301813 Sykepleie VI - Del 2**

**Utfordringer ved hjemmebasert palliativ omsorg - fra et sykepleieperspektiv**

**Challenges in homebased palliative care - from the nurse perspective**

**Kandidatnumre: 10089 og 10124**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 49**

**Antall ord: 8717**

**Innlevert Ålesund, 23.05.17**

## 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 betrakte som fusk 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

## 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: 19.05.17

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Det er et betydelig antall mennesker som dør hvert år av sin kreftdiagnose. Sannsynligheten er stor for at sykepleierne møter disse palliative pasientene i arbeidslivet. Det å gi palliativ omsorg i pasientens hjem kan føre til en rekke utfordringer. Bakgrunn for valg av problemstilling er for å belyse disse utfordringene fra et sykepleier perspektiv.

**Hensikt:** Studiens hensikt var å danne et bilde over hvilke utfordringer sykepleierne erfarte gjennom å arbeide med hjemmebasert palliativ omsorg til kreftsyke pasienter.

**Metode:** Studien er løst ved bruk av et systematisk litteratursøk som består av ti kvalitative forskningsartikler.

**Resultat:** Sykepleierne erfarte utfordringer på grunn av mangel på samhandling, ressurs og kompetanse. Funn viste også utfordringer i relasjonen til pårørende og utfordringer som førte til psykisk stress hos sykepleierne.

**Konklusjon:** Funnene viser at disse utfordringene som sykepleierne erfarte henger tett sammen og påvirker hverandre. Hovedutfordringene ligger i samhandlingen mellom de ulike tjenestene. Selv om Samhandlingsreformen ble iverksatt i 2012 er det fortsatt et stykke igjen til en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste.

## **Abstract**

**Background:** There are a considerable amount of people that every year dies from cancer. It is highly probable that nurses will meet these palliative patients during their work. To give palliative care in a patient's home can lead to several challenges. The background for choosing this topic is to give light to the challenges in palliative home care from the perspective of a nurse.

**Aim:** The study's purpose was to create an overview of what challenges and issues nurses experience while giving palliative care to home based cancer patients.

**Method:** The study was investigated following a systematic literature search consisting of ten qualitative research articles.

**Result:** The nurses experienced challenges due to a lack of interaction, resources and competence. The findings also showed challenges in the interaction with relatives of the cancer patients and challenges that led to stress for the nurses.

**Conclusion:** The findings demonstrate that the challenges nurses experience are closely interconnected and affect each another. The main challenges lie in the interactions between the different service and units. Even though the Samhandlingsreformen ("The Reform for Interaction") was implemented in 2012, it is still a while until a holistic and coordinated health- and care service is in place.

# Innhold

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Grunngeving for valg av problemstilling .....	1
1.2 Hensikt .....	2
1.3 Problemstilling .....	2
1.4 Begrepsavklaring .....	2
1.4.1 Palliasjon .....	2
1.4.2 Hjemmesykepleie .....	2
1.4.3 Hjemmebasert palliativ omsorg .....	2
1.5 Avgrensinger .....	3
1.6 Oppbygging av oppgaven .....	3
<b>2.0 Teoribakgrunn</b> .....	<b>4</b>
2.1 Hjemmebasert palliativ omsorg til kreftpasienter .....	4
2.2 Sykepleie i lys av samhandlingsreformen .....	5
2.3 Kari Martinsens omsorgsteori .....	5
2.4 Kommunikasjon .....	6
<b>3.0 Metodebeskrivelse</b> .....	<b>7</b>
3.1 Datainnsamling .....	7
3.2 Søkehistorikk .....	8
3.2.1 Kvalitet og etisk vurdering .....	9
3.3 Analyse .....	11
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>12</b>
4.1 Samhandling .....	12
4.2 Pårørende .....	13
4.3 Ressurser .....	14
4.4 Kompetanse .....	15
4.5 Psykisk 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 Pårørende .....	20
5.2.3 Ressurs .....	22
5.2.4 Kompetanse .....	22
5.2.5 Psykisk stress .....	24
5.3 Konklusjon .....	26
<b>6.0 Litteraturliste</b> .....	<b>27</b>

Vedlegg 1: Søkehistorikk

Vedlegg 2: Litteraturmatriser

## **1.0 Innledning**

Innledningen består av en begrunnelse for valg av tema, hensikt og problemstilling, samt begrepsavklaring, avgrensninger i oppgaven og hvordan oppgaven er bygd opp.

### ***1.1 Grunngeving for valg av problemstilling***

Folketallet i Norge har økt med nesten 2 millioner mennesker siden 1953, i tillegg til at tallet på eldre er økende. Begge disse faktorene kan i seg selv være bidrag til at det i dag er flere krefttilfeller. Andre faktorer er bedre diagnostikk og økt grad av fremkallende påvirkning (Kreftregisteret, 2015a). Selv om flere og flere overlever sin kreftdiagnose er det likevel et betydelig antall som dør av kreft hvert år. I 2015 var det i overkant av 11 000 nordmenn som døde av kreft (Kreftregisteret, 2015b).

I en rapport (Helsedirektoratet 2015a) om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt viser at pasientene behandles i stor grad poliklinisk, og kan derfor bruke mer tid i hjemkommunen. Dette er en del av målet til St.meld. nr.47 (2008-2009). Likevel er det vanlig med innleggelser for ulike komplikasjoner under sykdomsforløpet, og sykehus er det vanligste dødsstedet for kreftpasienter. Rapporten viser også ulikt hvorvidt kommuner eller bydeler har tilstrekkelig kompetanse og nødvendig personell for å følge opp de alvorlig syke og døende i hjemmet.

Da det er et betydelig antall kreftpasienter som dør hvert år vil de si at det er en stor gruppe pasienter som sykepleierne vil møte på i arbeidslivet i ulike sammenhenger. Det kommer frem at de fleste pasientene dør i institusjoner, selv om det kan være opp til pasienten selv å bestemme hvor han ønsker å dø, etter lov om rett til medvirkning (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Ifølge Fjørtoft (2012, s. 90) kan det å gi lindrende omsorg i pasientens hjem gi en rekke utfordringer. Tanken for vårt valg av problemstilling er at for å kunne utbedre den hjemmebaserte palliative omsorgen, må man vite noe om hva som oppleves utfordrende.

## **1.2 Hensikt**

Hensikten med studien var å danne et bilde over hvilke utfordringer sykepleierne erfarte gjennom å arbeide med hjemmebasert palliativ omsorg til kreftsyke pasienter.

## **1.3 Problemstilling**

“Hva erfarer sykepleiere som utfordrende i den hjemmebaserte palliative omsorgen til kreftsyke pasienter?”

## **1.4 Begrepsavklaring**

### **1.4.1 Palliasjon**

Ifølge Verdens Helseorganisasjon (2017) er palliativ omsorg en tilnærming som forbedrer livskvaliteten til pasienter (voksne og barn) og deres familier som står overfor problemer forbundet med livstruende sykdom. Palliasjon skal forebygge og lindre lidelse gjennom tidlig identifikasjon, korrekt vurdering og behandling av smerter og andre problem av fysisk, psykososial eller åndelig slag. En hver døende har rett til å være informert om sin tilstand, ha enerom, slippe å være alene, få lindring av smerter og andre plager samt anledning til å snakke om åndelige og eksistensielle spørsmål (Helsedirektoratet, 2015a).

### **1.4.2 Hjemmesykepleie**

Hjemmesykepleie betegner all sykepleie som blir utført i den enkeltes hjem, uavhengig av om det er en sykepleier eller en annen helsearbeider som utfører tjenesten.

Hjemmesykepleien blir brukt om tjenesten som organisasjon og som en del av den kommunale helsetjenesten (Fjørtoft, 2012, s. 14).

### **1.4.3 Hjemmebasert palliativ omsorg**

Begrepet omfatter hjemmesykepleie, hjelp til å anskaffe nødvendige hjelpemidler, oppfølging og nødvendige hjemmebesøk fra fastlegen, vurdering og innsats fra andre faggrupper i kommunen (prest, fysioterapeut osv.) etter pasientens og de pårørendes behov. Inkluderer også nødvendig samarbeid med spesialisthelsetjenesten, inkludert palliativt team. Eventuell henvisning til og samarbeid med sykehjem og lindrende enhet i sykehjem kan være aktuelt (NPF og NFPM, 2016).



## ***1.5 Avgrensinger***

Oppgaven er avgrenset til å omhandle voksne mennesker, over 18 år som er i en palliativ fase av sin kreftdiagnose. Kravet er at det er pasienter som mottar palliativ omsorg i eget hjem.

## ***1.6 Oppbygging av oppgaven***

I teoribakgrunnen blir det gjort rede for relevant teori, og i metodekapittelet skal det gjennomgås datainnsamling, søkehistorikk og kvalitetsvurdering av data, samt en analyse.

I resultatet kommer det frem hvilke funn som er gjort for å svare på problemstillingen.

Diskusjonsdelen består først av en kort metodediskusjon, for deretter en gjennomgang med drøfting av resultatene opp mot relevant teori for å belyse konsekvensen for sykepleien.

Diskusjonen munner så ut i en kort konklusjon som inneholder oppsummering av hovedfunn, konsekvenser for praksis, samt anbefaling for videre forskning.

## 2.0 Teoribakgrunn

Her skal relevant kunnskap som belyser temaet for oppgaven presenteres.

### ***2.1 Hjemmebasert palliativ omsorg til kreftpasienter***

Kreft er en sykdom som kommer av genskade i en enkelt celle. Med genskade menes endringer i cellens struktur. Disse kreftcellene har to egenskaper som gjør sykdommen dødelig. Den ene er evnen til å vokse inn i det nærliggende, normale vevet, mens den andre egenskapen er å spre seg til andre områder i kroppen (Bertelsen mfl., 2011, s.128).

Kreftpasienter i palliativ fase har komplekse og til dels sammensatte behov og symptomer som kan være utfordrende å iverksette tiltak for (Lorentsen og Grov, 2010, s. 427).

Pasientenes behov kan variere ut i fra problemområde, men pasienter i palliativ fase har ofte større behov for sykepleie enn tidligere i sykdomsforløpet. Pasientene kan trenge sykepleie for somatiske symptomer, psykososiale og eksistensielle problemstillinger (Fjørtoft, 2012, s. 86; Lorentsen og Grov, 2010, s. 428). Dette innebærer at sykepleier må legge til rette for at pasienten kan få leve sin siste tid etter eget ønske (Fjørtoft, 2012, s. 87).

Å dø i eget hjem kan være et ønske for noen pasienter, og ofte fordi omgivelsene har stor betydning. Noen pasienter kan også føle på å være til bry for pårørende, dersom de skulle velge å være hjemme (Lorentsen og Grov, 2010, s.426). Valg av sted for død og tilrettelegging for død handler først og fremst om hvor pasienter er, og om det er mulig med symptomlindring eller om det er hensiktsmessig å flytte pasienten til et sted der pleien blir mer tilrettelagt. I følge Fjørtoft (2012, s.85) og Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) skal det legges til rette for at alvorlig syke og døende skulle kunne velge hvor de ønsker å være siste tiden. Imidlertid kan det skje endringer som gjør at man velger innleggelse ved sykehus, trass forhold som er tilrettelagt (Ilkjær, 2011, s. 747)

I følge nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen (Helsedirektoratet, 2015b) er organiseringen av den hjemmebaserte omsorgen i hovedsak tildelt den kommunale pleie- og omsorgstjenesten og fastlegen. De kan også samarbeide med palliativ team som har en konsulentfunksjon. Det er et minimum at hver kommune/soner har ansatt en sykepleier som hører til et nettverk av ressurspsykepleiere, kreftpsykepleier eller kreftkoordinator. En ressurspsykepleier har som funksjon å bistå hjemmetjenesten med

råd og veiledning, og ved behov kan de bistå i stellesituasjoner (Haugen mfl., 2013, s. 203). Til slutt skal den hjemmebaserte omsorgen organiseres slik pasient og pårørende kan ha tilgang til kvalifisert hjelp døgnet rundt.

## ***2.2 Sykepleie i lys av samhandlingsreformen***

I følge Orvik (2015, s. 210) er samhandling både konkret og forpliktet som inneholder en norm om å virkeliggjøre ansvar om å handle sammen. I klinisk sammenheng er hensikten med samhandling å sikre flyt i arbeidsprosessene, som fører til opplevelsen av en helhetlig tjenesteordning blant pasienten, pårørende og helsepersonell. Pasienten har et krav til helsehjelp som er påtrengende nødvendig.

Hensikten med samhandlingsreformen er å bedre folkehelse og bedre helse- og omsorgstjenester. Det er fokus på å samhandle bedre, slik pasienter skal få tidlig og god hjelp. De skal videre få rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste (Helsedirektoratet, 2017). Palliative enheter i kommunene kan bidra til å sikre et mer kompetent fagmiljø i det helhetlige kommunale og helse- og omsorgstjenesten, dette er en positiv faktor for hjemmeboende pasienter (St.meld., nr.47, 2008-2009, s. 61). Gode samarbeidsavtaler kan sørge for god samhandling når pasienten flyttes mellom sykehus og kommune. Etter helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §3-4) blir det slått fast at kommuner og helseforetak forpliktes til å inngå samarbeidsavtaler for å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Det er og lagt vekt på tiltak som skal fremme et kostnadseffektivt helsevesen i samhandlingsreformen (Helsedirektoratet, 2017). Fravær av samhandling kan føre til at pasienter blir kasterballe i oppstykkede, eller fragmenterte, pasientforløp, med svekket kontinuitet (Orvik, 2015, s. 211).

## ***2.3 Kari Martinsens omsorgsteori***

Omsorg blir av Kari Martinsen (2003, s. 15) forklart gjennom tre forskjellige aspekter. Der det første er omsorg gjennom et relasjonelt begrep. Det bunner i at vi som menneske er avhengige av hverandre. Omsorg som praktisk begrep er det andre aspektet. Dette går ut på at man skal bistå den trengende aktivt gjennom handling, som for eksempel ved smertelindring. Denne handlingen skal også være betingelsesløs. Som omsorgsgiver skal

man ikke forvente å få noe tilbake. Det tredje og siste aspektet er omsorg som et moralsk begrep. Gjennom erfaringer og praksis vil man kunne lære prinsippet om ansvaret for de svake. Omsorgsmoralen har også noe å gjøre om hvordan vi lærer å bruke makt.

Martinsens teori definerer omsorg som et svært sentralt begrep i sykepleien (Martinsen, 2003, s. 67). Omsorgsarbeid i sykepleien er rettet mot ikke selvhjulpne personer som er syke eller pleietrengende. Å møte disse med omsorg gjennom omsorgsarbeidet innebærer forutsetninger som kunnskaper, ferdigheter og organisasjon. Sykepleieren må ha en faglig dyktighet, som er avhengig av både fagkunnskaper og praktiske ferdigheter. Man kan vise omsorg gjennom bruk av enkle redskaper som vaskeklut og vaskefat om kunnskapene og erfaringene er på plass. Omsorgen består av to parter; når den ene lider, vil den andre «sørge» og sørge for å lindre smerte (Martinsen, 2003, s. 69).

## **2.4 Kommunikasjon**

Fra det latinske ordet *communicare*, som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i og ha forbindelse med, kommer begrepet kommunikasjon. Eide & Eide (2007) definerer begrepet kommunikasjon som utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter. Begrepet relasjon betegner det at en gjenstand står i forbindelse med en annen (2007, s. 17). Ved å være hjelper eller profesjonsutøver inngår man i en rekke ulike typer relasjoner. For en sykepleier er det viktig å ha gode relasjoner til pasient, pårørende og kollegaer (Eide & Eide, 2007, s. 100). Årsaken til dette er fordi det skaper grunnlag for nærhet, tillit og samarbeid (Eide & Eide, 2007, s. 18). Som sykepleier jobber man mye tverrfaglig, med hjelpepleiere, leger, fysioterapeuter osv. God tverrfaglig kommunikasjon er ingen selvfølge. Å bidra til gode samarbeids- og kommunikative relasjoner er et etisk ansvar for hver enkelt profesjonsutøver (Eide & Eide, 2007, s. 101).

### 3.0 Metodebeskrivelse

I dette kapittelet skal det gjøres rede for datainnsamlingen og analyse av det innsamlede materialet. Gjennom datainnsamlingen skal vi belyse søkeprosessen, søkehistorikken, inklusjons- og eksklusjonskriterier i tillegg til kvalitet og etisk vurdering. I analysen av det innsamlede materialet, i dette tilfellet artiklene, skal vi gjennomgå hvordan det ble bearbeidet.

#### 3.1 Datainnsamling

Denne oppgaven er besvart med å bruke et systematisk litteratursøk. I følge Forsberg og Wengström (2013, s. 27) defineres en slik studie med å gå ut ifra et tydelig formulert spørsmål som skal svares på systematisk ved å identifisere, velge og analysere relevant forskning. En slik studie skiller seg fra generell litteraturstudie fordi den baserer seg på litteratursøk, kritisk vurdering og analyse av resultat. Forsberg og Wengström (2013, s. 84) forklarer denne prosessen veldig godt gjennom seks trinn og har vært nyttig å bruke i våres arbeid.

I trinn en har vi identifisert interesseområdet og valgt søkeord. Vi startet med å reflektere og fordype oss i litteraturen om det valgte temaet (Forsberg og Wengström, 2013, s. 70). Videre ble søkeordene formulert (Forsberg og Wengström, 2013, s. 74). Ved å søke fritt i de ulike databasene kunne vi se hvilke artikler som dukket opp og dermed få en pekepinn på om vi var på rett vei. Vi leste også major/minor subjects under relevante treff for å få forslag til andre søkeord. Underveis noterte vi ned hvilke søkeord som gav gode treff. Og de søkeordene som til slutt sto igjen var: *cancer patients, community nursing/nurse, district nurse, palliative care, home nursing, palliative home care og nurse attitudes*.

Neste trinn gikk ut på å bestemme kriteriene, om hva som skulle inkluderes eller ekskluderes. Inklusjonskriteriene var at artiklene skulle omhandle palliativ omsorg til kreftpasienter i eget hjem eller generelt om hjemmebasert palliativ omsorg. Pasientene måtte være over 18 år. Artiklene måtte ha sykepleieperspektiv, noe som er viktig med tanke på utgangspunktet i oppgaven. Vi var også ute etter nyere forskning. Derfor ble det satt et kriterium på publikasjon etter 2010. Vi kan lese norsk, svensk, dansk og engelsk, så vi søkte etter artikler på disse språkene. Eksklusjonskriteriet var artikler publiserte i ikke-fagfelleverderte tidsskrift. Fagfelleverderte betyr at artiklene blir vurdert og godkjent av

eksperter innenfor fagområdet (Dalland, 2012, s.78). Videre blir trinn tre til fem skildret i søkehistorikken, mens trinn seks blir gjennomgått i underkapittelet om kvalitet og etisk vurdering.

### **3.2 Søkehistorikk**

Det tredje og fjerde trinnet i utvelgelsesprosessen går ut på å søke i relevante databaser og eventuell manuell søking etter upubliserte artikler. Viser her til vedlegg nummer en som er en oversikt over søketreffene. I denne oppgaven ble artiklene funnet ved å bruke databasene Cinahl og Svemed+. Disse inneholder referanser til sykepleie og helse.

Ifølge Forsberg og Wengström (2013, s. 79) kan man søke med ett ord, eller kombinere flere ord med operatører. Ved å bruke operatører som AND og OR kombinerer man søkeordene. Operatøren AND vil finne referanser som både inneholder “A” og “B”. Dette vil begrense søket og kan være til hjelp om man ønsker et mer spesifikt søk. Mens OR vil gi resultatet “A” eller “B”, og hjelper når man vil utvide søket. Operatøren NOT er også begrensende, og den bruker man når man vil finne “A” men ikke “B”. I søkeordene våre var det mange synonymer og dermed ble OR en viktig operatør å bruke. Det gjorde at flere relevante artikler ble inkludert i søket. Når vi brukte AND fikk vi mer spesifikke treff.

I SveMed+ ble alle de valgte søkeordene prøvd i ulike søk. Det som endte opp med å gi mest relevant funn var tre ulike kombinasjoner av søkeordene. På alle tre søkene ble det krysset av for “peer reviewed tidsskrift” og publisering etter 2010. Til sammen ble det treff på 55 artikler der alle overskriftene ble lest. Vi leste i tillegg 16 abstrakter. Seks artikler ble valgt ut til videre bearbeiding (Molnes, 2015; Nordsveen og Andershed, 2015; Hynne og Kvangarsnes, 2012; Törnquist mfl., 2013; Rögenes mfl., 2013; Drageset og Sæterstrand, 2013). I et av søkene kom der en artikkel som var relevant under “tilsvarende publikasjoner”. Da denne artikkelen ikke var tilgjengelig for oss, kontaktet vi forfatteren å fikk denne tilsendt (Landmark mfl., 2012).

Samme fremgangsmåte ble brukt i databasen Cinahl. Her ble det også gjort tre søk med ulike søkeord. Avgrensningene var de samme her, publisert etter 2010 og krysset av for “peer reviewed”. I denne databasen ble det også krysset av på andre avgrensninger for ytterligere redusering av antall treff. Avgrensninger som “Subject Major” og “suggest

subject terms”. Totalt ble dette et treff på 57 artikler. Alle overskrifter og 14 abstrakter ble lest. Vi valgte ut syv artikler for videre bearbeiding (Connolly mfl., 2014; Jack og O’Brien, 2010a; Wilson mfl., 2014; Penz og Duggleby, 2012; Jack og O’Brien, 2010b; Munck mfl., 2011; Karlsson mfl., 2010).

Å lese relevante overskrifter og abstrakter er det femte trinnet (Forsberg og Wengström, 2013, s. 84). 13 artikler ble valgt ut for videre bearbeiding. Det videre arbeidet, trinn seks, omtaler vi under kvalitet og etisk vurdering.

### **3.2.1 Kvalitet og etisk vurdering**

All forskning må være åpen for kritisk vurdering (Forsberg og Wengström, 2013, s. 143), og det siste trinnet går ut på å lese artiklene i sin helhet og så kvalitet vurdere de (Forsberg og Wengström, 2013, s. 84). Vi leste gjennom alle forskningsartiklene grundig for å kunne vurdere kvaliteten og det etiske hensynet. Slik kvalitetsvurdering omfatter studiens hensikt og problemstilling, design, utvalg, datainnsamling, analyse og tolkning (Forsberg og Wengström, 2013, s. 116). Vi så etter om artiklene overholdt publikasjonskriteriet og om de hadde IMRaD-struktur. Dette står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon. En slik standardisering av oppsettet kan indikere at den er forskningspublisert (Dalland, 2012, s. 79). Alle våres utvalgte artikler hadde en slik struktur.

Artikler som er publisert i vitenskapelige tidsskrifter har en streng kvalitetssikring. Tidsskriftene har bestemte krav til innhold og form (Dalland, 2012, s.78). Alle de tretten artiklene våres er publisert i fagfelleverdert tidsskrift. Gjennom Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste kunne vi finne ut om artiklene var publiserte i godkjente publikasjonskanaler. Publikasjonskanaler vil si tidsskrifter, serier og forlag (UiO, 2016).

Videre for å vurdere kvaliteten på artiklene brukte vi Forsberg og Wengströms (2013, s. 206) kvalitetsbedømmelser. Det var en sjekklister for kvalitative artikler som blant annet stilte spørsmål om hensikten med studien, undersøkelsesgruppen, metode for datainnsamling, analysen og vurdering. Alle artiklene fra søkehistorikken var kvalitative, utenom en. I følge Forsberg og Wengström (2013, s. 143) er det tre kriterier som kan brukes for å kvalitetsvurdere kvalitative studier: Kvaliteten i helhetsbeskrivelsen, kvaliteten av resultatene og rimelighetskriteriet. Det første kriteriet var at vi skulle

undersøke perspektivet, og vurdere om studien relateres til en helhet og at etiske vurderinger ble gjort (Forsberg og Wengström, 2013, s. 145). I det andre kriteriet satte vi oss inn i hvordan innholdet ble skildret, hvordan strukturen på studien var og om resultatet svarte til teori (Forsberg og Wengström, 2013, s. 146). Det tredje og siste kriteriet omhandlet å se på graden av rimelighet innen informasjon og tolkning.

Etisk hensyn i forskningsartikler vil si at det er vurdert av en etisk komite eller at det er gjort etiske vurderinger (Forsberg og Wengström, 2013, s. 70). Forskning har som mål å danne ny kunnskap eller forsterke allerede eksisterende kunnskap (Forsberg og Wengström, 2013, s. 46). Dette skal ikke skje på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd (Dalland, 2012, s. 96). Studier som omhandler mennesker er avhengig av disse til å stille opp å dele sine erfaringer og opplevelser. Da er det en forutsetning å ta etiske overveielser under arbeidet og være ryddig med personopplysningene (Dalland, 2012, s. 95). Personopplysningsloven (2000), Helseforskningsloven (2008) og Helsinkideklarasjonen er eksempler på lover og retningslinjer som skal være med på å sikre disse etiske hensynene.

Det kommer frem i sju av studiene at kravene om anonymitet, taushetsplikt, informert, frivillig og dokumentert samtykke ble overholdt (Munck mfl., 2011; O'Brien og Jack, 2010; Törnquist mfl., 2013; Nordsveen og Andershed, 2015; Drageset og Sæterstrand, 2013; Molnes, 2015, Karlsson mfl., 2010). Anonymisering går ut på å aidentifisere opplysninger slik man ikke kan spore tilbake til enkeltpersoner i studien (Dalland, 2012, s. 102). Taushetsplikten skal overholdes etter Personopplysningsloven (2000), men jf. §29 i Helsepersonelloven (1999) kan opplysninger gis i bruk til forskning, og dette kan skje uten hinder av §21 om taushetsplikten. De som mottar opplysningene er der i mot bundet av taushetsplikten. Det er også lovfestet gjennom Helseforskningsloven (2008, §13) at samtykket skal være informert, frivillig, uttrykkelig og dokumentert. Samtykket kan også når som helst bli trukket tilbake av deltakerne, uten å måtte oppgi noen grunn.

Videre vil vi også nevne at det kommer frem i studiene til Törnquist mfl. (2013), Drageset og Sæterstrand (2013) og Karlsson mfl. (2010) at de ble gjennomført i tråd med Helsinkideklarasjonen. Helsinkideklarasjonen er anbefalte retningslinjer som omfatter mennesker (Slettebø, 2012, s. 211). Tre av de utvalgte studiene (Landmark mfl., 2010; Wilson mfl., 2014; Penz og Duggleby, 2012) har ikke utfyllende etiske vurderinger. Siden



artiklene er publisert i fagfelle-vurdert tidsskrifter vurderte vi de som gode nok til å inkluderes.

Etter å ha gått gjennom denne kvalitet- og etiske vurderingen ble tre artikler ekskluderte fra studien. Det var fordi de ikke svarte godt nok på problemstillingen i denne oppgaven, og har dermed heller ingen relevante funn. Vi satt så igjen med ti forskningsartikler som vi kunne bruke til å svare på problemstillingen.

### **3.3 Analyse**

Det neste steget i den systematiske litteraturstudien er å analysere forskningsartiklene. Dette gjorde vi ved å bruke Forsberg og Wengström (2013, s. 167) sine fem steg. Steg en innebar at vi skulle lese gjennom alle artiklene flere ganger for å bli kjent med de. I tillegg skrev vi litteraturmatriser på alle artiklene som var en god måte å tilegne kunnskaper om de på. Under steg to brukte vi fargekoder på det som virket relevant av funn. Da las vi artiklene sammen og diskuterte funnene underveis. Valg av kategorier er det tredje steget. Vi bestemte sammen hva kategoriene skulle kalles. Syntesen begynte i steg fire. En syntese er det motsatte av analyse. I stedet for å dele opp i mindre deler, blir det gjort en forening av et mangfold til en enhet (Store norske leksikon, 2012). Da samlet vi alle funnene i de kategoriene hvor de hørte til under. For å gjøre dette lettere hang vi opp plakater med en tabell over de ulike kategoriene. Funnene ble da oversiktlige og samlet, og det er mye lettere å se likheter og ulikheter mellom artiklene. I det siste steget diskuterte vi sammen resultatet av analysen og kom frem til en prioritert rekkefølge av kategoriene.

Resultatet av dette ble da:

1. Samhandling
2. Pårørende
3. Ressursmangel
4. Kompetanse
5. Psykisk stress

## **4.0 Resultat**

Her blir de sentrale funnene som skal svare på problemstillingen gjort rede for. Funnene blir presentert ut i fra de fem strukturerte kategoriene: samhandling, ressursmangel, kompetansebehov og hjemmeforhold og pårørende, og psykisk stress.

### **4.1 Samhandling**

Flere av artiklene omhandlet utfordringer som kunne dukke opp under samhandlingen. Spesielt ved utskrivelse fra sykehus og til hjemmet kunne det bli en del utfordringer for hjemmesykepleieren. Når utskrivelsen skjer raskt kan det mangle både resepter og medisiner, da spesielt ved utskrivning mot helg (Nordsveen og Andershed, 2015, s. 244). Så om denne utskrivelsen er ufullstendig måtte hjemmesykepleien bruke ekstra ressurser og tid på å ordne opp. Samme funnet er gjort i studien til O'Brien og Jack (2010, s. 341). Ofte skjer det at sykehusene skriver ut pasienter til helgen, og ved kort varsel er det vanskelig for hjemmesykepleierne å få tak i det nødvendige utstyret for å yte god pleie.

En annen utfordring som oppstod ved utskrivelse er at kommunehelsetjenesten kom for sent inn i pleien til den palliative pasienten (Penz og Duggleby, 2012, s. 369; Törnquist mfl., 2012, s. 655). Sykepleierne mente at å komme tidligere inn i bildet ved utskrivelse kunne det lindre en del av problemene som oppstod (O'Brien og Jack, 2010, s. 341; Molnes, 2015). I følge Nordsveen og Andershed (2015, s. 243) var det erfaringer som tilsa om sykepleierne var med på samarbeidsmøter før utskrivelse kunne man unngå "en dårlig start" i hjemmet og dermed møte mindre utfordringer. Sykepleierne hevder at en "dårlig start" blir dratt med videre i forløpet, og det kan være vanskelig å rette opp.

Andre utfordringer ved samhandlingen innen palliasjon i hjemmet var kontakten med blant annet legen. Hjemmesykepleierne opplevde det som tungvint å forholde seg til mange ulike leger når det var knapt med tid, og de måtte bestille time som en vanlig pasient for å få kontakt med de på vegne av pasienten. Mens kreftsykepleierne jobbet tettere innpå kommunelegene og de private legekantorene (Drageset og Sæterstrand, 2013, s. 12). Andre sykepleiere hadde erfaringer med å ikke få støtte fra legene når det for eksempel kom til smertelindring (Karlsson mfl., 2010, s. 227; Törnquist mfl., 2012, s. 654). Spesielt i helger og om det bare var vikarer til stede, som ikke kjenner til pasienten. De ville ikke skrive ut morfin, selv om det var til en palliativ pasient (O'Brien og Jack, 2010, s. 342).

Andre hadde også erfaring om leger som ikke ville skrive ut smertelindring, selv om de kjente pasientene (Törnquist mfl., 2012, s. 654). Konsekvensen ble da at pasienten ble innlagt på sykehus, selv om smerteproblematikken kunne løses i hjemmet.

Det kunne også oppstå utfordringer på grunn av mangel på informasjon eller feilinformasjon. Enkelte sykepleiere opplevde å få informasjon fra sykehuset om en pasients situasjon som virket ukomplisert, men som viser seg å være mye mer komplekst og vanskelig når de kommer hjem til vedkommende. En sykepleier fra studien til O'Brien og Jack (2010, s. 342) sier: "But you will get a referral for removal of sutures and you will go out and find that they have had extensive surgery and they have got a palliative diagnosis and are dying..."

Pasientene kunne motta feilinformasjon, dersom hjemmetjenesten ikke var delaktig i utskrivelsen, om hvilke tjenester som faktisk var tilgjengelige. Dette kunne påvirke pasientens valg om hvor han ønsket å dø (O'Brien og Jack, 2010, s. 342). I alle fall når sykehuset eller fastlegen ikke er flinke nok til å informere pasienten angående tilbudet om å dø hjemme (Molnes, 2015, s. 145). Mangelen og graden av tilgjengelighet på informasjon var aktuell i flere studier (Penz og Duggleby, 2012, s. 368; O'Brien og Jack, 2010, s. 342; Nordsveen og Andershed, 2015, s. 245). Som når de ikke får epikrisen på forhånd av en utskrivelse, og ikke vet noe om pasienten som kommer hjem. Motstridende beskjeder som å slutte med standard oppfølgingen og begynne på den palliative pleien, men likevel skulle pasienten motta behandling (Karlsson mfl., 2010, s. 227). Enkelte opplevde at vikarleger som har ansvar for pasienten ikke hadde tilgang til journalen til vedkommende (O'Brien og Jack, 2010, s. 342).

## **4.2 Pårørende**

Felles for tre av studiene er at det er utfordrende for sykepleier å komme til et fremmed hjem. Blant annet fordi det ikke bare er pasienten som må bli tatt hensyn til, men også pårørende (Molnes, 2015; Wilson mfl., 2014; Landmark mfl., 2012). Om sykepleierne ikke hadde opparbeidet seg et godt forhold til pårørende, kunne ubehagelige situasjoner oppstå når det er mange til stede. Videre kunne sykepleierne opplevde det som vanskelig å vite hvor mye pårørende klarte å utføre, og hvilke ønsker pårørende hadde (Molnes, 2015, s. 146).

I flere av studiene kommer det frem at pårørende blir skuffet fordi de har forventninger til hjemmetjenesten som ikke blir oppfylt. Både pasienten og pårørende har store forventninger til pleien. Når sykepleier kommer inn i et fremmed hjem kan det både være skremmende og utfordrende. Man skal forstå pasientens smerter og samtidig inkludere pårørende (Molnes, 2015, s. 144). En annen studie av O'Brien og Jack (2010, s. 341) viser at pårørende har forventninger som hjemmetjenesten ikke klarer å oppfylle. De hadde forventninger om at sykepleier var tilstede 24 timer i døgnet. Dette er en misforståelse som har oppstått da pårørende har fått feil informasjon om hva tjenester hjemmesykepleien kan tilby. For sykepleierne oppleves dette som en utfordring å ikke tilfredsstillende forventningene til pårørende. En studie av Penz og Duggleby (2012, s. 368) fant ut at årsakene for at forventninger ikke ble oppfylt var faktorer som mangel på tid, dårlig tilgjengelighet på utstyr og tilgang på gjeldende informasjon.

### **4.3 Ressurser**

I seks av studiene kommer det frem at sykepleierne opplever mangel på ressurser i ulike former (Munck mfl., 2011; Drageset og Sæterstrand, 2013; Törnquist m.fl., 2013; O'Brien og Jack, 2010; Penz og Duggleby, 2012; Landmark mfl., 2012). Et resultat av dårlig samhandling er som nevnt tidligere ufullstendige utskrivelser. Når pasienten blir raskt utskrevet og mangler mye av det nødvendige for å kunne motta pleie, må hjemmesykepleieren ta konsekvensene for dette ved å bruke mer tid og ressurser for å ordne opp. Videre fører dette til at pasientene får dårlig tillit til hjemmesykepleien (Nordsveen og Andershed, 2015; O'Brien og Jack, 2010). Sykepleierne i studien til O'Brien og Jack (2010, s. 341) sier at de kan stå for mye innen omsorg og personlig pleie, men de trenger fremdeles mye utstyr for å kunne ta imot den som skal skrives ut. De sier det er synd når pasientene ikke får komme hjem på grunn av slik svikt.

Flere ressurser var manglende, som tid, ferdig og klart utstyr, manglende informasjon og personale (Penz og Duggleby, 2012). I studie av Landmark mfl. (2012) kommer det frem at de har opplevd utfordringer ved for eksempel tid, hjelpemidler, personal og økonomi. Andre hadde rett og slett ikke tilgang til det nødvendige utstyret som sykehuset tok for gitt at kommunen kunne stille opp med, som oksygen og utstyr til infusjoner (Törnquist mfl., 2012, s. 655). Dårlige arbeidsforhold i hjemmet som dårlig belysning, ubehagelige

arbeidsstillinger og vansker med å utføre sterile prosedyrer var også utfordringer som svekket pasientens ressurser (Munck mfl., 2011, s. 850). Tid var en manglende ressurs som var gjentakende i flere artikler, også i Munck mfl. (2011, s. 848). Sykepleierne sier at tidsmangelen, og andre stress faktorer, førte til at de ikke kunne oppdatere seg innen medisinsk teknologi.

#### **4.4 Kompetanse**

Det å gi palliativ omsorg til kreftsyke pasienter krever faglig kompetanse. Noe som kan utfordre kompetansen til sykepleierne er å legge til rette slik pasientene får den hjelpen de har behov for til enhver tid. Konsekvenser av dette kan føre til frykt for opplevelse av kompetansesvikt (Molnes, 2015, s. 145; Törnquist mfl., 2012, s. 655). Dette kan innebære å forberede og planlegge alt av hjelpemiddel som pasienten trenger i hjemmet, og opplæring av personell på det som skal brukes (Nordsveen og Andershed, 2015, s. 245; Munck mfl., 2011, s. 848; Drageset og Sæterstrand, 2013, s.13).

Sykepleierne opplever selv at det er mangel på kompetanse i kommunen (Törnquist mfl., 2012, Drageset og Sæterstrand, 2013; Munck mfl., 2011; Landmark mfl., 2010).

Sykepleierne i Törnquist mfl. (2012, s. 654) var enige om at deres egen kompetanse ble forsømt. Spesielt i de kommunene som hadde et spesialisert team innen palliasjon, mente sykepleierne at det hadde ført til at de mistet mye av kunnskapene sine (i form av ferdigheter) siden teamet hadde tatt over arbeidsoppgavene. Spesialistsykepleierne var også enig i dette utsagnet, da de følte de ikke hadde tilstrekkelig ressurser til å støtte opp og hjelpe kollegene sine. Det kommer frem i Drageset og Sæterstrand (2013, s. 12) at sykepleierne var avhengig av kunnskapene og kompetansen til kreftsykepleierne i kommunen. Andre utfordringer som kommer frem er mangel på kunnskap om medisinsk utstyr blant sykepleierne. En respondent beskriver situasjonen slik:

“It feels like we must be much more updated on absolutely everything. A great amount of knowledge is expected of us and the patients want to come home with their medical devices.” (Munck mfl., 2011, s. 848).

Når sykepleierne ikke har nok kunnskaper om det nødvendige utstyret er det flere artikler som sier at det fort blir mye fokus på det tekniske og praktiske, istedenfor hva pasienten

trenger (Nordsveen og Andershed, 2015, s. 245; Munck mfl., 2011, s. 851). Sykepleierne erfarte også utfordringer ved smertelindring. Det å bli misforstått av pårørende var en frykt for sykepleierne, fordi det skaper mer usikkerhet rundt egen kompetanse (Wilson mfl., 2014, s. 313), i tillegg til at noen mener at de kan for lite om smertelindring (Karlsson mfl., 2010, s. 228). I en studie av Landmark mfl. (2012, s. 6) mener 1/3 hjemmesykepleiere at kompetansen innen smertelindring er noe mangelfull eller mangelfull.

#### **4.5 Psykisk stress**

Flere artikler belyser hvordan disse utfordringene i yrkeslivet påvirker sykepleierne psykisk. Å møte mennesker i vanskelige situasjoner kan utfordre sykepleierne som medmenneske (Molnes, 2015, s. 145). Det at sykepleierne ofte arbeider i nærheten av mennesker som lider kan tære emosjonelt på de (Penz og Duggleby, 2012, s. 370).

Sykepleierne hadde i flere av artiklene en opplevelse av å stå alene. Det å stå i slike opplevelser gjennom arbeidsdagene å ikke ha mulighet til å snakke ut om det de opplevde, gjorde at sykepleierne fryktet at de ville miste styrken til å arbeide videre (Törnquist mfl., 2012, s. 656). Flere sykepleiere savnet slike muligheter for debriefing med kollegaene sine eller støtte fra ledelsen om situasjoner som oppstår, som er nødvendig å prate ut om. Når de ikke fikk slike muligheter opplevdes det som at deres behov ikke var viktige og at de ble glemt (Penz og Duggleby, 2012, s. 369). Andre ulemper med å jobbe alene, er at sykepleierne må ta viktige avgjørelser alene (Törnquist mfl., 2012, s. 655; Munck mfl., 2011, s. 848).

Det kommer også frem at sykepleierne føler på maktesløshet og overvelde. Dette kom fra utfordringer som dukket opp i arbeidssituasjoner. Som konflikter med pårørende, uenigheter med ledelsen og organiseringen (Penz og Daggleby, 2012, s. 369; Karlsson mfl., 2010, s. 227). Spesielt når de følte på at de ikke kunne svare til forventningene til pasientene (Penz og Daggleby, 2012, s. 369). Når det ble mye krav for sykepleierne og mange arbeidsoppgaver, i tillegg til å føle lite støtte kunne de føle at de ble overveldet (Wilson mfl., 2014, s. 312).

Følelsen av mangel på støtte er noe som er gjentakende i mange av artiklene. Mangelen på støtte kommer fra både kollegaer og ledelse, men også andre helseprofesjoner. I følge Penz

og Duggleby (2012, s. 368) følte sykepleierne de ble dårlig støttet mens de gav palliativ omsorg innen hjemmebasert omsorg, som var preget av merkbare hull (ressurser, tidspress osv). Denne mangelen på støtte kom i denne artikkelen fra leger og kollegaer, men også ledelsen. Også i artikkelen til Törnquist mfl. (2012, s. 655) kommer det frem at det er mangel på støtte fra leger og ledelse, i tillegg til mangel på regelmessig systematisk tilsyn. Mangel på støtte fra leger innen smertelindring ble tatt opp i Karlsson mfl. (2010, s. 228).

## **5.0 Diskusjon**

Diskusjonskapittelet blir delt inn i to; metodediskusjon og resultatdiskusjon. Først blir det en kort diskusjon av metoden. Så blir problemstillingen i denne oppgaven drøftet opp mot teoribakgrunnen og funnene i resultatdelen.

### **5.1 Metodediskusjon**

Problemstillingen våres er rettet mot kvalitativ forskning. I søket var vi derfor ute etter artikler som omhandlet erfaringer eller opplevelser fra sykepleierperspektivet. Forsberg og Wengström (2013, s.45) sier at kvalitative studier strever etter å beskrive, forstå, forklare og tolke. Dermed ble kvalitative artikler foretrukket fremfor kvantitative, da de kvantitative artiklene omhandler målinger av tall og statistikk ved hjelp av standardiserte instrument (Dalland, 2012, s. 114). At alle de ti utvalgte artiklene er i et sykepleierperspektiv mener vi styrker studien våres. Søkene gjorde vi i databasene SveMed+ og Cinahl, fordi vi hadde begge mest erfaringer med disse. Vi søkte også i andre databaser, uten å finne relevante treff med de utvalgte søkeordene våres. Dette kan kanskje være en svakhet, dersom vi har gått glipp av nyere og relevante artikler i disse databasene.

Det vi ser på som en styrke med våres studie er at vi har funnet fire norske artikler og tre svenske. De tre siste artiklene var fra England og Canada. Årsaken til at dette er en styrke er fordi helsesystemene er tilsvarende og funnene er derfor mer troverdige. Seks av artiklene var publisert på engelsk og det som kan være en svakhet med dette, er alle fagordene som ikke alltid er like lette å oversette eller forstå. Det ble brukt norsk-engelsk ordbok og Google translate for å oversette vanskelige ord og setninger. Vi var kritiske til oversettingen, da innholdet kan feiltolkes. Så mye som vi har arbeidet med disse artiklene tror vi likevel at innholdet har blitt tolket rett.

Til slutt vil vi nevne de tre utvalgte artiklene våres som ikke hadde utfyllende etisk vurderinger og begrunne hvorfor vi valgte å inkludere de. Funnene som ble gjort i disse artiklene var troverdige da vi fant tilsvarende funn i de syv andre artiklene. Samtidig var de publisert i fagfelleverdert tidsskift og de hadde alle IMRaD-struktur.



## **5.2 Resultatdiskusjon**

Her blir de ulike utfordringene ved psykisk stress, samhandling, ressurs, kompetanse og pårørende og hjemmeforhold drøftet.

### **5.2.1 Samhandling**

I følge Samhandlingsreformen skal palliative enheter i kommunene bidra til å sikre et mer kompetent fagmiljø i det helhetlige kommunale og helse- og omsorgstjenestene, som skal være en positiv faktor for hjemmeboende pasienter (St.meld., nr.47, 2008-2009, s. 61).

Etter helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §3-4) blir det slått fast at kommuner og helseforetak forpliktes til å inngå samarbeidsavtaler for å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.

God samhandling mellom de ulike tjenesteyterne i helsetjenesten er grunnleggende for å tilfredsstille pasientens behov (Fjørtoft, 2012, s. 223). Videre skriver Fjørtoft (2012, s. 226) at det ikke er uvanlig at pasientene kan erfare det motsatte av kontinuitet, at tjenestene bærer preg av tilfeldigheter, manglende samarbeid og kommunikasjonssvikt mellom hjelperne. Når det skjer svikt i overflytting av pasienter eller at hjemmetjenesten kommer for sent inn i bildet har ikke samhandlingen vært optimal (Penz og Duggleby, 2012; Törnquist mfl., 2012; Nordsveen og Andershed, 2015; O'Brien og Jack 2010; Molnes, 2010). For at samhandlingen mellom de ulike organisasjonene skal fungere er det nødvendig å ha forhold mellom enkeltpersoner som er basert på tillit, gjensidig ansvar og likeverd. Ikke minst er det nødvendig med en fellesforståelse av hva situasjonen krever og man er forpliktet til å løse problemet sammen (Orvik, 2015, s. 210). Vi tenker også at det er nødvendig å ha en forståelse for hverandres arbeidsarena. Disse forholdene gjelder også for optimal samhandling mellom leger og hjemmesykepleiere (Drageset og Sæterstrand, 2013; Karlsson mfl., 2010; Törnquist mfl., 2012; O'Brien og Jack, 2010).

Som følge av mangel på samhandling kunne vi i de utvalgte artiklene se flere konsekvenser for hjemmesykepleierne. Det var i form av for eksempel mangel på resept, medisin og nødvendig utstyr. Dette måtte hjemmesykepleierne igjen bruke mye tid og ressurser på for å ordne opp i, noe som kan være vanskelig i helgene når det er mindre personale på jobb. Dette gir også konsekvenser for pasienten da pleien og omsorgen ikke blir som forventet etter han kommer hjem. Vi tenker derfor det er viktig å prioritere tiltak

som kan være med å fremme samhandlingen. Tiltakene kan være å ha et felles «nettverksmøte»/koordineringsmøte, felles journalnotater, god telefontilgjengelighet for alle involverte og faste rutiner ved innleggelses- og utskrivelse (Haugen mfl., 2013, s. 209). Ved koordineringsmøter kan man redusere risikoen for problem senere i den palliative fasen. At pasienten, familien, personell fra sykehuset og hjemmetjenesten kan møtes før overflytting har mye å si. Det bygger relasjoner til pasienten og hans familie fra start av og er med på å danne tillit (Lorentsen og Grov, 2010, s. 431). God og effektiv palliasjon krever at alle som er involvert i behandlingen og pleie, arbeider sammen til beste for pasienten og familien (Haugen mfl., 2013, s. 209).

Disse koordineringsmøter kan også være et tiltak for å forhindre feilinformasjon og sikre informasjonsflyten (O'Brien og Jack, 2010; Molnes, 2015; Penz og Duggleby, 2012; Nordsveen og Andershed, 2015; Karlsson mfl., 2010). For å kunne gi forsvarlig helsehjelp er det nødvendig med rette opplysninger (Fjørtoft, 2012, s. 225). Ifølge Borgen mfl. (Sykepleien, 2015) er elektroniske meldinger en måte å kommunisere godt på, i form av å ha bedre og hyppigere kontakt mellom organisasjonene. Erfaringsmessig har vi opplevd elektroniske meldinger mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten som et godt fungerende verktøy i arbeidsdagen. Samtidig kan det oppstå utfordringer ved bruk av dette verktøyet, blant annet fordi sykepleierens arbeidsdag kan være uforutsigbare. Det kan fort oppstå uforutsette arbeidsoppgaver og av erfaring har vi kjent på kroppen at det er ikke mye som skal til før det hopper seg opp med arbeid. Når man da i tillegg har ansvar for å gjøre god dokumentasjon over pasientens situasjon, og har kanskje flere e-meldinger som skal sendes/oppdateres ut til kommunehelsetjenesten, så kan kvaliteten på arbeidet trues. Vi mener at dette kan forhindres om sykepleierne har mer tid til arbeidsoppgavene sine.

### **5.2.2 Pårørende**

Tidligere lå ansvaret for den syke innad i familien, og pasienten ble pleiet og stelt i hjemmet til han døde. Om pasienten ønsker å dø i eget hjem i dag ligger dette ansvaret mye mer på den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Schjødt mfl., 2013, s. 91). Da er det hjemmesykepleieren som har ansvaret for pleie og omsorg av pasienten. Sykepleieren har pasientens hjem som arbeidsplass og kommer inn for å yte profesjonell omsorg. Dette kan føre til utfordringer for både pasienten, tjenesteyteren men også de andre som bor i hjemmet (Fjørtoft, 2012, s. 35).

Pårørende har et behov for emosjonell støtte i deres omsorg for pasienten. Enkelte pårørende har behov for at noen lytter og tar i mot deres fortvilelser, angst, sorg og smerte (Schjødt mfl., 2013, s. 93). Tiltak kan være tilstedeværelse, lytte til hva de pårørende har å si og støtte mestring. Omsorg for pårørende kan også være tilgjengelighet (Schjødt mfl., 2013, s. 104). Ved å stille et enkelt spørsmål som “hvordan har du det?” kan man som sykepleier få kartlagt mye av behovene til de pårørende (Grov, 2011, s. 77).

Et tiltak for å finne ut av hvilke behov pasienter og pårørende har, kan for eksempel være et planleggingsmøte. Om møtet blir gjort tidlig i overflyttingsfasen fra sykehus til hjemmet kan det trolig være med på å skape god samhandling mellom hjemmesykepleien, pasient og pårørende (Rønning mfl., 2013, s. 215). Det er en trygghet når alle sitter inne med den samme informasjonen. Når pasient og pårørende har lik informasjon kan misforståelser forebygges (Ilkjær, 2013, s. 769).

Flere artikler (Molnes, 2015; O'Brien og Jack, 2010; Penz og Duggleby, 2012) nevnte at en årsak til utfordringer i pårønderelasjonen var at de hadde forventninger som ikke ble innfridd. Forventningene til pasienten og pårørende kan i noen tilfeller stå i motsetning til hverandre. Kanskje ønsker pasienten primært å få hjelp av den nærmeste pårørende, mens pårørende er sliten og ønsker at hjemmesykepleien skal ta over mer (Fjørtoft, 2012, s. 113). På grunn av dette er det derfor viktig at sykepleieren kartlegger tidlig hva hjelp og støtte den syke trenger. I tillegg hva pårørende ønsker eller har mulighet for å bidra med, og hva støtte trenger de for å klare omsorgsoppgavene (Schjødt mfl., 2013, s. 93).

De aller fleste familiemedlemmene vil ha behov for medisinsk informasjon og forberedelse for hva som venter dem. Et slikt ønske og evne til å motta informasjon varierer. Det sykepleieren må ha fokus på da er kommunikasjonsferdighetene sine. God kommunikasjon kan forhindre misforståelser og konflikter, samt skape større trygghet for pasienten og pårørende ved tilpasset informasjon (Schjødt mfl., 2013, s. 93). Når pasienten og pårørende har tilstrekkelig og god informasjon kan det tenkes at forventningene er lettere å innfri.

### **5.2.3 Ressurs**

God omsorg forutsetter forsvarlige rammer (Fjørtoft 2012, s. 183). Rammefaktorene bestemmer mulighetene og begrensningene i praksis og er dermed avgjørende for kvaliteten (Fjørtoft, 2012, s. 184). Som nevnt i teoribakgrunnen har kreftpasienter i palliativ fase komplekse og til dels sammensatte behov. For at sykepleier skal klare å legge til rette for at pasienten kan få dø hjemme er ressurser en nødvendighet. Flere studier viser til mangel på ressurser i ulike former (Munck mfl., 2011; Drageset og Sæterstrand, 2013; Törnquist mfl., 2013; O'Brien og Jack 2010; Penz og Duggleby, 2012; Landmark mfl. 2012). Konsekvensen av dette er at pasientene ikke får rett hjelp til rett tid. Fjørtoft (2012, s. 178) skriver at i hjemmesykepleien er det en rekke ressursmessige rammefaktorer som påvirker tjeneste hos den enkelte pasient.

Hverdagen i hjemmesykepleien er ofte hektisk og det er mye å gjøre. Tid er en rammefaktor som ofte blir trukket fram som en styrende faktor i helsetjenestene. Denne faktoren er avgjørende for å sørge for god omsorg til den enkelte pasient. Konsekvensen av manglende tid gjør det utfordrende for sykepleier å imøtekomme pasientens behov (Fjørtoft, 2012, s. 180). Tidspresset kan påvirke samhandlingen mellom pleierne og pasientene, da de mest sårbare opplever krenkelsen sterkest (Fjørtoft, 2012, s. 181).

Vi tenker at utvidet bemanning av sykepleiere i hjemmetjenesten kan være med på å løse problematikken rundt mangel på tid, da tilstrekkelig tid er en forutsetning for kvalitet (Orvik, 2015, s.71). For det krever også personellressurser til god palliativ behandling og pleie i hjemmet. Misforhold mellom mengden arbeidsoppgaver og antall fagpersoner kan påvirke arbeidshelsen til de ansatte negativt (Rønning mfl., 2013, s. 214; Orvik, 2015, s. 150). Overarbeidd helsepersonell vil ha mindre tid disponibelt, derfor vil kvaliteten på arbeidet trues (Orvik, 2015, s. 91). Vi er der i mot klar over at man må være realistiske til hva som faktisk er mulig å få til da tilgangen på kompetent personale er styrt av økonomiske, politiske og faglige prioriteringer (Fjørtoft, 2012, s. 179).

### **5.2.4 Kompetanse**

Kompetanse brukes i betydningen "kvalifikasjon, dyktighet til noe" (Fjørtoft, 2012, s. 235). For å kunne gi omsorg må man ha en forståelse for den andres situasjon. Sykepleierne danner seg en slik forståelse gjennom likhetstrekk og egen erfaring ved

smerter og ubehag, og gjennom erfaringer dannes kunnskap. Gjennom sin fagkunnskap kan sykepleieren yte omsorg for den syke med enkle redskaper, som vaskeklut og bekken. Disse kunnskapene og redskapene er det fundamentale i en pleie med omsorg (Martinsen, 2003, s. 76). Det at hjemmesykepleierne har en selvstendig funksjon og er mye alene i besøk hos pasientene stiller krav til egeninnsikten og tryggheten. Man må kunne kjenne egne begrensninger og kunnskap om når det er nødvendig å innhente informasjon eller andre fagpersoner, når egen kompetanse ikke strekker til (Rønning mfl., 2013, s. 219).

Det som kan utfordre omsorgen for palliative pasienter er at situasjonen kan endre seg raskt, og akutte problem kan ofte oppstå (Rønning mfl., 2013, s. 216). Da er pasienten avhengig av ekspertisen til fagpersonene rundt. Dette inkluderer solid medisinsk kunnskap, tilstrekkelig instrumentelle ferdigheter og observasjonskompetanse, altså “det kliniske blikket” (Rønning mfl., 2013, s. 218). Gjennom studien kommer det frem at sykepleierne erfarer utfordringer som omhandler det å legge til rette for pasienten i hjemmet, kunnskapsmangel om det medisinske utstyret og smertelindring, samt egen oppfatning av kompetanse mangel.

Sykepleier kan ikke ha kunnskap på alle områder, men det er hele tiden behov for å ha oversikt og innsikt i ulike problemstillinger. Derfor er det viktig at sykepleier er i stand til å sette i gang nødvendige tiltak for at pasienten skal få nødvendige hjelpemidler som tilrettelegger pleien (Fjørtoft, 2012, s. 239). Konsekvensene av mangel på tilrettelegging og kompetanse kan være at pasientene må reinnlegges på sykehuset (Nordsveen og Andershed, 2015; Munck mfl., 2011; Drageset og Sæterstrand, 2013). Det vi tenker kan være med på å forebygge dette er en systematisk kartlegging over pasientens eventuelle problemer, ressurser og behov. Da kan man iverksette riktige palliative tiltak som skal forhindre at pasienten blir overflyttet tilbake til sykehuset (Rønning mfl., 2013, s. 219).

I en studie (Törnquist mfl., 2012) kommer det frem at sykepleierne mente egen kompetanse ble forsømt fordi spesialiserte team innen palliasjon hadde tatt over arbeidsoppgavene. Det førte til mangel på vedlikehold av ferdigheter og praktisering av kunnskaper. Det er klart at dette kan oppleves truende ovenfor kompetansen til sykepleierne. Fra egne praksiserfaringer vet vi hvor viktig det er å praktisere for å tilegne seg kompetanse, med andre ord “learning by doing”. I teoridelen skriver vi at det palliative teamet skal ha en konsulentfunksjon for hjemmetjenesten, og skal bistå ved behov. Vi

tenker at denne trusselen ikke er så truende, dersom samhandlingen mellom tjenestene er god. For ordningen kan legge til rette slik sykepleierne benytter seg av kunnskapene til for eksempel kreftsykepleierne, og lære av de (Helsedirektoratet, 2015a). Dette gjelder både kunnskaper om teknisk utstyr og smertelindring.

Halvparten av de utvalgte artiklene viser til at sykepleierne betviler sin egen kompetanse (Nordsveen og Andershed, 2015; Munck mfl., 2011; Wilson mfl., 2014; Karlsson mfl., 2010; Landmark mfl., 2012). Det fleste savnet mer kunnskap om smertelindring. Det at sykepleierne betviler egen kompetanse kan være med på å danne mistillit mellom forholdet til pasient/pårørende og sykepleier. Årsaken til dette er fordi den første parten kan tolke sykepleieren som ikke kompetent til å utføre arbeidsoppgavene. Andre konsekvenser er økt opplevelse av negativt stress for sykepleierne, og derfor en høyere risiko for utmattelse. For å forebygge disse konsekvensene er å iverksette tiltak som nevnt ovenfor, samarbeid med kreftsykepleier. Ellers kan det settes i gang tiltak internt i hjemmesykepleien. Forslag til tiltak som kan løfte kompetansenivået blant sykepleierne er deltaking i kurs og konferanse, faglig veiledning i grupper eller uformell faglig refleksjon (Rønning mfl., 2013, s. 221).

### **5.2.5 Psykisk stress**

Å arbeide med alvorlig syke og døende mennesker kan minne sykepleiere på egen sårbarhet og dødelighet (Lorentsen og Grov, 2010, s. 402). Kari Martinsen (2003, s. 69) belyser i sin omsorgsteori at omsorg alltid vil forutsette to parter, der den ene har omtenkksomhet og bekymring for den andre. Når den ene lider, vil den andre lide sammen med. Ved å utøve omsorg for andre menneske har man også et eget behov for omsorg i sammenhenger der man føler seg trygg og har tilhørighet (Lorentsen og Grov, 2010, s. 494).

For at pasientene skal ha det bra må personalet bli tatt vare på. Arbeidsgiveren har hovedansvaret for god personalpolitikk, og det er uetisk dersom hjelperne ikke tilbys hjelp når det trengs (Orvik, 2015, s. 121). Støtte fra ledelsen er en viktig faktor for å mestre arbeidsoppgavene, samtidig som det kan være med på å danne et godt arbeidsmiljø. Med godt arbeidsmiljø kan forstås som opplevelse av trivsel og velvære på arbeidsplassen (FAFO, 2013). Vi mener at å sørge for et godt arbeidsmiljø ikke bare er en ledelses ansvar,

men hver enkelt ansatt på arbeidsplassen. Det hver enkelt kan gjøre for å bidra til redusere psykisk stress og et mer positivt miljø er å bidra til god dialog, dele kunnskaper, ta seg tid til og anerkjenne de rundt seg. Slike tiltak vil gi støtte og anerkjennelse, samt åpne opp for samtaler om hva som kan bedres. Dette er viktig for å forebygge stress, overbelastning og sykdom (Arbeidstilsynet, 2011).

I følge Kari Martinsen (2003, s.56) kan ikke mennesket velge å være engasjerte, fordi det å være engasjert er en grunnstruktur i den menneskelige væremåten. Mens jobbengasjement kan være en nøkkel til forklaring om hvorfor noen lykkes i å holde ut, mens andre blir stresset og derfor blir utbrente (Orvik, 2015, s. 139). Sykepleiere som blir så nedslitte og utbrente som ikke klarer å holde ut i arbeidet trenger ikke nødvendigvis å være bevisst over egen situasjon (Kalfoss, 2010, s. 495). Utbrenthet kan føre til at entusiasmen forsvinner, og at selve drivkraften til omsorgsarbeidet, positive følelsene og sympatien, blir borte (Orvik, 2015, s. 146). Slikt kan gi nederlagsfølelse, som igjen kan tolkes som utilstrekkelighet i eget yrket og dermed gå utover mestringsfølelsen (Kalfoss, 2010, s. 495). Faglig utrygghet kan også slite på den enkelte arbeideren, og i verste tilfelle føre til utbrenthet (Rønning mfl., 2013, s. 221). Som hjemmesykepleier kan man ha mye ansvar, og opplevelsen av dette ansvaret kan være en stressfaktor i seg selv når man utfører arbeid alene. Det kunne bli ytterligere forsterket når man ikke er kjent med pasientene og blir tillagt et ekstra ansvar, for eksempel ved ansvarsvakter. Ved ansvarsvakter måtte sykepleierne mestre akutte situasjoner, og der vurderingene deres hadde større konsekvenser enn ved det ordinære arbeidet (Kirchhoff, 2011, s. 147). Dette blir også støttet i noen av de utvalgte artiklene våres (Törnquist mfl., 2012; Munck mfl., 2011).

I følge Kirchhoff (2011, s. 148) ble betydningen av samtaler, støtte og diskusjoner med kollegaer fremhevet. Ved muligheter til å lufte tankene og følelsene, reflektere over egen selvoppfatning og livserfaringer, og i tillegg granske og fortolke disse erfaringene sammen med andre kan sykepleieren vise omsorg på nye måter. Det å åpne seg for ens egen sårbarhet gjør det mindre truende å møte andres (Lorentsen og Grov, 2010, s. 402), mens å ikke snakke med noen om vanskelige hendelser kan være mer skadelig enn selve hendelsen (Kalfoss, 2010, s. 494). Dette med betydelsen av samtaler, støtte og diskusjoner med kollegaene ble trukket frem i artiklene våres også. I artiklene til Penz og Duggleby (2012) og Törnquist mfl. (2012) kommer det frem at sykepleierne savner slike mulighetene for debriefing med kollegene sine når de opplever vanskelige situasjoner i arbeidslivet. En

slik mulighet for refleksjon over pasientsituasjoner, drøfte handlingsvalg, bearbeide inntrykk og dele erfaringer er et godt tiltak for å ivareta sykepleiernes arbeidshelse (Helsedirektoratet, 2015a).

### **5.3 Konklusjon**

Hensikten med denne studien var å belyse sykepleieres erfaringer med utfordringer i hjemmebasert palliativ omsorg til kreftsyke pasienter. Det har kommet frem gjentakende funn som omhandler utfordringer i den hjemmebaserte palliative omsorgen, erfart av sykepleiere. Disse omhandler mangel på samhandling, ressurser og kompetanse, samt utfordringer i relasjonen til pårørende og utfordringer som førte til psykisk stress.

Vi ser at hovedfunnene i studien henger tett sammen og at de kan påvirke hverandre. Mangel på samhandling kan føre til kommunikasjonssvikt eller feilinformasjon, som har konsekvenser for tilretteleggingen av den palliativ omsorgen i form av mangel på ressurser og eventuell kompetanse. Feilinformasjon kan føre til mistillit i relasjonen mellom pasient/pårørende og sykepleier. Utfordringer i arbeidslivet kan føre til psykisk stress, fordi som menneske er vi engasjerte og vi har omsorg for den syke. Når vi opplever å ikke strekke til i arbeidet vil dette føre til svekket mestringsfølelse og opplevelse av nederlag.

Vi opplever at hovedutfordringene ligger i samhandlingen mellom tjenestene. Tross Samhandlingsreformen som ble iverksatt i 2012 kan vi se at det fortsatt er et stykke igjen før man har nådd en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste. Vi mener det er viktig at hjemmesykepleien kommer tidlig inn i palliative pleien for å forebygge utfordringer senere i forløpet. Våres mening er at det burde forskes mer om hva sykepleiere erfarer som utfordrende, og hva som skal til for å kunne forebygge dette.



## 6.0 Litteraturliste

Arbeidstilsynet (2011) *Slik kan du bidra til et godt arbeidsmiljø* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.arbeidstilsynet.no/artikkel.html?tid=228856> [Lest 15.05.17]

Bertelsen Bertelsen, B., Hornslien, K., og Thoresen, L. (2011) Svulster. I: Ørn, S., Mjell, J. og Bach Gansmo, E. (red) *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Borgen, K., Melby, L., Hellesø, R. og Steinsbekk, A. (2015) Elektronisk meldingsutveksling mellom hjemmetjeneste og fastleger [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2015/02/forventninger-og-erfaringer-med-elektronisk-meldingsutveksling-blant> [Lest 15.05.17]

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Drageset, J. og Sæterstrand, T. (2013) Eldre med kreft som bor hjemme. *Geriatrisk sykepleie*. **2**, s. 8-15.

Eide, H. og Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

FAFO (2013) "Saman om sykefravær" – en kunnskapsstatus [Internett]. Tilgjengelig fra: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/KRD/Prosjekter/Saman\\_om\\_ein\\_betre\\_kommune/4\\_Sykefravaer\\_og\\_aarsaker.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/KRD/Prosjekter/Saman_om_ein_betre_kommune/4_Sykefravaer_og_aarsaker.pdf) [Lest 05.05.17]

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Lettland: Natur og kultur.

Grov, E. K. (2011). Å være pårørende til en hjelpetrengende pasient. I: Holter, I. M. og Mekki, T. E. red. *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. Oslo: Cappelen damm. s. 69-80.

Haugen, D.K., Jordhøy, M.S. og Hjermsstad, M.J. (2013) *Organisering av palliative tilbud*. I: Stein Kaasa. red. Palliasjon. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 197-212

Helsedirektoratet (2015a) *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt - å skape liv til dagene* [Internett]. Tilgjengelig fra: [https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3bfb32c6b9ef43/rapport\\_h\\_dir\\_palliasjonsrapport\\_160315.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3bfb32c6b9ef43/rapport_h_dir_palliasjonsrapport_160315.pdf) [Lest 11.05.17]

Helsedirektoratet (2015b) *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20kreftomsorgen-IS-2285.pdf> [Lest 01.05.17]

Helsedirektoratet (2017) *Samhandlingsformen* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen> [Lest 10.05.17]

Helseforskningsloven. (2008) *Lov 20. juni 2008 nr. 44 om medisinsk og helsefaglig forskning*.

Helsepersonelloven. (1999) *Lov 2. juli 1999 nr. 64. om helsepersonell m.v.*

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011) *Lov 24. juni nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*

Ilkjær, I. (2011). Den døende pasienten – døden som sosialt og sosiologisk-biologisk fenomen. I: . I: Holter, I. M. og Mekki, T. E. red. *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken I*. Oslo: Cappelen damm. s. 742-783.

Kalfoss, M. H. (2010). Møte med lidende og døende pasienter – sykepleierens møte med seg selv. I: Almås, H., Stubberud, D-G., Grønseth, R. red. *Klinisk sykepleie 2*. s. 475-499.

Karlsson, M., Roxberg, A., Silva, A.B. og Berggren, I. (2010) Community nurses' experiences of ethical dilemmas in palliative care: a Swedish study. *International Journal of Palliative Nursing*. **16**(5) side

Kirchhoff, J.W. (2011) Yrkesrelatert stress i de hjemmebaserte tjenestene. *Forskning*, **6**(2), s. 144-150.

Kreftregisteret (2015a) *Cancer in Norway 2015. Kreftinsidens, mortalitet, overlevelse og prevalens i Norge* [Internett]. Tilgjengelig fra:  
[https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2015/norsk\\_sammendrag-cin.pdf](https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2015/norsk_sammendrag-cin.pdf) [Lest 11.05.17].

Kreftregisteret (2015b) Fakta om kreft [Internett]. Tilgjengelig fra:  
<https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/> [Lest 11.05.17]

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*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. s. 401-437.

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Otta: Universitetsforlaget

Molnes, S. I. (2015) Sammen går vi døden i møte. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, **11** (2), s. 141-152.

Munck, B., Fridlund, B. og Mårtensson, J. (2011) District nurses' conceptions of medical technology in palliative homecare. *Journal of Nursing Management*. **19**, s. 845-854.

Nordby, H. (2012) *Kommunikasjon og helseledelse*. Oslo: Cappelens Forlag AS

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

Norsk Palliativ Forening og Norsk forening for palliativ medisin (2016) *Begreper med tilknytning til palliasjon* [Internett]. Tilgjengelig fra:  
[http://www.palliativ.org/wordpress/wp-content/uploads/2016/09/Begrepsliste\\_september2016.pdf](http://www.palliativ.org/wordpress/wp-content/uploads/2016/09/Begrepsliste_september2016.pdf) [Lest 11.05.17]

Norsk senter for forskningsdata (u.å) *Register over vitenskapelige publiseringskanaler* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> [Lest 25.04.17]

Norsk sykepleierforbund (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer> [Lest 16.05.17]

O'Brien, M. og Jack, B. (2010). Barriers to dying at home: the impact of poor coordination of community service provision for patients with cancer. *Health and Social Care in the community*. **18**(4), s. 337-345.

Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter*.

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. 365-371.

Personopplysningsloven. *Lov 14. april 2000 nr. 31 om behandling av personopplysninger*

Rønning, M., Strand, E. og Hjerme, M.J. (2013) Palliativ behandling utenfor sykehus - hjemmesykepleien. I: Kaasa, S.(red). *Palliasjon. Nordisk lærebok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. s. 213-228.

Schjødt, B., Haugen, D. F., Straume, M. og Værholm, R. (2013). Familien. I: Stein Kaasa. red. *Palliasjon. Nordisk lærebok*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 89-114.

Store Norske Leksikon (2012) *Syntese* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/syntese> [Lest 02.05.17]

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

Törnquist, A. (2012) In search of legitimacy - registered nurses' experience of providing palliative care in a municipal context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, **27**, s. 651-658.

Universitetet i Oslo (2016) Publikasjonskanaler, nivåer og poeng [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.uio.no/for-ansatte/arbeidsstotte/fa/publisering/etter-publisering/cristin/kanaler-nivaer/> [Lest 13.05.17]

Verdens helseorganisasjon (2017) Palliative Care [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/> [Lest 28.04.17]

Wilson, C., Griffiths, J., Ewing, G., Connolly, M. og Grande, G. (2014) A qualitative exploration of district nurses' care of patients with advanced cancer. The challenges of supporting families within the home. *Cancer Nursing*. (37)4 s. 310-315.

Tabell 1: Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
<i>cancer patients AND community nursing</i> 2010-2016	12.01.17	SveMed+	10	3	3	1: Molnes, S. I.(2015)  2: Andershed, B. og Nordsveen, H. (2015)  (3: Hynne, A. B. mfl. (2012))
<i>palliative care AND (home nursing OR community nursing)</i> 2010-2016	12.01.17	SveMed+	30	10	2	1: Røgenes, G. K., Moen, A. og Grov, E. K. (2013)  2: Törnquist, A., Andersson, M. og Edberg, A. K. (2013)
<i>cancer AND home care</i> 2010-2017	24.04.17	SveMed+	15	3	3	1: Drageset, J. og Sæterstrand, T. (2013).

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
<p><i>(Home nursing OR community nursing) AND cancer patients AND palliative care</i></p> <p>2010-2016</p>	12.01.17	Cinahl	19	4	2	<p>1: Wilson, C., Griffiths, J., Ewing, G., Connolly, M. og Grande, G.</p> <p>2: O'Brien, M. og Jack, B. (2010a)</p>
<p><i>(Home nursing OR community nursing) AND cancer patients AND palliative care AND MM nursing attitudes</i></p> <p>2010-2016</p>	12.01.17	Cinahl	19	5	2	<p>1: Pens, K. og Duggleby, W.</p> <p>2: Jack, B og O'Brien, M. (2010b)</p>
<p><i>Palliative home care AND (community nurse OR district nurse) AND cancer patients</i></p> <p>In all text</p> <p>Subject Major: <i>palliative care og community health nursing</i></p> <p>2010-present</p>	24.04.17	Cinahl	19	5	3	<p>1: Munck, B mfl. (2011).</p> <p>2: Karlsson, M. mfl. (2010).</p>

## Vedlegg 2: Litteraturmatriser

### Artikkel 1

<b>Referanse</b> Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.	<b>Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål (Aim)</b>	<b>Metode Utvalg</b> Utvalg (sample, participants) Hvor mange har deltatt i studiene, hvem er de (inkludering-/eksklusjonskriterier)? <b>Datasamling</b> , datacollection – hvordan er data samlet inn? <b>Analyse</b> av data. Hvordan?	<b>Funn/konklusjon</b> Hva fant de og hvordan diskuteres dette/disse funnene?	<b>Relevans</b>
Molnes, S. I (2015)  <i>Sammen går vi døden i møte</i>  Nordisk Tidsskrift for Helseforskning  Vol 11, side 141-152	Hensikten med denne artikkelen er å rette søkelys på hjemmesykepleiers møte med hjemmedød og kreftpasienters åndelige behov. Hvordan beskriver sykepleiere egen praksis knyttet til dette?	En kvalitativ studie som fant sted i Norge (Midt-Norge). Studien bestod av ti sykepleiere som jobbet i hjemmesykepleien i minimum ett år. Sykepleierne ble intervjuet individuelt. Analyse av data ble gjort ved hjelp av Giorgis fire steg.	Sykepleierne opplevde at det å komme inn i et fremmed hjem, der både pasienten og pårørende har store forventninger til pleien, er skremmende og utfordrende, man skal forstå pasientens smerte og inkludere pårørende. Hjemmesykepleien opplevde en rekke utfordringer faglig, praktisk og etisk ved palliativ omsorg. Videre kan det være utfordrende for sykepleier å legge til rette slik pasienten får den hjelpen han har behov for til enhver tid. Sykepleierne opplevde det som viktig å komme tidlig inn i bilde, slik man får et godt samarbeid og bygge tillit.	Denne artikkelen er skrevet ut fra sykepleierperspektiv. Den har relevans til vår studie fordi vi ønsket å belyse utfordringer som sykepleier erfarer i møte med kreftsyke pasienter som vil dø i eget hjem. Det kommer frem ulike utfordringer som kan oppstå for sykepleier og svarer godt på problemstillingen. Funnene er viktige og sier noe om det som må forbedres i helsevesenet.



## Artikkel 2

<b>Referanse</b> Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.	<b>Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål</b> (Aim)	<b>Metode</b> 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?	<b>Sentrale funn/konklusjon</b>	<b>Relevans</b>
Nordsveen, H. og Andershed, B. 2015.  <i>Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem – sykepleieres erfaringer av samhandling.</i>  Nordisk Sygeplejeforskning, Vol.5, nr.3, side 239-252	Hensikten med studien var å beskrive sykepleiernes erfaringer, både i sykehus og kommunehelsetjeneste, ved overgang fra sykehus til hjemmet av personer med kreft i palliativ fase. Det de er ute etter er sykepleiernes erfaringer, beskrivelser og oppfatninger om samhandlingen.  Årsaken til dette er at det kan skje svikt i samhandlingsprosessen ved slike pasientoverganger.	Informantene var 8 sykepleiere fra sykehus og 12 fra hjemmetjenesten. Det ble også inkludert en pilotgruppeintervju. Inklusjonskriterier var sykepleiere med erfaring fra palliativ omsorg i mer enn 5 år, og/eller videreutdanning innen kreftomsorg/palliativ omsorg. Studien bestod av fem fokusgrupper med fire sykepleiere i hver gruppe. Det ble brukt en intervjuguide. Til å analysere studien ble det brukt en kvalitativ innholdsanalyse. Intervjuene ble transkriberte ord for ord for å så bli lest gjennom flere ganger. Det ble sett etter likheter og ulikheter mellom arbeidsstedene. Tekstene ble så kodet. Så ble kodene videre samlet i et kodeskjema som skulle koples til kategorier og sub-kategorier.	Funnene i denne studien gikk på samarbeidsmøter, kreftkoordinator/kreftsykepleier og informasjon mellom partene. Det ble trukket frem hvor viktig samarbeidsmøtene er for overføringsresultatet. Hva det hadde å si å ha en person i kommunen som man forholder seg til, som kunne holde den røde tråden for pasienten. Og til slutt informasjonsflyten, hva de ulike partene forventet av hverandre.	Det var flere viktige funn i denne studien. Det viktigste funnene til oppgaven og som svarer på problemstillingen, omhandler tilgang til kreftkoordinator og kreftsykepleier i kommunene og hva de har å si for samhandlingen mellom sykehus og hjemmesykepleien. I tillegg er det viktig med samarbeidsmøter der alle de involverte partene er inkluderte, at rett informasjon blir gitt og bekreftet og at kommunikasjonen mellom partene er god. Det er viktig at hjemkomsten for pasienten er god, som igjen styrker omsorgen for pasienten, ivaretar pårørende og er med på å styrke tryggheten.

### Artikkel 3

<b>Referanse</b> Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.	<b>Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål (Aim)</b>	<b>Metode Utvalg</b> Utvalg (sample, participants) Hvor mange har deltatt i studiene, hvem er de (inkludering-/eksklusjonskriterier)? <b>Datasamling</b> , datacollection – hvordan er data samlet inn? <b>Analyse</b> av data. Hvordan?	<b>Funn/konklusjon</b> Hva fant de og hvordan diskuteres dette/disse funnene?	<b>Relevans</b>
Munck, B., Fridlund, B., Mårtensson, J. (2011)  <i>District nurses' conceptions of medical technology in palliative homecare</i>  Journal of Nursing Management  Side 845–854	Formålet med denne studien var å beskrive sykepleierens oppfatning av medisinsk teknologi i palliativ omsorg hjemme.	En kvalitativ studie som fant sted i Sverige. 16 sykepleiere som jobbet med palliasjon i hjemmet. Sykepleierne ble intervjuet som ble båndinnspilt. Dataanalysen ble utført i syv trinn. Det var et konstant samspill mellom de ulike trinnene i analysen.	Sykepleierne opplevde sårbarhet i sin arbeidssituasjon på grunn av svikt av medisinsk utstyr. Mangel på tid og kontinuitet, kombinert med arbeidsbelastning, som kan gi fare for pasientsikkerheten. Sykepleierne synes det var utfordrende med medisinsk teknologi. Dette krevde samarbeid, selvtillit og bevissthet om å administrere på en pasientsikker måte, men også en frihet for pasientene.	Artikkelen er skrevet ut fra sykepleiersperspektiv. Den er relevant i forhold til vår studie da den belyser sykepleierens utfordringer i møte med kreftsyke pasienter som ønsker å dø i eget hjem. Utfordringer omhandler svikt i samhandlingen mellom tjenestene som videre påvirker arbeidet til sykepleierne.

#### Artikkel 4

<b>Referanse</b> Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.	<b>Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål</b> (Aim)	<b>Metode</b> <b>Utvalg</b> (Sample, participants) Hvor mange har deltatt i studien, hvem er de (inkludering-/eksklusjonskriterier)? <b>Datainnsamling</b> , datacollection – hvordan er data samlet inn? <b>Analyse</b> av data. Hvordan?	<b>Sentrale funn/konklusjon</b>	<b>Relevans</b>
<p>Drageset, J. og Sæterstrand, T. (2013).</p> <p><i>Eldre med kreft som bor hjemme.</i></p> <p>Geriatrisk sykepleie, nr.2. Side 8-15.</p>	<p>Artikkelens hensikt er å presentere utfordringer og praktiske problemstillinger når det gjelder ivaretagelsen av eldre med kreft som bor hjemme.</p>	<p><b>Utvalg:</b> Det var 14 sykepleiere som deltok i studien. Inklusjonskriterier for å være med i studien var sykepleiere ansatt i hjemmetjenesten. Også sykepleiere med videreutdanning i kreftsykepleie.</p> <p><b>Datainnsamling:</b> Studien begynte med feltarbeid. På bakgrunn av funnene i feltstudiet ble det gjort utdypende intervjuer. Intervjuet ble tatt opp på bånd for å så bli transkribert.</p> <p><b>Analyse:</b> Analysen begynte med å sammenligne alle intervjuene. Videre ble funnene kodet og satt i de ulike kategoriene ut i fra innholdet.</p>	<p>Funnene i artikkelen omhandler samordning i tjenesten, kliniske tiltak i praksis, kroppslig og psykososial omsorg, tilrettelegging i hjemmet og hvordan ivareta og lære opp pårørende.</p> <p>Ved samordning i tjenesten jobbet hjemmesykepleierne tett opp mot spesialisthelsetjenesten. Funnene omhandlet også hvordan sykepleierne skulle møte pasientene ute i hjemmet, prioritering av tiltak osv. Når det kommer til pårørende ble fokuset lagt på hvordan møte de, kartlegge behov og hva de kunne bidra med.</p>	<p>Artikkelen er skrevet ut i fra sykepleieperspektivet. Funn i denne artikkelen er relevante i forhold til problemstillingen. Funn som omhandler pårørende, tilrettelegging i hjemmet og samhandling med fastlege. Det kommer også frem hvordan samordningen i tjenesten blir vurdert og oppfattet.</p>

Artikkel 5

<p><b>Referanse</b>                      Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.</p>	<p><b>Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål (Aim)</b></p>	<p><b>Metode Utvalg</b> Utvalg (sample, participants) Hvor mange har deltatt i studiene, hvem er de (inkludering-/eksklusjonskriterier)?  <b>Datasamling</b>, datacollection – hvordan er data samlet inn?  <b>Analyse</b> av data. Hvordan?</p>	<p><b>Funn/konklusjon</b>                      Hva fant de og hvordan diskuteres dette/disse funnene?</p>	<p><b>Relevans</b></p>
<p>Törnquist, A., Andersson, M. og Edberg, A-K. (2013)</p> <p><i>In search of legitimacy – registered nurse's experience of providing palliative care in a municipal context.</i></p> <p>Caring Sciences</p> <p>Side 651-659</p>	<p>Målet med studien var å beskrive sykepleieres 'opplevelse av gi palliativ omsorg for eldre mennesker i en kommunal kontekst.</p>	<p>En kvalitativ studie som fant sted i Sverige. 20 sykepleierne med gjennomsnittlig 18 års arbeidserfaring. Kvalitativ innholdsanalyse ble anvendt for analyse av samtalen. Analyser består av flere trinn. Første trinn blir teksten lest for å få en helhet og forståelse. Deretter ble formålet identifisert og kodet for å identifisere teksten.</p>	<p>Sykepleierne i kommunal omsorg synes å ha begrenset legitimitet i egen organisasjon, men og i forhold til andre omsorgspersoner. For å kunne gi god sykepleie til eldre døende menneske, deres kunnskaper og ferdigheter trenger å bli anerkjent. Det er behov for organisatoriske endringer i kommunen, for å gi høyere kvalitet av palliativ omsorg for de eldre. Mangel på riktig utstyr for å gi palliativ omsorg i hjemmet. For eksempel å gi oksygen eller manglende muligheter til å gi infusjoner.</p>	<p>Artikkelen er skrevet ut fra sykepleieperspektiv. Den er relevant i forhold til vår problemstilling. Den beskriver sykepleieres opplevelse av å gi palliativ omsorg for kreftsyke pasienter som er hjemmeboende. Det viser viktige funn som viser hva sykepleier opplever som utfordrende.</p>

## Artikkel 6

<b>Referanse</b> Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.	<b>Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål</b> (Aim)	<b>Metode</b> 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?	<b>Sentrale funn/konklusjon</b>	<b>Relevans</b>
<p>Wilson, C., Griffiths, J., Ewing, G., Connolly, M. og Grande, G. 2014.</p> <p><i>A qualitative exploration of district nurses' care of patients with advanced cancer. The challenges of supporting families within the home.</i></p> <p>Cancer Nursing, Vol.37, no.4. side 310-315.</p>	<p>Hensikten med denne studien er å danne mer kunnskap om utfordringene ved å gi pleie til pasienter i hjemmet sitt. Dette gjør de ved å undersøke sykepleiernes erfaringer ved å støtte pasienter innad i familien.</p>	<p><b>Utvalg:</b> 40 sykepleiere fra 4 ulike område i Nordvest i England. De måtte jobbe i hjemmetjenesten, være utdannet sykepleier og ha minst en pasient med avansert kreft innen arbeidsområdet.</p> <p><b>Datainnsamling:</b> Det ble dannet 4 fokusgrupper med 10 deltagere i hver. Møtet ble digitalt tatt opp.</p> <p><b>Analyse:</b> Opptaket ble transkribert. Videre ble dette lest, anonymisert og sjekket etter nøyaktigheter. Dette ble så lastet opp på et NVivo dataprogram for videre koding og analysering. Oppsummering av analysen over hovedtemaene ble presentert for studiens styringsgrupper som skulle vurdere forklaringene og bli enige om funnene.</p>	<p>Funnene i denne studien gikk mye på familieforholdene og hva som kunne oppleves som utfordrende. Familiekonflikter og dårlig tverrfaglig samhandling kan gi utfordringer for sykepleierne som står i det. Andre faktorer som kan være krevende omhandler når pårørende sliter med aksept, fornektelse, holder tilbake informasjon og har misforståelser om smertelindring.</p>	<p>Studien er i ett sykepleieperspektiv. Disse utfordringene er relevante for den utvalgte problemstillingen. Familiekonflikter og faktorer som akseptvansker, fornektelse, informasjon som blir holdt tilbake og misforståelser om smertelindring kan være med på å gjøre det utfordrende for en sykepleier å jobbe hjemme hos pasienter.</p>

## Artikkel 7

<b>Referanse</b> Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.	<b>Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål (Aim)</b>	<b>Metode Utvalg</b> Utvalg (sample, participants) Hvor mange har deltatt i studiene, hvem er de (inkludering-/eksklusjonskriterier)? <b>Datasamling</b> , datacollection – hvordan er data samlet inn? <b>Analyse</b> av data. Hvordan?	<b>Funn/konklusjon</b> Hva fant de og hvordan diskuteres dette/disse funnene?	<b>Relevans</b>
O'Brien, M. og Jack, B. (2010)  <i>Barriers to dying at home: the impact of poor co-ordination of community service provision for patients with cancer.</i>  Caring Sciences  Side 337-345	Hensikten med studien var å undersøke visninger av samfunnet sykepleiere (distrikt sykepleiere og spesialist palliativ omsorg sykepleiere) vedrørende slutten av livet omsorg og dødsstedet for pasienter med kreft.	En kvalitativ studie som fant sted i England. 18 sykepleierne med mer enn 6 måneders erfaring som var medlem av palliativ omsorg. Det ble gjort et fokusgruppeintervju. Intervjuet ble skrevet ned ordrett.	utfordringer ved samhandling mellom sykehus og kommune. Viser mangel på kommunikasjon mellom tjenestene, mangel på resepter og medisiner for eksempel. Videre kunne det være mangel på utstyr (hjelpemiddel/teknisk utstyr) til pasient, dette var vanskelig for hjemmesykepleieren å ordne da de fikk kort varsel. Pasientene kunne motta feilinformasjon, dersom hjemmetjenesten ikke var delaktig i utskrivelsen, om hvilke tjenester som faktisk var tilgjengelige. Pårørende hadde forventninger som hjemmesykepleieren ikke klarte å oppfylle.	Artikkelen er skrevet fra sykepleierens sitt perspektiv. Funnene er relevant i forhold til vår problemstilling. Funnene sier noe om utfordringer som sykepleier kan erfare i palliativ omsorg. Faktorer som oppleves utfordrende for sykepleier er mangel på samhandling.

Artikkel 8

<p><b>Referanse</b></p> <p>Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.</p>	<p><b>Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål</b> (Aim)</p>	<p><b>Metode</b></p> <p><b>Utvalg</b> (Sample, participants) Hvor mange har deltatt i studien, hvem er de (inkludering-/eksklusjonskriterier)?</p> <p><b>Datainnsamling</b>, datacollection – hvordan er data samlet inn?</p> <p><b>Analyse</b> av data. Hvordan?</p>	<p><b>Sentrale funn/konklusjon</b></p>	<p><b>Relevans</b></p>
<p>Duggleby, W., og Penz, K. 2012.</p> <p><i>”It’s different in the home...” The Contextual challenges and rewards of providing palliative nursing care in community settings.</i></p> <p>Journal of hospice &amp; palliative nursing, Vol.14, nr.5, side 365-373.</p>	<p>Hensikten med denne studien var å gjøre en grundig analyse av registrerte sykepleieres arbeidslivserfar-inger og hva innvirkning det hadde på den palliative omsorgtjenesten, gitt i hjemmebaserte forhold.</p>	<p><b>Utvalg:</b> 14 sykepleiere som jobber innen palliativ omsorg i kommunen. Kriteriene for å være med var 1) være aktiv sykepleier i palliativ pleie, 2) tidligere erfaringer med palliativ omsorg og 3) praktiserer i landlige eller urbane sammenhenger.</p> <p><b>Datainnsamling:</b> Det vart gjort ved hjelp av telefonintervjuer og å svare på skjema og journalføring av sykepleierne ute i feltet.</p> <p><b>Analyse:</b> Intervjuene og de personlige journalene ble transkriberte og sjekket for nøyaktighet. Så ble de satt inn i programmet NUD*IST 6. Videre ble det gjort en tematisk analyse av deltagerens arbeidserfaring for å oppdage sammenhenger mellom mønstre, kategorier og tema. Disse funnene her ble lagret i koder og kategorier.</p>	<p>Første funnet gikk ut på å vite hvem de var som menneske, for det bidrog til deres faglige identitet og styrket de som fagfolk. Det å forstå seg selv hjalp dem å vite hva sider de kunne bruke av seg selv i jobbsammenheng. De andre funnet gikk på opplevinger av yrkesrelaterte stressfaktorer og utfordringer. Det gav en følelse av maktløshet. Blant annet var det mangel på ressurser, tid, tilgjengelig utstyr, personale og informasjon. Det ble gjort funn om at sykepleierne følte seg ofte verdsett og respektert, og at de fikk igjen noe for arbeidet. Det siste funnet omhandlet hvordan sykepleierne gav palliativ omsorg og hvordan de håndterte tapet av pasienten og sorgen rundt dette. Jobben innebærer ofte å arbeide i nærvær av lidelse(utfordrende symptomkontroll, dødsprosess), og det kan gå inn på enn.</p>	<p>Denne studien får frem både positive og negative erfaringer sykepleiere har gjort seg i yrket. Det er med på å styrke kvalitetssikringen av oppgaven. Erfaringene til disse sykepleierne går både på relasjoner til pasientene og hans pårørende, til arbeidsplassen, ressurstilgjengelighet og hvordan sorg og tap kan håndteres. Funnen om stressfaktorene og opplevingen sykepleierne sitter inne med er særs relevante for oppgaven.</p>

## Artikkel 9

<b>Referanse</b> Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.	<b>Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål</b> (Aim)	<b>Metode</b> 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?	<b>Sentrale funn/konklusjon</b>	<b>Relevans</b>
Karlsson, M., Roxberg, A., Barbosa da Silva, A. og Berggren, I. 2010.  <i>Community nurses' experiences of ethical dilemmas in palliative care: a Swedish study.</i>  International Journal of Palliative Nursing, Vol 16, nr 5, s.224-231	Hensikten med studien var å belyse kommunesykepleieres erfaringer med etiske dilemma i palliativ omsorg. Forskningsspørsmålet var: Hvordan beskriver sykepleiere sine erfaringer med etiske dilemmaer i forhold til pasienter, slektninger og andre fagfolk når de tar vare på døende personer?	<b>Utvalg:</b> 7 sykepleiere. Inklusjonskriteriene var ansett som hjemmesykepleier og erfaringer med palliativ omsorg. <b>Datainnsamling:</b> Deltagerne fikk i oppgave å skrive ned ett spesifikt dilemma som de hadde opplevd, og svare hvordan de opplevde noe støtte i praksisen, i så fall hvem fra. <b>Analyse:</b> Søk etter hovedtemaer og undertemaer. Tekstene ble delt inn i meningsenheter i samsvar med formålet i studien. Videre ble de fordelt inn i tema og undertemaer.	Studien var en kvalitativ metode.  <u>Funnene i denne studien gikk på:</u> <b>Maktesløshet:</b> Når de hadde sterke pårørende som trumfet gjennom sine viljer, forpliktet til å fortsette behandling når pasienten ikke orket mer, avhengigheten av legen med tanke på pasientens smertelindring. <b>Frustrasjon:</b> Når pårørende manglet tillit til de, når de ikke kunne hjelpe de døende pasientene og når de ikke fikk støtte fra legen for deres erfaringer med dilemma. <b>Bekymring:</b> Når de ikke ble enige seg i mellom om hvordan ta vare på pasienten. Spesielt referert til bekymringer om pasientens smertelindring.	Artikkelen er skrevet ut i fra sykepleieperspektivet. Flere funn i denne artikkelen er relevante for problemstillingen, da det viser ulike utfordringer som sykepleiere kan møte på i hjemmesykepleien hos palliative pasienter. Funn som omhandler pårørende og hvordan sykepleiere opplever disse utfordringene.



Artikkel 10

<p><b>Referanse</b>                      Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.</p>	<p><b>Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål</b>                      (Aim)</p>	<p><b>Metode Utvalg</b> Utvalg (sample, participants) Hvor mange har deltatt i studiene, hvem er de (inkludering-/eksklusjonskriterier)?  <b>Datasamling</b>, datacollection – hvordan er data samlet inn?  <b>Analyse</b> av data. Hvordan?</p>	<p><b>Funn/konklusjon</b>                      Hva fant de og hvordan diskuteres dette/disse funnene?</p>	<p><b>Relevans</b></p>
<p>Landmark, B.,                      Svenkerud, T. M.,                      Grov, E. K. (2012)</p> <p><i>Å dø i eget hjem – om utfordringer og fagkompetanse i hjemmetjenesten</i></p> <p>Side 1-13</p>	<p>Forskningsartikkelen var et prosjekt som hadde som hensikt å kartlegge faglig kompetansebehov ved noen utvalgte enheter.</p>	<p>En kvalitativ studie som fant sted i Norge. Deltakerne i studien besto av personer med bred klinisk kompetanse (spesialsykepleier, lege, hjelpepleier). De måtte ha ei stilling som var minimum 50%. Det ble totalt utfylt 91 spørreskjema.</p> <p>Det ble utarbeidet et spørreskjema. Kvalitativ innholdsanalyse av teksten som ble kategorisert.</p>	<p>Når det gjelder hjemmesykepleien vurderer 1/3 at egen kompetanse er noe mangelfull og mangelfull. De samme resultater gjelder sykepleierne i hjemmesykepleien. Ingen sykepleier vurderer egen kompetanse som meget god.</p> <p>Halvparten av dem som svarte at de hadde erfaring med å planlegge hjemmedød</p> <p>Utfordringer i forhold til oppfølging av døende pasienter og deres pårørende var utfordringene smerte, pårønderarbeid, kommunikasjon og samhandling, trygghet, tid, hjelpemidler, personal og økonomi.</p>	<p>Denne forskningsartikkelen er relevant for vår oppgave, da den svarer på problemstillingen om utfordrende faktorer sykepleier erfarer i den palliative omsorgen til kreftsyke pasienter som ønsker å dø i eget hjem.</p>