



# Bacheloroppgave

**SY300215 Bacheloroppgave i sykepleie**

**Sykepleiers opplevelse av å gi palliativ omsorg til  
hjemmeboende kreftpasienter**

**Nurses' experience of giving palliative care to stay-at-  
home cancer patients**

**Kandidatnummer: 10067 og 10084**

**Totalt antall ord: 8655**

**Antall sider inkludert forsiden: 51**

**Hovedveileder: Marianne Louise Frilund**

**Innlevert Ålesund, 21.05.18**

## 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: 1. ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands. 2. ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt. 3. ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt. 4. har alle referansene oppgitt i litteraturlisten. 5. ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§30 og 31.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at NTNU vil behandle alle saker hvor det foreligger 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

## 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: 21.05.18

Eg ser at du e trøtt,  
men eg kan ikkje gå alle skrittå for deg.

Du må gå de sjøl,  
men eg vil gå de med deg,  
eg vil gå de med deg.

Eg ser du har det vondt,  
men eg kan ikkje grina alle tårene for deg.

Du må grina de sjøl,  
men eg vil grina med deg.  
eg vil grina med deg.

Eg ser du vil gi opp,  
men eg kan ikkje leva livet for deg.

Du må leva det sjøl,  
men eg vil leva med deg,  
eg vil leva med deg.

Eg ser at du e redd,  
men eg kan ikkje gå i døden for deg.

Du må smaka han sjøl,  
men eg gjer død til liv for deg,  
eg gjer død til liv for deg  
Eg har gjort død til liv for deg.

(Bjørn Eidsvåg)

# **Sammendrag**

## **Bakgrunn**

Det skjer stadig en økning i antall personer som får kreft. Dersom behandlingen ikke kan helbrede pasienten, endres fokuset til palliativ omsorg. Den palliative omsorgen ønsker mange å motta i sitt eget hjem. Temaet for oppgaven er sykepleiers opplevelse av palliativ omsorg til kreftpasienter som ønsker å bo hjemme.

## **Hensikt**

Hensikten med oppgaven var å finne ut hvordan sykepleier opplever å gi palliativ omsorg til kreftpasienter som velger å bo hjemme.

## **Metode**

Oppgaven er gjennomført som systematisk litteraturstudie, hvor vi har valgt ut åtte artikler, en kvantitativ og syv kvalitative. Artikkene baserer seg på sykepleiers opplevelse av å gi palliativ omsorg til hjemmeboende kreftpasienter.

## **Resultat**

I resultatet kommer det frem ulike utfordringer som sykepleier opplever ved å gi palliativ omsorg til kreftpasienter i hjemmet. Blant annet tid og ressurser som påvirker pleien og omsorgen som blir gitt til pasient, utfordringer ved kommunikasjon, samhandling og det å ha god nok kompetanse innen fagfeltet.

## **Konklusjon**

Det var utfordrende å ha pasientens hjem som arbeidsplass, med nær familie til stede. Mangel på tid og ressurser går igjen. Sykepleierne ønsker bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten for å unngå at pasientene blir reinnlagt unødig. Det stilles store krav til sykepleiernes kompetanse, men de føler ikke tiden strekker til for å oppdatere seg faglig på arbeidstedet.

## **Nøkkelord**

Kreftpasienter, palliativ omsorg, sykepleier i kommunehelsetjenesten, opplevelse

# **Abstract**

## **Background**

There is a constant increase of cancer patients. If the treatment can't cure the patient, the focus changes to palliative care. A lot of cancer patients want to receive palliative care in their own household. The theme of this assignment is nurses' experience of palliative care to cancer patients who want to live at home.

## **Purpose**

Our assignment has the purpose to reveal how the nurse experiences providing palliative care to cancer patients in their own household.

## **Method**

The assignment is built as a systematic literature study where eight articles have been chosen; one quantitative and seven qualitative. The articles go in the depth of the nurse's experience of providing palliative care to stay-at-home cancer patients.

## **Result**

Our assignment uncovers multiple challenges the nurse faces as he/she provides palliative care to cancer patients in their homes. Challenges such as not enough time and resources negatively influencing the nursing and care towards the patient, struggles with communication, interaction with the patient and requiring high skilled qualifications in the field.

## **Conclusion**

To have the patients home as workplace with close family present was challenging. Lack of time and resources are in common. Nurses want better coordination between the hospital and community health service, to avoid patients getting hospitalized unnecessarily. It demands great competence of the nurses, but they don't feel they can update professionally while they are at work.

## **Keywords**

Cancer patients, palliative care, community health nursing, experience

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for tema .....	1
1.2 Problemstilling .....	2
1.3 Definisjon av begrep i problemstillingen .....	2
1.4 Avgrensing av tema .....	3
1.5 Videre oppbygging av oppgaven.....	3
<b>2.0 Teoribakgrunn</b> .....	<b>4</b>
2.1 Kreft og palliativ fase .....	4
2.2 Kari Martinsens omsorgsteori.....	5
2.3 Joyce Travelbees sykepleieteori .....	6
<b>3.0 Metodebeskrivelse</b> .....	<b>7</b>
3.1 Datainnsamling .....	7
3.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	7
3.1.2 Søkestrategi .....	8
3.1.3 Kvalitetsvurdering.....	10
3.1.4 Etisk vurdering .....	11
3.2 Analyse.....	12
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>14</b>
4.1 Opplevelse av å jobbe i pasientens hjem .....	14
4.1.1 Å jobbe i pasientens hjem var utfordrende .....	14
4.1.2 Manglende faglig støtte.....	15
4.2 Opplevelse av kommunikasjon og relasjon .....	15
4.2.1 Tidlig møte med pasient opplevdes viktig .....	15
4.2.2 Samtale om eksistensielle tema opplevdes utfordrende .....	16
4.3 Opplevelse av samhandling .....	17
4.3.1 Dårlig informasjon i overgangen fra sykehuset til hjemmet.....	17
4.3.2 Tverrfaglig samarbeid opplevdes positivt.....	18
4.4 Opplevelse av kompetanse .....	18
4.4.1 Kunnskap og erfaring var vesentlig.....	19
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	<b>20</b>
5.1 Metodediskusjon.....	20

5.2 Resultatdiskusjon .....	21
5.2.1 Å arbeide i hjemmet opplevdes utfordrende .....	21
5.2.2 Sykepleiers opplevelse av kommunikasjon og relasjon .....	22
5.2.3 Samhandlingen var ikke tilstrekkelig .....	24
5.2.4 God kompetanse gir kvalitet.....	26
5.3 Konklusjon.....	27
<b>6.0 Referanseliste.....</b>	<b>29</b>
<b>Tabell 1:</b> Inklusjons- og eksklusjonskriterier	<b>s. 7</b>
<b>Tabell 2:</b> Pio skjema	<b>s. 8</b>
<b>Tabell 3:</b> Kategorier ut i fra nøkkelfunn	<b>s. 13</b>
<b>Vedlegg 1:</b> Søkehistorikk	
<b>Vedlegg 2:</b> Litteraturmatriser	
<b>Vedlegg 3:</b> Sjekkliste for kvalitativ forskning	



## **1.0 Innledning**

Her presenteres bakgrunn for valgt tema, videre presenteres hensikten med oppgaven og den aktuelle problemstillingen. Viktige begrep i problemstillingen avklares og avgrensning av tema før det avslutningsvis gis en kort oversikt av oppgavens oppbygging.

### **1.1 Bakgrunn for tema**

Temaet for oppgaven er palliativ omsorg til kreftpasienter som ønsker å bo hjemme. Antall krefttilfeller vil stadig øke. Årsaken til dette er blant annet økt levealder, bedret diagnostikk og livsstilsfaktorer (Lorentsen og Grov, 2016). Grunnet moderne kreftbehandling vil kreftpasientene leve lenger med sin sykdom, som fører til økt antall pasienter som har behov for palliativ omsorg, pleie og behandling (Aass mfl., 2015). “Både økning i antall krefttilfeller, og at det generelt sett blir flere eldre i befolkningen, vil stille store krav til sykepleietjenesten fremover, spesielt i kommune” (Helsedepartementet 2004, Helse- og omsorgsdepartementet 2013, Meld.St. 29 (2012-2013), St.meld.nr. 47 (2008-2009), referert i Lorentsen og Grov, 2016, s. 397). Hjemmesykepleien har endret seg fra tidligere og blitt en plass i sentrum av helsetjenesten, og flere av helsetjenestene foregår nå utenfor institusjon (Fjørtoft, 2016).

I løpet av de siste årene har det skjedd endringer innen organiseringen, og det har gjennom noen år blitt flere og flere oppgaver som er forskjøvet fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Samhandlingsreformen som kom i 2012 har forsterket denne utviklingen. Et av målene med helsereformen er at tjenester skal flyttes nærmere hjemmet til de som har bruk for tjenestene, og at den nødvendige helsehjelpen skal flere motta fra kommunens helse- og omsorgstjenester (Fjørtoft, 2016). “Man skal få rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste som er tilpasset den enkelte bruker” (Helsedirektoratet, 2017). I forskningsartikkelen til Norheim og Thoresen (2015) opplevde sykepleiere at etter samhandlingsreformen ble innført var utskrivningsklare pasienter sykere og mer tidkrevende enn tidligere. I tillegg viser ulike internasjonale studier at flertallet av døende pasienter ønsket å dø i hjemmet (Brenne og Estenstad, 2016; Regjeringen, 2013).

Våre erfaringer fra praksisperioder gjennom studietiden og andre arbeidsplasser viser at kreft er en sykdom man ofte møter på. Vi har også sett at hjemmesykepleiens oppgaver stadig blir mer omfattende. Hjemmesykepleien må i etterkant av samhandlingsreformen ta imot pasienter med “(...) betydelige, og sammensatte behov for, videre behandling, pleie og omsorg” (Norheim og Thoresen, 2015, s. 17). Det kreves stor kompetanse blant sykepleierne som jobber der. Dette er noe som skapte interesse for oss, som gjør at vi vil finne ut mer om hvordan sykepleiere opplever å gi palliativ omsorg til kreftpasienter som bor hjemme. Med grunnlag i belyst tema for oppgaven føler vi det er viktig å se hvordan sykepleiere opplever å gi palliativ omsorg til kreftpasienter da dette er noe man vil møte mer av i hjemmet. Samtidig som vi ønsker å undersøke om sykepleiere opplever å gi tilstrekkelig omsorg og pleie til slike pasienter.

Hensikten med denne oppgaven er å finne ut hvordan sykepleiere opplever å gi palliativ omsorg til kreftpasienter som ønsker å bo hjemme.

## 1.2 Problemstilling

Med bakgrunn i oppgavens hensikt er følgende problemstilling formulert;

*Hvordan opplever sykepleier å gi palliativ omsorg til hjemmeboende kreftpasienter?*

## 1.3 Definisjon av begrep i problemstillingen

**Omsorg:** er et nært, åpent forhold mellom to mennesker, i følge Kari Martinsens omsorgsteori. Videre sier hun at omsorg er et moralsk begrep, og det å ta ansvar for de svake. Hun sier at omsorg er utførelse av handlinger som er til den andres beste (Kirkevold, 2012). I denne oppgaven blir omsorg brukt som den relasjonen, pleien og ivaretagelsen sykepleier utøver for pasienten.

**Palliasjon:** ... er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelig/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og

omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet (European Association for Palliative Care, EAPC, og Verdens helseorganisasjon, WHO, referert i Aass mfl., 2015, s. 11).

I denne oppgaven blir palliativ omsorg ansett som lindrende behandling til kreftpasienter som bor hjemme og lever mot livets slutfase.

**Opplevelse:** er en persons subjektive erfaring, og kan henge sammen med emosjonell tilstand, ytre sansepåvirkning, tankeprosesser, motivasjon og annet (Store norske leksikon, 2016). I denne oppgaven er det skrevet om sykepleierens opplevelse, men også hvilke erfaringer de har gjort seg.

#### **1.4 Avgrensning av tema**

Oppgaven har fokus på sykepleiere som yter omsorg for kreftpasienter som bor hjemme. Pasientene de yter omsorg for var pasienter i en palliativ fase, som har en alvorlig sykdom og lever mot livets slutfase, døden blir derfor omtalt. Å sette en bestemt avgrensning for antatt levetid for disse pasientene viste seg å være vanskelig, det er derfor ikke satt noen eksakt tidsramme for dette. Pasienter i terminal fase og pasienter under 18 år er ekskludert. Det er ikke gjort forskjell på bakgrunn av kjønn eller ulike kreftformer.

#### **1.5 Videre oppbygging av oppgaven**

Videre i oppgaven trekker kapittel to frem relevant teori som belyser tematikken i problemstillingen, og som brukes i diskusjonen. Kapittel tre inneholder en metodebeskrivelse, som beskriver hvordan søket etter forskningsartikler til å belyse problemstillingen er gjennomført. I kapittel fire gjøres det rede for sentrale funn i forskningsartiklene. Kapittel fem består av en metodediskusjon, deretter en drøfting av resultatene som munner ut i en konklusjon.

## 2.0 Teoribakgrunn

Her belyses relevant teori innen temaet som bidrar til å finne svar på problemstillingen. Teorien blir senere anvendt i resultatdiskusjonen.

### 2.1 Kreft og palliativ fase

Kreft er en fellesbetegnelse på en stor gruppe sykdommer der det starter i en enkelt celle med genskade, og spres videre via unormal cellevekst ved økt celledeling (Bertelsen mfl., 2015; Roald og Klepp, 2017). Når kreftcellene fortsetter å dele seg, vil det dannes en kreftsvulst av den ukontrollerte celleveksten i det organet som det oppsto. Utviklingen av en kreftsvulst kan gå fort, eller ta lenger tid. Kreftceller har også en evne til å vokse seg videre inn i andre organ og spre seg via blodet eller lymfesystemet (Lorentsen og Grov, 2016).

Når sykdommen er uhelbredelig og livets slutfase nærmer seg, vil pasienten bli betegnet i en palliativ fase. Det sentrale aspektet innen palliativ behandling er ivaretagelse av pasient og pårørende (Lorentsen og Grov, 2016). “Når pasienten ikke lenger har nytte av helbredende behandling, endres målet for den medisinske behandlingen og sykepleien mot *livsforlengelse, symptomlindring og best mulig livskvalitet*” (Lorentsen og Grov, 2016, s. 423). Varigheten på livets slutfase er vanskelig å forutse, men den palliative fasen beskrives i enkelte rammedokumenter til en forventet levetid kortere enn ni til tolv måneder (Norsk Forening for Palliativ Medisin 2004, som referert i Grov, 2015).

Når sykdom, svekket helse, alderdom eller livssituasjonen gjør at hjemmeboende trenger hjelp i korte eller lengre perioder, er hjemmesykepleie et tilbud. Dette tilbudet er for alle som har behov for nødvendig helsehjelp, og det er ingen begrensninger i forhold til sykdom eller alder (Fjørtoft, 2016). Helsehjelp er definert slik; “Helsehjelp er handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende formål eller pleie og omsorgsformål som er utført av helsepersonell” (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, referert i Fjørtoft, 2016, s. 17).

Så langt det lar seg gjøre skal det legges til rette for at døende og alvorlig syke skal ha muligheten til å velge hvor de vil være siste tiden av livet (Fjørtoft, 2016). Alvorlig syke og døende er pasienter med langtkommen sykdom som ikke kan helbredes, og gradvis utvikles mot et sikkert utfall selv om man ikke kan forutse nøyaktig hvor lenge den syke har igjen. Omsorg for alvorlig syke og døende krever også at man må involvere de pårørende. Fokuset for sykepleien er at pasienten skal ha det best mulig den siste tiden, og motta god lindrende behandling (Fjørtoft, 2016).

## **2.2 Kari Martinsens omsorgsteori**

Kari Martinsen fremhever at “(...) omsorg er en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv” (Kirkevold, 2012, s. 169). Omsorgens betydning er bundet sammen med at mennesker er avhengige av hverandre. I teorien sin hevder hun at mennesker ikke kan leve isolert fra andre. I situasjoner der sykdom og lidelse er til stede vil dette særlig tre frem.

Det er tre aspekter ved omsorg Martinsen fremhever;

1. Omsorg er et relasjonelt begrep som omfatter et nært, åpent forhold mellom to mennesker,
2. omsorg er et moralsk begrep knyttet til prinsippet om ansvaret for svake, og
3. omsorg omfatter utførelsen av konkrete, situasjonsbetingede handlinger basert på en ”forståelse” av hva som er til den andres beste (Kirkevold, 2012, s. 171).

I omsorgsteorien kommer det også frem ulike ansvarsområder for sykepleiere. Pasienter som lider og er svake har et større behov for omsorg. Når personer ikke har muligheten til å oppnå uavhengighet, har sykepleier et ansvar for å ta vare på de (Kirkevold, 2012).

Videre sier hun at det må skapes en relasjon der man er gjensidig avhengig av hverandre. Man må bli kjent med pasient og deres livshistorie, sosiale og kulturelle historie for å kunne yte god sykepleie. Kari Martinsen sier at “Omsorg som moralsk skjønn er innlevelse i situasjonen, og en faglig vurdering basert på kunnskap om lidelsens grunner, kombinert med tiltak som kan avhjelpe pasienten. Omsorg er både måten sykepleieren møter pasienten på, og måten hun handler på” (Kirkevold, 2012, s. 177).

### **2.3 Joyce Travelbees sykepleieteori**

Joyce Travelbee har en teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter. Travelbee mener at man må ha forståelse for hva som skjer mellom sykepleier og pasient, hvordan dette kan oppleves og hvilke konsekvenser det kan ha for pasienten og hans tilstand, for å forstå hva sykepleie er og bør være (Kirkevold, 2012).

Teoriens viktigste elementer består av at mennesket som individ er enestående vesen, lik men også ulik alle andre individer som lever. Hvert enkelt individ deler opplevelser, for eksempel innen sykdom, lidelse og tap sammen med andre, men har sine egne erfaringer innen hvert felt (Kirkevold, 2012). Travelbee hevder at en persons opplevelse av sin sykdom og lidelse er viktig for sykepleiere å forholde seg til i stedet for diagnosen pasienten har (Kirkevold, 2012).

I følge Travelbee er kommunikasjon et av de viktigste redskapene en sykepleier har. “Kommunikasjon er en gjensidig prosess der en deler eller overfører tanker og følelser” (Kirkevold, 2012, s. 118-119). Både nonverbal og verbal kommunikasjon skjer kontinuerlig når to individer møtes. Travelbee mener sykepleiens hensikt er å hjelpe pasienten å mestre og finne mening i erfaringer av sykdom og lidelse. En forutsetning for å oppnå dette er kommunikasjon, som er en formålsstyrt prosess som bidrar til at sykepleiere kan etablere et menneske til menneske forhold, som er viktig for å oppfylle den sykes behov for pleie (Kirkevold, 2012).

### 3.0 Metodebeskrivelse

Oppgavens metode er basert på en systematisk litteraturstudie for å finne artikler som belyser problemstillingen. For å kunne utføre systematiske litteraturstudier er det en forutsetning at det finnes tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som kan utgjøre grunnlaget for diskusjon og konklusjon (Forsberg og Wengström, 2016). En systematisk litteraturstudie er definert av Mulrow og Oxman, som sier at det tar utgangspunkt i en problemstilling som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg og Wengström, 2016).

### 3.1 Datainnsamling

Her presenteres inklusjons- og eksklusjonskriterier samt en redegjørelse av søkestrategi, kvalitetsbedømming og etiske vurderinger som er utført.

#### 3.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Siden hensikten med oppgaven var å finne ut sykepleiers opplevelser, er oppgaven i sykepleieperspektiv. I henhold til problemstillingen ble hjemmeboende pasienter med kreft som trenger hjemmesykepleie inkludert. Pasientene som ble inkludert er alvorlig syke, i palliativ fase. Artiklene som er valgt ble vurdert som forenlig med norsk helsevesen, og Norges medisinske systemer. Se oversikt i tabell 1.

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inkludert:	Ekskludert:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sykepleiers opplevelser/erfaringer</li><li>• Kommunehelsetjeneste/hjemmesykepleie</li><li>• Palliativ omsorg</li><li>• Pasienter med kreft</li><li>• Pasienter som er alvorlig syke og lever mot livets slutfase</li><li>• Fagfellevurderte artikler</li><li>• Artikler som er skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk</li><li>• Begge kjønn</li><li>• Artikler som er forenlig med norsk helsevesen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pasienter i terminal fase</li><li>• Pasienter under 18 år</li></ul>

### 3.1.2 Søkestrategi

Da hensikten og problemstillingen var formulert, ble det startet opp med prøvesøk med ulike kombinasjoner av søkeord. Følgende søkeord basert på problemstillingen ble anvendt; palliative care, nursing, community health nursing, home health care, cancer patient, nurse, experience. Dette for å se om det fantes tilstrekkelig med forskning for å belyse problemstillingen. Etter prøvesøkene ble det satt opp et pio skjema, se tabell 2. Et pio skjema er en strukturert metode for å sette sammen søkestrategier ut fra problemstillingen når man søker i databaser (Forsberg og Wengström, 2016).

Tabell 2: Pio skjema

<i>P – Hvilken pasientgruppe?</i>	Kreftpasienter
<i>I – Hva er det med pasientgruppen du er interessert i?</i>	Palliativ omsorg
<i>O – Hvilke endepunkter er du interessert i?</i>	Sykepleier i kommunehelsetjenesten sine opplevelser

Den boolske operatøren AND finner referanser som inneholder både søkeord en, to og tre. Denne kombinasjonen ble brukt mellom søkeordene for å få et smalere resultat, for eksempel “cancer patients” AND “palliative care” (Forsberg og Wengström, 2016). For å selekere ut artikler ble det startet med å lese overskriftene, deretter vurdert hvilke av disse som kunne være relevante. I de relevante artiklene ble abstraktene lest, og dersom de svarte på problemstillingen og møtte inklusjonskriteriene ble artikkelen vurdert.

I prøvesøkene ble databasene CINAHL (EBSCO), SveMed+, Medline, Pubmed og Google scholar brukt. Vi opplevde at CINAHL (EBSCO) og SveMed+ ga flest adekvate treff, derfor ble det systematiske litteratursøket utført i disse databasene. CINAHL (EBSCO) er en database som publiserer vitenskapelige tidsskriftartikler, monografier og doktoravhandlinger som omfatter sykepleie, omsorg og ergoterapi. Tidsskriftene er på ulike språk, med engelske abstrakt, og er publisert fra 1982 og fremover (Forsberg og Wengström, 2016). SveMed+ er en bred database som inneholder forskning om pleie. De



publiserer vitenskapelige tidsskriftartikler, forskningsrapporter og avhandlinger på svensk, norsk, dansk og engelsk fra 1982 (Forsberg og Wengström, 2016).

Det systematiske litteratursøket startet i databasen CINAHL (EBSCO) hvor søkeordene “community health nursing”, “palliative care” og “cancer patients” ble anvendt. I utgangspunktet var ønsket å finne forskning nyere enn ti år, men for å få nok relevante treff ble det valgt å utvide grensen til siste 12 år. Søkeordene ble kombinert ved hjelp av den boolske operatøren AND, som resulterte i tjuetre treff. Siden et av inklusjonskriteriene var at artiklene skal være fagfellevurdert, ble dette lagt til i søket og det sto igjen tretten treff. Syv abstrakter ble lest, to av disse ble ekskludert da de handlet om barn og avansert kreftbehandling, da sto det igjen fem artikler som ble lest. Av disse ble tre inkludert, Dunne mfl. (2005), Griffiths mfl. (2007) og Wilson mfl. (2014), som vist i søkehistorikk vedlegg 1. De to siste artiklene ga ikke svar på problemstillingen og ble ekskludert.

I databasen SweMed+ ble de samme søkeordene nyttet, “Community health nursing”, “palliative care” og “cancer patient”. Disse ble søkt sammen med den boolske operatøren AND. Søket endte med fem treff der det ble lest tre abstrakter og to artikler. I henhold til problemstillingen ble en artikkel inkludert; Nordsveen og Andershed (2015), se søkehistorikk i vedlegg 1.

Google scholar er en fritt tilgjengelig web-søkemotor som indekserer fulltekstdokumenter av vitenskapelig litteratur. Databasen ble opprettet i november 2004, og inneholder de fleste vitenskapelige tidsskriftene i USA og Europa (Forsberg og Wengström, 2016). I Google scholar ble søkeordene “sykepleiers erfaringer”, “palliativ omsorg” og “kreftpasienter” benyttet sammen, og ga 654 treff. Grunnen til at det her ble søkt etter sykepleiers erfaringer er fordi det ble brukt som et synonym til opplevelse, og resulterte i bedre treff i denne databasen. Et systematisk litteratursøk lar seg ikke gjøre i denne databasen. Grunnet manglende mulighet for avgrensninger, ga søket mange treff. De første tjue overskriftene ble lest, og av disse ble fire av artiklene vurdert som potensielt aktuelle, og ble lest. To av artiklene ble ekskludert da de ikke omhandlet sykepleiers opplevelser. Molnes (2014) og Molnes (2015) ble inkludert. Molnes (2014) var publisert på nettsiden Idunn, der det senere ble utført et frisøk.

Universitetsforlagets digitale publiseringsplattform for fag- og forskningstidsskrifter, Idunn, består av over 60 tidsskrifter (Idunn, u.å.). På Idunn ble det utført et frisøk, hvor søkeordene “kommune” og “palliativ omsorg” ble brukt sammen. Det resulterte i seksten treff, hvor fem artikler ble lest og to inkludert; Røgenes mfl. (2013) og Tarberg mfl. (2016). Tre artikler ble ekskludert da de omhandlet terminal omsorg, var i pasientperspektiv, eller var eldre enn 12 år. Se litteraturmatriser til alle åtte forskningsartiklene i vedlegg 2.

Gjennom søkene i de ulike databasene og frisøkene har mange artikler blitt ekskludert. Artiklene har da ikke svart på problemstillingen, og ikke møtt inklusjonskriteriene. Flere artikler var i pårørende eller familiens perspektiv, rettet mot pediatrik sykepleie, eller fra land vi ikke så som forenlige med norsk medisin på grunn av kvaliteten og organisering av helsevesenet (Regjeringen, u.å.). Noen artikler omhandlet avansert kreftbehandling og ble ekskludert da temaet for oppgaven er palliasjon. Det ble laget søketabell på de systematiske litteratursøkene i databasene CINAHL (EBSCO) og SweMed+, men ikke frisøkene grunnet manglende mulighet for å sette avgrensninger i de databasene.

### ***3.1.3 Kvalitetsvurdering***

I denne oppgaven er det inkludert syv kvalitative artikler, og en kvantitativ artikkel. Samtlige tidsskrifter er søkt opp i norsk senter for forskningsdata sitt register over vitenskapelige publiseringskanaler (Norsk senter for forskningsdata, u.å.). Tidsskriftene blir kategoriserte i nivå en eller to. Det er fire kriterier som må til for at det skal være en vitenskapelig publikasjon, og da være i nivå en. En ny innsikt må presenteres, resultatene skal være i en form som gjør at de kan anvendes i ny forskning, være et språk som kan være tilgjengelig for de fleste forskere og være i en publiseringskanal med rutiner for fagfellevurdering (Universitets-og høyskolerådet, 2004). Publiseringskanaler som hører til nivå to er de som utgir publikasjonene med mest betydelighet fra flere lands forskere og oppfattes som ledende i brede fagsammenhenger (Universitets-og høyskolerådet, 2004).

Tre av artiklene var publisert i tidsskrift som var på nivå to (Dunne mfl., 2005; Griffiths mfl., 2007; Wilson mfl., 2014). Fire av artiklene var publisert i tidsskrifter som var på nivå en (Molnes, 2014; Molnes, 2015; Nordsveen og Andershed, 2015; Røgenes mfl., 2013). En av artiklene var ikke publisert i vitenskapelig tidsskrift (Tarberg mfl., 2016). Det ble

sendt mail til forfatter der vi fikk svar at artikkelen var en fagfellevurdert vitenskapelig publikasjon. Alle artiklene er kontrollert og er fagfellevurdert.

Alle artiklene har IMRaD-struktur. For å kritisk vurdere artiklene ble sjekklister for kritisk vurdering av kvalitativ forskning nyttet på alle de kvalitative artiklene, se eksempel vedlegg 3. Denne sjekklisten har ti spørsmål som kan bidra til å finne svar på de tre hovedområdene som bør vurderes når man skal evaluere kvalitative forskningsfunn (Leegard, 2015). Det ble bestemt at alle artiklene måtte svare ja på punkt en og to for å vurderes videre, da de to første spørsmålene er en grunnleggende kartlegging av om det er en studie som er verdt å se nærmere på (Leegard, 2015). Bruken av skjemaet var for å vurdere validiteten og sørge for at dårlige studier blir ekskludert (Forsberg og Wengström, 2016). Den kvantitative artikkelen ble kritisk vurdert ved bruk av Forsberg og Wengströms (2016, s. 199-202) sjekklister for kvantitative artikler.

For å kontrollere at landene studiene var fra er forenlig med norsk helsevesen, ble Utenriksdepartementets reiseinformasjon anvendt. Der er informasjon om de aktuelle landenes helsevesen, som ble vurdert opp mot det norske helsevesenet (Regjeringen, u.å.).

#### ***3.1.4 Etisk vurdering***

I følge Forsberg og Wengström (2016) er det viktig å gjøre etiske vurderinger, som å velge studier som har fått godkjenning fra en etisk komite eller at etiske overveielser er utført. Videre sier de at det er viktig å henvise til alle forskningsartiklene som blir brukt i oppgaven.

Fem av forskningsartiklene er godkjent av en etisk komite (Molnes, 2014; Molnes, 2015; Nordsveen og Andershed, 2015; Tarberg mfl., 2016; Wilson mfl., 2014). Tre av artiklene er ikke godkjent av etisk komite, men har tatt gode etiske vurderinger (Dunne, mfl., 2005; Griffiths mfl., 2007; Røgenes mfl., 2013). Informasjon ble gitt på forhånd, det ble samlet inn samtykke fra deltakerne, data ble anonymisert, studien var frivillig og den ene sier den ble utført i samsvar med forskningsetiske retningslinjer. Vi vurderte at gode etiske vurderinger var utført, som gjorde at de kunne anvendes.

## 3.2 Analyse

Et vitenskapelig analysearbeid innebærer å dele opp det undersøkte fenomenet i mindre biter og undersøke dem hver for seg. Deretter starter syntesen som innebærer å sette det sammen til en ny helhet (Forsberg og Wengström, 2016). I oppgaven ble Evans (2002) sin innholdsanalyse anvendt. Denne er beskrevet gjennom fire trinn for å systematisk analysere artiklene og lage en syntese.

**Trinn 1:** Består av å finne de åtte forskningsartiklene til oppgaven, som skal vurderes opp imot inklusjonskriteriene som er begrunnet (Evans, 2002). Gjennom søkeprosessen som er beskrevet over, ble det funnet åtte forskningsartikler som ble vurdert i forhold til inklusjons- og eksklusjonskriterier, samt er kvalitetsvurdert og etisk vurdert.

**Trinn 2:** I dette trinnet skal de utvalgte artiklene leses nøye, flere ganger. Det skal skrives ned nøkkelfunn fra hver artikkel (Evans, 2002). Denne prosessen startet individuelt, der alle åtte forskningsartiklene ble lest og nøkkelfunn fra hver artikkel notert ned. Nøkkelfunn ble senere sammenlignet, og det ble laget et kodesystem der artiklene ble nummerert, og et fargesystem der alle nøkkelfunn fikk hver sin farge, som ble merket av i artiklene.

**Trinn 3:** Her skal det identifiseres felles kategorier. Nøkkelfunn skal brukes til å finne frem til ulike hovedkategorier. Ved hjelp av dette kan man også identifisere underkategorier (Evans, 2002). Ut ifra nøkkelfunn, ble det laget ulike hovedkategorier. Ved hjelp av nøkkelfunn og hovedkategorier ble det utarbeidet underkategorier til hver hovedkategori, se tabell 3.

**Trinn 4:** I siste trinn skal det gjøres rede for de ulike funn som ble gjort (Evans, 2002). Dette presenteres videre i punkt 4.0 under resultater.

Tabell 3: Kategorier ut i fra nøkkelfunn

Nøkkelfunn	Underkategorier	Hovedkategorier
Jobbe i hjemmet Pårørende Tid Ressurser	Å jobbe i pasientens hjem var utfordrende  Manglende faglig støtte	Opplevelse av å jobbe i pasientens hjem
Kommunikasjon Pårørende Relasjon Samtale Følelser	Tidlig møte med pasient opplevdes viktig  Samtale om eksistensielle tema opplevdes utfordrende	Opplevelse av kommunikasjon og relasjon
Utskriving fra sykehus Kreftsykepleier Palliativt team Informasjon	Dårlig informasjon i overgangen fra sykehus til hjemmet  Tverrfaglig samarbeid opplevdes positivt	Opplevelse av samhandling
Symptomer Kompetanse Erfaring	Kunnskap og erfaring var vesentlig	Opplevelse av kompetanse

## 4.0 Resultat

I dette kapittelet presenteres funnene fra artiklene. Artiklene er bearbejdet, analysert og satt sammen til et felles materiale. Ut i fra analysen som ble utført, endte det opp med fire hovedkategorier; opplevelse av å jobbe i pasientens hjem, opplevelse av kommunikasjon og relasjon, opplevelse av samhandling, og opplevelse av kompetanse. Videre utdypes sentrale funn innen de ulike kategoriene for å belyse problemstillingen som er “*Hvordan opplever sykepleier å gi palliativ omsorg til hjemmeboende kreftpasienter?*”.

### 4.1 Opplevelse av å jobbe i pasientens hjem

Under denne hovedkategorien belyses funnene i underkategoriene; å jobbe i pasientens hjem var utfordrende og manglende faglig støtte.

#### 4.1.1 Å jobbe i pasientens hjem var utfordrende

Det opplevdes utfordrende å ha hjemmet som arbeidsplass (Molnes, 2015; Wilson mfl., 2014). Hjemmet var en privat, personlig arena for familierelasjoner, og det å jobbe i pasientens eget hjem var ofte vanskelig. Ikke bare var hjemmet pasientens trygge base, det var også et symbol på hva man har opparbeidet seg gjennom livet (Molnes, 2015). Familiemedlem kunne være til hinder for at sykepleierne fikk vurdert pasientens behov på individuell basis, og å fastslå hva pasienten ønsket (Wilson mfl., 2014). Flere av sykepleierne opplevde det som skremmende og utfordrende å komme inn i et hjem hvor både pasient og pårørende hadde store forventninger til pleien (Molnes, 2015). Spesielt utfordrende var det dersom det var barn til stede, en av sykepleierne forklarte det slik; “Yes, because if you're giving bad news, you don't want... all and sundry there, do you? Grandchildren running in and out... it's... a bit more difficult” (Wilson mfl., 2014, s. 312). Samtidig viser studien til Molnes (2015) at det ble opplevd som viktig av sykepleierne å vise omsorg til alle parter. Det ble vanskelig å jobbe i hjemmet til pasienten dersom de ikke inkluderte de som var rundt pasienten.

Studien til Molnes (2015) fremmer;

Når pasienten er ferdigbehandlet ved sykehuset, og pasientens siste ønske er å få komme hjem og dø med sine nærmeste rundt seg, så møter både pasienten,

pårørende og personalet i hjemmesykepleien en rekke utfordringer av både faglig, praktisk og etisk karakter (Molnes, 2015, s. 144).

#### ***4.1.2 Manglende faglig støtte***

I noen av artiklene ble opplevelsen av manglende faglig støtte trukket frem (Molnes, 2014; 2015). Sykepleierne opplevde lite bemanning i forhold til pleietyngden, som førte til at pasienter ikke fikk den oppfølgingen de hadde behov for. Sykepleierne følte de kom i et dilemma, og følte de ikke hadde nok tid til å utføre en så god jobb som de visste de kunne. Sykepleierne så behovet for mer personell for å kunne gjøre en bedre jobb for pasientene, grunnet den dårlige tiden (Molnes, 2014). Sykepleierne opplevde det som vanskelig å stå i dilemmaet mellom kvalitet på pleie og omsorg, og alt det andre de hadde å gjøre i løpet av vekten (Molnes, 2015). Som en sykepleier uttrykte; “Det er tidkrevende, det går utover de andre pasientene, men det må det bare gjøre i visse perioder. Det er noe vi prioriterer, intensjon er at alle kreftpasienter skal få behandling hjemme” (Molnes, 2015, s. 146).

## **4.2 Opplevelse av kommunikasjon og relasjon**

Under denne hovedkategorien blir følgende underkategorier presentert; tidlig møte med pasient opplevdes viktig og samtale om eksistensielle tema opplevdes utfordrende.

### ***4.2.1 Tidlig møte med pasient opplevdes viktig***

Et tidlig møte med pasient og pårørende opplevdes som viktig for relasjonsbyggingen til pasienten (Dunne mfl., 2005; Griffiths mfl., 2007; Molnes, 2015; Nordsveen og Andershed, 2015; Røgenes mfl., 2013; Tarberg mfl., 2016). Videre sier Griffiths mfl. (2007) og Dunne mfl. (2005) at sykepleiere opplevde at kvaliteten på pleien ble bedre dersom en fikk en tidlig relasjon, før pasienten ble dårlig i den palliative fasen. En sykepleier i Molnes (2015) uttrykte også behovet for dette;

Dersom vi skal danne oss et godt bilde av pasientens og pårørendes situasjon, så må vi komme tidligere inn i bilde. Ikke komme inn i den siste tiden, ikke kjenner vi pasienten og ikke kjenner vi pårørende. Når vi kartlegger, klarer vi ikke å tyde

signalene. Det må være et godt samarbeid, bygge tillit, slik at de kan gi oss tilbakemeldinger om pasienten har det vondt (Molnes, 2015, s. 145).

Sykepleier i Tarberg mfl. (2016) uttrykte at det var sett på som viktig med god dialog tidlig i det palliative forløpet, slik at en kunne planlegge på forhånd. Blant annet hva som var viktige ønsker for pasient og pårørende. Noen sykepleiere uttrykte også et ønske om en møteplass før de møttes i hjemmet, som for eksempel på sykehuset før utskrivelse. Dette for å kunne skape kontakt og planlegge det som skulle skje videre. Det var også for å unngå å invadere hjemmet til pasienten, spesielt hos yngre pasienter (Nordsveen og Andershed, 2015). Det kom frem at de som hadde litt mer erfaring innen yrket la vekt på å bli kjent med pasient og pårørende (Røgenes mfl., 2013).

Den palliative omsorgen ble også sett på som positiv, da man ble godt kjent med pasientene. En sykepleier uttrykte;

The district nursing service has a lot to offer palliative care, and most of us enjoy doing palliative care. It's very satisfying... and we have the luxury of getting to know people very well, seeing them in their own homes. And i think, you know, with counseling skills and knowledge... I do think we have a lot to offer (Griffiths mfl., 2007, s. 156).

#### ***4.2.2 Samtale om eksistensielle tema opplevdes utfordrende***

Sykepleierne opplevde det utfordrende å snakke med pasient og pårørende om eksistensielle tema (Dunne mfl., 2005; Molnes, 2015; Røgenes mfl., 2013; Wilson mfl., 2014). Sykepleierne uttrykte at det ikke alltid var like enkelt å snakke om de vanskelige tingene, og det krevde mot å gå inn i slike situasjoner (Molnes, 2015). Wilson mfl. (2014) sier også at sykepleiere opplevde det spesielt utfordrende med slike samtaler i hjemmet, der det kunne være nær familie i nærheten, som barn og barnebarn. Dette gjaldt spesielt beskjeder eller samtaler om dårlige nyheter. En sykepleier i Molnes (2015) sa følgende; "Det er så vanskelig å vite hva folk egentlig tenker, men kanskje vi skulle vært litt flinkere. Vi er redde for å trenge oss på, ikke sant. Dersom de ikke vil da? Det blir nok på slutten da" (Molnes, 2015, s. 146).



I ene artikkelen forklarte en sykepleier at de synes det var utfordrende å kommunisere med døende pasienter (Dunne mfl., 2005). Det var vanskelig å vite hva de skulle respondere på enkelte ting som om de hadde lang tid igjen å leve, eller om de var døende. Noen sykepleiere som var ukomfortable med døden dro inn til pasienten for å utføre det nødvendige, før de skyndet seg ut så raskt de kunne i håp om å unngå spørsmål (Dunne mfl., 2005). Sykepleierne følte seg følelsesmessig tappet når de skulle gi omsorg til døende pasienter (Dunne mfl., 2005).

Noen sykepleiere opplevde det som viktig at pasienten fikk sette ord på sine tanker og følelser og få snakke om disse tingene, og at sykepleierne tar pasientene på alvor og lytter (Molnes, 2015). Det viser også i artikkelen til Røgenes mfl. (2013) at sykepleiere med mer erfaring eller videreutdanning var ikke like redde for å ta opp vanskelige tema med pasient eller pårørende. I følge Molnes (2015) var det sykepleiere som opplevde det fint for pasientene å få dø i eget hjem, sammen med sine kjære rundt seg.

### **4.3 Opplevelse av samhandling**

Under denne hovedkategorien blir funn under følgende underkategorier belyst; dårlig informasjon i overgangen fra sykehuset til hjemmet og tverrfaglig samarbeid opplevdes positivt

#### ***4.3.1 Dårlig informasjon i overgangen fra sykehuset til hjemmet***

I tre av artiklene (Molnes, 2014; Nordsveen og Andershed, 2015; Tarberg mfl., 2016) kom det frem at sykepleierne følte på dårlig samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten når det gjaldt overføring av pasienter. Det de trekker frem som mest utfordrende var lite informasjon i forbindelse med utskrivelse av pasienten. For hjemmesykepleien var det viktig å ha praktiske ting i orden da det kunne være vanskelig å få tak i nødvendige hjelpemiddel dersom pasienten ble utskrevet på kveld og helg, når hjemmesykepleien ikke hadde mottatt tilstrekkelig informasjon i forkant. De ønsket å få tilsendt epikrisen før pasienten ble skrevet ut (Nordsveen og Andershed, 2015). I følge Tarberg mfl (2016) ble elektronisk melding sjeldent benyttet, men at epikrisen ble sendt med pasienten hjem (Tarberg mfl., 2016). Det ble brukt mye ekstra tid og ressurser av

hjemmesykepleien for å finne tak i manglende informasjon (Molnes, 2014; Nordsveen og Andershed, 2015).

I en artikkel kom det frem at sykepleierne i hjemmesykepleien synes det var positivt med en telefonsamtale fra sykehuset noen dager før utskrivelsen, med muntlig rapport om pasienten (Molnes, 2014). Sykepleierne på sykehus opplevde at hjemmesykepleien ofte var fleksible med raske utskrivelser, og forsøkte å ta imot kreftpasienter i palliativ fase på best mulig måte (Nordsveen og Andershed, 2015).

#### ***4.3.2 Tverrfaglig samarbeid opplevdes positivt***

Flere sykepleiere opplevde at kreftpasientene fikk bedre oppfølging dersom de hadde tverrfaglig samarbeid med kreftsykepleier, palliative team, eller andre yrkesgrupper (Molnes, 2014; Nordsveen og Andershed, 2015; Røgenes mfl., 2013; Tarberg mfl., 2016). Sykepleiere i sykehus og kommunehelsetjenesten trakk frem viktigheten av samarbeidsmøter (Nordsveen og Andersheds, 2015). Noen av sykepleiere i Nordsveen og Andersheds (2015) studie mente følgende; ”Sykepleierne i en kommune tror at det palliative kreftpasientene ville hatt det enda bedre dersom det hadde vært en palliativ enhet i kommunen, slik at de hadde sluppet å bli reinnlagt på sykehuset” (Nordsveen og Andershed, 2015, s. 8).

Alle kommunene i en artikkel opplevde at sykepleierne hadde hatt god rettleiding av palliativt team og at dette tverrfaglige samarbeidet var til god hjelp, særlig i utfordrende palliative pasientforløp (Tarberg mfl., 2016). Sykepleierne opplevde at satsingen på palliative team var med på å bidra til at kreftpasientene fikk bedre oppfølging, og at dette var med på å bidra til videre utvikling (Molnes, 2014). Erfarne sykepleiere angir at de i større grad samarbeider i det tverrfaglige teamet med andre yrkesgrupper (Røgenes mfl., 2013).

## **4.4 Opplevelse av kompetanse**

Denne hovedkategorien belyser underkategorien; kunnskap og erfaring var vesentlig.

#### ***4.4.1 Kunnskap og erfaring var vesentlig***

Faglig kompetanse til sykepleierne som jobber i hjemmetjenesten er noe som blir fremmet (Dunne mfl., 2005; Griffiths mfl., 2007; Molnes, 2014; 2015; Røgenes mfl., 2013; Tarberg mfl., 2016). I følge Molnes (2015) krevde sykepleie til kreftpasienter som bor hjemme stor faglig kompetanse. I en artikkel kom det frem at i en kommune hvor det var lavere kompetanse i hjemmetjenesten, ønsket flere kreftpasienter å være på sykehjem siste levetiden på grunn av tryggheten. Dersom pasienten ønsket å dø hjemme ble det flyttet på ressurser for å få dette til (Tarberg mfl., 2016). På grunn av dårlig tid og manglende ressurser hadde ikke sykepleiere tid til å sette seg ned for å oppdatere seg faglig, noe som opplevdes problematisk. Noen sykepleiere opplevde at når de satte seg ned for å oppdatere seg faglig ble det en ekstra belastning for de andre på jobb (Molnes, 2014).

“Pasientene er sykere enn tidligere, og de har behov for avansert behandling” (Molnes, 2015, s. 145). I en av forskningsartiklene var det sykepleiere som opplevde det å håndtere pasientens symptomer som vanskelig. Dette var symptomer som smerte, pustebesvær og tretthet (Dunne mfl., 2005). Sykepleiere i hjemmesykepleien hadde mindre sannsynlighet for å identifisere problem de følte seg mindre kompetente til å behandle, og kanskje er dette noe av grunnen til at de helst ikke spurte pasienten om deres psykiske bekymringer fordi de ikke følte seg kompetente til å håndtere det (Griffiths mfl., 2007). I artikkelen til Røgenes mfl. (2013) kom det frem at eldre sykepleiere med erfaring følte de ivaretok døende pasienter godt.

## 5.0 Diskusjon

Først presenteres et kapittel om metodediskusjon der vi kritisk har vurdert eget arbeid med oppgaven. Deretter kommer resultatdiskusjonen, hvor vi diskuterer funnene i resultatet sammen med relevant teori for å belyse problemstillingen.

### 5.1 Metodediskusjon

Vi har gjennom hele arbeidet med oppgaven samarbeidet godt. Vi har møttes hver gang for å jobbe sammen, da dette kan lette arbeidet ved at man har muligheten for å utveksle meninger og innspill direkte under arbeidet. Dette kan være med på å styrke oppgaven, da vi får kvalitetssikret materialet vi jobber med jevnlig. I denne oppgaven har vi hatt god hjelp av Forsberg og Wengström (2016) og Evans (2002) som støttelitteratur, og forelesningene i forkant.

I begynnelsen var søkeprosessen vår noe ustrukturert med frisøk, da Forsberg og Wengström (2016) sier at en forutsetning for å kunne gjennomføre en systematisk litteraturstudie er at det finnes tilstrekkelig antall studier. Dette bidrar til å styrke oppgaven da det førte med seg en justering av problemstillingen og hensikten, slik vi fikk et smalere spekter for videre søking. Vi justerte søkeordene etter funnene og vi visste det fantes tilstrekkelig materiale for å gjennomføre oppgaven.

Vi startet med et ønske om å finne nyest mulig artikler, da forskning er “ferskvare” og satt en grense for siste ti årene. Etter mange søk uten tilstrekkelig med funn, ble vi enige om å utvide avgrensingen av årstall til tolv år, og inkludere en eldre artikkel; Dunne mfl. (2005). Vi synes den fortsatt var aktuell da vi ønsket å finne sykepleiers opplevelser, og opplevelser fra 2005 kan være like aktuelle i dag. Dette kan være en svakhet i oppgaven som påvirker resultatet mot at noe av materialet er av eldre dato, men artikkelen svarte godt på problemstillingen. Den trekker frem tema som at sykepleierne følte seg følelsesmessig tappet når de jobbet med døende pasienter og at de ønsket en tidlig relasjon for bedre kvalitet på omsorgen.

Artikkelen til Røgenes mfl. (2013) omtaler alvorlig syke, men ikke direkte kreftpasienter. Vi har valgt å inkludere denne fordi de nevner kreftomsorg, og kreftpasienter er alvorlig syke. Nordsveen og Andershed (2015) handler om samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjeneste, og et av inklusjonskriteriene våre er pasienter som bor hjemme. Vi har vurdert det til at pasientene i denne artikkelen fortsatt bor hjemme da de er på vei hjem, den er derfor inkludert.

Vi har opprettholdt kildehenvisning på en oversiktlig og ærlig måte. De engelske artiklene har vi oversatt til norsk etter beste evne, men tar forbehold om at vi kan ha mistolket noe, eller ikke forstått hele innholdet som kan ha påvirket våre resultater. I arbeidet med oversettingen har vi brukt ordbok på avanserte enkeltord.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

I resultatdiskusjonen har vi diskutert funnene fra resultatet sammen med relevant teori for å belyse problemstillingen som er *“Hvordan opplever sykepleier å gi palliativ omsorg til hjemmeboende kreftpasienter?”*. Til slutt munner det ut i en konklusjon av oppgaven.

### ***5.2.1 Å arbeide i hjemmet opplevdes utfordrende***

Hjemmet er personlig, og det å jobbe i pasientens hjem var ofte vanskelig da dette var pasientens private arena. Flere sykepleiere opplevde dette utfordrende, samtidig som de synes det var fint for pasientene å få dø i eget hjem med sine nære rundt seg (Molnes, 2015). For hvert hjem man besøker i hjemmesykepleien får man et unikt innblikk i menneskers livssituasjon. Det er forskjellige mennesker med ulik bakgrunn, historie og ressurser som bor der, hjemmet er derfor unikt (Fjørtoft, 2016). Å gi palliativ omsorg til alvorlig syke pasienter i hjemmet opplevdes utfordrende for noen sykepleiere da det ofte var nær familie til stede som kunne være et hinder for gode observasjoner av pasienten (Wilson mfl., 2014). Samtidig må sykepleier som gir omsorg til alvorlig syke pasienter i hjemmet også ta vare på, og involvere de pårørende (Fjørtoft, 2016). I følge Brenne og Estenstad (2016) og Fjørtoft (2016) er oftest pårørende en forutsetning for at pasienten skal kunne velge å være hjemme i sin siste levetid, og de har stor betydning for pasienter ved alvorlig sykdom. Pårørende kan være en belastning for hjemmesykepleien, samtidig som

de er en god samarbeidspartner og ressurs da de gjør et viktig og omfattende omsorgsarbeid (Fjørtoft, 2016).

I følge Fjørtoft (2016) viser flere studier at ansatte i hjemmesykepleien opplever økt tidspress og tempo i arbeidet etter samhandlingsreformen ble innført, og et stort flertall av sykepleiere uttrykker at tiden de har til rådighet for hver enkelt pasient ikke strekker til. Som Molnes (2014) fremmer i sin studie følte sykepleierne på liten bemanning i forhold til pleietyngden, en konsekvens av dette er at pasientene ikke fikk den oppfølgingen de trengte, og at arbeidsoppgaver ble hoppet over eller utsatt. Sykepleierne opplevde det som vanskelig å stå i dilemmaet mellom kvalitet på pleie og omsorg, og alt det andre de måtte rekke i løpet av vekten. De kjente på behovet for mer personell for å kunne gjøre en så god jobb for pasientene som de visste de var i stand til, og for å få bedre tid til oppgavene som skulle utføres (Molnes, 2014; 2015). Fjørtoft (2016) viser at for hjemmesykepleieren kan psykiske forhold som tidspress oppleves belastende og dette kan gi en stressende arbeidshverdag. Dette kan føre til dårlig samvittighet ovenfor hvordan de prioriterer tiden hos hver pasient. Ansatte i hjemmesykepleien opplever ofte at behovene til hver enkelt pasient er større enn det er satt av tid for, som fører til økt yrkesrelatert stress (Fjørtoft, 2016). En konsekvens av langvarig yrkesrelatert stress er i følge Orvik (2015) noe som kan føre til utbrenthet og sykemelding blant helsepersonell.

### ***5.2.2 Sykepleiers opplevelse av kommunikasjon og relasjon***

Sykepleierne opplevde at en tidlig relasjonsdannelse til pasienten før han ble dårlig, førte til bedre kvalitet på pleien (Dunne mfl., 2005; Griffiths mfl., 2007). Kari Martinsen trekker frem at spesielt i tilfeller der man er svak og lider, har man et større behov for omsorg, og viktigheten av å skape en relasjon med pasienten for å kunne yte god sykepleie (Kirkevold, 2012). Sykepleierne ønsket gjerne å møte pasienten tidlig i forløpet, helst før pasienten har behov for hjelpetiltak slik de kan bli kjent med pasienten og bygge relasjon til han og familien (Lorentsen og Grov, 2016). Dette ble utmerket som viktig i flere av forskningsartiklene (Dunne mfl., 2005; Griffiths mfl., 2007; Molnes, 2015; Nordsveen og Andershed, 2015; Røgenes mfl., 2013; Tarberg mfl., 2016). I Tarberg mfl. (2016) viste det seg å være et viktig poeng fra sykepleierne at dersom de fikk en tidlig relasjon med pasient og pårørende, kunne de lettere planlegge hva som skulle skje når pasienten ble dårlig. De fikk også vite mer om hva som var viktig for pasienten og eventuelle ønsker de hadde mot

sin siste tid. Dette støttes av Brenne og Estenstad (2016) som fremmer at en tidlig relasjon til pasienten er viktig for å kunne få fatt i pasientens ønsker for hvordan pleien skal foregå i livets siste fase, og at dette må skje mens pasienten fremdeles kan gi uttrykk for sine meninger. Noen sykepleiere uttrykte et ønske om å møte pasientene før de møttes i hjemmet, for eksempel i sykehus før utskrivelse, slik de kunne opprette kontakt og planlegge veien videre i fellesskap. Dette kunne også bidra til at pasienten ikke følte hjemmet ble invadert (Nordsveen og Andershed, 2015).

Å legge til rette for at pasienter skal få dø hjemme krever planlegging. Det er derfor viktig å snakke med pårørende og pasienten om dette temaet en tid før døden nærmer seg (Brenne og Estenstad, 2016). Wilson mfl. (2014) sier at det var spesielt utfordrende med slike samtaler i hjemmet, der det kunne være nær familie i nærheten, som barn og barnebarn. Dette gjaldt spesielt beskjeder eller samtaler om dårlige nyheter. I studien til Dunne mfl. (2005) kom det frem at sykepleierne synes det var utfordrende å kommunisere med døende pasienter, og det var vanskelig å vite hva de skulle respondere på enkelte spørsmål, for eksempel om de har lang tid igjen å leve. Dette førte til at noen sykepleiere skyndet seg når de var inne hos pasienten i håp om å unngå spørsmål (Dunne mfl., 2005). Men det var ikke alle som opplevde det slik. Artikkelen til Røgenes mfl. (2013) viser at sykepleiere med lang erfaring eller videreutdanning følte seg mer komfortable med å ta opp vanskelige tema med pasient og pårørende. Når det er tid for den vanskelige samtalen om at døden trolig er nær, eller at den livsforlengende behandlingen må avsluttes, er det positivt at helsepersonell allerede har etablert en relasjon til de pårørende (Stensheim mfl., 2016). Fjørtoft (2016) sier det kan være krevende for mange sykepleiere å delta i pasient og pårørendes sorg, frykt og håp. Studien til Dunne mfl. (2005) viste at når sykepleierne ga omsorg til døende pasienter, følte de seg følelsesmessig tappet.

Joyce Travelbee hevder det er viktig å se hvordan en pasient opplever sin lidelse i stedet for å ha fokus på pasientens diagnose, og det er viktig å snakke med pasienten om hvordan han opplever sin sykdom (Kirkevold, 2012). I artikkelen til Molnes (2015) opplevde sykepleiere det som viktig at pasienten fikk sette ord på følelser og tanker. Det var viktig at pasienten fikk sette ord på de vanskelige tingene og at sykepleierne tok dette på alvor og lyttet. Travelbee sier også at det å skape et menneske-til-menneske forhold er viktig for å oppfylle den sykes behov for pleie (Kirkevold, 2012). Travelbee mener at sykepleierens hensikt er; ”(...) å hjelpe pasienten til å mestre sykdom og lidelse og å finne mening i disse

erfaringene” (Kirkevold, 2012, s. 119). Kommunikasjon og det å bli kjent med pasienten er like viktig som å yte fysisk pleie.

### ***5.2.3 Samhandlingen var ikke tilstrekkelig***

Sykepleiere opplevde at samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten ikke var tilstrekkelig for å oppnå en god pasientovergang (Molnes, 2014; Nordsveen og Andershed, 2015; Tarberg mfl., 2016). En forutsetning for å dekke pasientens sammensatte behov er god samhandling. Det er ofte de vanskeligst stilte og mest sårbare pasientene som har størst behov for å bli møtt av en helhetlig helsetjeneste (Fjørtoft, 2016). Sykepleierne følte at manglende informasjon fra spesialisthelsetjenesten var det som opplevdes mest problematisk. En konsekvens av dette var at de brukte mye ekstra tid og ressurser for å finne tak i manglende informasjon (Molnes, 2014; Nordsveen og Andershed, 2015). For å sikre trygghet og forutsigbarhet i forbindelse med utskrivelsen er god planlegging og informasjon nødvendig (Brenne og Estenstad, 2016). Flere sykepleiere hadde et ønske om at epikrisen kunne sendes i forkant av utskrivelsen, slik de fikk ha praktiske ting i orden før pasienten kom hjem (Nordsveen og Andershed, 2015). En konsekvens av manglende informasjon er at sykepleierne kan stå uten nødvendige hjelpemidler når pasienten kommer hjem, som opplevdes ekstra problematisk i helgene (Nordsveen og Andershed, 2015). Selv om sykepleierne i sykehus erfarte at hjemmesykepleien ofte var fleksible ved raske utskrivelser (Nordsveen og Andershed, 2015).

Et tiltak kan være å benytte elektroniske meldinger. I Tarberg mfl. (2016) studie kom det frem at elektroniske meldinger ble sjeldent benyttet, men at epikrisen heller ble sendt med pasienten hjem. Det kom frem at sykepleierne synes det var positivt med en muntlig rapport om pasienten per telefon fra sykehuset noen dager før utskrivelsen (Molnes, 2014). Viktigheten av samarbeidsmøter ble trukket frem både av sykepleiere i sykehus og kommunehelsetjenesten (Nordsveen og Andersheds, 2015). For å sikre informasjonsflyten i pasientovergangen mellom sykehus og hjemmet, er det innført elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger (Fjørtoft, 2016). Brattheim mfl. (2016) har utført en studie om bruken av PLO, og sykepleiere fant slike meldinger som et nyttig kommunikasjonsverktøy, men at det må utfylles med muntlig kommunikasjon og møter.



Det er viktig at koordinerte tjenester er på plass når pasienten blir utskrevet fra sykehuset, og reiser hjem. Dette er en forutsetning for at pasienten skal få mest mulig tid hjemme, og om ønskelig kunne avslutte livet hjemme (Brenne og Estenstad, 2016). Sykepleier på sykehus sa at det var viktig for de å ha faste kontaktpersoner ute i kommunene, slik som en kreftkoordinator for å kunne henvende seg til ved utskrivelse, og var en person som formidler videre riktig informasjon til rett sone/distrikt (Nordsveen og Andershed, 2015). Fastlegen skal sammen med sykepleier sikre god kvalitet, kontinuitet og samarbeid mellom de ulike partene rundt pasienten, og fastlegen har behandlingsansvaret når pasienten bor hjemme. Når livet går mot slutten er helhetlig tilnærming og tverrfaglig samarbeid i fokus (Brenne og Estenstad, 2016). Erfarne sykepleiere angir at de i stor grad samarbeider i det tverrfaglige teamet med andre yrkesgrupper (Røgenes mfl., 2013).

Det er ofte at hjemmesykepleien har en ressurs sykepleier for kreftomsorg og lindrende behandling (Haugen og Aass, 2016). Flere artikler viser at sykepleierne opplevde bedre oppfølging av pasientene dersom de hadde et tverrfaglig samarbeid med kreftsykepleier og palliative team, eller andre yrkesgrupper (Molnes, 2014; Nordsveen og Andershed, 2015; Røgenes mfl., 2013; Tarberg mfl., 2016). Det er fastlege sammen med hjemmesykepleien som har ansvar for å koble inn andre yrkesgrupper dersom det anses som nødvendig for den helhetlige tilnærmingen av pasienten (Haugen og Aass, 2016). I de kommunene som hadde tilgang på kreftsykepleier eller palliative team opplevde sykepleierne å motta god rettleiding. Dette ble opplevd positivt da de følte at de ville bidra til bedre oppfølging av pasientene (Molnes, 2014; Tarberg mfl., 2016). Åpen retur kan være en trygghet for pasient og sykepleier, og er en forsikring om at pasienten kan komme tilbake til sykehuset dersom det er behov eller ønske for det, og da helst til en avdeling pasienten er kjent (Fjørtoft, 2016). I kommuner der de ikke hadde tilgang på palliativ enhet ble pasienter som en konsekvens av dette oftere reinnlagt på sykehus (Nordsveen og Andersheds, 2015). De kommunene som ikke hadde kreftsykepleier tilgjengelig savnet noen som tok seg av koordinerte beskjeder (Nordsveen og Andershed, 2015). Der de ikke hadde en fast person til å koordinere pasientforløpet, trodde sykepleierne å ha en slik person ville bidra til bedre samhandling (Dunne mfl., 2005).

#### **5.2.4 God kompetanse gir kvalitet**

Samhandlingsreformen er en årsak til at det blir stilt større krav til kompetansen blant sykepleiere i kommunehelsetjenesten, da utskrivningsklare pasienter er sykere enn tidligere, og har behov for mer avansert behandling (Molnes, 2015; Norheim og Thoresen, 2015). I hjemmesykepleien er nok den viktigste ressursen personalet og deres kompetanse. For å dekke pasientenes behov og sørge for forsvarlig oppfølging, må det være tilstrekkelig kompetent personale på jobb. Kompetanse er en avgjørende kvalitetsfaktor, og det kreves stor kompetanse hos en yrkesutøver som må holde seg faglig oppdatert (Fjørtoft, 2016). Sykepleiere opplevde at de ikke var tid til å oppdatere seg faglig på jobb, og følte de ble en ekstra belastning for de andre på arbeidsstedet (Molnes, 2014).

Lav kompetanse blant sykepleierne i en kommune førte til at pasienter ønsket å dø på sykehjem på grunn av tryggheten. Eventuelt kunne det flyttes på ressurser for at pasienten skulle få være hjemme (Tarberg mfl., 2016). Dersom de manglet opplæring og undervisning, burde dette tilbys fra spesialisthelsetjenesten, slik hjemmesykepleien til enhver tid har den kompetansen som er nødvendig for å følge opp pasienten på en forsvarlig måte (Brenne og Estenstad, 2016). Helsepersonell står ansvarlig for å skape trygge rammer rundt pasienter som ønsker å dø hjemme. For at dette skal være gjennomførbart er tilgang på kompetent personell, og et lokalsykehus som stiller opp dersom det skulle være behov, nødvendig (Brenne og Estenstad, 2016). Sykepleierne i Molnes (2014) studie mente at en konsekvens av manglende kompetanse var at pasientene ikke ble optimalt ivaretatt.

Kari Martinsen fremhever i sin sykepleieteori at for å yte god sykepleie må man først bli kjent med pasienten og deres livshistorie, sosiale og kulturelle historie. Deretter kan man bruke kunnskap for å se hvilke tiltak som kan settes i verk for pasientens beste (Kirkevold, 2012). Det var flere sykepleiere i artiklene som opplevde det vanskelig å håndtere symptomene som kunne oppstå hos pasientene, noe som kan tyde på lav kompetanse om alvorlig syke og døende pasienter. Det var også sykepleiere som ikke ville stille spørsmål til pasienten om psykiske bekymringer da de ikke følte seg kompetente til å kunne svare eller hjelpe pasienten (Griffiths mfl. 2007). Det viser seg at erfaring har mye å si for hvordan sykepleiere selv føler de kan ivareta pasienter som er døende, da de med mer erfaring følte de tok godt vare på denne pasientgruppen (Røgenes mfl. 2013).

### 5.3 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å finne ut hvordan sykepleiere opplevde å gi palliativ omsorg til kreftpasienter som ønsket å bo hjemme. Gjennom arbeidet med oppgaven har vi sett at flere ting oppleves utfordrende for sykepleierne. Samtidig som sykepleierne opplevde det som fint for pasienten å få være hjemme med sine nære rundt seg når livets slutfase nærmet seg, opplevdes det utfordrende å arbeide i pasientens hjem. Sykepleierne kjente på lite ressurser i forhold til pleietyngden, og ønsket mer personell for å yte så god omsorg de visste de kunne. Konsekvenser av dette er at arbeidsoppgaver ble forskjøvet til neste vakt, og sykepleierne sto i fare for å utvikle yrkesrelatert stress.

Sykepleier ønsket en tidlig relasjon da dette kunne føre til bedre kvalitet på pleien. Samtaler om vanskelige tema var trukket frem som utfordrende i hjemmet, spesielt når nær familie var tilstede, som barn og barnebarn. Dette var utfordrende for sykepleiere som var ukomfortable med å kommunisere med døende i den palliative fasen. Sykepleierne følte seg følelsesmessig tappet når de ga omsorg til døende pasienter. Det ble også trukket frem at samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten ikke var tilstrekkelig. De kjente på manglende informasjon, og måtte bruke mye tid og ressurser på å få tak i den nødvendige informasjonen. Flere sykepleiere savnet en fast person til å koordinere beskjeder, noe som opplevdes positivt blant de som hadde dette. De ønsket å få tilsendt epikrisen før pasienten kom hjem, eller få en telefon noen dager før utskrivelsen slik de kunne ha praktiske ting i orden. Eventuelt kunne de nytte PLO-meldinger i tillegg.

Det stilles store krav til sykepleiers kompetanse og de opplevde at det ikke var tid til å oppdatere seg faglig på jobb. Sykepleiere som ikke følte seg kompetente til å håndtere enkelte symptom og spørsmål pasienten kunne ha, hadde mindre sannsynlighet for å oppdage symptomene, og åpne for spørsmål. De erfarne sykepleierne følte selv de ivaretok denne pasientgruppen godt. Konsekvensen av manglende kompetanse kan være at pasienten ikke blir optimalt ivaretatt, og blir oftere reinnlagt på sykehus.

Da samhandlingsreformen ble innført i 2012 ble det gjort store endringer i hvordan tjenestene er organisert. Kommunehelsetjenesten får ansvaret for mye sykere pasienter, noe som stiller krav til høy kompetanse og tilstrekkelig med tid og ressurser. Et forslag til

videre forskning er hvilke endringer samhandlingsreformen har ført til for kommunehelsetjenesten, og konsekvensen av disse endringene.

## 6.0 Referanseliste

Aass, N., Haugen, D.F., Rosland, H., Dønnem, T. og Knudsen, A.K. (2015) *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen* [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet.

Tilgjengelig fra:

<<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20kreftomsorgen-IS-2285.pdf>> [Lest 09. mai 2018].

Bertelsen, B., Hornslien, K. og Thoresen, L. (2015) Svulster I: Ørn, S., Mjell, J. og Bach-Gansmo, E. red. *Sykdom og behandling*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 123-155.

Brattheim, B.J., Hellesø, R. og Melby, L. (2016) Elektronisk meldingsutveksling ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien forskning* [Internett], 11 (1), s. 26-33. DOI: 10.4220/Sykepleienf.2016.56830

Brenne, A-T. og Estenstad, B. (2016) Hjemmedød. I: Kaasa, S., og Loge, J.H. red. *Palliasjon*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.161-171.

Brønstad, A., Paulsen, T.M. og Hårberg, G.B (2017) Omsorg og service [Internett]. Tilgjengelig fra: <<https://ndla.no/nb/node/3743?fag=8>> [Lest 20. april 2018].

Dunne, K., Sullivan, K. og Kernohan, G. (2005) Palliative care for patient with cancer: district nurses' experience, *Journal of Advanced Nursing* [Internett], 50 (4), s. 372- 380. DOI:10.1111/j.1365-2648.2005.03402.x

Eide, H. og Eide, T. (2014) *Kommunikasjon i relasjoner*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eidsvåg, B. (u.å.) *Eg ser* [Internett]. Tilgjengelig fra:

<<http://www.bjerneidsvag.no/album/passe-gal/sanger/eg-ser>> [Lest 02. mai 2018].

Evans, D. (2002) Systematic reviews of interpretive research: interpretive data of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing* [Internett], 20 (2), s. 22-26.

Tilgjengelig fra:

<<http://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CC8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ajan.com.au%2FVol20%2FV ol20.2-4.pdf&ei=hrPJUomKLM7n7Ab0xoGIAg&usg=AFQjCNFFFQ7R7iBZTWH1pgY7u queJO2qHg&bvm=bv.58187178,d.bGE>> [Lest 20.01.2018].

Fjørtoft, A-K. (2016) *Hjemmesykepleie*. 3. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Forsberg, C. og Wengström (2016) *Att göra systematiska litteraturstudier*. 4. utgave.

Letland: Natur & Kultur.

Griffiths, J., Ewing, G., Rogers, M., Barclay, S., Martin, A., McCabe, J. og Todd, C. (2007) Supporting Cancer Patient with Palliative Care Needs. *Cancer Nursing* [Internett], 30 (2) s. 156-162. DOI: 10.1097/01.NCC.0000265013.63547.4a

Grov, E.K. ( 2015) Pleie og omsorg ved livets slutt I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. *Geriatrisk sykepleie*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 522-537.

Haugen, D.F. og Aass, N. (2016) Organisering av palliative tilbud I: Kaasa, S., og Loge, J.H. Red. *Palliasjon*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.112-125.

Helsedirektoratet (2017) *Samhandlingsreformen* [Internett]. Tilgjengelig fra:

<<https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>> [Lest 30. april 2018].

Idunn (u.å) *Om Idunn* [Internett]. Tilgjengelig fra: <<https://www.idunn.no/info/om>> [Lest 18. april 2018].

Kreftregisteret (2017) *Fakta om kreft* [Internett]. Tilgjengelig fra:

<<https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/>> [Lest 29. november 2017].

Kristoffersen, N.J. (2016) Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. og Grimsbø, G.H. red. *Grunnleggende sykepleie bind 3*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 15- 80.

Kirkevold, M. (2012) *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Leegard, M. (2015) Kvalitet på kvalitativ forskning - et spørsmål om god smak? *Sykepleien forskning* [Internett], 10 (1). Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2015/04/kvaliteten-pa-kvalitativ-forskning-et-sporsmal-om-god-smak> [Lest 12. januar 2018].

Lorentsen, V. B. og Grov, E. K. (2016) Generell sykepleie ved kreftsykdommer I: Stubberud, D-G., Grønseth, R. og Almås, H. red. *Klinisk sykepleie bind 2*. 5. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 397-436.

Molnes, S.I. (2014) Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. *Nordisk sygeplejeforskning* [Internett], Vol 4, s. 142-155. Tilgjengelig fra: [https://www.idunn.no/nsf/2014/02/sykepleieres\\_erfaringer\\_medsmertelindring\\_til\\_hjemmeboende](https://www.idunn.no/nsf/2014/02/sykepleieres_erfaringer_medsmertelindring_til_hjemmeboende) [Lest 19. november 2017].

Molnes, S.I. (2015) Sammen går vi døden i møte. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* [Internett], 11 (2) s. 141-152. DOI: <http://dx.doi.org/10.7557/14.3718>.

Nordsveen, H. og Andershed, B. (2015) Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem - sykepleierens erfaringer av samhandling. *Nordisk sygeplejeforskning* [Internett], Vol 5. s. 239-252. Tilgjengelig fra: [https://www.idunn.no/nsf/2015/03/pasienter\\_med\\_kreft\\_i\\_palliativ\\_fase\\_paa\\_vei\\_hjem\\_-\\_sykeplei](https://www.idunn.no/nsf/2015/03/pasienter_med_kreft_i_palliativ_fase_paa_vei_hjem_-_sykeplei) [Lest 19. november 2017].

Norheim, K.K. og Thoresen, L. (2015) Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien - på rett sted til rett tid? *Sykepleien forskning* [Internett], 10 (1), s. 14-22. DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.53343>.

Norsk senter for forskningsdata (u.å.) *Register over vitenskapelige publiseringskanaler* [Internett]. Tilgjengelig fra: <<https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/>> [Lest 30. april 2018].

Orvik, A. (2015) *Organisatorisk kompetanse*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Regjeringen (u.å) *Reiseinformasjon* [Internett]. Tilgjengelig fra: <<https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/reiseinformasjon/id2413163/>> [Lest 18. april 2018].

Regjeringen (2013) *Sammen - mot kreft* [Internett]. Tilgjengelig fra: <[https://www.regjeringen.no/contentassets/07cd14ff763444a3997de1570b85fad1/kreftstrategien\\_2013.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/07cd14ff763444a3997de1570b85fad1/kreftstrategien_2013.pdf)> [Lest 02. mars 2018].

Roald, B., Sauer, T. og Klepp, O. (2017) *Kreft* [Internett]. Tilgjengelig fra: <<https://sml.snl.no/kreft>> [Lest 18. april 2018].

Røgenes, G.K., Moen, A. og Grov, E.K. (2013) Heimesjukepleiarens perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen. *Klinisk sygepleje* [Internett], Vol 27, s. 64-76.

Tilgjengelig

fra: <[https://www.idunn.no/klinisk\\_sygepleje/2013/01/heimesjukepleiarens\\_perspektiv\\_paa\\_forhold\\_som\\_fremjar\\_palli](https://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2013/01/heimesjukepleiarens_perspektiv_paa_forhold_som_fremjar_palli)> [Lest 21. november 2017].

Statistisk sentralbyrå (2015) *Dødsårsaker* [Internett]. Tilgjengelig fra: <<https://www.ssb.no/statbank/table/03297?rxid=d6e867f4-85a7-4325-ad3e-a3c910c6e7e4>> [Lest 18. april 2018].

Stensheim, H., Hjermsstad, M.J. og Loge, J.H. (2016) Ivaretagelse av pårørende I: Kaasa, S., og Loge, J.H. red. *Palliasjon*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 272-286.

Store norske leksikon (2016) *Opplevelse*. Tilgjengelig fra: <<https://snl.no/opplevelse>> [Lest 18. april 2018].



Tarberg, A, S., Kvangarsnes, M., og Hole, T. (2016) 11 Helsepersonell i kommunehelsetenesta sine erfaringar med det palliative pasientforløp [Internett], s. 243-250. DOI:[10.18261/9788215027623-2016-12](https://doi.org/10.18261/9788215027623-2016-12)

Universitets-og høyskolerådet (2004) *Vekt på forskning* [Internett]. Tilgjengelig fra: [https://npi.nsd.no/dok/Vekt\\_pa\\_forskning\\_2004.pdf](https://npi.nsd.no/dok/Vekt_pa_forskning_2004.pdf) [Lest 01. mai 2018].

Wilson, C., Griffiths, J., Ewing, G., Michael, P. 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* [Internett], 37 (4), s. 310-315. DOI:10.1097/NCC.0b013e31829a9a56

**VEDLEGG 1: SØKEHISTORIKK****Søkehistorikk CINAHL (EBSCO)**

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Community health nursing	19.11.17	CINAHL (EBSCO)	29176	0	0	0
Palliative care	19.11.17	CINAHL (EBSCO)	28744	0	0	0
Cancer patients	19.11.17	CINAHL (EBSCO)	26355	0	0	0
Community health nursing AND palliative care AND cancer patients	19.11.17	CINAHL (EBSCO)	23	11	6	0
Community health nursing AND palliative care AND cancer patients + peer reviewed	19.11.17	CINAHL (EBSCO)	13	7	5	Dunne mfl., (2005), Griffiths mfl., (2007) og Wilson mfl., (2014)

**Søkehistorikk SweMed+**

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Community health nursing	19.11.17	SweMed+	396	0	0	0
Palliative care	19.11.17	SweMed+	424	0	0	0
Cancer patient	19.11.17	SweMed+	879	0	0	0
Community health nursing AND palliative care AND cancer patient	19.11.17	SweMed+	5	3	2	Nordsveen mfl. (2015)

## VEDLEGG 2: LITTERATORMATRISER

## Palliative care for patient with cancer: district nurses' experience

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
Dunne, K., Sullivan, K. og Kernohan, G. (2005) Palliative care for patient with cancer: district nurses' experience, <i>Journal of Advanced Nursing</i> [Internett], 50 (4), s. 372- 380. DOI:10.1111/j.1365-2648.2005.03402.x	Studien tar for seg distriktsykepleierens erfaringer med å gi palliativ omsorg for pasienter med kreft og deres familier.	Cancer patients Community health nursing Palliative care	En kvalitativ studie. Det ble brukt intervju for å få frem individuelle erfaringer om å gi palliativ omsorg til pasienter som bor hjemme. Det var 25 distriktsykepleiere som deltok i studien.	Det var særlig fire temaer som kom frem i studien: kommunikasjon, familien som element innen omsorgen, utfordringer for sykepleier innen symptom og personlig pleie. Sykepleiere opplevde vansker med å håndtere alle symptomene som kunne dukke opp som følge av kreftsykdommen. Sykepleier opplevde den palliative omsorgen som utfordrende, men givende. Det å bli følelsesmessig berørt var det mange av sykepleierne som opplevde. Sykepleiere opplevde vansker å snakke om døden med pasientene.	Forskningsartikkelen er relevant for vår studie da den tar for seg utfordringer som sykepleiere opplever ved å gi palliativ omsorg til kreftpasienter som bor hjemme, innen flere felter.

## Supporting Cancer Patients with Palliative Care Needs

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Griffiths, J., Ewing, G., Rogers, M., Barclay, S., Martin, A., McCabe, J. og Todd, C. (2007)</p> <p>Supporting Cancer Patient with Palliative Care Needs. <i>Cancer Nursing</i> [Internett], 30 (2) s. 156-162. DOI: 10.1097/01.NCC.0000265013.63547.4a</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke britiske sykepleieres oppfatninger av deres rolle i å støtte kreftpasienter som trenger palliativ pleie.</p>	<p>Cancer patients Community nurses Nurses' role Palliative care</p>	<p>En kvalitativ studie. Det ble utført intervju med 34 distrikts sykepleiere. Fokuset var innen 4 områder: kommunikasjon med pasient og omsorgsperson, behandling av symptomer og behov, pleiehjelp i primærhelsetjenesten og samarbeid i palliativ omsorg.</p>	<p>Sykepleiere opplevde at tidlig kontakt for å skape relasjon med pasienten var viktig. Kompetanse var også et felt som kom frem som viktig. Det var sykepleiere som opplevde at det ble unnlatt å stille spørsmål til pasient, da de ikke følte seg kompetente til å svare.</p> <p>Konklusjonen er at distriktssykepleierne har en viktig rolle i den palliative omsorgen for pasienten i hjemmet, og ser ut til å bruke mye tid og energi i å bygge en god relasjon med pasienten i begynnelsen, og i å følge pasienten og deres familie helt til slutten. Den viser også at sykepleierne møter på dilemmaer og vanskelige valg.</p>	<p>Denne artikkelen får frem hva sykepleierne mener om sin rolle i å støtte pasientene, og viser at de har en viktig rolle i den palliative omsorgen. Studien trekker frem at sykepleierne bruker mye tid og energi på å følge opp pasientene. Også at de møter utfordringer.</p>

## Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
Molnes, S.I. (2014) Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. <i>Nordisk sygeplejeforskning</i> [Internett], Vol 4, s. 142-155. Tilgjengelig fra: <a href="https://www.idunn.no/nsf/2014/02/sykepleieres_erfaringer_medsmertelindring_til_hjemmeboende">https://www.idunn.no/nsf/2014/02/sykepleieres_erfaringer_medsmertelindring_til_hjemmeboende</a> [Lest 19.11.2017].	Hensikten med studien var å finne ut hvordan sykepleiere beskriver egen praksis i å gi smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. Og hva blir etterlyst av sykepleierne av spesiell kompetanse for å ivareta egen trygghet.	Hjemmesykepleie Kompetanse Kreft Smertelindring Sykepleiere	Det er brukt en kvalitativ metode. Det var 10 sykepleiere som deltok. Data ble samlet gjennom halvstrukturerte, individuelle intervjuer.	Funnene besto av tre kategorier: sykepleiernes opplevelse av faglig oppdatering, sykepleiernes opplevelse av hjemmesykepleien og sykepleiernes opplevelse av omgivelsene. Her kommer det frem både positive og negative opplevelinger innenfor de ulike temaene. Sykepleierne opplevde blant annet lite bemanning og dårlig tid med pasient. Samhandling med spesialisthelsetjenesten opplevdes utfordrende. Tverrfaglig samarbeid og kompetanse kom frem som viktige faktorer.	Artikkelen tar for seg mange av sykepleiers opplevelser innen den palliative omsorgen for kreftpasienter. Hva sykepleiere opplever som bra og hva som oppleves som en utfordring i pleien som skal gis. Aktuell innen vår problemstilling.

## Sammen går vi døden i møte

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
Molnes, S.I. (2015) Sammen går vi døden i møte. <i>Nordisk Tidsskrift for Helseforskning</i> [Internett], 11 (2) s. 141-152. DOI: <a href="http://dx.doi.org/10.7557/14.3718">http://dx.doi.org/10.7557/14.3718</a> .	Hensikten med denne artikkelen er å finne ut hvordan sykepleiere beskriver egen praksis knyttet til hjemmedød og kreftpasientens åndelige behov.	Kommunehels etjenesten Hjemmedød Åndelige behov Sykepleiere	Det er brukt en kvalitativ metode i artikkelen, som er basert på en beskrivende undersøkelse. Det var ti sykepleiere som deltok i studien. Data ble samlet gjennom halvstrukturerte, individuelle intervjuer.	Hjemmet til pasientene kunne for noen av sykepleierne oppleves skremmende og utfordrende, der pasient og pårørende har store forventninger til pleien som skal gis. Sykepleierne opplevde også at det var fint pasientene fikk være hjemme mot den siste tiden av livet. En tidlig relasjon med pasienten kom frem som et viktig punkt. Det opplevdes utfordrende for sykepleier men også som et viktig punkt at pasient og pårørende fikk snakke ut om eksistensielle tema.  Det kan oppstå en rekke utfordringer når man skal arbeide nært alvorlig syke og døende pasienter. Det er avgjørende om sykepleier har kompetanse, trygghet, mot, erfaring og etisk innsikt til å imøtekomme pasientens behov og ønsker.	I studien kommer det frem sentrale funn for vår oppgave. Studien får særlig frem at sykepleier opplever det vanskelig å samhandle med døende pasienter. Dette kan være viktige opplevelser å ta med i vår oppgave.

**Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem - sykepleierens erfaringer av samhandling**

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
Nordsveen, H. og Andershed, B. (2015) Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem - sykepleierens erfaringer av samhandling. <i>Nordisk sygeplejeforskning</i> [Internett], Vol 5. s. 239-252. Tilgjengelig fra: < <a href="https://www.idunn.no/nsf/2015/03/pasienter_med_kreft_i_palliativ_fase_paa_vei_hjem_-_sykeplei">https://www.idunn.no/nsf/2015/03/pasienter_med_kreft_i_palliativ_fase_paa_vei_hjem_-_sykeplei</a> > [Lest 19.11.2017].	Hensikten med studien var sykepleiers erfaring ved utskrivelse av pasienter med kreft i palliativ fase til hjemmet.	Hjem Overføring Palliasjon Samhandling Sykehus	Det er en kvalitativ studie med et beskrivende design med fokusgruppeintervju. Det var 20 sykepleiere som deltok i studien.	I resultatet fra studien viser det at det ligger et forbedringspotensial i å ha gode rutiner ved utskrivelse av kreftpasienter i palliativ fase. Det viste seg at det er viktig med felles møte med alle involverte parter før utskrivelsen for å avklare forventninger, skape forutsigbarhet og kontinuitet i omsorgen. Det viste seg også seg også at sykepleierne mangler informasjon og kunnskap om hvordan de ulike tjenestene er organisert og praktisk fungerer.	Vi vil bruke denne artikkelen til å se på sykepleiers opplevelse og erfaring med samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

**Heimesjukepleiernes perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen**

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Røgenes, G.K., Moen, A. og Grov, E.K. (2013)</p> <p>Heimesjukepleiernes perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen. <i>Klinisk sygepleje</i> [Internett], Vol 27, s. 64-76.</p> <p>Tilgjengelig fra:  <a href="https://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2013/01/heimesjukepleiernes_perspektiv_paa_forhold_som_fremjar_palli">https://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2013/01/heimesjukepleiernes_perspektiv_paa_forhold_som_fremjar_palli</a>  [Lest 21.11.2017].</p>	<p>Hensikten for studiet var å finne ut hva sykepleier vektlegger som viktige faktorer for at pasientene skal få lengst mulig tid hjemme i den palliative fasen.</p>	<p>Home care Nurses Nursing Palliative care Home care</p>	<p>Studien har en kvantitativ deduktiv metode, med et non-eksperimentelt design. Målgruppa var sykepleiere som jobber i hjemmesykepleien i norske kommuner. Spørreskjemaet som er brukt, er utviklet spesifikt for dette studiet, og inneholdt 74 påstander som respondentene skulle svare på.</p>	<p>Studien viser at for sykepleierens er samarbeid, organisering, informasjon og kommunikasjon viktig i arbeidet med pasienter i en palliativ fase av livet, som bor hjemme. De gir støtte til refleksjon, kunnskap og erfaring, som styrker sykepleierens faglige trygghet. Det kom frem i studien at erfaring blant sykepleiere fører med seg fordeler. I følge studien følte erfarne sykepleiere at de kommuniserte bedre med døende, at de turte å ta opp vanskelige tema med pasient og at de jobbet godt tverrfaglig med andre yrkesgrupper, mer enn de sykepleierne med mindre erfaring gjorde.</p>	<p>Vi vil bruke denne artikkelen for å fremme vår problemstilling ved å finne ut hva sykepleier erfarer i møte med palliativ pleie i hjemmet.</p>



**11 Helsepersonell i kommunehelsetenesta sine erfaringar med det palliative pasientforløp**

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
Tarberg, A, S., Kvangarsnes, M., og Hole, T. (2016) 11 Helsepersonell i kommunehelsetenesta sine erfaringar med det palliative pasientforløp [Internett], s. 243- 250. <a href="https://doi.org/10.18261/9788215027623-2016-12">DOI:10.18261/9788 215027623-2016-12</a>	Hensikten med studien var å finne ut hvordan helsepersonell i kommunehelsetjenesten har erfart palliative pasientforløp. Også hvilke faktorer som kan bidra til gode forløp.	Palliative pasientforløp Kommune- helsetjenesten Samhandlings- reformen	Kvalitativ studie. Det ble utført fokusgruppeintervju i seks kommuner på Sunnmøre. Gruppene hadde fra tre til seks deltagere og ble tverrfaglig sammensett. Det ble brukt en hermeneutisk tilnærming i analysen av materialet.	Sykepleiere opplevde blant annet at et tidlig møte med pasienter var positivt for å kunne planlegge det palliative forløpet med pasienten. Utfordringer i samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten kom også frem i artikkelen. Også som et viktig funn var at tverrfaglig samarbeid i kommunen opplevdes positivt. God kompetanse var sett på som viktig.	Artikkelen tar for seg hvilke erfaringer helsepersonell i kommunen gjør seg i det palliative forløpet til døende pasienter. De skriver generelt om pasienter som trenger palliativ pleie, men tar også for seg viktighet med kreftsykepleier i kommunen, noe som sier oss at det omhandler kreftpasienter også. Passer til vår problemstilling.

**A Qualitative Exploration of District Nurses' Care of Patients with Advanced Cancer: The Challenges of Supporting Families Within the Home, Cancer Nursing.**

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
Wilson, C., Griffiths, J., Ewing, G., Michael, P. & Grande, G. (2014) A Qualitative Exploration of District Nurses' Care of Patients with Advanced Cancer: The Challenges of Supporting Families Within the Home, <i>Cancer Nursing</i> . 37 (4) 310-315. DOI: 10.1097/NCC.0b013e31829a9a56.	Hensikten med studiet var å utforske distrikts-sykepleiernes erfaringer av å støtte pasienter som tilhører en familie i hjemmet.	Cancer Carers Family Palliative care Supportive care	Kvalitativ metode ble nyttet. Fokusgruppeintervjuer ble utført med 40 sykepleiere som jobber i hjemmesykepleien i 4 forskjellige områder i Storbritannia. Gruppene ble registrert digitalt og tilrettelagt av forskerne ved hjelp av en fleksibel emneveiledning.	I studien kom det fram som et utfordrende punkt for sykepleierne å jobbe i hjemmet der det var nær familie tilstede. Familien kunne være til hinder for at sykepleiere skulle få gjøre gode vurderinger, i tillegg kunne det oppleves vanskelig å snakke med pasient om eksistensielle tema når nær familie var tilstede. Dette gjaldt spesielt informasjon om dårlig nytt. Konklusjonen var at pleierne gir mye positiv, støttende omsorg i hjemmet. Men for noen kan hjemmet være preget av konflikter, fremfor en trygg og avslappende atmosfære. Utfordringer i familieforholdene utgjør et særegent og utfordrende miljø for sykepleierne i hjemmesykepleien.	I denne artikkelen kommer det frem hvordan sykepleier opplever pleien som blir gitt til kreftsyke pasienter i hjemmet, når der bor nær familie. Det kommer også frem hva som kan oppleves som utfordrende. Aktuell i forhold til vår problemstilling.

## VEDLEGG 3: SJEKKLISTE FOR KVALITATIV FORSKNING

### Sjekkliste for kritisk vurdering av kvalitativ forskning

#### > SJEKKLISTE FOR KRITISK VURDERING AV KVALITATIV FORSKNING

Det er tre hovedområder som bør vurderes når vi skal evaluere kvalitative forskningsfunn:

- Hva er funnene?
- Er funnene gyldige?
- Er funnene klinisk relevante?

Her presenterer jeg en sjekkliste med ti spørsmål som kan bidra til å finne svar på de tre hovedområdene på en systematisk måte (6). Sjekklisten kan brukes av forskere når de planlegger å gjøre en kvalitativ studie, eller som et instrument for å kritisk vurdere en kvalitativ forskningsartikkel.

De to første spørsmålene er en grunnleggende kartlegging av om dette er en studie det er verdt å evaluere. Disse spørsmålene bør du også ha et klart svar på i den prosjektplanen som ligger til grunn for forskningen.

#### 1. Er målene med studien tydelige?

Ja  Usikker  Nei

Vurder:

- Hva er målet med studien?
- Hvorfor er studien viktig?
- Relevans for studien

#### 2. Er det hensiktsmessige å bruke kvalitativ metode?

Ja  Usikker  Nei

Vurder:

- Om studien prøver å tolke eller belyse handlinger og/eller subjektive opplevelser fra forskningsdeltakere
- Om kvalitativ forskning er riktig metode for å besvare forsknings-spørsmålene

Er det noen vits å fortsette?

Hvis du har svart tydelig ja på begge spørsmålene kan du gå videre. Hvis ikke bør du tenke nøye gjennom hva som bør endres med studien før den blir satt i gang. Hvis studien er gjennomført og du skal være fagfelle, kan det være studien ikke skal publiseres.

#### 3. Er forskningsdesignet hensiktsmessig for å nå målene med studien?

Ja  Usikker  Nei

Vurder:

- Om forskeren(e) har begrunnet valg av forskningsdesign
- Om forskeren(e) har diskutert hvorfor de landet på en bestemt kvalitativ metode, for eksempel intervju eller fokusgruppe

#### 4. Var rekrutteringsstrategien hensiktsmessig i forhold til studiens mål?

Ja  Usikker  Nei

Vurder:

- Har forskeren beskrevet hvordan deltakerne ble rekruttert?
- Har forskeren beskrevet hvorfor deltakerne de valgte var de mest hensiktsmessige for å gi tilgang til den type av kunnskap som etterspørres i studien

#### 5. Er datainnsamlingen hensiktsmessig for studiens tema?

Ja  Usikker  Nei

Vurder:

- Om forskeren begrunner hvor data blir samlet inn
- Om det er klart hvordan data blir samlet inn, eksempelvis fokusgrupper, semistrukturerte intervjuer

- Har forskeren begrunnet valg av metode for datainnsamling?
- Har forskeren utdypet metodene, for eksempel hvordan intervjuene ble gjennomført, ble det brukt en intervjuguide?
- Om metodene ble endret underveis i studien. Hvis det er tilfelle: Har forskeren forklart hvordan og hvorfor?
- Er typer av data klart beskrevet, for eksempel båndopptak, video-filming, notater?
- Har forskeren diskutert metning av data?

#### 6. Har forholdet mellom forsker og deltakere blitt vurdert tilstrekkelig?

Ja  Usikker  Nei

Vurder:

- Har forskeren(e) vært kritiske til sin egen rolle med mulige feil og påvirkning når a) forskningsspørsmålene ble formulert og b) under datainnsamling (inkludert rekruttering og valg av sted)?
- Har forskeren reflektert over hendelser i løpet av studien og om det ble vurdert å endre på elementer i forskningsdesignet?

#### 7. Har etiske spørsmål ved studien blitt vurdert?

Ja  Usikker  Nei

Vurder:

- Beskriver forskeren(e) nok detaljer om hvordan studien ble forklart for deltakerne så leseren av artikkelen (eller prosjektplanen) kan vurdere om etiske retningslinjer blir fulgt?
- Diskuterer forskeren etiske spørsmål ved egen studie som for eksempel informert samtykke, konfidensialitet eller hvordan forskerne håndterte effekten studien hadde på deltakerne under eller etter avsluttet studie?
- Er det søkt om godkjenning fra en etisk komité?

#### 8. Er dataanalysen nøyaktig nok?

Ja  Usikker  Nei

Vurder:

- Er det en detaljert forklaring på analyseprosessen?
- Hvis tematisk analyse: kommer det klart frem hvordan kategorier/temaer ble utledet fra den transkriberte teksten?
- Forklarer forskeren hvordan presenterte data ble valgt ut fra det originale transkriptet for å demonstrere hvordan data er analysert?
- Presenteres det tilstrekkelig med data for å understøtte funn?
- Er det tatt hensyn til motstridende data?
- Har forskeren(e) kritisk vurdert egen rolle, mulige feil og påvirkning av dataanalysen og valg av hvilke data som blir presentert?

#### 9. Kommer funnene tydelig frem?

Ja  Usikker  Nei

Vurder:

- Om funnene er tydelige
- Om det er en dekkende/adekvat diskusjon av forskning som både støtter og motstrider studiens funn
- Om forskeren diskuterer troverdigheten av egne funn (for eksempel triangulering, validering fra deltakere, mer enn en dataanalytiker)
- Om funn er diskutert i sammenheng med de originale forsknings-spørsmålene

#### 10. Er studien viktig?

Ja  Usikker  Nei

Vurder:

- Diskuterer forskeren hva som er studiens bidrag til tidligere forskning eller teoretisk kunnskap? Vurderes funn opp mot dagens kliniske praksis?
- Identifiseres nye forskningsområder?
- Diskuterer forskeren hvorvidt eller om funn kan overføres til andre populasjoner eller om forskningen kan anvendes på andre områder?