

Annelin Grindvik Nilsen & Marthe Hauge Knutsen

Sykepleiers tilrettelegging av god palliativ pleie til kreftsyke i hjemmet.

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie

Veileder: Janne-Rita Skår

Mai 2022

Annelin Grindvik Nilsen & Marthe Hauge Knutsen

Sykepleiers tilrettelegging av god palliativ pleie til kreftsyke i hjemmet.

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie

Veileder: Janne-Rita Skår

Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for helsevitenskap i Ålesund



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn

Dødsårsaksregisteret til folkehelseinstituttet viser at kreft er den hyppigste dødsårsaken i Norge. Mange med uhelbredelig kreft har et ønske om å få dø hjemme med sine nærmeste rundt seg. I 2020 var 27% av dødsfallene fra kreft. Kun 13% av de totale dødsfallene skjedde i hjemmet.

Hensikt

Hensikten med studien er å finne ut hvordan sykepleier kan tilrettelegge for god palliativ pleie til kreftsyke pasienter i hjemmet.

Metode

Dette er en systematisk litteraturstudie hvor åtte forskningsartikler er plukket ut. Vi har tatt i bruk Evans innholdsanalyse for å analysere artiklene og kategorisere funnene.

Resultat

Resultatene av innholdsanalysen deles inn i tre forskjellige tema. Temaene er samarbeid med pårørende, organisering for pasienten og hvordan tjenestene er organisert. Alle temaene viser til viktige områder for sykepleier for at en god palliativ pleie hjemmet skal være mulig og resultatet av analysen viser at det er behov for utvikling og forbedring av tjenestene.

Konklusjon

Drøftingen i oppgaven viser til tre tema; hvordan tjenesten er organisert, samarbeid med pårørende og omsorg for pasienten. Disse temaene er viktige element for sykepleier å legge til rette for god palliativ pleie. Gjennom en god organisering av tjenesten, ivaretagelse av pasientens fysiske og psykiske behov, samt pårørende, legger sykepleier til rette for en god palliativ pleie i hjemmet.

Abstract

Background

The causes of death register at the National Institute of public Health shows that cancer is the most common cause of death in Norway. Many with terminal cancer wish to die at home, surrounded by their loved ones. In 2020 alone 27% of deaths came from cancer. Only 13% of the total of deaths happened at home.

Aim

The purpose of this study is to find measures that the nurse can implement to be able to facilitate good palliative care for cancer patients at home.

Method

The method used is a systematic literature study of 8 selected articles. We have used Evans content analysis to analyze the articles and categorize the findings.

Results

The results from the content analysis can be divided into three different topics. These are collaboration with relatives, patient care and how the services are organized. The topics refers to areas important for nurses to achieve good palliative care in home based care. The results from the analysis show a need for development and improvement of the services.

Conclusion

The discussion refers to the three topics; how the services are organized, collaborations with relatives and patient care. These topics are key elements for the nurse to be able to facilitate good palliative care. Through good organization and taking care of the patients and their relatives, the nurse is able to facilitate good palliative care in the home.

Forord

Etter tre år med studier på NTNU i Ålesund, to av disse i en pågående pandemi, avslutter vi med å presentere bacheloroppgaven vår. Prosessen med å skrive bacheloren har vært lærerik, interessant og utfordrende.

Vi ønsker å rette en stor takk til alle som har hjulpet oss med denne oppgaven. Takk til veileder, familie, medelever og bibliotekarene på NTNU i Ålesund for god støtte og veiledning under arbeidet.

Mai 2022

Annelin Grindvik Nilsen & Marthe Hauge Knutsen

Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve.

- Per Olov Enquist, 2009

Innhold

1	Innledning	10
1.1	Bakgrunn for valg av tema	10
1.2	Hensikt.....	10
1.3	Problemstilling	10
1.4	Sentrale begrep	10
1.5	Disposisjon av oppgaven videre	11
2	Teoribakgrunn	12
2.1	Kreftsyke	12
2.1.1	Kreft	12
2.2	Pasienten i palliativ fase	12
2.3	Pårørende	13
2.4	Martinsens omsorgsteori.....	13
3	Metodebeskrivelse.....	15
3.1	Systematisk litteraturstudie.....	15
3.2	Datainnsamling	15
3.3	Kvalitetsvurdering	15
3.4	Etiske vurderinger	16
3.5	Analyse	16
4	Resultat	18
4.1	Hvordan tjenesten er organisert.....	18
4.2	Samarbeid med pårørende	19
4.3	Omsorg for pasienten.....	20
5	Diskusjon	22
5.1	Metodediskusjon	22
5.2	Resultatdiskusjon	22
5.2.1	Hvordan er tjenesten organisert.....	22
5.2.2	Samarbeid med pårørende.....	25
5.2.3	Omsorg for pasienten.....	27
6	Konklusjon.....	30
	Referanser	31
	Vedlegg	35

Antall ord i oppgaven: 8279

1 Innledning

I innledningen vil vi gi en oversikt over oppgaven som helhet. Vi tar derfor for oss bakgrunn for valg av tema, hensikten med oppgaven, presentering av problemstillingen og disposisjon av oppgaven videre.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ifølge dødsårsaksregisteret til folkehelseinstituttet er ondartede kreftsvulster den hyppigste dødsårsaken i Norge. Bare i 2020 var det 40 534 dødsfall i Norge hvor nesten 27% av disse var grunnet kreft. Ved bare 13% av de totale dødsfallene i 2020 valgte pasienten å dø hjemme (Folkehelseinstituttet, 2021). Det skal legges til rette for at den alvorlig syke eller døende pasienten selv skal få velge hvor de vil tilbringe den siste tiden. Et politisk mål er at alle skal kunne få bo hjemme så lenge som mulig, så lenge man selv ønsker det, og pasientene skal motta nødvendige helse- og omsorgstjenester. Etter loven om kommunale helsetjenester skal kommunen blant annet tilby helsetjenester i hjemmet. En forutsetning for å kunne dø hjemme er at både pasienten og pårørende ønsker det, og at det oppleves som forsvarlig/trygt (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2016, s. 197-198). På grunn av at kreftpasienter har så komplekse behov krever dette at sykepleiere trenger kunnskap om palliativ pleie for å kunne gi pasient best mulig livskvalitet (Heins et al, 2018, s 1 & Lorentsen & Grov, 2015, s. 423). Oppgaven vår skal se på hva man som sykepleier kan gjøre for å oppnå dette.

1.2 Hensikt

Gjennom et sykepleieperspektiv har oppgaven som hensikt å finne ut hvordan sykepleier kan tilrettelegge for god palliativ pleie til kreftsyke i hjemmet. Dette omfatter både organisering av pleien, tilrettelegging for pasienten og pårørende som ressurs i arbeidet.

1.3 Problemstilling

Vi har valgt problemstillingen:

“Hvordan kan sykepleier tilrettelegge for god palliativ pleie til kreftsyke i hjemmet?”.

Vi har valgt å avgrense oppgaven ved å ha pasienter over 18 år som målgruppe.

1.4 Sentrale begrep

Palliasjon: kort forventet levetid (9-12 måneder) på grunn av uhelbredelig sykdom. Lindrende tiltak blir iverksatt for å gi pasient best mulig livskvalitet med fokus på pasientens fysiske, psykiske, åndelige og sosiale behov (Fjørtoft, 2016, s.79).

Kreft: En celle med genskader, altså at cellen har endringer i genets struktur (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2017, s. 128-145).

Hjemmesykepleie: tilbud om helsehjelp til de som velger å bo hjemme selv om de opplever svekket helse eller endret livssituasjon (Fjørtoft, 2016, s. 17).

1.5 Disposisjon av oppgaven videre

Videre i oppgaven kommer teoridelen som blant annet tar for seg de sentrale begrepene som er presentert i problemstillingen, samt teori rundt disse. Deretter vil vi i kapittel tre ta for oss metodebeskrivelsen, som vil vise hvordan vi fant fram til det vi mener er de artiklene vi fant formålstjenlig for vår oppgave. I kapittel fire er resultat fra artiklene presentert. I kapittel fem diskuterer/drøfter vi problemstillingen for å se om vi kan komme fram til en konklusjon som vi finner avslutningsvis.

2 Teoribakgrunn

2.1 Kreftsyke

Se for deg at du ble uhelbredelig syk og skal dø snart. Hvor ville du foretrukket å tilbringe dine siste dager? I denne oppgaven er fokuset på pasienter som har så langt framskreden sykdom at denne blir sett på som uhelbredelig. I en slik situasjon kan det være vanskelig å vite hvor lang tid pasienten har å leve. En stor andel av denne pasientgruppen i Norge har en form for kreftsykdom. Pasienter som har kort forventet levetid, og som lever med en alvorlig sykdom kan oppleve at både sykdommen i seg selv, og behandlingen, fører med seg en rekke plagsomme symptomer. Hos pasienter med kreft kan sykdommen i seg selv gi symptomer som blant annet tretthet, smerter og funksjonstap (Fjørtoft, 2016, s 78- 79). Siden behandlingsformene ved kreft kan gi en del plager, er det viktig å ha et bestemt mål for behandlingen av den enkelte pasienten. Her ser vi på tilfeller der behandlingen av pasienten er palliativ. Målet for denne behandlingen er også forlengelse av liv ,og god livskvalitet i tiden som gjenstår. Hvilken medisinsk behandling pasienten får er avhengig av hvor kreften er lokalisert, og hvilken kreftform det er. Det finnes mange ulike medisinske behandlinger, og dermed ulike bivirkninger. De vanligste behandlingsformene er kirurgi, cytostatika behandling og strålebehandling. Strålebehandlingen virker lokalt og kan ha bivirkninger som for eksempel sår hud, tretthet og kvalme. Cytostatika behandling virker systemisk, altså på alle cellene i kroppen (Lorentsen & Grov, 2015, s 399). Denne kan gi bivirkninger som for eksempel kvalme, hårtap, diare, økt fare for infeksjon på grunn av påvirkning av produksjonen av leukocytter, og sårhet i munn som kan påvirke smakssansen og slimhinnene (Lorentsen & Grov, 2015, s 399-400). Cytostatikabehandlingen kan brukes som palliativ behandling, men dette vurderes nøye ut fra pasientens tilstand, alder og ønsker. Palliativ cytostatikabehandling gir mulighet for livsforlengelse, forebygging av symptomer, lindring og bedring av livskvaliteten (Lorentsen & Grov, 2015, s 399-400).

2.1.1 Kreft

Kreft er en svært vanlig sykdom som kan ramme hvem som helst. Det finnes en rekke ulike krefttyper, hvor alle har ulik utvikling. En ting de har til felles er at kreft oppstår i en celle som har genskader. Dette betyr at cellen har endringer i genets struktur. De fleste med kreft kan bli frisk av behandlingen, men hos noen er det eneste alternativet lindrende behandling. Denne består av medikamentelle metoder som skal virke smertelindrende (Bertelsen et al, 2017, s. 128-145).

2.2 Pasienten i palliativ fase

I tilfeller med uhelbredelige sykdommer som kreft, er sykepleiere i en situasjon hvor pasienten har behov for palliativ behandling. Når pasienten ikke lengre har nytte av en helbredende behandling, vil målet for sykepleien og den medisinske behandlingen endres

til livsforlengelse, symptomlindring og best mulig livskvalitet (Lorentsen & Grov, 2015, s 423). Dette krever kunnskap om lindrende tiltak rettet mot pasientens fysiske, psykiske og åndelige problemer (Fjørtoft, 2016, s 79). Palliativ fase er en prosess som starter når det erkjennes at sykdommen er uhelbredelig, og avsluttes når pasienten dør (Grov, 2016, s 523). I livets slutfase er det individuelt hvordan den enkelte har det, avhengig av blant annet livssyn, personlighet, nettverk og livet en har levd. Noen føler seg også "mett" på livet, mens andre sørger over å skulle forlate livet og sine nærmeste. En ting de alle har til felles er at de trenger bekreftelse på at de fremdeles er til, og behovet for å bli møtt med respekt, omsorg og empati fremdeles er gjeldende. Livets slutfase kan også gi utfordringer innen det psykososiale og eksistensielle hos pasienten. Eksempler på dette er følelsen av angst, frykt, ensomhet og meningsløshet (Fjørtoft, 2016, s 78-79).

2.3 Pårørende

I følge §1-3, punkt B, i pasient- og brukerrettighetsloven er pårørende den som pasient selv har oppgitt som nærmeste pårørende/familie. Dersom pasient ikke er i stand til å oppgi pårørende, så blir pårørende automatisk den som har hatt varig og løpende kontakt med pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-3). Dette kan for eksempel være ektefelle, barn over 18 år eller verge.

De pårørende er svært betydningsfulle for pasientens livssituasjon, spesielt i situasjoner med alvorlig sykdom. Det er også viktig å huske at det innebærer et omfattende ansvar for dem å skulle ta vare på et familiemedlem med uhelbredelig kreft over lang tid. De føler, blant andre ting, på å være sliten og ensom i slike situasjoner. Det er derfor viktig at pårørende får nødvendig hjelp, for at de skal kunne fungere som en ressurs for pasienten (Fjørtoft, 2016, s. 102-113).

Pårørende kan oppleves som både en positiv og negativ samarbeidspartner. Som ressurs kan de gjøre viktig omsorgsarbeid hos pasienten. I negativ forstand kan de være til skade for pasienten, og det kan oppstå situasjoner hvor samarbeidet mellom pårørende og hjemmesykepleien blir problematisk. Kommunikasjon er derfor svært viktig i samarbeidet for å kunne unngå unødvendige konflikter og frustrasjon (Fjørtoft, 2016, s.113-114).

2.4 Martinsens omsorgsteori

Opgaven vår tar for Martinsens omsorgsteori. Innenfor omsorgsteorien har vi sett på det moralske, relasjonelle og praktiske perspektivet (Nortvedt, 2016, s.53).

Den moralske omsorgen står sentralt i omsorgsetikken til Martinsen og handler om forståelsen av etikk i sykepleien. Det å bli moralsk berørt er en del av det å være et menneske, og uttrykkes gjennom det verbale og nonverbale språket. For sykepleiere er dette viktig fordi den gir kunnskap om sinnstilstanden til det andre menneske. Vi kan derfor gjennom å lese pasientens eller pårørendes kroppsspråk og uttrykk, forstå hva de trenger. Om en pasient viser tegn til smerter for eksempel, så kan sykepleier iverksette sykepleietiltak rettet mot dette (Nortvedt, 2015, s.56-57).

Den relasjonelle omsorgen handler om at for å forstå hvordan det er å ta vare på et sykt menneske, så må man se på det grunnleggende innenfor relasjonen mellom sykepleieren og pasienten. Martinsen mener at den fundamentale verdien i omsorg er å ha ansvar for den svake (Nortvedt, 2016, s. 53-54).. Man har da fokus på enkeltmenneske og enkeltmenneskets vekst, men dette går på bekostning av fellesskapet og menneskets omsorg for hverandre. Med dette menes at sykepleieren har ansvar for pasienten, men pasienten har ikke forpliktelse til å måtte gjengjelde dette. Først og fremst har Martinsen fokus på den betingelsesløse omsorgen. Det vil si at den daglige omsorgen mennesker gir til hverandre, uten mål om at mennesket skal bli mer selvstendig. Martinsen er kritisk til vekstomsorg, der målet er at pasienten skal bli frisk og uavhengig. Dette fordi Martinsen mener at det ikke er alle som ikke blir det (Nortvedt, 2016, s. 53-54).

Omsorgen som beskrives som relasjonell og moralsk av Martinsen vises gjennom praktisk handling og holdninger. Martinsen påstår at handlingen er uttrykk for sykepleierens holdninger. Holdningene inngår også i pleien som vi gir og handler om hvordan oppførselen og utføringen av handlingene gjøres rundt pasient. Holdningene våre uttrykker vi blant annet gjennom høflighet og lytting (Nortvedt, 2017, s.57-58).

3 Metodebeskrivelse

Dette kapittelet tar for seg søkeprosessen til oppgaven. Kapittelet viser hvordan vi har gjennomført datainnsamlingen, samt kvalitets- og etiske vurderinger vi har foretatt. Til slutt vil vi ta for oss analysen av artiklene.

3.1 Systematisk litteraturstudie

En litteraturstudie kan ses på som en litteraturoversikt eller gjennomgang av allerede eksisterende litteratur. Dette har vi gjort ved å anvende en systematisk litteraturstudie. Målet med en slik studie er å sammenligne litteraturen og på den måten danne grunnlaget for en empirisk studie eller beskrive kunnskapsgrunnlaget innenfor et gitt område (Forsberg & Wengström, 2015, s.25). En forutsetning for å kunne gjennomføre en god litteraturstudie er at det finnes tilstrekkelig med studier av god kvalitet som kan gjøre grunnlaget for studien (Forsberg & Wengström, 2015, s.26). Målet med denne studien er å gjøre større mengder med informasjon om temaet forståelig ved å minske volumet av informasjon og derfor enklere kunne identifisere mønster (Forsberg & Wengström, 2015, s.137).

3.2 Datainnsamling

Vi har brukt flere forskjellige databaser til vår datainnsamling. Artiklene har vi funnet ved systematisk litteratursøk ved hjelp av søkeord fra den utarbeidede problemstillingen. Vi har brukt databasene SveMed+, CINAHL, PubMed og Ovid. Søkeordene vi brukte var "palliative", "home", "cancer", "home care", "nursing" og "cancer patients". Vi har kombinert søkeordene sammen med den boolske operatøren AND. Dette vil si at vi kun søker på artikler som inneholder alle våre søkeord. At litteratursøket er gjennomført på en systematisk måte er spesielt viktig når man anvender databaser som for eksempel CINAHL hvor det er en stor mengde artikler som ligger tilgjengelig. For å begrense søket ytterligere utarbeidet vi derfor noen søkekriterier (Dalland, 2013, s.70-71) Vi valgte å ta med inklusjonskriterier at artiklene ikke skulle være mer enn ti år gamle og at de måtte være skrevet på norsk eller engelsk. Vi satte også opp en tabell med søkehistorikk for å sikre god oversikt over søket. Denne oversikten er lagt med som vedlegg i oppgaven. Etter datainnsamlingen satt vi igjen med seks kvalitative og to kvantitative artikler.

3.3 Kvalitetsvurdering

Som tidligere nevnt er god kvalitet på litteraturen en forutsetning for å danne et tilstrekkelig grunnlag for litteraturstudien. Vi har kvalitetssikret våre artikler ved å bruke Forsberg og Wengströms sjekkliste for kvalitative artikler. Denne tar for seg kvalitetssikring innenfor fem undergrupper som består av målet med studien, målgruppen, metode, dataanalyse og relevans (Forsberg & Wengström, 2015, s.203-207). Kvalitetssikringen har vi samlet i litteraturmatrisene som fremstilles i vedlegg 1-8. I tillegg til dette har vi sjekket at alle artiklene var publisert i godkjente, fagfelleverderte

tidsskrift via NSD sitt register over vitenskaplige publiseringskanaler. Alle våre artikler var da utgitt i tidsskrift tilsvarende nivå 1, også kalt "vitenskapelig publiseringskanal".

3.4 Etiske vurderinger

Et viktig grunnlag for gode systematiske litteraturstudier er om det er tatt stilling til etiske vurderinger i de brukte artiklene. Alle artiklene som vi har brukt har avklart i teksten at det ikke finnes interessekonflikter. Flere av artiklene er i tillegg kvalitative og har tatt i bruk intervju som metode. Her har vi vurdert om informasjonen og deltakerne er fremstilt på en god etisk måte i artikkelen.

Det ble også vurdert om artiklene var etisk vurdert eller godkjent. Fem av åtte artikler var etisk godkjent. Artikkel nummer to (Heins, Hofstede, Rijken, Korevaar, Donker & Francke, 2017) trengte ikke medisinsk etisk godkjenning i henhold til nederlandsk lovgivning. Artikkel nummer fem (Røgenes, Moen & Grov, 2013) var en anonym studie og derfor ikke meldepliktig ifølge den norske samfunnsvitenskapelige datatjenesten. Dette gjorde at studien ikke falt under helseforskningsloven i Norge og at det derfor ikke var nødvendig å søke til regional etisk forskningskomite. Artikkel nummer seks (Nordly, Vadstrup, Sjøgren & Kurita, 2016) har ikke tatt stilling til om artikkelen er etisk godkjent eller ikke, men nevner at forfatter ikke har interessekonflikter.

3.5 Analyse

Dette er analyse i et vitenskapelig arbeid, og vil innebære å dele opp informasjonen i mindre deler og undersøke de enkelte delene. Vi har gjennomført en syntese, altså en sammenfatning, av nøkkelfunnene og satt disse sammen til et helhetlig resultat (Forsberg & Wengström, 2015, s.152).

Vi har valgt å bruke analyse-/syntesemodellen til David Evans (2002). Her presenteres det fire faser for å gjennomføre en syntese av materialet. Fase en er å samle datamateriale, noe som er beskrevet under punktet om datasamling. Fase to i Evans (2002, s.25) er å identifisere nøkkelfunn i teksten. Dette har vi gjort ved å lese gjennom artiklene grundig flere ganger for å være sikker på at vi har fått med oss innholdet i tekstene. Tredje fase går ut på å samle tema på tvers av de ulike artiklene. Dette viser hvilke tema som går igjen i flere av artiklene. På denne måten får vi kategorisert resultatene og satt disse i system. Vi har også valgt å ta med undertema for å strukturere arbeidet vårt med resultatdelen bedre. Vi har deretter nummerert artiklene våre, og nummeret kommer også frem under litteraturmatrisene som ligger som vedlegg. Vi kom frem til tre tema: samarbeid med pårørende, omsorg for pasienten og hvordan tjenesten er organisert. Vi valgte å strukturere resultatene i en analysetabell som vist nedenfor:

Tema	Undertema	Artikkelnummer
Hvordan er tjenesten organisert?	Muligheter og utfordringer	2, 5 & 6
	Tverrprofesjonelt samarbeid	

	Utdanning	1, 2, 3, 5 & 8 1, 2 & 7
Samarbeid med pårørende	Informasjon og kommunikasjon Samfunnsoppfatning	1, 5, 7 & 8 1, 7 & 8
Omsorg for pasienten	Fysiske behov Psykiske behov	2, 3, 4, 5 & 8 4 & 5

Fase fire i prosessen er å beskrive resultatet av syntesen. Dette vil vi representere i resultatdelen av oppgaven. Her vil vi referere til resultatdelen av originalstudien.

4 Resultat

Denne delen presenterer de samlede funnene fra forskningen som vi mener kan hjelpe oss å svare på problemstillingen vår. Funnene vi har gjort under analysen har vi delt inn i fire kategorier: samarbeid, organisering, informasjon og kommunikasjon og symptomlindring

4.1 Hvordan tjenesten er organisert

Artiklene viser en stor mangel på data for hvordan man på en god måte kan organisere hjemmebasert palliativ pleie. Det finnes ingen eksisterende mal for hvordan arbeidet skal organiseres, og det er derfor lite empirisk grunnlag for å si noe om effektiviteten av denne typen palliativ behandling. Instruksjer og retningslinjer differensierer ofte mellom arbeidsplassene og organiseringen differensieres mellom studiene. Det er derfor ingen definerte rammer per i dag for hvordan arbeidet skal gjennomføres (Hassankhani et al., 2020; Heydari et al., 2019; Nordly et al., 2016; Sijabat et al., 2019).

Organisering av palliativ pleie for kreftsyke i hjemmet er et område som krever spesifikke ressurser og kompetanse, og ses i dag på som et område innenfor sykepleien med store mangler. God organisering av den palliative pleien fører til at pasient, pårørende og sykepleier opplever tjenesten som velfungerende. Dette fører igjen til en trygghet for partene som er involvert i prosessen. En god organisering av pleien viser seg derfor å være en viktig suksessfaktor for et godt resultat (Heins et al. 2018; Røgenes et al., 2013).

Dersom vi ser på mulighetene ved hjemmebasert omsorg peker Heydari et al. (2019) blant annet på kostnadseffektivitet, bevegelse mot sosialisering i helse og struktur av helsesystemet som positive faktorer. Dataanalyse viser at pleie i hjemmet kan være kostnadseffektivt, da dette bidrar til blant annet ledige sykehussenger og akuttsenger. Det er også gjort fremskritt mot sosialisering ved at man bruker ikke-statlige potensialer. I tillegg nevnes strukturen som en mulighet. Istedenfor å gi helsetjenester basert på prinsippene for primærhelsetjenesten, så kan pasienter tilbys lokalsamfunnsbasert tjenester (Heydari, Hojjat-Assari, Almasian & Pyriani, 2019, s.6-7).

Samarbeid og tverrprofesjonell samhandling er enda en suksessfaktor innenfor organisering av den palliative pleien i hjemmet. Kreftsykdom kan være komplisert og vise en rekke sammensatte symptomer og utfordringer, og sykepleiers evne til å organisere et tverrprofesjonelt samarbeid er viktig for å oppnå best mulig symptomlindring for pasienten. Resultatet fra våre artikler viser til at dette er et mangelfullt område innenfor den hjemmebaserte palliative omsorgen (Dhollander et al., 2019; Heins et al., 2018; Heydari et al., 2019; Røgenes et al., 2013; Sijabat et al., 2019).

Koordinering og organisering av det tverrprofesjonelle samarbeidet blir dratt frem som et av de store problemene. Kommunikasjonen mellom de forskjellige instansene er ofte mangelfull og fører til at de forskjellige profesjonene ikke får den informasjonen de

trenger for å gjøre en tilstrekkelig jobb under den palliative prosessen. Dette fører igjen til dårligere symptomlindring og usikkerhet for pasienten og at både pasient og pårørende blir mindre involvert i beslutningstaking (Dhollander et al., 2019; Heins et al., 2018; Heydari et al., 2019; Røgenes et al., 2013; Sijabat et al., 2019).

Utdanningen til sykepleiere innenfor palliativ pleie, og spesielt da palliativ pleie i hjemmet, er mangelfull. Resultatet fra artiklene viser til at utdanningen burde rettes mot en helhetlig tilnærming til den enkelte pasient, dens ønsker og dens behov i stedet for en detaljorientert omsorg som gjerne praktiseres i dag. I tillegg til dette mener sykepleiere som jobber hjemmebasert at de har for dårlig informasjon om onkologiske sykdommer og behandlinger, og at dette hindrer dem fra å gi optimal palliativ pleie. Sykepleiere peker på at de hverken har fått god nok utdanning for palliasjon ved studier, eller god nok opplæring ved arbeidsplass (Dhollander et al., 2019; Hassankhani et al., 2020; Hassankhani, Dehghannezhad, Rahmani, Ghafourifard, Soheili & Lotfi, 2021).

4.2 Samarbeid med pårørende

Det er en oppfatning på tvers av artiklene om at et nært samarbeid mellom sykepleier, pasient og pårørende er en nøkkelfaktor til en suksessfull palliativ pleie i hjemmet (Hassankhani et al., 2020; Røgenes et al., 2013; Sijabat et al., 2019). Røgenes sier i sin artikkel at "Helsepersonell må kunne samarbeide nært med pasient og pårørende for å gjøre den siste levetiden mest mulig meningsfull" (Røgenes et al., 2013, s.64). I flere forskningsartikler vises det til at samarbeid med pårørende er en stor utfordring ved den palliative pleien. Forskningene viser til dårlig informasjon og kommunikasjon til pårørende. Dette fører igjen til at pårørende mister troen på at god palliativ pleie i hjemmet er mulig, og stiller seg derfor ofte negativ til denne typen behandling (Dhollander et al., 2019; Hassankhani et al., 2020). Det gjennomgående temaet i artiklene som omtaler pårørende er at de har potensial til å være en stor ressurs ved palliativ pleie hjemme, og at det derfor er viktig å inkludere pårørende med tanke på hvordan man kan oppnå god livskvalitet hjemme under den palliative prosessen.

Pårørende har ofte ingen bakgrunn for å vite hvilket arbeid eller funksjon den palliative sykepleieren har i prosessen ved hjemmepalliasjon. Det kan derfor oppstå situasjoner der de pårørende trekker seg ut av situasjonen på grunn av usikkerhet, noe som fører til at den palliative sykepleieren må ta ansvaret for pasienten gjennom hele prosessen. Dette er ofte et resultat av dårlig informasjon og veiledning til de pårørende. (Dhollander et al., 2019; Hassankhani et al., 2020). I tillegg viste en studie av Sijabat at pårørende behandlet sykepleiere som mer enn en omsorgsperson, men også som hjelp til arbeidsoppgaver i hjemmet. Sykepleierne under denne studien følte dermed at de mistet sin rolle som profesjonelle omsorgspersoner, noe som igjen gikk utover deres evne til å ta vare på pasienten og dens behov (Sijabat, Dahlia & Waluyo, 2019, s.415).

Det er også utfordringer ved beslutninger i palliasjonsprosessen. Det er uenighet blant sykepleiere om hvor stor grad de pårørende skal involveres i beslutningsprosessen. Med dette spørsmålet kommer også spørsmålet om hvor mye informasjon som er hensiktsmessig å gi til pasient og pårørende. (Røgenes et al., 2013; Sijabat et al., 2019).

Ifølge to av artiklene vi har valgt finnes det en preeksisterende oppfatning i samfunnet om palliativ behandling. Denne oppfatning fører til at mange pårørende ikke tror på god palliativ behandling er mulig i hjemmet. Feiloppfatningen kan påvirke pårørendes syn på behandlingen, noe som igjen kan påvirke pasienten til å velge annerledes enn det som i utgangspunktet var ønsket (Dhollander et al., 2019; Hassankhani et al., 2020). Det er også ofte en blanding av terminologien der både pasient og pårørende forveksler begrepene palliativ og terminal. Terminal pleie er pleien som blir gitt under dødsprosessen og omfatter kun en liten del av den palliative pleien. Palliativ pleie går ut på at man endrer fra å behandle pasienten med mål om å bli frisk til å behandle med fokus på livskvalitet og livsforlengelse (Dhollander et al., 2019; Hassankhani et al., 2020).

4.3 Omsorg for pasienten

Pleiebehovet til pasienter med langt framskreden kreft er ofte komplekse. Pasientene opplever ofte en kombinasjon av ulike fysiske og psykiske symptomer. Gitt de komplekse behovene til disse pasientene, er det en utfordring å gi tilfredsstillende pleie og støtte. I studien til Hassankhani et al (2021) tar de utgangspunkt i nettopp dette (Hassankhani Dehghannezhad, Rahmani, Ghafourifard, Soheili & Lotfi, 2021).

Kreftpasienter opplever ofte flere forskjellige plager som må håndteres av sykepleier. Blant disse er smertelindring, sårbehandling, fordøyelse- og ernæringsproblem og fatigue (Hassankhani et al, 2021, s. 73). For å kunne hjelpe pasientene på en tilfredsstillende måte, kreves god utdanning som vi tidligere har nevnt under punktet om organisering.

Å ta hensyn til de fysiske behovene til en palliativ kreftpasient, er viktig for å oppnå best mulig livskvalitet i den siste tiden. Under behandlingen er det viktig å respektere pasientens autonomi og la pasienten ta aktiv del i sin egen behandling ved selv å kommunisere sine behov. En måte å gjøre dette på, er å skrive en plan på hvordan pasienten selv ønsker at sykepleien skal utføres når sykdommen utvikles. (Hassankhani et al., 2021; Heins et al., 2018; Heydari et al., 2019; Røgenes et al., 2013; Sijabat et al., 2019).

En vanlig reaksjon på å få diagnosen kreft er at mange pasienter blir deprimert eller utvikler andre psykiske symptomer. Dette viser at psykisk støtte gjennom prosessen er spesielt viktig for pasienten for å øke livskvalitet. Dersom pasienten har god informasjon om hvordan den siste tiden kan være meningsfull og av god kvalitet, vil dette føre til at de ser lysere på den kommende prosessen og dette kan være med på å senke andelen negative fysiske og psykiske symptomer (Hassankhani et al., 2021; Røgenes et al., 2013). Informasjon kan være med på å trygge pasient, og fører til at pasient føler støtte og trygghet. Dette innebærer at sykepleier må ha kunnskap om både prosessen og sykdommen til den enkelte pasient (Røgenes et al., 2013, s.65).

Informasjon og kommunikasjon viser seg å være viktige aspekter for at både pasient og pårørende skal føle trygghet i situasjonen de står i. Dette igjen fører til mest mulig hjemmetid for pasienten under den palliative prosessen (Hassankhani et al., 2021; Røgenes et al., 2013). Et mål med behandlingen for palliative pasienter er å forbedre eller opprettholde livskvaliteten. Det kan derfor ses på som et helhetlig menneskesyn der

alle dimensjonene av et menneske må ivaretas, noe som omfatter både fysiske, psykiske og åndelige dimensjoner (Hassankhani et al., 2021; Røgenes et al., 2013).

Artiklene våre viste et klart forbedringspotensial når det kom til planlegging, informasjon, kommunikasjon og utførelse av den palliative pleien i hjemmet. Dette kan føre til at både pasient og pårørende føler på utrygghet og derfor ikke ønsker å gjennomføre den palliative pleien i hjemmet. (Hassankhani et al., 2021; Heins et al., 2018; Røgenes et al., 2013; Sijabat et al., 2019).

5 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

I metodekapittelet ønsker vi å identifisere alle styrker og begrensninger med oppgaven vår. Vi har valgt å ha fokus på sykepleierens perspektiv. For eksempel er det flere av artiklene som har tatt for seg tiltak og utfordringer hos pårørende, fastlegens perspektiv eller pasientens perspektiv. Siden dette ikke er relevant for vår problemstilling har vi derfor valgt å ikke ta det med. I tillegg har vi brukt artikler fra flere land, som for eksempel Iran, Norge og Belgia. Dette gjør at vi er oppmerksomme på at resultatene kan være vanskelige å sammenligne på grunn av de kulturelle forskjellene. En annen utfordring som vi har hatt i arbeidet, er at alle våre artikler, med unntak av en, var på engelsk. En del av arbeidet vårt ble derfor å oversette artiklene på en god og korrekt måte slik at innholdet ikke skulle bli misforstått eller feil i oversettelsen. Til dette har vi brukt hjelpemidlene google translate og norsk-engelsk ordbok. Vi har etter beste evne fremstilt funnene på en korrekt måte.

Resultatet fra analysen er svært aktuelt, sett i lys av aktuell sykepleier teori. Dette kan bety at resultatet vi har funnet gjennom studien vår allerede er aktuell og mye brukt i hjemmesykepleien og andre helsetjenester, men at der er forbedringspotensial. Med denne studien håper vi å kunne gi svar på hvordan og hva som kan forbedres i pleien vi gir til de kreftsyke pasientene i hjemmet.

5.2 Resultatdiskusjon

Vi vil i resultatdiskusjonen drøfte/diskutere resultatene opp mot relevant teori.

5.2.1 Hvordan er tjenesten organisert

Våre funn viser en mangel på organisering av tjenesten som igjen fører til utfordringer ved palliativ pleie. Videre ser vi at en av disse utfordringene ligger ved det tverrprofesjonelle samarbeidet. Dårlig kommunikasjon og samhandling mellom de ulike profesjonene fører til at den palliative pleien blir vanskeligere å gjennomføre og av dårligere kvalitet. Dette fører igjen til at færre pasienter får pleie i hjemmet til tross for et ønske om dette.

Orvik (2015, s.42-43) definerer organisering som de prosessene som skjer når mennesker arbeider sammen. Disse prosessene kan innebære blant annet koordinering, prioritering, motivering, beslutninger og forbedring. All organisering består derfor av samarbeid og samhandling. Ved situasjoner hvor flere ulike profesjoner skal arbeide sammen, viser Orvik til organisering som en viktig faktor for god kvalitet og sikkerhet i arbeidet. God organisering fører til godt arbeidsmiljø og en mer effektiv ressursbruk (Orvik, 2015, s.42-43). Vi kan derfor se på begrepet organisering som dynamisk.

I et kulturelt perspektiv knytter man organisatorisk kompetanse opp mot sykepleiers verdier i arbeidet. Dette vil si at verdier, normer og virkelighetsoppfatninger hos den enkelte sykepleier utgjør kulturens innhold ved organisasjonen. God organisasjonskultur

blir derfor til ved gode verdier og normer blant ansatte (Orvik, 2015, s.59-60) Setter vi dette i et praktisk perspektiv vil dette si at gode verdier hos sykepleier er en viktig faktor for en god organisasjonskultur, som igjen er en betingelse for god organisering. Fra et sykepleieperspektiv er en god organisasjonskultur viktig for god samhandling med andre profesjoner, pasienter og pårørende.

Sykepleiere er lovpålagt å samarbeide med annet personell dersom pasientens behov tilsier at dette er nødvendig (Helsepersonelloven, 1999, §4). Tverrprofesjonelt samarbeid omhandler alle situasjoner hvor to eller flere yrkesgrupper arbeider sammen for å nå et felles mål. God samhandling forutsetter at alle parter samarbeider godt, men også at tjenesten er godt tilrettelagt for å nå målet. En viktig rammefaktor er en felles arena og god forståelse for de ulike profesjonenes arbeidsområder. Dårlig tilrettelegging av tjenesten kan føre til dårlig kommunikasjon mellom partene (Fjørtoft, 2016, s.201-202).

Fjørtoft (2016, s.81-82) viser til flere faktorer for hvorvidt et menneske kan dø i eget hjem. En av de viktigste er at helsevesenet har kapasitet og kompetanse til å legge til rette for god palliativ pleie. Den palliative pleien blir ofte organisert av hjemmesykepleien med sykepleier som koordinator for det tverrprofesjonelle arbeidet. Sykepleiere oppgir at det ofte mangler tilstrekkelig faglig kompetanse og tid til å gjennomføre god pleie i hjemmet. Dette gjør at de fleste i dag dør på institusjon.

Organiseringen må også være på en slik måte at sykepleier blir i stand til å overholde sine plikter (Helsepersonelloven, 1999, §16). Helsepersonell, herunder sykepleiere, plikter å utføre arbeidet på en slik måte at krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp møtes. Dette betyr i praksis at den enkelte sykepleier må innrette seg etter sine egne faglige kvalifikasjoner, og innhente bistand der disse ferdighetene ikke strekker til (Helsepersonelloven, 1999, §4).

Også de etiske retningslinjene for sykepleieren viser til viktigheten av godt samarbeid mellom sykepleier og andre profesjoner. I punkt fire viser retningslinjene til at sykepleieren skal ha respekt for andres arbeid og være til støtte i vanskelige situasjon. Retningslinjene sier at sykepleier skal fremme åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten (Norsk sykepleierforbund, 2019)

Organisering på tvers av profesjoner og nivåer, bedrer kvaliteten på den palliative pleien. Pasientens behov vil endre seg i takt med forløpet, og man vil kunne oppleve forskjellig kompetansebehov ved sykdommens utvikling. En individualisert behandling forutsetter at pasienten får palliativ pleie der han eller hun oppholder seg, også i hjemmet. God organisering av helsetjenestene er en nødvendig faktor for å gjennomføre dette på en god måte. Mange pasienter har et ønske om å tilbringe mest mulig tid hjemme, og mange av disse ønsker også å dø i hjemmet. En individuell plan for god tverrprofesjonell samhandling legger til rette for at pasienten kan oppnå dette (Helsedirektoratet, 2019, s.14)

Martinsens omsorgsteori setter harmonisering av konflikter og samarbeid om å finne gode løsninger som et overordnet mål ved tverrprofesjonelt samarbeid. Teorien mener beste løsning finnes via kommunikasjon mellom de aktuelle partene. Godt samarbeid mellom yrkesgruppene blir derfor sett på som en suksessfaktor for god palliativ pleie i hjemmet (Nortvedt, 2016, s.72). Sykepleieren har et ansvar for at profesjonene arbeider harmonisk slik at den palliative pleien blir av god kvalitet.

Omsorgsetikken vektlegger betydningen av en god relasjon mellom sykepleier og samarbeidspartene. Den viser til at sykepleiers følelser legger føringer for sykepleieres situasjonsforståelse og pasientens opplevelse. Sykepleiers følelser setter derfor grunnlaget for holdninger i pleiarbeidet (Nortvedt, 2017, s.60-63).

Et viktig aspekt innenfor omsorgsteorien er den relasjonelle dimensjonen. Dette bør diskuteres som en del av pleien som blir gitt av sykepleier. Med det menes at den relasjonelle dimensjonen er avgjørende for å forstå omsorgsarbeidet. For sykepleien blir det spesielt viktig med den moralske og etiske betydningen av relasjonen som utgjør den helsefaglige profesjonsetikken (Nortvedt, 2017, s.70-71)

Ved gode relasjoner vil sykepleier ha empati med pasienten. Dette fører til ansvarsfølelse for den syke. Sykepleieren ser derfor den enkelte pasient og dens behov i tillegg til et overordnet perspektiv fra et teoretisk grunnlag. Den relasjonelle teorien er et viktig prinsipp innenfor palliativ pleie da den ikke har som mål at pasienten skal bli frisk (Nortvedt, 2016, s.53-54).

God organisering av tjenesten er derfor ikke bare viktig, men pålagt ved lov. Organiseringen av den palliative pleien innebærer tverrprofesjonell samhandling da pleien til den kreftsyke ofte krever hjelp fra ulike profesjoner. Ved å organisere tjenesten på en god måte og legge til rette for god samhandling kan sykepleieren legge til rette for god palliativ pleie.

Organiseringen av tjenesten omfatter også utdanningen av sykepleiere. Våre funn viser til at utdanningen og opplæringen ofte ikke er tilstrekkelig, og at sykepleiere som står i en situasjon ved palliativ pleie i hjemmet ofte føler at de ikke har tilstrekkelig kompetanse.

Litteraturen viser at overgangen mellom utdanning og yrke ofte kan være utfordrende i sykepleien. Dette beskrives ofte som realitetssjokket som viser til spenningen mellom den faglige teoretiske utdanningen til sykepleien, og hvordan denne differensierer til utførelsen av yrket. Dette gir en usikkerhet blant sykepleierne, og kan føre til at pasienten ikke mottar helhetlig pasientomsorg fordi fokuset på effektivitet tar over. Kompetansegapene viser til større og mindre diskrepans mellom forventninger og realitet ved sykepleieryrket (Orvik, 2015, s.26).

Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning erklærer at formålet med sykepleierutdanningen skal være å kvalifisere studenten for å ivareta grunnleggende behov, fremme helse, forebygge og behandle sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019, §2)

For å legge til rette for god palliativ pleie i hjemmet må derfor utdanningen sikre at sykepleier har kompetanse til å lindre lidelse og sikre en verdig død.

Pasienter med et palliativt forløp har ofte komplekse og sammensatte behov. Sykepleier har derfor behov for god kompetanse både om grunn sykdommen til pasient, og om palliasjon generelt. Denne kunnskapen bør ifølge nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen, opparbeides i løpet av grunnutdanningene (Helsedirektoratet, 2019, s.16) Ved at sykepleier innhenter kompetanse gjennom utdanning, legges det til rette for å utøve god palliativ pleie til kreftsyke i hjemmet.

5.2.2 Samarbeid med pårørende

Funnene våre viser at samarbeid med pårørende er en av nøkkelfaktorene for å få til en suksessfull palliativ pleie til kreftsyke i hjemmet. Når sykepleieren møter de pårørende møter de også mennesker med egne behov, pasientens største ressurs og en samarbeidspartner (Fjørtoft, 2016, s. 101). I forskriften om internkontroll i sosial- og helsetjenesten §4 står det at "internkontroll innebærer at den/de ansvarlige for virksomheten skal gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottaker og pårørende til forbedring av virksomheten" (Internkontrollforskrift i sosial/helsetjenesten, 2002, §4).

De pårørende er ofte en forutsetning for at en pasient velger å tilbringe den siste delen av livet hjemme. Pårørendeperspektivet har blitt mer vektlagt de siste årene og kan sees på som en "sekundær målgruppe" i arbeidet. Den helhetlige omsorgen vi gir til pasienten, inkluderer derfor pårørende som en av aktørene. De pårørende kan fungere som samarbeidspartnere og være betydningsfulle for pasienten. I denne rollen kan de ha nyttig kunnskap om pasientens livshistorie, funksjoner og ressurser i dagliglivet. I boken til Fjørtoft, hjemmesykepleie, viser hun til flere nye studier som sier at behovet for informasjon til pårørende er stort. Noe av det de pårørende trekker fram er at de trenger mer informasjon om hvordan de best kan hjelpe pasienten med utfordringer som for eksempel ernæring, symptomer og bivirkninger av medikament. Fagstoffet viser at det derfor trengs mer informasjon og samarbeid med de pårørende i den palliative pleien. Fagstoff som er pensum på sykepleien samsvarer derfor med resultatet til de studiene som vi har sett på angående dette temaet (Fjørtoft, 2016, s. 102- 112). Dette er noe som de pårørende har krav på. Det "nasjonale handlingsprogrammet for palliasjon i kreftomsorgen" til helsedirektoratet punkt 3.6.4 tar for seg ansvaret som kommunen har for pårørende. Kommunen er pliktig til å tilby pårørende støtte i form av veiledning, avlastning eller omsorgsstønad (Helsedirektoratet, 2019, s. 52).

Som nevnt i teoribakgrunnen kan samarbeid med pårørende også oppleves som negativt, som igjen kan gi konsekvenser for utøvelsen av sykepleie. Pårørende kan være til skade for pasient og til sykepleier. De kan være en negativ faktor for pasienten ved å for eksempel ha dårlig relasjon, tidligere uløste konflikter eller ved at de har lite kontakt. Pårørende kan også være til skade for pasient gjennom fysisk, psykisk og materiell mishandling. Eller ved misforstått omsorg, hvor pårørende ikke vet hva som er det beste for pasienten. Uansett familierelasjon skal sykepleier sørge for at pasient mottar god omsorg og oppfølgingen som trengs. Det kan også oppstå situasjoner hvor samarbeidet mellom pårørende og sykepleier blir problematisk. For eksempel kan noen pårørende være krevende i form av at de ikke gjør det som er forventet, frustrasjon over å ikke bli sett eller har for høye forventninger til hvilken hjelp de kan få. Det viktigste tiltaket i disse situasjonene er dialog. Det er viktig at de føler seg forstått og ivaretatt, noe som kan oppnås gjennom god dialog. Her kan verktøyet IKT (informasjons -og kommunikasjonsteknologi) være nyttig. Gjennom IKT kan de møte andre pårørende i lignende situasjoner, og dermed oppleve hjelp og støtte. Når det gjelder å inkludere de pårørende som en likeverdig samarbeidspartner har hjemmesykepleien et stort forbedringspotensial (Fjørtoft, 2016, s. 113-115). For at samarbeidet mellom sykepleier og pårørende skal fungere best mulig burde sykepleier møte den andre med respekt og likeverd. Samtidig må den hierarkiske strukturen forsvinne når man jobber med ufaglærte, som i dette tilfellet er de pårørende. Dette gjør blant annet at ingen utelukkes og at alle blir likeverdig (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2015, s. 316). Om det skulle oppstå et dilemma mellom sykepleier og pårørende, burde sykepleier gjøre en etisk refleksjon. Et eksempel på et dilemma er at pasienten velger å ikke dele informasjon

med pårørende, og pårørende derfor blir opprørt fordi de ikke får nok informasjon. Refleksjonen kan forebygges ved å gi flere perspektiver, og dermed løsninger. Det kan også være nødvendig å se hva aktuell lov og lovverk sier (Helsedirektoratet, 2019, s. 36-37).

Når en i familien blir rammet av en sykdom og har behov for hjelp av hjemmetjenesten, så blir også de pårørende berørt. WHO (Verdens helseorganisasjon) mener at den palliative pleien også skal ta utgangspunkt i pårørendes psykososiale situasjon som de opplever når en nær er rammet av alvorlig sykdom. Gjennom å tilby støtteapparat og tverrfaglig oppfølging, kan sykepleier tilrettelegge for bedre palliativ pleie også hos de pårørende (Helsedirektoratet, 2019, s. 33.) Som pasienten trenger også de pårørende å bli sett og ivaretatt når de står i en tøff livssituasjon (Fjørtoft, 2016, 101- 102). Det er viktig at sykepleier har dette i tankene når de samarbeider med pårørende, og vite at alle mennesker bearbeider lidelse på ulikt vis. Ifølge Kari Martinsen er lidelse en del av livet (Kristoffersen, Breievne & Nortvedt, 2015, s. 246). I dette tilfellet vil lidelsen oppstå når pårørende opplever at noen de verdsetter er truet, og jo større betydning dette mennesket har for de pårørende, desto sterkere vil opplevelsen av lidelsen være (Kristoffersen et al., 2015, s. 218). Samtidig har sykepleier omsorg og medfølelse for pasienten gjennom en profesjonell relasjon. Dette betyr at pleien blir gitt i et begrenset tidsrom, altså i arbeidstiden. For pårørende er omsorgen for pasienten døgnet rundt, uten pauser (Kristoffersen et al., 2015, s. 85).

I samarbeidet med pårørende er det viktig å tenke på det etiske perspektivet med arbeidet. Kapittel tre i de yrkesetiske retningslinjene, omhandler samarbeidet mellom sykepleier og pårørende, og tar blant annet for seg hvordan sykepleier skal behandle pårørendes rett til informasjon. Kapittelet sier også at sykepleier har et etisk ansvar for å også behandle pårørendes opplysninger med fortrolighet, samt å vise respekt, inkludere og vise omtanke for de pårørende (Norsk sykepleierforbund, 2019). Samarbeidet med pårørende kan også by på etiske utfordringer. Et eksempel er at pasienten ønsker hjelp fra nærmeste pårørende, men pårørende ønsker at hjemmesykepleien overtar. I slike situasjoner er sykepleierne forpliktet til å gripe inn, men det er også viktig å huske at pårørende har lovpålagte rettigheter (Fjørtoft, 2016, s.103). Et eksempel på dette er at pårørende har rett til medvirkning i tilfeller der pasienten ikke er samtykkekompetent. Dette i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §3).

I en slik situasjon blir relasjonsbegrepet aktuelt. Dette begrepet brukes ofte om forhold eller forbindelsen mellom personer. Som i dette eksempelet er relasjonen mellom sykepleier og pårørende (Eide & Eide, 2014, s.17). Relasjonen sykepleier må ha kan kalles en "hjelperelasjon". Dette betyr at det er en relasjon som er begrenset i tid og sted, og sykepleier er forpliktet til å måtte ivareta, både juridisk og etisk (Kristoffersen et al., 2015, s.85-86).

Ved sykepleie i hjemmet til syke pasienter er det ikke usannsynlig at man møter barn og ungdom som er pårørende. Når dette er tilfelle, er det viktig at sykepleier snakker med foreldre eller andre omsorgspesoner om hvordan barnet har det. Om barnet ikke får tilstrekkelig omsorg og informasjon fra disse, er sykepleier forpliktet til å ivareta barnet. §10A i helsepersonelloven tar for seg akkurat dette, og sier at helsepersonell skal ivareta behovet for informasjon og oppfølging som barnet trenger. Ved siden av dette trenger barn også å føle seg hørt, samt kjenne på trygghet og forutsigbarhet (Fjørtoft, 2016, s.

108-109). Om et barn har behov for tettere oppfølging, kan man for eksempel henvende seg til kreftforeningen. De ønsker å hjelpe familier hvor barn er pårørende (Eide & Eide, 2019, s 307).

Funnene våre viser også at samfunnsoppfatningen av palliativ behandling er feiltolket, da det ofte er misforståelse mellom begrepene palliativ og terminal. Denne misforståelsen kan gi konsekvenser for utøvelsen av sykepleien. Om pårørendes oppfatning av den palliative fasen misforståes slik den gjør i samfunnsoppfatningen, kan pårørende påvirke pasientens beslutning når det kommer til å velge en palliativ oppfølging. Dette kan føre til at pasienten ikke får riktig pleie.

Når en pasient er i den terminale fasen, betyr det at han eller hun er i siste stadium i livet. Da vil kroppen få fysiologiske forandringer som tyder på at døden nærmer seg. Dette viser seg for eksempel gjennom at pasienten får tydelig nedsatt blodsirkulasjon, overflatisk respirasjon og opphør av urinproduksjon. Når en pasient er i den palliative fasen betyr det at hun eller han har en sykdom som ikke kan behandles, og som gir kort forventet levetid. Målet i denne fasen er at pasienten skal oppleve best mulig livskvalitet i den tiden som er igjen (Mathisen, 2005, s. 300-303). Det er viktig at pårørende, som alle andre, får riktig informasjon om hva palliativ pleie er og innebærer. Dette kan som nevnt tidligere føre til at den palliative behandlingen blir iverksatt tidlig i fasen og gir pasienten økt livskvalitet.

5.2.3 Omsorg for pasienten

Palliativ behandling av pasienter med kreft betyr at man gir behandling med mål å lindre plagene fra sykdommen. I noen tilfelle vil den også kun omfatte lindring av symptomer. Selv om behandlingen er målrettet for å minimere plager fra kreftsykdommen, vil pasienten kunne oppleve ubehag både fra symptomer på sykdommen, og fra bivirkninger av behandlingen (Ørn, Mjell & Bach-Gansmo, 2012, s.135-142).

For at denne pasientgruppen med komplekse behov skal kunne få bo hjemme lengst mulig, må det være døgnkontinuerlig tilgang på profesjonell hjelp, og en helhetlig tilnærming. I tillegg må bolig tilrettelegges med nødvendige hjelpemidler. Sykepleierens rolle hos pasienter som er i palliativ fase, og som ønsker å dø hjemme, blir derfor å være tilgjengelige og kompetente, slik at de kan dekke pasientens grunnleggende behov. Dette forutsetter at sykepleierne har fagkunnskap og trygghet, og samarbeider med tydelig kommunikasjon både tverrfaglig, til pårørende og til pasient (Fjørtoft, 2016, s 81).

For sykepleiere vil det si at kvalitetsarbeid i møte med palliativ sykdom er viktig. Kvalitetsarbeid brukes om en prosess hvor man kontinuerlig utvikler og forbedrer tjenesten som man tilbyr. Arbeidet med dette kan deles inn i kvalitetsforbedring og kontroll (Stubberud, 2018, s. 11). Kvalitetsforbedring består i å forbedre prosesser, systemer og tjenester som tilbys ved å omsette eksisterende kunnskap i praksis (Stubberud, 2018, s.12). Dette vil si at man som sykepleier kontinuerlig arbeider for å forbedre den tjenesten som blir gitt til pasienten. I dette tilfellet gjelder det den pleien som blir gitt for å forbedre livskvalitet til den palliative pasienten ved å minske de fysiske symptomene. Kvalitetskontroll handler om å overse disse tjenestene og å dokumentere kvaliteten av den (Stubberud, 2018, s.13). Dette er et middel for sykepleiere og helsetjenesten for å sikre at arbeidet blir gjennomført på en tilfredsstillende måte, og er

viktig for å holde utøvere ansvarlig for eget arbeid. Kvalitetsarbeidet er en del av det å drive helsefremmende sykepleie for pasientene. Helsefremmende arbeid i denne sammenhengen blir sett på som det enkelte individs evne til å ha kontroll over forhold som omgår egen helse (Gammersvik & Larsen, 2018, s.202). Dette handler derfor ikke om at pasienten skal bli frisk, men at man skal ha autonomi og mulighet til å forbedre egen helse. Sykepleier må derfor legge til rette for at pasienten selv kan påvirke sin egen livskvalitet.

Det psykiske perspektivet på sykdommen og den palliative pleien er også viktig. I lys av teorien til Martinsen om omsorgsetikk, legger den spesielt vekt på relasjonen mellom sykepleier og pasient. Det relasjonelle aspektet ved sykepleierteorien er derfor viktig for å gjennomføre arbeidet på en god måte (Nordtvedt, 2016, s.60).

Ved sykdom får pasienten også et stort behov for god informasjon og kunnskap. Pasienten har ofte mange spørsmål om tiden som kommer og hvilke forventninger man kan gjøre seg for fremtiden. Å fremme kunnskap og gi god informasjon til pasienten, blir sett på som en av sykepleiers viktigste oppgaver (Eide & Eide, 2007, s.292). Kunnskap og informasjon er gode verktøy for å opprettholde pasientens autonomi. Det øker også pasientens evne til selvstendighet.

Relasjon er et viktig element for sykepleiers utøvelse av yrket gjennom omsorg for pasienten både ved fysiske og psykiske symptom. Relasjonens betydning er å kunne lytte, forstå den andre, og skape en god arbeidsallianse. Det er viktig at hjelperen har evne til å skape denne relasjonen, da den er svært viktig for behandlingsresultatet (Eide & Eide, 2007, s.125). En god relasjon mellom sykepleier og pasient, gjør begge parter i stand til å aktivt jobbe for økt livskvalitet og god symptomlindring under den palliative prosessen. For at disse pasientene skal kunne få dø hjemme etter eget ønske, er det viktig at det legges til rette for dette. Sykepleier kan tilrettelegge for god palliativ pleie gjennom å for eksempel lage en palliativ plan, kartlegge symptomer og finne riktige hjelpemidler. Flere tiltak kan man finne inne på helsedirektoratet under "nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen" (Helsedirektoratet, 2019, s. 14).

En palliativ plan er et viktig verktøy for pasienter i palliativ fase. Det er et dokument som skal sikre kvalitet i oppfølgingen, slik at pasienten og pårørende kan oppleve trygghet. Brukermedvirkning står svært sentralt, da pasient er med på å utarbeide planen med ønsker om livets slutfase. Når pasienten blir sykere, og det blir vanskeligere for pasient å formidle sine ønsker for fremtiden, så vil den palliative planen hjelpe oss å jobbe etter pasientens ønsker (Helse Møre og Romsdal, 2022). Den palliative planen burde blant annet inneholde pasientens ønsker om livets slutfase, pårørendes ønsker om involvering i prosesse, ansvarsfordeling for behandling og omsorg, og eventuelle hensyn etter pasientens død (Helsedirektoratet, 2018). Målet med den palliative planen er å kunne være i forkant av utfordringer, og kartlegge hva som er viktig for pasient slik at planen kan bidra til et meningsfylt liv (Helse Møre og Romsdal, 2022).

En individuell plan kan også være et nyttig verktøy, da den skall skape god samhandling og kontinuitet. Planen kan være med på å oppfylle pasientens ønske om å dø eller bo lengst mulig hjemme, fordi planen sikrer et tettere samarbeid mellom de ulike profesjonene. Informasjon og kunnskap om pasientens situasjon blir lettere overført ved et eventuelt behandlingsskifte og sikrer dermed trygghet og kvalitet i omsorgen og pleien som blir gitt (helsedirektoratet, 2019, s. 14). Om en pasient har behov for langvarige

helsetjenester, har de rett på en individuell plan (pasient-og brukerrettighetsloven, 1999, §2-5).

Sykepleier skal også tilrettelegge god palliativ pleie gjennom å kartlegge symptomene til pasienten. Som nevnt i teoridel opplever kreftpasienten mange ulike plagsomme symptomer. Disse symptomene kan komme av behandlingen, selve sykdommen eller begge. Kartlegging av pasientens symptomintensitet kan enkelt gjøres ved at sykepleier tar i bruk en numerisk skala (NRS). Den fungerer slik at sykepleier stiller spørsmål som pasienten skal gradere intensiteten av på en score fra 0-10. Samtidig kan det også være nødvendige å kartlegge pasientens funksjonsnivå, for å sikre riktig utgangspunkt for videre tiltak. Tiltakene må videre vurderes etter forventet levetid (Helsedirektoratet, 2019, s. 14).

Ved hjemmesykepleie har pasienten krav på et tilbud som omfatter den grunnleggende palliasjonen. Et eksempel er at sykepleier skal kunne hjelpe pasienten med å skaffe nødvendig hjelpemiddel. Det finnes mange forskjellige hjelpemidler med ulike bruksområder. For eksempel kan ganghjelpemidler øke pasientens evne til å komme seg rundt, tekniske hjelpemidler kan kompensere for tapte funksjoner, avlastende hjelpemidler kan forebygge eller lindre smerter og tilrettelegging med hjelpemidler på toalett kan forebygge obstipasjon. Alt i alt er disse hjelpemidlene med på å begrense pasientens immobilitet, men god symptomlindring er da avgjørende (Helsedirektoratet, 2019, s. 24, 73, 98, 146 & 166).

6 Konklusjon

Pasienter med palliativ kreftsykdom har mange sammensatte og kompliserte problemstillinger, og rollen som sykepleier i en slik situasjon kan være krevende. Vi har sett på hvordan sykepleier kan legge til rette for god palliativ pleie for kreftsyke i hjemmet.

Vi delte inn funnene våre i tre tema, hvordan tjenesten er organisert, samarbeid med pårørende og omsorg for pasienten. Disse viser til ulike områder hvor sykepleier kan påvirke den palliative pleien ved å legge til rette for god gjennomføring.

Hvordan tjenesten er organisert viste et klart forbedringspotensial, da det ofte manglet klare retningslinjer og en felles forståelse for arbeidet som skulle utføres. Dette gjør det utfordrende å utføre god palliativ pleie, samt å samarbeide med andre profesjoner der dette er nødvendig. God organisering av tjenesten er en av de viktigste faktorene for hvordan sykepleier kan legge til rette for god palliativ pleie.

En annen nøkkelfaktor for god palliativ pleie er et tett og godt samarbeid med pårørende. Pårørende er svært nyttige for pasienten, men også verdifull da de kan ha relevant kunnskap som sykepleier kan anvende i sykepleien som blir gitt. Ved at man viser omsorg for pårørende og dens behov, legger sykepleier til rette for at pårørende kan være en ressurs i det palliative arbeidet.

Ved å ta vare på pasientens fysiske og psykiske behov, legger sykepleier til rette for at pasienten skal kunne være lengst mulig hjemme og for at pasienten skal få dø hjemme dersom dette er ønskelig.

Referanser

Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2017).

Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2017). Svulster. I Ørn, S. & Gansmo, E. (Red). Sykdom og behandling. (2.utg, s. 127-159). Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg.) Gyldendal Akademisk

Dhollander N, De Vleminck A, Deliens L, Van Belle S, Pardon K. Barriers to the early integration of palliative home care into the disease trajectory of advanced cancer patients: A focus group study with palliative home care teams. *European Journal of Cancer Care*. 2019;28:e13024. <https://doi.org/10.1111/ecc.13024>

Eide, H. & Eide, T. (2014). Kommunikasjon i relasjoner: *samhandling, konfliktløsning, etikk*. Gyldendal akademisk.

Eide, t & Eide, H. (2019). Kommunikasjon i relasjoner: *personorientering, samhandling og etikk*. (3.utg). Gyldendal akademisk.

Eide, T. & Eide, H. (2007). Kommunikasjon i praksis: *relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglige arbeid*. Gyldendal Akademisk.

Enquist, P. O. (2009). *Sommer og vinter i P1: Per Olov Enquist 2009* [Radioprogram] P1. <https://www.ordtak.no/sitat.php?id=14574>

Fjørtoft, A. (2016). *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter* (3.utg). Fagbokforlaget.

Folkehelseinstituttet. (2021, 10.Juni). Dødsårsaksregisteret. <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/tall-fra-dodsarsaksregisteret-for-2020/#alderstandardisert>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015) *Att göra systematiska litteraturstudier*. (4.utg). Natur og Kultur

Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (FOR-2019-03-15-412). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2019-03-15-412>

Gammersvik, Å. & Larsen, T. B. (Red.). (2018). *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (2.utg.). Fagbokforlaget.

Hassankhani, H., Dehghannezhad, J., Rahmani, A., Ghafourifard, M., Shheili, A. & Lotfi, M. (2021). Caring needs of cancer patients from the perspective of homecare nurses: a

qualitative study. *Asian pacific journal of cancer prevention*. 23(1)s. 71-77. DOI: 10.31557/APJCP.2022.23.1.71

Hassankhani, H., Rahmani, A., Best, A., Taleghani, F., Sanaat, Z. & Dehghannezhad, J. (2020) Barriers to home-based palliative care in people with cancer: A qualitative study of the perspective of caregivers. *Nursing open*, 2020(7) s.1260-1268. DOI:10.1002/nop2.503

Heins, M., Hofstede, J., Rijken, M., Korevaar, J., Donker, G. & Francke, A. (2018). Palliative care for patients with cancer: do patients receive the care they consider important? A survey study. *BMC Palliative care*. 17(61) s 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0315-3>

Helsedirektoratet. (2019, Oktober). Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf/_attachment/inline/95636e37-ce73-4f2f-a61d-ee3f9e1ccada:7e24fd12cfaee415f922e897f894b6f7ff55d46e/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf

Helsedirektoratet. (2018, 18.September). Pasientens palliative plan bør oppdateres i livets slutfase. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/kommunikasjon-og-samvalg/pasientens-palliative-plan-bor-oppdateres-i-livets-slutfase>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3

Helse møre og romsdal. (2022, 12.April). Palliativ plan. <https://helse-mr.no/fag-og-forskning/samhandling/palliativ-plan>

Heydari, H., Hojjat-Assari, S., Almasian, M. & Pirjani, P. (2019). Exploring health care providers perceptions about home-based palliative care in terminally ill cancer patients. *BMC Palliative care* 18(66)s 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0452-3>

Internkontrollforskrift i sosial/helsetjenesten. (2002). Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. (FOR-2002-12-20-1731). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2002-12-20-1731>

Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. (2016). Geriatrisk sykepleie: *god omsorg til den gamle pasienten* (2.utg). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N., Breievne, G. & Nortvedt, F. (2015). Lidelse, mening og håp. I Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E. (Red). Grunnleggende sykepleie bind 3: *pasientfenomener og livsutfordringer*. (s.245-280). Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E. (Red). (2015). Grunnleggende sykepleie bind 1: *sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar*. Gyldendal akademisk.

Lorentsen, V. & Grov, E. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I Almås, H., Grønseth, R. & Stubberud, D.-G. (red.). *Klinisk sykepleie 2* (5.utg). (s 397-436). Gyldendal akademisk.

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

Mathisen, J. (2005) Sykepleie ved livets avslutning. I Kristoffersen, N.,

Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (red). Grunnleggende sykepleie 3: *pasientfenomener og livsutfordringer* (1.utg, s. 295-330). Gyldendal akademisk.

Meld. St. 24 (2019-2020). *Lindrende behandling og omsorg: Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve*. Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/52d05db7090c411abc7a3f4d47124119/no/pdfs/stm201920200024000dddpdfs.pdf>

Nordly, M., Vadstrup, E. S., Sjøgren, P. & Kurita, G. P. (2016) Home-based specialized palliative care in patients with advanced cancer: A systematic review. *Palliative and Supportive care*,2016(14). s. 713-724. <https://doi.org/10.1017/S147895151600050X>

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk sykepleierforbund. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Norsk sykepleierforening. (2019). Yrkesetiske retningslinjer. 29. April 2022 Hentet fra : <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, P. (2016) *Omtanke – En innføring i sykepleiens etikk*. (2.utg.). Gyldendal Akademisk

Nortvedt, P. (2017). *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk*. (2.utg.). Gyldendal akademisk.

Orvik, A. (2015). Organisatorisk kompetanse: *innføring i profesjonskunnskapen og klinisk ledelse*. (2.utg). Cappelen damm akademisk.

Røgenes, G., Moen A. & Grov. E. (2013). Heimesjukepleiarens perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen. *Klinisk sykepleie*, 27 (1). S 64-76. https://www.idunn.no/doi/10.18261/ISSN1903-2285-2013-01-07?fbclid=IwAR1Klv_tFK61O_hbvD4aTM5Dke-eEX84swMIsnuEpMufH13-xa3I5G_K6M4

Sijabat, M., Dahlia, D & Waluyo, A. (2019). Experiences of palliative care nurses in providing home-based care for patient with advanced cancer. *Enfermeria clinica*. 29 (52). <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.060>

Ørn, S. & Gansmo, E. (2017). Sykdom og behandling (2.utg) (S.142-143). Gyldendal Akademisk.

Vedlegg

Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Avgrensing	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
Palliasjon	02/12 - 21	SveMed+	År: 2011 - 2019	2	2	2	Røgenes et al. (2013)
Palliative AND Home AND Cancer	14/01 - 22	CINAHL	Maks 10-år og full text Engelsk eller norsk språk Subjectmajor: terminal care, cancer patients, palliative care, patient attitude Journal: bmc	23	4	2	Heins et al. (2018)
Palliative AND Home AND Care	14/01-22	CINAHL	Maks 10-år og full text Engelsk eller norsk språk Subjectmajor: terminal care, cancer patients, palliative care, terminaly ill cancer patients Journal: bmc	32	3	1	Heydari et al. (2019)
Palliative care AND Cancer AND Home-based	21/12-21	PubMed	Utgitt mellom 2016-2021 Engelsk eller norsk språk Review	8	4	2	Nordly et al. (2016)
Palliative care AND Cancer AND	21/12 - 21	PubMed	Maks 5år gammel Engelsk eller norsk språk	21	2	1	Hassankhani et al. (2020)

Home AND Nursing AND Nurse perspective							
Home care services AND Palliative care AND Neoplasms AND Nursing	24/03- 22	OVID	Maks 5 år Engelsk eller norsk	12	5	2	Dhollander et al. (2019)
Cancer AND Palliative care AND Home-based AND Nursing	25/03	Chinal	Maks 10år	37	4	3	Sijabat et. al (2019)
Palliative care AND home AND cancer AND nursing AND nurse perspective	7/04-22	PubMed	Maks 10år gammel	35	5	2	Hassankhani et. al. (2021)

#1 Matrise

Referanse	Dhollander N, De Vleminck A, Deliëns L, Van Belle S, Pardon K. Barriers to the early integration of palliative home care into the disease trajectory of advanced cancer patients: A focus group study with palliative home care teams. <i>European Journal of Cancer Care</i> . 2019;28:e13024. https://doi.org/10.1111/ecc.13024
Studiens hensikt/mål	Studiens mål er å få palliativ pleie involvert tidligere i sykdomsforløpet hos kreftpasienter, gjennom palliativ hjemmepleie.
Nøkkelbegrep	Home care services, palliative care, neoplasms, nursing.
Metode	<p>Metode: Dette er en studie med kvalitativ design, noe som er hensiktsmessig for å kunne utforske de individuelle opplevelsene til de profesjonelle omsorgspersonene.</p> <p>Utvalg: Seks fokusgrupper ble holdt med palliativ hjemmepleie-team i Belgia, og tilbakemeldingene kom tilbake som et tverrfaglig samarbeid mellom karakterene i teamene.</p> <p>Datainnsamling: Artikkelen har fokus på barrierene som ble funnet for tidlig integrering av palliativ hjemmepleie i onkologisk omsorg under datainnsamlingen. Datainnsamlingen inneholdt åpne spørsmål og et sett med ledetekster for hvert spørsmål. Disse spørsmålene ble utviklet av et multidisiplinært forskerteam som inneholdt onkolog, psykolog og sosiolog. Teamguiden hadde fokus på ulike aspekter hos palliative pleie for avanserte kreftpasienter, da hvilke erfaring med tidlig integrasjon av palliativ pleie under og etter sykdomsmodifisering.</p> <p>Analyse: datainnsamlingene fra de ulike kontrollgruppene ble transkribert og analysert ved bruk av konstant komparativ analyse.</p>
Resultat/ konklusjon	<p>Resultat Resultatet i artikkelen kan deles inn i 5 deler:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Artikkelen viser at det trengs bedre forståelse av hvilke faktorer som kan hindre for anskaffelse av palliative hjemmepleie sammen med onkologisk behandling.2. I et samfunnsperspektiv blir ofte palliativ pleie forvekslet eller sett på det samme som terminal omsorg. Dette gjør at samfunnets oppfatningen av palliativ pleie er at mennesker bare mottar dette når døden er nær. Mens sannheten egentlig er at onkologiske sykdommer er blitt mer behandlingsbare, og at en pasient derfor kan være palliativ over mange år.3. Om palliativ hjemmepleie kan involveres tidligere i sykdomsforløpet er avhengig av om pasient har mottatt nøyaktig informasjon om sin egen diagnose og prognose. Noen av fokusgruppene ga uttrykk for at mange pasienter ikke får riktig informasjon om sykdommen og dens prognose. Dette kan gjøre det vanskelig å introdusere den palliative pleien og starte med palliativ hjemmepleie så tidlig som mulig.4. En annen fokusgruppe understreket viktigheten av å godta pasientens mulige fornektelse om å være palliativ, noe som kan føre til motstand rundt støtte fra et palliativ hjemmepleie-team.5. Profesjonelle omsorgspersoner mangler informasjon om onkologiske sykdommer og dens behandling. <p>Konklusjon Konklusjonen er at samfunns oppfatningen av palliativ pleie som terminal omsorg resulterer i negative holdninger til tidlig involvering av palliativ pleie. I tillegg er det bekymring knyttet til mangelen på økonomiske ressurser for å sikre optimal palliativ pleie, godt tverrfaglig samarbeid og at palliative hjemmepleie-team mangler informasjon om den onkologiske behandlingen for å kunne gi en optimal palliativ pleie.</p>
Relevans	Studien tar for seg ulike tiltak som kan være aktuelle for palliative hjemmepleie-team, for at det den palliative pleien som blir gitt til kreftsyke skal kunne bli best mulig. Samtidig er studiens fokus på å iverksette den palliative hjemmepleien tidligst mulig. Disse tiltakene er aktuelle for vår oppgave.

#2 Matrise

Referanse	Heins, M., Hofstede, J., Rijken, M., Korevaar, J., Donker, G. & Francke, A. (2018). Palliative care for patients with cancer: do patients receive the care they consider important? A survey study. <i>BMC Palliative care</i> . 17(61) s 1-7. https://doi.org/10.1186/s12904-018-0315-3
Studiens hensikt/mål	På grunn av varierte og komplekse behov hos pasienter med langt kommende kreft, er det vanskelig å gi de en tilfredsstillende omsorg. Målet i denne studien er derfor å ta for seg hvilke synspunkt som hjemmesykepleiere mener er viktige i omsorgen hos pasienter med langt kommende kreft, og dermed se om pasienten får tilsvarende.
Nøkkelbegrep	Palliative, Home & Cancer.
Metode	<p>Metode: Det ble tatt i bruk en trinnvis tilnærming hvor blant annet pasienter som hadde gitt samtykke og mottok hjemmesykepleie ble bedt om å invitere sine hjemmesykepleiere til å delta. Hjemmesykepleier mottok dermed informasjonsbrev og spørreskjema.</p> <p>Utvalg: 72 nederlandske pasienter med avansert kreft, 87 fastleger og 26 hjemmesykepleiere deltok i studiet. Sykepleierne hadde gjennomsnittlig 11 års erfaring i hjemmesykepleien og nesten alle hadde en form for palliativ utdanning.</p> <p>Datainnsamling: Det ble tatt i bruk spørreskjemaer basert på CO-indeksen palliativ behandling. I spørreskjema fikk sykepleier blant annet spørsmål om de involverte pasienten i beslutningene om egen omsorg. Dette skulle vurdere viktigheten av:</p> <ul style="list-style-type: none">- Støtte når de opplever symptomer- Respekt for pasientens autonomi- Informasjonstilbud. <p>Analyse: Stata/SE 14.2. ble brukt for å utføre analyser. I løpet av analysene ble aspekter som ikke ble vurdert som viktig av pasientene ekskludert.</p>
Resultat/ konklusjon	<p>Resultat Resultatet viser til flere forbedringsmuligheter hos hjemmesykepleiere og deres arbeid.</p> <ul style="list-style-type: none">• Fornåndsplanleggingen av pleie burde inkludere pasientens plagsomme symptomer og hvordan gi best mulig pleie i forhold til disse.• Pasientens ønske om livets slutt, livsforlengende eller livsforkortende behandlinger burde diskuteres.• Støtten som sykepleiere gir til pasienter når de opplever symptomer kan forbedres ved at sykepleieren gir mer oppmerksomhet til symptomene, men også å vite at det ikke alltid er mulig med full symptomkontroll (spesielt ved livets slutt).• Det kommer også fram at informasjon om sykdomsforløp må skreddersys til hver enkelte pasient, da alle pasienter har ulike preferanser. Men det er ikke alltid like lett å vite det forventet sykdomsforløpet, da det kan være uforutsigbart. <p>Konklusjon I resultatet kommer det fram ulike aspekter som har mulighet for forbedring. Det konkluderes også med at informasjon om det forventet sykdomsforløpet og dens symptomer burde gis tidlig beskjed om, slik at pasient vet hva som ventes. Denne informasjonen gis i all hovedsak av fastleger, men sykepleier har som ansvar å sjekke om pasient har mottatt denne informasjonen og gjort seg innforstått med den.</p>
Relevans	Relevansen av dette studiet i forhold til vår oppgave er at studien gir oss en innsikt på ulike tema som kan være aktuelle for at kreftpasientens varierte og komplekse behov blir riktig ivaretatt. Dette gjør at vi som sykepleiere kan gi en tilfredsstillende omsorg gjennom å bruke temaene for å tilrettelegge for en best mulig palliativ pleie for den kreftsyke pasienten.

#3 Matrise

Referanse	Heydari, H., Hojjat-Assari, S., Almasian, M. & Pirjani, P. (2019). Exploring health care providers perceptions about home-based palliative care in terminally ill cancer patients. <i>BMC Palliative care</i> 18(66)s 1-9. https://doi.org/10.1186/s12904-019-0452-3
Studiens hensikt/mål	Forekomsten av kreft på verdensbasis øker, noe som gjør at hjemmebasert palliativ behandling vil være aktuelt for mange pasienter. Studiens hensikt er å utforske helsepersonellens oppfatninger av hjemmebasert palliativ behandling hos terminale kreftpasienter.
Nøkkelbegrep	Palliative, Home, Cancer.
Metode	<p>Metode: Dette er en kvalitativ studie som ble utført ved bruk av en konvensjonell innholdsanalyse fra oktober 2016 til september 2018 i Iran.</p> <p>Utvalg: Studiet fant sine deltakere ved å besøke en veldedig institusjon som ga hjemmebasert palliativ omsorg til kreftsyke. Deltakerne var hjemmetjenesteaktører, og ble valgt ut gjennom en målrettet prøvetakning. Inklusjonskriteriene var vilje til å delta i studiet og å ha vært involvert med hjemmepleie av avanserte kreftsyke i minst et år.</p> <p>Datainnsamling: Dataene ble samlet inn gjennom 18 individuelle intervjuer og et gruppemøte. Et spørsmål deltakerne ble stilt handlet om hva deres erfaring med palliativ behandling i hjemmet var. Disse intervjuene ble tatt opp av en elektronisk optaker.</p> <p>Analyse: Intervjuene ble deretter transkribert ordrett og lest gjennom flere ganger. Deretter ble det funnet likheter i innholdet, noe som dannet hovedkategorier og underkategorier. Temaer og implikasjoner ble til slutt hentet ut.</p>
Resultat/ konklusjon	<p>Resultat</p> <p>Fra dataanalysen ble det hentet ut 511 startkoder. Disse ble inndelt hovedkategoriene utfordringer og muligheter for hjemmebasert omsorg. Under disse hovedkategoriene finner vi også underkategorier. Disse tar for seg blant annet mangler i det tverrprofesjonelle arbeidet, utfordringer med å overføre pasienter til hjemmet og utfordringer knyttet til dødsfall for å nevne noen. Studien viser til at det er mange ulike utfordringer i å gi omsorg til den uheldelige syke kreftpasienten, men at hjemmebasert omsorg forbedres ved å møte på disse utfordringene.</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Utfordringer for hjemmebasert omsorg <ul style="list-style-type: none"> • Mangel på tverrfaglig samarbeid • Mangel på infrastrukturer for omsorg ved livets slutt • Utfordringer knyttet til håndtering av dødsfall • Utfordringer med å pasientoverføringer til hjemmet • Gi ikke-akademisk palliativ omsorg • Mangel på politisk engasjement fra regjering • Åndelig vakuum II. Muligheter for hjemmebasert omsorg <ul style="list-style-type: none"> • Kostnadseffektivit • Sosialisering av helse • Struktur av helsesystemet <p>Konklusjon</p> <p>Studien viser at det er fler utfordringer med hjemmebasert palliativ omsorg, men at dette kan forbedres ved å møte utfordringene. Utfordringene er blant annet tverrfaglig samarbeid, utdanning og dødsangst hos pasienter. I tillegg kreves det støtte fra myndighetene og helsesystemet. Endringer i helsevesenet kan gi muligheter for at blant annet kreftpasienter kan få hensiktsmessig omsorg i hjemmet, og møter døden med verdighet gjennom støtte fra familie, venner og helsetjenester.</p>
Relevans	For å tilby god palliativ pleie er det viktig å kartlegge hvilke utfordringer og muligheter vi kan møte i hjemmebasert omsorg. Denne studiens to hovedkategorier vil her være nyttig for at vi kan tilrettelegge for at den syke kreftpasienten skal kunne få best mulig palliativ pleie.

#4 Matrise

Referanse	Hassankhani, H., Dehghannezhad, J., Rahmani, A., Ghafourifard, M., Shheili, A. & Lotfi, M. (2021). Caring needs of cancer patients from the perspective of homecare nurses: a qualitative study. <i>Asian pacific journal of cancer prevention</i> . 23(1)s. 71-77. DOI: 10.31557/APJCP.2022.23.1.71
Studiens hensikt/mål	Studiens mål er å undersøke hvordan man fra en omsorgsperson kan gjøre for å forbedre pasientpleie innenfor et palliativ perspektiv i hjemmet.
Nøkkelbegrep	Cancer, need, nursing, home care.
Metode	<p>Metoden: Dette er en kvalitativ studie med et deskriptivt design.</p> <p>Utvalg: 15 hjemmesykepleiere fra et hjemmesykepleie senter deltok i studiet. En målrettet prøvetaking teknikk ble brukt for å velge ut deltakerne. Studiens inkluderingskriterier var at sykepleierne hadde erfaring med å arbeide i hjemmesykepleien, opplevd å gi omsorg eller arbeidet med administrasjonstjenester for kreftpasienter.</p> <p>Datainnsamling: Deltakerne ble intervjuet ansikt til ansikt i 35-50 minutter. De ble stilt flere spørsmål, for eksempel spørsmål om hvilke pleiebehov de møter i arbeidet med kreftsyke i hjemmet.</p> <p>Analyse: Data fra intervjuene ble samlet og analysert med en konvensjonell innholdsanalyse.</p>
Resultat/ konklusjon	<p>Resultat: Dataanalysene resulterte i 4 hovedkategorier.</p> <ul style="list-style-type: none">• Fysiske behov Pasientene trenger hjelp til blant annet smertelindring, sårbehandling og ernæring. Det mest vanlige problemet blant palliative kreftpasienter er smerte og behov for smertelindring.• Psykiske støtte Pasientene har behov for håp og emosjonell støtte. Den emosjonelle støtten omfatter også emosjonell støtte til pasientens familie og pårørende.• Økonomisk støtte Dette kan være ulike forsikringer eller veldedighetsstøtte.• Utdanningsbehov Sykepleierne har behov for riktig informasjon i pleien de skal utføre. <p>Konklusjon: For å kunne ta tak i pasientenes fysiske, psykiske og moralske behov er det tverrfaglige samarbeidet og kartlegging av behovet for hjemmehjelp hos hver enkelte pasient er nødvendig.</p>
Relevans	Resultatet fra denne studien vil komme godt med i vår oppgave. Resultatet representerer ulike utfordringer kreftsyke i hjemmet har, og gjør det dermed enkelt for oss å kunne presentere ulike tiltak som er nødvendig for å kunne gi optimal støtte og pleie til disse pasientene.

#5 Matrise

Referanse	Røgenes, G., Moen A. & Grov. E. (2013). Heimesjukepleiernes perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen. <i>Klinisk sykepleie</i> , 27 (1). S 64-76. https://www.idunn.no/doi/10.18261/ISSN1903-2285-2013-01-07?fbclid=IwAR1Klv_tFK61O_hbvD4aTM5Dke-eEX84swMIsnuEpMufH13-xa315G_K6M4
Studiens hensikt/mål	Det norske helsevesenet har stort fokus på at mennesker med alvorlig sykdom skal få dø hjemme eller ha lengst mulig tid hjemme om de ønsker det. Områder innenfor sykepleierens arbeid som peker seg ut er støtte, kunnskap og erfaring, organisering, kommunikasjon og informasjon og samarbeid. Målet i dette studiet er derfor å finne ut sykepleierens oppfatning av hvor viktig disse områdene er for å oppnå lengst mulig tid hjemme for pasienter i en palliativ fase.
Nøkkelbegrep	Sykepleie, kreft, palliativ pleie og hjemme
Metode	<p>Metode: Studien er gjennomført med et ikke-eksperimentelt, deskriptivt design med kvantitativ, deduktiv metode. Målgruppen for studiet er sykepleiere som arbeider i hjemmesykepleien i norske kommuner.</p> <p>Utvalg: Det ble sendt ut 346 spørreskjema til sykepleiere de ulike kommunene, hvor 189 ble besvart. Det var kun kontaktperson ved de respektive arbeidsplassene som hadde kontakt med respondentene.</p> <p>Datainnsamling: Det ble tatt i bruk et spørreskjema som ble utviklet basert på funn i litteraturen. Spørreskjemaet inneholder 74 påstander hvor svaralternativene blant annet var "alltid, ofte, av og til, sjeldent eller aldri".</p> <p>Analyse: For studiens gyldighet ble det gjennomført en pilottesting, da spørreskjemaet var utviklet spesielt for akkurat dette studiet. Studien ble deretter videre analysert ved bruk av dataprogrammet PASW 17, og resultatet ble fremlagt i seks ulike tabeller.</p>
Resultat/ konklusjon	<p>Resultat: Sykepleiere ser på noen sentrale områder for å bidra til at pasienter i den palliative fasen kan være hjemme så lenge som mulig. Disse områdene er:</p> <p><u>Støtte</u> Å dele erfaring om vanskelige situasjoner med kollegaer eller overordnet. Mannlige sykepleiere rapportert at de ikke er like flink som de kvinnelige sykepleiere her.</p> <p><u>Kunnskap og erfaring</u> Å kunne ivareta de døende. Dette rapporteres å være bedre hos de som har vært utdannet sykepleiere over lengre tid, de med videreutdanning og nettverksmedlemmer.</p> <p><u>Organisering</u> Ved organisering av tjenester er det de eldre, de med videreutdanning og og nettverksmedlemmene som i større grad samarbeider med andre yrkesgrupper.</p> <p><u>Kommunikasjon og informasjon</u> Å ta opp vanskelige tema med pasienten er det de eldre sykepleierne som føler seg tryggest med.</p> <p><u>Samarbeid</u> Her er det ESAS som blir tatt i bruk, men de kvinnelige sykepleierne benytter dette oftere enn de mannlige sykepleierne.</p> <p>Konklusjon: Fra sykepleier perspektivet var det områdene samarbeid, organisering, informasjon og kommunikasjon som var viktige i arbeidet hos pasienter i palliativ fase som bor hjemme. Samtidig som at dette støttet sykepleierens faglige trygghet.</p>
Relevans	Studien viser til stor engasjement om det å la pasienter få dø i eget hjem om de ønsker dette. Derfor har de lagt fokus på hvilke områder sykepleiere synes er viktig for å kunne gjennomføre dette. Dette kan komme godt med i oppgaven vår når vi skal finne tiltak.

#6 Matrise

Referanse	Nordly, M., Vadstrup, E. S., Sjøgren, P. & Kurita, G. P. (2016) Home-based specialized palliative care in patients with advanced cancer: A systematic review. <i>Palliative and Supportive care</i> , 2016(14), s. 713-724. https://doi.org/10.1017/S147895151600050X
Studiens hensikt/mål	Pasienter med langt utviklet kreft har ofte et sammensatt sykdomsbilde med både fysiske, psykiske og psykososiale symptomer. Det er observert en del behov som ikke blir ivaretatt i møte med denne pasientgruppen. Studiens mål er derfor å få en oversikt over informasjon for organisering og utfall av hjemmebasert spesialisert palliativ pleie.
Nøkkelbegrep	Cancer, Palliative care, Home care, Review, Home deaths, Symptoms.
Metode	Metoden: Artikkelen metode er systematisk litteratursøk. Forskerne har gjennomført søk i databasene PubMed, EMBASE og Cochrane. Søket ble gjennomført ved hjelp av et PICO-søkeskjema. Det ble i tillegg til dette også gjennomført et håndstøkt referanselistene til artiklene. Utvalg: Artiklene ble valgt fra artikler mellom Januar 2000 og Januar 2015, og begrenset seg til engelske artikler. Det ble lest gjennom abstrakter og innført inklusjons- og eksklusjonskriterier. Det ble valgt ut 5 artikler som hadde som mål å studere hjemmebasert spesialisert palliativ pleie gitt til voksne pasienter med langtkommet kreft. Det ble også valgt ytterligere 3 artikler ved håndstøk. Datainnsamling: Data og informasjon fra resultatene til de respektive artiklene ble hentet ut og strukturert slik at de kunne analyseres på en god måte. Analyse: Det ble gjennomført en data-analyse, basert på data som var samlet inn fra de åtte valgte artiklene.
Resultat/ konklusjon	Resultat: Studiene hadde oaramtre forlengelse av liv og livskvalitet. Resultatene av de forskjellige artiklene viste varierende utfall men gjennomgående resultat var at situasjonen ikke ble merkbart forbedret. På den annen side viste studien av pasientene fikk bedre kontroll på symptomer over tid ved den hjemmebaserte palliative pleien. Det fremstår derfor i denne artikkelen som at spesialisert palliativ pleie i hjemmet hadde en positiv effekt på symptomer som smerte og dyspnè, men påpeker også et stort behov for flere studier og videre forskning. Konklusjon: Studiens konklusjon viser til stor datamangel innenfor emne om palliativ pleie i hjemmet for pasienter med kreft. Dette fører til at det ikke eksisterer ekstensiv statistikk om effektiviteten dette har på pasientens livskvalitet og forlengelse av liv. Ved denne litteraturstudien viste likevel artiklene til at symptomer ofte ble håndtert på en tilfredsstillende måte også ved hjemmepalliasjon. I denne artikkelen var symptomene smertekontroll og dyspnè de mest fremtredende symptomene. På generell basis konkluderer studien med at at hjemmebasert spesialisert palliativ omsorg har en positiv effekt på smertelindring og dyspnè, men at videre studier er nødvendig.
Relevans	Resultatet av studien viser til at palliativ pleie for kreftsyke i hjemmet kan ha en positiv effekt på nevnte symptomer som smerte og dyspnè. I tillegg til dette resultatet belyser også artikkelen et faktum at det finnes for lite studier innenfor denne typen spesialisert palliativ pleie i hjemmet. Dette viser et behov for mer forskning og mer informasjon om temaet dersom flere pasienter skal ha mulighet til å dø i hjemmet. Studien konkluderer med at man vet for lite om hvordan utfallet av hjemmebasert omsorg for palliative kreftpasienter differensierer fra utfallet dersom pasienten er inneliggende på institusjon. Resultatet av denne studien er derfor relevant for vår problemstilling.

#7 Matrise

Referanse	Hassankhani, H., Rahmani, A., Best, A., Taleghani, F., Sanaat, Z. & Dehghannezhad, J. (2020) Barriers to home-based palliative care in people with cancer: A qualitative study of the perspective of caregivers. <i>Nursing open</i> , 2020(7) s.1260-1268. DOI:10.1002/nop2.503
Studiens hensikt/mål	På verdensbasis er kreft den ledende dødsårsaken. Det er estimert at 9.6 million døde av kreft bare i 2018. Livsforkortende kreft har en stor påvirkning på pasientens og familiens fysiske og psykiske helse og velvære. WHO har derfor introdusert palliative pleie som en løsning for å forbedre livskvaliteten til pasientene og familiene deres. Denne studiens mål er å finne ut av barrierer som helsearbeidere kommer utfor i forbindelse med palliativ pleie ved kreftsyke i hjemmet.
Nøkkelbegrep	Barriers, cancer, care, home, nurses, nursing, palliative.
Metode	Metoden: Studien er gjennomført via kvalitativt forskningsmetode. Deltakerne i studien deltok i semi-strukturerte intervjuer hvor noen av spørsmålene var satt, men intervjuet ga rom for utbrodering av temaer som deltakerne ønsket å snakke mer om. Utvalg: Studien ble gjennomført med tjuetre deltakere. Blant intervjuobjektene var åtte managere, åtte sykepleiere med erfaring med hjemmebasert pleie, en onkolog, en smertespesialist, to leger og en leder med sykepleierbakgrunn. Inklusjonskriteriene for utvalget var at alle deltakerne skulle ha erfaring fra hjemmebasert pleie, eller administrering av denne, for pasienter med kreft. Datainnsamling: Datainnsamlingen ble foretatt gjennom en-til-en-intervjuer mellom deltakerne og forskerne. Analyse: Dataene som ble samlet inn ble analysert som kvalitative data.
Resultat/ konklusjon	Resultat: Studien identifiserte tre hovedkategorier av hinder for helsearbeidere. Disse er mangel på instruksjoner, desperasjon hos familien/pårørende og mangelen på kompetanse. Mangel på instruksjoner gikk ut på at det ikke er utarbeidet generelle retningslinjer for hvordan arbeidet skal føres ved palliativ pleie i hjemmet. Desperasjon hos familie handler om hvordan pårørende oppfatter situasjonen som pasienten er i, og at de ofte mener at det er best at pasienten er på en institusjon. Mangel på kompetanse handler om at sykepleiere opplever å ikke ha nok kompetanse innenfor feltet palliativ pleie i hjemmet, noe som gjør dem skeptisk til å være ansvarlig for en slik prosess. Konklusjon: Mangel på retningslinjer og rammeverk for pleien gjør at det er vanskelig for sykepleiere å sette opp planer for hvordan arbeide skal utformes. Antall tilfeller kreft har økt de siste årene. På grunn av dette finnes det ikke sykepleiere med nok kompetanse innenfor feltene. Det kan derfor oppstå situasjoner der sykepleiere uten den nødvendige kompetansen må inn i en hjemmebasert omsorg. Dette fører til usikkerhet både blant sykepleiere, pasienter og pårørende.
Relevans	Denne artikkelen viser til konkrete problemer hos palliativ pleie hos kreftsyke i hjemmet og legger grunnlaget for hva sykepleiere kan gjøre av tiltak for å tilrettelegge bedre for dette. Studien viser også til statistikk for at flere dør av kreft enn tidligere og at palliativ pleie er et av de tiltakene som er opprettet for å bedre livskvalitet hos pasienter med uheldelig kreft. Dette aktualiserer problemstillingen i vår oppgave og viser til hvor viktig denne er.

#8 Matrise

Referanse	<p>Sijabat, M., Dahlia, D & Waluyo, A. (2019). Experiences of palliative care nurses in providing home-based care for patient with advanced cancer. <i>Enfermeria clinica</i>. 29 (52). https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.060</p>
Studiens hensikt/mål	<p>Hovedproblemet med å ta vare på en kreftsyk pasient er å oppfylle de fysiske, psykiske og åndelige behovene. Studien tar utgangspunkt i disse behovene for å finne ut hvilke tiltak palliative hjemmesykepleiere kan iverksette for at pasienten skal oppleve en verdig død med redusert lidelse.</p>
Nøkkelbegrep	<p>Nurse experience, Home-based terminal palliative care, Palliative nurse</p>
Metode	<p>Metode: Erfaring hos den enkelte deltaker ble utforsket ved å bruke en beskrivende fenomenologisk tilnærming. Utvalg: 8 palliative sykepleiere deltok, og ble valgt gjennom målrettet prøvetakingsmetode. Kriteriene for å bli deltagere var blant annet å arbeide som en palliativ sykepleier, å ha palliativ sertifikat og ha minst 3 års erfaring innenfor palliativt arbeid. Datainnsamling: data ble samlet gjennom å dype intervjuer med deltakerne, som ble tatt opp av en elektronisk opptaker. Intervju-retningslinjer og feltnotater ble tatt i bruk under intervjuene. To veiledere ble inkludert som eksterne anmeldere av forskningen. Veilederne og deltakerne ble testet for sin troverdighet gjennom ulike tester (overførbarhet, bekreftelse og pålitelighet). Analyse: intervjuene ble analysert ved hjelp av Colaizzi-metoden.</p>
Resultat/ konklusjon	<p>Resultat Studiens resultat er delt inn i seks temaer.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Familiens antagelse av palliativ sykepleier som omsorgsperson Sykepleiere mente at noen pårørende ikke forstår arbeidet og funksjonen til en palliativ sykepleier. Den palliative sykepleieren ble ofte brukt som hushodningassistent eller omsorgsperson. Det var også noen familier som ikke involverte seg i å ta vare på pasienten, og at alt ansvaret derfor havnet hos sykepleier. 2. Palliativ sykepleier bekymret for pasientens fysiske behov Sykepleiere var bekymret for de plagsomme fysiske symptomene som pasientene opplevde. For eksempel smerte, sårbehandling, kvalme og oppkast. Dette kommer i tillegg til at sykepleiere også passer på pasientens hygiene og eliminasjon. 3. utfordringer i beslutningsprosessene vedrørende palliativ behandling Av og til har sykepleier, lege og pårørende ulike meninger når det kommer til pasientens palliative behandling og informasjonsdeling. 4. Palliativ sykepleier mer dominerende i å samarbeide for å overvinne smerten. Mange kreftpasienter har mye smerter. Disse smertene kan ikke behandles kun med sykepleie og ikke-farmalogisk behandling. 5. Palliativ behandling gitt etter primærjobben på sykehus. Palliativ pleie krever mye tid, og det er derfor mange av sykepleieren som gir pleie etter arbeidstid. Sykepleiere føler de ofrer egen familietid 6. Å gi omsorg for forestående død i samsvar med forhåndsdefinerte standarder. Sykepleiers oppgaver ved livets slutt er å gjenkjenne symptomer som er tegn på livets slutt og gi omsorg. Samt støtte pasient og pårørende under dødsprosessen, forberede familie på å håndtere døden. <p>Konklusjon Konklusjonen er at det trengs en forbedring av tjenestene som utdanner palliative sykepleiere, slik at man kan forbedre kunnskap og opplæring av palliative sykepleiere. Også at man administrerer politikken til palliativ sykepleie i det nasjonale helsesystemet.</p>
Relevans	<p>Studiet tar for seg de palliative sykepleiers erfaringer innenfor arbeid med pasienter med avansert kreft i hjemmet. Disse erfaringene gir gode tilbakemeldinger på hvilke tiltak som kan være nyttige å iverksette i disse situasjonene. Dette er tiltak som er viktige for vår oppgave, og utføringen av disse.</p>

