

Sarocha Khamkaew
Ragnhild Kolseth

Hvilke utfordringer møter sykepleierne hos palliative kreftpasienter i eget hjem?

Antall ord: 8785

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Ingunn Klauset Hunstad
Mai 2022

Sarocha Khamkaew
Ragnhild Kolseth

Hvilke utfordringer møter sykepleierne hos palliative kreftpasienter i eget hjem?

Antall ord: 8785

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Ingunn Klauset Hunstad
Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Kreft er en av de vanligste sykdommene og kan ramme alle, og ved uhelbrede kreft, vil palliativ behandling sett i gang. Mange ønsker å motta palliativ behandling hjemme, men kun 15% (2015) fikk siste fase av livet i hjemmet. Samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012 med mål om at flest mennesker skal få behandling i hjemmet, for å redusere antall innleggelser på sykehus. I tråd med disse faktorene vil det være nødvendig å belyse sykepleiernes utfordringer hos palliative kreftpasienter i eget hjem.

Hensikt: Hensikten med studien er å belyse hvilke utfordringer sykepleierne i hjemmesykepleien opplevde hos hjemmeboende kreftpasienter i en palliativ fase.

Metode: Denne litteraturstudien bygger på åtte kvalitative forskningsstudier.

Resultat: Sykepleiere møtte på utfordringer som manglende kompetanse, dårlig kommunikasjon og bygging av relasjon, samt utfordringer knyttet til rammefaktorene i hjemmesykepleien, eksempelvis tidspress.

Konklusjon: Sykepleierne opplevde det som givende å få ta del i pasientens siste livsfase i hjemmet. Samtidig møtte de på en rekke utfordringer som; manglende samhandling og tverrprofesjonelt samarbeid, kompetanse, dårlig kommunikasjon og tidspress. Konsekvensene av dette kan medføre utrygge sykepleiere, dårlig kvalitet på pleien, innleggelser på sykehus og svekket tillit fra pasient og pårørende.

Abstract

Background: Cancer is one of the most common diseases and can affect anyone, and in the case of incurable cancer, palliative treatment will be started. Many want to receive palliative care at home, but only 15% (2015) received the last phase of life at home. The co-operation reform came into force in 2012 with the goal that most people will receive treatment at home, in order to reduce the number of hospital admissions. In line with these factors, it will be necessary to shed light on the nurses' challenges in palliative cancer patients in their own homes.

Aim: The aim of the study is to shed light on the challenges that nurses in home nursing experienced in cancer patients living at home in a palliative phase.

Method: This systematic literature study is based on eight qualitative research studies.

Result: Nurses encountered challenges such as lack of competence, poor communication and relationship building, as well as challenges related to the framework factors in home nursing, such as time pressure.

Conclusion: The nurses found it rewarding to take part in the patient's last phase of life at home. At the same time, they faced a number of challenges such as lack of interaction, competence and interprofessional cooperation, poor communication and time pressure. The consequences of this lead to insecure nurses, poor quality of care, hospitalizations and weakened trust from patients and relatives.

Innhold

1	Innledning	11
1.1	Bakgrunn for valg av tema	11
1.2	Hensikt og problemstilling	11
1.3	Sentralre begreper	11
1.4	Avgrensninger	12
1.5	Oppgavens videre oppbygging	12
2	Teoribakgrunn	13
2.1	Kreft	13
2.2	Å ha pasientens hjem som arbeidsplass	13
2.3	Samhandling ved hjemmebasert palliativ omsorg	14
2.4	Kommunikasjon og relasjon.....	14
2.4.1	Eksistensielle behov	14
2.4.2	Kari Martinsens omsorgsfilosofi.....	14
2.5	Lover og forskrifter.....	15
3	Metodebeskrivelse	16
3.1	Beskrivelse av metode	16
3.2	Inklusjons – og eksklusjonskriterier	16
3.3	Søkeprosessen	16
3.4	Kvalitetsvurdering	17
3.5	Etisk vurdering	18
3.6	Analyse	18
4	Resultat.....	19
4.1	Manglende erfaring og kompetanse	19
4.2	Ressurser og samhandling.....	19
4.3	Kommunikasjon og relasjon.....	20
4.3.1	Tidlig møte med pasient og pårørende kan skape relasjon	21
4.3.2	Pårørendes behov	21
4.4	Rammefaktorer i hjemmesykepleien	22
5	Diskusjon	23
5.1	Metodediskusjon	23
5.2	Resultatdiskusjon.....	24
5.2.1	Manglende erfaring og kompetanse	24
5.2.2	Ressurser og samhandling	25
5.2.3	Kommunikasjon og relasjon	26
5.2.4	Rammefaktorer i hjemmesykepleien.....	28

6	Konklusjon.....	29
6.1	Videre forskning.....	30
	Referanser	31
	Vedlegg	34

1 Innledning

Oppgaven vår bygger på en systematisk litteraturstudie, og vil handle om hjemmebasert palliativ omsorg og utfordringer som sykepleierne møter ved palliative kreftpasienter i eget hjem. Palliasjon handler om aktiv pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid (Lorentsen & Grov, 2017).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det ble registrert 35 151 nye krefttilfeller i Norge i 2020 (Kreftregisteret, 2021). I 2020 døde 10 809 av kreft i Norge (Folkehelseinstituttet, 2021). Ønsket om å dø hjemme er stor, og ifølge Kreftforeningen (2015) er det 15% som dør hjemme (Kreftforeningen, 2015).

Vi valgte temaet "hjemmebasert palliativ omsorg" på grunn av aktualitet og relevans. Etter at Samhandlingsreformen trådte kraft i 2012, har kommunehelsetjenesten blitt til et satsingsområde (St.meld.nr.47, 2008). Reformen har som mål å flytte helsetjenester nærmere der folk bor, slik at flere får nødvendig helsehjelp i kommunens helse - og omsorgstjeneste fremfor spesialisthelsetjenesten. På bakgrunn av dette ser vi viktigheten av å øke vår kunnskap om temaet.

Vi mener det er aktuelt å belyse utfordringer ved palliativ omsorg til hjemmeboende kreftpasienter ut ifra et sykepleieperspektiv, fordi som sykepleier skal man legge til rette for at døende pasienter skal få avslutte livet der de ønsker (Fjørtoft, 2016, s. 78).

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne studien er å øke kunnskapen til sykepleiere som yter palliativ omsorg til kreftpasienter som ønsker å dø hjemme, slik at de kan bidra til en betryggende og verdig død.

Problemstillingen: **Hvilke utfordringer møter sykepleierne hos palliative kreftpasienter i eget hjem?**

1.3 Sentrale begreper

Palliasjon - "... er en aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientenes fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet" (Norsk Palliativ Forening, 2016).

Kreft - Kreft er en fellesbetegnelse for sykdommer med ukontrollert vekst og spredning av celler. Det skjer en opphopning av kreftceller i organet der veksten startet, og blir da til kreftsvulster (Bertelsen et al., 2019).

Hjem - Ifølge Fjørtoft (2016) står hjemmet for trygghet, identitet og selvstendighet. Hjemmet symboliserer våre egne verdier, enten vi bor alene, i en familie eller i andre boformer. Hjemmet er sterkt knyttet til det å være uavhengig og klare de daglige aktivitetene (s. 27 – 28).

1.4 Avgrensninger

Vi har bestemt oss for å skrive om utfordringer sykepleierne møter ved palliativ kreftpasienter i eget hjem, uavhengig av målgruppe, kjønn og kreftsykdom. Dette med grunnlag at vi ønsker en generell kunnskap om temaet. Antatt levetid er heller ikke tatt med, grunnet vanskeligheter med å beregne tid for denne pasientgruppen. Oppgaven er avgrenset til sykepleieperspektivet, fordi som sykepleier kan man i møte med lidende og døende pasienter, erfare utfordringer og vanskelige opplevelser (Kalfoss, 2017).

1.5 Oppgavens videre oppbygging

Videre i oppgaven trekker kapittel to inn teorier som skal bidra til å belyse problemstillingen og som igjen brukes i diskusjonsdelen. Kapittel tre inneholder en metodebeskrivelse, beskrivelse om hvordan søket etter forskningsartikler ble gjennomført og analyse av de inkluderte artiklene. I kapittel fire presenteres sentrale funn som ble gjort i analysen. Videre vil kapittel fem ta for seg metodediskusjon, deretter drøfting av resultatene som munnar ut til en konklusjon og til slutt et forslag til videre forskning.

2 Teoribakgrunn

I dette kapittelet presenteres relevante teorier om kreft, å ha pasientens hjem som arbeidsplass, samhandling og tverrfaglig samarbeid, kommunikasjon og relasjon, lover og forskrifter. Teorier er med på å belyse problemstilling i oppgaven.

2.1 Kreft

Kreft har blitt en av de vanligste sykdommene, og det finnes mange ulike typer. Kreft oppstår ved ukontrollert celledeling med en tumor som invaderer omkringliggende vev og sprer seg til andre deler av kroppen. Alle mennesker kan få kreft, men man kan redusere risikoen ved å stumpe røyken, redusere alkoholinntaket og endre livsstilen. Arvelige faktorer kan gi økt risiko for kreft. Brystkreft og tykktarmskreft har hyppigst forekomst hos kvinner. Mens prostatakreft, tykktarmskreft og lungekreft er hyppigst for menn. For barn er leukemi og hjernetumorer de mest vanlige (Bertelsen et al., 2019).

Lindrende behandling, også kalt palliativ behandling, blir satt i gang dersom kreftsykdommen ikke er kurativ. En uhelbredelig kreftsykdom oppstår når man ikke klarer å stanse kreftcellene som sprer seg i kroppen ved hjelp av for eksempel stråling eller cytostatika behandling. Sykdommen sprer seg da i andre livsviktige organer, og etter hvert vil de organene svikte (Lorentsen & Grov, 2017). Palliativ behandling har som mål å lindre og oppnå best mulig livskvalitet. Lindrende behandling retter fokus på pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige problemer, smerter og grunnleggende behov (Bertelsen et al., 2019; Kreftforeningen, 2022; Lorentsen & Grov, 2017).

2.2 Å ha pasientens hjem som arbeidsplass

Mange velger å dø hjemme rundt kjente omgivelser sammen med sine nære og som hjemmesykepleier har man en sentral rolle, og legge til rette slik at hjemme død blir mulig (Fjørtoft, 2016, s. 78 – 79). Hjemmesykepleien handler om at helsehjelpen blir utført i pasientens hjem (Fjørtoft, 2016, s. 12). Målet er at hjemmet skal være et hjem, som symboliserer egne verdier, rutiner og regler, uansett hjelpebehov (Fjørtoft, 2016, s. 27, 31, 34). I hjemmesykepleien kan psykiske forhold som arbeidsmengden og alenejobbing virke belastende, som fører til begrenset tid, noe som er avgjørende for kvaliteten på pleien (Fjørtoft, 2016, s. 40 – 41, 164).

I hjemmetjenesten arbeider sykepleierne selvstendig, med trygghet i egen rolle (Fjørtoft, 2016, s. 220). Indre trygghet handler om at situasjonen er trygg, pasienten har tillit til deg som sykepleier, og trygghet i egen kompetanse og personlig utvikling (Mathisen, 2017). Tillit viser også en etisk utfordring om å ikke misbruke makten som ligger i en tillitsrelasjon (Eide & Eide, 2017, s. 26, 27). Ytre trygghet handler om god kommunikasjon som bidrar til å skape bedre kontinuitet i arbeidet (Mathisen, 2017).

Det er nødvendig med kompetente sykepleiere som kan dekke de grunnleggende behovene til pasienten (Fjørtoft, 2016, s. 81, 162). Pårørende er viktige ressurser i rollen som informanter, som er sentralt for pleien (Fjørtoft, 2016, s. 103).

2.3 Samhandling ved hjemmebasert palliativ omsorg

God samhandling er viktig for å kunne dekke pasientens grunnleggende og sammensatte behov. Godt samarbeid mellom ulike profesjoner og omsorgsnivåer, som fastlege, sykehuset eller lindrende team bidrar til en helhetlig tjeneste (Fjørtoft, 2016, s. 81 – 83). De ulike profesjonene innarbeider intensjoner for det tverrfaglige samarbeidet og finner felles mål sammen med pasienten og pårørende (Lorentsen & Grov, 2017).

Helsetjenestene har vist seg å være spesialisert og oppsplittet, med uklare ansvars- og oppgavefordeling, som kan skape utfordringer knyttet til samhandling. God samhandling er basert på kompetanse, respekt, tillit og organisering mellom helsepersonell for å oppnå ønskene og kravene fra pasienten. En god samhandling skjer på tvers av omsorgsnivåer og etater, noe som kan være utfordrende (Fjørtoft, 2016, s. 193 – 194). Det er viktig at pasientene opplever et helhetlig pasientforløp, som har utgangspunkt i deres individuelle situasjon og behov. Utarbeiding av en individuell- og palliativ plan er et viktig hjelpemiddel for å få til et godt samarbeid mellom pasient, pårørende og helsetjenesten (Fjørtoft, 2016, s. 209; Lorentsen & Grov, 2017).

2.4 Kommunikasjon og relasjon

Møtet mellom pasient og tjenesteyter bidrar til relasjoner, uavhengig om samhandlingen er kortvarig eller går over lengre tid (Fjørtoft, 2016, s. 199). Tidlig involvering er viktig for relasjonen med pasient og pårørende. Sykepleierens rolle innen palliativ omsorg blir ofte beskrevet som følelsesmessig involverende, i den forstand at man blir godt kjent med pasienten og pårørende. Ivaretagelse av pasient og pårørende står sentralt i hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2016, s. 82; Lorentsen & Grov, 2017). Sykepleierne har en motiverende og viktig funksjon i den palliative fasen, og sykepleierne må bruke sin kommunikasjonsferdighet på en god og forsvarlig måte (Eide & Eide, 2019, s. 32). Å opparbeide en god relasjon til pasient og pårørende er sentralt i hjemmetjenesten, slik at de blir trygge på det tilbudet de får hjemme (Fjørtoft, 2016, s. 81 – 83).

2.4.1 Eksistensielle behov

For mange er kreft en dramatisk eksistensiell erfaring, der man forbinder det med smerte, lidelse og død. Pasienter i en palliativ fase ønsker at sykepleierne som er til stede, har evne til å lytte, mot til å være nær og evnen til å la seg berøre (Lorentsen & Grov, 2017). I møte med sorg og døden møter sykepleierne andres smerter og lidelser, som berører deres følelser. Å være involvert i pasientens og pårørendes sorg, frykt og håp er krevende for mange sykepleiere. Sykepleiere må våge å gå ut av komfortsonen, å gå inn i andre sine lidelser og vise sårbarhet (Fjørtoft, 2016, s. 82).

2.4.2 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Kari Martinsens omsorgs- og grunnlagsetikk tar utgangspunkt i moralen og etikken i utøvelsen av sykepleie. Martinsen trekker inn at relasjonen mellom sykepleier og pasient er avgjørende for handling og utøvelsen av sykepleien (Nortvedt, 2017, s. 53). Emosjonell forståelse står sentralt i Martinsens omsorgsfilosofi, med vektlegging rundt gode holdninger og ingen forskjellsbehandling. Videre legger Martinsen vekt på holdningens etiske betydning i sykepleien, som kommer til uttrykk gjennom vennlighet, høflighet, å være lyttende og vise varsomhet. Et sentralt punkt i omsorgsfilosofien er at uansett situasjon, skal man alltid ha en profesjonell og god holdning (Nortvedt, 2017, s.

57 – 58). Sykepleiernes evne til å sette seg inn i pasientens situasjon, føle omtanke og omsorg for pasienten står sentralt (Nortvedt, 2017, s. 55).

Martinsens etikk tar også opp temaet om moralsk berørthet, som gir sykepleierne kunnskap om andre menneskers sinnstilstand, erfaringer og opplevelser. Det omhandler forståelsen av emosjonelle reaksjoner, ser tegn på smerte, samt legger merke til signaler dersom den personlige belastningen er nådd (Nortvedt, 2017, s. 56).

2.5 Lover og forskrifter

Samhandlingsreformen har gitt hjemmetjenesten mer fokus, der pasienter skal få nødvendig helsehjelp i kommunens helse - og omsorgstjeneste fremfor spesialisthelsetjenesten (St.meld.nr.47, 2008). Hjemmesykepleien er en offentlig helsetjeneste og en del av kommunehelsetjenesten, som er styrt av en rekke lover og forskrifter (Fjørtoft, 2016, s. 154). Helse - og omsorgstjenesteloven (2011) § 4-1, sier at kommunen har ansvar for at tilstrekkelig kompetanse sikres i tjenesten som utføres (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). I tillegg er Arbeidsmiljøloven (2005) § 4-2 (2) en hjemmel som kan bidra til bedre kvalitet i pleien som blir gitt til pasienten. Det skal tilrettelegges slik at arbeidstaker har mulighet for faglig og personlig utvikling gjennom sitt arbeid, med tilstrekkelig informasjon og opplæring (Arbeidsmiljøloven, 2005). I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er det forklart i punkt 1.7 at sykepleiere skal kjenne til grensene for egen kompetanse, praksisen innenfor området og søke veiledning ved vanskelige situasjoner (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Pasient - og brukerrettighetsloven (1999) § 1-1 innebærer at loven skal være med å fremme og ivareta den enkelte integritet, sosial trygghet og menneskeverd, slik at forholdet mellom pasient - og helse - og omsorgstjenesten bygges på tillit (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Pasienten har rett til brukermedvirkning, en individuell plan for behandling, og krav på skriftlig vedtak med begrunnelser for hva slags hjelp enkelte kan få eller ikke (Fjørtoft, 2016, s. 156; Pasient - og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-5).

I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleierne punkt 2.10 og 2.12 står det at sykepleier har ansvar å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse, og bidra til en naturlig og verdig død. Videre omtaler Yrkesetiske retningslinjer punkt 3; at sykepleier viser respekt, omtanke og inkluderer pårørende (Norsk sykepleierforbund, 2019). Lover og forskrifter kan bidra til kontinuitet i omsorgen.

3 Metodebeskrivelse

I dette kapitlet vil vi presentere søkeprosessen knyttet til systematisk litteratursøk, datainnsamling med inklusjons - og eksklusjonskriterier, vurdering av kvalitet og relevans - og etiske vurderinger. Deretter vil analysen av de inkluderte forskningsartiklene presenteres.

3.1 Beskrivelse av metode

Metode er verktøyet som er med på å skaffe nødvendig datasamling til oppgaven (Forsberg & Wengström, 2015, s. 40, 55). Oppgaven baserer seg på en systematisk litteraturstudie, der vi har brukt et systematisk litteratursøk. Ifølge Forsberg og Wengström (2015) handler dette om å systematisere søke, kritisk granske, analysere og velge ut relevant forskning innen valgte emnet eller problemområdet. Til denne oppgaven har vi funnet åtte artikler som skal brukes til å belyse problemstillingen. Artiklene vi har valgt har en kvalitativ metode, som får tydelig frem mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2017, s. 52). I tillegg bygges oppgaven på faglitteratur og pensumbøker, samt relevante datakilder, blant annet lovverk.

3.2 Inklusjons – og eksklusjonskriterier

Søkene ble gjort med inklusjons - og eksklusjonskriterier. Vi søkte på artikler etter 2011, men har også i etterkant utført søk uten avgrensning på årstall på publiseringen for å utvide søket. Artiklene ble kontrollert om de hadde sykepleieperspektiv og at de handlet om hjemmebasert omsorg. Med utgangspunkt i problemstillingen, ble hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase tatt med i vurderingen. Det ble ikke gjort forskjell på kjønn, alder eller kreftdiagnose. Artiklene skulle også være skrevet på norsk eller engelsk, og være etisk godkjent.

3.3 Søkeprosessen

Før vi startet med litteratursøket gjorde vi oss kjent med boolske operatører AND og OR, for å kombinere søkeord for å finne mer spesifikke og relevante artikler. Kombinasjon med AND gir oss treff på litteratur som omhandler alle søkeordene, med begrenset antall treff i søket. Men OR gir oss treff som inneholder det ene, eller begge ordene, noe som gir oss flere treff, og utvidet søket vårt (Søk og skriv, 2021).

Det systematiske litteratursøket startet i databasen SveMed+, hvor søkeordene "home health care", "nursing care", "cancer patients" og "palliative care" ble anvendt. Søkeordene ble kombinert ved hjelp av søke boolske operatøren AND. Fra dette søket ble artikler av Nordsveen og Andershed (2015) og Molnes (2014) inkludert. Søket fortsetter på SveMed+ med synonymer "cancer patients", "community nursing" og "death care",

kombinert med boolske AND. Artikkelen av Molnes (2015) blir inkludert i dette søket. Vi fant ikke artikler på CINAHL Complete som var relevant med de samme søkeordene, og måtte dermed gjøre en ny endring på søkeordene. Vi fortsatte søket i CINAHL Complete med følgende søkeord "palliative care", "home health care", "cancer" og "challenges", og kombinerte med AND og OR, der Lundereng et al., (2020) ble inkludert.

Etter flere søk uten å finne noe som er relevant for problemstillingen, gjorde vi noen endringer på søkene. Vi fortsatte søket i CINAHL Complete med de samme søkeordene som har blitt brukt tidligere i søkeprosessen, men la til; "barriers" og "nursing care", kombinert med AND og OR. Dette søket ga oss mange treff, der vi valgte å ta med artikkelen av Griffiths et al., (2013). Videre brukte vi søkeordene som ble brukt i forrige søk, men byttet ut ordet "home health care" med "community nursing", og fjernet synonym ordet "barriers". Dette søket ga oss et mer presist treff med få artikler. Wilson et al., (2014) og Dunne et al., (2005) ble anvendt videre i oppgaven. Se vedlegg 1, søkehistorikk for mer oversikt over søkene.

Siste inkluderte artikkelen ble gjort med manuelt søk, som ble funnet i tidsskrift Idunn.no. Søket er ikke med i søkehistorikken, med grunnlag av at det er et manuelt søk og passer ikke til under tabell for systematisk søk.

3.4 Kvalitetsvurdering

Alle de inkluderte artiklene har en IMRAD - struktur, og er kvalitative studier. Ved første omgang brukte vi NTNU Universitetsbiblioteket for å sjekke om artiklene er fagfellevurdert (NTNU Universitetsbiblioteket, 2022), der blir artiklene vurdert og godkjent av en eller flere eksperter innenfor fagfeltet. For at artiklene skal være godkjent til å bruke i studien vår, måtte artiklene være publisert i et godkjent vitenskapelig tidsskrift (Forsberg & Wengström, 2015, s. 104 – 107). Artiklene ble søkt opp i Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse for vitenskapelig publisering for kvalitetssjekk (HK-dir, 2021). Tre av de inkluderte artiklene hadde en publiseringskanal på nivå 2 og fem av artiklene var publisert på nivå 1, som betyr publikasjonene i et vitenskapelig tidsskrift med fagfellebedømming.

Videre brukte vi en sjekkliste fra Helsebiblioteket (2016) for å kritisk vurdere og kvalitetssikre forskningsartiklene. Sjekklisten har ti spørsmål som er delt inn i tre hovedpunkter, vi viser til et eksempel på spørsmål "Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?" (Helsebiblioteket, 2016). Spørsmålene kan bidra til å finne svar på de inkluderte artiklene før man skal evaluere forskningen. Ifølge Helsedirektoratet (2016) bør det svares ja på de to første spørsmålene for at artiklene skal kunne vurderes videre. Sjekkliste er et underlag som skal bidra til å kunne kvalitets vurdere artiklene (Forsberg & Wengström, 2015, s. 105). Vi så på bruk av sjekkliste som nyttig, da den bidrar til at vi lettere kunne vurdere om artiklene var relevant for studien vår.

Alle artiklene ble nøye gjennomgått, ved å lese overskrifter og sammendrag. For en oversikt over søkeprosessen og artiklene viser vi til vedlagt søkehistorikk og litteratormatriser.

3.5 Etisk vurdering

Forsberg & Wengström skriver at en bør velge studier som har tillatelse fra en etisk komite eller som har fått en etisk vurdering, samt være oppmerksom på at den dataen som kommer frem ikke er feilaktig (Forsberg & Wengström, 2015, s. 59). De sier videre at etiske vurderinger er et viktig aspekt i all vitenskapelig forskning, da man innhenter informasjon fra individer som deltar i studien (Forsberg & Wengström, 2015, s. 132). De inkluderte artiklene har gjort rede for etiske hensyn. Deltakerne samtykket til studiene, og hadde mulighet til å trekke seg når som helst, uten noen konsekvenser. Artiklene fra Norge er etiske vurderte og godkjent av NSD. NSD er en norsk forskningsinstitusjon som *"sørger for at data om mennesker og samfunn kan hentes inn, bearbejdes, lagres og deles trygt og lovlig, i dag og i fremtiden."* (NSD, 2022).

3.6 Analyse

Et vitenskapelig analysearbeid innebærer å dele opp det man undersøker i mindre biter og undersøker den hver for seg. Deretter starter analysen som innebærer å sette sammen deler til en ny helhet (Forsberg & Wengström, 2015, s. 152). Til denne oppgaven har vi valgt Evans' (2002) sin analysemodell, og modellen er beskrevet på fire steg.

Steg 1: Dette steget handler om å samle inn data. Åtte vitenskapelige artikler ble tatt med i studien, forskningsartiklene skal vurderes opp imot inklusjonskriterier (Evans, 2002). Det ble også gjennomgått flere vurderingskriterier som er beskrevet under metoddelen, for å få en bekreftelse på om artiklene er gode og kan belyse problemstillingen vår. Søkeprosessen er beskrevet tidligere under metoddelen.

Steg 2: I dette steget skal de utvalgte artiklene leses nøye gjennom og det skal identifiseres nøkkelfunn fra hver artikkel (Evans, 2002). Vi nummererte de utvalgte artiklene, slik at det ble lettere å se hvilke artikler som omhandler hva. De åtte artiklene ble lest hver for seg og vi noterte ned funnene og plasserte de i en tabell. Prosessen var tidkrevende, men den ga oss en god oversikt over de ulike funnene fra hver enkelt artikkel.

Steg 3: Ved dette steget skal de sentrale funnene samles fra hver artikkel. Her blir nøkkelfunn brukt til å identifisere hovedkategorier. Ifølge Evans' (2002) sier han at ved hjelp av nøkkelfunn og hovedtema kan man identifisere underkategorier. Vi har totalt identifisert 4 hovedkategorier; manglende erfaring og kompetanse, ressurser og samhandling, kommunikasjon og relasjoner, og rammefaktorer i hjemmesykepleien.

Steg 4: I siste steget skal det beskrives og gjøres rede for de ulike funnene som ble gjort, her skal underkategorier og hovedkategorier beskrives (Evans, 2002). Dette blir presentert under kapittel 4.

4 Resultat

I dette kapitlet skal vi presentere resultatene fra studien. Funnene er blitt identifisert med hovedkategorier og underkategorier. Ut ifra analysen har vi utarbeidet fire hovedkategorier; manglende erfaring og kompetanse, ressurser og samhandling, kommunikasjon og relasjon, og rammefaktorer i hjemmesykepleien. Funnene fra artiklene skal være med på å belyse problemstillingen; *Hvilke utfordringer møter sykepleierne hos palliative kreftpasienter i eget hjem?*

4.1 Manglende erfaring og kompetanse

Et viktig funn fra studien vår var at mange av hjemmesykepleierne opplever store utfordringer mellom pasientens behov og tilgjengelig kompetanse, som smertelindring og bruk av kartleggingsverktøy (Dunne et al., 2005; Molnes, 2014, 2015; Nordsveen & Andershed, 2015; Wilson et al., 2014; Aamold et al., 2020).

Gjennom artikler har det kommet frem resultater der sykepleiere føler at de ikke har tilstrekkelig kompetanse når det gjelder håndtering av symptomer i hjemmet, samt observasjoner ved smerter og smertelindring (Molnes, 2014, 2015; Nordsveen & Andershed, 2015; Wilson et al., 2014; Aamold et al., 2020). Videre uttrykker sykepleierne at kartlegging av smertebildet til kreftpasienter er krevende, og kartleggingsverktøy blir sjeldent brukt. Mangel på kunnskap og opplæring på slike verktøy skapte vanskeligheter ved å observere pasienter, noe som ofte fører til utfordringer der sykepleiere ikke vet om pasienten har fått tilstrekkelig smertelindring. Mange av sykepleierne ønsket økt fokus rundt smertelindring og smertekartlegging (Dunne et al., 2005; Molnes, 2014, 2014, 2015; Nordsveen & Andershed, 2015).

4.2 Ressurser og samhandling

Mangelfull samhandling og mangel på ressurser som lav bemanning og tidspress, dårlig kommunikasjon mellom tjenestenivåer og liten kunnskap om hverandres arbeidsområde ga sykepleierne mange utfordringer i møte med palliative kreftpasienter i eget hjem (Dunne et al., 2005; Lundereng et al., 2020; Molnes, 2014, 2015; Nordsveen & Andershed, 2015; Aamold et al., 2020). Vi syns dette funnet står svært sentralt til vår studie.

Mange av sykepleierne opplevde utfordringer ved planlegging og samhandling knyttet til utskrivelse, eksempelvis som mangler på nødvendig informasjon om pasienten. Dette kan føre til at sykepleiere ikke er forberedt på å yte hjelp, noe som medfører en mistillit mot hjemmetjenesten. Hjemmesykepleien er ofte avhengig av å ha praktiske ting og medisiner i orden før pasienten blir utskrevet (Lundereng et al., 2020; Nordsveen & Andershed, 2015; Aamold et al., 2020). Det har også kommet frem at sykepleierne bruker mye av tiden sin på å kontakte sykehusene og avdelinger for å avklare spørsmål, noe som blir utfordrende dersom det ikke er tilstrekkelig med ressurser. Sykepleierne mente at et samarbeidsmøte før utskrivelse kan være aktuelt for å kartlegge eventuelle

behov, samt innhenting av faglig kunnskap og kompetanse for å gi best palliativ omsorg (Lundereng et al., 2020; Molnes, 2014; Nordsveen & Andershed, 2015; Aamold et al., 2020). Sykepleierne begrunnet dette som en mulighet for å bli kjent med pasient og pårørende, samtidig lage en individuell- og palliativ plan og avklare hvilke hjelpemidler og diverse utstyr pasienten trenger før hjemkomst (Griffiths et al., 2013; Molnes, 2015; Nordsveen & Andershed, 2015).

Kommunikasjonen er nødvendig for å få et godt samarbeid i prosessen mot utskrivelse av pasienten, men sykepleierne opplever ofte en ineffektiv kommunikasjon som også skaper forsinkelser i utskrivningsprosessen. Noen av sykepleierne opplever også utfordringer i overføringen mellom institusjoner, når det gjelder hvem som har ansvaret for pasienten (Lundereng et al., 2020; Nordsveen & Andershed, 2015; Aamold et al., 2020).

Mange av sykepleierne i studien uttrykte at de har behov for tverrfaglig samarbeid under utøvelse av hjemmebasert palliativ omsorg til kreftpasienter (Dunne et al., 2005; Molnes, 2015; Nordsveen & Andershed, 2015; Aamold et al., 2020). Sykepleierne hadde utfordringer ved å legge til rette slik at pasienten får den helsehjelpen de har behov for, god nok symptomlindring, og kunnskap om der det er behov for flere faggrupper og profesjoner involvert (Dunne et al., 2005; Aamold et al., 2020).

Sykepleierne ønsket mer faglig utvikling på sin arbeidsplass, men ble sjeldent gjennomført grunnet manglende kompetanse og ressurser (Molnes, 2014; Nordsveen & Andershed, 2015). Noen av sykepleierne har hatt erfaring med samarbeid med kreftkoordinator i kommunen. Sammen med kreftkoordinator/kreftsykepleier/palliativ team kan man øke det faglige miljøet, for å bli tryggere i rollen som sykepleier hos pasienter som ønsker å dø hjemme (Molnes, 2014; Nordsveen & Andershed, 2015; Aamold et al., 2020). Usikkerhet og behov for støtte blant sykepleierne er en stor utfordring. Flere av sykepleierne opplevde utrygghet i situasjoner der det ikke er andre å støtte seg på, de uttrykte stor bekymring grunnet manglende faglig støtte fra andre faggrupper og profesjoner (Nordsveen & Andershed, 2015; Aamold et al., 2020). Sykepleierne fastslo viktigheten med en tverrfaglig tilnærming og systematisk samarbeid, noe som burde vektlegges fremover (Dunne et al., 2005; Aamold et al., 2020).

4.3 Kommunikasjon og relasjon

Et annet viktig funn i studien vår er utfordringer rundt eksistensielle temaer. Sykepleierne mente at slike temaer blir for nært og ofte blir personlige følelser involvert i slike situasjoner. Flere av sykepleierne var opptatt av at pasientene skulle ha noen å snakke med. De mente at det er viktig at pasientene blir hørt og får uttrykke følelsene sine og tanker om livets slutt. Samtidig sier sykepleiere at det blir for personlig og nært å gå inn i slike temaer. Sykepleierne uttrykte at det ikke alltid er like lett, og det kreves mot å ta opp slike temaer. Videre forklarer sykepleierne at det oppleves som vanskelig å snakke med pasienten om eksistensielle tema når nær familie er til stede, og spesielt med små barn (Dunne et al., 2005; Molnes, 2015; Wilson et al., 2014). En av sykepleiere beskrev utfordrende samtaler slik;

“Det er så vanskelig å vite hva folk egentlig tenker, men kanskje vi skulle vært litt flinkere. Vi er redde for å trenge oss på, ikke sant. Dersom de ikke vil da? Det blir nok på slutten da.” (Molnes, 2015, s. 146)

Gjennom funn i studien opplevde sykepleiere utfordringer ved kartlegging av åndelige smerter, og samtaler om eksistensielle behov. Sykepleierne har nevnt at de i mange situasjoner håpet på at pasienten ikke ville spørre noen eksistensielle spørsmål, da det ligger mye følelser i slike samtaler. Sykepleierne presiserte at dersom man følte på ubehag og usikkerhet, bør man innhente faglig kompetanse. Sykepleierne trenger tilstrekkelig kunnskap og viser engasjement for å kunne dekke pasientens og pårørendes åndelige behov (Dunne et al., 2005; Molnes, 2015).

4.3.1 Tidlig møte med pasient og pårørende kan skape relasjon

Relasjonsbygging og inkludering av alle parter, både pasient og pårørende, er viktig når man arbeider i pasientens hjem. En god relasjon kan også skape utfordringer og problemer. Det gjelder å finne en hensiktsmessig balanse mellom nærhet og distanse til pasienten og pårørende (Dunne et al., 2005; Molnes, 2015; Aamold et al., 2020).

I hjemmet står pasientens selvbestemmelse og medbestemmelse i sentrum og er utgangspunktet for pleien. Sykepleiere uttaler at det er utfordrende med tidlig hjemmebesøk hos pasienter, da man har vanskeligheter med å formulere en samtale. Sykepleierne føler på ansvar når det gjelder fysiske og praktiske vurderinger, veiledning og tilrettelegging (Griffiths et al., 2013; Molnes, 2015).

(Griffiths et al., 2013; Molnes, 2015). Noen av sykepleierne beskriver dette slik;

“Referral of patients to the District Nurse is not always made at the appropriate time and as a result we are not involved with the patient and family at an enough stage. It is then more difficult to establish a rapport with the patient and family.

If you want to get on well with patient and family, I think it depends very much on what stage of the illness you first meet your patient. If you can start from as near to diagnosis as possible it's better. Then if a problem arises you know the patient and family, but unfortunately the referral is not always made at an early enough stage.” (Dunne et al., 2005, s. 376)

4.3.2 Pårørendes behov

Bevare integriteten, egenkontroll og personlige relasjoner, samtidig inkludere pårørende, er viktig ved livets siste fase i hjemmet (Molnes, 2015; Wilson et al., 2014). Sykepleierne opplevde utfordringer i forbindelse med å gi palliativ omsorg i pasientens hjem, på grunn av forventninger, symptomkartlegging og inkludering av pårørende (Molnes, 2015; Dunne et al., 2005).

I studien ble det gjort funn om at pårørende er skeptiske til blant annet smertelindring hos pasienten, og er redd for å framskynde døden. Sykepleierne kjente på maktesløshet i samhandling med pårørende, der pårørende viste mistillit til deres kompetanse (Dunne et al., 2005; Molnes, 2014; Wilson et al., 2014).

Sykepleierne opplevde at pårørende ønsker å skjerme pasienten for informasjon, spesielt dersom det er dårlige nyheter, men også gode. Dette skaper utrygghet og usikkerhet blant sykepleierne, da de helst ønsker en åpen dialog (Dunne et al., 2005; Wilson et al., 2014). Pårørende har større problemer med å godta kreftdiagnosen til pasienten enn pasienten selv, og funn fra artikkel av Wilson et al., (2014) viste at sykepleierne

opplevde at dette krevde ekstra tid, noe som reduserte pleien til pasienten.

Pårørende står for mye av pleien, noe som kan skape utfordringer knyttet til organiseringen av pleien for sykepleierne (Molnes, 2015; Wilson et al., 2014). Sykepleierne følte seg utilstrekkelig og hjelpeløs dersom det var barn og unge pårørende, som kunne føre til ekskludering fra samtaler og omsorg (Dunne et al., 2005; Wilson et al., 2014). Det er viktig å danne en relasjon og trygghet hos pårørende, da de bidrar til å styrke pasientens ressurser og livskvalitet (Nordsveen & Andershed, 2015; Wilson et al., 2014).

4.4 Rammefaktorer i hjemmesykepleien

I tre av de inkluderte artiklene har det kommet frem at mange sykepleiere oppfatter hjemmebesøk som tidskrevende (Molnes, 2014, 2015; Aamold et al., 2020). Sykepleierne var opptatt av at pasienten skal ha det best mulig i den siste fasen av livet og samtidig opprettholde kvalitet på pleie, og omsorg til pasienten. Sykepleiere opplevde utfordringer og dilemmaer mellom kvalitet på pleie og omsorg, når man har flere pasienter på listen. Sykepleierne synes det var utfordrende å sette grenser i besøkene, da tiden som var avsatt til pasientens besøk ofte var for kort (Molnes, 2015; Aamold et al., 2020). En sykepleier fra Molnes (2015) sa følgende;

"Det er tidkrevende, det går utover de andre pasienten, men det bare gjøre i visse perioder. Det er noe vi prioriterer, intensjon er at alle kreftpasienter skal få behandling hjemme." (Molnes, 2015, s. 145)

Videre uttrykte sykepleierne at de opplevde til tider lav bemanning i forhold til arbeidsmengden, som fører til at pasientene ikke får den oppfølging de har behov for (Molnes, 2014, 2015; Aamold et al., 2020). En sykepleier beskrev utfordringen med tidspress og det å sette tidsavgrensning på besøkene slik;

"Det er litt vanskelig å være streng, man synes jo synd på dem siden de ikke har så lenge igjen. Man vil jo gjøre så godt man kan.. man strekker seg litt lenger" (Aamold et al., 2020, s. 8)

5 Diskusjon

I dette kapitlet presenterer vi metodediskusjonen, deretter en resultatdiskusjon som drøfting av sykepleieres utfordringer ved palliative kreftpasienter i eget hjem, opp mot aktuelle teorier for å belyse problemstillingen.

5.1 Metodediskusjon

Høsten 2021 arbeidet vi med prosjektplanen og systematisk litteratursøk, der vi samarbeidet godt gjennom prosessen. Vi har både møtt opp på skolen, men også jobbet hver for oss. I denne oppgaven har vi fått god hjelp av forelesningene og har aktivt tatt i bruk Forsberg og Wengström (2016), Evans (2002) og Dalland (2017).

I søkeprosessen har vi benyttet oss av databasene, CINAHL Complete og SveMed+, med bakgrunn av relevans og adekvate artikler på disse databasene. Vi har også foretatt et manuelt søk og inkludert en forskningsartikkel basert på dette. Dette kan være en svakhet i søket vårt, da det finnes gode relevante artikler i andre databaser. Gjennom søkeprosessen har vi fått flertall av kvalitative forskninger.

Vi har brukt mye tid på å søke etter artikler som svarer til problemstillingen vår og samtidig dekker temaet, hjemmebasert palliativ omsorg til kreftpasienter. I de tre første inkluderte artiklene, har vi ikke brukt søkeordet "challenges", noe som kan gi en svakhet i søket. Vi har valgt å inkludere disse artiklene på bakgrunn av likheter med de andre artiklene når det gjelder samhandling, kompetanse og kommunikasjon, og de svarer godt til problemstillingen. Vi forsøkte å søke med de samme søkeordene og samtidig legge til "challenges", men fikk da ikke opp artiklene. Vi mener at disse artiklene er høyst relevant for vår oppgave, og velger da å inkludere disse i studien vår.

Artiklene av Nordsveen & Andershed (2015) og Lundereng et al., (2020) handler om samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjenesten. Vi har valgt å inkludere disse på bakgrunn av at de trekker frem utfordringer som sykepleier møter i forbindelse med palliativ omsorg. Samhandlingen er også i fokus for å gi den best mulige omsorgen til pasienter som ønsker å dø hjemme.

I tillegg til systematisk litteratursøk, har vi gjort et manuelt søk, der vi fant artikkelen av Aamold et al., (2020). Vi hadde egentlig åtte artikler før vi fant denne artikkelen. Basert på hensikten og funnene i denne studien valgte vi å inkludere denne, og dermed ekskludere den artikkelen som ikke var like relevant. Artikkelen trekker frem utfordringer ved hjemmebasert palliativ omsorg til kreftpasienter, og uttrykte at det er behov for bedre organisering for personlig- og faglig støtte til helsepersonell.

I starten av søkeprosessen hadde vi tenkt å kun benytte oss av nyere forskning, og satte en grense for de ti siste årene. Søkene ga oss ikke tilstrekkelig med funn som var relevant, noe som gjorde at vi bestemte oss for å fjerne avgrensningen, og inkluderte en eldre artikkel; Dunne et al., (2005). Dette kan være en svakhet som påvirker resultat der materialet er av eldre dato, men artikkelen svarer på problemstillingen. Med mange av de samme funnene som de andre inkluderte artiklene. Den viste tydelige utfordringer i

utøvelsen av hjemmebasert palliativ omsorg, og etableringen av en tidlig relasjon for bedring av kvalitet i omsorgen.

Vi har gjort vårt beste for å oversette de engelske artiklene, men tar forbehold om at vi kan ha tolket feil, eller ikke forstått hele innholdet som kan ha påvirket våre resultater. I arbeidet med oversettelsen har vi brukt ordbok og i noen tilfeller Google oversettelse.

5.2 Resultatdiskusjon

På bakgrunn av de åtte inkluderte artiklene skal vi diskutere resultatene sammen med relevante teorier for å belyse problemstillingen; *“Hvilke utfordringer møter sykepleierne hos palliative kreftpasienter i eget hjem?”*. Resultatene av de åtte forskningsartiklene viste en rekke utfordringer som sykepleierne møtte ved hjemmebasert palliativ omsorg, blant annet problematisk samhandling og kontinuitet, utilstrekkelig kompetanse, ressursmangel og dårlig kommunikasjon med pasient og pårørende. Videre viste resultatene at tilstrekkelige bemanning og faglig kompetanse var avgjørende faktorer for utøvelsen av helsehjelp og kontinuitet i arbeidet.

5.2.1 Manglende erfaring og kompetanse

Et sentralt funn i studien vår viste at sykepleierne opplever store utfordringer mellom pasientens behov og tilgjengelig kompetanse som smertelindring og bruk av kartleggingsverktøy (Dunne et al., 2005; Molnes, 2014, 2015; Nordsveen & Andershed, 2015; Wilson et al., 2014; Aamold et al., 2020). Helse - og omsorgstjenesteloven (2011) § 4-1, sier blant annet at kommunen har ansvar for at tilstrekkelig kompetanse sikres i tjenesten som utføres i kommunen (Helse - og omsorg tjenesteloven, 2011). Kvaliteten på pleien er avgjørende og er vesentlig i den palliative omsorgen, og det er dermed nødvendig med tilstrekkelig, og kompetent helsepersonell (Fjørtoft, 2016, s. 162; Molnes, 2014, 2015).

Palliativ pleie i hjemmet innebærer god fagkompetanse og trygghet i møte med pårørende og pasient i en krevende livsfase (Fjørtoft, 2016, s. 81). Et sentralt funn i studien vår var trygghet blant sykepleiere, utrygghet i arbeidsoppgaven har ført til mistillit hos pasient og pårørende (Dunne et al., 2005; Fjørtoft, 2016, s. 81; Molnes 2015; Nordsveen & Andershed et al., 2020), noe sykepleierne ser på som en konsekvens. Trygghet i sin egen rolle og kompetanse er en viktig del av hjemmesykepleien, samt at pasient og pårørende har tillit til deg som sykepleier. Dette bidrar til bedre kommunikasjon med medarbeidere og pasienten, samt bidrar til å skape bedre kontinuitet i arbeidet (Dunne et al., 2005; Mathisen, 2017; Molnes, 2015; Nordsveen & Andershed, 2015; Aamold et al., 2020).

Mange av pårørende var ofte skeptiske til bruken av sterke medikamenter som kunne fremskynde døden. Når sykepleierne da ikke har tilstrekkelig med kompetanse angående smertelindring, kan dette føre til en konsekvens som for eksempel større mistillit til sykepleiere (Molnes, 2014, 2015; Dunne et al., 2005; Wilson et al., 2014). Smerter er det symptomet som kreftpasienter frykter mest, og pasienten kan ha flere typer smerter samtidig, noe som gjør det krevende for sykepleierne. Dette krever forskjellige behandling- eller kombinasjonsbehandlinger (Lorentsen & Grov, 2017). Sykepleierne har ansvar for å kartlegge pasientens totale smerter, som fysisk, psykisk, sosial og eksistensielle behov. Ved kartlegging av smerter er det vanlig å benytte VAS-skala, ESAS-skjemaet eller kroppskart. Lorentsen & Grov (2017) mente at

kartleggingsverktøyene bidrar til vurdering av smerter og symptomer, samtidig evaluering av smerte-behandlingsregimer. Som nevnt tidligere var det mange av sykepleierne som var usikre på hvordan de skulle ta i bruk verktøyene og administrering av spesial smertelindrende verktøy, som smertepumpe (Molnes, 2015). Dette kan føre til konsekvenser der pasienten ikke får optimal smertelindring. Sykepleierne har behov for mer faglig oppdatering rundt smertelindring og smertekartlegging, noe som må bli fokusert mer på (Dunne et al., 2005; Molnes, 2014, 2015).

Som sykepleier har man ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse, samt bidra til en god og verdig død. Dette innebærer at forholdene er tilrettelagt med kompetente sykepleiere som kan dekke pasientens grunnleggende behov (Molnes, 2015; Fjørtoft, 2016, s. 81; Norsk sykepleierforbund, 2019). Sykepleierne må være selvbevisste og samtidig være trygge i eget kompetansenivå, og ansvarsområde (Fjørtoft, 2016, s. 221; Mathisen, 2017). Dersom sykepleierne er usikre angående arbeidsoppgaver og prosedyrer, har de krav på å få råd og opplæring av spesialiserte sykepleiere. I Yrkesetiske retningslinjer punkt 1.7 står det skrevet at sykepleier skal kjenne sine grenser for egen kompetanse, og søker veiledning i vanskelige situasjoner (Norsk sykepleierforbund, 2019). Vi har selv erfart fra praksisperioden i hjemmetjenesten, at sykepleiere har følt seg faglig utrygge i sin egen rolle, da man ikke har nok kunnskap og erfaring knyttet til en aktuell prosedyre. I Arbeidsmiljøloven (2005) § 4-2 (2) kommer det frem at det skal legges til rette slik at arbeidstaker gis mulighet for faglig og personlig utvikling gjennom sitt arbeid, og gis tilstrekkelig informasjon, og opplæring slik at man er i stand til å utføre arbeidet når det skulle skje endringer i arbeidssituasjonen (Arbeidsmiljøloven, 2005). I studien vår viste det seg at sykepleierne opplevde utfordringer i forbindelse med faglig utvikling på sin arbeidsplass, som følge av manglende kompetanse og ressurser. Faglig utvikling og økt kompetanse bidrar til en tryggere arbeidsplass, og øker kvaliteten på pleien til pasienter (Molnes, 2014; Nordsveen & Andershed, 2015).

5.2.2 Resurser og samhandling

Sykepleierne i studien vår mente at lite kontinuitet i samhandling, manglende ressurser og dårlig kommunikasjon mellom tjenestenivåer har ført til utfordringer i møte med kreftpasientene i eget hjem (Lundereng et al., 2020; Molnes, 2014; Nordsveen & Andershed, 2015; Aamold et al., 2020). Dette ser vi på som et svært interessant funn i vår studie. God samhandling er viktig for å dekke pasientens grunnleggende behov, og det er oftest i dette området at helsetjenesten svikter mest. God samhandling handler om å samarbeide på tvers av tjenester og yrkesgrupper for å dekke pasientens behov, samt godt samarbeid mellom fastlege, sykehus, sykepleiere eller lindrende team (Fjørtoft, 2016, s. 81, 193). Sykepleiere i Lundereng et al., (2020) og Nordsveen & Andershed (2015) opplevde dårlig planlegging og samhandling knyttet til utskrivelse av pasienter. Noe av dette kan forklares med at dagens helsetjenester er spesialisert og oppsplittet, som bringer usikkerhet over oppgave- og ansvarsfordeling.

Sykepleierne synes det var positivt dersom spesialisthelsetjenesten tok kontakt i god tid før utskrivelsen (Molnes, 2014). Samarbeidsmøte før pasienten skrives ut, kan være nødvendig for å kartlegge aktuelle behov, samt å innhente faglig kunnskap ved et komplekst og avansert sykdomsbilde (Lundereng et al., 2020; Molnes, 2014; Nordsveen & Andershed, 2015). Ifølge Pasient - og brukerrettighetsloven (1999) § 2-5, har alle pasientene rett til medvirkning og en individuell plan. Individuell plan er et viktig verktøy for å få til et godt samarbeid mellom alle partene (Fjørtoft, 2016, s. 209; Lorentsen & Grov, 2017). På et samarbeidsmøte kan sykepleiere sammen med pasient, pårørende og

andre faggrupper utarbeide en individuell og en palliativ plan (Fjørtoft, 2016, s. 156). Ved samarbeidsmøte får sykepleiere, pasienten og pårørende bli kjent og opparbeide en relasjon. Flere faggrupper samarbeider med pasienten og pårørende, og finner et felles mål og tiltak (Lorentsen & Grov, 2017). Der det ikke har vært samarbeidsmøte, har sykepleiere opplevd utfordringer knyttet til pasient og pårørende, med følelse av utrygghet og engstelse. Dette er på bakgrunn av at sykepleiere i hjemmetjenesten ikke er forberedt på hva som møter dem, og i noen tilfeller kan dette føre til mistillit til hjemmesykepleien. Sykepleierne mener dette er en konsekvens av for dårlig planlegging.

Ved samhandling er det viktig at de ulike tjenesteytere bygger på gjensidig respekt og tillit til hverandre, slik at ønsker og krav fra pasientene, og pårørende blir ivaretatt (Fjørtoft, 2016, s. 194). Med god informasjonsflyt mellom hjemmetjenesten og spesialisthelsetjenesten kan det bidra til en bedre palliativ omsorg til kreftpasienter i eget hjem. Sykepleierne mente at det bør fokuseres mer på kommunikasjon og rutiner mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (Molnes 2014; Nordsveen & Andershed, 2015; Lundereng et al., 2020; Aamold et al., 2020).

I tillegg til utfordringer i forbindelse med samhandling mellom ulike tjenestenivåer, er det mange av sykepleierne i studien som uttrykte at de savner å ha sykepleiere med spesialisering innen kreft og palliasjon, som de kan henvende seg til for råd og veiledning. Sykepleiere sammen med kreftkoordinator og palliativt team kan øke kvaliteten på pleien, hindre reinnleggelser og øke tryggheten blant helsepersonell (Molnes, 2014; Nordsveen & Andershed, 2015; Aamold et al., 2020; Fjørtoft, 2016, s. 220). I møte med pasientens komplekse og sammensatte behov er det nødvendig med kompetente sykepleiere som kan arbeide tverrfaglig for å gi forsvarlig palliativ omsorg (Fjørtoft, 2016, s. 220). Sykepleierne forklarer at de ofte står alene i situasjoner der de skulle ha ønsket mer støtte (Nordsveen & Andershed, 2015; Aamold et al., 2020). Konsekvensen for sykepleiere som ikke får støtte og føler seg alene i arbeidet, kan ha ført til at mange slutter på arbeidsplassen og igjen føre til dårlig arbeidsmiljø. Ifølge yrkesetiske retningslinjer punkt 1.7 skal sykepleierne kjenne til sine egne grenser for kompetanse og søke veiledning ved vanskelige situasjoner (Norsk sykepleierforbund, 2019). Dersom pasienter skal få muligheten til å dø hjemme krever det en tverrfaglig tilnærming og oppfølging, i tillegg til god kommunikasjon mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, noe som sykepleierne savnet (Lorentsen & Grov, 2017). I studien til Aamold et al., (2020) og Dunne et al., (2005) følte sykepleierne på frustrasjon da temaet om manglende støtte ble tatt opp. Dette ser vi på som en sentral utfordring i studien vår. Sykepleierne uttrykker bekymring over at pasientene ikke får optimal og forsvarlig pleie, grunnet mangel på kompetanse, lav bemanning og rekruttering i kommunen (Molnes, 2014). Pasientene har krav på forsvarlig pleie og omsorg, og sykepleierne har rett på forsvarlighet når det gjelder arbeidsmiljøet. Ifølge Arbeidsmiljøloven skal arbeidsmiljøet være forsvarlig i hensyn til arbeidstakerens helse, velferd og sikkerhet. Sykepleierne skal ikke bli utsatt for psykisk og fysisk belastning i arbeid (Fjørtoft, 2016, s. 40).

5.2.3 Kommunikasjon og relasjon

Samhandling med pasienter er grunnleggende i hjemmesykepleien, men også at møtet mellom pasient og tjenesteyteren bidrar til gode relasjoner (Fjørtoft, 2016, s. 199). Aamold et al., (2020) sin studie viser at et godt forhold til pasient og pårørende er viktig for en god kommunikasjon. Når en pasient trenger hjelp, viser pasienten tillit overfor helsepersonellet for at de skal hjelpe pasienten til å bli bedre (Eide & Eide, 2017, s. 26, 27). Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 1-1 skal man fremme og ivareta

integritet og menneskeverd, slik at forholdet mellom pasient, - og helse- og omsorgstjenesten bygges på tillit.

Eide & Eide (2019) beskriver kommunikasjonsferdighetene til helsepersonellet slik; «*Rollen som helsepersonell innebærer å skulle fylle en hjelpende og motiverende funksjon for andre i kraft av vår faglige kompetanse og rolle*» (s. 32). Molnes (2015) trekker frem at sykepleierne gir pasientene mulighet til å snakke med kompetente personer dersom de har behov for det, særlig når det dreier seg om samtale om eksistensielle behov. Sykepleierne opplever utfordringer ved å snakke om døden og eksistensielle temaer sammen med pasienten eller pårørende, da det blir oppfattet som nært og personlig (Wilson et al., 2014; Molnes, 2015; Dunne et al., 2015; Griffiths et al., 2013). Dette er et viktig funn da sykepleieren skal skape rom og tilrettelegge for at pasienten kan snakke om disse temaene, og at behovet blir ivaretatt (Lorentsen & Grov, 2017; Fjørtoft, 2016, s. 82). Tidspress ble også nevnt som en faktor som bidrar negativt til kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient, og pårørende (Aamold et al., 2020; Molnes, 2015). Denne utfordringen kommer vi tilbake til senere i oppgaven.

Mange av sykepleiere mente at samarbeidsmøte er viktig for alle parter, med mulighet til å bli kjent og planlegge veien videre når helsetilstanden endrer seg. Dette skaper også en trygghet for de involverte partene (Griffiths et al., 2013; Molnes, 2015; Nordsveen & Andershed, 2015). Basert på funnene i vår studien ser vi mange eksempler på hvorfor et tidlig møte og dannelse av relasjon er vesentlig når en kreftsyk pasient ønsker å dø hjemme (Molnes, 2015; Aamold et al., 2020; Dunne et al., 2005). Kari Martinsen skriver at relasjonen mellom sykepleieren og pasienten er grunnlaget for moralsk ansvar, og videre sykepleie. Sykepleierne uttrykker viktigheten med å bli involvert i pasientens helsesituasjon og hjelpebehov tidlig, slik at man får kartlegge og legge til rette for at pasienten får nødvendig helsehjelp (Fjørtoft, 2016, s. 82; Griffiths et al., 2013; Molnes, 2015; Nordsveen & Andershed, 2015).

I hjemmesykepleien oppstår ofte situasjoner som at pasienten ønsker å klare seg selv, med hjelp fra pårørende, men at pårørende er slitne og ønsker mer hjelp fra hjemmetjenesten (Fjørtoft, 2016, s. 103). Sykepleierne opplevde utrygghet i situasjoner der pasienten ønsket å skjerme pårørende, dersom det var dårlige nyheter om helsetilstanden. Dette kunne også være motsatt. Sykepleierne følte de havnet i en vanskelig situasjon, da de helst skulle hatt en åpen dialog med både pasient og pårørende (Dunne et al., 2005; Wilson et al., 2014). Videre sier sykepleierne at pasienten og pårørende kunne ha ulike meninger, noe som kunne skape vanskeligheter for sykepleierne å vurdere situasjonen og behovene. Målet til sykepleierne er å komme til gode løsninger sammen med pasienten, men også pårørende. Med hensikt i våre funn og våre egne erfaringer fra praksis ser vi at pårørende er avgjørende for å få et godt forhold og samarbeid i hjemmet, og det er dermed viktig at de inkluderes i beslutningsprosessen. Pårørende er viktige informanter i kartleggingsarbeidet siden de kjenner godt pasientens ressurser og funksjoner, samtidig er pårørende viktig samarbeidspartner til sykepleierne (Fjørtoft, 2016, s. 103; Wilson et al., 2014).

Pårørendeperspektivet har blitt mer vektlagt de siste årene, og er en del av den helhetlige omsorgen for sykepleierne. Det handler om at pårørende blir sett på som en vesentlig del i utøvelsen av sykepleie i hjemmet. Ifølge de Yrkesetiske retningslinjene, skal sykepleierne vise respekt og omtanke overfor pårørende. Pårørende er viktige støttespillere for pasienten og bidrar til at pasienten klarer seg lengre hjemme, men de har også egne behov som må ivaretas (Norsk sykepleierforbund, 2019). Familien er en

del av det sosiale nettverket som kan ha en stor betydning for livssituasjonen og livskvaliteten for pasienten (Fjørtoft, 2016, s. 101 - 102; Molnes, 2015; Wilson et al., 2014).

Når en person i nær familie ønsker å dø hjemme, blir pårørende i stor grad påvirket, og samspillet i hjemmet blir endret. Funn fra studien til Wilson et al., (2014) viste at pårørende kan ha vanskeligheter med å anerkjenne situasjonen, noe som krevde ekstra mer tid ved besøk i hjemmet (Nordsveen & Andershed, 2015; Wilson et al., 2014). Pårørende kan ofte kjenne seg alene og slitne med for store belastninger både mentalt og psykisk over tid, og det kan være vanskelig å leve når man vet at et familiemedlem kommer til å dø. Slike situasjoner har vi sett en del av i praksis, der vi erfarte at mange pårørende sitter med mye bekymringer rundt situasjonen, hvor de føler seg alene i en vanskelig situasjon og sykepleierne har ikke overskuddet eller ekstra ressurser til å ta seg av pårørende. Sykepleierne har derimot et spesielt ansvar for å ta vare på pårørende i slike situasjoner, vise omsorg og iverksette tiltak dersom de ser at pårørende har behov for støtte eller hjelp. Det å ta seg tid til å snakke med pårørende i noen minutter kan utgjøre en stor forskjell. Det er viktig å se pårørende som personer som er i en krevende situasjon og anerkjenner, og bekrefter rollen, samt betydningen pårørende har for pasienten, og som omsorgspersoner (Nortvedt, 2017, s. 55; Fjørtoft, 2016, s. 112).

5.2.4 Rammefaktorer i hjemmesykepleien

Et viktig funn i studien vår var utfordringer knyttet til tidspress og lav bemanning. Mange av sykepleierne fra studien vår mente at de arbeider under tidspress, noe som har ført til at de føler på dårlig samvittighet for at de ikke hadde mer tid til å være med pasienten (Molnes, 2014; Aamold et al., 2020). Som sykepleier i hjemmetjenesten har man som mål at hjemmet skal være et trygt sted, der pasienten kan slappe av i trygge omgivelser (Fjørtoft, 2016, s. 133 og 135). Det er viktig å ivareta verdigheten og integriteten til pasienten, som er grunnleggende verdier i møte med palliative hjemmeboende kreftpasienter. Dette innebærer også at man møter pasientene og pårørende med respekt, og yter omsorg som en profesjonell. Det handler om å bruke tid og ikke stresse gjennom besøkene (Fjørtoft, 2016, s. 133).

Tidspress er en konsekvens av dårlig økonomi, lav bemanning og stor arbeidsmengde, som fører til utfordringer i kvaliteten på pleien og omsorgen til pasientene (Molnes, 2014, 2015; Aamold et al., 2020; Fjørtoft, 2016, s. 153). Stor arbeidsmengde kom spesielt etter at Samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012, som førte til en mer krevende pasientgruppe og flere behandlingsmuligheter i hjemmet (Fjørtoft, 2016, s. 154). Reformen har som fokus å flytte tjenester nærmere der folk bor, der flere skal få hjelp fra kommunen (St.meld.nr.47, 2008).

Som sykepleier skal man skape gode opplevelser for pasienten, det handler om å vise omsorg og se pasientene som mennesker, uavhengig av tidsbruk, noe som sykepleierne følte de ikke fikk tid til (Molnes, 2015). Ved tidspress kan det redusere muligheten til å oppdage tidlige tegn på symptomer og nedstemthet, noe som fører til at sykepleierne ikke klarer å avdekke ulike behov og iverksette tiltak tidlig nok. Sykepleierne ser dette som en konsekvens. Dette kommer også frem som et problem i Kari Martinsen omsorgsfilosofi, der emosjonell vurdering står sentralt i fokus. Emosjonell vurdering handler om å ta del i pasientens følelsesmessige erfaringer og ha evne til å kunne forestille seg pasientens opplevelse. Dette handler om å ikke nødvendigvis føle smerter og ubehag dersom pasienten uttrykker dette, men heller føle bekymring når pasienten har smerter, og vise pasienten omtanke og omsorg (Nortvedt, 2017, s. 57).

6 Konklusjon

Hensikten med denne studien var å finne ut hvilke utfordringer sykepleierne møter hos palliative kreftpasienter i eget hjem. I denne studien så vi at sykepleierne opplevde det som viktig og givende å kunne bidra til at pasienten får være hjemme når livets slutfase nærmer seg, til tross for at de møtte på en rekke utfordringer. Hovedfaktorene som har kommet tydelig frem i studien vår, var manglende kompetanse og erfaring, problematisk samhandling og kontinuitet, åndelige omsorg og manglende ressurser, samt lite bemanning, tidspress og pårørende sine behov.

Basert på funnene fra studien vår, så vi at sykepleierne ofte følte at de ikke hadde tilstrekkelig med kompetanse for å gi god nok palliativ omsorg til kreftpasienter i hjemmet. Symptomlindring og symptomkartlegging var temaer som sykepleierne følte de ofte ikke hadde god nok kompetanse rundt. Konsekvenser av manglende kompetanse, kunnskap og erfaring kan føre til faglige utrygge sykepleiere. Pasienten blir ikke optimalt ivaretatt, samt unødvendig innleggelse på sykehus kan forekomme.

Hjemmesykepleierne ønsker mer fokus på samhandling og bedre informasjonsflyt mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, da dette ikke er tilstrekkelig.

Sykepleierne nevnte at de ved flere tilfeller måtte bruke ekstra tid og ressurser på å innhente nok nødvendig informasjon om pasienten, noe som de ikke har. Sykepleierne ønsket å få alle nødvendige opplysninger om pasienten før de utskrives, slik at de kunne være forberedt.

I vår studie så vi resultater på problematisk samhandling knyttet til utskrivelse, som har ført til at pasient og pårørende mister tillit til hjemmesykepleien. Et samarbeidsmøte mellom hjemmesykepleie, pasient og pårørende, kreftkoordinator og spesialhelsetjeneste har vist seg å være positivt for både pasienten og tjenesteytere. Å ha kompetente sykepleiere, med spesialisering innenfor palliativ behandling eller kreft kan være betryggende for pasient og pårørende, samtidig bedrer det kontinuiteten og kvaliteten av pleien. Sykepleierne opplevde at pårørende ofte hadde spørsmål angående den palliative behandlingen og stilte store forventninger til sykepleierne. Allikevel er pårørende gode samarbeidspartnere for sykepleierne, og det er viktig at det blir skapt tillit i relasjonen. Uten pårørende kan ønsket om å dø hjemme bli vanskelig og mer utfordrende.

Det kreves mye mot å være nær alvorlige syke, og samtidig mye kunnskap og kompetanse, der utfordringer rundt åndelige omsorg er et sentralt tema i hverdagen. Det er viktig at sykepleierne våger å ha samtaler om eksistensielle temaer og møter pasienten der de er. Det stilles store krav til sykepleiere for å kunne legge til rette for en god palliativ omsorg til kreftpasienter i hjemmet. Mer fokus på tverrfaglig samarbeid øker kunnskapen og kommunen har ansvaret for å styrke kompetansen blant de ansatte, noe som vi ser er sentralt på bakgrunn av våre funn i studien.

Denne systematiske litteraturstudien har bidratt til økt bevissthet innenfor våre roller som sykepleiere i møte med palliative kreftpasienter i eget hjem, og samtidig ser muligheter for utviklinger i vår egen og andres sykepleiepraksis.

6.1 Videre forskning

For å få et bedre bilde av funnene, kan det være nødvendig med videre forskning om hvilke utfordringer palliative kreftpasienter og pårørende opplever ved hjemmebasert omsorg.

Referanser

- Arbeidsmiljøloven. (2005, juni 17). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven) - Lovdata*. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62#KAPITTEL_5
- Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thorsen, L. (2019). Svulster. I S. Ørn & E. B. Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 127–148). Gyldendal Norsk Forlag.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.
- Dunne, K., Sullivan, K. & Kernohan, G. (2005). Palliative care for patients with cancer: district nurses' experiences. *J Adv Nurs*, 50(4), 372–380.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03402.x>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Evans, D. (2002). SYSTEMATIC REVIEWS OF INTERPRETIVE RESEARCH: INTERPRETIVE DATA SYNTHESIS OF PROCESSED DATA. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 5.
- Folkehelseinstituttet. (2021). *Tall fra Dødsårsaksregisteret for 2020*.
Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/tall-fra-dodsarsaksregisteret-for-2020/>
- Griffiths, J., Ewing, G. & Rogers, M. (2013). Early support visits by district nurses to cancer patients at home: A multi-perspective qualitative study. *Palliat Med*, 27(4), 349–357. <https://doi.org/10.1177/0269216312451949>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011, juni 24). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) - Lovdata*.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsebiblioteket. (2016). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket.no; Helsebiblioteket.no.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

- HK-dir. (2021). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*.
<https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>
- Kalfoss, M. H. (2017). Møte med lidende og døende pasienter - sykepleierens møte med seg selv. I D. G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 453–479). Gyldendal Akademisk.
- Kreftforeningen. (2015). *Å dø hjemme: erfaringer og muligheter*. Kreftforeningen.
<https://kreftforeningen.no/content/uploads/2018/08/a-do-hjemme-a5-feb15-w.pdf>
- Kreftforeningen. (2022). *Kronisk og uheldredelig kreft*. Kreftforeningen.
<https://kreftforeningen.no/om-kreft/kronisk-og-uheldredelig-kreft/>
- Kreftregisteret. (2021). *Kreft i Norge*. <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>
- Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2017). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D. G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 397–430). Gyldendal Akademisk.
- Lundereng, E. D., Dihle, A. & Steindal, S. A. (2020). Nurses' experiences and perspectives on collaborative discharge planning when patients receiving palliative care for cancer are discharged home from hospitals. *Journal of clinical nursing*, 29(17–18), 3382–3391. <https://doi.org/10.1111/jocn.15371>
- Mathisen, J. (2017). Sykepleie ved livets avslutning. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3 - Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Molnes, S. I. (2014). Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. *Nordisk sygeplejeforskning*, 2, 142–155.
- Molnes, S. I. (2015). Sammen går vi døden i møte. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 11(2), 141. <https://doi.org/10.7557/14.3718>
- Nordsveen, H. & Andershed, B. (2015). Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem - Sykepleieres erfaringer av samhandling. *Nordisk sygeplejeforskning*, 5(03), 239–252. <https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2015-03-02>

- Norsk Palliativ Forening. (2016). *Begrep – Norsk Palliativ Forening*.
<https://palliativ.org/publikasjoner/begrep>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*.
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. (2017). *Omtanke - En innføring i sykepleiens etikk* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- NSD. (2022). *Norsk senter for forskningsdata*. NSD. <https://nsd.no/>
- NTNU Universitetsbiblioteket. (2022). *Litteratursøk - for studenter - NTNU*.
<https://i.ntnu.no/litteratur>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) - Lovdata*.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- St.meld.nr.47. (2008). *St.meld.nr.47: Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartement.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Wilson, C., Griffiths, J., Ewing, G., Connolly, M. & Grande, G. (2014). A Qualitative Exploration of District Nurses' Care of Patients With Advanced Cancer: The Challenges of Supporting Families Within the Home. *Cancer Nurs*, 37(4), 310–315. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31829a9a56>
- Aamold, K., Grov, K. & Rostad, H. M. (2020). Hjemmesykepleieres erfaringer når kreftpasienter ønsker å dø hjemme. *Klinisk Sygepleje*, 34(1), 3–15.
<https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2020-01-02>

Vedlegg

Vedlegg 1: Søkeshistorikk

Vedlegg 2: Litteraturmatriser (8 stk)

Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Avgrensning	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
Home health care AND nursing care AND cancer patients AND palliative care	04.11.21	SveMed+	Peer reviewed, artikkel	7	4	2	Nordsveen og Andershed (2015) Molnes (2014)
Cancer patients AND community nursing AND death care	02.12.21	SveMed+	Peer reviewed, engelsk språk, norsk språk	2	2	1	Molnes (2015)
Palliative care AND home health care AND cancer AND challenges	01.12.21	Cinahl Complete	2011-2021, engelsk, peer reviewed, Major Subject: cancer patients og palliative care	159	6	1	Lundereng et al. (2020)
Cancer patients AND palliative care AND challenges OR barriers AND home health care OR nursing care (MH Home health care)	08.12.21	Cinahl Complete	2011-2021, peer reviewed, engelsk, Major Subject: home health care	212	3	1	Griffiths et al. (2013)
Palliative care OR palliative care AND community nursing AND nursing care OR nursing care AND cancer patients OR cancer patients AND challenges	13.01.22	Cinahl Complete	Peer reviewed, europa	4	3	2	Wilson et. al (2014) Dunne (2005)

Matrise 1: Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem – sykepleieres erfaring med samhandling

Referanse	Nordsveen, H., Andershed, B. (2015). Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem – sykepleieres erfaring med samhandling. <i>Nordisk sykeplejeforskning</i> 5(3), 239-252. https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2015-03-02
Studiens hensikt/mål	Hensikten med studien var å beskrive sykepleiernes erfaringer i sykehus og kommunehelsetjenesten, ved overgang fra sykehus til hjemmet av personer med kreft i palliativ fase.
Nøkkelbegrep/ Keywords	Hjem, overføring, palliasjon, samhandling, sykehus
Metode	<p>Metode: Det ble benyttet et kvalitativ beskrivende med fokusgruppeintervju. Denne metoden få frem forskjellige synspunkter ved at deltakerne fikk mulighet til å diskutere de problemstillinger som ble lagt frem.</p> <p>Utvalg: Forskningen ble gjennomført i innlandet i Norge, våren og sommer 2011. Forskningen er basert på sykepleier fra et sykehus og hjemmesykepleier fra 3 ulike kommuner. Inklusjonskriterier for å delta var sykepleier med erfaringer fra palliativ omsorg i mer enn 5 år, og 7 eller videreutdanning innenfor kreftomsorg eller palliativ omsorg. Det var 8 sykepleier fra sykehus (4 fra kirurgisk avdeling og 4 fra medisinsk avdeling). 12 sykepleier fra kommunene (4 fra hver kommune).</p> <p>Datasamling: En rekrutteringsmetode, med fem fokusgruppeintervjuer, med 4 sykepleier på hver. Intervjuene ble gjort på arbeidsplassen til deltagere. Det ble brukt åpne spørsmål under intervjuene. Intervjuene hadde en varighet mellom 45 og 50 minutter. Det ble også brukt to forskjellige observatører. Observatørene var sykepleier som ble rekruttert fra første forfatterens kommune.</p> <p>Analyse: Kvalitative innholdsanalyse. Det er analyse av innholdet i fortellende data, for å identifisere fremtredende tema og mønstre. Teksten fra intervju i sykehus og kommune ble analysert hver for seg, for å se om det kom frem likheter og ulikheter innenfor samme setting.</p>
Resultat/ konklusjon	<p>Resultat: Resultatene fra studien viser at det ligger et forbedringspotensial i å ha gode rutiner ved utskrivelse av personer med kreft i palliativ fase. Sykepleierne fra kommunetjenesten erfarer møter med pasienter, pårørende på sykehuset før utskrivelse, bidra til best mulig tilrettelegging i hjemmet, men at det er sjelden at de får være med på slike møte. Det har også kommet frem der at hjemmesykepleier sier at de har lite erfaring og kunnskap om individuell plan. Dette kan medføre til at pasienter mister litt av den oppfølgingen de skal ha. Andre utfordringer er dersom pasienten utskrives på kveld eller helg, og utskrivelser er ufullstendig, kan det medføre at hjemmesykepleier må bruke ekstra ressurser og tid på å innhente informasjon, ressurser mangel er det mange kjenner på.</p> <p>Konklusjon: Ved å ha gode rutiner ved utskrivelse, og å ha samarbeidsmøte der alle parter er involvert før utskrivelse, kan bidra til bedre palliativ omsorg for pasientene, samtidig god ivaretagelse av pårørende, og i tillegg gi trygghet for alle. Individuell plan er et verktøy, som kan være med å styrke kontinuitet av omsorgen. Det er anbefalt at kommuner etablerer en kreftkoordinator som bindeledd mellom sykehus og kommune.</p>
Relevans	Artikkelen forteller om utfordringer rundt samhandling mellom sykepleier på sykehuset og sykepleier i kommunehelsetjenesten. Den inneholder også utfordringer som lite erfaring og kunnskap, artikkelen er dermed relevant for oppgaven vår.

Matrise 2: Sykepleier erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter

Referanse	Molnes, S. I. (2014). Sykepleier es erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. <i>Nordisk Sygeplejeforskning</i> , 4(2), 142- 155. https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2014-02-06
Studiens hensikt/mål	Hensikten med denne studie er å ha fokus på sykepleier perspektiv, der de beskriver egen praksis knyttet til smertelindring hos kreftpasienter og i tillegg hva de etterlyser av spesiell kompetanse i arbeidet med denne pasientgruppen for å ivareta egen trygghet.
Nøkkelbegrep/ Keywords	hjemmesykepleie, kompetanse, kreft, smertelindring, sykepleie
Metode	<p>Metode: Denne studien er en kvalitativ metode, som baserer seg på en beskrivende undersøkelser, der sykepleierne formidler egne erfaringer fra praksisfeltet.</p> <p>Utvalg: Ti sykepleiere fra tre forskjellige omsorgsdistrikt i Midt – Norge. Inklusjonskriteriene i studien var at sykepleierne jobbet i hjemmesykepleien og hadde minimum jobbet i ett år.</p> <p>Datasamling: Data ble samlet gjennom intervjuer. Intervjuene ble gjennomført fra november 2007 – januar 2008 på deltakere sin arbeidsplass, med varighet mellom 15 min – 1,5 time. Det ble benyttet lydopptak. Intervjuene var transkriberte, og det ble skrevet ned ord for ord.</p> <p>Analyse: Analyse som blir brukt her er Thagaards temasentrerte analysestrategi.</p>
Resultat/ konklusjon	<p>Resultat: Funnene består av tre kategorier: <i>sykepleiernes opplevelse av faglig oppdatering</i> – der sykepleierne savnet tilgang til faglig oppdatering, og lite kunnskap rundt smertelindring. <i>Sykepleiernes opplevelse av hjemmesykepleien</i> – sykepleierne opplever blant annet lite bemanning og dårlig tid med pasient. Sykepleierne opplevde at de ofte sto overfor et dilemma, når de vet at jobben de har utført kunne har vært gjennomført på en bedre måte, men man har ikke muligheter til dette, på grunn av ressursmangelen og lite tid. Dette fører til blant annet dårlig smertelindring til kreftpasientene, man får ikke observert pasienten over tid, og på den måten får man ikke kartlagt smertene. <i>Sykepleiernes opplevelse av omgivelsene</i> – samhandling med spesialisthelsetjenesten oppleves utfordrende, sykepleierne mente at de må fokusere mer på kommunikasjon og rutiner mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Tverrfaglig samarbeid og kompetanse er nødvendig, og det kan bidra til at kreftpasientene får bedre oppfølging, samt sykepleierne vil oppnå en bedre fagutvikling.</p> <p>Konklusjon: Sykepleierne opplever det å tilby den beste smertelindring var en stor utfordring. For at kreftpasienter skal få en god og verdig behandling i sitt eget hjem, bør man fokusere mer på symptomlindring og god kommunikasjon mellom pasient, pårørende og helsepersonell. Ved å utvikles faglig kompetanse, kan det være med på å øke kvaliteten på pleien. Det er anbefalt at kommunene utarbeide kompetanseplaner for helse – og omsorgstjenesten.</p>
Relevans	Hva sykepleiere opplever som bra og hva som oppleves som en utfordring i pleien som skal gis kom frem på en tydelig måte i artikkel. Det er noe som gjør at artikkelen kan være med å svare på vår problemstilling.

Matrise 3: Sammen går vi døden i møte

Referanse	Molnes, S. I. (2015). Sammen går vi døden i møte. Nordic Magazine for Health Research / Nordisk Tidsskrift for Helseforskning, 11(2), 141 – 152. https://doi.org/10.7557/14.3718
Studiens hensikt/mål	Hensikten med studien var å undersøke hvordan sykepleiere opplever sin praksis knyttet til hjemmedød og kreftpasienter sine åndelige behov.
Nøkkelbegrep/ Keywords	Kommunehelsetjenesten, hjemmedød, åndelige behov, sykepleiere
Metode	<p>Metode: Det ble brukt en kvalitativ metode i forbindelse med forskningen. Metoden er basert på en beskrivende undersøkelser.</p> <p>Utvalg: Ti sykepleiere fra tre forskjellige omsorgsdistrikt i Midt – Norge. Inklusjonskriteriene for å delta i studien var at sykepleierne jobbet i hjemmesykepleien og hadde jobbet der minst et år.</p> <p>Datasamling: Datainnsamlingen ble gjort gjennom halvstrukturert intervjuguide mellom november 2007 til januar 2008, individuell intervjuer ca 50 min - 1,5 t. Datamaterialet var transkribert intervju. Intervjuene ble skrevet ned ord for ord.</p> <p>Analyse: Intervjuene ble skrevet i fulltekst, og teksten ble analysert med utgangspunkt i Giogis fire steg.</p>
Resultat/ konklusjon	<p>Resultat: Å arbeide i andre hjem er utfordrende, der sykepleiere må forstå pasientens omsorgsbehov, samt inkluderer pårørende. Sykepleierne opplever at både pasienter og pårørende hadde store forventninger til pleien. Mange sykepleier synes det er utfordrende å ha andres hjem som arbeidsplass. Sykepleierne nevnte også at de kan kjenne på tidspress, de står ofte i dilemmaet mellom kvalitet på pleie og omsorg, og alle de tilsynene de skal rekke per dag. Sykepleiere føler på usikkerhet rundt ansvarsperson, det er vanskelig for sykepleiere å vite hvem de skal kontakte for råd og hjelp. Sykepleiere uttrykker at det er vanskelig å samhandle med alvorlig syke og døende, rundt det åndelige, psykiske og eksistensielle. Utfordringer ved å ta opp tema om døden. Sykepleierne synes det er utfordrende å legge til rette slik at pasienten får den hjelpen en har behov for til enhver tid, og at det krever mye faglig kunnskap for hjemmeboende kreftpasienter.</p> <p>Konklusjon: Sykepleierne opplevde mange utfordringer ved palliativ omsorg. Både praktiske, faglig og etiske utfordringer. Det å kunne legge til rette for at pasienten får det han har rett på og behov for til enhver tid oppleves som utfordrende. Det var viktig å ha fokus på den utfordrende samtalen som tok for seg forskjellige åndelige, psykiske og eksistensielle behov som pasienten hadde. Det er anbefalt at kommune styrker kompetanse hos ansatt, gjennom tverrprofesjonelt samarbeid og tydeliggjøring av ansvarsforhold.</p>
Relevans	Studien viser tydelig frem hva som var sykepleier utfordring knytter til hjemmedød og pasientens behov. Det praktiske, faglig og etiske utfordringer var i fokus her.

Matrise 4: Nurses' experiences and perspectives on collaborative discharge planning when patients receiving palliative care for cancer are discharged home from hospitals

Referanse	Lundereng, E. D., Dihle, A., & Steindal, S. A. (2020). Nurses' experiences and perspectives on collaborative discharge planning when patients receiving palliative care for cancer are discharged home from hospitals. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 29(17-18), 3382–3391. https://doi.org/10.1111/jocn.15371
Studiens hensikt/mål	Målet var å finne ut hvordan samarbeidet mellom sykehus og hjemmesykepleien er, når det blir meldt en utskrivningsklar pasient, som er kreftsyk og har behov for palliativ behandling hjemme.
Nøkkelbegrep/ keywords	Palliative care, home health care, cancer, challenges
Metode	<p>Metode: Studien er en kvalitativ studie. Dataene ble samlet inn med hjelp av intervjuer fra 10 ulike helsearbeidere.</p> <p>Utvalg: Det var fem sykepleiere som jobbet ved kreftavdelingen på et sykehus og fem som jobbet i hjemmetjenesten i fire kommuner i nærheten av sykehuset som deltok i intervjuene.</p> <p>Datasamling: Dataene ble samlet inn mellom 2018 og 2019. Intervjuene var semistrukturerte intervju med åpne spørsmål, og foregikk på arbeidsplassen til sykepleierne. Det ble tatt opp lydopptak av intervjuene, samt notater. Det ble også tatt notater når de var ute i praksis.</p> <p>Analyse: NVivo (versjon 12) ble brukt til å analysere dataene fra studien. Det ble også brukt STC som er en tekstkondensering, slik at man får med det viktigste i resultatene. Studien er etisk vurdert av Norwegian Centre for Research Data.</p>
Resultat/ konklusjon	<p>Resultat: Gjennom denne studien vart det gjort tre funn; Det første funnet gjaldt mangelen på fortrolighet og ulike oppfatninger som kan føre til mistillit. Det vart vist at det ofte var dårlig kommunikasjon mellom sykehuset og hjemmesykepleien. Det andre funnet i studien gjelder dårlig kommunikasjon mellom sykehuset og hjemmesykepleien. Kommunikasjonen ble oppfattet som utfordrende, da det ofte vart stilt oppfølgende spørsmål og tilleggsinformasjon, som til tider kunne være vanskelig å svare på. Det tredje funnet handler om problemer med planleggingen av utskrivelse. Studien viser at sykepleierne var enig i at tidlig utskrivningsplanlegging var avgjørende for god utskrivning. Men utskrivningsplanleggingen er ikke alltid så enkel, da det er legene på sykehuset som har det siste ordet. Dette medførte ofte stressrelaterte handlinger og dårlig kommunikasjon med hjemmesykepleien. Sykepleierne i hjemmesykepleien får da ikke like god tid til å eventuell forberede seg på at en pasient kommer hjem, og pasientens hjelpebehov.</p> <p>Konklusjon: Mange i hjemmetjenesten er usikre rundt egen kompetanse og kunnskap som kan hemme profesjonell omsorg. Det er dermed viktig med et nettverk rundt, der man kan drøfte og diskutere vanskelige problemstillinger.</p>
Relevans	Denne studien er relevant for oppgaven da den viser utfordringer knyttet til å ta imot utskrevne pasienter fra sykehuset. Det kreves god samhandling med spesialisthelsetjenesten, men det har ofte blitt vist at det ikke alltid er så lett.

Matrise 5: Early support visits by district nurses to cancer patients at home: a multi-perspective qualitative study

Referanse:	Griffiths, J., Ewing, G., & Rogers, M. (2013). Early support visits by district nurses to cancer patients at home: A multi-perspective qualitative study. <i>Palliative Medicine</i> , 27(4), 349–357. https://doi.org/10.1177/0269216312451949
Studiens hensikt/mål	Hensikten med studien var å finne ut hvor mye et tidlig hjemmebesøk hos en kreftsyk pasient utgjorde. Og om det var nyttig at man er tidlig ute med å opprette en relasjon med pasienten og hva slags utfordringer sykepleierne står i.
Nøkkelbegrep	Palliative care, community health nursing, qualitative research, observation, neoplasms
Metode	<p>Metode: Dette var en kvalitativ studie med intervjuer av sykepleiere.</p> <p>Utvalg: 58 hjemmesykepleiere, 10 palliative pasienter og 9 omsorgspersoner var deltakere i denne studien.</p> <p>Datasamling: Intervjuer før og etter besøk av hjemmesykepleien. Dette var et multiperspektiv studie som også inkluderte observasjoner i praksis. I studien deltok 58 hjemmesykepleiere og 10 pasienter.</p> <p>Analyse: Fokusgrupper, hjemmebesøk, notater og intervjuer med pasienter og helsepersonell. Det ble gjort lydopptak av fokusgruppene, hjemmebesøkene, notater og intervjuer. Deretter ble resultatene lagt inn i Atlas/ti. Deretter ble de kodet og analysert av forskere.</p>
Resultat/konklusjon	<p>Resultat: Sykepleierne i hjemmesykepleien syns det var utfordrende med tidlig hjemmebesøk hos pasienten. De følte på et ansvar når det gjaldt fysiske og praktiske vurderinger, informasjon, tilrettelegging og henvisning. Ved tidlige hjemmebesøk oppfattet sykepleierne det som mer vanskelig å snakke om døden og pleie ved livets slutfase.</p> <p>Konklusjon: Hjemmesykepleierne har behov for støtte og veiledning i slike situasjoner. Sykepleierne har en kompleks rolle i palliativ omsorg hos hjemmeboende kreftpasienter. Ved tidligere besøk hos kreftpasienter kan man unngå sykehusinnleggelse.</p>
Relevans	Denne studien er relevant for oppgaven da den viser utfordringer knyttet til første møte med kreftpasienter som bor hjemme. Sykepleierne i hjemmetjenesten har en kompleks og utfordrende rolle i en slik situasjon. I denne studien er både pasientens og sykepleierne sitt perspektiv. Vi velger dermed å hente ut informasjon fra denne studien, knytt til sykepleierens perspektiv.

Matrise 6: A Qualitative Exploration of District Nurses' Care of Patients With Advanced Cancer: The Challenges of Supporting Families Within the Home

Referanse	Wilson, C., Griffiths, J., Ewing, G., Connolly, M., & Grande, G. (2014). A Qualitative Exploration of District Nurses' Care of Patients With Advanced Cancer: The Challenges of Supporting Families Within the Home. <i>Cancer Nursing</i> , 37(4), 310–315. https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31829a9a56
Studiens hensikt/mål	Hensikten til studiet var å utforske distrikts sykepleiernes å støtte pasienter som har bor hjemme med sine nære.
Nøkkelbegrep/ Keywords	Cancer, carers, family, palliative care, supporting care
Metode	<p>Metode: Det ble brukt en kvalitativ tilnærming, videre har de valgt å bruke fokusgruppeintervjuer for å samle informasjon.</p> <p>Utvalg: Totalt 40 deltaker som jobber i hjemmesykepleien fra 4 områder i Nordvest – England.</p> <p>Inklusjonskriterier: jobber i hjemmesykepleien, kvalifisert som generell sykepleier, og hadde minst 1 eller flere pasienter med kreft.</p> <p>Datasamling: Fokusgruppeintervjuer ble gjennomført mellom november og desember 2011 i lokale helsetjenester og tilrettelagt av to forskerteam medlemmer, på ca 40 - 60 minutter. Sykepleiernes synspunkter ville forbli konfidensielle. Det ble gjort digitale opptak av fokusgruppene, der det også ble transkribert ordrett, og tilrettelagt av forskere ved hjelp av en fleksibel temaguide.</p> <p>Analyse: Det digitale opptak av fokusgruppene ble transkribert ordrett ved hjelp av en transkripsjon tjeneste. Deretter ble det brukt en tematisk innholdsanalyse tilnærming for å analysere fokusgruppe dataene.</p>
Resultat/ konklusjon	<p>Resultat: Studien viser at sykepleierne opplevde utfordringer ved å jobbe i hjemmet der nære familie er til stede. Sykepleiere opplevde utfordringer knyttet til samarbeidet med pårørende. Utfordringene der pårørende har vansker med å akseptere pasientens diagnose, og dette kunne påvirke pleien pasienten mottok, samt at familien kunne være til hinder for at sykepleiere skulle få gjøre gode vurderinger. Det er også vanskelig for sykepleiere å samtale om eksistensielle tema når nær familie er til stede.</p> <p>Konklusjon: Omsorgspersoner gir mye positiv støttende omsorg i hjemmet, men for noen kan hjemmet være preget av konflikt, fremfor en trygg og avslappende atmosfære. Utfordringer rundt familieforhold utgjør et utfordrende miljø for hjemmesykepleie. Sykepleiere har behov for mer kunnskap om samarbeid med pårørende og det eksistensielle temaet gjennom utdanning eller opplæring kurs.</p>
Relevans	Artikkelen viser utfordringer som møtte sykepleiere når det gjaldt kompetanse innenfor palliativ pleie, når familie er i hjemmet. Artikkelen er dermed aktuell i forhold til problemstilling som ble valgt.

Matrise 7: Palliative care for patients with cancer: district nurses' experiences

Referanse	Dunne, Sullivan, K., & Kernohan, G. (2005). Palliative care for patients with cancer: district nurses' experiences. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 50(4), 372–380. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03402.x
Studiens hensikt/mål	Studien tar for seg distrikt sykepleierens erfaringer med å gi palliativ omsorg for pasienter med kreft og deres familier.
Nøkkelbegrep/ Keywords	
Metode	<p>Metode: Studien har en kvalitativ metode. Det ble brukt Husserliansk fenomenologi, som det filosofiske grunnlaget for studien.</p> <p>Utvalg: 25 kvinnelige hjemmesykepleiere deltok i studien. Deltakerne måtte ha minst 1 års erfaring fra et distrikts sykepleieteam, ha hatt minst 20% av pasientene som trengte palliativ behandling.</p> <p>Datasamling: Data ble samlet inn ved hjelp av ustrukturerte, der deltakerne fikk beskrive sine individuelle opplevelser av omsorg for pasienter i hjemme under det palliative stadiet. Det ble gjennomført ett intervju per dag og maks to per uke, med gjennomsnittlig 60 minutter per intervju.</p> <p>Analyse: Dataen ble analysert ved hjelp av Colaizzis.</p>
Resultat/ konklusjon	<p>Resultat: Studien viste at sykepleiere hadde utfordringer med å kommunisere med pasienter om eksistensielle behov, sykepleiere synes det er vanskelig å ivareta den åndelige omsorgen, de sier det er mye følelser i slike samtaler og synes at det blir for nært, og personlig. Sykepleiere opplevde utfordringer med å håndtere symptomene som følge av kreftsykdommen, mange mente at de mangler erfaringer og kunnskap. Sykepleiere følte seg utilstrekkelige når pasient og pårørende har store forventninger til dem. Sykepleier opplevde dilemmaet der familiemedlemmer ønsket at sykepleiere skulle holde igjen sannheten og informasjon for pasienten om hans tilstand.</p> <p>Konklusjon: Sykepleiere opplevde den palliative omsorg som givende, men også utfordrende. Mange av sykepleiere synes det vanskelig å snakke om døden med pasienten, og samtidig ivareta pårørendes behov. Sykepleiere har behov for mer kunnskap og opplæring om symptomhåndtering, etiske spørsmål, omsorg til pårørende.</p>
Relevans	Denne artikkelen er relevant for vår problemstilling, da den tar for seg utfordringer som sykepleiere opplever ved å gi palliativ omsorg til kreftpasienter som bor hjemme.

Matrise 8: Hjemmesykepleieres erfaringer når kreftpasienter ønsker å dø hjemme

Referanse	Aamold, Grov, E. K., & Rostad, H. M. (2020). Hjemmesykepleieres erfaringer når kreftpasienter ønsker å dø hjemme. <i>Klinisk sygepleje</i> , 1, 3–15. https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2020-01-02
Studiens hensikt/mål	Målet med studien er å avdekke hjemmesykepleierens erfaringer når det kommer til tverrfaglig samarbeid, samt se på utfordringene når det kommer til omsorg og pleie for kreftpasienter som ønsker å dø hjemme.
Nøkkelbegrep/keywords	Focus groups, homecare nurses, home death, interdisciplinary collaboration, palliative care.
Metode	<p>Metode: Denne studien ble gjort på bakgrunn av gruppeintervjuer.</p> <p>Utvalg: Utvalget bestod av 10 sykepleiere i to ulike distrikter i Norge. Deltakerne i studien hadde ikke spesialkompetanse innen palliasjon.</p> <p>Datasamling: Det ble gjort to ulike fokusgruppeintervjuer, med fire og seks deltakere. Gruppeintervjuene varte i henholdsvis 30 og 45 minutter.</p> <p>Analyse: Under intervjuene ble det tatt opp lydopptak som ble omgjort til lydfiler og transkribert. Analysemetoden som ble brukt var systematisk tekstkondensering.</p>
Resultat/konklusjon	<p>Resultat: Etter analysen kom det frem tre ulike utfordringsområder. Det første var balanse mellom nærhet og distanse til pasienten. Det kan være utfordrende å finne en riktig balanse når det kommer til pasienten, og det å være personlig engasjert i pasienten. Det var også utfordrende når det gjelder tjeneste tilpasning til pasientens beste. Man kunne komme i klem mellom administrative oppgaver og praktisk utøvelse av sykepleie. Det tredje hovedfunnet i studien var knytt til samarbeid og samordning. Hjemmesykepleierne uttrykte at de har vært utrygge i mange situasjoner og har hatt behov for støtte og trygghet blant annet helsepersonell og profesjoner.</p> <p>Konklusjon: I denne studien kom det frem at det er behov for en bedre organisering som sørger for bedre personlig og faglig støtte til hjemmesykepleierne. For å ta vare på en kreftpasient som ønsker å dø hjemme trenger man en tverrfaglig tilnærming, men ut fra deltakerne som var med i studien kom det frem at de ofte sto alene i mange av situasjonene.</p>
Relevans	Denne studien er relevant for vår oppgave da den viser utfordringer knyttet til utøvelsen av sykepleie til kreftpasienter som ønsker å dø hjemme. Den viser til sentrale funn som kan svekke utøvelsen av helsehjelp til kreftpasienter i hjemmet.

