

Olsen, Ingrid Sandnes
Aarhus, Amalie Sørheim

Palliasjon i hjemmet - Sykepleiers opplevelse

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie
Veileder: Tarberg, Anett Skorpen
Mai 2022

Olsen, Ingrid Sandnes
Aarhus, Amalie Sørheim

Palliasjon i hjemmet - Sykepleiers opplevelse

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie
Veileder: Tarberg, Anett Skorpen
Mai 2022

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

Sammendrag

Hensikt: Hensikten med oppgaven var å belyse sykepleier i hjemmetjenesten sin opplevelse av å gi palliativ omsorg til kreftpasienter i livets slutfase.

Metode: Det er en systematisk litteraturstudie som baseres på et systematisk litteratursøk i databasene CINAHL Complete og Svemed+. Litteraturstudien inkluderer 7 kvalitative studier og en oversiktsartikkel som inkluderte 12 kvalitative studier. Analysen ble gjennomført ved hjelp av Evans sin analysemodell.

Resultat: I litteraturstudien kom vi frem til fire hovedtemaer; a) Hjemmet som omsorgsarena, b) Samhandling i helsetjenesten, c) Opplevelse av kompetanse og d) Emosjonell påvirkning.

Konklusjon: Sykepleierne opplevde underbemanning og tidspress. Dette førte til at de ikke fikk gitt den pleien de så behov for. De opplevde at pårørende var en viktig støttespiller samtidig som at samarbeidet kunne være utfordrende. En god sykehusutskrivelse var viktig, men sykepleierne erfarte at utskrivelse til hjemmet kunne være problematisk. Fastlegen opplevdes som en viktig samarbeidspartner i tillegg til palliativt team og kreftkoordinator. Sykepleierne opplevde det som kompetansekrevende å utøve palliasjon i hjemmet. Flere erfarte usikkerhet knyttet til manglende kunnskaper og formidlet at kompetansen burde heves. Sykepleierne opplevde arbeidet som emosjonelt krevende og givende.

Abstract

Aim: The purpose of this study was to shed light on home care nurses experience of providing palliative care to patients with cancer in the final phase of life.

Method: This is a systematic literature study based on searches in the databases CINAHL Complete and Svemed+. We included seven qualitative design studies and one literature review that included 12 qualitative design studies. The articles were analyzed by using the analytical process described by Evans.

Result: Through the analytical process we found four main themes; a) The home as a care place, b) interactions in health care, c) The experience of competence and d) Emotional impact.

Conclusion: The nurses experienced understaffing and time pressure. As a result, they did not have time to give the patients adequate care. The next of kins were crucial, but the collaboration could be demanding. A good discharge from the hospital was important, but the nurses experienced that it often was problematic. The primary physicians were perceived as an important collaboration partner, as well as palliative team and cancer coordinator. Palliative care at home demanded knowledge. The nurses expressed uncertainty related to lack of knowledge and that the competence should be raised. They also experienced the care as emotionally demanding and rewarding.

Innhold

1	Innledning	6
1.1	Bakgrunn for valg av tema	6
1.2	Hensikt	6
1.3	Problemstilling	6
1.4	Begrepsavklaring	6
1.5	Avgrensinger	7
1.6	Videre oppbygging av oppgaven.....	7
2	Teoribakgrunn	8
2.1	Palliasjon og hjemmetid	8
2.2	Hjemmet som arbeidsarena i livets slutfase	8
2.3	Kari Martinsens omsorgsteori.....	9
3	Metodebeskrivelse	10
3.1	Datainnsamling	10
3.1.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	10
3.1.2	Søkestrategi	10
3.1.3	Frisøk	11
3.1.4	Kvalitetsvurdering av studiene.....	11
3.1.5	Etisk vurdering	11
3.2	Analyse.....	11
4	Resultat.....	13
4.1	Hjemmet som omsorgsarena	13
4.2	Samhandling i helsetjenesten	14
4.3	Opplevelse av kompetanse	15
4.4	Emosjonell påvirkning.....	15
5	Diskusjon.....	17
5.1	Metodediskusjon	17
5.2	Resultatdiskusjon	18
5.2.1	Hjemmet som omsorgsarena	18
5.2.2	Samhandling i helsetjenesten	19
5.2.3	Opplevelse av kompetanse	20
5.2.4	Emosjonell påvirkning.....	22
5.3	Konklusjon	22
	Referanser.....	24
	Vedlegg.....	27

Antall ord: 8605

1 Innledning

I innledningen presenteres bakgrunn for valg av tema, hensikten med litteratursøket, problemstillingen, samt begrepsavklaring og oppgavens avgrensinger. Deretter beskrives oppgavens videre oppbygging.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I 2020 ble det påvist 35 515 nye tilfeller av kreft i Norge og nesten 11 000 døde av kreft samme året. I Norge blir flest eldre rammet av kreft; tre fjerdedeler av krefttilfellene er personer over 60 år (Kreftregisteret, 2021). Antall krefttilfeller øker stadig på grunn av bedre diagnostikk, økning av visse krefttyper og økt levealder og befolkning (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2013). Ifølge På liv og død (NOU, 2017:16, s. 10) ønsker mange å være hjemme lengst mulig. Omtrent 15% dør hjemme, og undersøkelser viser at flere ønsker dette (NOU, 2017:16, s. 18). Eldre pasienter har dårligere tilbud om spesialisert palliasjon, dette kan medføre dårligere kartlegging av ønsker og behov, dårligere symptomlindring og lavere muligheter for hjemmedød. Ifølge NOU 2017:16 (s. 40) fører dette til at mange eldre går gjennom livets slutfase med lidelse uten tilstrekkelige tiltak.

Samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008-2009), s. 15 og 58-59) legger vekt på tiltak som fører til et mer kostnadseffektivt helsevesen, og det er et mål at pasienter skal behandles nærmest mulig hjemmet. I dag blir pasientene behandlet poliklinisk i stor grad og de tilbringer mer tid i hjemkommunen (NOU, 2017:16, s. 41). Verdens helseorganisasjon oppfordrer til å øke muligheten for å kunne få palliativ omsorg i hjemmet (WHO, 2020). Det er ønskelig at pasientene får mer tid hjemme og mulighet for hjemmedød dersom pasienten ønsker det (NOU, 2017:16, s. 106). Ifølge yrkesetiske retningslinjer skal man som sykepleier gi omsorgsfull hjelp og lindre lidelse samtidig som man bidrar til en naturlig og verdig død (NSF, 2019). I løpet av utdanningen vår har vi møtt flere pasienter som hadde et stort ønske om å være hjemme i livets slutfase, og disse møtene har berørt oss. Vi ser det derfor som interessant å belyse hvordan sykepleier opplever å skulle gi palliativ omsorg til kreftpasienter i hjemmet.

1.2 Hensikt

Hensikten med oppgaven er gjennom et systematisk litteratursøk å belyse sykepleier i hjemmetjenesten sin opplevelse av å gi palliativ omsorg til kreftpasienter i livets slutfase.

1.3 Problemstilling

Vi har valgt problemstillingen; "Hvordan opplever sykepleier i hjemmetjenesten å gi palliativ omsorg til pasienter med kreft i livets slutfase?".

1.4 Begrepsavklaring

Palliasjon kan forstås som behandling, pleie og omsorg for pasienter med kort forventet levetid. Behandlingen innebærer lindring av smerte og andre plagsomme symptomer. Målet med palliativ omsorg er at pasient og pårørende skal oppleve best mulig livskvalitet (NOU, 2017:16, s. 20).

Livets slutfase beskrives som når det er stor sannsynlighet at gjenstående levetid er betydelig begrenset på grunn av uhelbredelig sykdom, alder, ulykke eller skade. I forskningssammenheng defineres det ofte som maks 6-12 måneder, mens i klinisk sammenheng defineres det som uker eller dager (NOU, 2017:16, s. 20).

1.5 Avgrensinger

I oppgaven har vi valgt sykepleieperspektiv og belyser sykepleiers opplevelse. Oppgaven avgrenses til slutfasen av palliasjon, men det er ikke forutbestemt hvilke elementer av palliasjonen fokuset er rettet mot. Vi har valgt å ekskludere barn og unge voksne. Forskingen vi har anvendt retter fokus mot sykepleierne i hjemmetjenesten og hovedsakelig kreftpasienter, men også noen med annen uhelbredelig sykdom.

1.6 Videre oppbygging av oppgaven

Neste kapittel er kapittel to som inneholder presentasjon av relevant kunnskap som anvendes til drøfting i diskusjonskapittelet. I kapittel tre gjøres det rede for metoden som ble brukt for å innhente artiklene, samt en redegjørelse av analysen av materialet. Kapittel fire tar utgangspunkt i analysen og redegjør sentrale funn i studiene. Siste kapittel består av metodediskusjon og diskusjon av sentrale resultat fra studiene ved hjelp av relevant teori. Diskusjonskapittelet avsluttes med en konklusjon som oppsummerer de sentrale delene av oppgaven.

2 Teoribakgrunn

I dette kapittelet presenteres relevant teori om palliasjon og hjemmetid, hjemmet som arbeidsarena i livets slutfase og Kari Martinsens omsorgsteori.

2.1 Palliasjon og hjemmetid

Palliasjon omfatter behandling, pleie og omsorg for pasienten (Kaasa & Loge, 2018, s. 35). Kompetanse, utdanning, pasienttilpassede forløp, verdier og pasientmedvirkning er sentrale grunnelementer for å kunne gi god palliativ behandling (NOU, 2017:16, s. 11). Det er viktig for pasientene å bli hørt, forstått, inkludert og respektert. Pasientenes følelser og meninger kan ses på som utgangspunktet for utøvelsen av sykepleie til pasienter i palliativ fase (NOU, 2017:16, s. 12). Pasientene kan ha behov for sammensatte og omfattende tjenester, ofte på kort varsel. Ved palliativ omsorg for hjemmeboende samarbeider primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten hyppig (Fjørtoft, 2016, s. 81-82).

De fleste regner hjemmet som et positivt sted, hjemmet er kjent og er et sted man kan være seg selv. Det er økt fokus på tilrettelegging for at flere skal få mulighet til å dø hjemme (Brenne & Estenstad, 2018, s. 161). Flere kan få mulighet til å dø hjemme dersom satsingen på palliativ kompetanse økes (Brenne & Estenstad, 2018, s. 165). Hjemmedød krever planlegging, og ifølge Brenne og Estenstad (2018, s. 166-167) må man derfor planlegge og kartlegge en stund før døden nærmer seg. Best mulig ivaretagelse og livskvalitet for pasient og pårørende er målet med palliasjon. Derav stilles det krav til medisinsk og pleiefaglig kompetanse hos sykepleieren (Haugen & Aass, 2018, s. 113). Det må legges til rette for at pårørende ikke skal bli overbelastet. Dersom belastningen blir for stor kan det bli utfordrende å fullføre palliasjonen hjemme (Brenne & Estenstad, 2018, s. 169).

Ifølge Haugen og Aass (2018, s. 122) er det utfordringer knyttet til utskrivning fra sykehus til hjemmet. Mange pasienter opplever overflyttinger i helsetjenesten som uoversiktlig, tilfeldig, uforutsigbar og at tilstrekkelig kompetanse ikke er til stede. Dårlig informasjonsutveksling mellom kommunen og sykehus kan medføre alvorlige hendelser (NOU, 2017:16, s. 60). Det er foreslått en rekke tiltak for å gi et godt grunnlag for bedre utskrivning. Noen av disse tiltakene er felleskonsultasjon før utskrivning, god telefontilgjengelighet for de involverte, samt bruk av palliativt team som bindeledd mellom nivåene (Haugen & Aass, 2018, s. 122-123). Palliativt team bidrar med rådgivning og veiledning til kommunen (Haugen & Aass, 2018, s. 120). Kreftkoordinator koordinerer og tilrettelegger, samt bidrar til gode rutiner. Slik kan hen styrke kreftomsorgen til kommunene og bidra til bedre livskvaliteten for pasient og pårørende (NOU, 2017:16, s. 99).

2.2 Hjemmet som arbeidsarena i livets slutfase

Arbeidet i hjemmetjenesten handler om å ha private hjem som sin arbeidsplass, noe som ofte resulterer i færre hjelpemidler, mindre tilgjengelighet til medisinsk utstyr og lite tilgjengelig dokumentasjon (Fjørtoft, 2016, s. 39-40). Likevel viser en studie fra kommunehelsetjenesten (Hofstad & Norvoll, 2003) at sykepleierne trives i

hjemmetjenesten. Sykepleierne synes det er positivt med den varierende, selvstendige og lite rutinepregede arbeidshverdagen. Arbeidet i hjemmet gir en annen mulighet til å bli kjent med pasienten (Fjørtoft, 2016, s. 39-40).

Pasientgruppen som er ved livets slutfase har kort forventet levetid, men det er vanskelig å tidfeste når døden inntreffer (Fjørtoft, 2016, s. 79). Utøvelsen av palliativ omsorg i hjemmet er et tverrfaglig prosjekt. Hjemmetjenesten har ansvar for videre oppfølging og koordinering mens fastlege har hovedansvaret (Fjørtoft, 2016, s. 81-82). Ifølge Fjørtoft (2016, s. 83) kan palliativ omsorg oppleves som krevende, men også meningsfullt. Hjemmesykepleierne opplever en rekke utfordringer ved å gi palliativ omsorg i hjemmet, de omhandler faglig kompetanse, praktisk tilrettelegging og medmenneskelighet. Videre beskriver Fjørtoft (2016, s. 82) at flere av sykepleierne i hjemmetjenesten føler på manglende kompetanse for å kunne pleie pasienten, samtidig er faglig støtte og tilstrekkelig tid avgjørende for god palliasjon. Sykepleiere kan oppleve å bli berørt og utfordret som medmenneske ved å arbeide i hjemmet til alvorlig syke, og med sykepleierens faglige kompetanse kan man bidra til en verdig livsavslutning (Fjørtoft, 2016, s. 82-83). Fjørtoft (2016, s. 164) beskriver videre at pasienten skal få god omsorg og at tid er en avgjørende faktor. En dag i hjemmetjenesten er ofte preget av stor arbeidsmengde og stramme tidsskjemaer. Den gode samtalen og omsorgen tar tid, og tidspresset berører både pasient og sykepleier (Fjørtoft, 2016, s. 164).

2.3 Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsen fremhever at omsorg er en fundamental forutsetning for alt liv (Martinsen, 2008a, s. 10). Omsorgen handler om å hjelpe, ta vare på andre og følelsen av å stå andre nær. Hun mener at mennesket er avhengige av hverandre og avhengigheten er mest fremtredende når det foreligger sykdom, lidelse og funksjonshemming hos den ene (Martinsen, 2008b, s. 14-15). Når pasienten lider, vil sykepleier også lide sammen med pasienten (Martinsen, 2008b, s. 69). Omsorgen tar tid, derfor er bemanning grunnleggende for å gi god omsorg (Martinsen, 2008b, s. 78-79). Hun beskriver også at omsorgen kan være belastende for omsorgsgiveren, og risikoen for følelsesmessig overbelastning oppstår. Derav understreker hun behovet for støtte og omsorg fra andre (Martinsen, 2008b, s. 78-79).

Det blir fremhevet tre sider ved omsorgen: a) Omsorg er relasjonelt og omfatter et nært, åpent forhold mellom to mennesker og mennesket er avhengige av hverandre (Martinsen, 2008b, s. 14); b) Omsorgen er moralsk og knyttet til det moralske universalismeprisnippet og ansvaret for svake (Martinsen, 2008b, s. 15); c) Omsorgen handler om utførelsen av konkrete, handlinger ut ifra situasjonen som baseres på en forståelse om hva som er til pasientens beste (Martinsen, 2008b, s. 69).

Omsorgen man viser som sykepleier er sykepleiers svar på pasientens avhengighet. Martinsen mener at omsorg må være sykepleiers verdigrunnlag på grunn av pasientens avhengighet (Martinsen, 2008b, s. 81). Relasjonen bygger på en generalisert gjensidighet som vil si at sykepleieren viser omsorg for pasienten uten å forvente noe tilbake (Martinsen, 2008b, s. 75). Innlevelse i pasientens situasjon er vesentlig, og et resultat av dette kan forstås som bedring hos pasienten (Martinsen, 2008b, s. 119). Videre beskriver hun at forståelse for den andres situasjon er sentralt i omsorgen; vår egen erfaring er grunnlaget for å forstå pasienten (Martinsen, 2008b, s. 76).

3 Metodebeskrivelse

Under dette kapittelet presenteres datainnsamling, inklusjon- og eksklusjonskriterier, søkestrategi, frisøk, kvalitetsvurdering av studiene og etisk vurdering, samt analyse av innsamlet materiale.

3.1 Datainnsamling

Vi har gjort en systematisk litteraturstudie ved å gjennomføre et systematisk litteratursøk. En systematisk litteraturstudie går ut ifra en tydelig formulert problemstilling som blir besvart ved å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2016, s. 27).

3.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Før vi startet søket lagde vi en tabell over inklusjons- og eksklusjonskriterier for å danne en oversikt over hva vi ønsket å ha med i oppgaven. De ulike kriteriene ble valgt med tanke på å belyse problemstillingen.

Tabell 1. Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inkludert:	Ekskludert:
<ul style="list-style-type: none">• Sykepleiers opplevelse• Pasienter i palliativ slutfase som bor hjemme• Engelsk eller skandinavisk språk• Forskningsartikler publisert i et fagfellelevurdert tidsskrift• Studier fra 2011-2021• IMRaD- struktur• Kvalitative studier	<ul style="list-style-type: none">• Helsevesen som ikke er sammenlignbart med norsk helsevesen• Pårørende- og pasientperspektiv• Barn og unge voksne

3.1.2 Søkestrategi

Vi startet med å gå gjennom problemstillingen og plukket ut viktige nøkkelord ved hjelp av et PIO-skjema, se vedlegg 2. PICO-skjema er en strukturert metode for å, ut ifra problemstillingen, sette sammen søkestrategier når man søker i databaser (Forsberg & Wengström, 2016, s. 60). C'en (comparison) er ikke relevant i vår oppgave da vi ikke sammenligner, derfor har vi brukt et PIO-skjema. Videre fant vi engelske søkeord og synonymer for disse. Vi valgte nøkkelordene sykepleiers opplevelse, palliativ slutfase/kreft og hjemmeboende. Databasene vi brukte var CINAHL Complete og Svemed+ og vi gjennomførte et søk i hver. I CINAHL Complete brukte vi søkeordene nurse attitude, nurse experience, palliative care, terminally ill patients, end of life care, dying, cancer, neoplasma, home care nursing, community health nursing og home nursing professional. Forsberg og Wengström (2016, s. 69) forklarer at ved å bruke den bolske operatøren OR gjør man søket bredere, og når man bruker AND snevrer man inn søket. For å få bredt og presist søk satt vi sammen synonymene med OR, og deretter søkte vi med AND for å finne artikler som inneholdt alle nøkkelordene fra problemstillingen. Vi avgrenset søket med å søke etter studier som er fagfellelevurdert

forskning fra 2011-2021. Da vi søkte i databasen Svemed+, brukte vi søkeordene nurse attitudes, home care nursing, palliative care og cancer. Vi kombinerte palliative care og cancer med OR, og deretter AND sammen med de andre søkeordene.

Vi fikk 125 treff i databasene, og vi leste gjennom og vurderte titlene. Vi leste abstraktene til de artiklene vi mente var relevante ut ifra tittelen. Dersom abstraktene belyste problemstillingen, leste vi artiklene. Slik fant vi syv av åtte artikler, den siste fant vi gjennom et frisøk. Vi valgte syv kvalitative studier og en oversiktsstudie som sammenfattet 12 kvalitative artikler. Vi ønsket å inkludere kun kvalitative studier fordi ifølge Forsberg og Wengström (2016, s. 44) fokuserer kvalitative artikler på menneskets opplevelse.

3.1.3 Frisøk

Før vi startet det systematiske søket gjennomførte vi flere frisøk for å sikre at det var nok relevant forskning innenfor området vi ønsket å studere. I et av frisøkene i NTNUs universitetsbibliotek via Oria fant vi artikkelen til Aamold et al. (2020), ved å bruke søkeordene «Palliasjon hjemme». Vi fant ikke denne artikkelen gjennom det systematiske søket i databaser, men bestemte oss for å inkludere denne da den belyste problemstillingen godt.

3.1.4 Kvalitetsvurdering av studiene

Vi har lest gjennom artiklene og vurdert de som relevante for vår problemstilling. Studiene beskriver sykepleiers opplevelse av å gi palliativ omsorg i hjemmet. Tre av artiklene handler ikke spesifikt om kreftpasienter, men vi vurderte de som relevante da opplevelsen av palliativ omsorg til kreftpasienter er forenlig med palliasjon til andre pasienter. Vi gikk gjennom alle artiklene og vurderte de som gode studier ved å gjennomføre sjekklister for kvalitativ studie og oversiktsstudie fra Helsebiblioteket (2016). Se vedlegg 12 for utfylt sjekkliste.

Vi har inkludert en studie fra Australia, da australsk helsevesen kan ses på som forenlig med det norske. Utenriksdepartementet (2022) beskriver at det helsemessige og sanitære er omtrent som norske forhold og ifølge Elster (2017) blir helsevesenet i Australia vurdert som et av de beste i verden, rett under Norge.

3.1.5 Etisk vurdering

Ifølge Forsberg og Wengström (2016, s. 59) bør man gjøre etiske vurderinger i en systematisk litteraturstudie. De beskriver det som viktig å velge studier som er godkjente av etisk komite eller at det er gjort nøye etiske vurderinger. De kvalitative studiene vi har valgt har gjennomført etiske vurderinger og fått godkjennelse. Forsberg og Wengström (2016, s. 60) beskriver at dersom man bruker en oversiktsartikkel skal litteraturen vurderes i stedet for etikken, da dette er tidligere dokumentert kunnskap. Oversiktsartikkelen vi inkluderte hadde brukt et verktøy for kvalitative studier som heter Critical Appraisal Skills Programme (CASP, 2013) for å sikre de inkluderte artiklenes kvalitet, troverdighet og relevans.

3.2 Analyse

Ifølge Forsberg og Wengström (2016, s. 152) betyr analyse å dele opp i mindre deler. En vitenskapelig analyse innebærer å dele opp det undersøkte fenomenet i mindre deler og undersøke de hver for seg (Forsberg & Wengström, 2016, s. 152). For analysering av

materialet har vi valgt Evans (2002) sin analysemodell. Denne modellen har fire trinn som beskrives videre.

Trinn en handler om datainnsamlingen. Man burde bestemme hvilke type studier som skal inkluderes, finne studiene ved hjelp av databaser og deretter plukke ut studiene som passer under inklusjons- og eksklusjonskriteriene (Evans, 2002). Som beskrevet i punkt 3.1, fant vi studiene ved hjelp av søk i databaser og et frisøk, samt gjorde nødvendige vurderinger.

Trinn to består av å lese gjennom studiene flere ganger for å få et godt innblikk i hva studiene handler om. Deretter må man trekke ut nøkkelfunnene i hver enkelt studie og sette opp en liste over disse (Evans, 2002). Hver for oss leste gjennom artiklene i dybden og reflekterte over det som sto der. Vi var oppmerksomme på detaljene og diskuterte hva vi mente var de viktigste funnene. Videre så vi artiklene i helhet og trakk ut nøkkelfunnene fra hver studie.

Trinn tre er å gå gjennom listen med nøkkelfunn, se på likheter og finne felles temaer i studiene (Evans, 2002). Nøkkelfunnene ble gruppert og kategorisert under temaene. Vi delte hovedtemaene inn i farger og markerte i artiklene med disse fargekodene (tabell 2). Artiklene er nummerert etter rekkefølgen de er oppført i fra vedlegg 4-11. Det ble identifisert undertemaer som ble satt inn i en tabell, se vedlegg 3.

Tabell 2. Oversikt hvilke artikler som tok opp hovedtemaene

Hovedtemaer	Artikler
Hjemmet som omsorgsarena	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
Samhandling i helsetjenesten	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8
Opplevelse av kompetanse	1, 2, 3, 5, 8
Emosjonell påvirkning	3, 5, 6, 7

I trinn fire skal man ifølge Evans (2002) skrive om temaene man fant i trinn tre og beskrive fenomenet. Dette beskriver vi i resultatkapittelet.

4 Resultat

I dette kapitlet presenteres sentrale funn fra de åtte studiene som er med på å belyse problemsstillingen vår. Ut ifra analysen endte vi opp med fire hovedtemaer; a) Hjemmet som omsorgsarena, b) Samhandling i helsetjenesten, c) Opplevelsen av kompetanse og d) Emosjonell påvirkning.

4.1 Hjemmet som omsorgsarena

Sykepleierne opplevde at det vanligvis oppsto et godt samarbeid i hjemmet, og at dette førte til et trygt og rolig miljø for pasient og pårørende (Midlöv & Lindberg, 2020). I Molnes (2015) sin studie la sykepleierne vekt på at de skulle inn i hjemmet på pasientens prinsipper, derfor var kartlegging i et tidlig stadium essensielt. Det opplevdes skremmende og utfordrende å komme inn i et fremmed hjem når pasienten og pårørende hadde store forventinger til pleien (Molnes, 2015). Ifølge Aamold et al. (2020) kunne sykepleierne bli en del av familien, dette skapte både trygghet og vanskelige situasjoner angående grensesetting.

Molnes (2015) formidlet at pårørende var en viktig del av arbeidet i pasientens hjem. Noen pårørende sto for mye av pleien, dette kunne oppleves som vanskelig for sykepleierne. De var usikre på hvor mye pårørende klarte å utføre og hvilke ønsker pasienten egentlig hadde (Molnes, 2015). Sykepleierne opplevde at de ofte var avhengige av pårørende for å skape god palliativ omsorg hjemme (Nordsveen & Andershed, 2015). Sykepleierne fortalte at situasjonen var håpløs om pårørende ble fysisk og psykisk utslitt. Dette gjorde det vanskelig å fortsette med palliasjonen hjemme, og sykepleierne opplevde det som overveldende dersom pårørende følte de måtte fortsette pleien selv om de ikke hadde evner til det (Rabbetts et al., 2020). Sykepleierne kunne oppleve det som ubehagelig når det var mange pårørende til stede i hjemmet før de hadde opparbeidet en god relasjon (Molnes, 2015).

Sykepleierne opplevde å ha dårlig tid til å snakke med pasientene, spesielt om morgenen (Molnes, 2015). Andre sykepleiere beskrev at for å komme gjennom arbeidsmengden måtte de nedprioritere samtalen med pasientene, da det var forventet av sykepleierne å bli ferdig med oppdragene (Devik et al., 2020). Undervisning og opplæring ble nedprioritert på grunn av problematikken rundt å få noen til å dekke hjemmebesøkene (Rabbetts et al., 2020). Molnes (2014) formidlet at sykepleierne opplevde at det ble en ekstra belastning for kollegaene dersom de oppdaterte seg faglig i arbeidstiden. Sykepleierne erfarte at det kunne være vanskelig å velge mellom kvaliteten og kvantiteten av sykepleie, men at denne pasientgruppen var så viktig at de måtte prioriteres (Midlöv & Lindberg, 2020; Molnes, 2015). Ene sykepleieren beskrev det slik; «Det er tidkrevende, det går utover de andre pasientene, men det må det bare gjøre i visse perioder. Det er noe vi prioriterer [...]» (Molnes, 2015, s. 145). Sykepleierne opplevde det som vanskelig når tiden ikke strakk til, og det var utfordrende å sette grenser. Dette førte til at sykepleierne strekte seg litt lenger (Aamold et al., 2020). På natten var det sårbart; sykepleierne opplevde mye stress på grunn av stort ansvar med mange pasienter som hadde stort hjelpebehov, i tillegg til at sykepleier var alene (Staats et al., 2018).

Et gjentakende tema i studiene var bemanning. Sykepleierne opplevde at det i perioder var for lav bemanning i forhold til behovet, dette førte til at pasientene ikke fikk den oppfølgingen som det var behov for (Molnes, 2014). De opplevde at de kunne ha gitt bedre pleie dersom det var bedre bemannet, og sykepleierne beskrev tidspress i arbeidstiden (Devik et al., 2020; Midlöv & Lindberg, 2020; Molnes, 2014). Midlöv og Lindberg (2020) formidlet at dette tidspresset førte til stress og frustrasjon blant sykepleierne, og i Devik et al. (2020) sin studie kom det frem at det påvirket tålmodigheten og empatien deres. Staats et al. (2018) sin studie viste at tilstrekkelig bemanning var essensielt for god planlegging av arbeidet. De opplevde at sykepleiemangelen påvirket måten de arbeidet på; sykepleierne hadde oppdrag hos pasientene, samtidig som de hadde administrative og koordinerende oppgaver i tjenesten (Rabbetts et al., 2020). Sykepleierne i studien til Aamold et al. (2020) beskrev også at de sto i skvis mellom administrative oppgaver og pleie.

4.2 Samhandling i helsetjenesten

Det var gjentakende at utskrivelse fra sykehus til hjemmet var problematisk (Molnes, 2014; Aamold et al., 2020). Problematikken handlet om store forventninger til hjemmetjenesten og mangel på epikrise, sykepleiesammenfatning og medisinsliste ved utskrivelse (Molnes, 2014). Sykepleierne i både sykehus og hjemmetjenesten påpekte betydningen av samarbeidsmøter før utskrivelse. Sykepleierne oppfattet at disse møtene gjorde pasient og pårørende trygge på tilbudet de kunne få hjemme (Nordsveen & Andershed, 2015). De hevdet at mangelfull utskrivning påvirket pasient og pårørende slik de ble utrygge, maktesløse og manglet tiltro til samhandlingen mellom kommunen og sykehuset (Molnes, 2014). Studien til Nordsveen og Andershed (2015) viste også at pasientene kunne få dårlig tillit til hjemmetjenesten dersom utskrivelsen var dårlig planlagt av sykehuset. Den dårlige starten kunne pasientene ta med videre og det kunne bli vanskelig for sykepleierne å rette opp i (Nordsveen & Andershed, 2015). Molnes (2014) beskrev at sykepleierne i hjemmetjenesten opplevde det som positivt å få telefon fra sykehusavdelingen noen dager før utskrivelsen. Dette ga mulighet til å innhente nødvendig kunnskap for å kunne gi god sykepleie. Det var også positivt da hjemmetjenesten trengte tid til å skaffe eventuelle hjelpemidler (Molnes, 2014). Det kom frem i Nordsveen og Andershed (2015) sin studie at det var viktig for hjemmetjenesten å ha det praktiske klart før utskrivelsen, derav understreket de viktigheten av å ha fått tilsendt epikrisen på forhånd.

For sykepleierne i hjemmetjenesten var det ønskelig å komme så tidlig inn i bildet som mulig. De beskrev at det var viktig å kartlegge pasientens ønsker, hvor stort behovet kom til å bli og hva hjemmetjenesten kunne tilby før pasienten ble så dårlig at kartleggingen var problematisk (Molnes, 2015). I de kommunene som ikke hadde kreftkoordinator savnet sykepleierne en person som tok imot og koordinerte beskjeder fra sykehuset, og holdt den røde tråden i saken (Nordsveen & Andershed, 2015). Kreftkoordinator ble også beskrevet som en viktig samarbeidspartner i medikamenthåndteringen, særlig i bygdekommunene ble det lagt vekt på tryggheten det ga (Staats et al., 2018).

Viktigheten av godt samarbeid med andre profesjoner gikk igjen i flere studier (Midlöv & Lindberg, 2020; Molnes, 2014; Nordsveen & Andershed, 2015; Rabbetts et al., 2020; Staats et al., 2018; Aamold et al., 2020). Sykepleierne fremhevet at samarbeid med palliativt team opplevdes som positivt for sykepleierne og pasientene (Midlöv & Lindberg, 2020; Molnes, 2014; Aamold et al., 2020). Ifølge Molnes (2014) mente sykepleierne det

var viktig å vite hvor man kunne søke råd og veiledning, dette var noe palliativt team bidro med (Aamold et al., 2020). Sykepleierne opplevde at pasientene som hadde vært i kontakt med palliativt team ble godt ivaretatt og oppfølgt, da var ofte utskrivelsen fra sykehus planlagt tidlig (Nordsveen & Andershed, 2015; Aamold et al., 2020). Aamold (2020) beskrev at sykepleierne møtte noen problemer i samarbeidet med palliativt team; som uavklart ansvarsområde og det var vanskelig å oppnå kontakt på kveld og helg.

Sykepleierne hadde både positive og negative erfaringer fra samarbeidet med fastlegene. De oppfattet legene som lett tilgjengelige og at de prioriterte denne pasientgruppen, samtidig erfarte de dårlig kontinuitet, tilgjengelighet, kompetanse og lav interesse (Midlöv & Lindberg, 2020). Samarbeidet med fastlegen opplevdes som viktig (Nordsveen & Andershed, 2015; Staats et al., 2018), men manglende støtte fra legene førte til frustrasjon hos sykepleierne. De hadde til tider problemer med å få råd i medisinske problemstillinger og måtte ta avgjørelser alene, selv om behovet for rådgivning oppsto (Rabbetts et al., 2020; Aamold et al., 2020). En sykepleier beskrev det slik; «... viktig at vi får tak i leger, får hjelp til medisiner, medisinske spørsmål, [...] ikke at fastleger ikke svarer på telefonen ... det er fryktelig frustrerende...» (Aamold et al., 2020, s. 9).

4.3 Opplevelse av kompetanse

Sykepleie til hjemmeboende kreftpasienter krevde faglig kompetanse (Midlöv & Lindberg, 2020; Molnes, 2015). Det kom frem at sykepleierne opplevde manglende kunnskap for å kunne gi god palliativ omsorg i hjemmet (Molnes, 2014). En rekke sykepleiere opplevde en følelse av frykt for å ikke ha nødvendige ferdigheter, spesielt når det var lenge siden de hadde utøvd palliasjon i hjemmet (Rabbetts et al., 2020; Staats et al., 2018). Sykepleierne erfarte mangel på selvsikkerhet og kunnskap når det gjaldt medisiner, dette kunne være usikkerhet knyttet til vurdering av pasientens tilstand (Staats et al., 2018). Det kom frem i studien til Molnes (2014) at graden av smertelindring som ble gitt var forskjellig, da noen av sykepleierne mente man skulle avvente mens andre hadde sterke meninger for at det skulle gis.

Sykepleierne hadde et sterkt ønske om faglig oppdatering, men på grunn av tidspress og underbemanning var det lite anledning til dette (Molnes, 2014). Midlöv og Lindberg (2020) formidlet at det trengtes kompetanseheving og la vekt på at opplæring var nødvendig. I samme studie kom det frem at kompetansen knyttet til symptomlindring hadde økt og var nå blitt god (Midlöv & Lindberg, 2020). Staats et al. (2018) beskrev at i sjeldne tilfeller opplevde sykepleierne selvsikkerhet i symptomlindringen, men dette var avgrenset til sykepleierne med lang erfaring innen palliasjon eller de som hadde arbeidet på institusjon som brukte lindrende medikamenter hyppig. De erfarne sykepleierne var også mer selvsikre i utprøvingen av hvilket medikament som hadde best effekt og doseøkning (Staats et al., 2018). Sykepleierne opplevde det som problematisk å vedlikeholde kunnskapen de hadde (Rabbetts et al., 2020). Molnes (2014) formidlet at det var viktig at sykepleierne gjorde hverandre trygge og på denne måten heve kompetansen sammen. Midlöv og Lindberg (2020) beskrev at det ble brukt mer teknologi i palliativ omsorg i hjemmet, noe som krevde at sykepleierne tilegnet seg aktuell kunnskap.

4.4 Emosjonell påvirkning

Det ble beskrevet i studiene at sykepleierne opplevde det som emosjonelt krevende å gi palliativ omsorg til kreftpasienter (Devik et al., 2020; Midlöv & Lindberg, 2020; Rabbetts et al., 2020; Aamold et al., 2020). Noen av sykepleierne spesifiserte at de ble påvirket

da pasientene døde, og det ble en personlig sorg om sykepleierne hadde et nært forhold til pasienten (Midlöv & Lindberg, 2020). Sykepleierne følte seg hjelpeløse dersom pasienten var hadde høye krav og tydelig uttrykte misnøye (Devik et al., 2020). Det oppsto et uttalt ønske om å distansere seg fra pasienten når forholdet ble for tett, en sykepleier uttalte; «Hvis man får en veldig bra kjemi, blir en jo spist opp til slutt.» (Aamold et al., 2020, s. 8). Andre opplevde at den nære relasjonen over lang tid var krevende dersom det sykepleier kunne bidra med for pasienten var begrenset (Aamold et al., 2020). Sykepleierne uttrykte også at pasientene de ga pleie til konstant var i tankene deres. De beskrev at tankene handlet om hvordan det opplevdes for pasienten og pårørende, og hva mer de kunne gjøre for pasienten (Midlöv & Lindberg, 2020). Enkelte sykepleiere opplevde å bli utslitt i perioder, de uttrykte at det krevde mye energi å gi palliativ omsorg (Rabbetts et al., 2020).

I oversiktsstudien til Rabbetts et al. (2020) kom det frem at sykepleierne følte seg alene i dødsprosessen, og ensomheten økte dersom sykepleierne ikke hadde mulighet til å diskutere situasjonen med kollegaer. Noen sykepleiere kunne erfare palliasjon som emosjonelt krevende og behovet for debriefing ble understreket, men de opplevde at det ikke alltid hadde mulighet til dette på arbeidsplassen (Midlöv & Lindberg, 2020; Rabbetts et al., 2020). I studien til Aamold et al. (2020) uttrykte sykepleierne at de kunne bruke kollegaer til debriefing. Sykepleierne var enige i at det var viktig å snakke med noen før de gikk av vakt for å unngå å dra hjem med hodet fullt av tanker og følelser knyttet til pasientene (Midlöv & Lindberg, 2020).

Noen av studiene beskrev at sykepleierne opplevde det som givende å arbeide med kreftpasienter i livets slutfase (Devik et al., 2020; Midlöv & Lindberg, 2020; Rabbetts et al., 2020). Devik et al. (2020) sin studie beskrev at sykepleierne i positive møter med pasienten opplevde å bli nysgjerrige og imponerte av pasientens mot. Andre ganger rapporterte de at de synes det var utrolig at pasientene hadde evner til å finne lyspunkter i tilsynelatende uholdbare situasjoner. Sykepleierne uttrykte positive følelser når de mottok takknemlighet fra pasient og pårørende; sykepleierne beskrev at de følte seg privilegert når de fikk pleie pasienten hjemme og gjøre de så komfortable som mulig i deres livs siste dager (Rabbetts et al., 2020). Ifølge Midlöv og Lindberg (2020) var sykepleierne i studien enige i at palliativ omsorg i hjemmet var knyttet til positive følelser og at det opplevdes som givende. Sykepleierne opplevde at de gjorde en forskjell og at de virkelig hadde noe å tilby pasientene. Ifølge Devik et al. (2020) kunne følelsene av sympati og medfølelse komme raskere når pasientene var svake eller nedtrykt. Det ble formidlet at det følte godt å være der for den svake pasienten; når sykepleier så hvor ensom og sjenert pasienten var, samt at hen spiste lite og gjorde lite ut av seg. Denne situasjonen berørte sykepleieren (Devik et al., 2020).

5 Diskusjon

Dette kapittelet innledes med diskusjon av metode og kritisk vurdering av eget arbeid. Deretter presenteres resultatdiskusjonen hvor vi diskuterer funnene ved hjelp av faglitteratur for å belyse problemstillingen, samt belyser vi konsekvenser for utøvelse av sykepleie. Diskusjonskapittelet avsluttes med en konklusjon som oppsummerer hovedfunn, konsekvenser for utøvelse av sykepleie og anbefaling for videre forskning.

5.1 Metodediskusjon

Gjennom arbeidet med oppgaven har vi møttes jevnlig til avtalt tid. Ved å møtes har vi hatt mulighet til å diskutere og reflektere rundt ulike aspekter ved oppgaven. I forrige semester leverte vi en prosjektplan som hovedsakelig inneholdt metodebeskrivelse av de åtte artiklene. Vi arbeidet grundig med denne, noe som ga oss et godt grunnlag for å starte analyseprosessen. I metodekapittelet har vi hatt god nytte av Forsberg og Wengström (2016), og Evans (2002) sin analysemodell som litteratur.

Vi valgte å gjøre et frisøk før det systematiske søket for å undersøke om det var tilstrekkelig mengde studier om temaet. Forsberg og Wengström (2016, s. 26) beskriver at tilstrekkelig litteratur av god kvalitet er en forutsetning for å gjennomføre en systematisk litteraturstudie. Forskingen vi fant gjennom frisøket gjorde at vi fikk spisset problemstillingen. På grunn av det gode forarbeidet har vi hatt samme problemstilling underveis i hele den systematiske søkeprosessen. Bruk av PIO-skjema forenklet søkeprosessen ved at vi lagde en søkestrategi som vi brukte i begge søkene. Det kan ses på som en svakhet ved oppgaven at vi har brukt flere søkeord i CINAHL Complete enn i Svemed+. Ordene er synonymer for hverandre og det ble nødvendig å bruke flere søkeord i CINAHL Complete for å få bredere søk og unngå å overse aktuelle artikler. Flere av artiklene kom opp i begge søkene, dette styrker litteratursøket.

Noe annet som kan svekke oppgaven vår er at vi valgte å inkludere tre studier som ikke spesifikt omhandler kreftpasienter. Det er ikke spesifisert andre dødelige sykdommer, men avgrenset til palliative pasienter. Disse tre er studiene til Midlöv og Lindberg (2020), Rabbetts et al. (2020) og Staats et al. (2018). I studien til Staats et al. (2018) hadde halvparten av sykepleierne videreutdanning innen kreftomsorg, noe som styrker at innholdet kan være fra kreftpasienter. Opplevelsen av palliasjon til alvorlig syke pasienter har overføringsverdi til opplevelsen av palliasjon til kreftpasienter, og vi ser at funnene i studiene samsvarer med hverandre. Vi vurderte det som akseptabelt å inkludere tre studier som ikke direkte omhandler kreft da overvekten av artiklene i litteraturstudien vår omhandler det.

En faktor som hindret effektiviteten i oppgaveskrivingen, var å lese artiklene skrevet på engelsk. Artiklene brukte avansert fagspråk på engelsk som til tider var vanskelig å forstå. Vi har tolket studiene etter beste evne, men tar forbehold om at deler kan ha blitt misforstått eller utelatt i oversettelsen. Vi ser på det som en styrke at seks av de utvalgte artiklene er fra Norge og en er fra Sverige. Dette gjør at resultatene i oppgaven enkelt kan relateres til norske forhold. Alle de inkluderte studiene er kvalitative, noe styrker oppgaven vår da kvalitative studier beskriver opplevelse og erfaringer (Forsberg & Wengström, 2016, s. 117), som er det vi retter fokus mot i oppgaven.

5.2 Resultatdiskusjon

I resultatdiskusjonen diskuteres sentrale funn ved hjelp av relevant teori for å belyse problemstillingen; «Hvordan opplever sykepleier i hjemmetjenesten å gi palliativ omsorg til pasienter med kreft i livets slutfase?». Samtidig belyses konsekvenser for utøvelsen av sykepleie.

5.2.1 Hjemmet som omsorgsarena

De fleste ser på hjemmet som noe positivt (Brenne & Estenstad, 2018, s. 161). Fjørtoft (2016, s. 28) beskriver at hjemmet blir regnet som en trygg arena hvor pasientene kan være seg selv. Sykepleierne opplevde at pasientene og pårørende mente det var trygt og rolig å være hjemme den siste tiden (Midlöv & Lindberg, 2020). Det særegne med hjemmetjenesten er å arbeide i andres hjem. Man er hele tiden i grenseland mellom pasientens private hjem og sykepleiers arbeidssted (Fjørtoft, 2016, s. 31). Sykepleierne understreket at man skal inn i hjemmet på pasientens prinsipper. Dette krevde grundig planlegging og kartlegging før pasienten ble for dårlig (Brenne & Estenstad, 2018, s. 166; Molnes, 2015).

Pårørende er en viktig faktor for palliasjon i hjemmet; de er både omsorgsytere og samarbeidspartnere som kan bidra til at pasienten kan bli hjemme lenger (Fjørtoft, 2016, s. 102). Sykepleierne opplevde at de var avhengige av pårørende for å gi god lindrende behandling hjemme (Nordsveen & Andershed, 2015). Pårørendes følelse av tilstrekkelig kompetanse og trygghet for oppgavene som medfølger er viktig (NOU, 2017:16, s. 123). Noen pårørende hjalp til mye med pleien til pasientene, og det opplevdes vanskelig for sykepleierne når de ble usikre på hvor mye pårørende kunne håndtere (Molnes, 2015). Det kan oppstå et behov for avlastning når et familiemedlem er i livets slutfase (NOU, 2017:16, s. 123). Pårørende kan føle seg utslitt, men likevel oppleve at de må fortsette å pleie den syke. Dette erfarte sykepleierne som overveldende og krevende (Rabbetts et al., 2020). Tilrettelegging for at pårørende ikke skal bli utslitt er essensielt, dersom belastningen på pårørende blir for stor kan det bli umulig å imøtekomme pasientens ønske om å dø hjemme (Brenne & Estenstad, 2018, s. 169).

Sykepleierne opplevde det som krevende å komme inn i hjemmet når pasient og pårørende hadde store forventninger til omsorgen (Molnes, 2015). Fjørtoft (2016, s. 114) beskriver også at noen pårørende har urealistiske forventninger til pleien hjemmetjenesten kan gi. Det krever en god dialog med pårørende, og sykepleier må oppnå forståelse for deres situasjon (Fjørtoft, 2016, s. 115). Før sykepleierne hadde oppnådd god relasjon med pårørende, opplevdes det ubehagelig å utøve sykepleie i situasjoner da hjemmet var fullt (Molnes, 2015). Vi ser at det kan være belastende for sykepleierne om de opplever arbeidet som ubehagelig. Sykepleierne opplevde samtidig at relasjonen raskt kunne bli så nær at de ble en del av familien. Dette var tryggende for pasient og pårørende, men det skapte situasjoner der grensesetting ble utfordrende (Aamold et al., 2020).

Bemanning er et gjentakende tema under forhold i hjemmetjenesten. Bemanningen var for lav i forhold til behovet, og en konsekvens av dette var at pasientene ikke fikk den pleien de hadde behov for (Molnes, 2014). Sykepleierne opplevde spesielt mye stress da de var alene på nattevakt (Staats et al., 2018). Ifølge NOU 2017:16 (s. 182) kan det være problematisk å sikre stabil og kompetent bemanning i kommunehelsetjenesten. Sykepleierne erfarte at de nedprioriterte faglig oppdatering i arbeidstiden på grunn av stor arbeidsmengde (Rabbetts et al., 2020), samt følte sykepleierne i studien til Molnes

(2014) at det kunne bli en belastning for kollegaene. Sykepleierne tildeles stadig flere arbeidsoppgaver uten at det blir bedre bemannet eller får mer tid (Nydal et al., 2016). De opplevde et konstant tidspress (Midlöv & Lindberg, 2020; Molnes, 2014; Nydal et al., 2016). Ifølge Fjørtoft (2016, s. 164) kan både pasient og sykepleier oppleve mangel på tid som vanskelig. Tidspress kan føre til engstelse og skyldfølelse blant sykepleiere (Nydal et al., 2016). Sykepleierne ble stresset og frustrerte på grunn av tidspresset, samt påvirket det tålmodigheten og empatien deres (Devik et al., 2020; Midlöv & Lindberg, 2020). Yrkesrelatert stress kan føre til en rekke fysiske og psykiske plager (Nydal et al., 2016), og en konsekvens av tidspress sammen med utbrenthet blant sykepleiere er at pasientsikkerheten kan bli påvirket (Lied et al., 2021).

Bemanningen påvirket måten sykepleierne arbeidet på. Lav bemanning førte til dårlig planlegging av arbeidet og at sykepleierne fikk ansvar for både organisering og pleieoppdrag (Rabbetts et al., 2020; Staats et al., 2018; Aamold et al., 2020). Orvik (2015, s. 31) beskriver kombinasjonen av organisering og klinisk kompetanse som den dobbelte kompetansen. Dobbeltkompetanse kan regnes som et kvalitetsstempel og noe som klinikere bør ha (Orvik, 2015, s. 31). Vi ser det som selvforklarende at tidspress blir en konsekvens av at det forventes av sykepleierne å gjennomføre det samme som tidligere, og i tillegg gjøre administrative oppgaver uten at de tildeles tilstrekkelig tid. Selv om tiden var for liten, prioriterte sykepleierne å gi denne pasientgruppen pleie av god kvalitet og strekte seg lenger enn vanlig (Midlöv & Lindberg, 2020; Molnes, 2015; Aamold et al., 2020). Martinsen (2008b, s. 78-79) og Fjørtoft (2016, s. 82 og 164) er enige i at omsorgen og den gode samtalen tar tid, derfor er god bemanning og tid essensielt for å kunne gi god omsorg. Sykepleierne opplevde for lite tid avsatt til samtale og derfor ble det nedprioritert (Devik et al., 2020), spesielt på morgenen (Molnes, 2015).

5.2.2 Samhandling i helsetjenesten

I samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008-2009), s. 48) er det et mål at pasientene møter en godt samordnet helsetjeneste med kontinuitet og pasientforløp som gir god behandlingskvalitet. Sykepleierne erfarte at det målet ikke alltid nås; mangelfull utskrivning hendte, noe som førte til at pasientene ble utrygge og manglet tillitt til systemet (Molnes, 2014; Nordsveen & Andershed, 2015; Aamold et al., 2020). Ifølge NOU 2017:16 (s. 60) blir det også beskrevet at mange av pasientene opplever at veien i helsetjenesten er tilfeldig, lite forutsigbar, uoversiktlig og at tilstrekkelig kompetanse ikke er til stede. Usikkerheten i utskrivelsen fra sykehuset til hjemmet kunne pasientene ta med seg videre, og sykepleierne i hjemmetjenesten opplevde at det kunne være problematisk å gjøre det godt igjen (Nordsveen & Andershed, 2015). Vår tolkning av dette er at det kan bli utfordrende å utøve omsorgsfull sykepleie videre om pasienten har en opplevelse av dårlig start ved tjenesten og i relasjonene i hjemmetjenesten.

Ifølge Molnes (2014) beskrev sykepleierne at det måtte rettes mer fokus på kommunikasjon og rutiner mellom sykehus og kommunen. Hjemmesykepleierne opplevde at de brukte mye tid på å forklare misforståelser som oppsto på grunn av manglende kommunikasjon. Samtlige av sykepleierne opplevde at mange pasienter ble utskrevet uten epikrise, sykepleiesammenfatning eller medisinaliste (Molnes, 2014). Dårlig kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen er alvorlig. En konsekvens av dette er at pasienten ikke får behandlingen og pleien som behovet tilsier (NOU, 2017:16, s. 60). Sykepleierne i hjemmetjenesten understreket viktigheten av informasjonsutveksling fra sykehuset slik de fikk ta riktige vurderinger (Nordsveen & Andershed, 2015). Ifølge Fjørtoft (2016, s. 206) mener hjemmetjenesten at sykehuset skriver ut pasientene for tidlig, samtidig synes sykehuset at hjemmetjenesten utsetter

mottakelsen. Vi ser derfor et behov for mer strukturert kunnskapsutveksling og samhandling.

Haugen og Aass (2018, s. 122-123) formidler at det er vanskeligheter knyttet til overgangen mellom ulike nivåer i helsetjenesten. For at overgangen skal bli bedre er det foreslått noen tiltak for bedre samhandling, og et av tiltakene er felleskonsultasjon (Haugen & Aass, 2018, s. 122-123). Både sykepleierne i hjemmetjenesten og på sykehuset hadde gode opplevelser med samarbeidsmøter, og det gjorde pasientene tryggere (Nordsveen & Andershed, 2015). Fjørtoft (2012, s. 230) beskriver også at samarbeidsmøter er nødvendig for god samhandling, og tar opp temaet om dette går ut over tiden til pasientene. Hun hevder at det er delvis sant, men at møtene er nødvendige så lenge de er effektive og hensikten er klar. Et annet tiltak er god telefontilgjengelighet (Haugen & Aass, 2018, s. 123). Telefonkontakten opplevdes positiv for sykepleierne i hjemmetjenesten, da fikk sykepleierne den kunnskapen de trengte og nok tid til å ordne det praktiske (Molnes, 2014). Sykepleierne opplevde det som viktig å ha det praktiske, som for eksempel hjelpemidler, klart før utskrivelsen (Nordsveen & Andershed, 2015).

Hjemmesykepleieren kan ikke møte pasientens behov alene, derfor må man sikre god samhandling (Fjørtoft, 2016, s. 193). Sykepleierne opplevde det som viktig med godt samarbeid med fastlegen (Midlöv & Lindberg, 2020; Nordsveen & Andershed, 2015; Staats et al., 2018). Fastlegen skal ha det overordnede og koordinerende ansvaret for omsorgen og behandlingen, samt den medisinske behandlingen. Det skal også tilbys hjemmebesøk av fastlegen når det er nødvendig (Haugen & Aass, 2018, s. 117). Likevel opplevde sykepleierne at samarbeidet ikke alltid var så bra som det burde. De uttrykte frustrasjon knyttet til da legen var utilgjengelig og de ikke fikk rådført seg i medisinske problemstillinger (Rabbetts et al., 2020; Aamold et al., 2020). Midlöv og Lindberg (2020) trekker frem at sykepleierne også opplevde dårlig tilgjengelighet, kontinuitet, kompetanse og liten interesse fra noen fastleger.

Haugen og Aass (2018, s. 120) beskriver at palliativt team tilbyr rådgivning og veiledning til sykepleierne i hjemmetjenesten. Videre formidler Fjørtoft (2016, s. 82) at flere har god erfaring ved bruk av palliativt team. Midlöv og Lindberg (2020) og Molnes (2014) uttrykte at sykepleierne i studiene også hadde positive erfaringer med dette, mens sykepleierne i studien til Aamold (2020) opplevde til tider uavklart arbeidsfordeling og problemer med rådgivning på kveldstid og i helgene. Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (Meld. St.26 (2014-2015), s. 130) bidrar det til trygghet når fastlege og hjemmetjenesten får støtte fra palliativt team, det er også ofte avgjørende for å sikre et godt palliativt tilbud til pasienten i hjemmet. Sykepleierne opplevde at pasientene som hadde kontakt med palliativt team ble fulgt opp godt, og at utskrivelsen var bedre planlagt (Nordsveen & Andershed, 2015; Aamold et al., 2020). Vi ser at dette understreker viktigheten av god samhandling. Sykepleierne som ikke hadde tilgang til kreftkoordinator uttrykte et savn knyttet til koordinering (Nordsveen & Andershed, 2015). De som hadde tilgang til kreftkoordinator beskrev dette som en trygghet (Staats et al., 2018). Kreftkoordinator bidrar til å sikre gode rutiner og system for hjemmebasert kreftomsorg, hvor målet er å styrke kreftomsorgen og sørge for bedre livskvalitet for pasient og pårørende (NOU, 2017:16, s. 99).

5.2.3 Opplevelse av kompetanse

Som sykepleier er det viktig med kompetanse om kreftsykdommen og palliasjon for å møte pasientens behov (NOU, 2017:16, s. 13). Midlöv og Lindberg (2020) og Molnes (2015) formidlet også at sykepleierne opplevde at det krevde kompetanse å gi palliativ

omsorg. Ved å satse på opplæring og undervisning til hjemmetjenesten og heve palliativ kompetanse kan flere dø hjemme (Brenne & Estenstad, 2018, s. 165). Kravene for kompetanse er store og det legges vekt på at den enkelte yrkesutøver må være faglig oppdatert. Sykepleiers kunnskap og holdninger er en faktor som kan begrense og øke den enkelte pasients muligheter (Fjørtoft, 2016, s. 162). Dette opplevde sykepleierne i utøvelsen; graden av smertelindring som ble gitt varierte ut ifra hvem som var på jobb da personlige meninger påvirket behandlingen (Molnes, 2014). Ifølge Martinsen (2008b, s. 76) er egne erfaringer og kunnskaper om smerte og sykdom et grunnlag for å kunne forstå pasientens smerte. Pasient og pårørende bør ha tiltro til at pleien pasienten får hjemme, skal ha lik kvalitet som ved institusjon (Fjørtoft, 2016, s. 82). Best mulig livskvalitet for pasienten og pårørende er målet med palliasjon. For å kunne oppnå dette stilles det høye krav til sykepleiers pleiefaglige og medisinske kompetanse (Haugen & Aass, 2018, s. 113).

Haugen og Aass (2018, s. 117) fremhever viktigheten av kontinuitet blant sykepleierne i vanskelige situasjoner, som for eksempel utfordrende prosedyrer. Sykepleierne opplevde frykt knyttet til manglende ferdigheter, spesielt når det var lenge siden de hadde utført oppgaven (Rabbetts et al., 2020; Staats et al., 2018). Fjørtoft (2016, s. 207) beskriver at det er behov for opplæring og veiledning for å følge opp nye avanserte prosedyrer. For sykepleierne i hjemmetjenesten er det et kompetansekrav å beherske grunnleggende palliasjon (NOU, 2017:16, s. 113). Samtidig kom det frem at sykepleierne opplevde mangel på kunnskap og selvsikkerhet (Molnes, 2014; Staats et al., 2018). Vi ser at en konsekvens av manglende kompetanse kan være dårligere pleie for pasientene og at sykepleierne føler seg utrygge i utøvelsen. Sykepleiers kompetanse blir beskrevet av Fjørtoft (2016, s. 162) som den viktigste ressursen i hjemmetjenesten. For sykepleierne opplevdes det som utfordrende å vedlikeholde kunnskapen de hadde (Rabbetts et al., 2020). Samtidig forventes det av hjemmetjenesten å ta imot nye og flere oppgaver enn tidligere og det krever ny kompetanse (Fjørtoft, 2016, s. 222). Sykepleierne beskrev at i nyere tid ble det brukt mer teknologiske verktøy ved palliasjon i hjemmet, noe som førte til at de måtte tilegne seg ny kunnskap (Midlöv & Lindberg, 2020). Ifølge Brenne og Estenstad (2018, s. 167) må sykepleierne få tilbud om opplæring og undervisning når behovet oppstår slik at hjemmetjenesten har tilstrekkelig kompetanse til enhver tid. Sykepleierne hadde et sterkt ønske om kompetanseheving, og de mente det var behov for dette. Selv om behovet og ønsket var der, var det sjelden anledning til det (Midlöv & Lindberg, 2020; Molnes, 2014).

Midlöv og Lindberg (2020) beskrev at kompetansen om symptomlindring har økt i senere tid og sykepleierne opplevde den god. Den kvantitative studien til Røgenes et al. (2013) formidlet at eldre sykepleiere, sykepleiere med videreutdanning og de som var nettverksmedlem hadde betydelig mer kunnskap og erfaring. Staats et al. (2018) sin studie viste også at de erfarne sykepleierne hadde mer selvtillit i utførelsen av sykepleie. Vi ser på det som en styrke for sykepleietjenesten å ha variert personell, spesielt yngre og mindre erfarne sykepleiere kan føle en trygghet ved utveksling av kunnskap hos de erfarne. Molnes (2014) beskrev at man kan heve kompetansen sammen ved at sykepleierne støttet hverandre og gjorde hverandre trygge. Faglig trygghet gjør at sykepleierne blir værende i vanskelige situasjoner med pasient og pårørende (Sønning, 2021). Sykepleierne uttrykte at god kompetanse besto av både kunnskaper og erfaringer (Midlöv og Lindberg, 2020). Gjennom erfaringer oppnår man forståelse som er vesentlig for omsorgen (Martinsen, 2008b, s. 71). For å heve kompetansen og kvaliteten på palliasjon bør man satse på mer forskning innen fagfeltet (NOU, 2017:16, s. 14).

5.2.4 Emosjonell påvirkning

Det opplevdes emosjonelt krevende å gi palliativ omsorg til pasienter i livets slutfase (Devik et al., 2020; Midlöv & Lindberg, 2020; Rabbetts et al., 2020; Aamold et al., 2020). Da pasienten døde ble sykepleierne berørt og det opplevdes som en personlig sorg når sykepleier og pasient hadde et nært bånd (Midlöv & Lindberg, 2020). Ifølge Fjørtoft (2016, s. 82) konfronteres vi med vårt eget forhold til døden i møte med andres død. Det berører sykepleierne å møte pasientens lidelse og smerte.

Ved hjelp av kompetanse, innlevelse og omsorg kan sykepleier bidra til å gjøre livets slutfase bedre (Fjørtoft, 2016, s. 83). Dette støttes av Kari Martinsens omsorgsteori; hun beskriver at det alltid er en forutsetning at omsorgen består av to parter, der den ene har omtenkksomhet og bekymring for den andre parten. Hun formidler også at når pasienten lider vil sykepleier lide sammen med pasienten og forsøke å lindre hans smerte (Martinsen, 2008b, s. 69). Midlöv og Lindberg (2020) beskrev at sykepleierne konstant tenkte på pasientene, og det kan forstås som at sykepleierne lider sammen med dem. Vi har selv opplevd at utmattelse kan være en konsekvens av å gi palliativ omsorg, derfor er det viktig å ventilere med kollegaer om følelsene palliativ omsorg gir. Noen av sykepleierne opplevde at de kunne ventilere hos kollegaer, mens andre opplevde at det ikke alltid var mulighet for dette (Midlöv & Lindberg, 2020; Rabbetts et al., 2020; Aamold et al., 2020). Sykepleierne beskrev at det krevde mye energi å gi palliativ omsorg, og at de til tider ble utslitt (Rabbetts et al., 2020; Aamold et al., 2020). Fjørtoft (2016, s. 83) var enig; hun beskrev også at det er krevende å gi palliativ omsorg. I studien til Aamold et al. (2020) formidlet sykepleierne en opplevelse av utmattelse når relasjonen ble for nær. Martinsen (2008b, s. 78-79) beskriver at den som erfarer intensiv nærkontakt over tid har stor risiko for følelsesmessig overbelastning. Den som yter slik omsorg, trenger støtte og omsorg fra andre. Vi ser dette i sammenheng med viktigheten av å ventilere med kollegaer.

Fjørtoft (2016, s. 83) beskriver at selv om palliativ omsorg er krevende, er det også meningsfullt. Dette samsvarer med sykepleiernes opplevelse; de mente palliasjon var givende og knyttet til positive følelser (Devik et al., 2020; Midlöv & Lindberg, 2020; Rabbetts et al., 2020). Martinsen (2008b, s. 119) er opptatt av at omsorgen skal være en sentral del av pleien og legger vekt på at innlevelsen i pasientens situasjon og relasjonen er det mest vesentlige. Det kan forstås som at resultatet av innlevelse i pasientens situasjon er at pasienten får det bedre (Martinsen, 2008b, s. 119). Martinsen (2008b, s. 57) beskriver at forholdet mellom mennesker er preget av makt og avhengighet. Sykepleierne opplevde at sympati og medfølelse kom til uttrykk raskere når pasienten var svak og sårbar (Devik et al., 2020). Det karakteristiske ved omsorgsarbeidet er at pasienten ikke klarer å ta vare på seg selv og er avhengig av sykepleiers omsorg (Martinsen, 2008b, s. 75). For sykepleierne følte det meningsfullt å være der for den svake pasienten (Devik et al., 2020). Det ble beskrevet av sykepleierne at de følte seg privilegerte når de fikk bidra til en verdig slutfase for pasienten (Rabbetts et al., 2020). Det opplevdes også positivt for sykepleierne å føle de gjorde en forskjell for pasientene i livets slutfase (Midlöv & Lindberg, 2020). Pårørende fremhever det som verdifullt for dem og pasienten om de klarte å oppfylle pasientens ønske om å dø hjemme (Brenne & Estenstad, 2018, s. 161).

5.3 Konklusjon

I oppgaven har vi forsøkt å besvare problemstillingen; «Hvordan opplever sykepleier i hjemmetjenesten å gi palliativ omsorg til pasienter med kreft i livets slutfase?».

Opplevelsen av underbemanning og tidspress var gjentakende. Sykepleierne kunne oppleve valg mellom kvalitet og kvantitet av pleien, og for denne pasientgruppen strekte sykepleierne seg lenger enn vanlig. Underbemanning og tidspress kunne føre til at pasienten ikke fikk den pleien det var behov for. Pårørende var en betydningsfull ressurs for at palliasjonen i hjemmet skulle bli så bra som mulig, samtidig kunne samarbeidet oppleves som utfordrende for sykepleierne. Sykepleierne opplevde til tider mangelfull utskrivning, dette førte til utrygghet for pasientene. Viktige tiltak for å forbedre utskrivningen var å motta epikrisen tidlig, gjennomføre samarbeidsmøter og ha telefonkontakt før utskrivelsen. Sykepleierne opplevde det som viktig med godt samarbeid med fastlegen og det ble fortalt om både positive og negative erfaringer med dette. Dårlig samarbeid med fastlegen kunne føre til frustrasjon blant sykepleierne. Samarbeid med kreftkoordinator og palliativt team opplevdes som nyttig.

Det kom frem at palliativ omsorg krevde faglig kompetanse. Flere av sykepleierne uttrykte ønske og behov for kompetanseheving uten at de hadde mulighet til det. Mangel på kunnskap kunne skape usikkerhet og føre til frykt for utøvelsen av sykepleie. Tilstrekkelig kompetanse var avgjørende for pasientens pleie. Hos erfarne sykepleiere ble kompetansen om symptomlindring beskrevet som mindre utfordrende. Det opplevdes emosjonelt krevende å gi palliativ omsorg til hjemmeboende kreftpasienter, og noen av sykepleierne fortalte at de ble utslitt. Sykepleierne ble berørt av å se pasienten ha smerter og lide, det opplevdes derfor viktig for sykepleierne å ventilere med kollegaer. Samtidig som det var krevende, opplevdes det givende når de fikk bidra til at pasienten fikk en bedre slutfase.

Denne litteraturstudien har gitt oss en dypere forståelse for hvordan sykepleier opplever å utøve palliasjon i hjemmet. Vi anbefaler at videre forskning på området kunne ha basert seg på sykepleiers opplevelse knyttet til det emosjonelle, da kun fire av våre inkluderte studier omhandlet dette. Videre anbefaler vi forskning med fokus på kompetanseheving innenfor palliasjon.

Referanser

- Brenne, A.-T. & Estenstad, B. (2018). Hjemmedød. I S. Kaasa & J. H. Loge (red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (s. 161- 171). Gyldendal.
- Critical Appraisal Skills Programme. (2013). *CASP Qualitative Research Checklist*. http://docs.wixstatic.com/ugd/dded87_25658615020e427da194a325e7773d42.pdf
- Devik, S. A., Enmarker, I., & Hellzen, O. (2020). Nurses' experiences of compassion when giving palliative care at home. *Nursing Ethics*, 27(1), 194–205. <https://doi.org/10.1177/0969733019839218>
- Elster, K. (2017, 19. mai). *Norge på femteplass på helseranking*. NRK. <https://www.nrk.no/urix/norge-pa-femteplass-pa-helseranking-1.13522953>
- Evans, D (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *The Australian Journal of Advanced Nursing*. 20(2), 22-25.
- Fjørtoft, A.-K. (2012). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter* (2.utg.). Fagbokforlaget.
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter* (3.utg.). Fagbokforlaget.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (3.utg.). Natur & Kultur.
- Haugen, D. F & Aass, N. (2018) Organisering av palliative tilbud. I S. Kaasa & J. H. Loge (red.), *Palliasjon: nordisk lærebok* (s. 112-125). Gyldendal.
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2013). *Sammen – mot kreft: Nasjonal kreftstrategi 2013-2017* (I-1158 B). Helse- og Omsorgsdepartementet. https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/kreftstrategien_2013.pdf
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklistor*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Hofstad, G. E. & Norvoll, R. (2003). *Kommunehelsetjenesten- gamle og nye utfordringer: En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien* (SINTEF Rapport A6364). SINTEF. <https://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/1269143/>
- Kreftregisteret. (2021, 21. september). *Kreft i Norge*. <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>
- Kaasa, S. & Loge, J. H. (2018). Palliativ medisin: en innledning. I S. Kaasa & J. H. Loge (red.), *Palliasjon: nordisk lærebok* (s. 34-50). Gyldendal.
- Lied, I. B., Lindgren, M. L. & Helberget, L. K. (2021). Tidspress blant sykepleiere kan påvirke kvalitet og pasientsikkerhet: en systematisk review. *Klinisk sykepleie*, 35(3), 242-254. <https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2021-03-05>
- Martinsen, K. (2008a). *Fra Marx til Løgstrup: Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Universitetsforlaget.

- Martinsen, K. (2008b). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste: nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Meld. St. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformene: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Midlöv, E. M., & Lindberg, T. (2020). District nurses' experiences of providing palliative care in the home: An interview study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 40(1), 15–24. <https://doi.org/10.1177/2057158519857002>
- Molnes, S. I. (2014). Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. *Nordisk sygeplejeforskning*, 4(2), 142-156. <https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2014-02-06>
- Molnes, S. I. (2015) Sammen går vi døden i møte. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 11(2), 141- 152. <https://doi.org/10.7557/14.3718>
- Nordsveen, H. & Andershed, B. (2015). Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem - Sykepleiers erfaringer av samhandling. *Nordisk sygeplejeforskning*, 5(3), 239-252. <https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2015-03-02>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- NOU 2017:16. (2017). *På liv og død - Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Nydal, I., Åsmo, K., Dybvik, T. K. & Torheim, H. (2016). Stressa sykepleiere i kommunene. *Sykepleien*, (3), 68-70. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.56777>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Rabbetts, L., Harrington, A., & Breaden, K. (2020). Nurses' experience of providing home-based palliative care in the country setting: An integrated literature review. *International journal of nursing practice*, 26(1). <https://doi.org/10.1111/ijn.12773>
- Røgenes, G. K., Moen, A. & Grov, E. K. (2013) Heimesjukepleiaens perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen. *Klinisk sygepleje*, 27(1), 64-76. <https://doi.org/10.18261/ISSN1903-2285-2013-01-07>
- Staats, K., Tranvåg, O. & Grov, E. K. (2018) Home-Care Nurses' Experience With Medication Kit in Palliative Care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 20(6). <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000518>
- Sønning, H. (2021). Palliasjon: Å tåle den andres lidelse krever trygghet, mot og kompetanse. *Sykepleien*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.86314>
- Utenriksdepartementet. (2022, 08. februar). *Australia -reiseinformasjon*. Regjeringen. https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/reiseinformasjon/velg-land/reiseinfo_australia/id2415524/

World Health Organization. (2020, 5. august). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Aamold, K., Grov, E. K. & Rostad, H. M. (2020). Hjemmesykepleiers erfaringer når kreftpasienter ønsker å dø hjemme. *Klinisk sygepleje*, 34(1), 3-15.
<https://10.18261/ISSN.1903-2285-2020-01-02>

Vedlegg

Vedlegg 1

Tabell over søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Avgrensing	Antall treff	Leste abstrakter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
(MH "Nurse Attitudes") OR "nurse attitudes" OR "nurse experience" AND (MH "Palliative Care") OR "palliative care" OR "end of life care" OR "dying" OR (MH "Terminally Ill Patients+") OR "cancer" OR (MH "Neoplasms +") AND "home care nursing" OR (MH "Community Health Nursing+") OR "community health nursing" OR (MH "Home Nursing, Professional") OR "home nursing, professional"	03.12 .2021	CINAHL Complete	Published Date: 2011-2021, Peer Reviewed; Research Article	65	8	6	(Devik et al., 2020) (Midlöv & Lindberg, 2020) (Rabbetts et al., 2020) (Staats et al., 2018)

<p>"Nurse attitudes" AND "Home care nursing" AND "Palliative care" OR "Cancer"</p>	<p>03.12 .2021</p>	<p>Svemed+</p>		<p>60</p>	<p>4</p>	<p>3</p>	<p>(Molnes, 2014) (Molnes, 2015) (Nordsveen & Andershed, 2015)</p>
--	--------------------	----------------	--	-----------	----------	----------	--

Vedlegg 2

PIO-skjema

P - Patient/population (Hvem?)	Hjemmeboende pasienter med kreft
I - Intervention (Hva?)	Palliativ omsorg
O - Outcome (Utfall)	Sykepleiers opplevelse ved å gi palliativ omsorg

Vedlegg 3

Oversikt over nøkkelfunn, undertemaer og hovedtemaer

Nøkkelfunn	Undertemaer	Hovedtemaer
<ul style="list-style-type: none">• Lav bemanning• Tidspress og prioritering• Hjemmet som arbeidsplass• Pårørende	<ul style="list-style-type: none">• Fordeler og ulemper ved arbeid i hjemmet• Forhold i hjemmetjenesten	Hjemmet som omsorgsarena
<ul style="list-style-type: none">• Utskrivning fra sykehus• Ønskelig å komme tidlig inn i bildet• Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen• Samarbeid med fastlege, palliativt team og kreftkoordinator	<ul style="list-style-type: none">• Utskrivelse fra sykehus• Tverrfaglig samarbeid	Samhandling i helsetjenesten
<ul style="list-style-type: none">• Dårlig faglig oppdatering• Manglende kunnskap• Usikkerhet• Forskjellig kompetanse gir ulik behandling	<ul style="list-style-type: none">• Manglende kompetanse• Kompetanseheving	Opplevelse av kompetanse
<ul style="list-style-type: none">• Vanskelige temaer og situasjoner• Krevende og givende• Relasjon• Frustrasjon og frykt	<ul style="list-style-type: none">• Positive emosjonelle erfaringer• Negative emosjonelle erfaringer	Emosjonell påvirkning

Vedlegg 4

LITTERATURMATRISE 1: Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter

Referanse	Molnes, S. I. (2014). Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. <i>Nordisk sygeplejeforskning</i> , 4(2), 142-156. https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2014-02-06
Studiens hensikt/mål	Hensikten med studien var å undersøke hvordan sykepleiere opplevde kompetansen innen smertelindring til hjemmeboende pasienter med kreft.
Nøkkelbegrep/ Keywords	Hjemmesykepleie, kompetanse, kreft, smertelindring, sykepleiere
Metode	I studien er det brukt en kvalitativ metode som baserer seg på en beskrivende undersøkelse. Det ble sendt brev til distriktsledere i tre forskjellige omsorgsdistrikter i Midt-Norge hvor alle ønsket å delta i studien. Det ble samlet inn data gjennom halvstrukturerte, individuelle intervjuer hvor 10 sykepleiere deltok.
Resultat/ konklusjon	Sykepleierne ønsket faglig oppdatering, men på grunn av tidspress og stor arbeidsmengde var det ofte ikke mulighet for dette. De erfarte at det ble en ekstra belastning for kollegaene dersom man oppdaterte seg faglig i arbeidstiden. Bemanningen var i perioder for lav, det resulterte i at pasienten ikke fikk den oppfølgingen det var behov for. Utskrivelsen fra sykehus opplevdes som problematisk, dette var knyttet til mangel på relevant dokumentasjon ved utskrivelse. Det opplevdes positivt med god kommunikasjon før utskrivelsen. Palliativt team var en viktig samarbeidspartner. Kompetansen varierte, og for at flere kreftpasienter kan få verdig behandling i hjemmet bør man fokusere på symptomlindring og kommunikasjon mellom pasientene, pårørende og helsepersonell.
Relevans	Studien er aktuell for oppgaven da den presenterer tre relevante kategorier som viser hvordan sykepleier erfarer det å gi smertelindring til hjemmeboende pasienter med kreft. Den tar for seg sykepleierens opplevelse av faglig oppdatering, sykepleierens opplevelse av hjemmesykepleien og sykepleierens opplevelse av omgivelsene. Studien svarer godt på problemstillingen.

Vedlegg 5

Litteratormatrise 2: Sammen går vi døden i møte

Referanse	Molnes, S. I. (2015) Sammen går vi døden i møte. <i>Nordisk Tidsskrift for Helseforskning</i> , 11(2) 141- 152. https://doi.org/10.7557/14.3718
Studiens hensikt/mål	Hensikten med studien var å belyse hjemmesykepleiens møte med hjemmedød og kreftpasienters åndelige behov, samt hvordan sykepleiere beskriver egen praksis knyttet til dette.
Nøkkelbegrep/ Keywords	Kommunehelsetjenesten, hjemmedød, åndelige behov, sykepleiere
Metode	Kvalitativ. Det ble samlet inn data ved hjelp av semistrukturerte, individuelle intervjuer med ti sykepleiere. Intervjuene ble analysert ved hjelp av Giorgi analytiske metode.
Resultat/ konklusjon	Sykepleierne la vekt på at de skulle inn i hjemmet på pasientens prinsipper og ønske å planlegge tidlig før pasienten ble for dårlig. Pårørende hadde store forventninger til pleien, det oppleves sykepleierne som skremmende og utfordrende. Pårørende sto for mye av omsorgen, det kunne oppleves vanskelig for sykepleierne. De fremhevet også at det kunne være ubehagelig når det var mange pårørende til stede uten at sykepleier hadde opparbeidet en god relasjon ennå. De opplevde at det var avsatt for liten tid til samtale med pasienten, men at de prioriterte denne pasientgruppen. Kompetansen innenfor åndelige behov bør økes for å sørge for at flere kreftpasienter får verdig og god behandling hjemme.
Relevans	Studien er relevant for oppgaven da den tar for seg hjemmesykepleies møte med hjemmedød hos pasienter med kreft. Studien viser behov for økt kompetanse i kommunehelsetjenesten og passer godt til vår problemstilling.

Vedlegg 6

Litteratormatrise 3: District nurses' experiences of providing palliative care in the home: An interview study

Referanse	Midlöv, E. M., & Lindberg, T. (2020). District nurses' experiences of providing palliative care in the home: An interview study. <i>Nordic Journal of Nursing Research</i> , 40(1), 15–24. https://doi.org/10.1177/2057158519857002
Studiens hensikt/mål	Hensikten var å belyse hjemmesykepleiernes erfaringer med å gi palliativ sykepleie i hjemmet til pasienten.
Nøkkelbegrep/ Keywords	District nurses, interview study, palliative care, qualitative
Metode	Kvalitativ. Det ble gjennomført semistrukturerte intervjuer med 12 sykepleiere (tre menn og ni kvinner). Intervjuene ble analysert ved hjelp av den kvalitative analysemetoden som er beskrevet av Granheim og Lundman.
Resultat/ konklusjon	Funnene i studien var at sykepleierne opplever at det var både emosjonelt givende og krevende, tidkrevende og krevde kompetanse. Sykepleierne kunne oppleve en personlig sorg når pasienten døde. De presiserte at debriefing i vanskelige situasjoner var nødvendig. Sykepleierne opplevde tidspress som førte til stress og frustrasjon. De erfarte at samarbeid med palliativt team var positivt for både pasient og sykepleier. Sykepleierne hadde positive opplevelser av samarbeidet med fastlegene. De var til tider utilgjengelige, og viste lav kompetanse og interesse for pasientgruppen. Det var et behov for kompetanseheving. Det ble formidlet at kompetansen om symptomlindring var blitt bedre.
Relevans	Denne studien er relevant til vår oppgave da den handler om sykepleiers erfaring og opplevelse av å gi palliativ omsorg i hjemmet. Det er ikke spesifisert at det er om kreftpasienter, men vi vurderer den som relevant i vår oppgave.

Vedlegg 7

Litteratormatrise 4: Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem- Sykepleiers erfaringer av samhandling

Referanse	Nordsveen, H. & Andershed, B. (2015). Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem - Sykepleiers erfaringer av samhandling. <i>Nordisk sygeplejeforskning</i> , 5(3), 239-252. https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2015-03-02
Studiens hensikt/mål	Hensikten med studien var å beskrive sykepleierens erfaringer i både sykehus og kommunehelsetjenesten, ved utskrivelse av kreftpasienter i palliativ fase til eget hjem.
Nøkkelbegrep/ Keywords	Hjem, overføring, palliasjon, samhandling, sykehus
Metode	Kvalitativ. Studien anvendte et kvalitativt beskrivende design med fokusgruppeintervju. Det ble rekruttert deltagere fra et lokalsykehus og tre kommuner. Det ble utført fem intervjuer med fire deltagere i hver gruppe. En kvalitativ innholdsanalyse ble benyttet i dataanalysen.
Resultat/ konklusjon	Sykepleiere i kommunen mente at et felles møte før utskrivelse var viktig for overføring av den palliative omsorgen, og kontinuiteten av omsorgen. Samarbeid med fastlege, kreftkoordinator og palliativt team var sentralt for omsorgen. Det var forbedringspotensialet ved rutinene rundt utskrivelsen, avklaring av forventninger og kontinuitet i omsorgen. En dårlig utskrivelse kunne for pasienten føre til manglende tillitt til hjemmetjenesten. De ønsket epikrisen på forhånd slik de kunne sørge for at det praktiske var klart før utskrivelsen. Sykepleierne opplevde at samarbeid med pårørende ofte var en forutsetning for palliasjon i hjemmet. Studien viser at det er forbedringspotensiale ved gode rutiner rundt utskrivelsen, forventninger og kontinuitet i omsorgen.
Relevans	Denne studien har vi valgt å inkludere da den tar for seg viktigheten av samhandling mellom kommunehelsetjenesten og sykehus.

Vedlegg 8

LITTERATURMATRISE 5: Nurses' experience of providing home-based palliative care in the country setting: An integrated literature review

Referanse	Rabbetts, L., Harrington, A., & Breaden, K. (2020). Nurses' experience of providing home-based palliative care in the country setting: An integrated literature review. <i>International journal of nursing practice</i> , 26(1). https://doi.org/10.1111/ijn.12773
Studiens hensikt/mål	Hensikten med studien var å undersøke sykepleiers erfaringer ved å gi hjemmebasert palliativ omsorg for pasienter som bor i bygdene.
Nøkkelbegrep/ Keywords	Community, literature review, nurses, palliative care, rural
Metode	Oversiktsartikkel. Det ble gjort søk i elektroniske databaser, interessante tidsskrift og referanselister ved hjelp av bruke søkeord. Beskrivende tematisk analyse ble gjort for å identifisere tema og undertemaer. De inkluderte artiklene ble kritisk vurderte ved å bruke verktøyet CASP. 12 artikler med engelsk språk som er fagfellevurderte og publisert mellom 1990-2017 ble inkluderte.
Resultat/ konklusjon	Et av hovedfunnene i denne studien var emosjonelle responser. Dette handlet om at sykepleierne opplevde at arbeidet var givende, frustrerende og skummelt. Noen følte de sto alene i dødsprosessen. De følte også på håp og håpløshet. De erfarte at det krevde mye energi og de kunne bli utslitt, derfor oppsto behovet for debriefing. Sykepleierne erfarte at det opplevdes overveldende dersom pårørende fortsatte pleien selv om de var utslitt. Undervisning og opplæring ble nedprioritert på grunn av stor arbeidsmengde. Sykepleiemangelen gjorde at de måtte ha administrative oppgaver samtidig som pleieoppdrag. Samarbeidet med fastlegen kunne oppleves som vanskelig, og de erfarte manglende støtte.
Relevans	Denne studien er relevant til vår oppgave ved at den belyser flere emosjonelle opplevelser sykepleierne har rundt palliativ omsorg til hjemmeboende døende pasienter. Samt at samhandling med andre profesjoner og kompetanse beskrives. Denne handler ikke spesifikt om kreftpasienter, men den vurderes som å fortsatt være relevant i vår oppgave.

Vedlegg 9

Litteratormatrise 6: Hjemmesykepleiers erfaringer når kreftpasienter ønsker å dø hjemme

Referanse	Aamold, K., Grov, E. K. & Rostad, H. M. (2020). Hjemmesykepleiers erfaringer når kreftpasienter ønsker å dø hjemme. <i>Klinisk sykepleje</i> , 34(1), 3-15. https://10.18261/ISSN.1903-2285-2020-01-02
Studiens hensikt/mål	Studiens hensikt var å undersøke hvilke utfordringer hjemmesykepleiere beskriver når de pleier kreftpasienter som ønsker å dø hjemme
Nøkkelbegrep/ Keywords	Focus groups, homecare nurses, home death, interdisciplinary collaboration, palliative care
Metode	Kvalitativ metode. De benyttet fokusgruppeintervju for å innhente dataene. Utvalget besto av ti sykepleiere i hjemmetjenesten i to ulike distrikter i samme by på Østlandet i Norge. Begge kjønn er representert i utvalget, de hadde variert arbeidslengde og erfaring fra hjemmetjenesten. Ingen av sykepleierne hadde spesialkompetanse i palliasjon. Intervjuene ble tatt opp på lydfil, deretter transkribert. Forfatterne har brukt systematisk tekstkondensering som analysemetode.
Resultat/ konklusjon	Tre hovedfunn ble presentert; Balanse mellom nærhet og distanse til pasienten, tjenestetilpasning til pasientens beste og samarbeid og samhandling. Det opplevdes utfordrende å finne passende balanse mellom å være nær pasienten og distansere seg. Det kunne være en påkjenning å være personlig engasjert i pasienten. Sykepleierne opplevde å stå i skvis mellom organisatorisk arbeid og klinisk sykepleie. Det fremheves at sykepleierne hadde stått alene med pasienten til tross for at de hadde behov for støtte fra andre profesjoner. Det konkluderes med at sykepleierne uttrykte behov for mer støtte fra teamet rundt pasienten og fordeling av ansvarsområder.
Relevans	Denne studien er relevant for vår oppgave da den belyser problemstillingen godt.

Vedlegg 10

LITTERATURMATRISE 7: Nurses' experiences of compassion when giving palliative care at home

Referanse	Devik, S. A., Enmarker, I., & Hellzen, O. (2020). Nurses' experiences of compassion when giving palliative care at home. <i>Nursing Ethics</i> , 27(1), 194–205. https://doi.org/10.1177/0969733019839218
Studiens hensikt/mål	Hensikten med studien var å undersøke sykepleiernes erfaringer av medfølelse ved utøvelsen av palliativ omsorg i hjemmet til pasientene.
Nøkkelbegrep/ Keywords	Compassion, home nursing care, palliative care, quality of interaction, secondary qualitative analysis
Metode	Kvalitativ metode. Sekundær kvalitativ analyse ble utført ved hjelp av fortellende intervjuer med åpne spørsmål. Ti sykepleiere (seks kvinner og fire menn) fra hjemmetjenesten i Midt-Norge var med i studien. Deretter ble intervjuene analysert ved at det ble gått gjennom det skriftlige materialet og sortert.
Resultat/ konklusjon	Funnene i studien var varierende og kunne deles inn i positive, negative eller nøytrale erfaringer. Sykepleierne opplevde palliasjonen som krevende og givende. De erfarte at pasientene trengte dem og krevde mye. Noen av sykepleierne opplevde det som imponerende og ble nysgjerrige på hvordan pasientene håndterte situasjonen. Andre tilfeller opplevde sykepleierne at de ble skuffet og avvist. Sykepleierne måtte nedprioritere samtalen med pasienten på grunn av stor arbeidsmengde. De beskrev tidspress i arbeidstiden, dette påvirket tålmodigheten og empatien deres.
Relevans	Denne studien er relevant til vår oppgave da den omhandler sykepleiernes opplevelse og følelser knyttet til palliativ omsorg i hjemmet. Kreftpasienter er størstedelen av pasientgruppen i denne studien.

Vedlegg 11

Litteratormatrise 8: Home-Care Nurses' Experience With Medication Kit in Palliative Care.

Referanse	Staats, K., Tranvåg, O. & Grov, E. K. (2018) Home-Care Nurses' Experience With Medication Kit in Palliative Care. <i>Journal of Hospice & Palliative Nursing</i> , 20(6). https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000518
Studiens hensikt/mål	Hensikten med denne studien var å øke forståelsen rundt hjemmesykepleiers erfaring med den norske versjonen av medikamentskrin som et verktøy for å lindre symptom hos terminale pasienter.
Nøkkelbegrep/ Keywords	End-of-life care, home-care services, medication kit, nurses, palliative care, symptom management.
Metode	Kvalitativ. Studien hadde en kvalitativ beskrivende og utforskende design. Det ble utført to fokusgruppeintervju med fire påfølgende dybdeintervju. 18 sykepleiere var deltakere i studien.
Resultat/ konklusjon	Det opplevdes sårbart på natten da sykepleier var alene med stort ansvar. Tilstrekkelig bemanning var en forutsetning for planlegging av arbeidet. Kreftkoordinator ga trygghet og var en viktig samarbeidspartner, sammen med fastlegen. De opplevde frykt for manglende kunnskap, og erfarte mangel på selvsikkerhet ved medisineringen. Erfarne sykepleiere opplevde bedre kompetanse og selvsikkerhet. Klare retningslinjer, planlegging og oppklarende møter med fastlegen gjorde bruken av medikamentskrinet enklere.
Relevans	Studien handler om erfaringen i bruken av lindrende medikamentskrin i hjemmesykepleien. Dette kan være viktige erfaringer å ta med i vår oppgave. Den handler ikke kun om kreftpasienter, men 9 av 18 sykepleiere hadde spesialisert seg innen kreft, og medikamentskrinet er også relevant i den palliative omsorgen til kreftpasienter.

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>. Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Sammen går vi døden i møte.

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

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?

- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

