

10021

Palliasjon i hjemmet

Hvordan kan sykepleier bidra til trygghet hos hjemmeboende pasienter med kreft i palliativ fase?

Antall ord: 6423

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Tone Andersen-Hollekim
Juni 2022

10021

Palliasjon i hjemmet

Hvordan kan sykepleier bidra til trygghet hos hjemmeboende pasienter med kreft i palliativ fase?

Antall ord: 6423

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Tone Andersen-Hollekim
Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn:

Det er et mål innen palliativ omsorg at pasienter skal bo hjemme lengst mulig. For at dette skal la seg gjøre har sykepleieren en viktig funksjon ved å gi god palliativ omsorg og skape trygge rammer for pasienten slik at dette kan muliggjøres.

Hensikt:

Hensikten er å kartlegge hvordan sykepleier kan bidra til trygghet hos hjemmeboende pasienter med kreft i palliativ fase.

Metode:

En litteraturstudie basert på syv utvalgte forskningsartikler. Artiklene blir analysert ved hjelp av Evans analysemodell.

Resultater:

Pasientene opplever trygghet ved at sykepleiere viser riktig kompetanse innen palliativ omsorg og samarbeider med andre profesjoner. Forskingen vektlegger viktigheten for pasienters opplevelse av trygghet ved at sykepleieren har nok tid til pasienten, er tilgjengelig for hjelp, og legger til rette for kontinuitet i form av faste sykepleiere. Dette bedrer kvaliteten av den palliative pleien. Sykepleieren skal også være et godt medmenneske og vise til gode kommunikasjonsferdigheter. Da legger det til rette for å etablere en tillitsfull relasjon hvor informasjon og autonomi står sterkt. Forskning viser også til mangler av disse faktorene, noe som hindrer sykepleierens funksjon i å bidra til trygghet.

Konklusjon:

Mange pasienter velger å dø hjemme da de er fornøyde med hjelpen de mottar. De opplever tillit til sykepleiere og at de får den hjelpen de skal ha. Sykepleiere legger til rette for at hjemmet blir en trygg plass å dø. Likevel er tallene lave på hvor mange pasienter som faktisk velger å dø hjemme. Sykepleierne greier ikke å organisere pleien slik at pasientene føler at hjemmet er en kvalifisert plass å tilbringe den palliative fasen i. Hjemmet som i utgangspunktet er knyttet til trygghet, blir i pasientens tilfelle det motsatte.

Nøkkelord: Kreft, palliasjon, trygghet, hjemmesykepleien.

Innhold

1.	Introduksjon	6
1.1.	Innledning	6
1.2.	Teori	7
1.2.1.	Palliasjon i hjemmet	7
1.2.2.	Trygghet og sykepleierens funksjonsområde	7
1.2.3.	Kari Martinsens omsorgsteori	8
1.3.	Formål og problemstilling.....	9
2.	Metode	10
2.1.	Beskrivelse av metode	10
2.2.	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	10
2.3.	Søkehistorikk og søkestrategi	10
2.4.	Vurdering av artikler	13
2.5.	Analyse	13
3.	Resultater	15
3.1.	Artikkelmatrise	15
3.2.	Sammenfatning av resultat	17
3.2.1.	God relasjon mellom pasient og sykepleier	17
3.2.1.1.	Tillit og god kommunikasjon	17
3.2.1.2.	Autonomi og informasjon	18
3.2.1.3.	Godt medmenneske	18
3.2.2.	Riktig kompetanse	18
3.2.3.	Organisering og ressurser i form av kontinuitet, tilgjengelighet og tid.....	18
3.2.4.	Hindringer for trygghet i hjemmet.....	19
4.	Diskusjon.....	21
4.1.	Sykepleierens ressurser i møte med den palliative pasienten.....	21
4.2.	Metoderefleksjon.....	25
4.3.	Konklusjon	26
	Referanser	27

Tabeller

Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonstabell	10
Tabell 2 PICO-skjema	11
Tabell 3 Konsepttabell	11
Tabell 4 Søketabell	11
Tabell 5 Artikkelmatrikse	15

1. Introduksjon

1.1. Innledning

Kreft er en utbredt diagnose blant befolkningen i Norge og det antas at tallene vil fortsette å øke (Folkehelseinstituttet, 2022). Det er ulike former for kreftbehandling. I hovedsak kan disse inndeles i kurativ eller palliativ behandling. Kurativ behandling tar sikte på å helbrede pasienten fra sykdommen, mens palliativ behandling dreier seg om lindring, forebygging og reduksjon av fysisk, psykisk og åndelig smerte og lidelse (Kalfoss, 2016).

Blant pasienter med kreft som har gått over fra kurativ behandling til palliativ fase, er det for mange ønskelig å tilbringe den siste tiden av livet i eget hjem (Birkeland, 2018). I Norge er et av målene innen palliativ omsorg at pasient skal ha mulighet til å bo lengst mulig hjemme (Omsorgsdepartementet, 2017).

For at de skal bo hjemme lengst mulig, må kommunehelsetjenesten legge til rette for dette. Kommunehelsetjenesten vil ha en viktig rolle for å muliggjøre pasientenes ønske om å tilbringe den palliative fasen hjemme (Birkeland, 2018). Her vil sykepleieren ha en nødvendig funksjon i å yte omsorgsfull hjelp, lindre lidelse medisinsk, psykisk og åndelig, samt bidra til en naturlig og verdig død (*Yrkesetiske retningslinjer*, u.å.).

Ifølge psykologen Maslows behovspyramide er trygghet et av de viktigste behovene hos mennesker, hvor forutsigbarhet og personlig trygghet både mellommenneskelig og fysisk inngår. Trygghet og sikkerhet er behov som må dekkes for at mennesker skal bli tilfredsstillt og ha det bra. Dersom trygghetsbehovet ikke tilfredsstilles, vil det påvirke det fysiske og psykiske velværet (Maslow, 2014). Hjemmet representerer gjerne pasientens trygge arena, hvor det skal tilrettelegges for et mest mulig normalt liv og ikke la kreften ta overstyringen (Kalfoss, 2016). Sykepleieren har derfor en viktig rolle for å bidra til trygghet hos hjemmeboende pasienter med kreft i palliativ fase.

1.2. Teori

1.2.1. Palliasjon i hjemmet

For mange pasienter i palliativ fase er det å få kunne bo i eget hjem så lenge som mulig en avgjørende faktor for å få en god avslutning på livet (Birkeland, 2018). I den palliative fasen er de helserelaterte behovene og symptomene komplekse og til dels sammensatte, noe som kan være utfordrende å behandle i kommunehelsetjenestene (Kalfoss, 2016).

Hjemmesykepleie er et felles begrep som brukes for all sykepleie som utføres i pasientens hjem. Hjemmetjenesten har som oppgave å sikre at pasienter i den palliative fasen får den helsehjelpen de har behov for, siden pasientene selv er i mindre stand til å ivareta sine grunnleggende behov. Helsehjelpen utøves i skjæringspunktet mellom offentlig tjenesteyting og det daglige livet (Birkeland, 2018).

Målet for sykepleien vil være å gjøre pasientens siste tid så god som mulig og legge til rette for omsorg som kan fremme best mulig livskvalitet. Det er avgjørende for sykepleier å ha tilstrekkelige ressurser og kompetanse, for å yte den nødvendige helsehjelpen for pasientens palliative omsorgsbehov (Birkeland, 2018).

1.2.2. Trygghet og sykepleierens funksjonsområde

Trygghet assosieres ofte med forutsigbarhet, kontinuitet, tillit, hvile og sjelefred (Thorsen, 2011), samt beskyttelse ifølge teoretikeren Maslow (Maslow, 2014). Begrepet trygghet sees på som det motsatte av frykt, usikkerhet, risiko og sårbarhet. Trygghet er et grunnleggende behov og har en viktig plass i menneskers liv (Thorsen, 2011).

Det finnes ulike dimensjoner av trygghet hvor vi kan skille mellom indre og ytre trygghet. Indre trygghet er en indre tilstand, mens ytre trygghet går på relasjoner til omverden, som kan skapes ved relasjoner, tillit, kunnskap og kontroll (Thorsen, 2011).

Gode relasjoner skaper trygghet og innebærer opplevelsen av tilgjengelighet, gjensidighet, åpenhet, ærlighet, forståelse og akseptasjon (Thorsen, 2011). Relasjonen er viktig for samarbeidet og tilliten mellom sykepleier og pasient, i tillegg til pårørende, hvor kommunikasjon har en sentral rolle, spesielt i form av informasjon (Birkeland, 2018; Eide & Eide, 2017). Sykepleieren skal delta aktivt selv og bevare pasientens autonomi i beslutningsprosesser. Det skal skapes trygge rammer rundt pasienten slik at arbeidet som gjøres fremmer en verdig og naturlig død, samt at pasienten ikke skal dø alene (*Yrkesetiske retningslinjer*, u.å.).

Hjelpen sykepleieren gir må baseres på forståelse for pasientens situasjon, samt fagkunnskaper. Kunnskapsgrunnlaget skal være et fundament i hvordan sykepleieren utfører arbeidet, i tillegg til at sansene skal brukes bevisst og oppmerksomt i møte med pasienten. Nestekjærlighet, profesjonell omsorg og respekt for menneskerettighetene ligger som grunnlag for sykepleien (Kristoffersen et al., 2011).

Pasienten har tillit til at sykepleieren gir den nødvendige hjelpen som pasienten er avhengig av, og finner trygghet i å stole på det og at sykepleier har kontroll. Smerte er det symptomet innen kreft som er mest fryktet, og som sykepleier har en viktig funksjon i å lindre. Smertene er ofte sammensatt og kan kreve ulike behandlingsformer. Sykepleieren har ansvar for å kartlegge pasientens totale smerter i form av det fysiske,

psykiske, eksistensielle og sosiale (Lorentsen & Grov, 2016). For at sykepleieren skal mestre sine oppgaver innen å gi helhetlig og tilstrekkelig palliativ omsorg, er sykepleieren avhengig av å ha god nok kunnskap og hjelp fra andre profesjoner. På denne måten kan arbeidet utføres på en profesjonell og trygg måte tilpasset pasientens helsesituasjon (Thorsen, 2011).

1.2.3.Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsens omsorgsteori handler om at omsorg har en fundamental betydning for sykepleierfaget. I følge Martinsen (2003) knyttes omsorg til at mennesker er avhengige av hverandre. Dette er særlig synlig der sykdom og lidelse er tilfelle. Sykepleierens verdigrunnlag må derfor være omsorg (Martinsen, 2003).

Kari Martinsen sier at omsorg uttrykkes ved gjensidighet i et mellommenneskelig forhold utviklet gjennom samhandling, og forståelse for den andres situasjon som kan vokse frem av et fellesskap. For Martinsen er det viktig å påpeke at pleie tar den tiden det tar. Omsorg ikke skal være styrt av et spesifikt resultatmål, men at man må bruke moralsk skjønn med bakgrunn i fagkunnskap for innlevelse i situasjoner. Hun understreker også at sykepleier må bruke sansing som er grunnleggende for all forståelse, for å gi best mulig kvalitet på omsorgen. En omsorgsgiver skal heller ikke forvente noe tilbake (Martinsen, 2003).

Omsorgsteorien til Kari Martinsen finner jeg relevant for å belyse oppgavens problemstilling. I palliativ omsorg er den mellommenneskelige relasjonen mellom pasient og sykepleier verdifull for å skape en trygg relasjon. Pasienter med kreft som befinner seg i siste fase av livet er sårbare, og genuin omsorg ser jeg på som en viktig del av den palliative pleien (Martinsen, 2003).

1.3. Formål og problemstilling

Litteraturstudien tar utgangspunkt i den kreftsyke pasienten som ønsker å tilbringe palliativ fase i eget hjem. Formålet vil være å kartlegge hvordan sykepleier i hjemmetjenesten kan bidra til trygghet. Med utgangspunkt i dette har jeg formulert problemstillingen;

«Hvordan kan sykepleier bidra til trygghet hos hjemmeboende pasienter med kreft i palliativ fase?»

2. Metode

2.1. Beskrivelse av metode

Dalland (2015) beskriver metode som en fremgangsmåte på å komme frem til ny kunnskap, og at det å være vitenskapelig er å være metodisk. Denne oppgaven har jeg skrevet som en litteraturstudie (Dalland, 2015).

2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Opgaven er avgrenset til voksne pasienter over 18 år med kreft som bor hjemme i palliativ fase. Jeg ønsker å undersøke hvordan sykepleier kan bidra til trygghet på tvers av kreftdiagnoser, fordi kreftdiagnoser har mange likhetstrekk. Artikkelen som inkluderes vil omhandle både pasient og sykepleierperspektiv, da jeg anser pasientens erfaringer som verdifulle for sykepleierens tilrettelegging av palliativ omsorg. Valgte artikler er fagfellevurderte forskningsartikler som inneholder IMRaD-struktur; introduction, methods, results and discussion (Dalland, 2015). Både kvalitative og kvantitative studier tas med da de er relevante for å besvare oppgavens formål (Dalland, 2015). De fleste artiklene er skrevet innen tidsrommet ti år, dette for å sikre oppdatert forskning. En artikkel skrevet av Karlsson et al., publisert i 2011, blir inkludert fordi den sees på som relevant for å belyse problemstillingen.

Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonstabell

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Artikler med årstall: 2012-2022	Artikler eldre enn 10 år
Fagfellevurderte artikler	Barn under 18 år
Kvalitative og kvantitative artikler	Andre institusjoner/sykehus
Språk: engelsk og skandinavisk	
IMRaD-struktur	
Artikler som omhandler pasienter med kreft som bor i eget hjem i palliativ fase	
Sykepleier- og pasientperspektiv	
Aldersgruppe: Voksne >18 år	
Alle kreftformer	

2.3. Søkehistorikk og søkestrategi

Det var ønskelig at forskningsartikkelen skulle inneholde sentrale begreper som belyser problemstillingen. For å systematisere søkeprosessen, ble det anvendt PICO-skjema og konsepttabell for å fylle inn nøkkelord tilknyttet problemstillingen min. Søkertabellen presenterer de ulike databasene som det ble gjort søk i, dato, søkeord, kombinasjoner,

avgrensninger, antall treff og valgte artikler (Thidemann, 2015). Søkestrategien ble endret underveis da nøkkelordet for trygghet ikke ga relevante treff i Medline og CINAHL. Artiklene som er valgt fra disse databasene har derfor ekskludert dette søkeordet. Resterende valgte artikler er hentet fra databasene PubMed, Idunn og Google Scholar, som ble funnet gjennom (Helsebiblioteket, u.år).

Tabell 2 PICO-skjema

P (Patient/population)	I (Intervention)	C (Comparison)	O (Outcome)
Voksne pasienter med kreft i palliativ fase, som bor i eget hjem	Palliativ sykepleie i hjemmet		Trygghet

Tabell 3 Konsepttabell

Konsept	Konsept	Konsept	Konsept
Kreft (Cancer)	Hjemme (Home health nursing) (Home care services) (End of life care)	Palliativ omsorg/sykepleie (Palliative care) (Palliative care nursing)	Trygghet (Safety) (Mental health)

Tabell 4 Søketablell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Medline	19.04.2022	S1.	Cancer		2000331	
		S2.	Home health nursing OR Home Care Services OR Home Health Nursing		49929	
		S3.	Palliative care OR Palliative care nursing		73670	
		S4.	Mental health		52179	
		S5.	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5 AND S6		3	

		S6.	S1 AND S2 AND S6		896	1 (A)
Cinahl	20.04.2022	S1.	Cancer patients		159715	
		S2.	Home health nursing OR Home Care Services OR Home Health Nursing		21852	
		S3.	Palliative care OR end of life care		57058	
		S4.	Mental health nursing		17940	
		S5.	S1 AND S2 AND S3 AND S4		0	
		S6.	S1 AND S2 AND S3		909	
	05.05.2022	S8.	S1 AND S2 AND S3	Årstall 2012- 2022. Full text.	229	2 (B, E)
PubMed	05.05.2022	S1.	(cancer) AND (safety) AND (quality of health care) AND (palliative care) OR (palliative care nursing) AND (home nursing) OR (home health nursing)	Årstall 2012- 2022. Full text.	21857	
	05.05.2022	S2.	Communicatio n AND Palliative care	Årstall 2012- 2022. Full text.	6567	1 (D)
Idunn	26.04.2022	S1.	Kreft AND palliativ omsorg AND trygghet AND hjemmetjenest e	Årstall 2012- 2021 Forskningsartikle r	3	2 (C, G)
Håndsök						

Google Scholar	26.04.2022	S1.	"Dignified end-of-life care in the patients' own homes"	Årstall 2011	1	1 (F)
Inkluderte artikler:						
<p>A. Nysæter et al., (2022). Preferences for home care to enable home death among adult patients with cancer in late palliative phase – a grounded theory study. <i>BMC Palliative Care</i>, 21(1), 1-10.</p> <p>B. Klarare et al., (2018). Actions helping expressed or anticipated needs: Patients with advanced cancer and their family caregivers' experiences of specialist palliative home care teams. <i>European Journal of Cancer Care</i>, 27(6), 1-9.</p> <p>C. Hov et al., (2021). Pasienters opplevelse av trygghet med palliativ omsorg i hjemmet. <i>Tidsskrift for omsorgsforskning</i>, 7(1), 1–19.</p> <p>D. Seccareccia et al., (2015). Communication and Quality of Care on Palliative Care Units: A Qualitative Study. <i>Journal of Palliative Medicine</i>, 18(9), 758-764.</p> <p>E. MacArtney et al., (2016). Locating care at the end of life: burden, vulnerability, and the practical accomplishment of dying. <i>Sociology of Health & Illness</i>, 38(3), 479–492.</p> <p>F. Karlsson et al., (2011). Dignified end-of-life care in the patients' own homes. <i>Nursing Ethics</i>, 18(3), 374-385.</p> <p>G. Aamold et al., (2020). Hjemmesykepleieres erfaringer når kreftpasienter ønsker å dø hjemme. <i>Klinisk Sygepleje</i>, 34(1), 3–15.</p>						

2.4.Vurdering av artikler

For å velge ut artikler ble overskriftene og abstraktet lest for å vurdere relevans for oppgaven. Det var hensiktsmessig å se om artikkelen svarte til kriteriene mine og om den kunne belyse problemstillingen. Deretter ble de kvalitetssikret ved hjelp av Kildekompassets (u.å.) sjekkliste om kildekritikk og Helsebibliotekets (2016) sjekkliste CASP, Critical Appraisal Skills Programme, for kvalitativ forskning. I oppgaven er det valgt å ta med en artikkel som ikke har med alle inklusjonskriteriene og en artikkel som er utenfor det angitte tidsrommet i inklusjonskriteriene. Artikkelen skrevet av Seccareccia et al. (2015) omhandler kommunikasjon for pasienter i palliativ fase. Karlsson & Berggren (2011) skriver om hvordan sykepleier kan skape trygghet for palliative pasienter. Disse to artiklene har jeg valgt å inkludere i oppgaven ettersom de sees på som relevant for å belyse problemstillingen.

2.5.Analyse

I denne oppgaven blir analysen av artiklene gjennomført ved hjelp av Evans (2002) analysemodell. Modellen har fire trinn som består av;

Trinn 1: Finne utvalg av artikler

Utførelsen av dette trinnet er forklart i delkapittel 2.2.Inklusjons- og eksklusjonskriterier og 2.3.Søkehistorikk og søkestrategi.

Trinn 2: Identifisere hovedfunnene i hver artikkel

Dette trinnet ble gjort ved å skrive ut artiklene i papirform, lese grundig gjennom dem, og markere hovedfunnene som belyste formålet med oppgaven. Til slutt ble det skrevet et kort sammendrag av funnene.

Trinn 3: Finne temaer på tvers av studiene

Her ble det sett på både likheter og ulikheter i studienes resultater, for så å finne temaer ut ifra hovedfunnene.

Trinn 4: Samle sammen funn og frembringe en beskrivelse av et fenomen

Analysen resulterte i fire hovedtemaer:

1. God relasjon mellom pasient og sykepleier
2. Riktig kompetanse
3. Organisering og ressurser i form av kontinuitet, tilgjengelighet og tid
4. Hindringer for trygghet i hjemmet

3. Resultater

I dette kapitlet presenteres funnene fra datainnsamlingen, uten å foreta tolkninger og vurderinger. Først gis det en oversikt i en artikkelmatrise over valgte artikler hvor det kort og presist viser til referanse, hensikt, metode, resultat og relevans for oppgaven (Thidemann, 2019). Resultatene er sammenfattet i fire tema;

1. God relasjon mellom pasient og sykepleier
2. Riktig kompetanse
3. Organisering og ressurser i form av kontinuitet, tilgjengelighet og tid
4. Hindringer for trygghet i hjemmet

3.1.Artikkelmatrise

Tabell 5 Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
A)	Utforske pasienters preferanser om å dø hjemme med kreftsykdom, og om de forblir den samme over tid.	Kvalitativ metode. Data hentet fra individuelle intervjuer av 9 voksne pasienter, i seks ulike kommuner fra to fylker i Norge. Oppfølgingsintervjuer av 4. Datainnsamling, prøvetaking og konstant komparativ analyse ble utført samtidig.	For at pasienten skal bo hjemme i palliativ fase er det viktig for de å bla. føle seg trygg, anerkjent og leve i nuet. Helsepersonell må være medfølende, pålitelig og kompetent. Organisering av omsorgen må være kontinuerlig og tilpasningsdyktig.	Pasienten føler trygghet ved å få bo i eget hjem. Trygghet å vite at de får den hjelpen de har behov for av kompetent helsepersonell. Trygghet at helsepersonell har kontroll/ansvar over situasjon sammen med pasienten. Trygghet knyttet til omsorgen de får og hvem som kommer på besøk.
B)	Utforske handlinger fra spesialiserte palliative hjemmetjenesteteam, som er til hjelp eller hindring for følelsen av trygghet hos pasienter med	Kvalitativ metode. Seks pasienter og syv pårørende ble intervjuet ved å bruk hendelsesteknikken (ECIT), hvor deltakernes opplevelser blir	Intervjuene resulterte i 86 kritiske hendelser; 72 hjelpende og 14 hindrende handlinger fra helsepersonell, og	Det å sørge for tilstrekkelige ressurser, holde løfter, være pålitelig og skape relasjoner; imøtekommende handlinger med

	langtkommen kreft og deres pårørende.	oversatt til hendelser; oppfattet som hjelpende eller til hinder.	15 handlinger på ønskelisten.	pasienters uttrykte behov. Udekkede behov; manglende respekt.
C)	Utforske sammenhengen mellom betydning av trygghet ved palliativ omsorg hos hjemmeboende pasienter med kreft, og deres faktiske opplevelse av omsorgen de mottok.	Kvantitativ metode. 60 pasienter besvarte en modifisert versjon av skjemaet «Kvalitet ur pasientens perspektiv» med 44 spørsmål. Gjennomført Wilcoxon signed-rank test.	Pasientene har gitt høyere skår på betydning av omsorg, sammenlignet med omsorgen de mottok. Viser behov for kvalitetsforbedring.	Relevant å se på de ulike skåringene for dimensjonene innen den palliative omsorgen pasientene mottar.
D)	Identifisere elementer i kommunikasjon, som er sentral for å bedre kvaliteten og tilfredsstillende palliative pasienter.	Kvalitativ metode. 46 intervjuer av pasienter, pårørende og helsepersonell fra ulike institusjoner, de fleste fra et senter for pasienter med kreft. Data analysert ved Strauss og Corbin's teori for analysemetode.	Fem undertemaer; bygge tillit, snakke om forventninger og mål, informasjon, aktiv lytting og bygge trygge rammer rundt samtaler om døden.	Relevant å se på hvordan disse fem elementene om god kommunikasjon kan bidra til en trygg ramme rundt for å skape trygghet i palliativ fase.
E)	Utforske hvordan palliative pasienters omsorgsbehov er erfart i ulike arenaer, og hvordan forholdene har endret deres syn på dødsleiet.	Det ble gjennomført 44 semi-strukturerte intervjuer av pasienter innlagt på ulike institusjoner for palliativ behandling. Blant disse hadde 90% en kreftdiagnose.	Intervjuene resulterte i en forståelse av at pasientene opplevde hjemmet som mindre egnet enn andre institusjoner, for å oppnå en god livskvalitet i palliativ fase.	Relevant å se på faktorer som skaper vanskeligheter i forhold til palliativ omsorg hjemmet, og drøfte dette opp mot artikler som viser til det motsatte.
F)	Identifisere sykepleieres erfaringer med viktige faktorer for god sluttomsorg og forhindre unødvendig lidelse for pasienter i palliativ fase i hjemmet.	Kvalitative intervjuer av ti sykepleiere ble gjennomført og analysert ved fenomenologisk hermeneutisk metode.	Resultatene viser at helsepersonell oppnår å være gode omsorgsgivere og bidra til en verdig død, ved å ta vare på pasientens autonomi, respekt og gi trygghet.	Relevant å se på erfaringsbaserte faktorer som legger til rette for en god palliativ omsorg, viktigheten av å skape trygghet – tilstedeværelse, informasjon, kontinuitet, kompetanse,

				tilgjengelighet, tid og kommunikasjon.
G)	Undersøke sykepleierens utfordringer i forbindelse med ivaretagelse av hjemmeboende pasienter med kreft.	Kvalitativ metode. Fokusgruppeintervju av ti sykepleiere som jobber i hjemmesykepleien.	Hovedfunnene var balanse mellom nærhet og distanse til pasient, tjenestetilpasning, samarbeid og samordning.	Se hvordan utfordringene påvirker sykepleierens funksjon til å bidra til trygghet hos pasient.

3.2.Sammenfatning av resultat

3.2.1.God relasjon mellom pasient og sykepleier

3.2.1.1.Tillit og god kommunikasjon

Flere av de inkluderte studiene viste at det var viktig med en god relasjon mellom pasient og sykepleier for å etablere trygghet (Hov et al., 2021; Karlsson & Berggren, 2011; Klarare et al., 2018; Nysæter et al., 2022; Seccareccia et al., 2015; Aamold Kristin et al., 2020). I studiene var tillit, kommunikasjon, autonomi og informasjon viktige funn for relasjonsbyggingen. Nysæter et al. (2011) og Klarare et al. (2018) tydeliggjorde at pasientene hadde tillit til at sykepleierne ville gi pasientene den hjelpen de trengte. Pasientene opplevde at sykepleierne lyttet til dem og handlet ut ifra deres uttrykte ønsker. Aamold et al. (2020) viste til at sykepleierne syntes det var lett å få en nær relasjon til pasient og pårørende, og at dette fremmet pasientens følelse av trygghet og stabilitet.

Flere studier hadde funn om viktigheten av god kommunikasjon for å skape trygghet (Hov et al., 2021; Klarare et al., 2018; Nysæter et al., 2022; Seccareccia et al., 2015). Seccareccia et al. (2015) viste at pasientene uttrykte at aktiv lytting hvor sykepleieren tok seg tid til å sette seg ned og investere seg i pasienten, var verdifullt. En god samtale var også viktig og etablerte en følelse av genuin omsorg og tilhørighet hos pasient. Klarare et al. (2018) og Nysæter et al. (2011) var enige og støttet opp med at pasienter da fikk opplevelsen av å bli sett som mennesket bak sykdommen. Sykepleier beskrev sin opplevelse av at gode samtaler bidro til refleksjon og behovsidentifisering hos pasient. Hov et al. (2021) poengterte at trygghet ble uttrykt best gjennom pasientens egne erfaringer og la grunnlaget for hvordan pleien skulle planlegges og utføres.

Nysæter et al. (2022) og Seccareccia et al. (2015) poengterer viktigheten av å snakke om døden. Nysæter et al. (2011) viste at åpenhet rundt døden var avgjørende for å skape rom til at pasienten kunne uttrykke hva som bidro til fravær av nød, verdighet og mening. Seccareccia et al. (2015) fant i sin studie at angsten for å dø ble redusert og at samtaler kunne forberede pasienten på hva som ville skje. Studien antydte også at sykepleiere ble bedre på å samtale om døden med pasienter, ved å eksponere seg for det og se pasient og pårørendes sorg og respons.

3.2.1.2. Autonomi og informasjon

En tillitsfull og trygg relasjon mellom pasient og sykepleier ble skapt ved å ta vare på pasientens autonomi (Karlsson & Berggren, 2011; Hov et al., 2021; Klarare et al., 2018). Det kom frem at autonomi ble ivaretatt ved at sykepleier ga god informasjon og inkluderte pasient i behandlingsforløpets vurderinger, planlegging og beslutninger. På denne måten jobbet begge parter mot et felles mål. Ved å få informasjon opplevde pasientene å bli behandlet med respekt (Karlsson & Berggren, 2011). Pårørende hadde også et behov for å være en del av samarbeidet, få informasjon og veiledning ifølge Karlsson & Berggren (2011) og Klarare et al. (2018). Karlsson & Berggren (2011) og Nysæter et al. (2011) viste at pasientene opplevde at selvstendigheten og følelsen av å være mest mulig normal ble styrket ved ivaretagelse av autonomi, samt følelsen av kontroll over eget liv.

3.2.1.3. Godt medmenneske

Nysæter et al. (2011) og Aamold et al. (2020) kom frem til viktigheten av at sykepleieren var et godt medmenneske som ga nær omsorg til pasienten. Dette fremmet pasientens opplevelse av trygghet. Nysæter et al. (2022) presiserte at sykepleierens medfølelse i skremmende og bekymringsfulle episoder, for eksempel medisinske prosedyrer, bidro til trygghet. Pasientene forbandt hjemmet som en trygg arena med opplevelser av fryktløshet.

3.2.2. Riktig kompetanse

Flere studier viste at riktig og god kompetanse blant sykepleiere var en avgjørende faktor for å skape trygghet rundt den palliative omsorgen (Aamold et al., 2020; Hov et al., 2021; Nysæter et al., 2022; Karlsson & Berggren, 2011; Klarare et al., 2018).

Aamold et al. (2020) og Hov et al. (2021) presiserte viktigheten av høy kompetanse blant sykepleiere for å skape trygghet. Karlsson & Berggren (2011) understreket også at autoritet var hensiktsmessig for å gi pleie av god kvalitet. Nysæter et al. (2022) fant at kvaliteten er avhengig av samarbeid mellom hjemmetjenesten, palliative team og kreftkoordinator.

Karlsson & Berggren (2011) og Nysæter et al. (2022) synliggjorde at riktig kompetanse innebar at sykepleieren var sikker i sin rolle og hadde kunnskap om medisinsk behandling, i form av å gi adekvat smertelindring og symptomkontroll. Hov et al. (2021) var enig i viktigheten av adekvat smertelindring og palliativ behandling av kvalitet som faktorer som bidrar til trygghet. Nysæter et al. (2022) presiserte at pasientene opplevde trygghet ved at sykepleieren viste kunnskap og kontroll om pasientens situasjon. Klarare et al. (2018) og Nysæter et al. (2022) tydeliggjorde at pasientene var fornøyde med hjelpen de mottok, siden deres preferanse om å dø hjemme ikke endret seg til tross for at helsetilstanden forverret seg.

3.2.3. Organisering og ressurser i form av kontinuitet, tilgjengelighet og tid

Klarare et al. (2018) synliggjorde at pasientens opplevelse av trygghet handlet om hvordan sykepleieren organiserte pleien og om det var tilstrekkelig med ressurser. Hov

et al. (2021) presiserer at trygghet ble knyttet opp mot helsetjenesten som system med kontinuitet og tilgjengelige tjenester døgnet rundt.

Kontinuitet var et hovedfunn som gikk igjen i flere studier (Hov et al., 2021; Nysæter et al., 2022; Aamold et al., 2020). Aamold et al. (2020) tydeliggjorde sykepleierens perspektiv av viktigheten med kontinuitet, for å bidra til trygghet ved tilpasning av tidsbruk og minst mulig utskiftning av personalet. Nysæter et al. (2022) poengterer at besøk av samme sykepleiere var noe pasientene satt pris på, i tillegg til besøk til gitt tid.

Karlsson & Berggren (2011) og Aamold et al. (2020) viste til at sykepleiere hadde for lite tid til å gi den hjelpen de ønsket, grunnet andre pasienter som ventet og administrative oppgaver. Ved forandringer i pasientens helsetilstand var det ønskelig at personalet hadde forutsigbar og rask tilpasning (Nysæter et al., 2022). Kontinuitet i form av tilgjengelighet og tid skapte trygghet og sikkerhet, noe MacArtney et al. (2016) synliggjør ved at en pasient erfarte større grad av trygghet i sykehus enn hjemme.

Pårørende som bodde hjemme med pasientene var en trygghet ifølge Karlsson & Berggren (2011). Nysæter et al. (2022) påpekte at pårørende var en god ressurs når det ikke var mulig for pasienten selv å kommunisere og ytre sine meninger.

3.2.4. Hindringer for trygghet i hjemmet

Alle de utvalgte studiene viste til at pasientene også opplevde fravær av tidligere nevnte faktorer som bidro til trygghet (Hov et al., 2021; Karlsson & Berggren, 2011; Klarare et al., 2018; MacArtney et al., 2016; Nysæter et al., 2022; Seccareccia et al., 2015; Aamold et al., 2020). De registrerte tallene på hvor mange som faktisk valgte å dø hjemme var lave (Nysæter et al., 2022).

Tre studier belyste at mange pasienter tenkte realistisk ovenfor valget de tok om å ikke dø hjemme (Karlsson & Berggren, 2011; MacArtney et al., 2016; Aamold et al., 2020). Pasienter opplevde at deres hjelpebehov innen palliativ omsorg var større enn det kommunehelsetjenesten hadde kompetanse til.

(Nysæter et al., 2022) synliggjorde funn av at pasienter som ikke hadde pårørende boende hos seg, uttrykte utrygghet. Det ble også fremhevet at det kunne oppstå usikkerhet rundt om pasientenes og pårørendes ønsker samstemte, når pårørende var mellommann i kommunikasjon.

Mangel på kontinuitet i form av tid og personal var et problem for etablering av en trygg relasjon mellom pasient og sykepleier (Hov et al., 2021; Karlsson & Berggren, 2011; Klarare et al., 2018; Aamold et al., 2020). Det ble rapportert at det førte til stress, tap av energi, angst og usikkerhet for pasienten å leve i uvisshet om hvem som skulle komme på besøk og når, samt stor utskiftning av pleiere.

Klarare et al. (2018) og (MacArtney et al., 2016) presiserte at pasienter opplevde ressursmangel blant personalet. Hov et al. (2021) og Aamold et al. (2020) viste til at hjemmetjenesten ofte sto alene om ansvaret i palliativ behandling, og at sykepleierne fikk flere oppgaver utenfor deres funksjonsområde. Spesialiserte palliative team og kreftsykepleier var ofte fraværende, noe som medførte mangel på kompetanse. Aamold et al. (2020) synliggjorde også utfordringen med å vite hvem som hadde ansvaret for pasientens situasjon og hvilke beslutninger som skulle tas til enhver tid grunnet dårlig samarbeid mellom profesjonene. Ressursmangelen fremmet pasientenes opplevelse av

usikkerhet, og Hov et al. (2021) presiserte at manglende tillit til sykepleieren og hjelpen som ble gitt, skapte dårligere mestringsevne, økt stress og mindre velvære hos pasientene.

Nysæter et al. (2022) og Seccareccia et al. (2015) viste at en del helsepersonell er motvillig til å snakke med pasienter om døden. Aamold et al. (2020) var enig i dette og synliggjorde utfordringen for sykepleiere med å ha et nært forhold til den palliative pasienten og døden, og at de ble tilbaketrukket. Dette resulterte i dårligere kommunikasjon og relasjon til pasient.

4. Diskusjon

I dette kapittelet vil jeg drøfte tidligere presentert teori og resultater med egne erfaringer, for å besvare problemstillingen;

«Hvordan kan sykepleier bidra til trygghet hos hjemmeboende pasienter med kreft i palliativ fase?».

4.1. Sykepleierens ressurser i møte med den palliative pasienten

Blant pasienter med kreft som har gått over fra kurativ behandling til palliativ fase, er det for mange pasienter verdifullt å få dø i eget hjem. For mange vil det å forlate sin egen bolig, være som å forlate alle minnene de har, samt nærhet til familien. Hjemmet forbindes med frihet, at man kan gjøre det en selv ønsker, samt opprettholde rutiner og sosial status. Mange pasienter har akseptert at de skal dø, og ønsker derfor ro og fred i eget hjem uten å være sammen med andre syke i en institusjon. I hjemmet er det rammer for at de kan få være seg selv og leve til de dør. Det å få dø i eget hjem omtales gjerne som den beste måten å tilbringe sin siste levetid på (Birkeland, 2018). Dette er i tråd med norske helsemyndigheter, som skal legge til rette for at pasienter i palliativ fase kan innfri sitt ønske om å dø hjemme (Omsorgsdepartementet, 2017). Likevel er antallet som velger å dø hjemme lave (Nysæter et al., 2022). Vi kan stille spørsmål om hvorfor det er slik, når pasientens hjem beskrives som en trygg arena forbundet med fryktløshet (Karlsson & Berggren, 2011; Nysæter et al., 2022).

For det første er kompetanse hos sykepleiere en viktig ressurs i arbeidet med å yte riktig og god palliativ omsorg (Birkeland, 2018). Kompetente sykepleiere beskrives som en avgjørende faktor for å skape trygghet (Aamold et al., 2020; Hov et al., 2021; Nysæter et al., 2022; Karlsson & Berggren, 2011; Klarare et al., 2018).

I sykepleierstudiet læres det at sykepleieren har en viktig rolle i å lindre lidelse medisinsk, psykisk og åndelig, samt bidra til en verdig død (*Yrkesetiske retningslinjer*, u.å.). I motsetning til dette finner mange pasienter det å velge bort muligheten til å dø hjemme, som en realistisk grunn fordi de mener kommunehelsetjenesten ikke kan tilby den hjelpen de trenger (Karlsson & Berggren, 2011; MacArtney et al., 2016; Aamold et al., 2020). Vi kan stille spørsmål ved den fakta at sykepleiere i utgangspunktet skal ha kunnskapsgrunnet for å yte palliativ omsorg, men at pasientenes misnøye representerer det motsatte. På den andre siden er mange pasienter fornøyd med hjelpen de mottar, til tross for at helsesituasjon forverres (Klarare et al., 2018; Nysæter et al., 2022).

Bakgrunn til at mange pasienter er fornøyd vises gjennom at sykepleiere er sikker i sin rolle, viser autoritet (Karlsson & Berggren, 2011) og kunnskap gjennom å ha kontrollen over pasientens situasjon (Karlsson & Berggren, 2011; Nysæter et al., 2022). Pasienter beskriver det som trygt at sykepleiere viser kompetanse innenfor symptomkontroll og

adekvat smertelindring (Karlsson & Berggren, 2011; Nysæter et al., 2022). Smerter er et kreftrelatert symptom som blir omtalt som det mest fryktede. Smertene er sammensatt av fysisk, psykisk, sosial og eksistensiell smerte. Det finnes mange ulike behandlingsformer innenfor fysisk smerte (Lorentsen & Grov, 2016).

Selv om mange pasienter er tilfredsstillt av hjelpen de mottar, er det likevel viktig å få tak i hva som kan være årsak for pasientenes misnøye. En argumentasjon er at palliasjon i hjemmet er avhengig av god planlegging og tilrettelegging av sykepleier og andre profesjoner (Birkeland, 2018). Pleie av god kvalitet er avhengig av samarbeid, påstår Nysæter et al. (2022). Dette blir vanskelig når hjemmetjenesten ofte står alene med ansvaret når spesialiserte palliative team og kreftkoordinator er fraværende (Hov et al., 2021; Aamold et al., 2020). Det gjør det ikke lettere når ressursmangelen resulterer i at sykepleieren er usikker på hvem som skal kontaktes og hva som skal gjøres. Her kan man trekke frem usikkerhet rundt riktig og god nok smertelindring, noe som kan ha stor betydning for pasientens livskvalitet (Birkeland, 2018; Aamold et al., 2020). Når sykepleieren er nødt til å handle utenfor sitt gitte funksjonsområde, vil naturligvis ikke hjelpen være tilstrekkelig. Hjemmesykepleien har trolig ikke nok kunnskap om kreft og dens spesifikke smertebehandling. Mangelen på helsepersonell som ressurs fremmer usikkerhet hos pasientene angående om de får riktig hjelp eller ikke (Thorsen, 2011; Aamold et al., 2020).

Implikasjonen dette har for sykepleieren er at pasientens tillit blir brutt til sykepleier og arbeidet som utføres. Dette fører til at pasienten får dårligere mestringsevne, økt stress og mindre velvære (Hov et al., 2021). For et menneske med uhelbredelig kreft, kan det tenkes at det komplekse sykdomsbildet har negative følger av disse uheldige konsekvensene (Kalfoss, 2016). Det vil trolig også være vanskelig for sykepleier å fremme velvære hos pasienten. Maslow (2013) påpeker at psykisk og fysisk velvære reduseres når behovet for trygghet ikke dekkes. Vi ser at brudd på tillit medfører hindringer i etablering av trygghet (Thorsen, 2011). Hvordan kan sykepleier skape tillit på et annet vis, enn gjennom å vise riktig kompetanse?

En god relasjon bidrar til trygghet hos pasient (Hov et al., 2021; Karlsson & Berggren, 2011; Klarare et al., 2018; Nysæter et al., 2022; Seccareccia et al., 2015; Aamold Kristin et al., 2020), og skapes gjennom gode kommunikasjonsferdigheter som fremmer pasientens opplevelse av å bli sett som mennesket bak sykdommen. Det skaper trygghet hos pasientene når de opplever at deres stemme blir hørt, og at sykepleierne handler ut ifra deres uttrykte ønsker (Klarare et al., 2018; Nysæter et al., 2022).

Selv om dette er en viktig faktor for å bidra til trygghet hos hjemmeboende pasienter med kreft, opplever pasienter at sykepleiere ikke har nok tid til å sette seg ned og ha en god samtale. Ofte får pasientene ikke svar på sine spørsmål fordi sykepleierne ikke tar seg tid til å finne ut av det. Flere sykepleiere påpeker at de har for lite tid til å gi den omsorgen som er ønskelig, fordi pasientlistene er lange og administrative oppgaver mange (Aamold et al., 2020). Kari (Martinsen, 2003) er opptatt av at pleie tar den tiden det tar, noe som kan være et problem å få til i praksis, spesielt i hjemmetjenesten. Egne erfaringer fra praksis støtter opp om at det er for lite tid til hver enkelt pasient, og at sykepleiere ofte sitter igjen med dårlig samvittighet etter endt arbeidsdag. Mennesker som har kreft, sitter ofte med tunge tanker som er vanskelig å bære alene. Det kan tenkes til at det er vanskelig for et menneske å vite at man ikke har lenge igjen å leve, og usikkerhet rundt hvordan man skal håndtere situasjonen. I denne sammenhengen synliggjøres viktigheten av at sykepleieren er til stede for pasienten og viser genuin

omsorg. Når sykepleieren har dårlig tid, kan det være nødvendig at sykepleieren husker på pasientens behov for å snakke, og reflekterer over måter å muliggjøre dette på, til tross for lite tid. En liten samtale kan trolig hjelpe mye.

En annen negativ virkning av at sykepleier har for dårlig tid, er at informasjonsbehovet ikke blir dekket. Informasjon er en viktig del av kommunikasjon hvor sykepleieren kan informere om situasjon og sykdomsforløpet. Pasienter i palliativ fase er nok avhengig av å få informasjon for å føle seg mer trygg i sin livssituasjon, med å være klar over hva som foregår i sin egen kropp, hvorfor, og hva man kan forvente seg å skje videre. Ved å få informasjon ivaretas pasientens autonomi (Eide & Eide, 2017; Karlsson & Berggren, 2011).

Hvorfor sykepleieren skal ta vare på pasientens autonomi, er på grunn av at pasientens følelse av å ha kontroll over eget liv fremmes. Følelsen av å være mest mulig normal styrkes, og er viktig for at livet ikke bare skal dreie seg om sykdommen (Nysæter et al., 2022). Selvstendighet og kontroll bidrar til ytre trygghet (Thorsen, 2011). Tar ikke sykepleieren vare på pasientens autonomi, vil ikke pasienten ha muligheten til å delta i vurderinger, planlegging og beslutninger som tas angående sitt eget liv, og respekten for mennesket samt menneskerettighetene blir svekket (Karlsson & Berggren, 2011; *Yrkesetiske retningslinjer*, u.å.). Det er tross alt pasienten selv som kan uttrykke hva som bidrar til trygghet gjennom sine egne erfaringer, og på bakgrunn av dette legge grunnlaget for hvordan pleien skal planlegges og utføres (Hov et al., 2021). Dette fører til at det blir lettere for begge parter å jobbe mot et felles mål (Karlsson & Berggren, 2011). Dette støtter opp mot Kari Martinsen (2003) sin teori om at omsorg uttrykkes ved mellommenneskelige forhold utviklet gjennom samhandling, og at det er slik man får forståelse for den andres situasjon. Dette sees på som viktig for å yte god omsorg.

En studie peker på at det er lett å få en nær relasjon til pasient og at det fremmer pasientens følelse av stabilitet og trygghet (Aamold et al., 2020). Samtidig er det en negativ side av denne saken. Fra sykepleierens perspektiv er det å stå nært et menneske i møte med døden krevende både psykisk og emosjonelt (Nysæter et al., 2022; Seccareccia et al., 2015). Dette fører til at sykepleieren trekker seg tilbake, og unngår å ta initiativ til å snakke med pasienten om døden. Det gir pasienten en opplevelse av utrygghet og angst for å dø (Seccareccia et al., 2015), og skaper en dårligere relasjon mellom pasient og sykepleier (Aamold et al., 2020). Dessuten ønsker pasientene å bli kjent med sykepleiere på et mer personlig plan, og ikke bare profesjonelt (Seccareccia et al., 2015). Det kan tenkes at relasjonen blir tettere og tryggere, samt at pasienten opplever at åpenhet og ærlighet er gjensidig. Dette kan bli vanskelig når sykepleiere distanserer seg.

Det er sykepleierens oppgave å yte profesjonell omsorg ved å lindre pasientens psykiske lidelse (Kalfoss, 2016). Ved å være et godt medmenneske og vise medfølelse i skremmende og bekymringsfulle episoder, fremmes pasientens opplevelse av trygghet (Nysæter et al., 2022; Aamold et al., 2020). Det kan virke som at sykepleiere som trekker seg tilbake setter sine egne behov før pasientens, noe som strider imot sykepleieutøvelsens fundament om å vise profesjonell omsorg (Kristoffersen et al., 2011). Martinsen (2003) påpeker at en god omsorgsgiver skal gi omsorg basert på nestekjærlighet uten å forvente noe tilbake.

Hva kan sykepleiere gjøre for å endre denne uheldige væremåten? Det sies at den beste måten sykepleiere kan bli bedre til å snakke om døden, er å eksponere seg for det, samt ta lærdom av møtet med pasient og pårørendes sorg og respons (Seccareccia et al.,

2015). Sykepleier beskriver at gode samtaler bidrar til refleksjon og behovsidentifisering hos pasienten, og at det skapes rom til å uttrykke hva som bidrar til verdighet og mening, samt fravær av nød (Nysæter et al., 2022).

Når vi først er inne på pasientenes refleksjon, er det relevant å trekke frem deres uttrykte ønske om kontinuitet i form av faste sykepleiere og tilgjengelighet (Hov et al., 2021; Nysæter et al., 2022; Aamold et al., 2020). Det er et kjent faktum at det er vanskelig for hjemmesykepleien å legge til rette for at pasientene skal få besøk av faste sykepleiere hver gang, slik at det er minst mulig utskiftning og mer stabilitet. Egne erfaringer fra praksis viser til at dårlig organisering er en grunn til dette, samt at sykepleiere har behov for pusterom fra besøk som krever mye av en psykisk sett. Sykepleiere tydeliggjør likevel viktigheten med kontinuitet for å bidra til trygghet og sikkerhet hos pasientene og sitt eget arbeid (MacArtney et al., 2016; Aamold et al., 2020). Mangelen på kontinuitet er u hensiktsmessig av flere grunner.

For det første vanskeliggjør det etableringen av den gode relasjonen. For det andre fører mangel av kontinuitet med seg en rekke negative konsekvenser for pasienten i form av stress, angst, tap av energi og usikkerhet, når pasienten må leve i uvisshet om hvem som skal komme på besøk (Hov et al., 2021; Karlsson & Berggren, 2011; Klarare et al., 2018; Aamold et al., 2020). Dette er faktorer pasienten trolig ikke tenker å tilføres, da den palliative fasen med en kreftdiagnose i seg selv mest sannsynlig inkluderer dette.

For det tredje setter pasientene pris på rask og kontinuerlig tilpasning ved forandringer i helsetilstanden, noe sykepleiere er mer utrustet til desto mer tid og erfaring de har med pasienten (Nysæter et al., 2022).

Sist, men ikke minst oppleves sykepleiere i hjemmetjenesten ofte som at de ikke er tilgjengelig døgnet rundt. Dette er en faktor som spiller inn når mange pasienter velger å være på sykehus fremfor å bo hjemme. Hjemme må pasientene vente til angitt tid, mens på sykehuset er det kontinuerlig hjelp å få døgnet rundt (MacArtney et al., 2016).

Hva er årsaken til at kommunehelsetjenesten ikke organiserer pleien slik at resultatet av god kontinuitet kommer bedre frem? Hov et al. (2021) hevder at dårlig kontinuitet muligens kommer av at organisasjonsmodellen hjemmetjenesten blir styrt etter, er av dårlig kvalitet. Til tross for dårlig organisasjonsmodell og dårlig kontinuitet, kan sykepleier likevel legge til rette for at pasienten ikke er hjemme alene uten noen form for hjelp. En av måtene jeg velger å trekke frem er bruk av pårørende som ressurs.

Pasienter føler seg trygg når pårørende er tilstede (Nysæter et al., 2022). Hvis pasienten skal være hjemme i den palliative fasen, er pårørende en viktig samarbeidspartner for sykepleieren, med deres tilstedeværelse og omsorg. Noen pasienter er avhengig av kontinuerlig tilstedeværelse av pårørende, mens andre trives best i sitt eget selskap og er mindre avhengig av kontinuiteten (Birkeland, 2018). Sykepleier har en viktig oppgave i å gjøre det mulig for pårørende å faktisk være hjemme sammen med pasienten. Dette er en krevende tid og pårørende vil derfor ha behov for opplæring og veiledning fra sykepleier, samt konkrete råd om sin rolle som pårørende og forventinger knyttet til rollen. Pårørende kan bidra med for eksempel stell, gi medisiner og mat, samt få opplæring i hvordan de kan administrere ulikt utstyr som det ikke trengs spesialkompetanse til for utførelse. Det er viktig at pårørende føler at de har kompetanse og er trygge i sin tilstedeværelse med den døende (Birkeland, 2018).

Det kan hende pasienten blir så redusert at den selv ikke er i stand til å ytre sine egne meninger. Som regel er det pårørende som kjenner pasienten best, og vil derfor være

viktig for å videreformidle pasientens ønsker. På en annen side kan det oppstå usikkerhet rundt om det er samstemming mellom pasientens og pårørendes ønsker (Nysæter et al., 2022).

Egne erfaringer fra praksis har vist meg at når pårørende kjenner pasienten best, samtidig som at det er mange sterke følelser i sving, er det ikke alltid like lett å få til et godt samarbeid mellom sykepleier og pårørende. Jeg erfarte at mange pårørende har sterke meninger om hva som er best for sin forelder, til eksempel. På den ene siden skal sykepleier ta hensyn til pårørendes meninger i henhold til hvordan pleien skal utføres på best mulig måte. Samtidig har sykepleieren fagkunnskap og kompetanse som pårørende mangler i sine vurderinger. Sykepleien skal utøves på bakgrunn av fagkunnskapen, samtidig som at pleien skal baseres på forståelsen av pasientens situasjon (Kristoffersen et al., 2011). Det kan være utfordrende for sykepleieren å vite hva som er best å gjøre i enhver pasientsituasjon. Kari Martinsen (2003) påpeker at sansing er grunnleggende for all forståelse for å gi best mulig kvalitet på omsorgen. Omsorg skal ikke være styrt av et spesifikt resultatmål, men at det beste er å prøve å leve seg inn i situasjonen ved bruk av moralsk skjønn, samt ha fagkunnskap i bakgrunnen. Det som er viktig er at det vises nestekjærlighet, respekt og profesjonell omsorg gjennom de valg som tas (Kristoffersen et al., 2011).

4.2. Metoderefleksjon

En styrke med denne oppgaven er at alle forskningsartikler bortsett fra én, er publisert i tidsrommet 2012-2022. Det kan være en svakhet å ha med en artikkel fra 2011, samtidig så har den funn som oppleves som like relevant sammenlignet med artikler hentet fra ønsket tidsrom (Karlsson & Berggren, 2011). Tre av artiklene er fra Norge og to fra Sverige. Dette forsterker oppgavens relevans siden problemstillingen tar utgangspunkt i et norsk samfunn. Det kan være både en styrke og en svakhet at to artikler er publisert utenfor Europa (MacArtney et al., 2016; Seccareccia et al., 2015). Det positive ved å inkludere disse er et bredere perspektiv rundt temaet. På den andre siden kan det forekomme kontraster fra det som er realiteten i Norge. Artiklene som er publisert utenfor Norge er skrevet på engelsk. Som følge av språkbarriere kan det ha oppstått mistolkninger av artiklenes innhold, noe som kan svekke oppgaven.

Jeg har søkt i flere databaser, noe som er en styrke da jeg fikk et stort utvalg av artikler. Kildekritikk er viktig for å heve oppgaven og dens troverdighet (Dalland, 2015). Jeg har vurdert kvaliteten på de valgte artiklene med sjekklister fra Kildekompasset (u.å.) og Helsebiblioteket (2016). Dette ser jeg på som en styrke for oppgaven. En annen styrke med oppgaven er at jeg har brukt primærkilden til Kari Martinsen. Dette sikrer meg at innholdet er riktig, da sekundærkilders tolkning kan avvike noe fra den originale kilden.

Det kan være en svakhet at jeg ikke i større grad nevner kreft og behandling, da dette kunne ha belyst og utdypet temaet enda mer. Likevel er ikke dette oppgavens hovedfokus og utelates derfor av denne grunn. Noen av artiklene som har blitt anvendt, omtaler gruppen helsepersonell i sammenheng med hjemmetjenesten flere steder i teksten. Begrepet «helsepersonell» innebærer sykepleier, og jeg har derfor valgt å bruke begrepet «sykepleier» i min oppgave, for å spisse innholdet opp mot problemstillingen. En svakhet med dette kan være at jeg ikke får helt korrekt fremstilling av forskningen. Det at jeg har med artikler som inneholder både pasient- og sykepleierperspektiv styrker oppgaven ved å belyse problemstillingen fra ulike synsvinkler.

4.3.Konklusjon

I denne litteraturstudien har jeg forsøkt å belyse hvordan sykepleier kan bidra til trygghet hos hjemmeboende pasienter med kreft i palliativ fase. Resultater fra forskning viser til ulike faktorer som spiller en viktig rolle i pasientens opplevelse av trygghet.

Pasienters opplevelse av trygghet oppstår når sykepleiere viser sin autoritet og kompetanse i utførelsen av den palliative behandlingen. God kommunikasjon skaper en tillitsfull relasjon mellom pasient og sykepleier, hvor informasjon og autonomi har en viktig plass der pasienten selv kan delta i behandlingsforløpet. Dette fremmer følelsen av kontroll, noe som skaper trygghet.

Andre avgjørende faktorer er tid og tilgjengelighet. For at pasienter i denne sårbare og ustabile fasen av livet skal føle seg trygg i eget hjem, er det hensiktsmessig at de kan hvile i at sykepleierne kommer til angitt tid, og ellers er tilgjengelig ved behov for hjelp. Det er viktig at sykepleieren tar seg tid til å vise genuin omsorg slik at pasienten føler seg hørt og sett for den de er.

Ressurser i form av kontinuitet og samarbeid mellom ulike profesjoner gjør at pasient og sykepleier finner trygghet i at den hjelpen som gis er tilstrekkelig god. Pasientene opplever trygghet ved minst mulig utskiftning av personalet og at de har kontroll over pasientens situasjon.

Forskning viser også til at det er mangel på kompetanse og samarbeid blant profesjoner, tid, tilgjengelighet, kontinuitet og kommunikasjonsferdigheter blant sykepleiere. Dette fører til at relasjonen mellom pasient og sykepleier svekkes, og at pasientene ikke har tillit til at de får den palliative omsorgen de har behov for. Dette resulterer i at færre velger å bo hjemme i palliativ fase, til tross for at dette i utgangspunktet beskrives som deres trygge arena.

Vi har sett at den palliative pasienten med kreft sin opplevelse av trygghet knyttes opp mot alle disse nevnte faktorene, og at de påvirker hverandres gjennomførbarhet. Hvis sykepleieren er oppmerksom og utøver sitt arbeid på en slik måte at hindringene i størst mulig grad unngås, legges det til rette for gode rammer som kan fremme opplevelsen av trygghet i hjemmet.

Referanser

- Birkeland, A., Flovik, Anne Marie. (2018). *Sykepleie i hjemmet*. Cappelen Damm akademisk.
- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5.). Gyldendal akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner personorientering, samhandling, etikk*. Gyldendal akademisk.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *2002*, *20*(2), 22–26.
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Kreft*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kreft/>
- Helsebiblioteket. (2016, juni 3). *Sjekklistor*.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsebiblioteket. (u.år). *Databaser*. Helsebiblioteket.no.
<https://www.helsebiblioteket.no/databaser>
- Hov, R., Bjørslund, B., Kjøs, B. Ø., & Wilde-Larsson, B. (2021). Pasienters opplevelse av trygghet med palliativ omsorg i hjemmet. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, *7*(1), 1–19. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-01-05>
- Kalfoss, M. H. (2016). Møte med lidende og døende pasienter—Sykepleierens møte med seg selv. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5., s. 453–481). Gyldendal akademisk.
- Karlsson, C., & Berggren, I. (2011). Dignified end-of-life care in the patients' own homes. *Nursing Ethics*, *18*(3), 374–385. <https://doi.org/10.1177/0969733011398100>
- Kildekompasset. (u.å.). *Kildekritikk*. Hentet 22. april 2022, fra <https://kildekompasset.no/kildekritikk/>

- Klarare, A., Rasmussen, B. H., Fossum, B., Hansson, J., Fürst, C. J., & Lundh Hagelin, C. (2018). Actions helping expressed or anticipated needs: Patients with advanced cancer and their family caregivers' experiences of specialist palliative home care teams. *European Journal of Cancer Care, 27*(6), 1–9.
<https://doi.org/10.1111/ecc.12948>
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2011). Om sykepleie. I *Grunnleggende sykepleie bind 1* (2.). Gyldendal akademisk.
- Lorentsen, V. B., & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5., s. 397–436). Gyldendal akademisk.
- MacArtney, J. I., Broom, A., Kirby, E., Good, P., Wootton, J., & Adams, J. (2016). Locating care at the end of life: Burden, vulnerability, and the practical accomplishment of dying. *Sociology of Health & Illness, 38*(3), 479–492.
<https://doi.org/10.1111/1467-9566.12375>
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays*. Universitetsforlaget.
- Maslow, A. H. (2014). *A theory of human motivation* (1.). Wilder Publications.
- Nysæter, T. M., Olsson, C., Sandsdalen, T., Wilde-Larsson, B., Hov, R., & Larsson, M. (2022). Preferences for home care to enable home death among adult patients with cancer in late palliative phase – a grounded theory study. *BMC Palliative Care, 21*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00939-y>
- Omsorgsdepartementet, H. (2017, desember 20). *NOU 2017: 16* [NOU]. Regjeringen.no; regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548/>
- Seccareccia, D., Wentlandt, K., Kevork, N., Workentin, K., Blacker, S., Gagliese, L., Grossman, D., & Zimmermann, C. (2015). Communication and Quality of Care on Palliative Care Units: A Qualitative Study. *Journal of Palliative Medicine, 18*(9), 758–764. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0408>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget.

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter (2.)*.

Universitetsforlaget.

Thorsen, R. (2011). Trygghet. I *Grunnleggende sykepleie bind 3 (2.)*. Gyldendal akademisk.

Yrkesetiske retningslinjer. (u.å.). Hentet 12. april 2022, fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

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>

