

Andrea Hasund - 10073

Marita Hoggen - 10100

Sjukepleiar sine erfaringer med palliative pasientar i heimen

Litteraturbachelor

Bacheloroppgåve i Bachelor i sykepleie

Rettleiar: Kari-Janne Ljones Kulø

Juni 2023

Andrea Hasund - 10073

Marita Hoggen - 10100

Sjukepleiar sine erfaringer med palliative pasientar i heimen

Litteraturbachelor

Bacheloroppgåve i Bachelor i sykepleie

Rettleiar: Kari-Janne Ljones Kulø

Juni 2023

Noregs teknisk-naturvitskaplege universitet

Fakultet for medisin og helsevitskap

Institutt for helsevitskap i Ålesund



NTNU

Kunnskap for ei betre verd

Samandrag

Bakgrunn: Med 15% er Noreg eit av landa der færrest menneske dør heime. Fleire har eit ynskje om å døy heime, men manglande ressursar i heimesjukepleia og låg tryggleik hjå pårørande sett ein stoppar for dette. Gjennom samhandlingsreforma har krava til heimesjukepleia blitt større, og liggedøgn i sjukehus blitt færre. Dette krev meir kompleks behandling i heimen. Den medisinske utviklinga fører til lengre levetid, noko som krev tilstrekkeleg kompetanse i kommunane.

Hensikt: Vi ynskjer å belyse heimesjukepleiaren si erfaring i arbeid med palliative pasientar, gjennom eit systematisk litteratursøk.

Metode: Denne systematiske litteraturstudia tek utgangspunkt i 7 kvalitative forskingsartiklar.

Resultat: Sjukepleiarane erfarte større behov for kompetanse og betre samhandling med lege og sjukehus. Dei opplevde samarbeid med pårørande som viktig og erfarte etiske utfordringar i møte med heimen, pasient og pårørande.

Konklusjon: Arbeid med palliative pasientar i heimesjukepleia er både givande og krevjande. God samhandling er viktig for å gi pasienten eit heilheitleg tilbod. Sidan heimesjukepleia har fått fleire og meir komplekse pasientar, er auka kompetanse og meir ressursar nødvendig. Pårørande er ein viktig samarbeidspartnar og ressurs. Sjukepleiaren kan bli prega emosjonelt, og støtte frå kollegaer er viktig.

Abstract

Background: Only 15% of the Norwegian population dies at home, which is one of the countries with fewest home deaths. More people wish to die at home, but the lack of resources in home care and insecurity among relatives makes it difficult. The demand for home care have increased through the Coordination reform, and hospital stays shorter. This requires more complex treatment at home. The medical development causes longer lifespan which demands competence in the municipalities.

Aim: We wish to shed light on the home nurse's experience of working with palliative care patients through a systematic literature search.

Method: This systematic literature study is based on seven qualitative research articles.

Result: The nurses experienced need for competence and better interaction with doctors and hospitals. They experienced the cooperation with relatives as important, and experienced ethical challenges dealing with the patient, home and relatives.

Conclusion: Working with palliative care patients in home care is both rewarding and demanding. Good interaction is important to provide the patient with a comprehensive offer. Since there are more complex patients, increased competence and more resources are necessary. Relatives are partners and resources. Nurses can be affected emotionally, and support from colleagues is important.

Forord

*«I have washed his naked body
I have combed her thinning hair
I have held his hand in the smallest hours
And shared in her despair*

*I have watched you getting better
I have seen your lows and highs
I have helped you back from the brink of death
And I've watched you fade and die*

*I am a nurse
I am a nurse*

*I have listened while you ranted
I have caught you as you fell
And I want you to know through its hard for me
I'll still be there for you*

*I am tired and I am frantic
it can be a thankless task
But I'll keep on being there for you
I'll do whatever you ask*

*I am a nurse
I am a nurse
I am a nurse
I am a nurse*

*I have strength to carry on
because I know what you are worth
Though were on our knees were still here to please
The most rewarding job on earth*

*I am a nurse
I am a nurse
I am a nurse
I am a nurse»*

(International Council of Nurses, 2020)

Innhald

1	Innleiing	10
1.1	Introduksjon av tema	10
1.2	Hensikt og problemstilling	10
1.3	Sentrale begrep	11
1.4	Avgrensingar	11
2	Teori	12
2.1	Palliasjon	12
2.2	Sjukepleiar si rolle.....	12
2.3	Samhandling	13
2.4	Kari Martinsen sin omsorgsteori	14
3	Metode.....	15
3.1	Beskriving av metode	15
3.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterium.....	15
3.3	Søkehistorikk og søkestrategi	15
3.4	Vurdering	17
3.5	Analyse.....	17
4	Resultat.....	19
4.1	Artikkelmatriser	19
4.2	Kompetanse	21
4.3	Tverrfagleg samhandling	22
4.4	Pårørnde	23
4.5	Etikk	23
5	Diskusjon	25
5.1	Betyding for sjukepleie	25
5.1.1	Kompetanse	25
5.1.2	Tverrfagleg samhandling	26
5.1.3	Pårørnde	27
5.1.4	Etikk	27
5.2	Styrker og svakheiter med litteraturstudiet.....	29
5.3	Konklusjon	29
	Referanser	31

Antal ord: 7694

1 Innleiing

I innleiinga introduserer vi tema, problemstilling, sentrale omgrep og avgrensingar for oppgåva.

1.1 Introduksjon av tema

Temaet i oppgåva er sjukepleiar sine erfaringer med palliativt arbeid i heimen. Palliasjon er ei tilnærming med formål om å fremme livskvalitet for pasient og pårørande som er ramma av alvorleg sjukdom. Dette kan ein gjere ved å førebyggje og lindre liding, ved å tidleg identifisere, kartlegge, vurdere og behandle smerte og andre utfordringar av fysisk, åndeleg og psykososial art (WHO, 2020). Det skal leggest til rette for at pasientar som ynskjer det, skal få vere heime så lenge som mogleg i siste fase av livet. Ein stor del av dei palliative pasientane som bur heime, har kreft (Meld. St. 24, (2019-2020), s. 12). Rundt 15% av dei som døyr i Noreg, døyr i heimen (Helsedirektoratet, 2018). I følge Stortingsmelding 29 er Noreg eit av dei landa der færrest menneske døyr heime, sjølv om mange har eit ynskje om dette. Ein av grunnane til at folk ikkje får ynskja oppfylt, er mangelen på ressursar i heimetenesta og manglande tryggleik hjå pårørande (Meld. St. 29 (2012-2013), s. 89-90). Sjølv om det er vanskeleg å fastslå, er forventa levetid for palliative pasientar 9-12 månadar, og det gjer at ein har mindre tid i oppfølginga av pasienten (Helsedirektoratet, 2015). Det blir då viktig at heimesjukepleia inkluderast på eit tidleg tidspunkt, slik ein får høve til å skape gode relasjonar med pasient og pårørande, og samtidig tilretteleggje heimen med nødvendig utstyr (Fjørtoft, 2016, s. 82).

Med samhandlingsreforma frå 2012 vil regjeringa skape eit tenestetilbod som er heiltheitleg, samanhengande, berekraftig og av god kvalitet. Tilbodet skal ha høg pasientsikkerheit og vere tilpassa den enkelte brukaren. Målet er at pasienten skal få rett behandling, på rett plass til rett tid (St.meld. nr. 47, (2008-2009)). Etter samhandlingsreforma har fokuset vore å bygge opp det kommunale tilbodet, slik ein unngår unødige innleggingar på sjukehus. Dette har ført til at kommunehelsetenesta har hatt behov for auka kompetanse. For å fagleg utvikle omsorgstenesta vil regjeringa blant anna ha fokus på å heve kunnskapen til helsepersonell. For heimesjukepleia er samarbeid med fastlege og pårørande viktige faktorar for at pasienten skal kunne få døy heime. Å prate om døden kan vere vanskeleg, og det krev sjukepleiarar med kompetanse. Det at sjukepleiaren er til stades og viser empati er viktig for pasienten og deira pårørande (Meld. St. 29 (2012-2013), s. 89-90).

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikta med litteraturstudien er å få innblikk i korleis heimesjukepleiaren erfarer arbeid med palliative pasientar. Vi kom då fram til følgjande problemstilling:

«Korleis erfarer sjukepleiar i heimesjukepleia arbeid med palliative pasientar?»

1.3 Sentrale begrep

Palliasjon: Palliasjon er behandling, pleie og omsorg med mål om å forbetre livskvaliteten til pasientar og deira pårørande i møte med livstruande sjukdommar. Dette ved hjelp av å forebygge og lindre, tidleg identifisere, kartlegge, vurdere og behandle smerte og andre problem av fysisk, psykososial og åndeleg art (WHO, 2020).

1.4 Avgrensingar

Vi har valt eit sjukepleieperspektiv, og ser på sjukepleiaren sine erfaringar med palliative pasientar i heimesjukepleia. Det er ikkje avgrensing knytt til diagnose. Vi ynskja ikkje fokus på barn, men alle aldersgrupper over 18 år kunne inkluderast. Det er heller inga avgrensing knytt til kjønn.

2 Teori

I teoridelen tek vi føre oss relevant teori knytt til problemstillinga vår.

2.1 Palliasjon

Palliasjon betyr lindrande behandling (Fjørtoft, 2016, s. 79). Palliativ pleie kan gå føre seg i heimen, på sjukehus eller i andre institusjonar (Mathisen, 2016, s. 412). Dei som treng palliativ pleie, skal om mogleg få behandling nærast mogleg heimen. Dei skal sleppe å bli innlagt på sjukehus, dersom ein til dømes treng smertelindring. Mange ynskjer å døy heime, og kjenner seg tryggare på valet dersom dei veit dei får tilstrekkeleg og nødvendig hjelp. Få forandrar valet sitt under den terminale fasa, sjølv om der kjem periodar der det er behov for institusjonsplass. Samarbeid mellom ulike profesjonar og nivå i helsevesenet er essensielt for å få til god palliativ pleie for pasientane (Mathisen, 2016, s. 413). Pasient- og brukerrettighetslova §3 sett lys på pasienten sin autonomi og rett til medbestemming (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Det å bruke siste del av livet heime kan gi kjensle av tryggleik og ro, og for nokre kan ein kjenne på sjølvstendigheit og meistring i ei krevjande tid. Ved heimedød blir også familien inkludert i større grad, og ein kan skape gode rammer rundt døden. Ynskje om å døy heime kan endre seg undervegs. I kommunar som satsar på heimesjukepleie, er det i større grad moglegheit for heimedød. Dette er noko regjeringa ynskjer å legge til rette for (Meld. St. 24, (2019-2020), s. 39).

Ein viktig del er å gjere opplevinga så trygg som mogleg for dei involverte, og helsepersonellet må ha riktig kompetanse om både sjukdom, lindrande behandling og omsorg (Meld. St. 24, (2019-2020), s. 39). For at pasienten skal oppnå mest og best mogleg heimetid er det viktig med god informasjon og kommunikasjon frå sjukepleiar. God informasjon fører til forutsigbarheit og meir oppleving av kontroll (Brenne & Estenstad, 2016, s. 167). For palliative pasientar svekkast funksjonsnivået gradvis, og sjukepleiar skal hjelpe å vedlikehalde funksjonsnivået (Grov & Wiig, 2018, s. 198). Smertelindring er ein viktig del av lindrande behandling. Siste 20-30 åra har smertebehandlinga blitt betydeleg betre, og kunnskapsnivået har auka. Målet med smertelindring er å forhindre smertetoppar og gjennombrøtssmerter. Sjukepleiarane har ansvar for å smertelindre pasientane tilstrekkeleg (Danielsen et al., 2016, s. 381-383). Smerte er ikkje alltid knytt til den medisinske årsaka, då pasienten sin kulturelle og psykososiale tilstand også spelar ei rolle. Smerte er subjektiv, og det kan vere vanskeleg for sjukepleiaren å vurdere smerta til pasienten (Danielsen et al., 2016, s. 398).

2.2 Sjukepleiar si rolle

I møte med pasientar som skal døy, møter sjukepleiaren fleire utfordringar. Sjukepleiaren skal vere eit medmenneske som klarer å støtte pasient og pårørande i

vanskelege situasjonar. God kommunikasjon med kollegaer, pasient og pårørande er viktig for kontinuitet i palliativ pleie (Mathisen, 2016, s. 415-416). Ein kan bli kjenslemessig prega, noko mange kan oppleve som krevjande (Fjørtoft, 2016, s. 82). Mange kan kjenne på sorg for pasientar dei har hatt omsorg for (Kalfoss, 2016, s. 475). Tid er noko som sjukepleiar i heimen må forholde seg til, då alle har ei liste med pasientar dei skal gjennom. God tid kan gi rom som samtale, medan dårleg tid kan verke stressande for pasientane (Fjørtoft, 2016, s. 164-165). Å arbeide i heimen kan vere psykisk belastande grunna tidspress og mykje åleinejobbing (Fjørtoft, 2016, s. 42). Som sjukepleiar må ein ha kjennskap til Helsepersonelloven (1999): «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon for øvrig». Det inkluderer å halde taushetsplikta og hindre at andre får innsyn i pasienten sine helseopplysingar (Helsepersonelloven, 1999). Her kan ein sjå vidare på dei fire etiske prinsippa, velgjerandeprinsippet, autonomi, rettferd og ikkje-skade prinsippet. Autonomi er retten til å bli informert og bestemme sjølv. Velgjerande betyr å gjere gode handlingar mot andre, og ikkje-skade betyr at ein ikkje skal skade andre. Rettferd er å fordele ressursar likt og rettferdig (Brinchmann, 2021, s. 85).

Heimen til pasientar har verdiar, reglar og tradisjonar, som kan gå i strid med sjukepleiaren sine egne meiningar og trusretning. Heimesjukepleia skal ivareta pasienten sin integritet og vite at heimen betyr mykje for den enkelte, og sjukepleiaren må vise respekt og forståing i arbeidet sitt (Fjørtoft, 2016, s. 31). Ein besøker mange heimar med ulike miljø, og ein må opptre profesjonelt og evne å tilpasse seg. Dei yrkesetiske retningslinjene dannar eit grunnlag for korleis sjukepleiar skal arbeide. Dei kan delast inn i seks underpunkt, der dei tre fyrste er spesielt viktig for palliativ omsorg. Den fyrste handlar om sjukepleiar og profesjonen saman. Her står det at sjukepleiar skal kjenne eigen kompetanse og handle praktisk ut frå denne, og søke rettleiing om nødvendig. Den andre handlar om sjukepleiar og pasient, som viser til at sjukepleiar skal gi heilheitleg omsorg og hjelpe med ein verdig død for pasienten. Dette inneberer at pasienten ikkje skal døy åleine. Sjukepleiaren skal arbeide omsorgsfullt overfor pasienten og lindre lidning hos pasientane. Den tredje er i forholdet med pårørande, som legg vekt på at pasienten skal prioriterast ved interessekonfliktar (Norsk sykepleierforbund, 2019).

2.3 Samhandling

I Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) står det at heimesjukepleie er lovpålagt i kommunene. Tilbodet handlar om å gi omsorg og pleie til heimebuande som har behov for det. Dette kan vere sjukdom, alderdom, dårleg helse eller endra livssituasjon. Målet er at pasienten skal klare å meistre kvar dagen (Fjørtoft, 2016, s. 17). For å dekke pasientane sine behov, er ein avhengig av god samhandling (Fjørtoft, 2016, s. 193). Samhandling er forpliktande og konkret, og handlar om å verkeleggjere ansvar ved å handle saman (Orvik, 2022, s. 150). Tverrfagleg samhandling er eit uttrykk som nyttast for å beskrive korleis helsepersonell med ulik bakgrunn arbeidar saman (Orvik, 2022, s. 166-170). Kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta må samhandle om å kunne gi pasienten best mogleg tilbod (Meld. St. 24, (2019-2020), s. 39-40). I heimesjukepleia må ein samarbeide på tvers av ulike etatar og tenester, med til dømes lege og sjukehus (Fjørtoft, 2016, s. 195). Livstruande sjukdom rammar ikkje berre den som er sjuk, men også pasienten sine pårørande. Ynskjer ein å skape eit godt tilbod innan lindrande

behandling og omsorg, er samarbeid med pårørende essensielt (Meld. St. 24, (2019-2020), s. 54-55). Heimebaserte kommunale tenester må samarbeide med fastlegen for å skape fleksible og gode ordningar for pasient og pårørende. Dersom pasienten skal vere heime siste tida krev det mykje frå pårørende, og det er då viktig at dei får tilstrekkeleg med informasjon og oppfølging, for å kjenne seg trygge (Meld. St. 24, (2019-2020), s. 40). Det er vanleg å informere næraste pårørende, så kan dei vidare gi informasjon til resten av familien. Det gjeld også for å skape relasjon når døden nærmar seg (Stensheim et al., 2016, s. 276).

Dersom ikkje samhandlinga er god, kan pasientane bli kasteballar i oppstykkja pasientforlaup med svekka kontinuitet, og det kan bli uverdig og uforsvarleg. Behandling av heimebuande pasientar som treng avansert medisinsk teknologi, aukar avhengigheita mellom sjukehus og kommunehelseteneste. Samhandlingsreforma legg fram at det er behov for kompetanseheving og vekst i kommunehelsetenesta (Orvik, 2022, s. 150-167). I Aase (2022, s. 187-189) står det at utveksling av vesentleg informasjon er nødvendig ved pasientovergangar. Dårlig kommunikasjon er ein medverkande årsak til uynskte hendingar i pasientforlaupet. Dei siste åra har dei store endringane i kommunal omsorg skjedd i heimesjukepleia. Pasientandelen til sjukeheim og institusjon har gått ned, medan andelen har auka i heimesjukepleia (St.meld. nr. 47, (2008-2009), s. 56).

2.4 Kari Martinsen sin omsorgsteori

Omsorg betyr «omtanke» eller «å bekymre seg for», og er ein sosial relasjon der forholdet mellom menneske er viktig (Martinsen, 2003, s. 68-69). Den mest vanlege forma for omsorg, er å hjelpe andre, utan å forvente noko tilbake. Arbeid med omsorg blir bestemt av situasjonen til mottakaren, som betyr at ein må sjå kva ressursar og avgrensingar pasienten har (Martinsen, 2003, s. 16). Martinsen meiner omsorg kan delast inn i to typar relasjonar. Ein med balansert gjensidigheit beståande av eit likeverdig forhold mellom to partar. Den andre med ein ueigennyttig gjensidigheit, altså hjelp utan å forvente noko tilbake (Kristoffersen, 2016, s. 57). Martinsen meiner at omsorgsarbeidet gir grunnlaget for sjukepleie, og at verksemder har i oppgåve å ta vare på menneske som ikkje kan ta vare på seg sjølv (Kristoffersen, 2016, s. 57). Mange pasientgrupper sjukepleiarar møter har utfordringar med eigenomsorg, uavhengigheit og funksjonsdyktigheit. Det betyr også at mange ikkje kan oppnå same funksjonsnivå, som dei tidlegare hadde. Dette kallar ho for vedlikehaldsomsorg, som betyr at ein skal gjere det så godt som mogleg i den spesifikke situasjonen (Kristoffersen, 2016, s. 58). Martinsen meiner at ein skal ta ansvar for dei svakaste og pleietrengande pasientane, der betring ikkje er oppnåeleg (Kristoffersen, 2016, s. 59). Omsorgsarbeid krev kunnskap, ferdigheiter og ein organisasjon å møte dei gjennom, som til dømes heimesjukepleia (Martinsen, 2003, s. 75).

3 Metode

I metodedelene presenterer vi søkeprosessen i studiet vårt. Først tek vi føre oss beskriving av metode. Vidare går vi inn på inklusjons- og eksklusjonskriterium, søkehistorikk, søkestrategi og vurdering, før vi til slutt tek føre oss Evans analysemodell.

3.1 Beskriving av metode

Oppgåva er ein systematisk litteraturstudie. Ein systematisk litteraturstudie er ein omfattande studie og tolking av litteraturen, som svarar på eit spørsmål. Dette via ei problemstilling og analyse av relevante artiklar og litteratur (Aveyard, 2019, s. 2). I oppgåva skal vi bruke 7 artiklar for å svare på problemstillinga.

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterium

For å få med relevant informasjon i oppgåva, kan inklusjons- og eksklusjonskriterium vere til hjelp. Dette gjer at ein får med seg relevant informasjon ein vil inkludere eller ekskludere, slik ein ikkje sporar av (Aveyard, 2019, s. 75). Vi bestemte oss for eit sjukepleieperspektiv. Artiklane skulle ikkje vere meir enn 10 år gamle og ta plass i heimesjukepleia. Vi ynskja nordiske artiklar, då dei landa har ganske lik oppbygging av helsevesenet. Språket måtte vere anten engelsk, norsk, svensk eller dansk. Artiklane måtte handle om sjukepleiarar, heimesjukepleie og den palliative fasen i heimen. Eksklusjonskriterium er barn og institusjon.

3.3 Søkehistorikk og søkestrategi

Cinahl Complete og MedLine er databasar der ein finn mange artiklar med sjukepleiefagleg innhald. Vi valte derfor å ta i bruk desse når vi søkte. For å effektivisere søket, fann vi søkeord relatert til problemstillinga. Deretter la vi inn inklusjon- og eksklusjonskriterium (Aveyard, 2019, s. 83). For å finne søkeorda brukte vi eit PICO-skjema, som gir struktur og klargjer problemstillinga (Aveyard, 2019, s. 33). Vi valde å ta vekk C-en i PICO, då den ikkje er relevant for oppgåva vår. Vi enda dermed opp med eit PIO-skjema. Då fekk vi «sjukepleiar», «palliativ omsorg i heimen» og «sjukepleiar sine erfaringar», som leda oss til søkeorda «nurse», «palliative care» og «home care».

	P (Patient/population)	I (Intervention)	O (Outcome)
Søkeord	Sjukepleiar	Palliativ omsorg i heimen	Sjukepleiar sine erfaringar

Når vi byrja på søkeprosessen, hadde vi nokre søk der vi ikkje enda opp med artiklar som var relevante. Vi har derfor ikkje teke med disse søka i søkehistorikken. Artiklane var blant anna frå land utanfor Norden, og vi såg raskt at det blei stor skilnad på arbeidet som blei utført der, kontra i nordiske land.

I Cinahl Complete brukte vi søkeorda «home care», «palliative care» og «nurse» i søket den 30/3. Vi kryssa av for fagfelleurdert, forskingsartiklar og dei skandinaviske språka, samt engelsk. Då fekk vi 78 treff, men mange artiklar handla om sjukeheim og var derfor ikkje relevante for denne oppgåva. Vi leita spesifikt etter nordiske artiklar. Artiklar frå andre verdsdelar, vart også eliminerte. Vi las mange samandrag, men i dette søket las vi 12 artiklar. Ut frå søket fann vi fem artiklar vi ynskte å bruke. Vidare måtte vi finne fleire artiklar, og leita derfor i Medline. Vi brukte same søkeorda som i det første søket. Vi avgrensa med at artikkelen måtte vere fagfelleurdert og på engelsk eller dei skandinaviske språka. Då fekk vi 241 treff. Når vi las abstrakta, utelukka vi alle artiklar som ikkje kom frå nordiske land. Vi ekskluderte artiklar frå andre verdsdelar og artiklar frå institusjonar. Til slutt satt vi igjen med tre artiklar å lese, og til slutt valde vi å inkludere ein artikkel i studia vår.

Søkeord	Dato	Database	Avgrensing	Antal treff	Leste abstrakt	Leste artiklar	Inkluderte artiklar
(Palliative care) and (nurse) and (home care)	30/3/23	Cinahl Complete	Peer reviewed. Research article. 2013-2023. English, Danish, Swedish, Norwegian.	78	21	12	Danielsen et al., 2018 Midlöv & Lindberg, 2020 Staats et al., 2018 Alvariza et al., 2020 Hemberg & Bergdal, 2020
(Palliative care) and (nurse) and (home care)	02/5/23	Medline	Peer reviewed. English, Danish, Swedish, Norwegian.	241	10	3	Devik et al., 2020

I tillegg til basesøket vårt har vi funne ein artikkel via manuelt søk. Det gjeld artikkelen til Skorpen Tarberg et al. (2020). Det er ein artikkel vi har fått opp i både Cinahl og Medline, men med andre søkeord og kombinasjonar enn dei vi har valt å bruke. Til dømes har vi fått den opp når vi brukte søkeorda «home», «palliative care» og «nurse», men ikkje dersom vi bytta ut «home» med «home care». Vi søkte den derfor opp i Oria universitetsbibliotek, då den i stor grad er relevant for oppgåva vår.

3.4 Vurdering

Då vi valte ut artiklar, brukte vi problemstillinga som utgangspunkt i søket for å belyse resultatene vi fekk. Vi sjekka at artiklane hadde IMRaD-struktur, som er eit krav for vitenskapelig forskning. Den er då delt inn i introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Aveyard, 2019, s. 45). Vi brukte sjekklister som hjelpemiddel for å kritisk vurdere forskingsartiklane vi fann (Helsebiblioteket, 2016). Alle hadde ei hensikt og eit design, som passa med krava for ein vitenskapelig artikkel. Vi søkte opp publiseringskanalane for artiklane i kanalregisteret. Dette for å sjekke at dei er publiserte i godkjente vitenskapelige publiseringskanalar, og vil då ha nivå 1 eller nivå 2 (Kanalregisteret, u.å.). Fire av artiklane var på nivå 2, medan tre av artiklane hadde nivå 1. Artiklane vi har funne er kvalitative, som vil seie at dei utforskar opplevingane til deltakarane. Resultata blir ofte funne gjennom intervju, noko som skal gi forståing og innsikt i situasjonen som blir forska på (Aveyard, 2019, s. 61).

3.5 Analyse

For å analysere data vi har funne, har vi brukt Evans analysemodell. Den inneheld fire trinn for korleis ein legg fram data og analyse (Evans, 2002).

Første trinn handlar om å samle inn data på ein systematisk måte. I vårt tilfelle betyr dette å søke etter relevante forskingsartiklar. Studiar som identifiserast i søket, valde vi vidare for inkludering ved å sjå på inklusjonskriterium (Evans, 2002). Når vi søkte etter relevante artiklar, fokuserte vi på problemstillinga og dei inklusjons- og eksklusjonskriteriuma vi hadde satt oss. Vi brukte lang tid på søkeprosessen, og enda til slutt opp med 7 kvalitative artiklar.

Andre trinn omhandlar å identifisere dei viktigaste nøkkelfunna i artiklane. Dette gjorde vi ved å lese artiklane fleire gongar, både ilag og kvar for oss. Vi delte nøkkelfunna inn i 4 ulike kategoriar med ulik farge, og nummererte vidare kva artikkel som inneheldt kva. Vi las gjennom artiklane og markerte med fargen som passa saman med kategoriane. Det at vi las artiklane fleire gongar var viktig, då vi fekk ei meir heilheitleg forståing av artikkelen. Når ein les, fokuserer ein både på detaljar og anna viktig informasjon i studien, og ein blir gjerne merksam på nye detaljar (Evans, 2002). Vi las artiklane kvar for oss, og skreiv ned nøkkelfunn og vurderingar vi hadde gjort om artikkelen. Deretter møttest vi for å reflektere og velje ut artiklar vi ynskte å bruke.

I tredje trinn sorterte vi nøkkelfunn og identifiserte funna på tvers av kvarandre. Ei liste over hovudfunn er greitt å ha for å identifisere vanlege tema. Forskjellane mellom studiane blir samanlikna og kontrastert og liknande tema identifisert. Her vurderte vi artiklane opp mot kvarandre ved å ta i bruk tabellen nedanfor. Då fekk vi ei oversikt over fellestrekk og tema, samtidig som vi samanlikna artiklane. Vi valte å sette smertelindring under kompetanse. Dette er tema vi ynskjer å ha fokus på vidare i oppgåva. Artikkelnummera er nummerert frå øvst og nedover på artikkelmatrisene.

Kategori	Artikkelnummer
Kompetanse	1, 2, 3, 4, 5, 6
Tverrprofesjonelt samhandling	1, 2, 3, 5
Pårørande	1, 2, 3, 4, 6
Etikk	1, 2, 3, 4, 6, 7

Fjerde trinn handlar om å bruke funna for å beskrive fenomenet ein utforskar. Kvart tema skal forklarast med henvising til originalen, for å undersøke nøyaktigheit. Fenomenet i oppgåva vår er «sjukepleiar i heimesjukepleia si erfaring i arbeid med palliative pasientar». I neste kapittel tek vi nærmare føre oss resultatet av hovudfunn frå artiklane vi har valt ut.

4 Resultat

I dette kapitlet presenterer vi hovudfunn frå analysen, med utgangspunkt i dei 7 kvalitative forskingsartiklane vi har funne. Først legg vi ved dei deskriptive resultatata i artikkelmatrisene, før vi legg fram resultatata i ulike tema knytt til kompetanse, tverrprofesjonell samhandling, pårørande og etikk. Dette er kategoriar vi såg er gjennomgåande hos sjukepleiarane i artiklane.

4.1 Artikkelmatriser

Referanse	Hensikt	Nøkkelord	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
Danielsen, B. V., Sand, A. M., Rosland, J. H. & Førland, O. (2018). Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care – a qualitative study. <i>BMC Palliative Care</i> , 17(Meld. St. 29 (2012-2013)), N.PAG-N.PAG. https://doi.org/10.1186/s12904-018-0350-0	Hensikta med studien var å undersøke ulike faktorar som påverkar moglegheita til pasientar med inkurativ sjukdom til å døy heime.	Palliative care, home care, general practitioners, home deaths, qualitative study.	Det blei brukt kvalitativ metode med fire fokusgrupper. Totalt 19 deltakarar, sjukepleiarar eller legar, avla svar gjennom semistrukturerte spørsmålsguidar i 2015. Det blei gjort ei tematisk analyse for å finne innhaldet i studien.	Resultat: Viktigheita av ein god start for pasient og pårørande, samarbeid på tvers av system og korleis unngå reinnlegging gjennom samarbeid og kompetanse er hovudfunna. Konklusjon: Studia konkulderar med at samarbeid og dialog mellom lege, sjukepleiar, pasient og pårørande er viktig i palliativ fase. Det tverrfaglege arbeidet mellom sjukehus og kommune krev planlegging.	Fokuset er på erfaringane sjukepleiarane har med palliative pasientar i heimen. Den er svært relevant for problemstillinga og er frå Noreg.
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(Meld. St. 29 (2012-2013)), 15-24. https://doi.org/10.1177/2057158519857002	Hensikta var å undersøke heimesjukepleia si erfaring med å utøve lindrande pleie i heimen.	District nurses, interview study, palliative care, qualitative	Studien brukte kvalitative semistrukturerte intervju med 12 sjukepleiarar i distrikta. Intervjua blei analysert gjennom kvalitativ analysemetode.	Resultat: Samarbeid for palliativ omsorg som fungerer, kjenslemessige faktorar og palliasjon er kunnskapskrevjande er hovudfunna i artikkelen. Konklusjon: Samarbeid med andre er viktig. Palliativ omsorg er givande og krevjande, samt. tidkrevjande. Sjukepleiarane ynskja meir ressursar i arbeidet.	Erfaringane og utfordringar sjukepleiarane har med palliative pasientar i heimen. Studien er svensk og svært relevant mot problemstillinga.

<p>Skorpen Tarberg, A., Landestad, B. J., Hole, T., Thronaes, M. & Kvangarsnes, M. (2020). Nurses' experiences of compassionate care in the palliative pathway. <i>J Clin Nurs</i>, 29(23-24), 4818-8426 https://doi.org/10.1111/jocn.15528</p>	<p>Hensikta var å utforske sjukepleiar si oppleving med omsorg i den palliative fasa til pasientar med kreft, og deira pårørande.</p>	<p>Cancer, compassion, nurses, palliative pathway, primary care</p>	<p>Studien er kvalitativ og inkluderte 21 sjukepleiarar frå Midt-Noreg i 2018. Dei blei delt i 4 fokusgrupper og blei intervjuet via opne spørsmål. Dei brukte «compassionate care» som rammeverk.</p>	<p>Resultat: Deltakarane identifiserte tre tema i studien. Informasjon og dialog, å skape eit rom for å dø og pårørande sin aksept overfor døden.</p> <p>Konklusjon: Sjukepleiarane bør ta ei aktiv rolle for å oppnå medkjensle under den palliative fasa. Ein kan dele dette inni tre delar: Informasjon og dialog, rom for å dø og aksept for døden. Tillit, empati, smertelindring, god kommunikasjon og ro er viktige element i denne fasen.</p>	<p>Studia er norsk og belyser mange gode poeng som er viktig at sjukepleiarar har fokus på i møte med pasientar i den palliative fasa.</p>
<p>Hemberg, J. & Bergdahl, E. (2020). Dealing with ethical and existential issues at end of life through co-creation. <i>Nursing ethics</i>, 27(4), 1012-1031. https://doi.org/10.1177/0969733019874496</p>	<p>Hensikta med studien var å utforske sjukepleiarar sine erfaringer med etiske og eksistensielle utfordringar gjennom samskaping i palliativ omsorg.</p>	<p>Co-creation, end-of-life care, ethical issues, hermeneutics, nurses, palliative home care, thematic analysis</p>	<p>Studien er kvalitativ studie inspirert frå ei tematisk analyse. Dataen blei innhenta gjennom djupneintervju av 12 sjukepleiarar i Finland i 2018. Dei blei spurt om erfaringar om etisk sensitivitet gjennom samskaping i heimen.</p>	<p>Resultat: Hovudfunnet i studien var at samskaping er viktig for å handtere problem i den palliative fasen. Å ha eit godt forhold mellom pasientar og pårørande, å støtte dødsfasen, gi håp og mening og mogleggjere spørsmål om livet gjennom samskaping var undertema.</p> <p>Konklusjon: Ein kan gjennom samskaping skape nære relasjonar med pasientane og på den måten hjelpe dei med eksistensielle og etiske problem i den palliative fasen.</p>	<p>Studien tek føre seg etiske og eksistensielle erfaringar gjennom samskaping og korleis sjukepleiar arbeidar mot dette. Etikk er ein stor del av palliasjon og korleis arbeide med desse pasientane. Studien er finsk/svensk.</p>
<p>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), E1-E9. https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000518</p>	<p>Hensikta med studien var å auke forståinga rundt heimesjukepleia si erfaring med dei fire viktigaste legemiddela i livet sin slutfase, som eit verktøy i symptombehandling for dei i terminal fase.</p>	<p>End-of-life care, home-care services, medication kit, nurses, palliative care, symptom management</p>	<p>Studien har kvalitativ, beskrivande og utforskande design. Kvar deltakar arbeida i heimesjukepleia og hadde brukt tabellen over fem gongar. 18 sjukepleiarar vart delt inn i to fokusgrupper, deretter fire individuelle djupneintervju. Det blei tatt notat og spurt oppfølgingsspørsmål.</p>	<p>Resultat: Sjukepleiarane fekk betre sjølvtilitt når dei hadde tydelege retningslinjer og god planlegging. Fastlegen må involverast. Skrinet blir ikkje brukt ofte, noko som medfører usikkerheit rundt bruken. Personellet har ulike erfaringar og oppfatningar, som fører til varierende kvalitet.</p> <p>Konklusjon: Sjukepleiarane synst det er eit godt verktøy i den palliative fasen. Rutiner, planlegging og samhandling med lege gjer sjukepleiarane tryggare på bruken.</p>	<p>Studien er relevant då smertelindring er ein viktig del i arbeidet med palliative pasientar. Studien er norsk.</p>

Alvariza, A., Mjörnberg, M. & Goliath, I. (2020). Palliative care nurses' strategies when working in private homes – A photo elicitation study. <i>Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)</i> , 29(1/2), 139-151 https://doi.org/10.1111/jocn.15072	Studien si hensikt var å utforske sjukepleiaren si erfaring med palliativ pleie til pasientar som bur heime.	Care activities, end of life care, interpretative research, interviews, nurse, nursing home care, palliative care, qualitative approaches	Studia har brukt kvalitativ metode med fortolkande design. Ti sjukepleiarar med erfaring innan palliasjon deltok i studia I 2015 og 2017. Det blei gjennomført individuelle intervju der alle tok tre bilete, som skulle vere fokus i intervjuet.	Resultat: Det er variasjon i kompetanse og utøving av sjukepleie til palliative heimebuande pasientar. Sjukepleiarane har ulike strategiar for å utøve arbeid av god kvalitet i dei ulike miljøa ein finn i heimen. Dei tilpassar seg miljøet dei er i, med bakgrunn i tryggleik, eigenomsorg, samarbeid og sikkerheit. Konklusjon: Variasjon i kompetanse og ferdigheiter er essensielt for å arbeide som sjukepleiar med palliative pasientar i heimen.	Studien er relevant då den handlar om sjukepleie til palliative pasientar i heimen i Sverige. Den viser bilete på arbeidet dei utfører og kvifor det kan vere utfordrande.
Devik, S. A., Enmarker, I. & Hellzen, O. (2020). Nurses' experiences of compassion when giving palliative care at home. <i>Nursing Ethics</i> , 27(Meld. St. 29 (2012-2013)), 194-205. https://doi.org/10.1177/0969733019839218	Hensikta var å utforske sjukepleiaren si erfaring med medkjensle når det kjem til palliativ behandling i heimen.	Compassion, home nursing care, palliative care, quality of interaction, secondary qualitative analysis	Studien er ein kvalitativ analyse. Ti sjukepleiarar som arbeida i heimesjukepleia og palliativt arbeid frå fire kommunar i Midt-Noreg deltok på intervju i 2017.	Resultat: Det overordna temaet var å evaluere interaksjonar med pasientar som positive, negative eller nøytrale. Konklusjon: Sjukepleiarane opplevde medkjensle, likegyldigheit og motvilje i arbeid med palliative pasientar. Erfaringane karakteriserast som positive, negative eller nøytrale.	Denne studien er relevant då den retter fokus på sjukepleiaren si erfaring med medkjensle til heimebuande pasientar i palliativ fase i Midt-Noreg.

4.2 Kompetanse

Seks av artiklane peikar på at god kompetanse hjå sjukepleiar fører til betre flyt i arbeidet med palliasjon i heimen (Alvariza et al., 2020; Danielsen et al., 2018; Hemberg & Bergdahl, 2020; Midlöv & Lindberg, 2020; Skorpen Tarberg et al., 2020; Staats et al., 2018). Skorpen Tarberg et al. (2020) og Midlöv og Lindberg (2020) peikar på at kommunikasjon er eit viktig hjelpemiddel når ein skal informere pasient og pårørande. Ein sjukepleiar i Midlöv og Lindberg (2020) beskriv det slik: «Communication is important... to create sense of security in the home. Both with patients and relatives.». I følgje Danielsen et al. (2018) vel heimesjukepleia vanlegvis ut ein erfaren sjukepleiar for første møte med pasienten og deira pårørande. Dette for å skape sjølvsikkerheit og tillit. Sjukepleiarane fortel at ein trengjer kunnskap om både kommunikasjon, teknisk utstyr og symptomhandtering (Midlöv & Lindberg, 2020). Sjukepleiarane tenker det burde vore ei maxsgrense på antal palliative pasientar per sjukepleiar, då arbeidet både er tidkrevjande og kunnskapskrevjande. Jobben er påverka av interesse og kompetanse, og kompetansen skulle vore heva. Meir utdanning og trening på sjukepleiarane er nødvendig, då god palliativ heimesjukepleie er basert på både kompetanse og erfaringer

(Midlöv & Lindberg, 2020). Sjukepleiarane i studien til Staats et al. (2018) erfarte tidvis at ein må tilpasse antal personale for å oppnå riktig fagleg kompetanse.

I den palliative fasa, er det viktig at sjukepleiarane har kunnskap om symptomlindring (Danielsen et al., 2018; Midlöv & Lindberg, 2020; Skorpen Tarberg et al., 2020). Smertelindring bør førebuast i forkant, og ein bør ha nødvendige medisinar og utstyr klart, samt. kunnskap om administrasjon generelt (Alvariza et al., 2020; Danielsen et al., 2018; Midlöv & Lindberg, 2020). For å unngå sjukehusinnlegging, blei sjukepleiarane introdusert for eit medikamentskrin dei kunne ta i bruk for å lindre smerte (Danielsen et al., 2018). Staats et al. (2018) tek føre seg erfaringar med bruken av medikamentskrin, og er positive til bruken dersom strukturen og planlegginga fungerer optimalt. I sjeldne situasjonar følte sjukepleiarane meistring i vurderingane dei gjorde. Dei som gjorde det hadde ofte mykje erfaring med palliativ pleie, og hadde gjerne jobba på sjukehus, der legemidla var hyppigare brukt. Studia viser at sjukepleiarane ikkje bruker medikamenta ofte nok og at dei ofte står åleine om det, noko som skaper usikkerheit og uforsvarlegheit (Staats et al., 2018). Det å trygge pasientane på at dei får smertelindring kan vere med på å skape eit rom for å dø (Skorpen Tarberg et al., 2020).

4.3 Tverrfagleg samhandling

Sjukepleiarar og legar på sjukehus er viktige for at heimetenesta kan kome i tidleg kontakt med palliative pasientar (Skorpen Tarberg et al., 2020). Å ha eit tverrfagleg møte i heimen til pasienten, med lege og pårørande, var noko sjukepleiarane satt pris på for å planlegge vegen vidare (Danielsen et al., 2018). I følgje Danielsen et al. (2018) skal heimkomsten vere planlagt og heimesjukepleia bør ha tid til å skaffe nødvendige legemiddel og hjelpemiddel, som pasienten treng ved utskriving. Kommunikasjonen mellom kommune og sjukehus var varierende, ofte dårleg. Sjukepleiarane meinte dei fekk manglande rapportar frå saksbehandlar (Danielsen et al., 2018). Sjukepleiarar i heimetenesta og sjukehus hadde ofte tilgang på ulik informasjon (Midlöv & Lindberg, 2020). Sjukepleiarane erfarte ofte at personell på sjukehus lova meir hjelp enn heimesjukepleia kunne tilby. Ein sjukepleiar beskreiv det slik: «The hospital said that we (the home care nursing team) could be there all the time if needed. They give patients and next of kin unrealistic expectations. (...). We cannot be there 24 hours a day.» (Danielsen et al., 2018).

Involverte fastlegar er viktig for heimesjukepleia når pasientar skal dø heime (Skorpen Tarberg et al., 2020). I studien til Danielsen et al. (2018) erfarte mange av sjukepleiarane å ha godt samarbeid med legane, medan sjukepleiarar i ei anna studie erfarte mangel på samarbeid (Skorpen Tarberg et al., 2020). Sjukepleiarar kan erfare at ein del av legane prioriterer palliative pasientar, medan andre manglar kompetanse og interesse for pasientgruppa (Midlöv & Lindberg, 2020). Når tilstanden til pasienten forverrar seg, er legen ofte ein god samarbeidspartnar (Danielsen et al., 2018). I følgje Staats et al (2018) er legen viktig for å trygge sjukepleiarar ved legemiddel i siste fasa. Det var viktig at fastlegen ordinerte medisinar tidleg, slik dei var førebudd når behovet var der (Danielsen et al., 2018). I følgje Skorpen Tarberg et al. (2020) og Staats et al. (2018) opplevde sjukepleiarane av og til dårleg samarbeid med lege om smertelindring,

noko som kunne føre til at pasienten fekk medisin for seint. Danielsen et al. (2018) skriv at pasientane ofte enda på sjukehus dersom medisinane ikkje var ordinerte. Det er vanleg å samarbeide med palliativt team, og pasientane og sjukepleiarane hadde gode erfaringar med dette (Danielsen et al., 2018; Midlöv & Lindberg, 2020; Skorpen Tarberg et al., 2020). Palliativt team tok større ansvar når legen ikkje var tilgjengeleg (Danielsen et al., 2018).

4.4 Pårørande

For å gi god palliativ pleie i heimen, og sørge for at pasienten kan få vere heime, er pårørande ein viktig ressurs (Danielsen et al., 2018; Midlöv & Lindberg, 2020). Sjukepleiarane erfarte at det er viktig å ha empati og lytte til pasient og pårørande (Danielsen et al., 2018). Å kome tidleg inn i den palliative fasen skapar tryggleik og sjølvtilitt, som fører til betre omsorg (Danielsen et al., 2018; Skorpen Tarberg et al., 2020). Godt samarbeid skapar eit trygt miljø, og sjukepleiarane erfarte det som enklare å utføre palliativ pleie når relasjonen var god (Midlöv & Lindberg, 2020). Eit godt samarbeid med pårørande, gjer det enklare å oppfylle ynskje pasienten har om å døy heime (Skorpen Tarberg et al., 2020). Ein sjukepleiar beskreiv det slik: «In the homes, a lot of focus is on the family, and unless both the patient and relatives are on the same page and want this, it will not work in the home» (Midlöv & Lindberg, 2020).

Pårørande har eit stort behov for informasjon og kommunikasjon med sjukepleiarar (Hemberg & Bergdahl, 2020; Midlöv & Lindberg, 2020; Skorpen Tarberg et al., 2020). Dei får ofte telefonnummer til heimesjukepleia slik dei kan ta kontakt ved behov. Sjukepleiarane erfarer det som viktig at pasient og pårørande har same mål for den palliative fasen (Midlöv & Lindberg, 2020). Interessekonfliktar kan oppstå dersom pasient og pårørande har ulike syn på behandlinga (Alvariza et al., 2020; Hemberg & Bergdahl, 2020; Skorpen Tarberg et al., 2020). Konfliktar bør takast opp tidleg av sjukepleiar (Hemberg & Bergdahl, 2020). Når pasienten ikkje kan ta vare på seg sjølv, kan pårørande ha vansker med å forstå situasjonen (Skorpen Tarberg et al., 2020).

4.5 Etikk

Sjukepleiarane prøvde å skape djupe relasjonar for å handtere etiske og eksistensielle utfordringar. Erfarne sjukepleiarar meinte dette var enklare, og kunne bruke humor for å lette situasjonen. Det var viktig å vise respekt og vere varsam i kommunikasjon, spesielt om tunge tema (Hemberg & Bergdahl, 2020). Miljøet i heimen var trygt og sjukepleiar kom på besøk og viste respekt (Danielsen et al., 2018; Hemberg & Bergdahl, 2020). Sjukepleiarane erfarte at pasientane opplevde hjelpa ulikt. Dei fleste var takknemlege, medan andre var krevjande å skape relasjon til. Sjukepleiaren måtte involvere seg i relasjonar der pasienten ikkje greidde å uttrykkje seg (Devik et al., 2020). I følgje Skorpen Tarberg et al. (2020) erfarte sjukepleiarar at tillit, samarbeid, empati og merksemd er viktig når ein skal døy. Det er tidkrevjande med palliative omsorg og ein kan lett få emosjonelle forhold til pasientane (Alvariza et al., 2020; Midlöv & Lindberg, 2020). Sjukepleiarane synst det er vanskeleg å innfri ynskja til pasienten i palliativ fase (Hemberg & Bergdahl, 2020). Det er ikkje alltid moglegheit til å bruke lang tid med pasientane, som kan gi frustrasjon hos sjukepleiarane. Dette beskriv ein sjukepleiar slik:

«It´s always difficult for you because you have to do the other things to. We don´t get time set aside if we have a palliative patient.» (Midlöv & Lindberg, 2020).

Sjukepleiarar blei personleg prega av palliativ omsorg, som kan vere både givande og krevjande. Mange meinte jobben var positiv og givande ved å gjere ein forskjell for pasientane (Midlöv & Lindberg, 2020). Dette erfarte ein sjukepleiar i Devik et al., (2020), som sa «To feel that huge trust that is given to me is really touching... almost something solemn, and it inspires respect» (Devik et al., 2020). Dei meinte også at det var svært krevjande når pasienten var yngre. Då kunne dei kjenne seg igjen i situasjonen, og sjukepleiarane tenkte ekstra på pasientane (Midlöv & Lindberg, 2020). I følge Devik et al. (2020) kan kjenslene delast opp i positive, negative og nøytrale. Når pasienten var hjelpelaus, såg svak og nedtrykt ut, kom dei positive kjenslene. Sjukepleiarane blei rørte når dei fekk tillit av pasienten. Dei negative kom når pasienten var frekk i talemåten og krevjande å arbeide med. Dei nøytrale var eit møte med pasienten, som å møte andre menneske i kvardagen, når situasjonen ikkje gjekk inn på personellet (Devik et al., 2020).

5 Diskusjon

I diskusjonskapitlet skal vi drøfte funna som skal belyse problemstillinga vår: Korleis erfarer sjukepleiar i heimesjukepleia arbeid med palliative pasientar? Funna våre understrekar at kompetanse, samhandling, pårørande og etikk er sentrale tema. I lys av relevant teori vil vi no sjå på funna. Deretter skal vi sjå på styrker og svakheiter med litteraturstudiet, før vi til slutt konkluderer.

5.1 Betyding for sjukepleie

5.1.1 Kompetanse

Pasientane sendast heim frå sjukehus tidlegare no enn før. Dette krev meir av heimesjukepleia, då pasientane ofte har komplekse sjukdomsbilete og kan difor ha behov for meir avansert hjelp (St.meld. nr. 47, (2008-2009)). Det at fleire av sjukepleiarane i studiane erfarer kompetanse som viktig, støttar det Fjørtoft (2016, s. 81) skriv om at det å yte palliativ omsorg krev at involverte har den kompetansen og tryggleiken som trengs for å møte pasient og pårørande i ei vanskeleg fase. I studia til Skorpen Tarberg et al. (2020) beskriv sjukepleiarane kommunikasjon som nødvendig kompetanse, spesielt under planleggingsfasen. Dette vil kunne føre til forutsigbarheit og kjensle av kontroll hos pasienten (Brenne & Estenstad, 2016, s. 167). Ifølgje dei yrkesetiske retningslinjene skal sjukepleiar ha ansvar for å yte omsorgsfull hjelp (Norsk sykepleierforbund, 2019). Vidare står det at pasienten si verdigheit og integritet skal ivaretakast av sjukepleiarane. I studia til Danielsen et al. (2018) vel heimesjukepleia ofte ut ein erfaren sjukepleiar for første møte med pasienten og deira pårørande, då dei ofte har god kunnskap om denne pasientgruppa. Her prøvar sjukepleiarane å gjere det så godt som mogleg for pasienten, noko også Martinsen (2003) ser på som viktig.

Ein viktig del av den lindrande behandlinga er smertelindring. Kunnskapen om dette har auka siste tiåra (Danielsen et al., 2016, s. 381). Det kan vere vanskeleg å vurdere smerte ifølgje Danielsen et al. (2016), og fleire av funna viser at det er viktig at sjukepleiarane har nødvendig kunnskap om smertelindring (Danielsen et al., 2018; Midlöv & Lindberg, 2020; Skorpen Tarberg et al., 2020). Eit av funna viser at sjukepleiarar kan kjenne på uforsvarlegheit i arbeidet med smertelindring, og legg vekt på at meir erfarne sjukepleiarane er gode på dette, medan andre kan kjenne på usikkerheit (Staats et al., 2018). Dette kan verke motstridande til det Helsepersonelloven (1999) seier om at helsepersonell skal utøve fagleg forsvarlegheit i arbeidet sitt. I praksis har vi erfart at det er stor skilnad på når dei palliative pasientane i heimesjukepleia får smertelindring. Det kan vere både grunna avstand, dårleg samarbeid, ressursmangel og lite erfaring hos sjukepleiarane. Dette ser vi døme på i studia til Midlöv og Lindberg (2020), der sjukepleiarane erfarer at det er behov for meir kompetanse om korleis ein handterer symptom. Sjukepleierolla i heimesjukepleia er sårbar. Ein står ofte åleine utan fagkompetanse i nærleiken, noko som kan føre til usikkerheit og påkjenningar, både

fysisk og psykisk for sjukepleiaren (Fjørtoft, 2016, s. 39-40). Å heve kompetansenivået i heimesjukepleia er noko vi ser på som viktig. Dette vil gjere sjukepleiarane mindre usikre og overbelasta, og ein vil også kunne følgje dei yrkesetiske retningslinjene i større grad og arbeide meir fagleg forsvarleg.

5.1.2 Tverrfagleg samhandling

Fleire av funna viser at tverrfagleg samhandling er ein viktig faktor for at pasienten skal få eit heilheitleg tilbod. Det tydeleggjer også Fjørtoft (2016, s. 193) som nødvendig for å dekke behova til pasientane. Studien til Danielsen et al. (2018) sett lys på at utskrivinga bør vere planlagt, og sjukepleiarane hadde god erfaring med eit tverrfagleg møte i heimen til pasienten. Hemberg og Bergdahl (2020) trekk fram tid og kontinuitet som viktig i samhandling. For å oppfylle ynskjer pasienten har om å døy heime, erfarer sjukepleiarane i studia til Skorpen Tarberg et al. (2020) at godt samarbeid er essensielt. Dei seier at samhandling med sjukehus er viktig for at ein tidleg skal kome i kontakt med pasienten. Dette er i tråd med det Fjørtoft (2016, s. 206) skriv om at sjukepleiarane er opptatt av å få god informasjon frå sjukehus før utskriving, slik dei kan tilretteleggje i heimen og førebu seg. Fleire sjukepleiarar erfarte at personellet på sjukehus lovde meir av heimesjukepleia, enn dei kunne tilby i realiteten (Danielsen et al., 2018). Her har ikkje samhandlinga fungert optimalt, då ansvaret ikkje har blitt verkeleggjort og koordinert i samanheng (Orvik, 2022, s. 170). Det rapporterast blant anna om dårleg kommunikasjon, som fører til at riktig informasjon dermed ikkje når fram til heimesjukepleia (Danielsen et al., 2018; Midlöv & Lindberg, 2020). Aase (2022, s. 187) vektlegg at utveksling av vesentleg informasjon er nødvendig ved pasientovergangar. Erfaring frå praksis viser at god informasjon gjer det enklare å ta imot pasienten. Då kan ein bruke meir tid med pasienten, i staden for tid på tilrettelegging. Det at pasientane får informasjon og falske lovnadar om tilbodet, ser vi kan føre til usikkerheit og misstillit til heimesjukepleia.

Sjukepleiarane i studiane til Danielsen et al. (2018) og Midlöv og Lindberg (2020) erfarte at samarbeidet med lege stort sett fungerer, men nemner nokre utfordringar. Til dømes tilgjengelegheit, kompetanse, interesse, kontinuitet, ansvarsfordeling, prosessen rundt utskriving frå sjukehus og medisinsk teknisk utstyr. I andre studiar opplev sjukepleiarane også utfordringar i samarbeidet, spesielt med tanke på smertelindring. Ein konsekvens av dårleg samhandling er at pasienten ikkje blir smertelindra tilstrekkeleg (Skorpen Tarberg et al., 2020; Staats et al., 2018). Sjukepleiarane i Skorpen Tarberg et al. (2020) erfarte at fastlegen var viktig å ha når pasientane ønskte å døy i heimen. Sjukepleiar i heimesjukepleia er bindeledd mellom pasient og fastlege, og er derfor avgjerande for eit godt samarbeid (Brenne & Estenstad, 2016, s. 166). I studia til Danielsen et al. (2018) ser ein at pasientane ofte kan ende opp på sjukehus dersom det blir utfordringar med smertelindring grunna medisinar som ikkje er ordinerte. Eit positivt funn er derimot at palliativt team ofte tek ansvar når legen ikkje er tilgjengeleg (Danielsen et al., 2018). Pasienten har rett på behandling til rett tid og stad, men får ikkje dette dersom ein må leggast inn for å få smertelindring. Det kan vere ei belastning for pasienten, og kunne vore løyst med betre samarbeid (St.meld. nr. 47, (2008-2009)).

5.1.3 Pårørende

Funna viser at informasjon til pårørende er viktig for å skape tryggleik (Alvariza et al., 2020; Hemberg & Bergdahl, 2020; Skorpen Tarberg et al., 2020). Dette er også noko Fjørtoft (2016, s. 111) ser på som viktig. Vidare skriv Fjørtoft at pårørende er ein fordel når pasienten skal vere heime den siste tida. Informasjon, kunnskap og samtale er viktige moment for pårørende. I fleire av studiane kjem det fram at sjukepleiarar ynskjer å samarbeide med pårørende på ein god måte (Alvariza et al., 2020; Danielsen et al., 2018; Hemberg & Bergdahl, 2020; Midlöv & Lindberg, 2020). Frå praksis erfarte vi at kunnskap gjorde pårørende meir trygge på rolla si. Pårørende blir sett på som usynlege hjelparar, då dei gir mykje omsorg og samanheng til pasientane (Fjørtoft, 2016, s. 113-115) I følgje Martinsen (2003) har pasient og pårørende ein gjensidig omsorgsrelasjon. Dette betyr at pasienten har tatt vare på pårørende, og no skal pårørende ta vare på pasienten (Kristoffersen, 2016, s. 57). Vi opplever at pasientar som ynskjer å døy heime, har ein fordel når dei har pårørende rundt. Mange av disse kan vere til stades heile døgnet, som gjorde at heimesjukepleia kunne kome på tilsyn. Det kunne vere vanskeleg med pasientar som har få pårørende, då det krev mykje ressursar frå heimesjukepleia, noko som ikkje alltid er moglegheit å leggje til rette for.

For å samarbeide på ein god måte, er det vanleg med ei familiekontakt. Dette er ofte næraste pårørende, som ein samtalar med. Dei får då i oppgåve å vidareformidle informasjonen. Dette kan også skape utfordringar for sjukepleiar, då andre pårørende kan føle seg utanfor. Dersom pårørende ikkje har kontakt med kvarandre kan dette bli utfordrande (Stensheim et al., 2016, s. 276). I Skorpen Tarberg et al. (2020) ser vi at planlegging er viktig og å kome tidleg inn i sjukdomsforløpet. Tidlege informasjonssamtalar kan gi støtte til pasienten gjennom å ivareta pårørende. Det å ha ein god relasjon når pasienten nærmar seg døden, gjer det enklare å hjelpe (Stensheim et al., 2016, s. 276). I Midlöv og Lindberg (2020) beskriv ein sjukepleiar at pårørende og pasient bør ha same oppfatting av situasjonen, for at pasienten kan vere heime. Vedkommande seier at det ikkje fungerer om dei er ueinige, noko som kan skape ei utfordring for sjukepleiarane. Dersom det oppstår interessekonfliktar, handlar dei ofte om behandling. Væskebehandling kan vere noko pårørende ynskjer, samstundes som sjukepleiar ofte veit at pasienten ikkje vil ha særleg nytte av dette (Alvariza et al., 2020; Hemberg & Bergdahl, 2020; Skorpen Tarberg et al., 2020). I følgje dei yrkesetiske retningslinjene for sjukepleiarar skal ein i slike konfliktar støtte pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2019). I praksis ser vi at dette kan skape splid i relasjonen sjukepleiaren har med pårørende, og at planlegging tidleg i forløpet er ein førebyggjande faktor.

5.1.4 Etikk

Eit av funna viser at samtale med pasienten kan vere vanskeleg, og påpeikar at humor kan vere eit hjelpemiddel (Hemberg & Bergdahl, 2020). For å kommunisere med palliative pasientar må sjukepleiar ha mot, respekt for deira ynskjer, bruke den stillheita som oppstår og lytte tolmodig til pasienten (Grov & Wiig, 2018, s. 205-214). Det å lytte til pasientane er eit hovudpunkt i Hemberg og Bergdahl (2020) sin studie. I følgje Midlöv og Lindberg (2020) var dette utfordrande når dei hadde knapp tid og pasientar som venta. For sjukepleiarane kan dette skape irritasjon og vere ei utfordring. Noko vi opplevde i praksis er at gode og vanskelege samtalar er viktig for å halde relasjonen god.

Dette er utfordrande då ein har eit stramt tidsskjema, og ofte fleire andre ein skal hjelpe. Det kan vere vanskeleg å avbryte dei gode samtalane når ein må vidare til neste pasient som ventar på hjelp. Sjukepleiarane erfarte at det er givande å vere der for pasientane, samtidig som det er krevjande å snakke om vanskelege tema (Midlöv & Lindberg, 2020). Slike djupe samtalar kan påverke sjukepleiar, og er ein stor del av arbeidet med palliasjon i heimesjukepleia. Her kjem velgjerandeprikket inn, som betyr at ein skal gjere det som er best for pasienten, og ikkje skade. For sjukepleiar betyr det at ein skal forsvare pasienten sine rettar og førebyggje skade (Brinchmann, 2021, s. 94). For pasientar som bur heime er autonomi viktig. Dei har sjølv valt å vere heime. Heimen til pasientar har verdiar, reglar og tradisjonar. Det kan gå i strid med sjukepleiar sine egne meiningar og trusretning. Sjukepleiaren skal ivareta pasienten sin integritet og vite at heimen har stor betydning for pasienten (Fjørtoft, 2016, s. 31).

Sjukepleiarane i Danielsen et al. (2018) seier empati er viktig. Det kan ein kople til Martinsen sin omsorgsteori. Den viser omtanke til pasientar som ikkje kan oppnå eit betre funksjonsnivå, og handlar om å vedlikehalde den funksjonen pasienten har. For pasienten skal ein gjere situasjonen best mogleg no, ikkje fleire månadar fram i tid (Martinsen, 2003, s. 78). Sjukepleiarar skal derfor ha fokus på augneblinken og nærare framtid (Grov & Wiig, 2018, s. 198). I følgje Fjørtoft (2016, s. 80) skal pasienten leve til dei dør, som seier noko om livskvalitet. Livskvalitet kan også sjåast frå pasienten eller pårørande sitt perspektiv. Pårørande har på den eine sida ynskjer om at pasienten skal leve, samtidig som pasienten kan vere klar for å dø. Sjukepleiar burde samtale med pasienten om korleis dei kan oppnå målet om livskvalitet for den enkelte (Fjørtoft, 2016, s. 50). Eit eksempel frå praksis er ein pasient som ynskja å få besøk av borna, som han ikkje hadde hatt kontakt med på mange år. Dei fekk nokre gode siste dagar saman med pasienten. Det handlar om å finne palliative pasientar sine interesser, sjølv om det kan vere utfordrande for sjukepleiar (Fjørtoft, 2016, s. 79-80).

Midlöv og Lindberg (2020) opplevde at palliativ omsorg kan vere både givande og krevjande. Fjørtoft (2016, s. 42) skriv at å arbeide i heimesjukepleie kan vere belastande psykisk, då ein kan kjenne på tidspress og åleinejobbing. Sjølv om ein ofte står åleine i situasjonar er det viktig å bruke kollegaane sine for støtte. Midlöv og Lindberg (2020) sine funn viser også at sjukepleiar blir personleg prega. Sjukepleiarar har taushetsplikt, dette betyr blant anna at ein ikkje kan prate om pasientar dei møter på arbeid til venner og familie (Helsepersonelloven, 1999). For sjukepleiarane betyr dette og dei ikkje kan prate i heimen etter krevjande dagar på jobb. Det betyr også at ein ikkje kan dele dei fine minna ein får saman med pasientar (Devik et al., 2020). Her kan kollegaer dekke behovet for å prate om situasjonar ein møter. Dei kjenner dei same pasientane og har også eit forhold til dei. I heimesjukepleia kunne dei møte pasientar i mange ulike aldrar. Det gjorde at sjukepleiarane kunne kjenne seg igjen i livssituasjonen til dei palliative pasientane. Å bli nære med pasientar er naturleg og ein kan få eit emosjonelt forhold til dei i løpet av den palliative fasa. Det vil då vere naturleg å kjenne på sorg overfor pasientar ein har hatt omsorg for (Kalfoss, 2016, s. 475). Funna våre viser også at sjukepleiarar kan få ein sorgreaksjon, som igjen kan gjere at ein treng debrifing eller rettleiing (Midlöv & Lindberg, 2020). Når ein møter andre sin død og sorg møter man eige forhold til døden. Ved å møte smerte og lidinga til andre, blir vi

kjenslemessig prega. Å ta del i pasient og pårørende si sorg, frykt og håp erfarer mange sjukepleiarar som krevjande (Fjørtoft, 2016, s. 82).

Tid er noko som blir sett på som utfordrande når ein skal utøve palliativt arbeid (Devik et al., 2020; Hemberg & Bergdahl, 2020; Midlöv & Lindberg, 2020; Staats et al., 2018). Tidspress er eit kjent problem i heimesjukepleia. For sjukepleiarane i heimesjukepleia er tida og effektivitet målt i antalet pasientar. Det betyr at ein har stramme tidsskjema ein skal gjennom i løpet av ei vakt. Dette påverkar i stor grad sjukepleia som blir gjennomført. Med god tid, kan ein snakke med pasientane, medan dårleg tid kan utfordre verdigheit og korleis ein ivareteke palliative pasientar (Fjørtoft, 2016, s. 164-165). Frå praksis erfarte vi at tid er noko som påverkar arbeidskvardagen i stor grad. Det er også viktig for å rekke alle pasientane. Slik Midlöv og Lindberg (2020) beskriv det, kunne eit maks antal palliative pasientar per sjukepleiar vore ei løysing. Med dagens utfordringar med mangel på ressursar, dårleg økonomi og låg kompetanse i kommunehelsetenesta, ser vi på det som vanskeleg å oppnå. Vi ser derimot eit behov for auka ressursar i kommunehelsetenesta, slik ein kan bruke mest mogleg tid på pasientane.

5.2 Styrker og svakheiter med litteraturstudiet

I metoddelen valde vi å bruke Aveyard (2019) som hovudlitteratur. For å analysere funna brukte vi Evans (2002) sin analysemodell. Både Aveyard (2019) og Evans (2002) blei anbefalt å bruke av NTNU, og dei gav oversikt over korleis vi skulle gjennomføre metoddelen vår. Vi laga ein tabell med tema og fargekode, som var til hjelp når vi skulle få oversikt over funna i artiklane, og seinare sjå kategoriane som ei heilheit. Vi brukte god tid på å finne artiklane. Arbeidet med søk etter artiklar starta vi med i slutten av mars 2023. For å finne dei artiklane vi ynskte å bruke, gjennomførte vi søk med ulike søkeord. Vi fekk rettleiing av bibliotekar i søk og fekk mange tips i korleis svare på problemstillinga.

Noko som styrkar litteraturstudiet vårt er at alle artiklane kjem frå nordiske land, der tenestane liknar norsk helsevesene. Alle artiklane er kvalitative og er basert på intervju. Det gir djupnekunnskap i tema som inngår i studiane. Vi brukte 10 år som maxsgrense, men alle er utgitte innafor dei siste fem åra. Vi sjekka at det var vitskapelege artiklar og at dei var gitt ut i vitskapelege tidsskrift. 4 av dei 7 artiklane har nivå 2 i kanalregisteret, medan dei resterande har nivå 1. Vi har brukt databasane Cinahl Complete og Medline, som er to kjende databasar med vitskapelege artiklar innan helse. Vi har fått opp fleire av artiklane i ulike søk. Noko som er ei svakheit er at alle artiklane er på engelsk, og kan derfor vere vanskelege å tolke. Ei anna svakheit er at mange av kategoriane vi har valt går over i kvarandre, noko som gjor det vanskeleg å oppnå god struktur i diskusjonen.

5.3 Konklusjon

Sjukepleiarane i heimesjukepleia erfarer at det er behov for kompetanseheving i arbeidet med palliative pasientar. Det rapportererast manglande kunnskap om symptomlindring og kommunikasjon. Som ein konsekvens av dette kan sjukepleiarane kjenne seg utrygge og

ikkje klare å gi pasientane den omsorga dei ynskjer. I heimesjukepleia er det mange pasientar som treng hjelp, som gjer tidsbruken krevjande. Samhandling med både lege og sjukehus var sett på som utfordrande. Dette kunne føre til at pasienten ikkje blei tilstrekkeleg smertelindra og måtte leggest inn på sjukehus. Ved utskriving frå sjukehus kjente sjukepleiarane på at sjukehuset gav pasientane store forhåpningar om tilbodet til heimesjukepleia, som dei ikkje kunne innfri. Dette kunne føre til mistillit og misnøye frå pasienten. Pasientovergangane kan betrast dersom dei involverte har større forståing for kvarandre sin roller, og evnar å samarbeide på ein god måte.

Når pasienten ynskte å bruke siste tida heime, opplevde sjukepleiarane pårørande som ein ressurs. Det gjorde arbeidet for heimesjukepleia lettare og betre. Sjukepleiarane erfarte at informasjon til pårørande var ein viktig faktor for pasienten, då dei enklare klarte å finne klare roller. Det var ein fordel å kome tidleg inn i pasientforløpet, då det vart enklare å tilretteleggje for siste tida heime. Når sjukepleiar brukte tid med pasientane, kunne dei bli emosjonelt rørte. Å yte palliativ omsorg var givande og krevjande for sjukepleiar å stå i, då dei fekk relasjonar til pasientane. Sjukepleiarane erfarte at det var tidkrevjande å gi palliativ omsorg. Dei har stramme tidsskjema og mange pasientar som treng hjelp. Det kan skape vanskar med prioriteringane, og kor mykje tid ein skal bruke hos kvar enkelt. Sjukepleiarane var også åleine om jobben dei skulle gjere. På bakgrunn av erfaringane til sjukepleiarane som utøver palliativ pleie i heimen, konkluderar vi med at arbeid med palliasjon både er krevjande og givande. For å kunne gi pasientane eit heilheitleg og forsvarleg tilbod, er det behov for auka kompetanse, meir ressursar og betre samhandling.

Referanser

- Alvariza, A., Mjörnberg, M. & Goliath, I. (2020). Palliative care nurses' strategies when working in private homes—A photo-elicitation study. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 29(1/2), 139-151. <https://doi.org/10.1111/jocn.15072>
- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care* (4. utg.). Open university press.
- Brenne, A.-T. & Estenstad, B. (2016). Hjemmedød. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon - Nordisk lærebok* (2. utg., s. 161-171). Gyldendal Akademisk.
- Brinchmann, B. S. (2021). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (5. utg., s. 81-96). Gyldendal akademisk.
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 381-427). Gyldendal akademisk.
- Danielsen, B. V., Sand, A. M., Rosland, J. H. & Førland, O. (2018). Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care – a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 17(1), N.PAG-N.PAG. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0350-0>
- 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>
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Aust J Adv Nurs*, 20(2), 22-26. <https://doi.org/https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie* (3. utg.). Fagbokforlaget
- Grov, E. K. & Wiig, H. S. (2018). Kommunikasjon med pasienter i palliativ fase. I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 196-229). Gyldendal akademisk.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsebiblioteket. (2016, 17.09.2021). 4.1 Sjekklistene. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistene>
- Helsedirektoratet. (2015, 14.10.2019). *Palliasjon i kreftomsorgen - handlingsprogram*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/innhold-og-omfang>
- Helsedirektoratet. (2018, 18.09). *Lindrende behandling i livets slutfase*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/innledning>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hemberg, J. & Bergdahl, E. (2020). Dealing with ethical and existential issues at end of life through co-creation. *Nursing Ethics*, 27(4), 1012-1031. <https://doi.org/10.1177/0969733019874496>
- International Council of Nurses. (2020). *I am a nurse* [Sang]. International Council of Nurses. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PR_38_I%20am%20a%20Nurse%20song%20-Lyrics.pdf
- Kalfoss, M. H. (2016). Møte med lidende og døende pasienter - sykepleierens møte med seg selv. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg.). Gyldendal akademisk.

- Kanalregisteret. (u.å.). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse.
<https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (3. utg., s. 15-80). Gyldendal akademisk.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Mathisen, J. (2016). Sykepleie ved livets avslutning. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (3. utg., s. 405-449). Gyldendal Akademisk.
- Meld. St. 24. ((2019-2020)). *Lindrende behandling og omsorg*. Helse- og omsorgsdepartement.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/52d05db7090c411abc7a3f4d47124119/no/pdfs/stm201920200024000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>
- 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>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikkk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Orvik, A. (2022). *Organisatorisk kompetanse* (3. utg.). Cappelen damm akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Skorpen Tarberg, A., Landstad, B. J., Hole, T., Thronaes, M. & Kvangarsnes, M. (2020). Nurses' experiences of compassionate care in the palliative pathway. *J Clin Nurs*, 29(23-24), 4818-4826. <https://doi.org/10.1111/jocn.15528>
- St.meld. nr. 47. ((2008-2009)). *Samhandlingsreformen*. Helse- og omsorgsdepartement.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Stensheim, H., Hjermsstad, M. J. & Loge, J. H. (2016). Ivaretagelse av pårørende. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon Nordisk lærebok* (2. utg., s. 274-286). Gyldendal akademisk.
- 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), E1-E9. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000518>
- WHO. (2020). *Palliative care*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Aase, K. (2022). *Pasientsikkerhet*. Universitetsforlaget.

