

Aase, Marita Hannisdal - 10014  
Otterlei, Oda Iren Myran - 10047

## Å leve helt til livets slutt

Utfordringer relatert til palliasjon i hjemmet, sett  
fra et sykepleierperspektiv

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie  
Veileder: Oksavik, Jannike Dyb  
Juni 2023



**NTNU**

Kunnskap for en bedre verden



Aase, Marita Hannisdal - 10014  
Otterlei, Oda Iren Myran - 10047

## **Å leve helt til livets slutt**

Utfordringer relatert til palliasjon i hjemmet, sett fra et sykepleierperspektiv

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie  
Veileder: Oksavik, Jannike Dyb  
Juni 2023

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



Kunnskap for en bedre verden



# Sammendrag

**Hensikt:** Hensikten med vår oppgave er å utforske hvilke utfordringer sykepleiere opplever i forbindelse med å gi palliativ pleie til hjemmeboende kreftpasienter.

**Metode:** Vi har gjennomført et systematisk litteratursøk for å finne materiale som skal besvare problemstillingen. Vi har brukt databasene; Cinahl Complete, PubMed, Idunn og Medline. Litteraturstudien inkluderer 6 kvalitative og 2 kvantitative studier. For å analysere valgte artikler har vi brukt Evans analysemodell.

**Resultat:** Ut ifra analysen fant vi fire tema som gikk igjen i alle artiklene. Temaene vi fant var; 1) Viktigheten av tidlig involvering, 2) mangel på tverrfaglig samarbeid, 3) mangelfull kompetanse og 4) lite tilgang på ressurser.

**Konklusjon:** Sykepleiere opplever blant annet utfordringer som dårlig kommunikasjon innad i det tverrfaglige teamet samt med instanser på tvers i helsesektoren. Dette fører til begrenset kunnskapsoverføring til profesjonene og lite kontinuitet for pasienten. Tidspress og lite bemanning preger kvaliteten på den palliative pleien til hjemmeboende kreftpasienter. Palliativ pleie krever god kompetanse, noe som blir nedprioritert grunnet dårlig tid og lite erfaring på området. Når hjemmesykepleien blir involvert for sent i forløpet oppleves det utfordrende for sykepleierne da de ofte står overfor en krisesituasjon og det er ikke etablert en god relasjon til pasienten og deres pårørende.

**Nøkkelord:** Palliasjon, utfordringer, kreft, hjemmesykepleien

# Abstract

**Aim:** The purpose of our assignment is to explore which challenges nurses experience in conjunction with providing palliative care to cancer patients living at home.

**Method:** We have done a systematic literature search to find material that will answer our research question. We have used the databases; Cinahl Complete, PubMed, Idunn and Medline. The literature study includes 6 qualitative and 2 quantitative studies. To analyze our articles we have used Evans analysis model.

**Results:** Based on the analysis, we found 4 themes that recurred in all the articles. The themes we found were; 1) the importance of early involvement, 2) lack of interdisciplinary collaboration, 3) insufficient competence and 4) little access to resources.

**Conclusion:** Nurses experience challenges such as poor communication within the interdisciplinary team as well as with agencies across the health sector. This leads to limited transfer of knowledge to the professions and little continuity for the patient. Time pressure and low staffing affects the quality of palliative care for cancer patients living at home. Palliative care requires good competence, which is given as a lower priority due to lack of time and little experience in the area. When homecare nurses are involved late in the process, it is experienced as challenging for the nurses as they are often faced with a crisis situation and a good relationship has not been established with the patient and their next of kin.

**Keywords:** Palliative care, challenges, cancer, home nursing

# Forord

Den dagen vi spør oss selv:

«Er det viktig å bruke tid på døende – kan det betale seg?»

Den dagen er bunnivået nådd for vårt senmoderne samfunn.

(Kari Martinsen, 2018 i Kristoffersen, 2021, s. 260)





# Innhold

1	Innledning .....	11
1.1	Hensikt.....	11
1.2	Problemstilling .....	11
1.3	Begrepsavklaing.....	11
1.3.1	Kreft .....	11
1.3.2	Palliativ pleie .....	12
1.3.3	Hjemmesykepleien .....	12
1.3.4	Utfordring .....	12
1.4	Avgrensninger .....	12
1.5	Videre oppbygging av oppgaven.....	12
2	Teoribakgrunn.....	13
2.1	Den palliative pleien.....	13
2.2	Hjemmearena; Veien mot en vedig død .....	13
2.3	Kari Martinsens sykepleieteori.....	14
3	Metode.....	16
3.1.1	Systematisk litteraturstudie .....	16
3.1.2	Datainnsamling og søkestrategi .....	16
3.1.3	Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier.....	16
3.1.4	Kvalitetsvurdering .....	17
3.1.5	Etiske vurderinger .....	17
3.2	Analyse .....	18
4	Resultat .....	19
4.1	Viktigheten av tidlig involvering .....	25
4.2	Mangel på tverrfaglig samarbeid .....	26
4.3	Mangelfull kompetanse .....	27
4.4	Lite tilgang på ressurser .....	27
5	Diskusjon .....	29
5.1.1	Kommunikasjonsutfordringer i tverrfaglig team .....	29
5.1.2	Kommunikasjonsutfordringer med spesialisthelsetjenesten .....	29
5.1.3	Utfordringer ved sen involvering .....	30
5.1.4	Samhandling mellom fastlege og sykepleier .....	31
5.1.5	Sykepleiers kompetanse .....	31
5.1.6	Ressurser .....	32
5.2	Forslag til videre forskning .....	33
5.3	Styrker og svakheter.....	33

5.4	Konklusjon .....	34
	Referanser .....	36
	Vedlegg .....	38

Antall ord: 6986

# 1 Innledning

Pasientgruppen som rammes av kreftsykdom er stadig økende. Nyregistrert data fra Norges Kreftregister viser til en økning på 38.265 nye tilfeller i 2022. Sammenlignet med tallene fra 2021 er det en økning på 1267 tilfeller. Omkring 11.000 nordmenn døde som følge av kreftrelatert sykdom i 2020. Selv om flere og flere overlever sykdommen i dag, er det betydelige tall på kreftrelaterte dødsfall hvert år (Kreftregisteret, 2023). Pasientgruppen med uhelbredelig sykdom har rett på en verdig avslutning på livet uten smerte og lidelse, og i denne oppgavens tilfelle, i sitt eget hjem. Siden 1998 har prosentandelen av pasienter som dør hjemme vært stabil på omkring 16%, i 2017 hadde andelen sunket til 13% (Meld. St 24 (2019-2020), p. 13).

Palliativ pleie er en tilnæringsmåte som skal bidra til bedre livskvalitet, forebygge og lindre lidelse og ivareta problemer av fysisk, åndelig og psykososial art. Som sykepleier i hjemmesykepleien er sjansen stor for å møte på denne pasientgruppen og deres pårørende. Vi ønsker å utforske hvilke utfordringer sykepleiere står overfor i situasjoner med palliativ pleie i hjemmet. Ved å fremheve utfordringer relatert til denne tematikken, er det større mulighet for å kunne endre pleien til det bedre. Sykepleiere er en del av det tverrfaglige teamet rundt pasienten og er den helsepersonellgruppen som har mest direkte kontakt med pasienten. Det er nasjonale helsepolitiske føringer om at det palliative tilbudet må forbedres for at flere kreftpasienter kan få oppfylt sitt ønske om å få dø i eget hjem (Helsedirektoratet, 2015; Meld. St 24 (2019-2020)).

## 1.1 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvilke utfordringer sykepleiere opplever i forbindelse med palliativ pleie til hjemmeboende kreftpasienter, ved å gjennomføre et systematisk litteratursøk. Å sammenfatte hvilke utfordringer som oppleves, kan det legges grunnlag for bedring av det palliative tilbudet.

## 1.2 Problemstilling

*«Hvilke utfordringer opplever sykepleiere i forbindelse med palliativ pleie til hjemmeboende kreftpasienter?»*

## 1.3 Begrepsavklaring

### 1.3.1 Kreft

Dersom det oppstår en mutasjon i cellens arvestoff, vil cellene begynne å dele seg ukontrollert. En opphopning av kreftceller vil etter hvert danne en kreftsvulst i område hvor celledelingen først utartet seg (Kreftforeningen, 2023b).

### 1.3.2 Palliativ pleie

Palliasjon er pleie, omsorg og behandling til pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Hensikten med palliasjon er å forbedre livskvaliteten til pasienten den siste tiden av livet. Dette innebærer blant annet å forebygge samt lindre smerter, fysiske og psykososiale problemer (Helsedirektoratet, 2015).

### 1.3.3 Hjemmesykepleien

Hjemmesykepleie er et tilbud til hjemmeboende pasienter som har opplevd sykdom, svekket helse eller har behov for hjelp. Hjelpebehovet er varierende fra individ til individ. Hovedfokuset til hjemmesykepleien inkluderer å sikre at den enkelte pasient får hjelp til å mestre hverdagen i hjemmet, bidra til gode opplevelser og sørge for at det er forsvarlig for pasienten å bo hjemme lengst mulig (Fjørtoft, 2016, p. 17).

### 1.3.4 Utfordring

Relatert til denne oppgaven tolker vi en utfordring som en hindring av effektiviseringen i arbeidet, eller noe som påvirker kvaliteten på yrkesutøvelsen.

## 1.4 Avgrensninger

I oppgaven har vi valgt å fokusere på sykepleierens perspektiv og deres egne opplevelser og erfaringer. Vi har valgt å ekskludere sykepleie til barn og eldre over 90 år, samt livets siste dager på institusjon da vi ønsker å fokusere på palliativ pleie i hjemmet. Innenfor denne tematikken er det mye forskning på det følelsesmessige aspektet, men vi har valgt å forholde oss til sykepleiers opplevelse av utfordringer i forhold til palliativ pleie til hjemmeboende kreftpasienter.

## 1.5 Videre oppbygging av oppgaven

I neste kapittel skal vi presentere relevant fagkunnskap i henhold til valgt problemstilling. Kapittel 3 omhandler metoden som er brukt i oppgaven og hvordan vi kom frem til valgte artikler, hvor det også blir en redegjørelse av analysene ut fra valgt materiale. Videre i kapittel 4 presenteres resultatene av det analyserte datamaterialet. I 5. kapittel diskuteres funnene opp mot valgt problemstilling og teori, videre kommer en konklusjon som oppsummerer sentrale deler av diskusjonen samt forslag til videre forskning.

## 2 Teoribakgrunn

### 2.1 Den palliative pleien

Pasienter med uheldelig sykdom og kort forventet levetid, er en pasientgruppe som ligger høyt på helsepersonellens prioriteringsliste (Kaasa & Loge, 2016, p. 49). Når det ikke lenger er mulig å kurere sykdommen, går fokuset over på å lindre ubehag pasienten opplever for å sikre god livskvalitet (Kaasa & Loge, 2016, p. 36). Målet med palliativ pleie er å lindre fysiske symptomer som smerter, samt håndtere problemer av psykososial art. Palliativ pleie fokuserer på å tilrettelegge for at pasienten får en verdig og omsorgsfull død. Kartlegging av plagsomme symptomer og nøye vurdering vil bidra til å oppnå et helhetlig og effektivt omsorgstilbud som møter pasientens individuelle behov. Palliativ omsorg omfatter også ivaretagelse av de pårørende, da sykdom og død også berører familien til pasienten. Det er viktig å understreke at den palliative pleien ikke har som intensjon å fremskynde eller forsinke døden (Helsedirektoratet, 2018) (Fjørtoft, 2016, pp. 78-79).

Ved utførelse av palliasjon skal man som sykepleier arbeide i samsvar med de yrkesetiske retningslinjene. Retningslinjene bidrar til at sykepleierne får veiledning på hva som anses å være deres roller og ansvarsområder i den palliative omsorgen. Dette inkluderer at sykepleiers praksis skal være forsvarlig, og de skal ivareta pasienters verdighet og integritet (Norsk sykepleierforbund, 2019b). Pasienter som mottar helsehjelp har rett til å delta i beslutninger som omhandler ens egen helse og sykdom, og brukermedvirkning står som en sentral del av den palliative omsorgen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Et godt samarbeid mellom ulike faggrupper er vesentlig da den palliative pleien er kompleks og omfattende. Som sykepleier har man et tett arbeidsforhold med fastlege og palliative team, spesielt når palliasjon utføres i hjemmet. Dette samarbeidet er essensielt for å oppnå gunstige resultater i palliativ pleie. Sykepleiere som arbeider innen palliasjon trenger bred kompetanse og kunnskap innen smertebehandling, symptomlindring, kommunikasjon og psykososial støtte. Kontinuerlig utvikling og oppdatering er avgjørende for å kunne tilby kvalitetsomsorg (Brenne & Estenstad, 2016, pp. 166-167; Fjørtoft, 2016, pp. 81-82)

### 2.2 Hjemmearena; Veien mot en vedig død

Studier på internasjonal basis viser til at de fleste foretrekker å dø hjemme fremfor på institusjon. Likevel er det en liten prosentandel av hjemmedød som praktiseres i Norden i dag (Brenne & Estenstad, 2016, p. 161). Hjemmet betegnes for mange som et fristed hvor det er trygge rammer og de har egne rutiner. Sykepleiers kompetanse og tilgjengelighet spiller en avgjørende rolle når pasienten ønsker å dø i eget hjem. Sykepleier har et koordineringsansvar i pasientovergang fra spesialisthelsetjenesten til hjemmet, som innebærer blant annet å tilegne seg relevant informasjon for å sette i gang tiltak til den enkelte pasient. For at det skal være trygt og forsvarlig for pasienten å

være hjemme, krever det tilrettelegging for å ivareta pasientens grunnleggende behov, samt sørge for at de pårørende ønsker å bidra som omsorgsyter. Pårørende blir bemerket som en ressurs for hjemmesykepleien, og relasjonen mellom sykepleier og pårørende er en viktig del av pasientens palliative forløp. Tillit, trygghet, tid og tilstedeværelse skaper et fundament for relasjoner mellom sykepleier, pasient og pårørende (Fjørtoft, 2016, pp. 81-82).

I 2020 la Helse- og omsorgsdepartementet frem en stortingsmelding som omhandler lindrende behandling og palliativ omsorg overfor pasienter som lever med uhelbredelig sykdom. Med dette ønsker de å styrke medbestemmelsesretten til alvorlig syke, deres rett til å uttale seg om eget liv og helse, noe som er et sentralt element i sykepleieutøvelse. Regjeringen ytrer et ønske om å oppnå åpenhet om døden, da døden er noe som angår oss alle og det er like naturlig som det å bli født. Det skal arbeides aktivt for at pasienter som ønsker å dø hjemme skal få muligheten til akkurat dette. Tett oppfølging av hjemmesykepleien, kreftkoordinator og fastleger er gitte premisser for å gjøre det mulig. Her må det presiseres hvilke ansvarsområder de forskjellige yrkesutøverne har (Kreftforeningen, 2023a; Meld. St 24 (2019-2020), pp. 9-10).

## 2.3 Kari Martinsens sykepleieteori

I palliasjon er omsorg et sentralt element, og Kari Martinsens sykepleieteori er derfor relevant. Alle mennesker er avhengige av hverandre, og omsorg er helt grunnleggende for menneskers liv. Omsorg er ikke sykepleie, men sykepleie kan ikke bli utført uten omsorg. Alle kan gi omsorg, men det handler om hvordan dette kommer til syne i sykepleieutøvelsen. Martinsen hevder at sykepleiere må forstå betydningen av dette og hvordan det kan gis til pasienter på en meningsfull måte. Hun vektlegger at betingelsesløs omsorg er et mål i seg selv, og ikke et mål om å gjenvinne selvstendighet eller egenomsorg (Helsedirektoratet, 2015; Kristoffersen, 2021, pp. 261-262).

Omsorgsbegrepet har tre dimensjoner som er viktige ifølge Martinsen. Omsorg har en *relasjonell side, en praktisk side og en moralsk side*. Selv om disse dimensjonene kan skilles, vil de i konkrete situasjoner være sammenflettet og integrert. Den relasjonelle siden av omsorgen baseres på at sykepleiere må forstå den andres situasjon, og fortolke den andres realitet. Omsorg handler om å vise engasjement og interesse for å finne ut hva den andre parten trenger. Relasjonene som skapes mellom sykepleier og pasient, skal være basert på gjensidig tillit, respekt og empati. Martinsen uttrykker at omsorg handler om å møte pasienten som et enkelt individ og ta hensyn til deres unike livssituasjon (Kristoffersen, 2021, pp. 266-267).

Den praktiske siden går ut på å kombinere kunnskapen sykepleiere sitter på, samt det å være medmenneske. Sykepleiere er også mennesker. En kan forstå andres smerte, sult og lidelse av egne erfaringer, ingen kan føle andres smerte, men det kan gjenkjennes og forstås. Ved å kombinere medmenneskelighet og fagkunnskap kan man hjelpe pasienten til å utføre dagligdage handlinger på en omsorgsfull måte. Når redskaper som pasienten er kjent med blir brukt for å tilrettelegge omsorg, kan pasienten oppleve å ikke bli umyndiggjort (Kristoffersen, 2021, p. 268).

Fundamentet for moral og etikk er å ta gode og riktige avgjørelser som skal gagne den andre. Den primære moralen er spontan og kan uttrykkes i form av kjærlighet, og den sekundære moralen viser til regler og prinsipper som er skapt av samfunnet (Kristoffersen, 2021, pp. 267-269).

## 3 Metode

Vi har gjennomført en litteraturstudie og i dette kapittelet vil vi presentere metoden som ble brukt. Kapittelet inneholder beskrivelser på hva en systematisk litteraturstudie er, datainnsamling og søkestrategi, inklusjons- og eksklusjonskriterier, kvalitetsvurdering, etiske vurderinger og analysebeskrivelse.

### 3.1.1 Systematisk litteraturstudie

I vår bacheloroppgave har vi gjennomført en litteraturstudie hvor vi har utført et systematisk litteratursøk som innebærer å søke etter, vurdere og analysere relevant materiale som skal besvare en tydelig formulert problemstilling. En systematisk gjennomgang av tilgjengelig informasjon om et spesifikt emne, er en viktig metode for analyse og syntese for forskning. Det er allerede understreket at en systematisk tilnærming er avgjørende for å kunne inkludere alt av tilgjengelig informasjon (Aveyard, 2019, pp. 2,9).

### 3.1.2 Datainnsamling og søkestrategi

Vi har utført et systematisk litteratursøk for å samle materiale som skal inngå i vår bacheloroppgave, ut ifra valgt problemstilling. Vi har brukt flere databaser, for at relevant forskning ikke skal gå tapt. Databasene vi har brukt er; Cinahl Complete, PubMed, Medline og Idunn. Vi formulerte en problemstilling, og valgte søkeord ut fra sentrale hovedelementer i forskningsspørsmålet. Søkeord som ble brukt i Cinahl Complete, Medline og Idunn er: nurse\*, palliative care\*, cancer OR neoplasm, home health care OR home based care OR home nursing. I databasen PubMed valgte vi å inkludere søkeordene; home care nurse og home death for å finne relevant datamateriale. "Suggest subject terms", er et innebygd verktøy i Cinahl Complete som foreslår synonymer. Dette hjelpemiddelet gav oss blant annet synonymet "Neoplasm" for cancer.

Ved å bruke AND/OR - kommandoer vil søket bli avgrenset og mer avansert. OR kommandoen vil utvide søket, og AND kommandoen vil sammenfatte søket. Vi har brukt \*- funksjonen på enkelte søkeord for å identifisere alle avslutninger på nøkkelbegrepet (Aveyard, 2019, pp. 84-85). Se vedlegg nr. 1 for fullstendig søketabell.

### 3.1.3 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

For å velge ut relevante studier og avgrense litteratursøket vårt satt vi opp inklusjons- og eksklusjonskriterier i en tabell. Det er viktig at inklusjons- og eksklusjons kriterier er presise og nøyaktige for å kun inkludere forskning som er relevant til litteraturgjennomgangen (Aveyard, 2019, pp. 38-40). Se tabell nr. 1 for inklusjons- og eksklusjonskriterier.



Tabell nr. 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykepleieperspektiv</li> <li>• Dødssted som skjer i hjemmet, hjemmedød</li> <li>• Artikler fra 2012- dd.</li> <li>• IMRAD -struktur</li> <li>• Fagfellevurdert</li> <li>• Språk: Norsk, svensk, engelsk og dansk</li> <li>• Kvantitativ forskning</li> <li>• Kvalitativ forskning</li> <li>• Vi inkluderer studier av tverrfaglig team der sykepleieperspektivet i artiklene var identifisert.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasient/pårørende perspektiv</li> <li>• Dødssted på institusjon (sykehus/hospice)</li> <li>• Artikler som omhandler palliasjon til pasienter under 18 år og over 90 år.</li> </ul>

### 3.1.4 Kvalitetsvurdering

For å vurdere kvaliteten på artiklene, har vi brukt Aveyard sine seks spørsmål som skal besvares for å oppnå kritisk kvalitetsvurdering av litteraturen. En skal tenke over hvor informasjonen er funnet, når ble dette skrevet og hva er budskapet. Legg merke til hvem som har sagt eller skrevet innholdet, og vurder om innholdet er av god kvalitet (Aveyard, 2019, p. 108). Av åtte valgte artikler var én fra Japan og én fra Iran. Med unntak av kulturelle forskjeller utenfor Europa, vurderte vi studiene som relevant da helsepersonellet opplever samme utfordringer innen palliativ omsorg.

For å kvalitetssjekke de kvalitative studiene, har vi brukt helsebibliotekets sjekklister for kritisk vurdering av innholdet. Se vedlegg nr.2 for eksempel på utfylt sjekklister (Helsebiblioteket, 2016).

Vi har ikke brukt sjekklister på de kvantitative studiene, men gjennomgått innholdet i studiene i henhold til Aveyard (2019) sine spørsmål for å kritisk vurdere materialet. Vi har vurdert studiene som relevante for å svare på problemstillingen vår, da de baserer seg på sykepleiers erfaringer og holdninger.

### 3.1.5 Ethiske vurderinger

En gjennomgang av artiklene viser at syv av åtte artikler er etisk vurdert og godkjent. (Anquinet et al., 2015; Danielsen et al., 2018; Dhollander et al., 2018; Griffiths et al., 2013; Joren et al., 2021; Molnes, 2014; Shirinabadi Farahani et al., 2018) er godkjent av forskningsetiske komitéer, og på grunnlag av Helsinkideklarasjonen. Formålet med deklarasjonen er å sikre beskyttelse av pasienter mot potensielle risikoer i forbindelse med forskning. Den inneholder veiledende regler som skal følges for å ivareta pasientsikkerheten (Christoffersen et al., 2015, p. 43).

Shimizu et al., (2016) skriver ingenting om etisk vurdering i artikkelen, men vi har valgt å inkludere den, da det handler om et kartleggingsverktøy som kan forbedre kvaliteten

på den palliative omsorgen på sikt. Vi vurderer den som etisk relevant da deltakelsen i undersøkelsen var frivillig og alle deltakerne var anonymiserte.

## 3.2 Analyse

Ifølge Forsberg og Wengstrøm (2015) handler analyse om å undersøke fenomenet i mindre deler, for å deretter sette det sammen til en ny helhet. Å sette det sammen til en helhet beskrives som en syntese. En systematisk gjennomgang av materialet skal bidra til å finne hovedtema i en samlet datainnsamling (Wengstrøm & Forsberg, 2015, p. 152). For å finne tema sier Aveyard at det å fokusere på artikkelens resultatdel kan være gunstig da det er i denne delen forfatterens funn kommer til syne. Her er det også viktig å ha problemstillingen i fokus (Aveyard, 2019, pp. 137-138). Vi har valgt å bruke Evans analysemodell for å analysere og tolke materialet. Evans analysemodell beveger seg over fire trinn (Evans, 2002).

**I trinn en** foregår datainnsamlingen. Her søker vi i relevante databaser som er nevnt i kapittel 3. med de inklusjons- og eksklusjonskriteriene vi har satt oss for å begrense søket. Når dette dokumenteres, sikrer man seg et likt utvalg av studier (Evans, 2002, p. 25).

**Trinn to** handler om å identifisere studienes viktigste innhold. Vi har lest alle artiklene hver for oss gjentatte ganger, og diskutert i fellesskap for å få et innblikk i artiklens innhold. Etter å ha lest artiklene, samles funnene, og nøkkelfunnene identifiseres for hver enkelt artikkel. For å utvinne det viktigste fra alle studiene blir det lagt stor vekt på detaljer, drøfting og sammenligning av nøkkelfunn (Evans, 2002, p. 25).

**I trinn tre** skal alle studienes ulike temaer identifiseres ved å analysere artiklens innhold på tvers. En måte å gjøre dette på er å lage en liste med studienes hovedkomponenter for å sammenlikne eller se kontrastene mellom de ulike studiene. Vi velger å sortere tema i form av å sette artiklens hovedtema opp i en tabell og trekke inn hvilke av våre åtte artikler som også har samme tema i sin studie (Evans, 2002, p. 25).

**I trinn fire** skal fenomenet beskrives. Ved hjelp av trinn tre i Evans analysemodell fant vi hovedtemaene, og vil utdype disse temaene i oppgavens resultatdel (Evans, 2002, p. 25). De fire hovedtemaene som gikk igjen i alle artiklene, ble kodet og satt inn i en tabell. (Se tabell nr. 2 – Hovedtema).

Tabell nr. 2 : Hovedtema.

Hovedtema som ble funnet i artiklene/studiene	Artikkel/studie nummer
Viktigheten av tidlig involvering	1,4,5,8
Mangel på tverrfaglig samarbeid	2,3,4,5
Mangelfull kompetanse	2,3,5,6,7
Lite tilgang på ressurser	3,4,5,7

## 4 Resultat

I dette kapittelet skal vi presentere resultatene fra valgte forskningsartikler. Dataanalysen resulterte i fire hovedtema; a) viktigheten av tidlig involvering, b) mangel på tverrfaglig samarbeid, c) mangelfull kompetanse og d) lite tilgang på ressurser. Disse fire temaene vil bli beskrevet etter matrisen over artiklene de er hentet fra.

Tabell nr.3: Artikkelmatrise

Art. nr.	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/ konklusjon	Relevans
1	Studiens formål er å skape forståelse av hvilken effekt tidlig eller sen involvering har, samt effekten på arbeidsprosedyrer og ferdigheter sett fra det palliative teamets deltagere.	Cancer, early palliative care, palliative home care, integrated care, medical oncology, qualitative research	En kvalitativ studie, utført i Flandern, Belgia hvor de opprettet 6 fokusgrupper med felles intervju som fremgangsmåte. Hjemmetjeneste- teamet besto av sykepleiere, psykologer og leger.	Det ble funnet forskjeller på 6 ulike områder; årsak til oppstart, planlegging av omsorgsprosessen, fokus på fremtidige mål kontra problemer, mulighet til å gi helhetlig omsorg, og styrking av pasienter samt profesjonelle omsorgspersoner. Studien viser at tidlig involvering utgjør en mer strukturert prosess og det er enklere å gi en helhetlig omsorg. Tidlig involvering viser også at yrkesutøverne påtar seg flere koordinerende og støttende oppgaver da de får en sterkere relasjon til pasienten da dette er etablert over lengre tid.	Studien viser hvordan det palliative teamet som består av sykepleiere, leger og psykologer opplever palliativ pleie i hjemmet i forbindelse med tidlig eller sen involvering. Denne studien gir en innsikt på hvordan ting fungerer/ikke fungerer fra ulike perspektiver. Samt erfaringer fra hvordan dette foregår i praksis, og det er noe som vi ønsker å belyse i vår oppgave. Vi har hovedsakelig brukt sykepleier erfaringene fra denne artikkelen

2	<p>Studiens hensikt var å undersøke sykepleier og fastlegers forklaring på hva deres ansvar og roller er, samt hvordan de samarbeidet i utøvelse av palliativ sedasjon i hjemmet.</p>	<p><i>Palliative sedation, continuous sedation until death, general practitioners, nurses, collaboration, home.</i></p>	<p>En kvalitativ studie hvor det ble foretatt dybdeintervjuer med 25 fastleger og 26 sykepleiere. Alle deltakere hadde en form for deltakelse i 29 pasientsituasjoner hvor kreftsyke mennesker mottok palliativ sedasjon i hjemmet. Studien utspilte seg i 3 europeiske land; Nederland, Belgia og Storbritannia</p>	<p>Studien viste at det var fastlegen som hadde det avgjørende ordet om å starte opp med palliativ sedasjon i Nederland og Belgia. I Storbritannia viste det seg å være sykepleierne som i all hovedsak var den største pådriveren, og oppfordret fastlegene til å forskrive medikamentene, samt at sykepleiere bestemte når det skulle tas i bruk.</p> <p>En fellesnevner for alle tre landene var at sykepleiere var de som administrerte medikamentene og observerte/overvåket sedasjonen, ofte uten lege til stede. Dette beskriver de fleste som "en emosjonell byrde".</p>	<p>Denne studien har sykepleierperspektiv hvor sykepleierne selv beskriver og gjenforteller sine egne erfaringer når det kommer til palliativ sedasjon i hjemmet. Det ytres både positive og negative opplevelser fra sykepleiersperspektiv. Studien forteller blant annet hvilke roller sykepleiere har i en palliativ setting, og vi får blant annet lese om sykepleiers holdninger til ansvaret de står ovenfor.</p>
3	<p>Belyse hvordan sykepleiere opplever kompetansen i henhold til smertelindring og palliativ pleie til hjemmeboende kreftpasienter.</p>	<p>Hjemmesykepleie, kompetanse, kreft, smertelindring og sykepleiere.</p>	<p>Kvalitativ metode, som er basert på beskrivende undersøkelser slik at sykepleierne kan formidle egne erfaringer i praksis. Inklusjonskriteriene i studien var at sykepleiere jobbet i hjemmetjenesten, og hadde minimum ett års erfaring innen faget.</p>	<p>Funnene ble delt inn i 3 kategorier; 1: Hvordan sykepleier opplever den faglige oppdateringen, hvor det kommer frem at det er lite fokus på faglig oppdatering grunnet manglende kompetanse på området. 2: Hvordan sykepleiere opplever hjemmesykepleien. Manglende oppfølging relatert til høy pleietyngde og til tider dårlig bemanning. 3: Hvordan omgivelsene oppleves av sykepleierne. Her kommer det frem at kommunikasjonen</p>	<p>Denne artikkelen er relevant da vi ønsker å sette søkelys på utfordringer sykepleiere kan møte på i palliativ fase, hjemme hos pasienten. Det er sykepleierperspektiv og de får ytre sine synspunkt og holdninger, noe som har stor relevans i forhold til vår oppgave.</p>

			Intervjuene ble gjennomført fra november 2007 til januar 2008.	mellom hjemmesykepleien og spesialisthelsetjenesten ikke er optimal.	
4	<p>Hensikten med studien er å undersøke hvilke holdninger sykepleiere i hjemmetjeneste og sykehus har til sin egen kompetanse, relatert til utøvelse av palliativ pleie.</p> <p>Studien ønsket å undersøke om det er forskjeller mellom disse to gruppene. Ved å identifisere forskjellene kan man få bedret grunnlaget for opplæring innen palliativ pleie.</p>	Nurses, palliative care, home care, hospitals, competencies, quality of care.	<p>Dette er en kvantitativ studie hvor det ble gjennomført en spørreundersøkelse for sykepleiere som jobbet både i hjemmetjenesten og på sykehus. Spørreundersøkelsen innebar spørsmål om palliativ pleie, omsorgskvaliteten, og hvordan sykepleierne selv opplevde egen kompetanse i å utøve palliativ pleie. Det var 229 deltakere fra hjemmesykepleien og 106 fra sykehus, hvor alle hadde sykepleierutdanning.</p>	<p>Hjemmesykepleiere hadde mer positive holdninger og selvrapportert kompetanse når det gjaldt palliativ pleie, enn sykepleierne på sykehus. Hjemmesykepleiere hadde høyere nivå av tillit til at pasienter fikk god palliativ pleie, og de følte seg mer kompetente til å gi denne typen pleie, sammenlignet med sykepleiere i sykehus. Sykepleiere som jobber på sykehus, hadde mindre tid til å gi palliativ pleie enn i hjemmesykepleien. Dette kan påvirke deres holdninger og selvrapporterte kompetanse.</p>	<p>Vi vil hovedsakelig fokusere på funnene som gjelder for sykepleiere i hjemmetjenesten. Denne artikkelen gir et godt innsyn i hva forskjellene/likheter er, hvordan ting fungerer og hva som bør endres på. Det rettes oppmerksomhet til utfordringer knyttet til tverrprofesjonelt samarbeid, forhåndsplanlegging og kommunikasjon, noe vi ønsker å trekke inn i vår oppgave.</p>

5	<p>Studiens hensikt er å få et innblikk i hvordan sykepleiere i hjemmetjenesten og fastleger tilrettelegger for at pasienter kan dø hjemme. Det belyses hva som midlertidig hindrer muligheten til dette tilbudet.</p>	<p>Palliative home care, home care nurses, general practitioners, home deaths, qualitative study.</p>	<p>Kvalitativ studie med en semistrukturert intervjuguide. Fire fokusgrupper med 19 deltakere til sammen. I fokusgruppen deltok både leger og sykepleiere.</p>	<p>Det ble identifisert 3 hovedtema som blant annet var viktigheten av en god start for pasient og pårørende, betydningen av samarbeid på tvers av helsetjenestene og at tilstrekkelig kompetanse og erfaring i hjemmesykepleien kan redusere risiko for reinnleggelse. For å utøve god palliativ pleie i hjemmet er man avhengig av tett samarbeid mellom både sykehus og hjemmetjenesten. Dette inkluderer sykepleiere, leger, familien og pasienten selv. Gode rutiner for pasientovergang viser seg å ha en positiv effekt på den palliative pleien.</p>	<p>Artikkelen gir oss et innblikk i de praktiske utfordringene som sykepleiere kan stå overfor, slik som kommunikasjon med både pasienten og deres pårørende, samarbeidet med helsepersonell og tilgang til ressurser. Vi får også et innsyn i sykepleieres følelsesmessige og psykologiske utfordringene som for eksempel sorg, tap og emosjonell belastning.</p>
6	<p>Målet med denne studien er å utvikle fire skalaer for å evaluere hjemmesykepleiers holdninger, egenrapportering, utfordringer og kunnskap rundt palliativ pleie.</p>	<p>Neoplasm, home nursing, palliative care, questionnaires</p>	<p>Kvantitativ studie hvor en skala ble utarbeidet på bakgrunn av en tverrsnittundersøkelse og basert på litteraturgjennomgang. I forbindelse med denne undersøkelsen ble det vervet sykepleiere med erfaring, for å delta på et utdanningsprogram hvor de skulle utøve</p>	<p>Det ble levert tilbake 122 av 125 utdelte spørreskjema som tilsvarer en svarprosent på 98%. De utviklede og analyserte skalaene er gyldige og kan være til nytte ved evaluering av et utdanningsprogram for sykepleiere. Skalaene gir et godt grunnlag for å vurdere sykepleiernes holdninger, praksis, utfordringer og kunnskaper, før og etter opplæringen.</p>	<p>Vi ønsker å se hvilke utfordringer en sykepleier kan møte på i denne type situasjoner. Sentrale utfordringer som blir belyst er blant annet kunnskap/utdanning, utfordringer i den palliative fasen og rapportering.</p>

			palliativ pleie i hjemmet		
7	Formålet med studien er å utforske sykepleierens perspektiv på mulighetene og utfordringene knyttet til palliativ omsorg til kreftpasienter i hjemmet. Faktorer som påvirker kvaliteten på hjemmebasert palliativ omsorg og hvordan tjenestene kan tilpasses iranske pasienters behov og kulturell kontekst, kan gi bedre forståelse av hvordan tilbudet kan bedres.	Home care, palliative care, Iran, nurses	Det er samlet data ved å utføre semistrukturerte individuelle intervju med 196 sykepleiere som utfører palliativ pleie til kreftpasienter i hjemmet. Dette er en kvalitativ studie, hvor de har identifisert tema og mønster ut ifra intervjuene gjort med sykepleierne om deres oppfatninger av muligheter og utfordringer knyttet til hjemmebasert palliativ omsorg.	Studien fokuserer på sykepleierens perspektiv og hvilke utfordringer de opplever relatert til palliativ pleie.  Sykepleiere uttrykker i studien at de er fornøyd med medisinskteknisk utstyr og tilgang på medikament, men at de opplever utfordringer knyttet til utdanningsmuligheter, økonomi, religion/kultur og bemanning.	Det vektlegges hvilke utfordringer sykepleiere opplever i utførelsen av palliativ pleie. Kulturforskjeller kommer sterkt til syne, og ved å sammenlikne helsevesen utenfor Europa vil dette skape viktige refleksjoner i vår oppgave.
8	Studiens hensikt var å øke forståelse av hvordan støtte og omsorg som tilbys av sykepleiere, kan forbedre livskvaliteten	Palliative care, community health nursing, qualitative research, observation and	Dette er en kvalitativ studie med en multi-perspektiv-tilnærming. Det ble utført semistrukturerte intervju med	Studien viser at sykepleiere rapporterer positive opplevelser og følelsen av å kunne gi bedre omsorg ved tidlig involvering. Det blir satt lys på hvilke utfordringer som kan oppstå i forbindelse med sen involvering,	Studien har undersøkt sykepleiers erfaringer og opplevelse av utfordringer relatert til palliativ pleie i hjemmet. Utfordringer som blir nevnt er kommunikasjon,

	til pasienten og deres pårørende.	neoplasms	sykepleiere som besøkte kreftpasienter i hjemmet. Disse intervjuene ble transkriberte og dataen ble analysert ved hjelp av tematisk analyse. Opplysningene ble brukt til å belyse sykepleiers erfaringer, oppfatninger og perspektiver knyttet til tidlig involvering.	som blant annet kommunikasjonsproblemer og usikkerhet rundt hvilken type støtte som pasientene og deres pårørende ønsker.	koordinering og behovet for opplæring.
--	-----------------------------------	-----------	--	---	--

1. Dhollander, N., Deliens, L., Van Belle, S., De Vleminck, A., & Pardon, K. (2018). Differences between early and late involvement of palliative home care in oncology care: A focus group study with palliative home care teams. *Palliat Med*, 32(7), 1275-1282. <https://doi.org/10.1177/0269216318774676>
2. Anquinet, L., Rietjens, J. A., Mathers, N., Seymour, J., Heide, A., & Deliens, L. (2015). Descriptions by General Practitioners and Nurses of Their Collaboration in Continuous Sedation Until Death at Home: In-Depth Qualitative Interviews in Three European Countries. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.05.012>
3. Molnes, S. I. (2014). Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. *Nordisk sygeplejeforskning*, 4(2), 142-155. <https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2014-02-06>
4. Joren, C. Y., de Veer, A. J. E., de Groot, K., & Francke, A. L. (2021). Home care nurses more positive about the palliative care that is provided and their own competence than hospital nurses: a nationwide survey. *BMC palliative care*, 20(1), 1-170. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00866-4>



5. 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 Palliat Care*, 17(1), 95-95. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0350-0>
6. Shimizu, M., Nishimura, M., Ishii, Y., Kuramochi, M., Kakuta, N., & Miyashita, M. (2016). Development and validation of scales for attitudes, self-reported practices, difficulties and knowledge among home care nurses providing palliative care. *Eur J Oncol Nurs*, 22, 8-22. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2016.02.009>
7. Shirinabadi Farahani, A., Rassouli, M., Khanali Mojen, L., Ansari, M., Ebadinejad, Z., Tabatabaee, A., Azin, P., Pakseresht, M., & Nazari, O. (2018). The Feasibility of Home Palliative Care for Cancer Patients: The Perspective of Iranian Nurses. *International Journal of Cancer Management, In Press*(In Press). <https://doi.org/10.5812/ijcm.80114>
8. Griffiths, J., Ewing, G., & Rogers, M. (2013). Early support visits by district nurses to cancer patients at home: A multi-perspective qualitative study. *Palliat Med*, 27(4), 349-357. <https://doi.org/10.1177/0269216312451949>

#### 4.1 Viktigheten av tidlig involvering

Når hjemmesykepleien involveres tidlig i forløpet, vil det ha positive effekter på blant annet kvaliteten på pleien som pasientene mottar. Studiene belyser at relasjon mellom pasient/pårørende og sykepleiere vil bli styrket og de opplever en økt trygghetsfølelse.

I palliativ fase er relasjonsbyggingen essensielt for at pasientene skal kunne få en fin avslutning på livet. Det å dø hjemme betegnes som en god og verdig død (Danielsen et al., 2018; Dhollander et al., 2018).

Å bli involvert for sent beskriver flere sykepleiere som utfordrende, fordi de ofte står overfor en krisesituasjon der kurativ behandling ikke lenger er et alternativ (Dhollander et al., 2018). Sen involvering resulterer i at den systematiske planlegging forbigår, og pasienter har ikke like stor mulighet til å påvirke egen sykdomsprosess. Hvis kommunikasjon og relasjon er svekket kan det oppleves krevende for sykepleiere når de trer inn på et så sårbart stadium (Dhollander et al., 2018; Joren et al., 2021).

Det er viktig å bruke de første dagene etter utskrivelse til hjemmet på å skape relasjon og tillit mellom hjemmesykepleien og pasient/pårørende. Dersom man etablerer gode relasjoner fra start, vil pasienten kunne oppleve å føle seg trygg, ivaretatt og komfortabel i den palliative fasen. Dette er noe som også påvirker sykepleiere positivt ved at de kjenner på gjensidig tillit og trygghet med pasienten (Danielsen et al., 2018). *"If the start is chaos, then this chaos can easily continue"*, uttrykte en sykepleier i Danielsen et al., (2018, s. 5).

I en annen studie der sykepleierne ble intervjuet la de vekt på måten man samhandler med pasienten på. De beskriver at flytende spørsmål kan bidra til å samle mer nyttig informasjon enn de formelle. Tilnærmingen sykepleiere har til pasient og pårørende er avgjørende for relasjonsbyggingen (Griffiths et al., 2013). Når pasienten blir tatt hånd om i eget hjem, er det sykepleierne som er gjester. At omgivelsene er trygge og kjente, bidrar til å skape et bedre miljø, og pasienten kan føle seg mer komfortabel. Det kan være enklere å diskutere essensielle spørsmål, eller å snakke om døden på en annen måte i en sånn setting (Joren et al., 2021).

## 4.2 Mangel på tverrfaglig samarbeid

For å sikre informasjon og kunnskap hos yrkesgrupper som samarbeider på tvers, nevner flere sykepleiere at det er ønskelig med bedre kommunikasjon mellom yrkesutøvere. Joren et al., (2021) hevder blant annet at den tidlige involveringen kan bidra til bedre avansert omsorgsplanlegging, tverrfaglig konsultasjoner og bedre samarbeid mellom blant annet fastleger og hjemmesykepleien. Bedre kommunikasjon mellom kollegaer kan også bidra til å styrke kvaliteten på den palliative pleien (Joren et al., 2021).

Forskning gjort av Danielsen et al., (2018) vektlegger samspillet mellom hjemmesykepleien og fastlegene, og hvordan legens involvering kan gi store gevinster for pasient og helsepersonell. Pasientene føler seg tryggere ved at de vet at legen er tilgjengelig for dem. Sykepleierne opplever dette positivt ved at de ikke står alene, men har legen som sikkerhetsnett (Danielsen et al., 2018)

Dersom fastlegen ikke er tilgjengelig eller har tilstrekkelig kompetanse om situasjonen og pasienten, skaper det et stort ansvar for sykepleiere. Det kan også skape utrygghet for pasient og pårørende. Sykepleiere som ble intervjuet påpeker hvordan de opplevde det utfordrende når fastlegen ikke var tilstede når det pågikk palliativ sedasjon i hjemmet. Her uttrykker sykepleierne følelsen av å sitte med for stort ansvar på egen hånd. Legene var ofte de som hadde det avgjørende ordet når det gjaldt oppstart av palliativ sedasjon, men det var sykepleierne som utførte dette, gjerne uten legen til stede. Dette beskrev de som emosjonelt belastende (Anquinet et al., 2015).

Bedre samhandling mellom fastlege og leger i spesialisthelsetjenesten kan forhindre feilbehandling, da fastlegene i mange tilfeller har bedre kjennskap til pasienten og kan bidra med sin kompetanse. Det settes søkelys på at dette kan bidra til færre reinnleggelser, bedre innsikt i pasientens situasjon og det kan føre til mindre misforståelser (Danielsen et al., 2018).

I Molnes (2014) kommer det fram at sykepleiere ønsker bedre kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og hjemmesykepleien. Viktig informasjon kan glippe når pasienter overflyttes fra sykehus til hjemmet, og sykepleiere opplever det tidkrevende å innhente informasjon på tvers av instansene. Planleggingen av omsorg overfor pasienter

i sårbare situasjoner blir da mindre effektiv (Molnes, 2014). Sykepleiere kommenterer også at det blir lagt et stort forventningspress på hjemmesykepleien etter utskrivelse. Leger og sykepleiere i spesialisthelsetjenesten lover ting som ikke er overkommelig for hjemmesykepleien. Det kommer også frem at det ikke alltid er tid til forhåndsplanlegging når pasienter kommer hjem fra sykehus. Dette mener sykepleierne reduserer kvaliteten på omsorgen (Joren et al., 2021; Molnes, 2014).

### 4.3 Mangelfull kompetanse

Faglig utvikling og oppdatering er noe sykepleiere etterspør på arbeidsplassen, men opplever at de ikke blir imøtekommet. Grunnlaget er ofte at det ikke er tid og/eller ressurser nok til å få dette gjennomført. Interne kurs blir sjeldent utført grunnet manglende kompetanse på området. Sykepleierne savner også et faglig forum, og etterlyser større fokus på smertelindring i grunnutdanningen. I forhold til tema smertelindring i studien, oppleves det at personlige meninger og holdninger øker uenigheten mellom de ansatte (Molnes, 2014).

Det påpekes at manglende kompetanse og usikkerhet hos sykepleierne fører til økt arbeidsmengde særlig for fastleger. Samsillet mellom fastlege og sykepleier er vesentlig for best mulig omsorgstilbud for pasientene, og det krever samarbeid og kompetanse hos begge parter for å oppnå et godt resultat (Danielsen et al., 2018).

I en kvantitativ studie utført av Shimizu et al., (2016) ble det laget spørreskjema som sykepleiere skulle svare på i forhold til egen kompetanse og holdninger i forbindelse med palliativ pleie. Det kommer frem at manglende kunnskap om palliativ pleie gjør det utfordrende for sykepleiere å arbeide effektivt. De erfarne sykepleierne rapporterer å ha betraktelig mer selvtillit i utførelsen av palliativ pleie, enn de som har manglende kompetanse og erfaring innenfor fagområdet (Shimizu et al., 2016). Mangelen på økonomiske midler kan være en faktor som påvirker tilgangen til å øke kompetanse blant sykepleiere (Molnes, 2014; Shirinabadi Farahani et al., 2018).

Sykepleiere står ofte i situasjoner med mye ansvar, da legene stoler på deres erfaringer og kunnskap. De ser pasienten oftere og kan videreformidle sine objektive observasjoner om pasientsituasjonen til legene. Sykepleierne i studien forteller at de hadde satt stor pris på at legene var til stede og kunne bidra med sin kompetanse (Anquinet et al., 2015).

### 4.4 Lite tilgang på ressurser

Interne kurs er ofte nedprioritert grunnet manglende ressurser. Dilemma sykepleiere føler de blir stilt opp mot, er når de vet at jobben kunne vært utført annerledes, og i mange tilfeller bedre, men at det ikke er mulig grunnet oppdrag som er presset inn på en viss tid. Mange arbeidsoppgaver må utsettes fordi det ikke er overkommelig å gjennomføre med den bemanningen som er. Dette fører til større arbeidspress, særlig for sykepleierne (Joren et al., 2021; Molnes, 2014). Ekstra tilgang på personell vil kunne bidra til at flere arbeidsoppgaver blir dekket og pasientsikkerheten vil bli bedre ivaretatt (Danielsen et al., 2018; Molnes, 2014).

I Molnes (2014) nevner sykepleiere at ressursmangel også kan føre til dårligere smertelindring av kreftpasienter, da de ikke får tid til å kartlegge eller observert smertene over tid. Det oppleves at tidspress grunnet manglende bemanning, og en høy pleietyngde har en negativ effekt på oppfølgingen og omsorgen, spesielt til denne pasientgruppen. Behovet for ressurser påpekes i form av personell (Joren et al., 2021; Molnes, 2014).

Hjemmesykepleien har ikke alltid nok ressurser til å innhente relevant informasjon når pasienten overflyttes fra sykehus til hjemmet. Danielsen et al., (2018) hevder at de første dagene etter utskrivelse til hjemmet er avgjørende for å skape et godt forløp for pasienten. Dette krever at hjemmesykepleien har tilgjengelige ressurser for å koordinere blant annet tilsyn, medisiner og igangsette nødvendige tiltak (Danielsen et al., 2018).

Sykepleiere som utfører palliativ pleie i Iran, uttrykker at de er svært fornøyde med tilgangen på ressurser som medisiner og medisinskteknisk utstyr. Derimot uttrykker de misnøye angående informasjonen som formidles til pasienten. I Iran er det ikke vanlig å snakke høyt om døden eller sykdommer, da dette betegnes som en uhøflig handling. Det nevnes også at en utfordring helsepersonell opplever er mangelen på tid og økonomi for å få optimalisert den palliative pleien (Shirinabadi Farahani et al., 2018).

## 5 Diskusjon

I diskusjonskapittelet skal vi diskutere hvilke utfordringer sykepleier opplever i forbindelse med palliativ pleie til hjemmeboende kreftpasienter. Med utgangspunkt av funn i resultat, bakgrunnskunnskap og teori skal vi belyse hvordan utfordringene påvirker sykepleieutøvelsen. Videre presenterer vi forslag til videre forskning, styrker og svakheter ved vår bacheloroppgave og avslutningsvis en konklusjon.

### 5.1.1 Kommunikasjonsutfordringer i tverrfaglig team

Kommunikasjonsutfordringer er noe sykepleiere belyser som en utfordring i forbindelse med palliasjon i hjemmet. De samarbeider med flere helsepersonell fra ulike faggrupper som gjerne har ulike arbeidsrutiner. Ofte er arena for felles diskusjon helt tilfeldig. Derfor kan tverrfaglig samarbeid oppleves utfordrende. Tverrfaglig samarbeid har som mål å oppnå en felles forståelse ved å se problemene fra flere perspektiver. Enighet og nyskapning danner et fundament for tilpasset omsorg til hver enkelt pasient. For at faglig diskusjon og kunnskapsoverføring skal finne sted, er det avgjørende at yrkesutøverne viser respekt for hverandres fagområder, og er trygge på egen funksjon og kompetanse (Fjørtoft, 2016, pp. 201-202).

Når pasienter med uhelbredelig sykdom ytrer et ønske om å dø hjemme, overflyttes behandlingsansvaret fra sykehus til hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2016, p. 17). Pasienter i palliativ fase har ofte komplekse behov som krever samarbeid fra flere fagområder. Ved å inkludere flere fagområder får man tilgang på et bredere spekter av kunnskap, erfaring og kompetanse (Fjørtoft, 2016, pp. 194-195, 201).

### 5.1.2 Kommunikasjonsutfordringer med spesialisthelsetjenesten

Når det gjelder samhandling med spesialisthelsetjenesten, rapporterer sykepleiere at det oppleves utfordrende å ikke få tilstrekkelig informasjon ved pasientovergang. Grunnet tidspress og stor arbeidsmengde er det krevende for sykepleiere å innhente informasjon selv, da ressursene må prioriteres på andre områder (Molnes, 2014, p. 150). Sykehuset står ansvarlig for å videreføre relevant pasientinformasjon som oppdaterte medisinlister og plan for eventuelt videre oppfølging. Er pasientinformasjonen fragmentert, kan det være vanskelig å samle alt av informasjon og sette det sammen til en helhetlig kontekst. Når sykepleiere ikke får tilstrekkelig informasjon om pasientens tilstand, kan det oppleves utfordrende å igangsette nødvendige tiltak til den enkelte. Dette kan også påvirke forholdet mellom sykepleier og pårørende, da de pårørende i enkelte tilfeller ikke har tiltro til spillet mellom hjemmesykepleien og spesialisthelsetjenesten (Molnes, 2014). Samtidig vil det være vanskelig å gi god omsorg, fordi kvaliteten kan bli redusert (Orvik, 2015, p. 167).

Kontinuitet er en nødvendig forutsetning for å oppnå god kvalitet på sykepleien, og kontinuitet er avgjørende for å unngå en avbrutt pasientovergang. Kartlegging av pasientens hjelpebehov bør skje i samråd med pasienten for å ivareta deres rett til brukermedvirkning. På bakgrunn av dette bidrar det til å sikre pasientens deltakelse og

skape et helhetlig pasientforløp. Ved å aktivt inkludere pasienten i beslutningsprosesser, reduseres risikoen for brudd i kontinuiteten og sikrer god overgang mellom ulike behandlingstilbud og omsorgsnivåer (Kirkevold, 2021, pp. 323-327; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1).

### 5.1.3 utfordringer ved sen involvering

Når sykepleiere kommer inn i en palliativ setting for sent, oppleves dette som en utfordring da de ofte kommer inn på et stadium hvor situasjonen er belastende, i form av at de står overfor en krisesituasjon (Dhollander et al., 2018). Tillitsforholdet mellom sykepleier og pasient er grunnleggende forutsetninger i utøvelsen av sykepleie, og etableringen av et slikt forhold er det sykepleiere som har ansvar for (Kirkevold, 2021, p. 331). Å bygge relasjoner som er preget av trygghet, tillit og respekt, tar tid. Ifølge Martinsen er relasjonen viktig for at pasienten skal føle seg ivaretatt og anerkjent. Sykepleier må våge å utlevere seg, være engasjert og vise interesse overfor pasienten. Martinsen bemerker at omsorg handler om å møte pasienten som et enkelt individ og ta hensyn til deres unike livssituasjon. Noe hun også legger vekt på er at sykepleiere bør tilby omsorg som en verdi i seg selv, og legge til side egne interesser og behov. Dette kalles uegennyttighet prinsippet hvor en ikke skal forvente noe i retur, eller ha som mål å gjenvinne pasientens selvstendighet (Kristoffersen, 2021, p. 263).

Det er en forutsetning at forholdet har en autoritetsstruktur, med det menes at sykepleiere står i en stilling hvor de har kunnskap som er nødvendig for den andre (Martinsen, 2005, pp. 142-147). Hun påpeker også at sykepleiere må bruke sin faglige merforståelse på en måte som gagnar pasienten. Pasienten kan være aktiv i beslutningsprosessen, men kan velge bort å ta stilling til spørsmål hvor de mangler forutsetninger til å ta valg (Kristoffersen, 2021, p. 266). Herunder kommer den svake paternalismen. Paternalisme betegner forholdet mellom styrende og styrte, der sykepleiere i denne sammenhengen representerer den svakt styrende parten på grunn av deres mer omfattende kunnskap i forhold til pasienten. Sykepleier har ikke lov til å overkjøre pasientenes valg, men har mulighet til å påvirke dem. Dersom det gagnar pasienten er det gunstig at de dras med i beslutningsprosessen, men sykepleiers faglige skjønn bør aktivt brukes for å avgjøre om utfallet bedres eller forverres. Grunnlaget for at sykepleiere skal klare å beslutte dette, er evnen til å sette seg inn i situasjonen til motparten, og med det være et medmenneske (Martinsen, 2005, p. 146).

Etiske dilemmaer kommer til syne ved sen involvering, dersom pasienten ikke har vært i stand til å delta vedrørende avgjørelser i den palliative pleien. Livstruende sykdom rammer ikke bare den som er syk, men også de pårørende. Hjemmesykepleien ser på pårørende som en samarbeidspartner og en god ressurs for at pasienten skal ha mulighet til å være hjemme lengst mulig (Fjørtoft, 2016, p. 102; NOU 2017:16, 2017, p. 15). Sykepleiere må også ivareta og anerkjenne pårørendes behov, da de befinner seg i en sårbar situasjon hvor ting er ukjent og skremmende (Mathisen, 2011, p. 303). Pårørende blir i mange tilfeller pasientens talsperson, noe som oppleves belastende når pasienten ikke lenger kan samtykke. Tidlig relasjonsbygging er fremtredende for å avklare detaljer før dette stadiet, slik at pårørende skal unngå å kjenne på disse følelsene. Belastende avgjørelser gjelder også for sykepleiere når de ikke har opparbeidet seg kjennskap til pasienten og pårørende, og må ta avgjørelser på deres vegne (Lorentsen & Grov, 2017, p. 427).

Livshjelp er et begrep som beskriver at omsorg for alvorlig syke, og deres familie handler om livet, og ikke om døden. Et budskap om å få leve livet helt til siste slutt. Kari Martinsen vektlegger at betingelsesløs omsorg er et mål i seg selv, da det ikke har som mål å løse et problem eller behandle en sykdom, men heller å tilby omsorg og støtte, for å lindre lidelse og forbedre livskvaliteten til pasienten (Kristoffersen, 2021, pp. 261-262). Enkeltindividet skal få møte døden på egne premisser, og få leve best mulig i egne omgivelser, med minst mulig plager (NOU 2017:16, 2017, p. 20). Trygg relasjon mellom involverte parter legger til rette for en åpen samtale om vanskelige tema som nåværende livssituasjon og døden. Døden kan for mange være skremmende og ubehagelig å snakke om. Det er ytret behov for mer samtaler om tematikken mellom sykepleiere, pårørende og pasient for at alle parter skal være forberedt på hva døden innebærer (Meld. St 24 (2019-2020), p. 26; NOU 2017:16, 2017, pp. 16-17).

#### 5.1.4 Samhandling mellom fastlege og sykepleiere

Helsepersonell skal innhente andre faggrupper dersom karakteren av situasjonen krever annen kompetanse (Fjørtoft, 2016, pp. 156-157). Sykepleiere forteller at legene til tider kan være utilgjengelige, og ha utilstrekkelig med kompetanse innenfor palliasjon. Følelsen av å sitte med et stort ansvar på egen hånd blir emosjonelt belastende. Dette er ikke faglig forsvarlig ifølge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. Sykepleiere skal kjenne sine grenser for hvor kompetanseområdet deres går (Norsk sykepleierforbund, 2019b). Det er vanlig praksis at legen har det overordnede ansvaret for å ordinere medikamenter og bestemme behandling, mens sykepleierne har ansvar for administrering og utførelsen av behandlingen. Sykepleiere opplever imidlertid at leger ofte har tillit til deres kompetanse, da legene selv kan være usikre på området. Slike situasjoner kan skape en form for dilemma, som kan føre til at pasienten og deres pårørende opplever usikkerhet og bekymring. Dette kan igjen påvirke sykepleierne som er nærmest pasienten og som har hyppigst kontakt med dem (Anquinet et al., 2015).

#### 5.1.5 Sykepleiers kompetanse

Sykepleiere forteller at de savner et faglig forum, og opplever at det er lite fokus på faglig oppdatering og utvikling (Molnes, 2014, p. 147). Viktigheten av å ha tilstrekkelig kompetanse kommer tydelig frem i Fjørtoft (2016) ved at sykepleiere trenger kompetanse innenfor flere områder når man arbeider i hjemmesykepleien. Det er nødvendig å ha gode ferdigheter og kunnskaper for å kunne handle aktsomt i en uforutsigbar hverdag (Fjørtoft, 2016, p. 215). Dersom sykepleiere ikke har nok kompetanse innenfor palliasjon kan det bli utfordrende å arbeide effektivt. Når intern kursing blir nedprioritert er det risiko for at kompetansen hos personalet ikke heves. Erfarne sykepleiere rapporterer at de har betraktelig høyere selvtilit i utførelse av palliasjon da de har tilegnet seg kompetanse over tid (Shimizu et al., 2016). For nyutdannede sykepleiere kan det å ikke få mulighet til å øke kompetansen via kursing føre til usikkerhet i sykepleieutførelsen.

Kompetanse kommer med erfaring, og Molnes (2014) understreker viktigheten av å gjøre hverandre gode. Deling av erfaring og kompetanse innad i personalet kan gi en form for kompetanseheving. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere belyser blant annet

at sykepleie skal bygges på forskning, kompetanse og erfaringer. Derfor er det fordelaktig å utvikle kompetansen for å arbeide faglig forsvarlig (Norsk sykepleierforbund, 2019b)

Faglig forsvarlighet innebærer å ha faglig kompetanse, kunnskap og erfaringer innenfor fagområdet man arbeider i, med fokus på retningslinjer og standarder. Sykepleiere er pliktige til å utføre arbeid på en trygg, faglig forsvarlig og kvalitetsmessig måte (Helspersonell loven, 1999, §4). Sykepleiere har også et individuelt ansvar i å holde seg faglig oppdatert innen eget fagområde, for å opprettholde og videreutvikle kompetansen sin (Norsk sykepleierforbund, 2019a).

### 5.1.6 Ressurser

Sykepleiere forteller de opplever det utfordrende når man ikke strekker til grunnet tidspress og generelt dårlig bemanning (Joren et al., 2021; Molnes, 2014; Shirinabadi Farahani et al., 2018). Arbeidsoppgaver må utsettes når de blir uoverkommelige, noe som påfører sykepleiere et stort arbeidspress. Spesialisthelsetjenesten lover ofte ting som ikke er holdbart for hjemmesykepleien å gjennomføre. Det er ikke ressurser nok til at man har tilsyn døgnet rundt (Molnes, 2014). I dag mangler vi 7000 sykepleiere, og i 2035 er det estimert en sykepleiermangel på 28 000 (Hafstad, 2021).

Når bemanningen er lav og pleietyngden stor, opplever sykepleiere blant annet at det er vanskelig å få kartlagt og observert kreftpasientenes smerte og behov for hjelp (Molnes, 2014, p. 148). Palliative pasienter er en gruppe som høyst bør prioriteres, og for at kreftpasienter skal ha det mest mulig behagelig er det vesentlig at smertelindringen er optimal (Kaasa & Loge, 2016, p. 49). Ifølge en uttalelse fra FN har døende pasienter rett til smertelindring, og selv om det kan fremskynde døden, bør lindrende behandling sikre tilstrekkelig smertelindring. Det er imidlertid viktig at pasient og pårørende er klar over at smertelindring kan føre til tap av pasientens bevissthet. En av utfordringene som diskuteres i denne sammenheng, er frykten som helsepersonell føler på for at behandlingen kan tolkes som passiv dødshjelp (Mathisen, 2011, p. 313).

Nok bemanning er nødvendig for å sikre god kvalitet og faglig forsvarlighet. Kampen om tiden er i stor grad en sentral komponent for at det er utfordrende å utføre palliativ pleie i hjemmet. I helsetjenesten blir tiden ofte betraktet som en moralsk verdi (Fjørtoft, 2016, p. 164). Bemanningen har stor betydning for pasientsikkerheten, og grunnlaget for god pasientsikkerhet er avhengig av godt arbeid både på systemnivå og individnivå. På systemnivå snakkes det gjerne om organisering og ressurser for å styrke pasientsikkerheten, dette kan oversettes til at ledelsen må tilpasse antall ansatte på jobb for at pasientsikkerheten skal ivaretas (Kirkevold, 2021, p. 326).

Det store tidspresset og den knappe bemanningen gjør at sykepleiere opplever at jobben kunne blitt utført betydelig bedre dersom bemanningen var tilstrekkelig. Sykepleiere opplever å sitte igjen med følelsen av å ikke ha gjort en god jobb (Molnes, 2014). Dette holder ikke mål i henhold til Kari Martinsens sykepleiermoral hvor fundamentet er å ta gode og riktige avgjørelser til det beste for pasienten (Kristoffersen, 2021, pp. 267-269). Et argument fremmet av helsepersonell er at tilstrekkelig bemanning er avgjørende for å opprettholde en juridisk minimumsstandard, sikre god kvalitet og faglig forsvarlighet som vil være til fordel for pasienten. Samtidig vil det styrke sykepleiers integritet og arbeidshelse (Orvik, 2015, p. 150).



Helsevesenet i Iran viser til sammenlignbar problematikk i form av tidspress og til tider lite bemanning. Sykepleiere uttrykker dog at ressurser i form av medisinskteknisk utstyr og tilgangen på medikamenter er tilstrekkelig. Kultur og religiøse faktorer blir belyst som en utfordring for helsevesenet i Midtøsten grunnet lite åpenhet om død og sykdom. Det å snakke om sykdom og død i enkelte kulturer ble betegnet som respektløst og uhøflig. Denne kulturkontekstuelle faktoren påvirket den palliativ pleie ved at pasienter ikke var klar over sin kreftdiagnose eller ulike behandlingsalternativer. 64,7% av pasientene var i følge studien ikke klar over egen diagnose, og av disse var bare 38,7% medvirkende til behandlingsalternativer (Shirinabadi Farahani et al., 2018, p. 6). Lite åpenhet rundt samtaleemner som pasientens sykdom, svekkes relasjonen mellom pasient og sykepleier, og det blir vanskeligere å kartlegge pasientens ønsker eller behov. Uavhengig av kulturforskjeller bemerker helsevesenet at det er ønskelig med økt palliativt fokus i grunnutdanningen til sykepleiere (Molnes, 2014; Shirinabadi Farahani et al., 2018).

## 5.2 Forslag til videre forskning

For å identifisere områder som krever forbedring, er det behov for ytterligere forskning angående utfordringer sykepleiere opplever i palliativ pleie. Vi støtter Molnes (2014) sin påstand om at økt fokus på kompetanseutvikling og mer undervisning innen palliasjon i grunnutdanningen til sykepleiere er relevant, ettersom sykepleiere møter på denne pasientgruppen i ulike arbeidsmiljøer. Forslag til videre forskning kan være å undersøke hvilke tiltak som kan iverksettes for å lette de identifiserte utfordringene.

## 5.3 Styrker og svakheter

En styrke ved oppgaven er at vi har inkludert både kvalitative og kvantitative artikler, dette for å kunne belyse sykepleieres egne opplevelser og erfaringer ved å ta i bruk intervju som metode, samt to kvantitative artikler som inneholder objektive data basert på tall og statistikk. Vi har vært oppmerksomme på at det kan forekomme feilkilder i kvantitative studier. Vi har valgt å inkludere studiene da den ene baserer seg på sykepleiers holdninger og selvrapportering av egen kompetanse, og den andre studien jobber for å utvikle et kartleggingsverktøy for å evaluere hjemmesykepleiens holdninger, egenrapportering, vansker og kunnskaper rundt palliativ behandling. I henhold til vår problemstilling ønsker vi å gjøre oppmerksom på utfordringer sykepleier møter på i praksis i utøvelsen av den palliative pleien.

En annen komponent vi ser på som en styrke i oppgaven er at vi skriver i par. Dette gir rom for refleksjoner, synspunkt fra ulike sider og et kritisk blick på bachelorens innhold og hverandres bidrag. Vi har skrevet alle delene av bacheloren sammen for et helhetlig resultat.

Faktorer som kan bidra til å svekke denne bacheloroppgaven er at syv av åtte artikler er engelske. I oversettelsen fra engelsk til norsk kan vi ha oversett viktige detaljer da artiklene inneholder mye avansert fagspråk, og den opprinnelige meningen kan ha blitt endret i oversettelsesprosessen.

Resultatene i denne oppgaven bør tolkes med forsiktighet, de er ikke generaliserbare for alle sykepleiere. For det første har vi valgt å fokusere på sykepleieres utfordringer i palliativ pleie, mens mange sykepleiere også kan oppleve at de for eksempel har god kompetanse og/eller at det tverrfaglige samarbeidet er bra. I studien til Shimizu et al., (2016) nevnes det at helsepersonell med mye erfaring innen palliativ pleie føler de har tilstrekkelig kompetanse, noe som påvirker deres utøvelse positivt (Shimizu et al., 2016). For det andre var rammene for denne bacheloroppgaven 7-10 artikler, det er få artikler innenfor et felt hvor det finnes mye forskning.

Funnene i enkelte artikler peker på positive sider ved tidlig involvering. Da vi skal basere oppgaven på utfordringer sykepleiere møter på, har vi valgt å trekke frem risiko ved sen involvering og derfor inkluderer dette i diskusjonsdelen.

## 5.4 Konklusjon

I denne bacheloroppgaven har vi undersøkt hvilke utfordringer sykepleiere opplever i forbindelse med palliativ pleie til hjemmeboende kreftpasienter. Når sykepleiere blir involvert for sent i en palliativ setting, oppleves dette som en utfordring grunnet svekket relasjon med pasienten og pårørende. For at relasjonen skal bære preg av trygghet og tillit, er det viktig at sykepleierne får engasjert seg tidlig. Den tidlige involveringen bidrar til å skape følelse av ivaretagelse og anerkjennelse for pasienten og deres pårørende.

Kommunikasjonsproblemer er en annen utfordring sykepleiere opplevde på flere områder i helsesektoren. Det er blant annet dårlig kommunikasjon og lite rom for kunnskapsoverføring i det tverrfaglige teamet. Det tverrfaglige samarbeidet er avgjørende i den krevende og komplekse palliative pleien. Dårlig samhandling med spesialisthelsetjenesten og fragmentert pasientinformasjon gjør den palliative pleien utfordrende. Begrensede ressurser i form av tid og personell, kan påvirke kvaliteten på pleien. En bedret arbeidsorganisasjon og god kommunikasjon er vesentlig for å sikre kvalitetsmessig omsorg i hjemmet.

Den palliative pleien krever kompetanse, men vi ser at dette nedprioriteres på grunn av manglende kunnskap på området og begrensede ressurser. I grunnutdanningene er det lite fokus på palliasjon, og det brukes få ressurser for å heve kompetansenivået på arbeidsplassen. I den kvantitative studien til Shimizu et al., (2021) undersøkte de hvordan sykepleierne selv oppfattet sin utførelse av palliativ pleie. Den type studie kan være med på å identifisere mangler og bidra til å videreutvikle utdanningsprogrammet for sykepleiere.

En annen utfordring som belyses er at dersom legene mangler kompetanse på området har de en tendens til å ha god tillit til sykepleierne, og overfører et stort ansvar på dem. Sykepleierne beskriver dette som emosjonelt belastende. Pasienter kan også føle seg utrygge når legene til tider er utilgjengelige. Beslutninger og vurderinger om sedasjon, og frykten for å fremskynde døden kan føre til at smertelindringen ikke er optimal og dette skaper etiske dilemmaer for sykepleierne.



# Referanser

- Anquinet, L., Rietjens, J. A., Mathers, N., Seymour, J., Heide, A., & Deliens, L. (2015). Descriptions by General Practitioners and Nurses of Their Collaboration in Continuous Sedation Until Death at Home: In-Depth Qualitative Interviews in Three European Countries. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.05.012>
- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care: A practical guide* (4. utgave ed.). Open university press.
- Brenne, A.-T., & Estenstad, B. (2016). Hjemmedød. In S. Kaasa & J. H. Loge (Eds.), *Palliasjon* (2. utgave ed., pp. 161-171). Gyldendal akademisk.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tuft, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleieutdanningene*. Abstrakt forlag.
- 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 Palliat Care*, 17(1), 95-95. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0350-0>
- Dhollander, N., Deliens, L., Van Belle, S., De Vleminck, A., & Pardon, K. (2018). Differences between early and late involvement of palliative home care in oncology care: A focus group study with palliative home care teams. *Palliat Med*, 32(7), 1275-1282. <https://doi.org/10.1177/0269216318774676>
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian journal of advanced nursing*, 20(2), 22-26.
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemme-sykepleie* (utgave, Ed.). Fagbokforlaget.
- Griffiths, J., Ewing, G., & Rogers, M. (2013). Early support visits by district nurses to cancer patients at home: A multi-perspective qualitative study. *Palliat Med*, 27(4), 349-357. <https://doi.org/10.1177/0269216312451949>
- Hafstad, A. (2021). *Sykepleiemangel: Leverer i krise- blir ikke prioritert*. Sykepleien.no. <https://sykepleien.no/meninger/2021/10/sykepleierne-leverer-i-krise-men-det-tas-ikke-grep-om-sykepleiermangelen>
- Helsebiblioteket. (2016, 03.06.16). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistor?fbclid=IwAR0ZwezWiR8uETfdj1B387NIHlqSh08u2BmrqoXGIj3J04yfnsh0B6PmILY>
- Helsedirektoratet. (2015, 14.10.19). *Palliasjon i kreftomsorgen - handlingsprogram*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>
- Helsedirektoratet. (2018, 18.08.18). *Lindrende behandling i livets slutfase*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/innledning>
- Helspersonell loven. (1999). *Lov om helsepersonell LOV- 1999-07-02-64*. LOVDATA. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Joren, C. Y., de Veer, A. J. E., de Groot, K., & Francke, A. L. (2021). Home care nurses more positive about the palliative care that is provided and their own competence than hospital nurses: a nationwide survey. *BMC palliative care*, 20(1), 1-170. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00866-4>
- Kirkevold, M. (2021). Pasientsikkerhet, kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie. In G. H. Grimsbø (Ed.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (4. Utgave ed., pp. 319-364). Gyldendal akademisk.

- Kreftforeningen. (2023a, 02.05.23). *Hjemmedød*. Kreftforeningen.  
<https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/doden/hjemmedod/>
- Kreftforeningen. (2023b, 13.04.23). *Hva er kreft?* Kreftforeningen.  
<https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/>
- Kreftregisteret. (2023, 10.05.23). *Kreft i Norge*. Kreftregisteret.  
[https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/?fbclid=IwAR2xsZNYs97QKWjOILN3yu2Bm\\_p\\_p6LWj0A16ay-3eeHLpCM8jVQ4BgNG0w](https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/?fbclid=IwAR2xsZNYs97QKWjOILN3yu2Bm_p_p6LWj0A16ay-3eeHLpCM8jVQ4BgNG0w)
- Kristoffersen, N. J. (2021). Sykepleiefagets teoretiske utvikling - en historisk reise. In G. H. Grimsbø (Ed.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (4. utgave ed., pp. 225-287). Gyldendal akademisk.
- Kaasa, S., & Loge, J. H. (2016). Palliativ medisin - en innledning. In S. Kaasa & J. H. Loge (Eds.), *Palliasjon*  
*Nordisk lærebok* (2. utgave ed., pp. 33-50). Gyldendal akademisk
- Lorentsen, V. B., & Grov, E. K. (2017). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. In H. Almås (Ed.), *Klinisk sykepleie bind 2* (5. utgave ed., pp. 397- 436). Gyldendal akademiske.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønn og evidensen* (1. Utgave ed.). Akribe.
- Mathisen, J. (2011). Sykepleie ved livets avslutning. In E.-A. Skaug (Ed.), *GRunnleggende sykepleie bind 3* (2. Utgave ed., pp. 296-336). Gyldendal akademisk.
- Meld. St 24 (2019-2020). *Lindrende behandling og omsorg - Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve.* . Retrieved from  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20192020/id2700942/>
- Molnes, S. I. (2014). Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. *Nordisk sygeplejeforskning*, 4(2), 142-155.  
<https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2014-02-06>
- Norsk sykepleierforbund. (2019a). *Faglig forsvarlighet*  
*-Den enkeltes ansvar*. Norsk sykepleierforbund.  
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/faglig-forsvarlighet-og-omsorgsfull-hjelp>
- Norsk sykepleierforbund. (2019b, 2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF.  
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- NOU 2017:16. (2017). *På liv og død - palliasjon til alvorlig syke og døende*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548/>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse*  
*Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utgave ed.). Kappelen damm.
- 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>
- Shimizu, M., Nishimura, M., Ishii, Y., Kuramochi, M., Kakuta, N., & Miyashita, M. (2016). Development and validation of scales for attitudes, self-reported practices, difficulties and knowledge among home care nurses providing palliative care. *Eur J Oncol Nurs*, 22, 8-22. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2016.02.009>
- Shirinabadi Farahani, A., Rassouli, M., Khanali Mojen, L., Ansari, M., Ebadinejad, Z., Tabatabaee, A., Azin, P., Pakseresht, M., & Nazari, O. (2018). The Feasibility of Home Palliative Care for Cancer Patients: The Perspective of Iranian Nurses. *International Journal of Cancer Management, In Press*(In Press).  
<https://doi.org/10.5812/ijcm.80114>
- Wengström, Y., & Forsberg, C. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier*  
*Vårdning, analys, och presentation av omvårdnads forskning* (utgave, Ed.). Natur & Kultur.

# Vedlegg

Vedlegg nr. 1 – Søketablell

Vedlegg nr. 2 – Sjekkliste for kvalitativ artikkel

Vedlegg nr. 1 - Søketablell

Søkeord	Dato	Databaser	Evt. avgrensning	Antal treff	Leste abstracte r (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
Search: (((home care nurse[MeSH Terms]) OR (home care nurse[Text Word])) AND ((home death[Text Word]) OR (home death[MeSH Terms]))) AND ((palliative care*[Text Word]) OR (palliative care*[MeSH Terms]))) AND ((nurse*[MeSH Terms]) OR (nurse*[Text Word]))	12/04-23	Pubmed		4	4	1	Danielsen et al. (2018) Experience and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care- a qualitative study.
Nurse*OR nurses, Nurse OR nurses OR nursing AND home health care OR homebased care OR home nursing AND palliative care* OR palliative care AND cancer OR neoplasm	17/04-23	Cinahl	Norsk, Svensk, Dansk og Engelsk språk. årstall: 2012-dd. Peer review, research article.	69	4	3	<b>Anquetin et al.(2015)</b> <i>Descriptions by General Practitioners and Nurses of Their Collaboration in Continuous Sedation Until Death at Home: In-Depth Qualitative Interviews in Three European Countries</i> <b>Shimizu et al.(2016)</b> <i>Development and validation of scales for attitudes, self-reported practices, difficulties and knowledge</i>

							<i>among home care nurses providing palliative care</i> <b>Farahani et al.(2018)</b> <i>The feasibility of home palliative care for cancer patients: perspective of Iranian nurses</i>
Nurse* AND Palliative care* AND Cancer AND Home health care	17/04-23	Idunn		1	1	1	<b>Molnes, S.I. (2014)</b> <i>Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter</i>



Søkeord	Dato	Database	Evt. avgrensning	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
Nurse* AND Palliative care* AND home health care AND cancer OR neoplasm	17/04-23	Medline	Årstall: 2012-dd.	80	23	8	<p><b>Griffiths et al.(2012)</b> <i>Early support visits by district nurses to cancer patients at home: a multi-perspective qualitative study.</i></p> <p><b>Dhollander et al.(2018)</b> <i>Differences between early and late involvement of palliative home care in oncology care: a focus group study with palliative home care teams.</i></p> <p><b>Joren et al.(2021)</b> <i>Home care nurses more positive about the palliative care that is provided and their own competence than hospital nurses: a nationwide survey.</i></p>

## Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

### Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

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

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

### Om sjekklisten

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

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

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?  
Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

### Kritisk vurdering av:

(Molnes, 2014)

Molnes, S. I. (2014). Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. [Nordisk sykepleieforskning](#), 4(2), 142-155.  
<https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2014-02-06>

## Del A: Innledende vurdering

### 1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

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

Kommentar:

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

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

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

Kommentar:

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

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

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

Kommentar:

#### 4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

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

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

**Kommentar:**

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

Ja –  Nei –  Uklart

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

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

**Kommentar:**

|

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

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

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

**Kommentar:**

- Forskeren har selv bakgrunn i hjemmsykepleien.

**7. Er etiske forhold vurdert?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

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

**Kommentar:**

- Studien ble levert inn til NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste) og ble godkjent.

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

Ja –  Nei –  Uklart

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

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

**Kommentar:**

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

Ja –  Nei –  Uklart

## Del B: Hva er resultatene?

### 9. Er funnene klart presentert?

Ja –  Nei –  Uklart

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

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

**Kommentar:**

- Forskeren har presentert funnene i underoverskrifter til hvert av funnene.

## Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

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

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

**Kommentar:**

- Studien presenterer tydelig hvilke erfaringer og utfordringer sykepleiere i hjemmesykepleien opplever i forbindelse med smertelindring.

## Del B: Hva er resultatene?

### 9. Er funnene klart presentert?

Ja –  Nei –  Uklart

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

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

**Kommentar:**

- Forskeren har presentert funnene i underoverskrifter til hvert av funnene.

## Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

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

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

**Kommentar:**

- Studien presenterer tydelig hvilke erfaringer og utfordringer sykepleiere i hjemmesykepleien opplever i forbindelse med smertelindring.



