



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

**Pleie til palliative i hjemmet/Palliative care at home**

**Kandidatnummer: 57 og 18**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 59**

**Molde, 25.05.20**



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiattrollert i URKUND, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Personvern

## Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

## Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder:

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja     nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja     nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja     nei

Dato:

**Antall ord: 7320**

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Ifølge Helse og omsorgsdepartementet (2019) dør 15% av befolkningen i Norge i sitt eget hjem. Mange pasienter ønsker å være hjemme så lenge som mulig mot livets slutt og noen ønsker å dø hjemme. Pasienter som trenger palliativ pleie har ofte et økt hjelpebehov og dette stiller krav til sykepleieres faglige kompetanse. Samtidig utfordres sykepleiers personlige kompetanse ved palliativ omsorg - det er ikke tilstrekkelig med god kunnskap om teori og prosedyrer.

**Hensikt:** Hensikten med vår litteraturstudie var å belyse hvordan sykepleier erfarer å gi palliativ pleie i hjemmet

**Metode:** Litteraturstudie basert på 10 kvalitative forskningsartikler

**Resultat:** Sykepleieres erfaringer med palliasjon i hjemmet viser positive og negative psykiske reaksjoner. Kompetanse og erfaring er avgjørende for god palliativ pleie. Hjemmet som arbeidsplass byr på utfordringer men også fordeler. Sykepleierne opplevde å få en tilknytning til pasient og pårørende. Sykepleierne opplevde kvaliteten av det tverrfaglig samarbeidet som varierende.

**Konklusjon:** Studien vår viste at sykepleiere møter ulike utfordringer ved palliativ omsorg i hjemmet. Funnene i studien vår kan blant annet bidra til mer refleksjon i praksis og fokus på palliasjon i utdanningen og på arbeidsplassen.

**Nøkkelord:** Palliativ pleie, sykepleier, erfaring og hjemmesykepleie.

## **Abstract**

**Background:** According to the Norwegian Ministry of Health and Care Services (Helse og omsorgsdepartementet) (2019), 15 % of the population in Norway die in their own homes. However, many patients claim to desire staying home for as long as possible towards the end of their lives and some even want to die at home. Patients in need of palliative care often have an increased need for help, which places heavy demands on nurses' professional competence. Meanwhile, nurses' personal competence is challenged by palliative care because knowledge of theory and procedures in these cases are not sufficient.

**Purpose:** The aim of this study was to clarify how nurses experience palliative care in the patients' home.

**Method:** A systematic literature study based on 10 qualitative research articles.

**Results:** The experiences the nurses had with palliative care at home shows both positive and negative mentally reactions. Competence and experiences are crucial for good palliative care. Having the home as a workplace can be challenging, but also has its benefits. The nurses experienced a connection with both the patient and relatives. The nurses experienced the quality of the interdisciplinary cooperation as varying.

**Conclusion:** Our study showed that nurses are facing different challenges when giving palliative care to patients. The findings in our study can contribute to reflections while working, and focus on palliative care in the nurses educational study program and at the workplace.

**Keywords:** Palliative care, nurse, experience and home care.

# Innhold

<b>1.0</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Studiens hensikt .....	2
<b>2.0</b>	<b>Metode.....</b>	<b>3</b>
2.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	3
2.2	Datainnsamling .....	3
2.3	Kvalitetsvurdering og etiske hensyn .....	5
2.4	Etiske overveielser .....	5
2.5	Analyse .....	5
<b>3.0</b>	<b>Resultat.....</b>	<b>7</b>
3.1	Sykepleiers psykiske reaksjoner ved palliativ pleie .....	7
3.2	Kompetanse og erfaringer.....	8
3.3	Erfaringer med hjemmet som arbeidsplass.....	9
3.4	Sykepleiers relasjon til pasient og pårørende.....	11
3.5	Tverrfaglig samarbeid med leger og kolleger .....	11
<b>4.0</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>13</b>
4.1	Metodediskusjon .....	13
4.1.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	13
4.1.2	Datainnsamling og søkestrategi .....	14
4.1.3	Kvalitetsvurdering og etiske hensyn .....	14
4.1.4	Analyse .....	14
4.2	Resultatdiskusjon .....	15
4.2.1	Psykiske reaksjoner .....	15
4.2.2	Sykepleiers kompetanse og erfaring .....	17
4.2.3	Erfaringer med hjemmet som arbeidsplass.....	18
4.2.4	Sykepleiers relasjon til pasient og pårørende .....	20
4.2.5	Tverrfaglig samarbeid med leger og kolleger .....	21
<b>5.0</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>22</b>
5.1	Forslag til videre forskning.....	22
	<b>Referanseliste.....</b>	<b>23</b>
	<b>VEDLEGG.....</b>	<b>28</b>



## 1.0 Innledning

I Norge dør omtrent 15% av befolkningen i sitt eget hjem. Mange pasienter ønsker å være så lenge som mulig i hjemmet ved livets slutt. Pasienter i palliativ fase har ofte et økt hjelpebehov og dette stiller krav til sykepleieres kompetanse om både grunnsykdom og palliasjon (NOU 2017: 16, 10). Samtidig utfordres sykepleiers personlige kompetanse ved palliativ omsorg - det er ikke tilstrekkelig med god kunnskap om teori og prosedyrer. God palliativ omsorg krever en personlig trygghet hos sykepleieren og å være reflektert i forhold til døden (Trier 2016, 48).

WHO (2002) referert i Helsedirektoratet (2015) viser til at palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnæringsmåte som har som hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved hjelp av tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte og andre problemer av fysisk, psyko- sosial og åndelig art.

I 2016 ble det bestemt at et utvalg oppnevnt av regjeringen skulle gjennomgå og vurdere dagens palliative tilbud i Norge. Dette utvalget bidrar med å foreslå ulike tiltak for å forbedre kvaliteten på dagens palliative tilbud. Noen av de viktigste prioriteringene for utvalget er å gi pasienter muligheten til å være så lenge som mulig hjemme og om det er mulig å kunne få dø i hjemmet. For å få oppfylt dette kreves kommunale helse- og omsorgstjenester med tilstrekkelig kompetanse, utvikling av et mer pasienttilpasset forløp og ved at spesialisthelsetjenesten bistår ved behov (NOU 2017: 16, 106).

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Et mål for den palliative omsorgen er at pasientene tilbringer mest mulig tid av livets slutt i hjemmet. Internasjonale undersøkelser underbygger at dette er et ønske hos de fleste, og at også mange ønsker å dø i sitt eget hjem (Haugen, Jordhøy og Hjermstad 2008, 198). Dette har vekket stor interesse hos oss og vi ønsker å vite mer om sykepleiers erfaringer med palliasjon i hjemmet. Ved avsluttet sykepleiestudiet har mange studenter lite erfaring med palliasjon. Hvis det er lite fokus på palliasjon i studiet vil sykepleierne stille dårligere

rustet ved sitt første møte med en palliativ pasient (Kalfoss 2016, 460). Som sykepleierstudenter har vi selv erfart at det er tilfeldig om man møter palliative pasienter gjennom praksis på studiet og studenters erfaringer med palliasjon varierer. Dette er noe vi vil møte i jobben som utdannede sykepleiere og det er derfor viktig for oss å belyse dette temaet.

## **1.2 Studiens hensikt**

Hensikten med vår litteraturstudie var å belyse hvordan sykepleier erfarer å gi palliativ pleie i hjemmet

## 2.0 Metode

Ved litteraturstudier skal det gjennomføres systematiske søk etter vitenskapelige artikler eller rapporter og utvalgsmetoden skal være godt beskrevet. Litteraturstudien skal ha en tydelig beskrivelse av søkestrategier som er benyttet for å finne studier og på hvilket grunnlag de blir inkludert eller ekskludert (Christoffersen et al. 2016, 62). Vår hensikt besvares best av kvalitative studier da vi er ute etter sykepleiers erfaringer og kvalitativ forskningsmetode undersøker menneskers opplevelse eller erfaringer (Helsebiblioteket 2016).

### 2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

#### Inklusjonskriterier

- Kvalitative artikler
- Engelsk språk
- Sykepleiers erfaring
- Vitenskapelige tidsskrifter som har publiseringsnivå på 1 eller 2
- Etske hensyn ivaretatt
- Avgrenset fra 2010 til i dag
- Pasienter i palliativ fase

#### Eksklusjonskriterier

- Andre språk
- Review artikler
- Kvantitative artikler
- Pasient og pårørendes perspektiv

### 2.2 Datainnsamling

Vi utførte prøvesøk i databasene Proquest og Ovid Medline for å kartlegge om det var tilstrekkelig ny forskning om temaet. Etter vi foretok første prøvesøk endret vi problemstillingen vår til pasienter i hjemmesykepleien da vi fant tilstrekkelig med nyere forskning på dette området. Vi kontaktet bibliotekar tidlig i søkeprosessen for å få

veiledning til databasesøk og hvilke søkeord som var mest hensiktsmessig i forhold til vår problemstilling. I prøvesøket hadde vi “10 last years” som avgrensning.

PICO står for Population/patient/problem (hvilken pasientgruppe eller populasjon problemstillingen dreier seg om), Intervention (tiltak som er iverksatt), Comparison (tiltak som eventuelt skal sammenlignes) og Outcome (utfall). PICO skjemaet er et verktøy som brukes til å dele opp problemstillingen og gjør at søkeordene struktureres på en oversiktlig og hensiktsmessig måte (Nortvedt et al 2016, 33). For å kombinere søkeordene på riktig måte brukte vi kombinasjonsordene “AND” og “OR”. “OR” utvider søket og “AND” innsnevrer søket. I PIO-skjemaet brukte vi “AND” mellom P, I og O. Vi brukte “OR” mellom alle søkeordene i feltet P og I. I feltet O brukte vi “AND” mellom søkeordene for å inkludere sykepleiers erfaringer (Helsebiblioteket 2016).

Vi brukte PICO skjema hvor vi fant søkeord som passet til vår problemstilling. P var ‘Palliativ pleie’, ‘Terminal pleie’, ‘Livets slutt’ og ‘dø\*’. I ble ‘Hjemmesykepleie’ og O ble ‘Sykepleie\*’ og ‘Erfar\*’. Vi brukte AND mellom ‘Sykepleie\*’ og ‘Erfar\*’ for å få begge ordene inkludert i søket da vi er ute etter å finne artikler om sykepleiers erfaringer. Vi ekskluderte C-en i vårt PICO-skjema da vi i vår oppgave ikke skal sammenlignes tiltak og dette ikke var relevant for vår problemstilling. Vi fant 24 artikler som vi leste i fulltekst. Vi ble etter gjennomlesningen mer bevisst på hva vi skulle inkludere og ekskludere av artikler.

I Ovid medline og Proquest brukte vi trunkering (\*), det vil si at vi søkte på stammen av enkelte søkeord som for eksempel nurs\* for å inkludere entalls/flertallsendinger og ulike varianter av ordet (Helsebiblioteket 2016). I databasen Ovid Medline brukte vi også MeSH termer, dette brukte vi for å finne autoriserte søkeord i internasjonale informasjonskilder (Helsebiblioteket 2018).

Vi valgte å avgrense søket til utgivelsesår innen de siste 10 årene da vi er ute etter den beste men ikke nødvendigvis den nyeste kunnskapen. Artiklene vi inkluderte var engelskspråklige. Vi valgte å avgrense søket vårt til pasienter i alle aldre over 18 år da vi ønsker å fokusere på voksne pasienter i palliativ fase. Det ble ikke avgrenset til en spesifikk alder da vi erfarte at søket ble for smalt.

## **2.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn**

De forskningsartiklene vi hadde funnet, foretok vi en kvalitetsvurdering på for å finne ut om de var av høy kvalitet og pålitelighet. For å forsikre oss om at forskningsartiklene var fagfellevurdert, så søkte vi opp og sjekket artiklenes ISSN-nummet inne på Norsk Senter for Forskningsdata. På denne måten fant vi ut hvilket tidsskrift forskningsartikkelen var utgitt i, og vi fant ut hvilke nivå de ulike forskningsartiklene var på. Norsk senter for Forskningsdata er et register over vitenskapelige publiseringskanalet. De forskningsartiklene vi har inkludert er publisert i vitenskapelig tidsskrift til nivå 1 eller 2 (Norsk Senter for Forskningsdata, 2019).

De forskningsartiklene som enten hadde nivå 1 eller 2, utførte vi en kvalitetsvurdering på ved bruk av sjekklister for vurdering av kvalitative forskningsartikler for å finne ut om resultatene på de forskningsartiklene er til å stole på. Vi utførte kvalitetsvurderingen ved bruk av sjekklisten i fellesskap (Folkehelseinstituttet, 2014). Vi hadde blant annet spesielt fokus på at utvalget var hensiktsmessig, at det var lagt vekt på de etiske overveielserne og at resultatene i forskningsartiklene kunne relateres til vår hensikt. Vi hadde også fokus på at studiene kunne relateres og overføres til praksis.

Alle våre forskningsartikler var godkjent og etisk vurdert, samt at de etiske hensynene som samtykke og anonymisering var lagt vekt på i alle forskningsartiklene (Dalland, 2017).

## **2.4 Etiske overveielser**

All forskning innenfor helsefag skal gjennomføres på en etisk og forsvarlig måte. De deltakerne som deltar i forskningen skal informeres på forhånd om deres autonomi og rett til selvbestemmelse, samt at forskeren har taushetsplikt, plikter til å respektere alle deltakernes privatliv. Derfor skal forskeren sørge for at alle deltakere skal være anonymisert, og at ingen sensitiv informasjon skal være gitt (Christoffersen et al. 2020, 45).

## **2.5 Analyse**

Vi ønsket å undersøke hvordan sykepleiere erfarer å gi palliativ pleie til pasienter i en terminal fase i hjemmet. Derfor analyserte vi opp til flere artikler med samme hensikt for å

finne en forklaring på vår problemstilling. Ved å foreta en analyse på de forskningsartiklene som er relevante, får man da til slutt et samlet svar på problemstillingen. Vi har brukt Evans fire faser når vi skulle foreta en strukturert og kunnskapsbasert analyse av forskningsartiklene. De fire fasene er datainnsamling, identifisere de viktigste funnene i hver studie, sammenligne funn på tvers av studiene og sammenfatte felles funn for å beskrive fenomenet (Persvold, 2019).

Den første fasen handler om å finne de forskningsartiklene som er relevante for vår problemstilling ved bruk av databasesøk (Evans 2002). Vi foretok databasesøk i Proquest og i Medline for å finne gode og relevante artikler. De artiklene som virket mest relevante for vår problemstilling, leste vi sammendragene på, og vurderte ut i fra sammendragene om de var relevante å ta i bruk. Artiklene som var relevante og som svarte på vår hensikt lagret vi slik at vi kunne lese dem i fulltekst.

Den andre fasen handler om å identifisere hovedfunnene i hver studie. Dette for å få en helhetlig forståelse av artikkelen (Evans 2002). Vi leste nøye gjennom artiklene hver for oss og noterte hovedfunnene. Deretter gikk vi gjennom funnene sammen. Vi satte de ulike funnene fra artiklene i kategorier for å få en bedre oversikt over funn i hver artikkel.

Den tredje fasen går ut på å sammenligne funn på tvers av artiklene. Funn fra de ulike studiene skal her grupperes i ulike kategorier og sammenlignes (Evans 2002). I denne fasen så vi tydeligere hvilke funn som gikk igjen i artiklene. Vi så tydeligere hvilke kontraster og hvilke likheter artiklene hadde, og vi fant ut at vi hadde funnet gode forskningsartikler som kunne svare på vår problemstilling.

Fase fire handler om å sammenfatte funnene. Vi fant likheter og ulikheter som ga oss en god oversikt over funnene av forskningsartiklene. Vi satt alle våre funn i en tabell, og krysset av for hver artikkel for å få en god oversikt over hvilke artikler som har felles funn. Ved bruk av tabellen fant vi raskt ut hvilke hovedfunn som var de mest sentrale, og hvilke funn som ble sett på som de viktigste i de forskningsartiklene (Evans 2002).

## 3.0 Resultat

Hensikten med vår litteraturstudie var å belyse hvordan sykepleier erfarer å gi palliativ pleie i hjemmet. I dette kapittelet presenterer vi hovedfunn fra 10 ulike forskningsartikler. Gjennom analysen fant vi 5 hovedfunn.



Figur 1. Hovedfunn i studien.

### 3.1 Sykepleiers psykiske reaksjoner ved palliativ pleie

Flere sykepleiere erfarte psykiske reaksjoner ved palliativ pleie i hjemmet. Alle inkluderte artikler viser funn av at sykepleierne på ulike måter ble emosjonelt påvirket ved palliativ pleie (Alvariza, Mjornberg og Goliath 2019, Aoun, Breen og Skett 2014, Danielsen et al. 2018, Devik, Enmarker og Hellzen 2019, Devik, Enmarker og Hellzen 2013, Karlsson et al. 2010, Mousing et al. 2018, Spelten et al. 2019, Staats, Tranvåg og Grov 2018, Tunnah, Jones og Johnstone 2012). På den andre siden mente en av sykepleierne at jobben med palliative pasienter ikke påvirket henne mentalt og at dette handlet om den enkelte sykepleiers erfaring, alder og modenhet (Tunnah, Jones og Johnstone 2012).

Mange av sykepleierne tok i bruk ulike mestringsstrategier for å håndtere sine psykiske reaksjoner (Alvariza, Mjornberg og Goliath 2019, Danielsen et al. 2018, Tunnah, Jones og Johnstone 2012, Devik, Enmarker og Hellzen 2013). Flere studier viser at sykepleierne snakket med kollegaer og fikk støtte gjennom samtaler med hverandre, dette vektla de som viktig for å mestre jobben. (Tunnah, Jones og Johnstone 2012, Danielsen et al. 2018, Devik, Enmarker og Hellzen 2019, Staats, Tranvåg og Grov 2018, Spelten et al. 2019, Mousing et al. 2018, Karlsson et al. 2010). Samtaler med venner og familie kunne også hjelpe sykepleierne med å håndtere vanskelige følelser (Tunnah, Jones og Johnstone 2012). Noen av sykepleierne følte behov for å koble ut etter en psykisk krevende arbeidsdag (Tunnah, Jones og Johnstone 2012). Noen av artiklene viste motsatte funn ved at sykepleierne tok med seg inntrykk og følelser fra arbeidsdagen hjem (Alvariza, Mjornberg og Goliath 2019, Devik, Enmarker og Hellzen 2013). Det kommer også frem i

artiklene at noen av sykepleierne ikke følte de mottok støtte fra kollegaer (Devik, Enmarker og Hellzen 2013, Karlsson et al. 2010). En av sykepleierne uttalte: “When I told my colleagues about my feelings, they didn’t understand... I had no back-up from them” (Devik, Enmarker og Hellzen 2013, 6).

### **3.2 Kompetanse og erfaringer**

Felles for sykepleierne var at de var enige om at de ønsket å ha gode samtaler og mer undervisning om hvordan man utøver god palliativ pleie (Mousing et al. 2018, Spelten et al. 2019, Danielsen et al. 2018, Staats, Tranvåg og Grov 2018). Ved å kunne dele kunnskap og erfaring med hverandre styrker man hverandres kompetanse og man finner ut av hverandres styrker og svakheter (Danielsen et al. 2018, Spelten et al. 2019, Staats, Tranvåg og Grov 2018). Noen av artiklene viste funn av at sykepleierne var bekymret for kollegaers kompetanse (Tunnah, Jones og Johnstone 2012, Karlsson et al. 2010, Mousing et al. 2018, Staats, Tranvåg og Grov 2018, Devik, Engmarker og Hellzen 2019). Kollegers mangel på erfaring med smertelindring kunne få negative konsekvenser for den palliative pasientens livskvalitet (Karlsson et al. 2010, Staats, Tranvåg og Grov 2018). Dette bekymret sykepleierne og resulterte i konflikter på arbeidsplassen (Karlsson et al. 2010). Mangel på erfaring kunne også føre til sykehusinnleggelse (Staats, Tranvåg og Grov 2018). Sykepleierne erfarte at de sykepleierne som hadde lengst erfaring med palliativ pleie var mest trygg med å planlegge og gi palliativ pleie enn hva uerfarne sykepleiere er (Staats, Tranvåg og Grov 2018). Kunnskapsformidling er et viktig tiltak for at den palliative pleien skal kunne gjennomføres på tryggest og best mulig måte. På denne måten blir hverandres forskjellige ferdigheter fremhevet (Spelten et al. 2019, Danielsen et al. 2018, Staats, Tranvåg og Grov 2018).

Ifølge artikkelen til Staats, Tranvåg og Grov (2018) er kompetanse om god palliativ pleie helt avgjørende for at man skal kunne utøve god sykepleie med kvalitet. Erfaringene kommer etterhvert som man har jobbet som sykepleier. De unge sykepleierne forteller at det er en trygghet å ha erfarne sykepleiere de kan konferere med (Staats, Tranvåg og Grov 2018). Sykepleierne i noen av artiklene uttrykker at de føler seg usikre (Mousing et al. 2018, Alvariza, Mjornberg og Goliath 2019, Staats, Tranvåg og Grov 2018). Det kommer frem at kompetanse og erfaringer henger nøye sammen og at faglig påfyll er viktig for at man som sykepleier skal kunne videreutvikle sin egen kompetanse (Danielsen



et al. 2018, Staats, Tranvåg og Grov 2018, Spelten et al. 2019, Devik, Enmarker og Hellzen, 2019). Relevante kurs og møter om relevante tema der man sammen kan diskutere og dele erfaringer er viktig for sykepleiere for å kunne bli mer trygg i den palliative settingen (Danielsen et al 2018, Staats, Tranvåg og Grov 2018, Spelten et al. 2019, Mousing et al. 2018). Sykepleierne har gode erfaringer med å delta på kurs og samarbeide med andre kolleger for å dele sin egen kompetanse (Danielsen, Staats, Tranvåg og Grov 2018, Spelten et al. 2019).

### **3.3 Erfaringer med hjemmet som arbeidsplass**

Sykepleierne hadde positive erfaringer med å jobbe i pasientens hjem (Alvariza, Mjornberg og Goliath 2019, Tunnah, Jones og Johnstone 2012, Devik, Enmarker og Hellzen 2019, Devik, Enmarker og Hellzen, 2013, Spelten et al. 2019, Karlsson et al. 2010, Staats, Tranvåg og Grov, 2018, Mousing et al. 2018, Aoun, Breen og Skett 2014). Det å bli invitert inn i hjemmet som en gjest ble sett på som et privilegium. Å få mulighet til å bli kjent med pasienten og pårørende på et mer personlig nivå var meningsfullt for sykepleierne (Alvariza, Mjornberg og Goliath 2019, Devik, Enmarker og Hellzen 2013, Spelten et al. 2019, Karlsson et al. 2010).

Hjemmesituasjonen var ikke alltid like godt tilpasset for gode arbeidsforhold (Alvariza, Mjornberg og Goliath 2019, Devik, Enmarker og Hellzen 2013, Devik, Enmarker og Hellzen 2019, Danielsen et al. 2018). Sykepleiere påpekte at arbeidsmiljøet på sykehus og sykehjem var bedre tilpasset palliativ pleie. De nevnte som eksempel å kunne stille inn belysningen i rommet eller regulere seng og stol for å fremme ergonomiske arbeidsstillinger. I hjemmet var pleiesituasjonene ofte i lave senger eller møbler (Alvariza, Mjornberg og Goliath 2019). Noen av sykepleierne fant det vanskelig å være profesjonell i enkelte hjem (Devik, Enmarker og Hellzen 2013, Alvariza, Mjornberg og Goliath 2019). I studien til Devik, Enmarker og Hellzen (2013) kommer det frem at noen hjem er svært uhygieniske og at profesjonaliteten til sykepleier her utfordres. Også husdyr var en utfordring for sykepleierne i hjemmet i forhold til hygiene og bekvemmelighet (Alvariza, Mjornberg og Goliath 2019).

Sykepleierne vektla familien som en viktig ressurs ved palliativ pleie i hjemmet (Alvariza, Mjornberg og Goliath 2019, Danielsen et al. 2018, Aoun, Breen og Skett 2014, Karlsson et

al. 2010, Spelten et al. 2019). Når pasienten bor alene uten pårørende er det ekstra utfordrende å gi palliativ pleie i hjemmet (Alvariza, Mjornberg og Goliath 2019, Spelten et al. 2019). Pasienten som bor alene har behov for hyppigere tilsyn og det er ikke alltid gjennomførbart for sykepleierne i hjemmetjenesten (Aoun, Breen og Skett 2014).

Sykepleierne erfarte at i enkelte situasjoner kunne sykehus eller sykehjem være et bedre alternativ for pasienten i den terminale fasen (Danielsen et al. 2018, Devik, Enmarker og Hellzen 2013, Aoun, Breen og Skett 2014, Staats, Tranvåg og Grov 2018, Karlsson et al. 2010). Sykepleierne støttet familiene som ombestemte seg underveis i behandlingen og heller ønsket at den palliative pasienten skulle dø i sykehus. Det var ikke alltid familienes ønsker stemte overens med behov og ressurser (Danielsen et al. 2018).

Mange av sykepleierne uttrykte at de følte seg alene i jobben (Staats, Tranvåg og Grov 2018, Tunnah, Jones og Johnstone 2012, Mousing et al. 2018). En utfordring med å jobbe alene var at sykepleiernes arbeidsmåter og avgjørelser hadde stor variasjon (Mousing et al. 2018, Staats, Tranvåg og Grov 2018). Sykepleiernes ulike administrasjonsmåter av palliasjonsmedikasjon kunne gi negative følger for pasienter. Spesielt på nattevaktene var det mindre bemanning og dette kunne gjøre sykepleierne usikre i jobben. På natten er de ofte alene og ansvarlig for mange pasienter (Mousing et al. 2018). Sykepleierne på nattevakt føler at de ble pålagt et altfor stort ansvar. Situasjoner som krevde umiddelbar igangsetting og øking av medisiner fra det lindrende skrinet utfordret sykepleiers profesjonelle kompetanse og selvtillit (Staats, Tranvåg og Grov 2018).

Sykepleierne erfarte at de hadde for lite tid med pasienten (Mousing et al. 2018, Tunnah, Jones og Johnstone 2012, Staats, Tranvåg og Grov 2018, Danielsen et al. 2018, Devik, Enmarker og Hellzen 2019). Tidsskjemaet var presset og sykepleierne mente de palliative pasientene ikke fikk omsorgen de hadde behov for. Dype samtaler med pasientene om fremtidsutsikter og døden ble unngått av sykepleierne på grunn av tid (Mousing et al. 2018).

### **3.4 Sykepleiers relasjon til pasient og pårørende**

Mange av studiene viste funn av at sykepleieren fikk en nær relasjon til pasienter og pårørende (Alvariza, Mjornberg og Goliath 2019, Aoun, Breen og Skett 2014, Devik, Enmarker og Hellzen 2019, Devik, Enmarker og Hellzen 2013, Danielsen et al. 2018, Spelten et al. 2019, Mousing et al. 2018). Studien til Devik, Enmarker og Hellzen (2013) viser at forholdet mellom sykepleier og pasient kan bli personlig og nært.

Sykepleierne så på det som et privilegium og en ære å være en del av pasientens død i hjemmet. De hadde positive opplevelser med denne spesielle og intime prosessen. (Spelten et al. 2019, Mousing et al. 2018). Samtidig kan palliasjon være en stor påkjenning for sykepleiere når de har fått et nært forhold til pasienten og pårørende. Sykepleierne synes det da kan være vanskelig å se pasienter dø og pårørende sørge (Devik, Enmarker og Hellzen 2013, Danielsen et al. 2018). Sykepleierne beskriver også at nære relasjoner med pasienter har gitt inntrykk på dem og ofte resulterer dette i at sykepleierne tar med seg de emosjonelle reaksjonene og følelsene hjem (Devik, Enmarker og Hellzen 2013, Alvariza, Mjornberg og Goliath 2019).

Noen av sykepleierne erfarte at pasienten favoriserte sykepleiere. De som ikke ble foretrukket av pasienten følte seg såret og trist. Sykepleierne tok avvisningen fra pasienten personlig. (Devik, Enmarker og Hellzen 2019). Samtidig erfarte sykepleierne tilfeller av motvilje fra pårørende (Alvariza, Mjornberg og Goliath 2019, Karlsson et al. 2010). Pårørende kunne sette krav til behandling av den palliative pasienten, noen ganger mot pasientens eget ønske. Dette dreide seg oftest om at pårørende ønsket pasienten til et sykehjem eller sykehus den siste tiden til tross for pasientens ønske om å dø i hjemmet. Dette fikk sykepleierne til å føle seg maktesløs, og de erfarte et etisk dilemma mellom å gjøre pasienten eller pårørende tilfreds (Karlsson et al. 2010).

### **3.5 Tverrfaglig samarbeid med lege og kolleger**

Sykepleiernes erfaringer med å være alene om å ta selvstendige valg blir i noen av artiklene beskrevet som ukomfortabelt og vanskelig (Staats, Tranvåg og Grov 2018, Karlsson et al. 2010). Sykepleierne erfarte det som avgjørende å dele kunnskap og erfaringer med lege for å kunne gi god palliativ pleie (Staats, Tranvåg og Grov 2018,

Karlsson et al. 2010, Danielsen et al. 2018, Spelten et al. 2019). Mange av sykepleierne opplevde legen som en sentral nøkkelperson i et godt samarbeid (Staats, Tranvåg og Grov, 2018, Karlsson et al. 2010). Uten et godt samarbeid med legen økte risikoen for sykehusinnleggelse (Danielsen et al. 2018).

Å ha en lege tilgjengelig hele tiden av døgnet gir sykepleierne selvtillit. Det kom godt frem at sykepleierne ønsket en lege som var lett tilgjengelig både på natt og på dagtid. Samtidig sa de at tydelige instruksjoner fra lege var helt avgjørende for at sykepleier kunne håndtere medikamenter og annet utstyr på riktig måte (Staats, Tranvåg og Grov 2018). På den andre siden erfarte noen av sykepleierne at legen gjorde jobben deres mer utfordrende. Dette ved å forsinke behandlingsprosessen for den palliative pasienten (Danielsen et al. 2018, Tunnah, Jones og Johnstone 2012).

Tverrfaglig samarbeid er viktig for å kunne kjenne på mestring og få uttrykke vanskelige følelser (Staats, Tranvåg og Grov 2018, Karlsson et al. 2010, Tunnah, Jones og Johnstone 2012). Sykepleierne påpekte at ved å kunne samarbeide om videre plan i forhold til palliativ pleie med blant annet lege, unngår man tvil og vanskelige situasjoner hvor dilemma kan oppstå. Et godt tverrfaglig samarbeid minsker sjansene for å gjøre feil, og man ivaretar pasientenes livskvalitet i en større grad (Karlsson et al. 2010, Tunnah, Jones og Johnstone 2012).

Noen av sykepleierne erfarte å komme i konflikt med legen (Danielsen et al. 2018, Karlsson et al. 2010, Tunnah, Jones og Johnstone 2012). Sykepleierne følte på å ikke være tilstrekkelige når lege ønsket å fortsette uetisk behandling av palliative pasienter. De mente at videre behandling av pasienter som ligger for døden påvirket livskvaliteten til pasienten i negativ retning (Karlsson et al. 2010). En av konfliktene omhandlet at sykepleier så det nødvendig med økt smertelindring av den palliative pasienten (Karlsson et al. 2010). Det var viktig for sykepleierne at medisinerne i palliasjons skrinet var rekvirert av lege i god tid. Dette for at pasientens tilstand raskt kunne endres og sykepleierne ville være hjelpeløs uten legens bestemmelser (Danielsen et al. 2018). Noen av sykepleierne følte at det var vanskelig å overbevise lege om at pasienten hadde store smerter, og at det var nødvendig å ordinere sterkere smertestillende legemidler (Karlsson et al. 2010).

## 4.0 Diskusjon

### 4.1 Metodediskusjon

I metodediskusjonen skal vi kritisk vurdere og diskutere litteraturstudiens metodiske fremgangsmåte, dette ved å vurdere søkestrategi, kvalitetsvurdering og analyseprosess.

#### 4.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi valgte i vår litteraturstudie å inkludere studier fra land som Norge, Danmark, Sverige, England og Australia. Dette er land som har tilnærmet lik kultur. Dette kan anses som en styrke da funnene i større grad kan være overførbare til norsk praksis. Samtidig kan det være en svakhet da Norge i større grad utvikler seg til å bli et flerkulturelt land.

I alle artiklene vi inkluderte i vår oppgave var kvalitativ metode brukt. Dette var et inklusjonskriterie i vår oppgave da metoden passer best til å besvare vår hensikt. Vi ser på det som en styrke da vi får vite mer om sykepleiers erfaringer på et dypere nivå. Svakheten ved å bruke kvalitativ metode er at vi får presentert et fåtall av sykepleiers erfaringer.

Vi valgte å inkludere artikler som var maksimalt ti år gamle. Dette kan anses som en svakhet. Samtidig kan det anses som en styrke at vi også har inkludert eldre artikler, da vi ikke nødvendigvis er ute etter nyeste forskning, men den beste forskningen. Vi har dermed ikke gått glipp av relevant forskning i forhold til vår hensikt.

Vi inkluderte to artikler av samme forfatter. Dette kan både være en svakhet og en styrke. Det kan være en svakhet da vi ikke får større bredde på resultatene fra ulike studier. Samtidig viser artiklene ulike funn og resultat, og vi mener vi dermed får tilstrekkelig bredde på resultatene. Vi valgte derfor å inkludere begge artiklene. Det kan også være en styrke da forfatterne er spesialisert på å forske innenfor dette området. Derfor valgte vi å ha med begge artiklene da vi anså forskningen som relevant.

### **4.1.2 Datainnsamling og søkestrategi**

Vi samarbeidet med bibliotekar for å utarbeide en god søkestrategi, dette anser vi som en styrke. Vi har inkludert 10 artikler i vår oppgave. Dette kan ses på som en svakhet da det er minstekravet til antall artikler. Artikkene vi har inkludert er innhentet fra Ovid Medline og ProQuest. Vi erfarte at søkene vi foretok fikk omtrent samme resultat i begge databasene og derfor ses på som en styrke.

### **4.1.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn**

Alle våre inkluderte artikler er godkjent av en etisk komite og ivaretatt etiske hensyn. Alle artiklene er publisert i en tidsskrift og er fagfellevurdert til nivå 1 eller nivå 2, noe som bekrefter at etiske hensyn er ivaretatt. Alle de inkluderte artiklene fikk "JA" på sjekklister for kvalitativ forskning. Våre inkluderte artikler har deltakelsen vært frivillig og anonymisert, noe som vi ser på som en styrke for vår oppgave.

Vi har begge erfaring med palliasjon gjennom praksis, og en av oss har erfaring med palliasjon i hjemmet. Dette ser vi på som en styrke i oppgaven. Vi hadde begge tanker om hva vi ønsket å skrive om, noe som både kan være en svakhet og en styrke. Vi var påpasselig med hvordan vi formulerte oss for å få en nøytral besvarelse, uten at våre egne erfaringer skulle ha innvirkning på dette. Vi tror derfor ikke at egne erfaringer virket inn på oppgaven.

I utgangspunktet hadde vi totalt 15 artikler, men vi ekskluderte 5 på grunn av at de ikke svarte på hensikten. Derfor satt vi igjen med 10 inkluderte artikler som var minstekravet.

### **4.1.4 Analyse**

Vi valgte å ta i bruk Evans (2002) sin analyseprosess da vi synes fasene var oversiktlig og godt beskrevet. Vi leste resultatene hver for oss og skrev ned alle funnene. Dette er en styrke med arbeidsprosessen da vi kunne ha ulike perspektiver på funnene og diskuterte dette sammen i etterkant. I neste fase formulerte vi hovedfunnene og lagde en oversiktlig tabell over hvilke hovedfunn vi fant i hvilke artikler. Vi satt til slutt med fem hovedfunn som vi mente var den mest logiske inndelingen. Vi mener dette er en styrke da en

oversiktlig struktur gjør oppgaven mer ryddig. Vi brukte aktivt artiklene under skrivingen av resultatdel for å sikre oss at vi formulerte resultatene riktig.

<b>RESULTAT</b>	<b>ARTIKLER</b>
Psykiske reaksjoner	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10
Sykepleiers kompetanse og erfaring	1,3,5,6,7,8,9,10
Erfaringer med hjemmet som arbeidsplass	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10
Sykepleiers relasjon til pasient og pårørende	1,2,3,4,5,6,7,9
Tverrfaglig samarbeid med leger og kolleger	6,7,8,9,10

## **4.2 Resultatdiskusjon**

I resultatdiskusjonen diskuterer vi litteraturstudiets resultat opp i mot studiens hensikt, relevant litteratur, egne erfaringer og konsekvenser for praksis.

### **4.2.1 Psykiske reaksjoner**

I studien vår kom det frem at sykepleierne på ulike måter ble emosjonelt påvirket ved palliativ pleie. Sykepleier møter utfordringer i forhold til palliasjon. På det menneskelige plan møter sykepleier sin egen sårbarhet og på det mellommenneskelige plan møter sykepleier sårbarheten til den syke og hans pårørende. Det som skjer i den palliative situasjonen har stor betydning for pårørende. Sykepleier må derfor ha et bevisst forhold til møtet med palliasjon (Mathisen 2011, 304). Samtidig presiserer Kalfoss (2016, 454) at man aldri blir vant til å se mennesker lide og dø. Dette vil alltid berøre sykepleiers følelser.

Det kom også frem i studien at noen av sykepleierne ikke mente at jobben med palliative pasienter påvirket mentalt og at dette handlet om den enkelte sykepleiers erfaring, alder og modenhet. Sykepleiers erfaring og modenhet ved palliativ omsorg er avgjørende. Når man

selv er ung og har lite erfaring kan det være skremmende å møte døende mennesker. Løsningen ved redsel er ikke å trekke seg unna. Sykepleiers egen usikkerhet kan gå ut over pasienten, dette er uetisk i forhold til den syke. Ved å snakke med mer erfarne sykepleiere kan man lære hvordan man bedre skal håndtere slike situasjoner (Mathisen 2011, 304).

Sykepleiere erfarte ulike mestringsstrategier for å håndtere de psykiske påkjenningene. Å snakke med kollegaer eller venner og familie hjalp sykepleierne med å bearbeide vanskelige følelser. I det palliative arbeidet beskrives sykepleierens rolle som følelsesmessig involverende. I en viss grad forbereder man seg på at det palliative arbeidet kan bli utfordrende, særlig i møte med pårørende og pasienter da det kan være situasjoner med sterke følelsesmessige inntrykk. Sykepleieren må derfor opparbeide et repertoar av handlingsmåter for å kunne tilnærme seg forskjellige følelsesmessige utfordringer (Lorentsen og Grov, 2016, 429). Man benytter mestringsstrategier for å beholde sin egen integritet, få kontroll over stress og problemer og finne mening med vanskelige situasjoner. Hvis man aktivt tar i bruk mestringsstrategier vil dette resultere i at en forblir engasjert i arbeidet og opplever jobben som mer meningsfull. Man kan også oppleve problemene og stressfaktorer som mindre truende. Bedre kontroll og innvirkning på egne tanker, følelser og atferd er også noe man kan forbedre ved bruk av mestringsstrategier (Kalfoss 2016, 455).

Resultatene i studien viste at noen av sykepleierne tok med seg inntrykk og følelser fra jobben hjem. I følge Kalfoss (2016, 462) føler noen sykepleiere at de ikke er tilstrekkelige nok, og at de kan være så opphengt i at de ikke har nok kompetanse at det vil kunne være hemmende i arbeidet og føre til dårlig samvittighet. Dette er noe nyutdannede sykepleiere kjenner på da mange føler de har manglende kunnskaper og kompetanse. Sykepleiere kan tvile på seg selv og motivasjonen blir dårligere når en plages med slike følelser og tanker. Disse tankene kan lett oppstå, og kan derfor virke inn på sykepleierens tro på egen kompetanse (Kalfoss, 2016, 462).

Det kommer frem i studien at noen av sykepleierne ikke følte de mottok støtte fra kollegaer. Kalfoss (2016, 462-463) beskriver at i noen tilfeller kan det oppstå konflikter mellom personalet, og da vil det påvirke de fleste på en arbeidsplass.



Vi har i egen praksis selv erfart å bli emosjonelt påvirket av både pasient og pårørende ved palliativ pleie.. Det har vært flere situasjoner hvor vi ikke vet hva vi skal si og gjøre. Man kan føle seg utilstrekkelig og ikke vite hvordan man best skal håndtere situasjonen. Det er en psykisk påkjenning å være i slike situasjoner. Mathisen (2011, 307) beskriver at man i slike situasjoner ikke alltid trenger å søke etter noe å si, men kanskje heller være tilstede for pasienten og pårørende og lytte. Også å dele stillhet kan være en måte å støtte pasienten og pårørende.

#### **4.2.2 Sykepleiers kompetanse og erfaring**

Det kommer frem i studien vår at sykepleierne mener det er helt avgjørende å ha kompetanse for at man skal kunne gi tilstrekkelig pleie og omsorg i den palliative fasen. Erfarne sykepleiere med kunnskap og erfaring er en trygghet for nyutdannede sykepleiere da de kan lære hvordan man planlegger og utfører palliativ pleie på en god og trygg måte. I følge Kalfoss (2016, 460) har mange nyutdannede sykepleiere lite erfaring med palliativ omsorg. Hvis sykepleierutdanningen ikke vektlegger palliativ omsorg, vil sykepleierne være lite forberedt i møte med sin første palliative pasient. Manglende interesse for palliasjon kan begrunnes med frykten for døden.

Det kommer frem i studien at kompetanse og erfaringer henger nøye sammen og at faglig påfyll er viktig for at man som sykepleier skal kunne videreutvikle sin egen kompetanse. Det vil være viktig å delta på kurs for å videreutvikle den kompetansen man har og å få bredere forståelse og kunnskap om palliativ pleie (Kalfoss 2016, 462). Som en del av sykepleiers kompetanse er fagkunnskap nødvendig. Kunnskaper om pasientenes reaksjoner, situasjoner og behov for hjelp er viktig for at sykepleier skal kunne iverksette relevante tiltak (Kristoffersen og Nortvedt 2016, 93).

I vår studie kommer det frem at sykepleierne var bekymret for kollegers kompetanse. Kollegaenes mangel på erfaring med blant annet smertelindring kunne få negative konsekvenser for den palliative pasientens livskvalitet. Sykepleiere med kunnskap og erfaring er viktig for at de palliative pasientene skal ha best mulig livskvalitet ved livets slutt (Røgenes, Moen og Grov 2013).

Felles for sykepleierne i studien var ønsket om å ha gode samtaler og mer undervisning om

hvordan man utøver god palliativ pleie. Sykepleiere har behov for støtte for å reflektere rundt omsorgen de gir. Det er mindre fokus på sykepleiers fysiske og mentale helse og palliativ omsorg er krevende. Man kan oppleve arbeidet med palliasjon som en byrde. Støtte og veiledning kan redusere plager som frustrasjon (Røgenes, Moen og Grov 2013).

### **4.2.3 Erfaringer med hjemmet som arbeidsplass**

Sykepleierne i studien hadde positive erfaringer med å jobbe i pasientens hjem. Man får et annet inntrykk av pasienten i eget hjem enn om pasienten er innlagt på sykehus eller sykehjem (Rønning, Strand og Hjermsstad 2008, 217). Å jobbe i andres hjem kan være utfordrende. Det er både personlig og privat, og det kan være vanskelig for sykepleier å finne en balanse mellom pasientens private sone og egen arbeidssone (Rønning, Strand og Hjermsstad 2008, 218). Sykepleier må unngå at pasienten føler tap av identitet i eget hjem. Personlig innredning som må byttes ut med hjelpemidler for pleie og sykehusseng kan virke nedbrytende for personligheten til pasienten. I siste del av livet må pasientens integritet ivaretas. Hjemmet må i minst mulig grad oppleves som en fremmed institusjon og må tilpasses pasienten og pårørendes premisser og ønsker (Mathisen 2011, 310).

Så langt det lar seg gjøre skal det være opp til pasienten hvor han eller hun vil motta omsorg i livets slutfase. Sykepleier skal inkludere pasient og pårørende i planleggingen av palliasjonen og de skal være med i beslutningen om hvor pasienten ønsker å dø. Dette er viktig for å oppnå en god og verdig død (Helsedirektoratet 2018).

Sykepleierne erfarte at hjemmet ikke alltid var den beste løsningen for livets slutt. Pasienter kan være utagerende i siste del av livet. Å reagere med sinne og aggresjon kan gi uttrykk for frykten for å dø. Pasientens aggresjon kan gå ut over sykepleier og kan gi en traumatisk opplevelse. Det er viktig å være profesjonell i slike situasjoner og tenke over om egne følelser og reaksjoner fører til ulik behandling av pasientene (Kalfoss 2016, 463). Pasienten kan la de vanskelige følelsene gå ut over sine nærmeste fordi han tenker de ikke vil forlate han til tross for oppførselen. Det er viktig med trygghet for pasienten i siste fase av livet og i slike situasjoner kan kanskje sykehjem eller sykehus kunne være et bedre alternativ for å avlaste de pårørende. (Mathisen 2011, 307).

Sykepleierne i studien vektla familien som en viktig ressurs ved palliativ pleie i hjemmet. For den døende er pårørende viktig. Derfor handler palliativ omsorg også om skape gode forhold for de pårørende. Pårørende kan være en stor ressurs for sykepleierne i hjemmet ved å hjelpe til med omsorgen for pasienten og ivareta pasienten når hjemmesykepleien ikke er tilstede. Når pårørende føler seg trygge i situasjonen kan dette forhindre sykehusinnleggelse av den palliative pasienten (Røgenes, Moen og Grov 2013). God sykepleie i livets slutfase er avgjørende, og derfor er det viktig at sykepleier klarer å formidle trygghet til pårørende og pasienten. Likeså viktig er det at sykepleier er trygg i den palliative pleiesituasjonen. Kontinuitet vil da være nødvendig, slik at pårørende og pasienten har enkelte å forholde seg til. Stadig nye ansikter kan skape utrygghet og mindre tillit (Hjort 2008, 453).

Sykepleierne erfarte at de hadde for lite tid med pasienten. Tidsskjemaet var presset og sykepleierne mente de palliative pasientene ikke fikk omsorgen de hadde behov for. Sykepleiere kan kjenne på frustrasjon og sinne over arbeidssituasjon. Tidspress og høye krav kan være grunnlag for dette. Også å se mennesker lide er en sterk påkjenning, det kan føles urettferdig. Sykepleiere kan bli frustrert og sint på seg selv for å ikke klare å gi adekvat pleie til palliative pasienter. Man kan føle seg utilstrekkelig (Kalfoss 2016, 461). Ifølge Kalfoss (2016, 465) er det sjeldent at sykepleier rekker å gjøre alt det pasienten eller pårørende ønsker. Det er en stor påkjenning for sykepleier som vet at pasienten ligger for døden. Det er tungt for sykepleier som ikke tid til å ta hånd om den palliative pasienten og pårørende i en vanskelig situasjon på grunn presserende arbeidsoppgaver som må gjøres. Mange sykepleiere føler at jobben de gjør med å gi omsorg til pasienter ved livets slutt er mislykket.

Mange av sykepleierne uttrykte at de følte seg alene i jobben. En utfordring med å jobbe alene var at sykepleiernes arbeidsmåter og avgjørelser hadde stor variasjon. Å erkjenne egne begrensninger og å skaffe hjelp eller informasjon ved usikkerhet er vesentlig (Rønning, Strand og Hjerme stad 2008, 219). Sykepleierne i hjemmet har et bredt oppgavespekter og det er mange helsepersonell som ivaretar pasienten. Også ufaglærte ivaretar deler av pleien til pasienten. Dette kan gi stor variasjon i arbeidet (Rønning, Strand og Hjerme stad 2008, 216).

#### 4.2.4 Sykepleiers relasjon til pasient og pårørende

I følge vår studie har mange av sykepleierne en form for relasjon til pasienten og pårørende. Mange av sykepleierne synes det kan være vanskelig å se pårørende sørge og pasienter ligge for døden. I følge Lorentsen og Grov (2016, 429) er pasient-sykepleierrelasjonen i den palliative omsorgen blitt beskrevet som en tillitsrelasjon og sykepleieren blir sett på som en viktig samarbeidspartner for familien. Familien er avhengige av helsepersonell, selv om noen føler seg ansvarlige nok til å håndtere mye av pleien selv.

Sykepleier og annet helsepersonell må hele tiden huske på den menneskelige omsorgen hos pårørende og pasienten. God kommunikasjon til pasient og pårørende er helt avgjørende, og sykepleier må ofte forklare hva man gjør og hvorfor. Dette skaper tillit og trygghet mellom alle parter (Hjort 2008, 454). En god relasjon mellom sykepleier, pasienter og pårørende er viktig for at pasientene skal kunne få adekvat og tilpasset omsorg. Pasientene og pårørende har gitt uttrykk om at de setter pris på når sykepleier viser interesse for familie og nære pårørende, og når sykepleier tok seg tid til å snakke med dem (Kristoffersen og Nortvedt 2016, 116).

I studien til Aamold, Grov og Rostad (2020) opplevde sykepleierne i hjemmet at det var vanskelig å finne en balanse mellom nærhet til pasienten og samtidig distansere seg. Man kommer inn på pasienten på et mer personlig nivå i hjemmet og dette kan gjøre at både pasient og pårørende føler seg trygge. Samtidig kan det være en påkjenning å ha et såpass nært forhold. Et nært forhold kan gjøre det mer utfordrende ved grensesetting. Sykepleier blir påvirket av det nære forholdet og er dette påvirker den palliative pleien. Sykepleierne synes det kunne være krevende å ha en nær relasjon over lang tid og at dette kunne gjøre dem utslitt. Kalfoss (2016, 463) beskriver sykepleiers følelser overfor pasienten. Etter å ha hatt pasientene over lengre perioder kan man kjenne at man blir glad i pasienten og pårørende. At pasienter skal dø kan utløse sorg og triste følelser hos sykepleieren. Dette er en tilleggsbelastning i jobben med palliasjon.

Noen av sykepleierne i studien erfarte at pasienten avviste dem. Sykepleierne følte seg såret og trist, og tok avvissningen fra pasienten personlig. Ifølge Kalfoss (2016, 463) kan det være utfordrende for sykepleier å se verdien av den palliative pleien som gis og sitt eget arbeid. Ofte er det slik at pasienter ikke er i stand til å gi positive tilbakemeldinger, og

derfor kan sykepleier ofte spørre seg selv om hvorfor det legges inn så stor innsats og hvilken hensikt det hele har når pasienten likevel kommer til å dø. I følge Kalfoss (2016, 463) kan sykepleier oppleve at pasienten ikke gir positive tilbakemeldinger på omsorgen som blir gitt, at pasienten utnytter sykepleierne slik at det blir vanskelig å gi omsorg, eller at pasienten trekker seg unna og ikke ønsker å ta imot vårt nærvær.

#### **4.2.5 Tverrfaglig samarbeid med leger og kolleger**

Studien vår viser at mange av sykepleierne opplevde legen som en sentral nøkkelperson i et godt samarbeid. Sykepleierne erfarte det som avgjørende å dele kunnskap og erfaringer med lege for å kunne gi god palliativ pleie. Funnene i studien til Aamold, Grov og Rostad (2020) understøtter at samarbeidet med legen er av stor betydning for sykepleiernes faglige trygghet i hjemmet. Vanligvis er det flere som samarbeider om å hjelpe pasienten som får palliativ pleie. Ofte er det flere faggrupper og personer som samarbeider sammen, blant annet så samarbeider sykepleieren med blant annet fastlegen, pårørende, andre leger og hjemmesykepleie. For å få et godt samarbeid må alle faggruppene kunne ha et godt tverrfaglig samarbeid og respekt for hverandres svakheter og styrker (Lorentsen og Grov, 2016, 430). Erfaringer gjort fra godt organisert palliativ behandling viser at et samarbeid mellom ulike profesjoner og nivåer innen helsevesenet er nødvendig for at pasienter skal ha det best mulig (Mathisen 2016, 413).

Noen av sykepleierne i studien erfarte å komme i konflikt med legen. Konfliktene omhandlet ofte uetisk behandling av palliative pasienter. Kaasa (2008, 45) presiserer at målet med all lindrende behandling er å lindre smerter og ubehag for den palliative pasienten samt å ikke forlenge behandling som gir unødvendig lidelse. I følge Kalfoss (2016, 462) viser forskning at sykepleier føler stress ved et dårlig tverrfaglig samarbeid, og at sykepleiere utvikler moralsk stress. Dette skjer spesielt med samarbeidet med leger. Aranda (2004) referert i Kalfoss (2016, 459) beskriver at mange sykepleiere synes fortsatt det er vanskelig å ta initiativ til behandling til legen. Til tross for at rollene er i endring kan det kan være skremmende å foreslå alternative løsninger som går i mot legens avgjørelser.

## **5.0 Konklusjon**

Hensikten med vår litteraturstudie var å belyse hvordan sykepleier erfarer å gi palliativ pleie i hjemmet. Vi har i denne studien funnet mange likheter mellom erfaringene til sykepleier og ser at sykepleierne erfarte ulike utfordringer med palliasjon. Resultatene viser sykepleiers utfordringer med psykiske reaksjoner, kompetanse og erfaring, hjemmet som arbeidsplass, nære relasjoner og tverrfaglig samarbeid. Samtidig ser vi at sykepleierne har positive erfaringer med palliasjon i hjemmet. Å lære å kjenne pasient og pårørende på et personlig nivå, følelsen av mestring og et godt samarbeid med kollegaer var meningsfullt for sykepleierne. Våre funn kan videre bidra til refleksjon over praksis. Denne studien vil kunne bidra til økt refleksjon og fokus på palliasjon.

### **5.1 Forslag til videre forskning**

Vi ser behov for mer forskning rundt palliasjon i hjemmet. Mange ønsker å dø i hjemmet, men det kan ikke alltid gjennomføres. Mangel på ressurser og kunnskap kan gjøre at pasienter dør i sykehjem eller sykehus mot sitt ønske. Det bør derfor være mer fokus på hvordan sykepleier og sykepleierutdanningen kan tilrettelegge for økt kunnskap om palliasjon i hjemmet, dette vil gjøre at man føler seg tryggere ved slike situasjoner. I forhold til vår studie bør palliasjon vektlegges i sykepleierutdanningen og sykepleiere bør oppmuntres til videreutdanning innenfor palliasjon da dette er et stort behov for.

## Referanseliste

- Aamold, Kristin, Kristine Grov og Marie Rostad. 2020. "Hjemmesykepleieres erfaringer når kreftpasienter ønsker å dø hjemme" *Klinisk Sygepleje* 01(20): 3-15  
[https://www.idunn.no/klinisk\\_sygepleje/2020/01/hjemmesykepleieres\\_erfaringer\\_naar\\_kreftpasienter\\_oensker\\_aa\\_d](https://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2020/01/hjemmesykepleieres_erfaringer_naar_kreftpasienter_oensker_aa_d)
- Alvariza, Anette, Maria Mjornberg og Ida Goliath. 2019. "Palliative care nurses' strategies when working in private homes - A photo-elicitation study." *Journal of Clinical Nursing* 20 (29):139–151 DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.15072>
- André, Beate og Gerd Inger Ringdal. 2015. «Sykepleie og helsefremming blant pasienter i palliativ omsorg.» I *Klinisk Sygepleje*. 62-73. Oslo: Universitetsforlaget.
- Aoun, Samar M, Lauren J. Breen og Kim Skett. 2014. "Supporting palliative care clients who live alone: Nurses' perspectives on improving quality of care." *Collegian* 14 (1): 13-18. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.15072>
- Christoffersen Line, Asbjørn Johannessen, Per arne Tufte og Inger Utne. 2020. I *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Dalland, Olav. 2017. "Ethiske overveielser og personvern." I *Metode og oppgaveskriving*, redigert av Olav Dalland. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Danielsen, Britt Viola, Anne Marit Sand, Jan Henrik Rosland og Oddvar Førland. 2018. "Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care - a qualitative study". *BMC Palliative care* 17 (95): 1-13. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.15072>
- Devik, Siri Andreassen, Ingela Enmarker og Ove Hellzen. 2019. "Nurses' experiences of compassion when giving palliative care at home." *Nursing Ethics* 20 (1): 1-12. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.15072>
- Devik, Siri Andreassen, Ingela Enmarker og Ove Hellzen. 2013. "When expressions make

impressions- Nurses' narratives about meeting severely ill patients in home nursing care: A phenomenological-hermeneutic approach to understanding. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being* 17 (1): 1-11.

DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.15072>

Evans, David. 2002. "Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of proceed data." *Australian Journal of Advanced Nursing* 20 (2):22-26.

<http://www.ajan.com.au/Vol20/Vol20.2-4.pdf>

Folkehelseinstituttet. 2019. "Sjekklister for vurdering av forskningsartikler. (Lest 23.04.20) <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler/>

Haugen, Dagny Faksvåg, Marit S. Jordhøy og Marianne Jensen Hjermsstad. 2008. "Organisering av palliative tilbud". I *Palliasjon, Nordisk lærebok*, redigert av Stein Kaasa, 197-212. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helsebiblioteket. 2016. "Kvalitativ metode". (Lest 26.03.20)

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode>

Helsebiblioteket. 2018. "MeSH på norsk» i Helsebiblioteket – verktøy for gode søkeord og treffsikre artikkelsøk". (Lest 31.03.20)

<https://www.helsebiblioteket.no/legemidler/aktuelt/mesh-pa-norsk-i-helsebiblioteket-verktoy-for-gode-sokeord-og-treffsikre-artikkelsok>

Helsebiblioteket. 2016. "PICO". (Lest 26.03.20)

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Helsebiblioteket. 2016. "Søketeknikker". (Lest 26.03.20)

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/soketeknikker>

Helsedirektoratet. 2015. "Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende



behandling og omsorg mot livets slutt” Lest 25.03.20.

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/palliasjon>

Helsedirektoratet. 2018. “Lindrende behandling i livets slutfase”. Lest 20.03.20.

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/innledning>

Hjort, Peter F. 2008. «Pleie og omsorg ved livets slutt». I *Geriatrisk sykepleie*, redigert av Anette Hysten Ranhoff, 447-454. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kaasa, Stein. 2008. “Palliativ medisin - en introduksjon”. I *Palliasjon, Nordisk lærebok*, redigert av Stein Kaasa, 31-47. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kalfoss, Mary Harris. 2016. “Møte med lidende og døende pasienter - sykepleierens møte med seg selv.” I *Klinisk sykepleie Bind 2*, redigert av Dag-Gunnar Stubberud, Randi Grønseth og Hallbjørg Almås, 453-479. 5. Utg. Oslo: Gyldendal akademisk

Karlsson, Margareta, Asa Roxberg, António Barbossa da Silva, Ingela Berggren. 2010. “Community nurses’ experiences of ethical dilemmas in palliative care: a Swedish study.” *International Journal of Palliative Nursing* 16 (5): 224-231

DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.15072>

Kreftforeningen. 2019. “Hjemmedød”. Lest 07.05.20

<https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/doden/hjemmedod/>

Kristoffersen, Nina Jahren og Per Nortvedt. 2016. «Pasient og sykepleier - Verdier og samhandling». I *Grunnleggende sykepleie Bind 1*, redigert av Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt, Eli-Anne Skaug og Gro Hjelmeland Grimsbø, 89-132. 3. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lorentsen, Vibeke Bruun og Ellen Karine Grov. 2016. “Generell sykepleie ved kreftsykdommer.” I *Klinisk sykepleie Bind 2*, redigert av Hallbjørg Almås, 397-436. 5.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Mathisen, Jorunn. 2011. "Sykepleie ved livets avslutning." I *Grunnleggende sykepleie Bind 3*, redigert av Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli Anne Skaug, 295-335. 2. Utg. Oslo: Gyldendal akademisk

Mathisen, Jorunn. 2016. "Sykepleie ved livets avslutning". I *Grunnleggende sykepleie Bind 3*, redigert av Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli Anne Skaug, 407-443. 3. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Mousing, Camilla A., Helle Timm, Kirsten Lomborg og Marit Kirkevold. 2017. "Barriers to palliative care in people with chronic obstructive pulmonary disease in home care: A qualitative study of the perspective of professional caregivers." *Journal of Clinical Nursing* 18 (3-4): 650-660 DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.15072>

Norsk senter for forskningsdata. 2019. "Register over vitenskapelige publiseringskanaler." <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2016. I *Jobb kunnskapsbasert! En Arbeidsbok*. Oslo: Cappelen damm.

NOU 2017: 16 *På liv og død*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. (Lest 20.03.20) <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548/>

Persvold, Anja Zawadzka. 2019 "Analyse". Store Norske Leksikon. Lest: 08.april 2019. <https://snl.no/analyse>

Røgenes, Gunn Kjersti, Anne Moen og Ellen Karine Grov. 2013. «Heimesjukepleiernes perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen.» *Klinisk Sygepleje* 01(27): 64-76 [https://www.idunn.no/klinisk\\_sygepleje/2013/01/heimesjukepleiernes\\_perspektiv\\_paa\\_forhold\\_som\\_fremjar\\_palli](https://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2013/01/heimesjukepleiernes_perspektiv_paa_forhold_som_fremjar_palli)

Rønning, Mette, Elisabeth Strand og Marianne Jensen Hjermestad. 2008. "Palliativ behandling utenfor sykehus - hjemmesykepleien". I *Palliasjon, Nordisk lærebok*, redigert av Stein Kaasa, 213-228. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Staats, Katrine, Oscar Tranvåg og Ellen Karine Grov. 2018. "Home-Care Nurses' Experience With Medication Kit in Palliative Care". *Journal of hospice and palliative nursing* 20 (6): E1-E9

DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.15072>

Spelten, Evelien, Jenny Timmis, Simone Heald, Saskia Duijts. 2019. "Rural palliative care to support dying at home can be realised; experiences of family members and nurses with a new model of care". *Journal of Palliative Nursing* 19(27): 336-343

DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.15072>

Trier, Ellen Lykke. 2016. "Møter døende med modig nærvær." *Sykepleien* 16 (7): 48-50.  
<https://sykepleien.no/forskning/2016/06/sykepleierens-personlig-kompetanse>

Tunnah, Karen, Angela Jones og Rosalynde Johnstone. 2012. "Stress in hospice at home nurses: a qualitative study of their experiences of their work and wellbeing." *International Journal of Palliative Nursing* 18 (6): 283-289

DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.15072>

## VEDLEGG

### VEDLEGG 1: PI(C)O-skjema

P	I	O
Palliativ pleie Terminal pleie Livets slutt Dø*	Hjemmesykepleie	Sykepleie* Erfar*
Palliative care Terminal care End of life Death Dying	Home nursing Home care nursing	Nurs* Experienc*

### VEDLEGG 2: Søkehistorikk

	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1.	Palliative care OR Terminal care OR "End of life" OR Death OR Dying	23.03.20	Ovid Medline	116789			
2.	Home nursing OR Home care nursing			8848			
3.	Experienc* AND nurs*			68573			
4.	1 AND 2 AND 3			137			
5.	Limit to all adult, danish or english or norwegian or swedish and last 10 years			27	7	3	1

	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1.	Palliative care OR Terminal care OR end of life OR death OR dying	23.03.20	Proquest				
2.	Home nursing OR Home care nursing						
3.	Nurs* AND Experienc*						
4.	Qualitative*						

5.	1 AND 2 AND 3 AND 4						
6.	Limit to scholarly journals, danish or english or norwegian or swedish, last ten years			637	30	18	9

### VEDLEGG 3: Oversiktstabell

<b>Artikkel 1</b>	
<b>Forfattere</b>	Alvariza, Anette, Maria Mjornberg og Ida Goliath
<b>År</b>	2019
<b>Land</b>	Sverige
<b>Tidsskrift</b>	Journal of Clinical Nursing
<b>Tittel</b>	Palliative care nurses' strategies when working in private homes - A photo-elicitation study.
<b>Hensikt</b>	Å utforske palliativ sykepleieres erfaringer med å ivareta pasienter ved slutten av livet i deres private hjem.
<b>Metode/instrument</b>	Kvalitativ fortolkende og beskrivende metode. Sykepleierne tok bilder i pleiesituasjoner som ble brukt i sammenheng med påfølgende individuelle intervjuer.
<b>Deltagere/ frafall</b>	10 sykepleiere ble inkludert i studien. 3 menn og 7 kvinner i alder fra 35-65 år fra 6 ulike hjemmetjeneste enheter i Sverige. Alle hadde fra 2,5 til 30 års erfaring med palliativ pleie. Ingen nevnte frafall
<b>Hovedfunn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykepleierne hadde positive erfaringer med å jobbe i pasientens hjem. I forhold til i institusjoner har pasienten mer autoritet i eget hjem. Sykepleier erfarte at pasienten og familien aktivt deltok i avgjørelser om hvor, hvordan og når pleiesituasjoner skulle skje. De erfarte at ulike hjem påvirket deres tilnærming og handlinger og at de tilpasset seg hvert unike hjem.</li> <li>• Erfaringer med å jobbe alene i hjemmet var både utfordrende og givende. I hjemmet var det utfordrende med</li> </ul>

	<p>tanke på miljømessige tilpasninger og følger av dårlig tilpasset arbeidsforhold kunne være jobbrelevante skader. Det var også utfordrende da sykepleierne ofte var alene. Samtidig opplevde de å få et sterkere og mer personlig forhold til pasienten og familien rundt ved å jobbe i hjemmet og at de kunne ta seg tid til å fokusere på den enkelte pasienten og være tilstede.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykepleierne erfarte at noen av pasientene og familien selvstendig ivaretok deler av egenomsorgen. Undervisning til pasient og familien var en del av sykepleiernes arbeidshverdag. Samtidig erfarte at det var avgjørende med tillit til pasienten i forhold til å la pasienter overta deler av egenomsorgen og at de kunne føle seg usikker på å gi pasienten ansvar.</li> <li>• Sykepleie ved livets slutt krevde endringer i hjemmet for å tilpasse hverdagen for den enkelte pasient og arbeidsmiljøet for sykepleierne. Sykepleierne erfarte ofte motstand fra pasient/pårørende ved endringer i hjemmemiljøet og at de måtte gjennom en prosess med diskusjoner for å få godkjent endringene. Palliativ pleie i hjemmet krevde et godt samarbeid med pasienten og pårørende.</li> <li>• Sykepleierne brukte tiden mellom pasient besøkene til å reflektere og forberede seg til møte med neste pasient. De erfarte at de fikk tid til å bearbeide inntrykkene mellom besøkene og at de ikke tok med seg stressende og jobbrelevante tanker hjem.</li> <li>• Sykepleierne ønsket å imøtekomme behovene til pasient og familien i deres private hjem.</li> </ul>
<b>Etisk vurdering</b>	<p>Godkjent av Ethical Review Board i Stockholm. Deltakerne mottok muntlig og skriftlig informasjon om studien. De ble informert om at det var en frivillig studie og at de kunne trekke seg når som helst. Det ble gitt informasjon til pasientene om studien og innhentet</p>

	<p>skriftlig samtykke til å ta i bruk bilder av dem/deres hjem.</p> <p>Deltakerne ble holdt anonyme. Ingen sensitiv informasjon ble nevnt.</p>
<b>Vurdering av kvalitet</b>	<p>Publiseringsnivå: 2</p> <p>Kvalitetsvurdert ved hjelp av sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning.</p>

<b>Artikkel 2</b>	
<b>Forfattere</b>	Aoun, Samar M, Lauren J. Breen og Kim Skett
<b>År</b>	2014
<b>Land</b>	Australia
<b>Tidsskrift</b>	Collegian
<b>Tittel</b>	Supporting palliative care clients who live alone: Nurses' perspectives on improving quality of care
<b>Hensikt</b>	Målet var å utforske de opplevelsene fra sykepleiere som yter omsorg til pasienter i en terminal fase som bare er i hjemmet, og som mottok ekstra støttehjelp.
<b>Metode/instrument</b>	Kvalitativ metode. Det ble utgitt et spørreskjema til sykepleierne etter sykepleiernes eget ønske. I etterkant ble deltakerne samlet i en gruppe der de hadde samtaler sammen om tema.
<b>Deltagere/ frafall</b>	9 sykepleiere. De var i alderen 45-63 år og hadde fra 5-26 års erfaring med palliativ omsorg. Ingen nevnte frafall
<b>Hovedfunn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Studien utforsket sykepleiernes perspektiver på hvordan god tjenesteyting skal foregå for å støtte de pasientene som bor alene og som er i en terminal fase.</li> <li>• Denne studien tok spesielt for seg de pasientene som bodde</li> </ul>

	<p>alene i hjemmene sine, og om hvordan sykepleierne håndterte disse situasjonene. Noen av pasientene hadde en alarm som de kunne trykke på dersom de følte et behov for å få et tilsyn av sykepleier. Dette syntes de fleste sykepleierne var et godt hjelpemiddel, så lenge alarmen ble brukt til riktige intensjoner.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykepleierne fortalte i denne studien at de følte det var ekstra utfordrende med å gi pleie til palliative pasienter i hjemmet.</li> <li>• Det ble også nevnt i denne studien at pasient-sykepleierforholdet ble ekstra sterkt da de pasientene som bodde alene ofte ikke hadde noen andre pårørende. Sykepleierne ga uttrykk om at det var ekstra krevende å gi pleie til disse pasientene og at de ble emosjonelt påvirket.</li> <li>• Sykepleierne bekymret seg for pasientens sikkerhet og egenomsorg. De bekymret seg for om pasienten skulle falle i hjemmet og pasientens egenomsorg med tanke på medisinhåndtering og hygiene. Noen av sykepleierne ønsket mer tid hos pasienten og at det ville dempet bekymringene.</li> <li>• Sykepleierne erfarte at noen av pasientene var motvillige til å ta imot hjelp fra hjemmesykepleien. Dette kunne gjøre det vanskelig for sykepleierne å gi omsorg.</li> </ul>
<b>Etisk vurdering</b>	Denne studien ble godkjent av Human Research Ethic, komiteer ved Curtin Universitetet og SilverChain. Deltakerne ble holdt anonyme. Ingen sensitiv informasjon ble nevnt.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Publiseringsnivå: 1 Kvalitetsvurdert ved hjelp av sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning.



<b>Artikkel 3</b>	
<b>Forfattere</b>	Devik, Siri Andreassen, Ingela Enmarker og Ove Hellzen.
<b>År</b>	2019
<b>Land</b>	Norge
<b>Tidsskrift</b>	Nursing ethics
<b>Tittel</b>	Nurses' experiences of compassion when giving palliative care at home
<b>Hensikt</b>	Studiens hensikt handler om å utforske sykepleiernes opplevelser og erfaringer av medfølelse når de pleier pasienter i en palliativ setting i hjemmesykepleien.
<b>Metode/instrument</b>	Kvalitativ metode. Intervjuet, både svarene og spørsmålene ble skrevet ned av intervjueren.
<b>Deltagere/ frafall</b>	10 sykepleiere. 6 kvinner og 4 menn i alderen 29-63 år deltok. Arbeidserfaring varierte fra 4 til 36 år. Ingen nevnte frafall
<b>Hovedfunn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykepleierne sørget for at pasientene ble verdsatt.</li> <li>• Tre viktige tema gikk igjen i denne studien, og det var hvordan sykepleierne oppfatter pasientens ønsker, hvordan sykepleier tolker pasientens følelser og hvordan sykepleierne forholder seg i forhold til ansvarlighet for sine handlinger.</li> <li>• I denne studien kommer det frem at opplevelsen av medfølelse påvirkes i ulike grader i forhold til bevissthet, oppmerksomhet og engasjementet.</li> <li>• De situasjonene sykepleierne håndterte i forhold til å gi palliativ pleie til pasienter, har vært utfordrende i forhold til tiden de har til disposisjon og deres tidligere erfaringer innenfor palliativ pleie.</li> <li>• Sykepleierne erfarte ulike holdninger hos pasientene. Noen</li> </ul>

	<p>av pasientene ba ikke om hjelp og var takknemlige for omsorgen de mottok, mens andre så på omsorgen som en rettighet og at sykepleierne skyldte de hjelp. Ved sistnevnte tilfelle erfarte sykepleierne at det var utfordrende å ha medfølelse for pasienten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykepleierne erfarte avvisning fra pasienter. Noen av pasientene favoriserte sykepleiere og dette såret de andre sykepleierne. De tok dette personlig og ble lei seg.</li> <li>• Sykepleierne opplevde både nærvær og fravær av medfølelse når de ivaretok palliative pasienter i hjemmet. De opplevde både medfølelse, likegyldighet og motvilje mot pasientene.</li> </ul>
<b>Etisk vurdering</b>	Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) ga tillatelse til denne studien, samt at de godkjente denne studien til videre bruk. Deltakerne ble holdt anonyme. Ingen sensitiv informasjon ble nevnt.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Publiseringsnivå: 2 Kvalitetsvurdert ved hjelp av sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning.

<b>Artikkel 4</b>	
<b>Forfattere</b>	Devik, Siri Andreassen, Ingela Enmarker og Ove Hellzen.
<b>År</b>	2013
<b>Land</b>	Norge
<b>Tidsskrift</b>	International journal of qualitative studies on health and well-being.
<b>Tittel</b>	When expressions make impressions—Nurses’ narratives about meeting severely ill patients in home nursing care: A phenomenological hermeneutic approach to understanding

<b>Hensikt</b>	Målet med denne studien var å belyse inntrykkene sykepleierne kan møte og betydningen av inntrykkene, når de skal gi palliativ pleie til alvorlige syke pasienter som bor hjemme.
<b>Metode/instrument</b>	Kvalitativ metode. Intervjuene av deltakerne i denne studien ble det tatt opptak av for å forsikre at alle detaljer som ble nevnt ble inkludert.
<b>Deltagere/ frafall</b>	10 sykepleiere. 6 kvinner og 4 menn i alderen 29 til 63 år. De hadde fra 4 til 36 års erfaring som sykepleiere. Ingen nevnte frafall
<b>Hovedfunn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samtalene med pasienten i hjemmet gir inntrykk hos sykepleierne.</li> <li>• Sykepleierne forteller at ved å opprettholde god kommunikasjon med pasienten og pårørende, opplever de at pasientene får bedre kvalitet på pleien ved livets slutt.</li> <li>• I denne studien kommer det tydelig frem at sykepleierne har både positive og negative erfaringer med å gi palliativ pleie til pasienter i hjemmet. Det kommer frem at sykepleierne ofte emosjonelt påvirket av pasienten. Hjemmet er personlig, og kan derfor by på utfordringer.</li> <li>• Sykepleierne opplever å bli følelsesmessig berørt når pasienter viser takknemlighet. De erfarer at takknemlighet fra pasienten gir en vilje til å gi god omsorg.</li> <li>• Sykepleierne erfarte at deres evne til å identifisere seg med situasjonen til pasienten førte til at de lettere følte sårbarhet og medfølelse. Også om de har en nær relasjon til pasienten føler de lettere medfølelse. Sykepleierne opplever også medfølelse for pårørende. Pasientens endringer ved tap av funksjon og endrede forhold påvirker pårørende og sykepleier opplever medfølelse ved slike situasjoner. Sykepleierne opplever å bli en støttespiller til familien i slike situasjoner.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sykepleiere erfarer at å møte død i jobben er en påminnelse om menneskelig skjørhet. Å snakke om død med pasienten gjør at sykepleierne føler maktesløshet og at de føler seg utilstrekkelig.</li><li>• Familien og livshistorien til den palliative pasienten gjør at sykepleierne opplever å bli emosjonelt påvirket.</li><li>• Sykepleierne erfarte at når pasient og pårørende var fornøyde med god omsorg påvirket dette sykepleierens selvtillit og bekrefter verdien som medmenneske og profesjonell sykepleier.</li><li>• Sykepleierne erfarte at i motsetning til institusjonspleie var de i hjemmesykepleien besøkende som bli invitert inn i pasientens hjem. Sykepleierne følte seg privilegert som fikk mulighet til å bli kjent med pasienten på et mer personlig og dypere nivå.</li><li>• Sykepleierne erfarer dårlig tilpassede arbeidsforhold. Her erfarer sykepleierne utfordring med for lite sykepleiere på jobb og geografiske utfordringer for å komme seg til pasienten. I enkelte hjem var levevilkårene svært uhygieniske. Det er ikke like lett å være profesjonell i slike situasjoner.</li><li>• Sykepleierne vektlegger gjensidig tillit til pasienten som viktig. Sykepleiere karakteriserer oppriktighet, åpenhet og fleksibilitet som elementer i god kommunikasjon og omsorg.</li><li>• Sykepleierne føler på skuffelse når de møter pårørende som har mistro til kompetansen til sykepleier og virker kontrollerende.</li><li>• Sykepleierne opplever truende og aggressive pasienter og noen opplever lite støtte fra kollegaer når de ønsker å snakke om opplevelsene.</li></ul>
--	---

<b>Etisk vurdering</b>	Den norske samfunnsvitenskapelige datatjenestene (NSD) ga tillatelse til denne studien. Studien ble utført i samsvar med lovene og reglene i Helsinki. Deltakerne ble holdt anonyme. Ingen sensitiv informasjon ble nevnt. Deltakerne fikk på forhånd skriftlig informasjon om studien og kunne trekke seg når som helst.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Publiseringsnivå: 1 Kvalitetsvurdert ved hjelp av sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning

<b>Artikkel 5</b>	
<b>Forfattere</b>	Mousing, Camilla Askov, Helle Timm, Kirsten Lomborg og Marit Kirkevold.
<b>År</b>	2014
<b>Land</b>	Danmark
<b>Tidsskrift</b>	Journal of Clinical Nursing.
<b>Tittel</b>	Barriers to palliative care in people with chronic obstructive pulmonary disease in home care: A qualitative study of the perspective of professional caregivers
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien er å utforske de erfaringene sykepleierne har med å gi palliativ pleie til pasienter med en kronisk sykdom.
<b>Metode/instrument</b>	Kvalitativ metode. Det ble gjennomført muntlig og skriftlig intervju samt en gruppediskusjon med deltakerne i etterkant av intervjuene.
<b>Deltagere/ frafall</b>	10 sykepleiere Ingen nevnte frafall

<b>Hovedfunn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykepleierne trenger mer opplæring, trening og refleksjon i hvordan man opptrer profesjonelt som helsepersonell i hjemmet til pasienten.</li> <li>• De fortalte om at det lett kan oppstå irritasjon og frustrasjon blant sykepleierne da det kom fram i intervjuene at de har opplevd at pårørende blant annet er mistenksomme i forhold til pleien de gir til pasienten.</li> <li>• I studien ble det kartlagt at sykepleierne opplever utfordrende hverdager, spesielt når man alene må stå i vanskelige utfordringer. De fortalte også at de opplever ensomhet, og at de ofte må ta avgjørelser alene.</li> <li>• Det hviler et stort ansvar over sykepleierne, noe som fører til at sykepleierne føler et stort press.</li> </ul>
<b>Etisk vurdering</b>	<p>Studien fikk etisk godkjenning innhentet fra lokale administratorer i hjemmesykepleien og fra det danske vernetilsynet. Deltakerne ble holdt anonyme. Ingen sensitiv informasjon ble nevnt. Deltakerne i de individuelle intervjuene ga muntlig og skriftlig samtykke før de ble intervjuet.</p>
<b>Vurdering av kvalitet</b>	<p>Publiseringsnivå: 2</p> <p>Kvalitetsvurdert ved hjelp av sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning</p>

<b>Artikkel 6</b> <b>Forfattere</b> <b>År</b>  <b>Land</b> <b>Tidsskrift</b>	<p>Spelten, Evelien, Jenny Timmis, Simone Heald, Saskia Duijts.</p> <p>2019</p> <p>Australia</p> <p>International Journal of Palliative Nursing.</p>
---	--

<b>Tittel</b>	Rural palliative care to support dying at home can be realised; experiences of family members and nurses with a new model of care
<b>Hensikt</b>	Erfaringer med å utvide den palliative omsorgstjenesten og hvordan prosessen foregår når pasienten ønsker å dø i sitt eget hjem.
<b>Metode/instrument</b>	Kvalitativ metode. Det ble tatt opptak av intervjuene.
<b>Deltagere/ frafall</b>	4 sykepleiere og 10 pårørende Ingen nevnte frafall
<b>Hovedfunn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykepleierne i studien påpekte at de ønsket flere samtaler sammen med andre sykepleiere for å bearbeide tunge og emosjonelle følelser.</li> <li>• Sykepleierne var enige om at de ønsket mer undervisning for å ha gode samtaler med pasienten og pårørende om palliativ omsorg og behandling.</li> <li>• Det kom frem i studien at sykepleierne ofte får psykiske påkjenninger i etterkant av en arbeidsdag. Dette på grunn av travle arbeidsdager, og fordi sykepleierne ikke har tid til å reflektere over pasientsituasjoner, og de inntrykkene man sitter igjen med etter endt arbeidsdag.</li> <li>• Sykepleierne påpekte også at de opplever det å gi palliativ pleie til pasienter i en terminal fase i hjemmet med en stor takknemlighet. De så på det som en ære og et privilegium å være en del av denne spesielle og intime prosessen. De ble glade for takknemlighet fra pårørende, dette gjorde at de følte arbeidet ble mer meningsfullt og opplevde et høyt nivå av profesjonell tilfredshet. Sykepleierne er opptatt av å vise respekt ovenfor pasienten og pårørende.</li> <li>• Sykepleierne fryktet at de tilslutt skal bli utbrent, da det er mangel på gode og reflekterende samtaler, samt kunnskap.</li> </ul>

<b>Etisk vurdering</b>	Studien er godkjent av La Trobe, en humanetisk komité. Deltakerne ble holdt anonyme og ingen sensitiv informasjon ble nevnt. Alle deltakerne fikk informasjon på forhånd og ga samtykke til å delta i studien.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Publiseringsnivå: 1 Kvalitetsvurdert ved hjelp av sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning

<b>Artikkel 7</b>	Karlsson, Margareta, Asa Roxberg, António Barbossa da Silva og
<b>Forfattere</b>	Ingela Berggren
<b>År</b>	2010
<b>Land</b>	Sverige
<b>Tidsskrift</b>	International Journal of Palliative Nursing
<b>Tittel</b>	Community nurses' experiences of ethical dilemmas in palliative care: a Swedish study
<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne studien var å belyse sykepleiere i hjemmetjenestens erfaringer med etiske dilemma innenfor palliativ omsorg.
<b>Metode/instrument</b>	Kvalitativ metode. Det ble gjort en innholdsanalyse for å beskrive og analysere innsamlet data. Deltakerne skrev ned etiske dilemma de hadde erfart med pleie til døende og dataene ble analysert.
<b>Deltagere/ frafall</b>	7 sykepleiere. Alle deltakerne var kvinner og hadde fra 4 til 15 års jobberfaring med sykepleie og palliativ pleie. Ingen nevnte frafall



## Hovedfunn

- Sykepleierne erfarte etiske dilemma mellom å tilfredsstillte pårørendes ønsker eller deres og pasientens ønsker. De følte på maktesløshet når de ivaretok døende pasienter på grunn av kravene til pårørende. Dette gjaldt følelsen av forpliktelse i forhold til behandling og å ta målinger av den døende pasienten. Sykepleierne følte press og ble stresset av pårørendes krav. De ble også frustrerte når pårørende ikke respekterte pasientens eget ønske om å dø i hjemmet. Sykepleierne var avhengige av legens vurdering i forhold til pasientens behandling og i slike tilfeller snakket legen med pårørende for å forklare pasientens situasjon, ofte uten å lykkes.
- Sykepleierne følte seg utilstrekkelig når legen ønsket å fortsette behandling og tester til tross for at pasienten var for svak til å gjennomgå prosedyrer. De følte på stress når de stilte spørsmål til legen om videre behandling var etisk riktig. I tilfeller hvor legen ønsket målinger som vekt, blodtrykk og væske registreringer, følte sykepleiere seg maktesløs i forhold til å ivareta livskvaliteten til den døende pasienten. De følte seg utilstrekkelig i forhold til å påvirke legens bestemmelser når de var uenig.
- Sykepleierne følte på etiske dilemma når deres kunnskap om vurdering av pasientens tilstand ikke fikk støtte fra legen. De erfarte å ikke bli hørt eller tatt seriøst av legen. De var avhengig av legen i forhold til pasientens smertelindring. Problemer med samarbeid med lege var ofte tilfellet. Til tross for døende pasienter med sterke smerter ville ikke legen samarbeide ved å forskrive medikamenter.
- Sykepleierne følte frustrasjon og mindre selvtillit når pårørende ikke hadde tillit til dem og ønsket at pasienten heller skulle være på et sykehus. Sykepleierne følte også på skuffelse når de ikke kunne hjelpe pasienten når tilstanden raskt ble forverret. Tilfeller hvor pasienten nektet å motta

	<p>hjelp fra sykepleierne gjorde at de følte de hadde krenket pasientens integritet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ethiske dilemma i forhold til tillit til kollegaers kompetanse var sentralt. Sykepleierne erfarte bekymring i forhold til kollegaers evne til å ivareta døende pasienter. For eksempel kollegaers evne til å observere og håndtere pasienters smerter og lindre på en god måte var noe sykepleierne bekymret seg over.</li> </ul>
<b>Etisk vurdering</b>	<p>Helsinkis retningslinjer (World Medical Association) ble fulgt. Studien er godkjent av lederen for University West i Sverige. Deltakerne ble holdt anonyme og ingen sensitiv informasjon ble nevnt i studien. Deltakerne ble informert skriftlig og muntlig om studien. De ble også informert om at det var frivillig å delta og at de kunne trekke seg når som helst.</p>
<b>Vurdering av kvalitet</b>	<p>Publiseringsnivå: 1</p> <p>Kvalitetsvurdert ved hjelp av sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning</p>

<b>Artikkel 8</b>	
<b>Forfattere</b>	Tunnah, Karen, Angela Jones og Rosalynde Johnstone
<b>År</b>	2012
<b>Land</b>	England
<b>Tidsskrift</b>	International Journal of Palliative Nursing
<b>Tittel</b>	Stress in hospice at home nurses: a qualitative study of their experiences of their work and wellbeing
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å utforske følelsene og erfaringene til sykepleierne i hjemmetjenesten ved palliativ pleie til pasienten i hjemmet.

<b>Metode/instrument</b>	Kvalitativ metode. Sykepleierne ble intervjuet hver for seg og det ble tatt lydopptak.
<b>Deltagere/ frafall</b>	7 sykepleiere. Alle deltakerne var kvinner i alderen 41 til 62 år. Deltakerne hadde jobbet med palliativ pleie i minst 12 måneder og vært sykepleiere i 10 til 39 år.  Ingen nevnte frafall
<b>Hovedfunn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykepleierne erfarte at de var tilfreds med jobben når de følte at de utgjorde en forskjell.</li> <li>• Sykepleierne erfarer at de opplever stress og at de har et stramt tidsskjema, og at dette er faktorer som er med på å påvirke hvor god palliativ pleie de kan gi den døende pasienten. Også konflikter med kolleger utenfor deres team og kommunikasjonsvansker med fastlegen gjør at de opplever stress. Noen av sykepleierne opplever å ha det såpass travelt i sin arbeidsdag at de ikke rekker å besøke palliative pasienter.</li> <li>• Sykepleierne erfarte at de trenger å koble av etter jobb. Trening og turer hjelper på å få tankene på andre ting etter en vanskelig arbeidsdag.</li> <li>• Sykepleierne vektla viktigheten av å få støtte fra kollegaer for å føle mestring. Også støtte fra familie og venner kunne gjøre at de kjente på mestring og fikk uttrykke vanskelige følelser.</li> <li>• Noen av sykepleierne følte seg alene og isolert i jobben og at det var avgjørende hvem de jobbet med.</li> </ul>
<b>Etisk vurdering</b>	Studien ble presentert til North Wales Research Ethics Committee-West. Alle deltakerne deltok frivillig og mottok skriftlig og muntlig informasjon om studien. Deltakerne i studien ble anonymisert og de hadde mulighet til å trekke seg fra studien når som helst. Ingen sensitiv informasjon ble nevnt.

<b>Vurdering av kvalitet</b>	Publiseringsnivå: 1 Kvalitetsvurdert ved hjelp av sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning
------------------------------	---

<b>Artikkel 9</b>	Danielsen, Britt Viola, Anne Marit Sand, Jan Henrik Rosland og Oddvar Førland
<b>Forfattere</b>	
<b>År</b>	2018
<b>Land</b>	Norge
<b>Tidsskrift</b>	BMC Palliative care
<b>Tittel</b>	Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care - a qualitative study
<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne studien var gjennom sykepleiere og fastlegers erfaringer å belyse hvilke faktorer som påvirker palliative pasienters tid i hjemmet og muligheten til å kunne dø hjemme.
<b>Metode/instrument</b>	Kvalitativ metode. Deltakerne ble delt inn i grupper etter leger, sykepleier og pleieassistenter.
<b>Deltagere/ frafall</b>	19 deltakere totalt. Av disse var det 7 sykepleiere. Resterende av deltakerne var pleieassistenter og fastleger. Sykepleierne var i alderen 41 til 63 år og hadde alle lang erfaring med hjemmesykepleie. Sykepleierne hadde i forkant av studien deltatt på kurs om palliativ pleie. Ingen nevnte frafall

## Hovedfunn

- Sykepleierne erfarte at mange av pasientene i palliativ fase som ble overflyttet til hjemmetjenesten kom fra sykehus. De vektla et godt samarbeid med sykehuset for å forberede seg på den palliative pleien og få en god start med pasient og pårørende. De ønsket å få tid til å hente inn nødvendige medisiner og utstyr før pasienten kom hjem. For eksempel en sykehusseng, smertepumpe og forflytningshjelpemidler var viktig for sykepleierne å ha i hjemmet for å få en god start. Sykepleierne erfarte at de trengte god tid til pasienten ved hjemkomst. De mest erfarne sykepleierne tok seg av hjemkomsten. Det viktigste var å etablere trygghet og tillit ved første møte med pasient og pårørende. Samtidig beskrev sykepleierne hvordan sykehuset ofte lovet mer på vegne av hjemmesykepleien enn det var realistisk å oppnå, noe som ofte kunne føre til urealistiske forventninger fra pasient og familie. Sykepleierne opplevde at korte sykehusopphold var hovedfokuset på sykehuset. Sykepleierne opplevde det urettferdig at sykehusene ga pasient og pårørende falske forhåpninger.
- Sykepleierne la vekt på hvor viktig det er å få et nært og tillitsfullt samarbeid med pasienten og pårørende. Å sette av tid til å lytte til og vise empati overfor pasient og familie var viktig. Sykepleierne i studien erfarer at uten pårørende tilstede er det vanskelig å gjennomføre palliativ pleie i hjemmet. Pårørende var til stor hjelp ved å hente medisiner og gjøre ærend.
- Sykepleierne erfarer viktigheten av å etablere kontakt med pasientens fastlege raskt. De ønsket å få til et møte hjemme hos pasienten sammen med andre sykepleiere, fastlege, pårørende og pasienten selv. Sykepleierne erfarte ofte at et godt samarbeid med fastlegen var avgjørende.
- Sykepleierne hadde gode erfaringer med å samarbeide med det palliative team. De kunne kompensere i saker hvor

	<p>fastlegen ikke var tilstrekkelig involvert eller fungerte som et profesjonelt team for både leger og sykepleiere.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sykepleierne erfarte ofte at de var bekymret når den palliative pasienten ble utskrevet fra sykehus til hjemmet. Dette fordi de var redd for at sykehuset hadde glemt å dele eller mistet avgjørende informasjon om pasientens behandlingsplan og endringer i for eksempel medisiner.</li><li>• Noen av sykepleierne erfarte problemer med å få fastlegen involvert i den lindrende behandlingen. Dette handlet ofte om fastlegens prioriteringer så vel som tillit til sykepleiernes kliniske vurderinger av pasienten. Det var viktig at sykepleier og fastlegen hadde regelmessig kontakt da pasientens tilstand raskt kan forverres. Det var også viktig med tillit til hverandre og kunne samarbeide tett. Hvis ikke dette skjedde, økte risikoen for sykehusinnleggelse. Sykepleierne understreket at elektroniske meldinger gjorde kommunikasjonen enklere.</li><li>• Sykepleierne som deltok i fokusgruppene hadde mange års erfaring, men uttrykte behovet for å øke kompetansen ved å få ny kunnskap. Relevante kurs, møter og diskusjoner ble satt stor pris på.</li><li>• Sykepleierne uttrykte behov for regelmessig debriefing med kollegaer. Intense arbeidsperioder med pasienter i palliativ fase kan være ganske utmattende og belastende både fysisk og mentalt. Deling av erfaringer skjedde tilfeldig når sykepleierne hadde tid eller følte at det var nødvendig. De ba imidlertid ledere ta et større ansvar for å koordinere systematisk veiledning, rådgivning og debriefing for sykepleierne.</li><li>• Sykepleierne hadde erfart sårbarheten til pasienten og familien da pasienten ble dårligere. Sykepleierne prøvde å være forberedt på det som kom og skape et godt miljø for pasienten i nært samarbeid med familien. I den siste fasen av</li></ul>
--	---

	<p>livet tok sykepleiere seg av pasienten og familien da de opplevde at deres kompetanse til enhver tid var nødvendig. De ønsket å skape forutsigbarhet for pasienten og familien og å praktisere fleksibilitet i henhold til pasientens og familiens behov og ønsker. Sykepleierne var lett tilgjengelig på telefon.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykepleierne var bekymret for familiene som hadde lovet sine kjære at de kunne dø hjemme, siden situasjonen kunne endre seg veldig raskt, og pasientens situasjon kunne bli uutholdelig. I disse situasjonene opplevde de at sykehuset kunne være et bedre alternativ for pasienten og familien, og de trengte å støtte dem i den avgjørelsen. Det lindrende skrin gjorde at sykepleier bedre kunne kontrollere pasientens symptomer i den siste tiden og unngå sykehusinnleggelse.</li> <li>• Sykepleierne erfarte at de hjalp hverandre, delte erfaringer og støttet hverandre, noe som var viktig for å opprettholde entusiasmen og gleden over arbeidet. Kompetanse, klinisk erfaring, palliativ omsorg opplevelse, modenhet, situasjon gjenkjenning og aksept av hverandres forskjellige ferdigheter ble fremhevet.</li> <li>• Hjemmesykepleierne praktiserte fleksibilitet i arbeidstiden når det gjaldt situasjoner der de trengte mer tid i den palliative omsorgspasientens hjem. De lettet hverandre fra forskjellige tilleggsoppgaver og oppgaver i løpet av dagen for å gjøre det mulig for de involverte sykepleierne å håndtere situasjonen uten å måtte tenke på hver oppgave som ventet dem. De hadde en slags "stille avtale".</li> </ul> <p>Fleksibiliteten gjorde det lettere for dem å takle utfordrende situasjoner, som kunne oppstå ganske plutselig.</p>
<p><b>Etisk vurdering</b></p>	<p>Etisk godkjenning fra norske forskningslover og reguleringer. Alle deltakerne deltok frivillig og mottok skriftlig informasjon om studien. Deltakerne i studien ble anonymisert og de hadde mulighet</p>

	til å trekke seg fra studien når som helst. Ingen sensitiv informasjon ble nevnt.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Publiseringsnivå: 1 Kvalitetsvurdert ved hjelp av sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning

<b>Artikkel 10</b>	
<b>Forfattere</b>	Staats, Katrine, Oscar Tranvåg og Ellen Karine Grov.
<b>År</b>	2018
<b>Land</b>	Norge
<b>Tidsskrift</b>	Journal of hospice and palliative nursing
<b>Tittel</b>	Home-Care Nurses' Experience With Medication Kit in Palliative Care
<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne studien er å belyse norske sykepleieres erfaring med det lindrende skrin som et verktøy i palliasjon fasen for hjemmeboende pasienter.
<b>Metode/instrument</b>	Kvalitativ metode. Alle deltakerne ble intervjuet og det ble tatt opp lydopptak.
<b>Deltagere/ frafall</b>	18 sykepleiere. Deltakerne var mellom 30 og 62 år. De hadde et gjennomsnitt på 12 års erfaring som sykepleier. 7 av sykepleierne hadde videreutdanning i palliasjon og kreft.  Ingen nevnte frafall



## Hovedfunn

- Sykepleierne i studien erfarer at det er viktig med et godt tverrfaglig samarbeid for å kunne håndtere det lindrende skrin. Sykepleierne erfarte at et godt og kontinuerlig samarbeid med legen var viktig. Imidlertid var det store variasjoner i samarbeid. Mange av sykepleierne så ut til å oppleve legen som en nøkkelperson når de samarbeidet om det lindrende skrinet, og ønsket en lege som også var lett tilgjengelig utover arbeidstiden også. Å ha legen tilgjengelig på telefon døgnet rundt ga sykepleierne trygghet. Samtidig sa de at riktige instruksjoner fra en lege var helt avgjørende for å bruke det lindrende skrin.
- Sykepleierne erfarte rutiner for bruk av det lindrende skrin som tilfredsstillende. De vektla viktigheten av planlegging i forhold til at bemanning bør være styrket når skrinet skal taes i bruk. De vektla også nok tid, og at antall besøk bør kuttes ned når man jobber med palliative pasienter og benytter det lindrende skrin.
- Mange av sykepleierne følte seg utrygge på bruken av skrinet og følte på mye ansvar alene. Sykepleierne synes de hadde for lite erfaring med skrinet, og at det ble for lite kontinuitet i bruken av skrinet. Disse sykepleierne følte ikke at det var faglig forsvarlig at de skulle håndtere dette da de ofte alene var ansvarlig for å vurdere pasienten og administrere medisinene. De erfarte at kompetansen rundt bruken av skrinet ble glemt fra gang til gang.
- Sykepleierne erfarte at de sykepleierne som hadde lengst erfaring med palliativ pleie virket tryggest på bruken av skrinet. De erfarte store variasjoner blant kollegaer i bruken av skrinet. Noen var liberale og ga mer av medikamentene, mens andre var restriktive. De mest uerfarne sykepleierne var usikre og forsiktige i bruken av skrinet. De erfarte at til tross for klare instruksjoner fra lege var de usikre på å øke doseringen av medisinene. De erfarne sykepleierne følte seg

	<p>trygge og økte doseringen når de observerte at den nåværende dosen ga lite effekt. De foretrakk i disse situasjonene å konferere med kollegaer.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykepleierne erfarte at å jobbe på natten var sårbart i forhold til det lindrende skrin. Sykepleierne på natt erfarte at det fungerte bra når dagvaktene hadde igangsatt behandling og hadde en tydelig behandlingsplan slik at sykepleierne på natt ikke måtte behøve å starte noe nytt. Sykepleierne på natt synes det var både spennende og skummelt å ha ansvar for medisinerne om natten. Samtidig erfarte disse sykepleierne at tiden var en stor begrensning og at de følte på stress. Dette skyldtes et stort antall pasienter som trenger omfattende omsorg i tillegg til å være alene. Noen ganger ble innleggelse på sykehus sett på som det eneste alternativet, selv når pasienten heller vil være hjemme. Sykepleierne som jobbet natt var gjerne alene og følte på ensomhet og savnet etter å ha noen å snakke med.</li> <li>• Mange av sykepleierne på natt erfarte at det var en fordel å jobbe både dag og natt. Dette reduserte ensomheten som man opplevde på nattskiftet. Samtidig kan man ta med seg kunnskap fra dagvakt til nattevakt. En metode for sykepleiere på nattskift var å kontakte vaktsykepleier på det nærmeste sykehjem for å dobbeltsjekke om de var usikker på noe.</li> <li>• Sykepleierne i studien ønsket økt kompetanse innen grunnleggende palliasjon, spesielt i forhold til symptomlindring i terminalfasen.</li> </ul>
<b>Etisk vurdering</b>	<p>Studien er godkjent av norsk senter for forskningsdata. Alle deltakerne deltok frivillig og mottok skriftlig og muntlig informasjon om studien. Deltakerne i studien ble anonymisert og de hadde mulighet til å trekke seg fra studien når som helst. Ingen sensitiv informasjon ble nevnt.</p>

<b>Vurdering av kvalitet</b>	Publiseringsnivå: 1 Kvalitetsvurdert ved hjelp av sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning
------------------------------	--