



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Palliativ pleie til hjemmeboende
kreftpasienter/Palliative care for cancer patients
living at home**

Kandidatnummer 91 og 92

Totalt antall sider inkludert forsiden: 63

Molde, 30.03.2022



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">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<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. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§16 og 36.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert, jf. høgskolens regler og konsekvenser for fusk og plagiat	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<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: 7670

Sammendrag

Bakgrunn: I 2020 var det 35 515 nye krefttilfeller i Norge. Palliativ behandling er et fagområde det har blitt lagt stor vekt på i Norge de senere år, men bare 6% av befolkningen i Norge dør planlagt hjemme, noe som er det laveste tallet i Europa. Pasienter som mottar palliativ behandling i hjemmet er en utfordrende pasientgruppe for sykepleiere, da det setter krav til faglig kompetanse og utfordrer de på det emosjonelle planet.

Hensikt: Hensikten med litteraturstudien var å belyse sykepleieres erfaringer med palliativ pleie til hjemmeboende pasienter med kreft.

Metode: Vår litteraturstudie er basert på 11 kvalitative forskningsartikler, funnet ved systematiske søk i 3 databaser.

Resultat: Resultatene fra studien har vi beskrevet ut ifra fire hovedtemaer som kom frem under vårt arbeide: Samarbeid mellom sykepleier og pasient/pårørende, tverrprofesjonelt samarbeid, sykepleiernes kompetanse, og følelsesmessige aspekter.

Konklusjon: Palliativ pleie i pasientenes hjem er en utfordrende og tøff oppgave for sykepleiere som jobber med dette. Det må tilstrebes å øke kvaliteten på samhandlingen med andre instanser i helsevesenet, sørge for at sykepleierne får mulighet til opplæring og trening for å øke kompetansen, og nødvendige ressurser må tilbys. Gode arbeidsforhold er avgjørende for å beholde og rekruttere nye sykepleiere til hjemmesykepleien.

Nøkkelord: Kreft, palliativ pleie, erfaring og sykepleier.

Abstract

Background: In 2020, we had 35,515 new cancer cases in Norway. Palliative care is a subject that has been given great emphasis in Norway in recent years, but only 6% of the population in Norway die planned at home, which is the lowest number in Europe. Patients who receive palliative care at home are a challenging group of patients for nurses, with set requirements for both professional competence and challenge them on an emotional level.

Purpose: The purpose of the literature study was to shed light on nurses' experiences with palliative care for patients living at home with cancer.

Method: Our literature study is based on 11 qualitative research articles, found by systematic searches in 3 databases.

Results: We have described the results from the study based on four main themes that emerged during our work: Cooperation between nurse and patient/relatives, interprofessional cooperation, nurses' competence and emotional aspects.

Conclusion: Palliative care in patients' homes is a challenging and tough task for nurses who work with this. Efforts must be made to increase the quality of interaction with other professions in the health care system, ensure that nurses have the opportunity for education and training to increase competence, and the necessary resources must be provided. Good working conditions are crucial for retaining and recruit new nurses to home nursing.

Keywords: Cancer, palliative care, experience and nurs

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Studiens hensikt.....	3
2.0 Metode	4
2.1 Litteraturstudie som metode	4
2.2 Datainnsamling	4
2.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	4
2.2.2 PICO-skjema	5
2.2.3 Søkehistorikk.....	6
2.3 Kritisk vurdering	7
2.4 Etske overveielser	8
2.5 Analyse.....	8
3.0 Resultat	10
3.1 Samarbeid mellom sykepleier og pasient/pårørende	10
3.2 Tverrprofesjonelt samarbeid	12
3.3 Sykepleiernes kompetanse	13
3.4 Følelsesmessige aspekter.....	15
4.0 Diskusjon	17
4.1 Metodediskusjon	17
4.1.1 Søkestrategi	17
4.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	17
4.1.3 Etske hensyn og kvalitetsvurdering	18
4.1.4 Analyseprosessen	18
4.2 Resultatdiskusjon.....	19
4.2.1 En god relasjon til pasient og pårørende gir trygt pleiemiljø	19
4.2.2 Tverrprofesjonelt samarbeid legger grunnlaget for god pleie.....	20
4.2.3 Kompetanseheving hos sykepleiere må prioriteres	22
4.2.4 Sykepleiere har en tøff og utfordrende arbeidshverdag.....	24
5.0 Konklusjon	26
5.1 Forslag til videre forskning	27
Referanser	28
Vedlegg	33

Vedlegg 1: PIO-Skjema	33
Vedlegg 2: Oversiktstabell over inkluderte artikler	34
Vedlegg 3: Søkehistorikk	45
Vedlegg 4: Eksempel på utfylt sjekklister.....	48

1.0 Innledning

I 2020 ble det registrert 35 515 nye krefttilfeller i Norge (Kreftregisteret 2021). Kreftutviklingen har over lengre tid holdt seg stabil med en liten økning hvert år. Vi må forvente en viss økning i antall krefttilfeller, siden vi både blir flere mennesker i Norge og vi lever lengre enn tidligere. På grunn av den pågående koronapandemien var det i 2020 knyttet spenning til om man ville få en markant nedgang i diagnostiserte krefttilfeller. Det viste seg at det totalt for 2020 ble diagnostisert flere tilfeller av kreft enn i 2019. Fortsatt rammer kreft flest eldre i Norge, og tre av fire tilfeller som diagnostiseres rammer personer over 60 år. Til tross for at flere nå overlever kreft enn tidligere i Norge, ble det i 2020 registrert 10 981 personer som døde av kreft her i landet (Kreftregisteret 2021).

Når kreftsykdommen går over til å være uhelbredelig går pasienten inn i den palliative fasen, en prosess som starter når man erkjenner at sykdommen er uhelbredelig, og avsluttes ved pasientens død. Pasientene har da redusert forventet levetid, men denne fasen er svært vanskelig å tidfeste (Fjørtoft 2016, 79). Palliativ behandling er et fagområde det legges stor vekt på i Norge, men bare 6% dør planlagt hjemme, noe som er det laveste tallet i Europa. I 2019 kom den første stortingsmeldingen om palliasjon og lindrende omsorg. Den har som mål å øke den enkeltes medvirkning og valgfrihet, samt at kompetanse og organisering av tjenestene må bedres for å bidra til mer hjemmetid og hjemmedød (Johansen 2021). En undersøkelse gjort av Fransiskushjelpen viser at 53% av den norske befolkningen ønsker å dø hjemme, mens bare 6% av deltakerne ønsket å dø der de fleste dør i dag; på sykehjem (Fransiskushjelpen 2021).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Helsedirektoratet (2019) har utarbeidet et Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen der de beskriver hvordan den palliative pleien skal

utøves. Her defineres palliasjon av Verdens Helseorganisasjon (WHO) på følgende måte:

Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnæringsmåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte, og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art.

Ifølge Nasjonalt handlingsprogram skal palliasjon til pasienter med kreft praktiseres på alle nivåer og områder i helsetjenesten. De fremhever viktigheten av tverrfaglig samarbeid for å kunne kartlegge og vurdere pasientenes behov, som igjen vil være avgjørende for å kunne oppnå god symptomlindring. Følgende profesjoner kan være involvert i et spesialisert palliativt tilbud: leger, sykepleiere, fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom, klinisk ernæringsfysiolog, prest, psykolog og psykiatrisk sykepleier (Helsedirektoratet 2019).

Pasienter med en alvorlig sykdom ønsker å bli frisk, og som sykepleier er det vår plikt å redde liv. Tidspunktet der pasienten går over fra å være levende til døende er et vesentlig skille i livet, som det er viktig å erkjenne (Birkeland og Flovik 2014, 97). Det å leve med en alvorlig og uhelbredelig sykdom medfører en rekke utfordringer for pasientene. Mange har levd med sykdommen over lengre tid og har vært gjennom både skuffelser, uvisshet og håp. Behandlingene er ofte krevende og plagene har gjerne vært store, både somatiske og psykososiale. Dette kan være smerter, tap av matlyst, obstipasjon, angst, frykt, ensomhet og de føler gjerne at livet har blitt meningsløst (Fjørtoft 2016, 79).

Rønsen (2020) har i sin rapport *Palliativ omsorg i kommunene* samlet forskning som har en spesiell betydning for den palliative omsorgen i kommunene. Det fremkommer at tjenestetilbudet innen palliativ omsorg er av varierende kvalitet, avhengig av hvilken kommune du er bosatt i. Pasientgruppen har ofte mange og sammensatte utfordringer som krever helsetjenester på flere nivåer, og dette krever samarbeid blant de ulike profesjonene. Videre skriver hun at det som kjennetegner den palliative pasientgruppen er at helsetilstanden og

funksjonsnivået reduseres, samtidig som hjelpebehovet øker. For at pasientene og pårørende skal føle seg trygge er det svært viktig med et tjenestetilbud av god kvalitet, og at tilbudet er tilgjengelig hele døgnet. Et slikt tilbud må være på plass uavhengig av hvilken kommune pasienten bor i.

Sykepleiere har ansvar for den daglige pleien og omsorgen. De må kunne koordinere med andre instanser i helsetjenesten for å sørge for at pasientene mottar et helhetlig, samordnet og fleksibelt tilbud, som ivaretar pasientenes rettigheter og ønsker (Haugen og Aass 2016, 113).

Erfaringer fra praksis og tidligere forskning gjør at vi ser på palliativt arbeid som viktig. Derfor ønsker vi å øke vår kunnskap om hvordan vi som sykepleiere kan gi omsorgsfull pleie i den palliative fasen.

1.2 Studiens hensikt

Hensikten med litteraturstudien var å belyse sykepleieres erfaringer med palliativ pleie til hjemmeboende pasienter med kreft.

2.0 Metode

I dette kapitlet beskriver vi hvordan vi gikk frem for å innhente data til vår litteraturstudie. Vårt valg av metode har vi gjort med bakgrunn av hvordan vi best kan samle inn data for å belyse vår hensikt.

2.1 Litteraturstudie som metode

Vi har i henhold til Høgskolen i Molde sine retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie utført en litteraturstudie. I en litteraturstudie gjennomføres litteratursøk for å innhente nødvendige data for å kunne svare på hensikt og problemstilling. Visse kriterier må følges for å utføre en litteraturstudie. Søkestrategien skal være tydelig beskrevet, og inklusjon- og eksklusjonskriterier må komme tydelig frem. En analyse av resultatene skal beskrives, og alle studiene skal kvalitetsvurderes (Christoffersen et al. 2015, 62).

2.2 Datainnsamling

Til vår litteraturstudie var vi avhengig av å innhente aktuelle data for å belyse vår hensikt. Ifølge Christoffersen et al. (2015, 62) er det vanlig innenfor sykepleieforskning å innhente data fra primærkilder, som publiserte vitenskapelige artikler, for å gjøre litteraturstudier.

2.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å finne artikler som svarte på vår hensikt definerte vi følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier presentert i figur 1:



Figur 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

2.2.2 PICO-skjema

Vi utarbeidet et PICO-skjema til våre søk (Vedlegg 1). Et PICO-skjema skal hjelpe til med å strukturere spørsmålet vi ønsker å få svar på. For vår hensikt ble det mest relevant å bruke et PIO-skjema, da vi ikke skulle sammenligne tiltak opp mot hverandre (Nortvedt et al. 2021, 37).

P står for “pasient/problem” og søkeordene her skal beskrive hvilke pasienter/problemer vi er interessert i (Nortvedt et al. 2021, 37). Vi brukte søkeordene “cancer” og “terminal care/palliative care” da vi ønsket å finne artikler om pasienter med kreft som mottok palliativ pleie.

I står for “intervensjon” og kan tolkes vidt (Nortvedt et al. 2021, 37). Vi brukte søkeordene “homecare” og “homenursing” da vi ønsket å finne artikler som omhandlet pasienter som mottar sykepleie i hjemmet.

O står for “outcome/utfall” og med det menes hvilke utfall vi er interessert i (Nortvedt et al. 2021, 37). Da vi ønsket å finne ut sykepleiers erfaring med kreft og palliasjon i hjemmet brukte vi “nurs*” og “experienc*”.

På enkelte ord brukte vi trunkering, som vil si å søke på stammen av et ord for å få med flere varianter og endelser av ordet. Dette gjøres ved å skrive begynnelsen av ordet for så å legge til tegnet “*”. For å både avgrense og utvide søket vårt kombinerte vi søkeordene med AND og OR, også kalt boolske operatører. AND avgrenser søket ved å gi treff på artikler hvor begge søkeordene er med, mens OR utvider søket ved å gi treff på artikler som inneholder minst ett av søkeordene (Nortvedt et al. 2021, 65).

2.2.3 Søkehistorikk

PIO-skjemaet vi utarbeidet ble brukt som utgangspunkt når vi startet prosessen med artikkelsøk i databaser.

Vi brukte i hovedsak databasene Medline og Cinahl, men noen søk ble også utført i OVID Nursing og SveMed+. I våre søkeresultat leste vi gjennom titlene på artiklene, lagret de som virket relevante før vi leste gjennom sammendragene på de aktuelle artiklene. Ut ifra innholdet i sammendragene valgte vi ut artikler relevant for vår hensikt og leste disse i sin helhet. Etter å ha lest gjennom artiklene flere ganger, forkastet vi artikler som ikke svarte på vår hensikt, og satt til slutt igjen med de artiklene vi valgte å inkludere i vår litteraturstudie.

Vi utførte følgende søk der vi fant våre artikler:

Søk 1: 08.12.2021 i OVID Medline.

Dette søket resulterte i 203 artikler, hvor vi leste titlene på alle. Videre leste vi 27 sammendrag og 11 artikler. Vi valgte å inkludere 4 artikler.

Søk 2: 10.01.2022 i OVID Medline.

Dette søket resulterte i 72 artikler, hvor vi leste titlene på alle. Videre leste vi 13 sammendrag og 6 artikler. Vi valgte å inkludere 2 artikler

Søk 3: 15.01.2022 i Cinahl.

Dette søket resulterte i 194 artikler, hvor vi leste titlene på alle. Videre leste vi 23 sammendrag og 12 artikler. Vi valgte å inkludere 4 artikler

Søk 4: 17.01.2022 i SweMed+.

Fra en av våre forkastede artikler kom vi over en norsk forfatter som hadde skrevet om temaet vi søkte etter. Vi valgte å utføre et søk på denne forfatteren i databasen SveMed+. Dette resulterte i 7 treff, der vi leste 2 sammendrag og 1 artikkel. Denne artikkelen valgte vi å inkludere i vår litteraturstudie.

Dette resulterte i 11 inkluderte artikler i vår litteraturstudie, som kan ses i en oversiktstabell (Vedlegg 2).

For utfyllende søkehistorikk se vedlegg (Vedlegg 3).

2.3 Kritisk vurdering

For å lette arbeidet med kritisk vurdering av forskningslitteratur anbefales det å bruke sjekklister som hjelpemidler. Våre artikler ble kritisk vurdert ved hjelp av «sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie» (Helsebiblioteket 2016). Vi samarbeidet om den kritiske vurderingen, og vi startet med to overordnede spørsmål for å finne ut om artiklene var hensiktsmessig for vår studie. Disse spørsmålene spør om artikkelen har en klart formulert problemstilling eller hensikt, og om tilnærmingen i studien var egnet til å besvare problemstillingen (Nordtvedt et al 2021, 78). Dersom spørsmålene resulterte i ja, gikk vi videre til full kritisk vurdering med sjekklisten. De artiklene vi har inkludert har vi vurdert som gode og relevante for vår litteraturstudie. Se eksempel på utfylt sjekkliste (Vedlegg 4).

For å undersøke om våre artikler var fagfellevurdert, søkte vi opp tidsskriftet de var publisert i ved hjelp av registeret over vitenskapelige publiseringskanaler (Kanalregisteret 2022). Alle våre artikler var fagfellevurdert.

2.4 Ethiske overveielser

«Forskningsetikk er et område av etikken som har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning å gjøre. Det handler om å ivareta personvernet og sikre troverdighet av forskningsresultater» (Dalland 2012, 94). Ifølge Forsberg og Wengström (2015, 59) skal man ved systematiske litteraturstudier gjøre etiske vurderinger av forskningen man inkluderer i studien. De skriver at forskningen bør være vurdert av en etisk komité, eller andre etiske overveielser skal være gjort.

Ved gjennomgang av artiklene i vår studie var det viktig for oss at etiske hensyn var gjort rede for, og at artiklene var godkjent av en etisk komité, noe våre artikler var. Fangen (2015) skriver at en etisk komité ser på om deltakerne i forskningen har fått tilstrekkelig informasjon på forhånd, om de er med frivillig, har fått opplyst om retten til å trekke seg, anonymiteten deres overholdes, og om de har gitt sitt skriftlige samtykke.

Vi hadde begge to erfaringer med palliativ pleie fra praksis i hjemmetjenesten. Vi var derfor bevist på at vår forforståelse om temaet ikke påvirket våre tolkninger av datamaterialet under analysen av artiklene.

2.5 Analyse

Vi fulgte trinnene i Evans analysemodell. Denne modellen går ut på at vi gjennom 4 trinn systematisk analyserer artiklene vi har funnet (Evans 2002).

Fase 1: Datainnsamling.

Evans (2002) skriver at man skal innhente relevant data, og hvordan vi gjorde dette er beskrevet under punkt 2.2.

Fase 2: Identifisering av de viktigste funnene.

I denne fasen identifiseres hovedfunnene i hver artikkel (Evans 2002). Vi nummererte hver artikkel før vi begynte å lese, slik at vi hadde en struktur på artiklene. Deretter leste vi de inkluderte artiklene hver for oss flere ganger, slik fikk vi en god oversikt over innholdet og kunne identifisere hovedfunnene. Vi noterte våre hovedfunn, før vi diskuterte disse sammen om vi hadde tolket artiklene likt. Videre markerte vi hovedfunnene i artiklene med ulike farger.

Fase 3: Sammenligning av studiene.

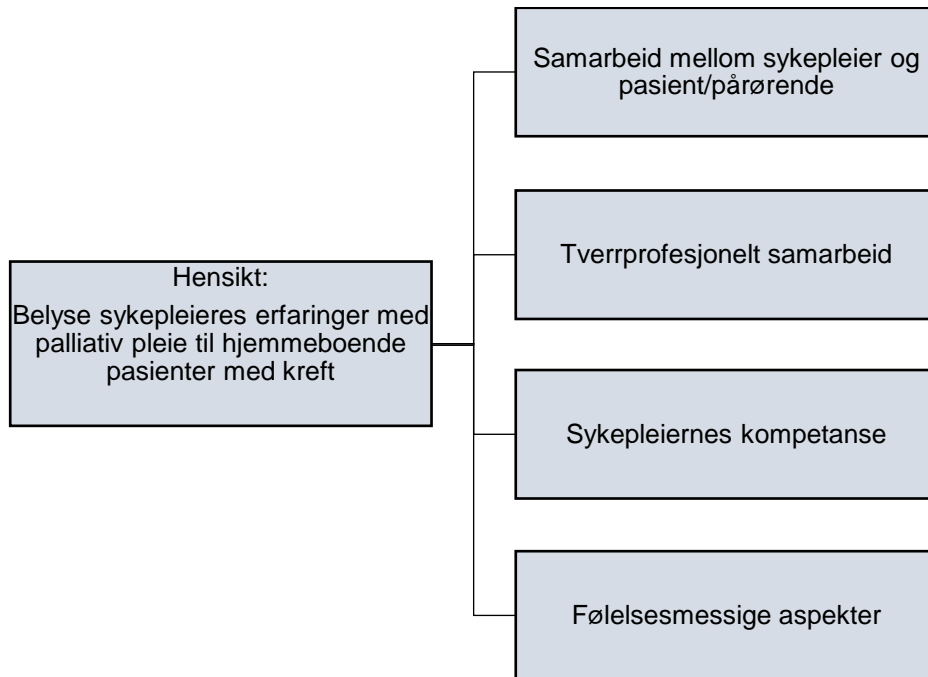
I denne fasen skal man finne og kategorisere de ulike temaene i artiklene, samt finne ulikheter og likheter (Evans 2002). Dette gjorde vi ved å sette hovedfunnene våre i en tabell, viderefølgt av artikkelnummeret de ulike funnene var i. Under hvert hovedtema skrev vi inn nøkkelord og nøkkelsetninger som vi brukte i resultatdelen.

Fase 4: Beskrive fenomenet.

Den siste fasen gikk ut på å syntetisere funnene vi hadde gjort (Evans 2002). Det resulterte i 4 hovedtemaer og flere undertemaer som vi beskriver i resultatdelen hvor vi henviser til originalartiklene.

3.0 Resultat

Gjennom analysen av artiklene kom vi frem til fire hovedfunn som her presenteres i figur 2:



Figur 2: Viser hensikt og hovedfunn

3.1 Samarbeid mellom sykepleier og pasient/pårørende

Betydningen av et tett og tillitsfullt samarbeid med pasient og pårørende fra starten av var viktig for å skape et trygt miljø i hjemmet (Danielsen et al. 2018, Midlöv og Lindberg 2020, Karlsson og Berggren 2011, Tarberg et al. 2020, Alvariza, Mjörnberg og Goliath 2019, Marchessault, Legault og Martinez 2012, Molnes 2015).

Det å inkludere pårørende tidlig i prosessen, og ha et tett samarbeid gjennom sykdomsforløpet var viktig ettersom pårørende ofte bistår i den palliative pleien i hjemmet (Midlöv og Lindberg 2020, Tarberg et al. 2020, Marchessault, Legault og Martinez 2012, Molnes 2015). «*When we manage to establish early contact, it becomes easier to work together at the end*» (Tarberg et al. 2020). Flere mente

også at «det første møtet» var viktig for å skape tillit og trygghet, og på dette møtet hadde man stort sett med en erfaren sykepleier (Danielsen et al. 2018).

Hvert hjem er forskjellig, og sykepleiere må tilpasse seg de ulike hjemmene og skape trygge og gode relasjoner til både pasient og pårørende. Sykepleierne fortalte at de brukte hjemmemiljøet og omgivelsene for å bli bedre kjent med pasienten (Midlöv og Lindberg 2020, Alvariza, Mjörnberg og Goliath 2019). Flere sykepleiere beskrev hjemmet som pasientens plass, hvor pasienten er eksperten i sin pleie, og det å lytte til pasientens ønsker er et viktig utgangspunkt for å gi god palliativ pleie. Det kunne til tider være skremmende å komme inn i pasientens hjem, fordi både pasient og pårørende har store forventninger til pleien (Marchessault, Legault og Martinez 2012, Molnes 2015).

Sykepleierne forsøkte å oppfordre, samt lære opp pasienter og pårørende til å utføre oppgaver selv. Dette kunne være oppgaver innen ernæring, symptomlindring og medisinsk teknisk utstyr. De opplevde at dette ga pasienter og pårørende selvtillit og mestringsfølelse, samtidig som sykepleierne måtte ha tillit til at de mestret dette (Alvariza, Mjörnberg og Goliath 2019). For å involvere pårørende i den palliative pleien, mente sykepleierne at det var nødvendig med kunnskap om pleiebehovet, for å kunne jobbe sammen mot et felles mål (Midlöv og Lindberg 2020, Karlsson og Berggren 2011, Tarberg et al. 2020, Molnes 2015).

Noen sykepleiere erfarte dårlig samarbeid mellom både kollegaer, pasienter og pårørende. Dette kunne medføre usikkerhet og skape etiske problemer for sykepleierne, og kunne føre til at kvaliteten på pleien ble svekket. Dette gjaldt blant annet når enkelte sykepleiere ikke forsto at de pårørende hadde et behov for å hjelpe til i den palliative pleien (Karlsson et al. 2012).

The daughter could have helped to change the dressing, because it leaked a lot. But they (the nurse's colleagues) thought that it was too messy for the daughter to deal with. And then I felt that it's not easy to work with patients when everybody has different ways of dealing with these things (Karlsson et al. 2012).

3.2 Tverrprofesjonelt samarbeid

De fleste artiklene tar for seg viktigheten av et godt tverrprofesjonelt samarbeid. Instanser som blir nevnt er sykehus, hjemmetjenesten, kommunehelsetjenesten, fastleger, palliative team, kreftkoordinator, sykehjem og legevakt (Danielsen et al. 2018, Midlöv og Lindberg 2020, Karlsson og Berggren 2011, Staats, Tranvåg og Grov 2018, Tarberg et al. 2020, Marchessault, Legault og Martinez 2012, Ervik, Brøndbo og Johansen 2021, Molnes 2015). *«It's very much about working in a multiprofessional way. It's important to use the skills available to be able to offer good palliative care at home (Midlöv og Lindberg 2020).*

Et tidlig samarbeid mellom sykehus og hjemmesykepleien blir fremhevet som viktig for at pasientene skal få en god start når de blir utskrevet til hjemmet. Sykepleiere og leger på sykehus blir sett på som nøkkelpersoner i kommunikasjonen med kommunehelsetjenesten for at riktig informasjon angående pasientenes behov blir formidlet på en god måte (Danielsen et al. 2018, Midlöv og Lindberg 2020, Ervik, Brøndbo og Johansen 2021, Tarberg et al. 2020, Marchessault, Legault og Martinez 2012, Molnes 2015). Noen sykepleiere i hjemmesykepleien opplevde utfordringer i overflyttingsfasen mellom sykehus og hjemmet, informasjon kunne gå tapt, medisinlister ble ikke oppdatert og lovnader fra sykehuset førte til urealistiske forventninger hos pasientene. God informasjon i forkant av utskrivelsen fra sykehuset så sykepleierne på som avgjørende for å få en god start på den palliative pleien i hjemmet (Danielsen et al. 2018, Midlöv og Lindberg 2020, Tarberg et al. 2020). *«It is important to have a good start. There are no practical things that paralyze more than lack of medications, displacement equipment, etc. For if the start is chaos, then this chaos can easily continue»* (Danielsen et al. 2018).

Samarbeid med leger er et tema som sykepleierne fremhevet i artiklene (Danielsen et al. 2018, Midlöv og Lindberg 2020, Karlsson og Berggren 2011, Staats, Tranvåg og Grov 2018, Tarberg et al. 2020, Ervik, Brøndbo og Johansen 2021). Tidlig involvering av lege i den palliative pleien var med på å skape trygghet og tillit både for sykepleierne og pasientene, og det var ønskelig at legene

var med på det første møtet i hjemmet med pasienten og pårørende. Et godt kontinuerlig samarbeid med legen, med tydelig og god kommunikasjon var med på å styrke sykepleiernes rolle i den palliative pleien, og de fleste så på samarbeidet med legene som godt (Danielsen et al. 2018, Midlöv og Lindberg 2020, Karlsson og Berggren 2011, Staats, Tranvåg og Grov 2018, Ervik, Brøndbo og Johansen 2021). Samtidig var det ikke alle sykepleierne som opplevde samarbeidet med leger som godt. Noen opplevde vanskeligheter med å få legene involvert, og dette kunne føre til at medisinske problemer oppsto. Et ønske fra noen av sykepleierne var at legene burde få mer kunnskap og vise mer interesse i den palliative pleien (Danielsen et al. 2018, Midlöv og Lindberg 2020, Staats, Tranvåg og Grov 2018, Tarberg et al. 2020, Ervik, Brøndbo og Johansen 2021).

Det kom frem at sykepleierne satte stor pris på støtte og samarbeid fra sykehusenes palliative team, og at dette samarbeidet var med på å skape trygghet for både sykepleiere, pasienter og pårørende (Danielsen et al. 2018, Midlöv og Lindberg 2020, Staats, Tranvåg og Grov 2018, Ervik, Brøndbo og Johansen 2021). Enkelte sykepleiere hadde et ønske om egne palliative team innad i hjemmesykepleien fremfor samarbeid med faste team fra spesialisthelsetjenesten (Midlöv og Lindberg 2020, Ervik, Brøndbo og Johansen 2021).

3.3 Sykepleiernes kompetanse

Bred erfaring og god kompetanse blant sykepleierne i den palliative pleien, blir trukket frem som viktig for å kunne skape et trygt og godt pleiemiljø for pasient (Danielsen et al. 2018, Alvariza, Mjörnberg og Goliath 2019, Midlöv og Lindberg 2020, Karlsson og Berggren 2011, Staats, Tranvåg og Grov 2018, Karlsson et al. 2012, Marchessault, Legault og Martinez 2012, Ervik, Brøndbo og Johansen 2021).

Kompetanse om medikamentell behandling fremkom som viktig. Man må ha kunnskap om medikamentenes virkninger og bivirkninger for å trygt kunne administrere disse (Midlöv og Lindberg 2020, Staats, Tranvåg og Grov 2018, Tarberg et al. 2020, Marchessault, Legault og Martinez 2012, Ervik, Brøndbo og

Johansen 2021). Flere sykepleiere følte seg utrygge i administrering av symptomlindrende medikamenter, gjerne på grunn av lite erfaring og lange opphold mellom hver gang de administrerte medikamentene (Staats, Tranvåg og Grov 2018, Marchessault, Legault og Martinez 2012).

Quite some time may pass between each time we use that kit. So it (my competence) becomes a bit rusty over time. When one rarely does something, one is less confident when one performs the task. I felt I was sort of thrown into it, the one time it was in use (Staats, Tranvåg og Grov 2018).

Mens erfarne sykepleiere kunne føle seg trygge på doseøkninger, ville gjerne uerfarne vegre seg for å øke dosen. Det kunne føre til at pasientene ikke fikk den symptomlindringen de hadde behov for (Staats, Tranvåg og Grov 2018).

Det fremkom at kompetansen blant sykepleierne som jobber med palliativ pleie var generelt god, men på tross av dette var opplæring og trening for å heve kunnskapen ønskelig. Kvaliteten på den palliative pleien blir påvirket av kunnskaps- og erfaringsnivået til sykepleierne på jobb, og dette kan føre til at pasientene ikke føler seg trygge i pleiesituasjoner (Danielsen et al. 2018, Midlöv og Lindberg 2020, Karlsson og Berggren 2011, Staats, Tranvåg og Grov 2018, Marchessault, Legault og Martinez 2012, Karlsson et al. 2012, Ervik, Brøndbo og Johansen 2021). «*We've been trained, but there hasn't been an update in 5 years*» (Marchessault, Legault og Martinez 2012). Noen mente at palliativ pleie ikke er et område for uerfarne sykepleiere (Danielsen et al. 2018), mens andre påpekte at sykepleiere med lite sykepleiekompetanse kan ha andre kvaliteter, som er med på å skape et trygt miljø for pasientene (Midlöv og Lindberg 2020). Det fremkom i forskningen til Molnes (2015) at sykepleiere som ikke har tilstrekkelig kunnskap i enkelte pleiesituasjoner, må innhente denne kunnskapen for ikke å forverre situasjonen. Den palliative pleien utvikler seg hele tiden, og spesielt nye tekniske løsninger krever økt kompetanse blant sykepleierne (Danielsen et al. 2018, Alvariza, Mjörnberg og Goliath 2019, Midlöv og Lindberg 2020, Ervik, Brøndbo og Johansen 2021). Flere sykepleiere mente at å jobbe innen palliativ pleie ga dem erfaringer som de kunne ta med seg til andre pasienter, og de

utviklet seg både faglig og personlig (Danielsen et al. 2018, Midlöv og Lindberg 2020, Marchessault, Legault og Martinez 2012).

3.4 Følelsesmessige aspekter

Flere av sykepleierne beskrev det som mentalt utfordrende, men også givende, å jobbe med palliasjon i hjemmet. De følte at de kom tettere inn på både pasienten og familien, spesielt siden det gjerne foregikk over en lengre tidsperiode (Danielsen et al. 2018, Devik, Enmarker og Hellzen 2020, Alvariza, Mjörnberg og Goliath 2019, Midlöv og Lindberg 2020, Staats, Tranvåg og Grov 2018, Molnes 2015, Ervik, Brøndbo og Johansen 2021, Marchessault, Legault og Martinez 2012, Karlsson et al. 2012, Tarberg et al. 2020). «*In the home you talk about everything and you get to know each other. You almost become like a family member*» (Midlöv og Lindberg 2020).

Sykepleierne følte at tidsmangel var utfordrende ved palliasjon i hjemmet. Tiden strakk ofte ikke til, fordi palliativt arbeid er tidkrevende, og på grunn av mangel på sykepleiere. Dette skapte bekymring, frustrasjon og en redsel for at de ikke alltid kunne gi pasienten den omsorgsfulle pleien de ønsket (Alvariza, Mjörnberg og Goliath 2019, Midlöv og Lindberg 2020, Staats, Tranvåg og Grov 2018, Molnes 2015). «*It's always difficult for you, because you have to do the other things to. We don't get time set aside if we have a palliative patient*» (Midlöv og Lindberg 2020). Det fremkom også at den medikamentelle behandlingen var tidkrevende, da denne satte krav til gode forberedelser (Staats, Tranvåg og Grov 2018). Sykepleierne som jobbet ute i distriktene følte ofte at fordelingen av hvem som ble prioritert i den palliative pleien var vanskelig, som følge av den korte tiden de hadde til rådighet. Sykepleierne var bekymret for sikkerheten til pasientene da de av og til måtte få pårørende til å administrere medisinene. Dette på grunn av geografiske utfordringer som innstilte ferger og stengte veier (Ervik, Brøndbo og Johansen 2021).

Sykepleierne satte pris på tiden de hadde i bilen mellom pasientbesøkene. Dette ga de tid til å reflektere og håndtere tøffe opplevelser før neste pasient. Noen av

sykepleierne påpekte at det var tøft å omstille seg fra pasienter som mottar palliativ pleie, til de pasientene som var friskere (Alvariza, Mjörnberg og Goliath 2019, Midlöv og Lindberg 2020).

Flere sykepleiere var bekymret for om de ga god nok palliativ pleie, da denne pleien er kompleks og krevende. Noen uttrykte at de savnet bedre samhandling med sine kolleger da de jobber mye alene, og dermed ofte følte seg maktesløse og ensomme i situasjoner som oppsto i hjemmet (Alvariza, Mjörnberg og Goliath 2019, Marchessault, Legault og Martinez 2012, Ervik, Brøndbo og Johansen 2021).

Sykepleierne følte det etisk utfordrende i situasjoner hvor pasientenes selvbestemmelsesrett og integritet ble satt på prøve. Tilsvarende i situasjoner der pasient og pårørende hadde ulike ønsker om videre behandling. Det kunne da oppleves utfordrende og skulle håndtere pasientens og pårørendes følelser (Karlsson et al. 2012, Tarberg et al. 2020, Marchessault, Legault og Martinez 2012).

I tilfeller der forholdet mellom sykepleier og pasient ikke fungerte godt, følte sykepleierne at de ikke fikk gitt pasienten tilfredsstillende pleie. De følte at den siste tiden hjemme for pasienten var viktig, og kjente seg moralsk forpliktet til å stå ved pasienten hele veien. De følte på stolthet til jobben, og strakk seg langt for at pasientene skulle få gode opplevelser (Devik, Enmarker og Hellzen 2020, Ervik, Brøndbo og Johansen 2021, Molnes 2015).

4.0 Diskusjon

Dette kapitlet inneholder to underkapitler: metodediskusjonen og resultatdiskusjonen.

4.1 Metodediskusjon

I metodediskusjonen har vi diskutert vår fremgangsmåte i litteraturstudien, og studiens styrker og svakheter.

4.1.1 Søkestrategi

Vi var tidlig i kontakt med bibliotekar for å få bistand til å finne relevante søkeord til vår hensikt, og få en systematisk søkestrategi. Dette anser vi som en styrke da vi på denne tiden ikke hadde nok kunnskap om litteratursøking. Han ga oss samtidig veiledning og tips til vårt PIO-skjema. Vi fant våre artikler gjennom systematiske søk i ulike databaser, og vi fikk forholdsvis like resultater i de ulike databasene og dette ser vi på som en styrke. Ett av søkene ga nesten 300 treff hvor vi leste alle titlene, men bare 27 sammendrag. Dette kan være en svakhet da vi kan ha gått glipp av relevante artikler på grunn av misvisende overskrift.

4.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi har i vår litteraturstudie valgt å ekskludere artikler fra andre kulturer enn vestlig kultur, og vi har fokusert på forskning fra de nordiske landene. Dette mener vi styrker oppgaven siden denne forskningen vil kunne ha større relevans for oss i Norge, og den kan lettere overføres til vår praksis.

Alle artiklene var skrevet på engelsk bortsett fra en som var skrevet på norsk. Våre engelskkunnskaper kan anses som middels gode, og vi kan ha misforstått eller tolket noen oversettelser feil som kan være en svakhet for vår studie.

Samtidig har vi vært gode på å diskutere sammen og brukt tid på å sette oss godt inn i teksten.

Vi valgte å inkludere artikler med kvalitativ design. Dette anser vi som en styrke da vår hensikt var å belyse sykepleiers erfaringer. En svakhet ved å benytte kvalitativ metode er at det ofte er få deltagere i studiene.

Vi har valgt å inkludere artikler fra de siste 10 årene. Vi fant også mye forskning på palliativ pleie i perioden 2005-2010, men vi valgte å fokusere på den nyeste forskningen for å ha så nye data som mulig. Dette ser vi på som en styrke da den palliative pleien har utviklet seg gjennom årene. Samtidig kan vi ha gått glipp av erfaringer som sykepleiere har gjort seg tidligere.

4.1.3 Etske hensyn og kvalitetsvurdering

Vi brukte sjekklister for kvalitativ forskning når vi skulle kritisk vurdere våre artikler, noe vi anser som en styrke da vi får kvalitetssikret artikkelene. Samtidig har vi begrenset erfaring med kritisk vurdering, noe som kan være en svakhet for oppgaven. Vi innhentet hjelp fra bibliotekar og satte oss grundig inn i hvordan man går frem ved kritisk vurdering av kvalitativ forskning, og vi sitter igjen med følelsen av at vi har gjort en god jobb i denne prosessen.

I samtlige artikler var det gjort rede for etiske hensyn, og det var innhentet godkjenning fra etisk komité. Dette anser vi som en styrke da det er viktig at deltagerne ble ivaretatt på etisk god måte.

4.1.4 Analyseprosessen

Vi startet å lese artikkelene hver for oss, for å gjøre oss opp egne formeningar om hovedelementene i forskningen. Dette anser vi som en styrke da vi ikke påvirket hverandres oppfatning av innholdet i artikkelene. Vi hadde stort sett funnet de samme resultatene, og dette tolker vi som en styrke da vi begge har fått med oss det grunnleggende i artikkelene. Samtidig er det en svakhet at vi kan ha gått glipp av enkelte funn, siden vi hadde veldig lik oppfatning av artikkelene.

4.2 Resultatdiskusjon

I resultatdiskusjonen har vi diskutert funnene i resultatet opp mot relevant teori, forskning og kliniske erfaringer.

4.2.1 En god relasjon til pasient og pårørende gir trygt pleiemiljø

Det fremkom av vår studie at samarbeidet mellom sykepleier, pasient og pårørende ble påvirket av kommunikasjonen mellom partene, noe som førte til at både faglige og etiske problemer kunne oppstå. Ifølge Fjørtoft (2016, 179) er det ofte på grunn av mangelfull kommunikasjon at både etiske og faglige problemstillinger oppstår. For at sykepleier skal kunne kommunisere godt er det viktig med kunnskap og ferdigheter. Kunnskap om både pasienten og sykdommen, og ferdigheter til å kommunisere.

Vår studie viste at å inkludere pårørende så tidlig som mulig, samt å ha et informasjonsmøte helt i startfasen fremkom som viktig. Stensheim, Hjernstad og Loge (2016, 276) underbygger dette ved å poengtere viktigheten av tidlig informasjonsmøte sammen med pasient og pårørende, og at dette er med på å bygge en tett relasjon. Brenne og Estenstad (2016, 169) skriver at pårørendes innsats er avgjørende for at pasienten skal få muligheten til å bo hjemme i den palliative fasen. Vi så i vår praksis at det blir stilt store krav til pårørende i denne fasen, og vi mener det er viktig at sykepleiere ivaretar de og gir en bekreftelse på at de gjør en god innsats. Pårørende har et behov for å bli sett og ivaretatt, og omsorg for de kan være forebyggende for pasienten (Fjørtoft 2016, 102). I tilfeller der pårørende ble inkludert og sett, så vi at dette var med på å skape trygghet og ro for pasienten. Det fremkommer i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere at sykepleieren skal vise respekt, omtanke og inkludere pårørende (Norsk Sykepleierforbund 2019). Vi så i egen praksis at sykepleiere som viste respekt, medfølelse og brydde seg om pårørende, skapte et godt og tillitsfullt samarbeid med pårørende. Vi så også at pårørende var med på å gi pasientene trygghet og de følte seg ivaretatt. Stensheim, Hjernstad og Loge (2016, 284) skriver at

pårørende har pasientenes tillit og kan hjelpe dem med å ivareta deres integritet og selvbilde gjennom sykdommen og behandlingen.

Forholdet mellom pasient og sykepleier er viktig for at pasienten skal oppleve sykepleien som god, og at pasienten skal oppleve psykososial støtte. I palliativ fase står psykososial støtte ekstra sentralt i sykepleien (Eriksen 2015, 900). Det viktigste i forhold til det å ta vare på et menneskets psykososiale behov vil være å se hver enkelt pasient som noe unikt, huske på at hvert menneske er forskjellig, og ta seg god tid til å bli kjent med pasienten. Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee var opptatt av å se hver pasient som et helt menneske, og at man aktivt skulle bruke kommunikasjon som et virkemiddel for å bli kjent med pasienten og dermed forstå vedkommendes behov (Eide og Eide 2017, 365). Sykepleier må se hele menneske, og for å gjøre dette må man ha en helhetlig tilnærming, noe som er enklere når vi møter pasienten i hans egne omgivelser (Fjørtoft 2016, 178). Videre forteller Fjørtoft (2016, 179) at en helhetlig tilnærming kan være vanskelig i en travel arbeidsdag, og i vår studie kom det frem at tidspress var en stor faktor. For å få best mulig kjennskap til pasienten forteller Fjørtoft (2016, 103) at pårørende har en viktig rolle som informanter da de innehar god kunnskap om pasientens livshistorie, ressurser og hva som er viktig for pasienten. Dette er noe sykepleier kan benytte i bli-kjent-fasen med pasienten. Vi så i praksis at informasjon fra pårørende var et godt hjelpemiddel for å lettere kunne få forståelse for pasientens behov. Flere av sykepleierne i vår studie brukte hjemmemiljøet og omgivelsene til å bli godt kjent med pasienten, for å bygge en god relasjon til den videre palliative pleien.

4.2.2 Tverrprofesjonelt samarbeid legger grunnlaget for god pleie

I arbeidet med palliativ behandling i hjemmet kom det frem i vår studie at de fleste sykepleierne anså et godt tverrprofesjonelt samarbeid som viktig for å kunne yte god palliativ pleie. Flere av sykepleierne opplevde det tverrprofesjonelle samarbeidet som mangelfullt og mente dette kunne føre til at pleien ikke ble utført på en forsvarlig måte. For å yte god og effektiv palliativ behandling kreves det at alle involverte instanser samarbeider for et felles mål om den beste behandlingen for pasienten og familien (Haugen og Aass 2016, 122). Hensikten med et

tverrprofesjonelt samarbeid er å få kartlagt hvilke instanser som kan bidra i behandlingen og hva den enkelte instansen kan bidra med. Fordeling av oppgaver i den palliative pleien er viktig for at et godt og trygt behandlingsløp for pasienten kan etableres (Birkeland og Flovik 2014, 100).

Samarbeid og kommunikasjonen mellom sykehus og hjemmesykepleien ble i mange tilfeller oppfattet som mangelfull, og det opplevdes at informasjon angående utskrivningsklare pasienter både manglet og ble mottatt sent i forløpet. Kliniske erfaringer fra vår praksis viser at disse opplevelsene stemmer godt, og i praksis kunne dette føre til at pasienter fikk mangelfull oppfølging ved hjemkomst fra sykehus. Reitan og Schjølberg (2010, 333) beskriver viktigheten av en tett dialog mellom sykehusavdelingen og hjemmesykepleien. De skriver at hjemmesykepleien må varsles i god tid før utskrivelsen, med tydelig og god informasjon om behovene til den aktuelle pasienten. Slik kan hjemmesykepleien legge til rette for en god og trygg behandling videre i hjemmet, både for pasienten og pårørende. I vår studie påpekte flere sykepleiere at de selv måtte innhente og sette seg inn i prosedyrer de mente sykehusene burde formidlet til hjemmesykepleien ved utskrivelse av pasienter. Ifølge Reitan og Schjølberg (2010, 333) har sykehusene et ansvar i å lære opp hjemmesykepleiere i bruken av hjelpemidler, slik at de kjenner seg trygge i bruken av disse. Mange alvorlig syke kreftpasienter opplever det å komme hjem som skummelt og utrygt, det er derfor viktig at sykepleierne viser trygghet og kunnskap i den palliative pleien.

Leger ble i studien vår trukket frem som en sentral samarbeidspartner for hjemmesykepleien. Involvering av legene tidlig i den palliative pleien er med på å trygge sykepleierne i deres jobb med pasientene. Haugen og Aass (2016, 117) skriver at fastlegen har det overordnede ansvaret for pasienten i den palliative pleien, og fastlegen skal samarbeide med hjemmesykepleien og involvere de nødvendige instansene for å sikre en helhetlig og god palliativ pleie til pasienten. I vår studie beskrev noen sykepleiere samarbeidet med leger som svært godt. Legene involverte seg og tok seg tid til de palliative pasientene, mens andre sykepleiere fortalte om leger som var lite tilgjengelig, og de hadde vansker med å få de involvert i pleien. Birkeland og Flovik (2014, 160) skriver at det er viktig med klare rutiner for samarbeidet mellom fastlege og hjemmesykepleien.

Regelmessige møter for gjennomgang av felles pasienter, der man ser på hvilken oppfølging og medisinsk tilsyn som er nødvendig for de aktuelle pasientene. Dette for at den videre behandlingen skal fungere godt.

Palliative team fra sykehusene ble sett på som en viktig samarbeidspartner for sykepleierne i studien vår. Paulsen, Haugstøl og Rosland (2016, 139) skriver at tverrfaglige palliative team har en sentral rolle i å gi et godt klinisk tilbud til de pasientene som har behov for lindrende behandling. Tilbudet må organiseres på en slik måte at det legger til rette for hjemmebesøk hos hjemmeboende pasienter. I studien vår kom det også frem at flere av sykepleierne hadde et ønske om at det ble etablert lokale palliative team som kunne jobbe tett på pasientene i hjemmesykepleien. Fjørtoft (2016, 203) skriver at mange kommuner har gode erfaringer med palliative team som blir opprettet lokalt ved behov, og de involverte fagpersonene kjenner da mange av pasientene godt fra før. De har dermed ekstra gode forutsetninger for å yte god palliativ pleie. Erfaringer fra egen praksis viser at involvering av palliativt team har positiv innvirkning for både sykepleier, pasient og pårørende.

4.2.3 Kompetanseheving hos sykepleiere må prioriteres

I vår studie kom det frem at sykepleierne mente at bred erfaring og god kompetanse er viktig når man jobber med palliativ behandling i hjemmet. Birkeland og Flovik (2014, 22) skriver at for å yte faglig forsvarlig helsehjelp, kreves det at helsepersonell innehar kompetanse om hvordan sykdommen virker inn på pasienten, og om den aktuelle situasjonens betydning for pasientens livskvalitet. Fjørtoft (2016, 213) sier at pasientene har krav på å bli møtt av faglig dyktige sykepleiere, som både bryr seg og engasjerer seg i den enkelte pasients situasjon.

Flere av sykepleierne i vår studie uttrykte bekymring for at pasientene kunne føle seg utrygge i møtet med uerfarne sykepleiere. Hvilken kompetanse det er behov for i de forskjellige situasjonene vil variere. Fjørtoft (2016, 216) skriver at uavklarte og ustabile pleiesituasjoner vil kreve større faglig tyngde enn avklarte og stabile

pleiesituasjoner. Enkelte akutte situasjoner krever raske tiltak, noe som setter store krav til sykepleierens kompetanse.

Det kom frem i vår studie at palliativ pleie krevde bred kunnskap om både kommunikasjon, symptomlindring og medisin-teknisk utstyr. Haugen og Aass (2016, 112) skriver at sykepleiere som skal utøve palliativ pleie må ha bred kompetanse innen kartlegging av symptomer og plager, symptomlindring, informasjon og opplæring av pasienter og pårørende. Medikamentell symptomlindring var et område som mange sykepleiere følte seg utrygge på ifølge vår studie. I 2006 startet Sunniva senter for lindrende behandling ved Haraldsplass Diakonale Sykehus å ta i bruk et standardisert medikamentskrin som inneholder definerte medikamenter for lindrende behandling. Prosedyrene rundt bruken og rekvireringen av skrinet er etter hvert blitt en vanlig del av den palliative behandlingen i Norge (Helsebiblioteket 2020). I studien vår ble mangel på kunnskap om medikamentene og prosedyrer rundt dette skrinet fremhevet som grunnlag for at sykepleierne følte seg utrygge. Birkeland og Flovik (2014,107) skriver for at legemiddelhåndtering skal foregå på en forsvarlig måte, kreves det god kompetanse hos sykepleierne som skal administrere disse. Videre skriver de at selv om det er virksomhetsleders ansvar å sørge for at informasjon og opplæring blir gitt, har også sykepleierne selv et individuelt ansvar for å oppdatere seg på aktuelle legemidler og bruken av dem.

I studien vår kom det frem at kompetansen i den palliative pleien var generelt god, men flere sykepleiere påpekte behovet for jevnlig trening og opplæring, da dette var med på å styrke den palliative pleien videre. Grunnleggende opplæring i palliasjon må ifølge Haugen og Aass (2016, 114) gis til helsepersonell som møter alvorlig syke og døende pasienter. De skriver videre at det i virksomhetene må være system og rutiner som gjør at sykepleierne kan opparbeide seg den kompetansen som kreves, og det må være rutiner for å innhente eller henvise til spesialkompetanse når det kreves. Helse Møre og Romsdal (2022) skriver at en palliativ plan for pasienten vil være med på å hjelpe sykepleierne i å utføre god palliativ pleie. De skriver at en palliativ plan skal sikre samhandling, planlegging og tilrettelegging av tiltak, slik at den som er syk og dens familie kan oppleve best mulig livskvalitet. Planen skal være med på å gi økt trygghet for både pasient,

pårørende og helsepersonell. Vi så i vår praksis at når en palliativ plan var utarbeidet tidlig, var dette med på å skape en forutsigbar og trygg vei videre i behandlingsforløpet både for pasient, pårørende og helsepersonell.

4.2.4 Sykepleiere har en tøff og utfordrende arbeidshverdag

I vår studie kom det tydelig frem at sykepleierne kjente på et stort tidspress, noe de følte gikk ut over omsorgen og tiden de hadde til pasientene. Ifølge forskning utført av Lied, Lindgren, og Helberget (2021) tyder det på at sykepleiernes arbeidskrav er for store i forhold til tiden de har til rådighet, som igjen medfører at de ikke klarer å fullføre arbeidsoppgavene de har. Dette går ut over blant annet riktig medikamentadministrering, pasientinvolvering, og manglende tid til generell omsorg for pasienten. Et bortfall av disse oppgavene vil kunne være en trussel mot kvaliteten på sykepleien og pasientsikkerheten. Ifølge Stubberud (2018, 17) er kjennetegnene på sykepleie av god kvalitet ivaretagelse av pasientsikkerhet, involvering og innflytelse av pasient, utnyttelse av ressurser på en god måte, rettferdighet og tilgjengelighet.

I vår praksis i hjemmesykepleien så vi at dagene ofte var hektiske, det var mange pasienter man skal rekke over, og det var ikke alltid at sykepleier greide å tilfredsstille pasientenes behov. Det å tilbringe tid med pasienten er en viktig kvalitet ved sykepleien ifølge Lied, Lindgren og Helberget (2021). Samtidig kom det frem i vår studie at mangel på tid var en utfordring. I de tilfeller hvor sykepleier har mangel på tid, så vi i egen praksis at dette kunne gå på bekostning av å gi personsentrert sykepleie. For å kunne gi god personsentrert sykepleie er tid en avgjørende faktor (Fjørtoft 2016, 164). Personsentrert sykepleie vil si at man tar utgangspunkt i individet og dets behov, livssituasjon og helsebehov (Eriksen 2015, 899).

Studien vår viste at sykepleierne fant det utfordrende å håndtere følelsene til pasienter og pårørende. Dette viste et behov for tilbud om veiledning angående temaet til sykepleierne. Vi så i vår praksis at når sykepleier tok seg tid til å lytte og prøve å forstå pasient og pårørendes følelser, var det med på å skape trygghet, og motsatt i de tilfeller hvor sykepleier ikke tok seg tid. Da kunne pasienten bli

tilbaketrukket og holde tilbake følelser. Finset (2016, 68) skriver at sykepleier må bruke sansene sine til å oppfatte de hintene som pasienten og pårørende sender ut. Når de hintene blir oppfattet må sykepleier ta seg tid til å sette seg ned for å lytte. Ifølge Fjørtoft (2016, 80) er det viktig at sykepleier har mot til å snakke med pasientene om de vanskelige temaene, og det viktigste er ikke hva man sier, men at man faktisk er der for å lytte. Eide og Eide (2017, 118) skriver at ved å lytte aktivt til pasienten anerkjenner man vedkommende som en unik og hel person, som er en del av personorientert sykepleie.

Sykepleierne i vår studie syntes palliativt arbeid var mentalt både tøft og krevende. Som sykepleier i palliativ pleie møter man både sin egen, pasientens og pårørendes sårbarhet (Thorsen 2012, 115). Madsen og Madsen (2001, 64) skriver at for å jobbe med palliative pasienter må man ha kunnskap om seg selv, og sine egne sårbare sider. Kalfoss (2016, 454) skriver at det er essensielt at sykepleier forstår at det å jobbe med palliativ pleie er emosjonelt utfordrende og for å kunne gi god omsorg må man ha innsikt i egne følelser, reaksjoner og andre faktorer som påvirker evnen til å møte alvorlig syke og døende pasienter. Vi har selv i egen praksis opplevd å bli utfordret emosjonelt. Opplevelsen av pasienters og pårørendes sorg i en vanskelig tid, kan gjøre at man føler seg helt hjelpesløs.

Kontinuitet på de som jobber med palliasjon i hjemmet er noe som bør tilstrebes, da dette er noe som viser seg å skape tillit (Brenne og Estenstad 2016, 168). I vår studie kommer det frem at sykepleierne føler de kommer tettere på både pasient og pårørende når de arbeider i hjemmet deres over en lengre tidsperiode. I vår praksis i hjemmesykepleien opplevde vi at mange av pasientene hadde mottatt sykepleie over lengre tid, og disse pasientene kjente sykepleierne svært godt. Dette gjorde i mange tilfeller arbeidet enklere, da man kjente til pasientenes behov og ønsker. Samtidig så vi at noen pasienter ble favorisert blant enkelte sykepleiere, og dette ser vi på som uheldig. Vi mener det er viktig at vi som sykepleiere behandler alle pasienter med samme respekt og verdighet.

5.0 Konklusjon

Gjennom vår litteraturstudie har vi belyst sykepleieres erfaringer med palliativ pleie til hjemmeboende kreftpasienter. Palliativ pleie i hjemmet byr på mange utfordringer for sykepleierne som jobber med dette. Et godt samarbeid med pasient og pårørende er en viktig faktor som har påvirkning på hvor god palliativ pleie som blir gitt. Mange sykepleiere beskriver dette samarbeidet som utfordrende, men samtidig svært givende når det fungerer godt. Sykepleierne ønsket å bli tidlig involvert i det palliative forløpet, slik at et tillitsfullt og godt samarbeid kunne etableres. God kjennskap til pasient og pårørende kan være med på å forebygge konflikter, og styrke den palliative pleien gjennom pasientforløpet.

Samarbeid med andre instanser i helsevesenet er en viktig del av sykepleieres oppgaver i palliativ pleie. Her er det viktig med god kommunikasjon og tydelige beskjeder på tvers av instansene for at den palliative pleien skal oppleves trygg og god for både sykepleierne, pasientene og pårørende. Fastlegene har en sentral rolle i dette samarbeidet, som stort sett fungerer godt, men ikke alle sykepleierne opplevde det slik. Så her ser vi at det kan jobbes videre for å styrke dette samarbeidet.

Mange av sykepleierne følte på manglende kompetanse og ønsket tilbud for å kunne videreutvikle seg og øke sin kompetanse innen palliativ pleie. God kompetanse er viktig for å kunne gi god omsorgsfull pleie til pasientene. Det bør legges til rette for at sykepleierne kan få opplæring og trening i palliativ pleie.

Mangel på tid og ressurser påvirker mange av sykepleierne emosjonelt. De føler at tiden ikke strekker til, og at pleiesituasjonene kan bli preget av tidspress. Til tross for dette sier mange av sykepleierne at pasienter i palliativ fase ofte blir prioritert, noe som igjen gjør at mindre syke pasienter kanskje ikke får den gode pleien de fortjener. Stressende og tøffe arbeidsdager kan i verste fall føre til at sykepleiere slutter i yrket sitt. Helsevesenet har en stor jobb å gjøre for å legge til

rette for gode arbeidsforhold, både for å beholde sykepleiere og for å kunne ansette nye sykepleiere.

5.1 Forslag til videre forskning

Vi så gjennom vår litteraturstudie at det finnes en del forskning som ser på pasient/pårørende perspektiv av palliativ pleie. Sykepleieres perspektiv er viktig å forske videre på for å kunne ta nytte av relevante erfaringer videre i den palliative pleien. Det kan også med fordel forskes på hvordan man kan legge til rette for et bedre samarbeid mellom de forskjellige instansene i helsevesenet, da dette oppleves som noe mangelfullt i dag.

Referanser

- Alvariza, Anette, Maria Mjörnberg og Ida Goliath. 2019. "Palliative care nurses' strategies when working in private homes—A photo-elicitation study." *Journal of Clinical Nursing* 29 (1-2): 139-151. <https://doi.org/10.1111/jocn.15072>.
- Birkeland, Arvid og Anne M. Flovik. 2014. *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Brenne, Anne-Tove og Berit Estenstad. 2016. "Kapittel 11 Hjemmedød." I *Palliasjon: Nordisk lærebok*, redigert av Stein Kaasa og Jon H. Loge. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Christoffersen, Line, Asbjørn Johannessen, Per A. Tufte og Inger Utne. 2015. *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt Forlag AS.
- Dalland, Olav. 2012. *Metode og Oppgaveskrivning for studenter*. Oslo: Gyldendal Forlag AS.
- Danielsen, Britt V., Anne M. Sand, Jan H. 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. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0350-0>.
- Devik, Siri A., Ingela Enmarker og Ove Hellzen. 2020. "Nurses' experiences of compassion when giving palliative care at home." *Nursing Ethics* 27 (1): 194-205. <https://doi.org/10.1177/0969733019839218>.
- Eide, Tom og Hilde Eide. 2017. *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Eriksen, Siren. 2015. "Menneskets psykososiale behov." I *Sykepleieboken: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*, redigert av Inger M. Holter og Ellen K. Grov. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Ervik, Bente, Birgit Brøndbo og May-Lill Johansen. 2021. "Adapting and Going the Extra Mile: A Qualitative Study of Palliative Care in Rural Northern Norway From the Perspective of Healthcare Providers." *Cancer Nursing* 44 (4): E229-E235. <https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000000815>.
- Evans, David. 2002. "Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data." *Australian Journal of Advanced Nursing* 20 (2): 22-26. <https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>.
- Fangen, Katrine. 2015. "Kvalitativ metode | Forskningsetikk." De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/metoder/kvalitativ-metode>.
- Finset, Arnstein. 2016. "Kapittel 3." I *Palliasjon: Nordisk lærebok*, redigert av Stein Kaasa og Jon H. Loge. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Fjørtoft, Ann-Kristin. 2016. *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Forsberg, Christina, og Yvonne Wengström. 2015. *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & kultur.
- Fransiskushjelpen. 2021. "Over halvparten av befolkningen ønsker å dø hjemme — Fransiskushjelpen." Oppdatert 26. mai, 2021. <https://www.fransiskushjelpen.no/nyheter/2021/5/26/over-halvparten-av-befolkningen-nsker-d-hjemme>.

Haugen, Dagny F. og Nina Aass. 2016. "Kapittel 7 Organisering av palliative tilbud." I *Palliasjon Nordisk lærebok*, redigert av Stein Kaasa og Jon H. Loge. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helsebiblioteket. 2016. "Sjekklistor." Oppdatert 3. juni, 2016.

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

Helsebiblioteket. 2020. "Helsebiblioteket.no Verktøy og ressurser knyttet til palliativ omsorg." Oppdatert 4. februar, 2020.

<https://www.helsebiblioteket.no/267168/verktoy-og-ressurser-knyttet-til-palliasjon>.

Helsedirektoratet. 2019. "Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen."

Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>.

Helse Møre og Romsdal. 2022. "Palliativ plan." Oppdatert 17. januar 2022. <https://helse-mr.no/fag-og-forsking/samhandling/palliativ-plan>.

Johansen, Liv B. 2021. "– Flere vil dø hjemme." Sykepleien.

<https://sykepleien.no/meninger/2021/09/flere-vil-do-hjemme>.

Kalfoss, Mary H. 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. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kanalregisteret. 2022. "Register over vitenskapelige publiseringskanaler." Lest 24.januar, 2022. <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>.

Karlsson, Christina og Ingela Berggren. 2011. "Dignified end-of-life care in the patients' own homes." *Nursing Ethics* 18 (3): 374-385.

<https://doi.org/10.1177/0969733011398100>

- Karlsson, Margareta, Christina Karlsson, António B. Silva, Ingela Berggren og Maud Söderlund. 2012. "Community nurses' experiences of ethical problems in end-of-life care in the patient's own home." *The Authors Scandinavian Journal of Caring Sciences* 27 (4): 831-838. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01087.x>.
- Kreftregisteret. 2021. "Kreft i Norge." Oppdatert 21. september 2021. <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft>.
- Lied, Ingvild B., Moa L. Lindgren og Lindis K. Helberget. 2021. "Tidspress blant sykepleiere kan påvirke kvalitet og pasientsikkerhet: en systematisk review." *Klinisk Sygepleje* 35 (3): 242-254. <https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2021-03-05>.
- Madsen, Kirsten H. og Lisbet D. Madsen. 2001. *Sygeplejen i den palliative indsats*. København: Munksgaard Danmark.
- Marchessault, Judith, Alain Legault og Anne-Marie Martinez. 2012. "Providing in-home palliative care within a generalist caseload: a chance for nurses to reflect on life and death." *International Journal of Palliative Nursing* 18 (3): 135-141. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2012.18.3.135>.
- Midlöv, Elina M. og Terese Lindberg. 2020. "District nurses' experiences of providing palliative care in the home: An interview study." *Nordic Journal of Nursing Research* 40 (1): 15-24. <https://doi.org/10.1177%2F2057158519857002>.
- Molnes, Sven I. 2015. "Sammen går vi døden i møte." *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 11 (2): 141-152. <https://doi.org/10.7557/14.3718>.
- Norsk sykepleierforbund. 2019. "Yrkesetiske retningslinjer." Norsk sykepleierforbund. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>.
- Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Malene W. Gundersen. 2021. *Jobb Kunnskapsbasert*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Paulsen, Ørnulf, Torunn Haugstøl og Jan H. Rosland. 2016. "Kapittel 9 Palliative team på sykehus." I *Palliasjon: Nordisk lærebok*, redigert av Stein Kaasa og Jon H. Loge. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Reitan, Anne M. og Tore K. Schjøberg. 2010. *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling*. Oslo: Akribes.

Rønsen, Astrid. 2020. "Palliativ omsorg i kommunene." Omsorgsbiblioteket. <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2636784/Palliativ%20omsorg.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Staats, Katrine, Oscar Tranvåg og Ellen K. Grov. 2018. "Home-Care Nurses' Experience With Medication Kit in Palliative Care." *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 20 (6): E1-E9. <https://doi.org/10.1097/njh.0000000000000518>.

Stensheim, Hanne, Marianne J. Hjermsstad og Jon H. Loge. 2016. "Kapittel 20 Ivaretagelse av pårørende." I *Palliasjon: Nordisk lærebok*, redigert av Stein Kaasa og Jon H. Loge. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Stubberud, Dag-Gunnar. 2018. *Kvalitet og pasientsikkerhet: sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tarberg, Anett S., Bodil J. Landstad, Torstein Hole, Morten Thronæs og Marit Kvangarsnes. 2020. "Nurses' experiences of compassionate care in the palliative pathway." *Journal of Clinical Nursing* 29 (23-24): 4818-4826. <https://doi.org/10.1111/jocn.15528>.

Thorsen, Rolf. 2012. "Kapittel 22 Trygghet." I *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener og livsutfordringer. Bind 3*, redigert av Nina J. Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vedlegg

Vedlegg 1: PIO-Skjema

P	I	O
Kreft Palliativ pleie Terminal pleie	Hjemmesykepleie Hjemmebasert pleie	Sykepleier Erfaring Syn
Cancer Palliativ care Terminal care	Home nursing Home care Community health nursing	Nurse Experience Views

Vedlegg 2: Oversiktstabell over inkluderte artikler

Artikkel 1	
Tittel:	Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in homebased palliative care – a qualitative study
Forfattere	Britt Viola Danielsen, Anne Marit Sand, Jan Henrik Rosland og Oddvar Førland.
År	2018
Land	Norge
Tidsskrift	BMC Palliative Care
Hensikt	Hensikten var å få mer innsikt gjennom sykepleieres og fastlegers erfaring om hvilke faktorer som påvirker palliative pasienters tid i hjemmet og hvordan flere kan få mulighet til å dø hjemme.
Metode	Kvalitativ studie. Fokusgrupper
Deltakere	4 fokusgrupper med 19 deltakere, fordelt på fastleger, sykepleiere og pleieassistenter. 7 av disse var sykepleiere, og de var i alderen 41 til 63 år. Ingen frafall.
Hovedfunn	Tre hovedfunn: <ul style="list-style-type: none">- Viktigheten av en god start på samarbeidet mellom pasient, pårørende og hjemmesykepleien.- Viktigheten av å etablere et godt tverrfaglig samarbeid.- Å unngå ny sykehusinnleggelse ved å ha et godt samarbeid, kompetanse og erfaring. Kompetansedeling med kollegaer og flere linjer i helsetjenesten.
Kvalitet	Fagfellevurdert nivå 1. Kritisk vurdert ved hjelp av sjekklister.

Artikkel 2	
Tittel:	Nurses' experiences of compassion when giving palliative care at home
Forfattere	Siri Andreassen Devik, Ingela Enmarker og Ove Hellzen
År	2019
Land	Norge
Tidsskrift	Nursing ethics
Hensikt	Å utforske sykepleiers erfaringer og opplevelser av medfølelse når de ivaretar og pleier palliative pasienter i hjemmesykepleien.
Metode	Sekundær kvalitativ studie. Intervjuer tatt opp på bånd.
Deltakere	10 sykepleiere fra hjemmesykepleien. 6 kvinner og 4 menn i alderen 29-63 år. Arbeidserfaring 4-36 år. Ingen frafall.
Hovedfunn	Hovedfunnet er hvordan pleiesituasjonen blir oppfattet. Tre undertemaer: <ul style="list-style-type: none"> - Oppfattelse av pasientens ønsker - Sykepleiers følelser i ulike pleiesituasjoner. Både positive, negative og nøytrale følelser. - Hvordan sykepleiere forholder seg til ansvaret overfor pasienten etter ulike pleiesituasjoner.
Kvalitet	Fagfellevurdert nivå 1. Kritisk vurdert ved hjelp av sjekklister.

Artikkel 3	
Tittel:	Palliative care nurses' strategies when working in private homes – A photo-elicitation study
Forfattere	Anette Alvariza, Ida Goliath og Maria Mjørnberg.
År	2019

Land	Sverige
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing
Hensikt	Å utforske palliative sykepleieres arbeidserfaringer med å ta vare på pasienter ved livets slutt i deres private hjem.
Metode	Kvalitativ forskning med bruk av private bilder tatt av sykepleiere og intervjuer med sykepleierne.
Deltakere	10 sykepleiere. 3 menn og 7 kvinner i alderen 35 til 65 år. Arbeidserfaring med palliativ pleie fra 2,5 til 30 år.
Hovedfunn	Hovedfunnene kan deles inn i fire kategorier: <ul style="list-style-type: none"> - Sykepleier må tilpasse seg etter de ulike hjemmene som besøkes. - Opplæring av pasient og familiemedlemmer til å utføre egenomsorg for at trygg behandling kan gis. - Forberedelse av pasient og pårørende på hvordan man bkan tilrettelegge for at pasienten skal få best mulig omsorg ved livets slutt. - Sykepleier bruker kjøretiden mellom pasientene til å bearbeide, reflektere og forberede seg til å gå inn til en ny pasient.
Kvalitet	Fagfellevurdert nivå 2. Kritisk vurdert ved hjelp av sjekkliste.

Artikkel 4.	
Tittel:	District nurses' experiences of providing palliative care in the home: A interview study.
Forfattere	Elina Mikaelsson Midløv og Terese Lindberg
År	2019
Land	Sverige
Tidsskrift	Nordic Journal of Nursing Research.

Hensikt	Hensikten med denne studien var å belyse distrikssykepleieres erfaringer med å yte palliativ behandling i hjemmet.
Metode	Kvalitativ studie med semi-strukturerte intervjuer
Deltakere	12 sykepleiere (3 menn og 9 kvinner) hvorav 8 hadde utdanning innen palliativ pleie. Arbeidserfaring mellom 7 og 34 år. Ingen frafall.
Hovedfunn	Tre hovedfunn med flere underkategorier. <ul style="list-style-type: none"> - Det kreves samarbeid for å få til et godt behandlingsopplegg. Samarbeidet gjelder både mellom sykepleier, pasient, familiemedlemmer og annet helsepersonell. - Sykepleiere mener det er følelsesmessig utfordrende, men også givende, å gi palliativ pleie. De knytter nære relasjoner til både pasienter og pårørende. De synes også det kan være tungt, da det er tidskrevende og kan føre til frustrasjon. - Sykepleiere mener at kunnskap og erfaring er viktig med tanke på at det er mange oppgaver som skal utføres. Symptomlindring, teknisk utstyr og kommunikasjon med både pasient og pårørende.
Kvalitet	Fagfellevurdert nivå 1. Kritisk vurdert ved hjelp av sjekklister.

Artikkel 5	
Tittel:	Dignified end-of-life care in the patient's own homes.
Forfattere	Christina Karlsson og Ingela Berggren
År	2011
Land	Sverige
Tidsskrift	Nursing Ethics

Hensikt	Hensikten med studien var å beskrive sykepleieres oppfatninger om vesentlige faktorer som bidrar til god pleie ved livets slutt i pasientens hjem.
Metode	Kvalitativ studie med intervjuer.
Deltakere	10 sykepleiere, bare kvinner. Alle med erfaringer fra palliativ pleie.
Hovedfunn	Tre hovedfunn: <ul style="list-style-type: none"> - Trygghet. Skape et trygt pleiemiljø i hjemmet, både for pasient, pårørende og sykepleier. - Autonomi. Samarbeidet mellom pasient og sykepleier. Viktig at pasient, sykepleier og pårørende har et felles mål, og at pasient beholder sin autonomi. - Integritet. Behandle pårørende og familiemedlemmer med respekt og tillate optimal autonomi for å skape tillit og selvtillit.
Kvalitet	Fagfellevurdert nivå 2. Kritisk vurdert ved hjelp av sjekklister.

Artikkel 6. Tittel:	Home-care nurses' experience with medication kit in palliative care.
Forfattere År Land Tidsskrift	Katrine Staats, Oscar Tranvåg og Ellen Karine Grov. 2018 Norge Journal of Hospice & Palliative Nursing.
Hensikt	Hensikten var å utvikle kunnskap om hjemmesykepleierens erfaring knyttet til bruken av medikamentsettet.
Metode	Kvalitativ studie. 2 fokusgrupper og 4 individuelle dybdeintervjuer.

Deltakere	18 sykepleiere mellom 30 og 62 år. I snitt 12 års arbeidserfaring, hvor 7 hadde relevant fordypning innenfor palliasjon og kreftomsorg. Ingen frafall.
Hovedfunn	Elementer som støtter bruken av «Palliativt skrin»: <ul style="list-style-type: none"> - Tydelige retningslinjer rundt bruken av settet ga økt selvtillit - Planlegging er viktig for en optimal prosess - Godt samarbeid mellom sykepleier og fastlege Elementer som hindrer bruken av «Palliativt skrin»: <ul style="list-style-type: none"> - Sjelden bruk av skrinet førte til usikkerhet blant sykepleierne - Mye alene med pasienten og sykepleierne var usikre på administreringen av medikamentene - Lav bemanning på natt, og lite backup hvis det skulle skje noe
Kvalitet	Fagfellevurdert nivå 1. Kritisk vurdert ved hjelp av sjekklister.

Artikkel 7.	
Tittel:	Community nurses' experiences of ethical problems in end-of-life care in the patient's own home.
Forfattere	Margareta Karlsson, Christina Karlsson, Antonio Barbosa da Silva, Ingela Berggren og Maud Søderlund.
År	2012
Land	Sverige
Tidsskrift	Scandinavian Journal of caring sciences
Hensikt	Hensikten er å få en dypere forståelse av sykepleieres erfaringer med etiske problemer i livets slutfase i pasientens eget hjem.
Metode	Kvalitativ studie.

Deltakere	10 kvinnelige sykepleiere fra 5 ulike samfunn i et svensk fylke.
Hovedfunn	Hovedfunnene viste at sykepleierne følte seg ukomfortable i flere situasjoner i pasientenes hjem. Verdigheten, integriteten og autonomien til pasienten og de pårørende blir ofte satt på prøve noe som ga sykepleierne ubehagelige følelser. Mangel på samarbeid mellom både sykepleier, pasient, pårørende og leger kunne gi etiske utfordringer. Mangel på kunnskap skapte usikkerhet og utrygghet.
Kvalitet	Fagfellevurdert nivå 1. Kritisk vurdert ved hjelp av sjekklister.

Artikkel 8.	
Tittel:	Nurses' experiences of compassionate care in the palliative pathway.
Forfattere	Anett Skorpen Tarberg, Torstein Hole, Morten Thronæs, Marit Kvangarsnes og Bodil J. Landstad
År	2020
Land	Norge
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing
Hensikt	Hensikten med denne studien var å utforske sykepleieres erfaringer med omsorg for pasienter med kreft og deres pårørende i ulike deler av den palliative fasen.
Metode	Kvalitativ metode. Fokusgrupper med intervjuer.
Deltakere	21 deltagere, alle kvinner. Alder fra 28 til 60 år.
Hovedfunn	Tre hovedfunn: <ul style="list-style-type: none"> - Informasjon og dialog i den første fasen. Tidlig kontakt og tverrfaglig kompetanse mellom både sykepleier og annet helsepersonell, men også

	<p>pårørende. Viktig med en palliativ plan tidlig i forløpet.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skape et rom for døende. Det handler om å skape et trygt sted for pasienten å dø. Det bør være preget av tillit, trygghet, omsorg, gode relasjoner, symptomlindring og kommunikasjonskunnskaper. - Familiemedlemmenes aksept av døden. Den siste fasen kunne være vanskelig, da pårørende og pasient ofte hadde ulik forståelse av hvilken behandlingsmetode som på slutten skulle brukes. Pårørende kunne føle dette fortvilende. Også viktig å hjelpe de etterlatte i tiden etter dødsfallet.
Kvalitet	<p>Fagfellevurdert nivå 2. Kritisk vurdert ved hjelp av sjekklister.</p>

Artikkel 9.	
Tittel:	Providing in-home-palliative care within a generalist caseload: a chance for nurses to reflect on life and death.
Forfattere	Judith Marchessault, Alain Legault og Anne-Marie
År	Martinez 2012
Land	Canada
Tidsskrift	International Journal of Palliative Nursing
Hensikt	Hensikten med denne studien var å se på erfaringene til hjemmesykepleierne som ga palliativ pleie i hjemmet.
Metode	Kvalitativ metode. Individuelle intervjuer.
Deltakere	8 sykepleiere bestående av 5 kvinner og 3 menn med gjennomsnittsalder på 48 år. Gjennomsnittserfaring på 18 år som sykepleier.
Hovedfunn	Tre hovedtemaer som kom frem i denne studien:

	<ul style="list-style-type: none"> - Støtte og samarbeid med pasienten og dens pårørende. - Bekymret for å gi god palliativ pleie, herunder mangel på kompetanse og mangel på tid. - I møte med døden er det mye følelser som hentes frem. Støtte fra arbeidsplassen og kollegaer anses som viktig.
Kvalitet	Fagfellevurdert nivå 1. Kritisk vurdert ved hjelp av sjekklister.

Artikkel 10.	
Tittel:	Adapting and going the extra mile. A qualitative study of palliative care in rural northern Norway from the perspective of healthcare providers.
Forfattere	Bente Ervik, Birgit Brøndbo og May-Lill Johansen
År	2021
Land	Norge
Tidsskrift	Cancer nursing
Hensikt	Hensikten med denne studien var å undersøke hva helsepersonell mener er nødvendig for å tilby lik palliativ pleie for pasienter ute i distriktene.
Metode	Kvalitativ studie. Fokusgruppe-diskusjoner og individuelle intervjuer.
Deltakere	Totalt 52 helsepersonell, hvorav 30 sykepleiere og alle var kvinner mellom 26 og 61 år, 17 fastleger og 5 annet helsepersonell.
Hovedfunn	Fire hovedfunn: <ul style="list-style-type: none"> - Store lokale forskjeller i hvordan den palliative pleien er organisert både hva gjelder kvaliteten på pleien og graden av ekspertise.

	<ul style="list-style-type: none"> - Geografiske utfordringer i form av lang reisevei, som gir problemer med bla. levering av medisiner. Og gir sykepleiere bekymring da pårørende/pasienter selv må ta over noe av medisineringen. - Tverrfaglig samarbeid sett på viktig for å være forberedt til pasienten kommer hjem. Tilgang på prosedyrer og opplæring i forhold til palliativ pleie og medisinerer for helsepersonell. - Følte på et moralsk ansvar i forhold til å yte palliativ pleie. Flere av helsepersonellet ønsket å jobbe i egne palliative team.
Kvalitet	Fagfellevurdert nivå 2. Kritisk vurdert ved hjelp av sjekklister.

Artikkel 11.	
Tittel:	Sammen går vi døden i møte
Forfattere	Sven Inge Molnes
År	2015
Land	Norge
Tidsskrift	Nordisk Tidsskrift for Helseforskning
Hensikt	Hensikten med denne studien var å se på hjemmesykepleierens møte med å dø hjemme, og kreftpasienters åndelige behov
Metode	Kvalitativ metode. Individuelle intervjuer.
Deltakere	10 sykepleiere.
Hovedfunn	<p>To hovedtema:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Viktigheten med å komme tidlig inn i bildet og få godt samarbeid mellom sykepleier og pasient/pårørende. Det kunne også være utfordrende å komme inn i en pasients hjem, og det

	<p>er til tider tidkrevende, noe som går ut over andre pasienter.</p> <ul style="list-style-type: none">- Kommunikasjon er viktig, og det kan være vanskelig og utfordrende å snakke om døden og følelser rundt det.
Kvalitet	<p>Fagfellevurdert nivå 1. Kritisk vurdert ved hjelp av sjekklister.</p>

Vedlegg 3: Søkehistorikk

Søk 1:

	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1.	cancer.mp. or Neoplasms/	08.12.2021	Ovid Medline	1872742			
2.	palliative care.mp. or Palliative Care/			67541			
3.	terminal care.mp. or Terminal Care/			31123			
4.	1 or 2 or 3			1932047			
5.	home care.mp. or Home Care Services/			51733			
6.	home nursing.mp. or Home Nursing/			9691			
7.	5 or 6			58910			
8.	nurs*.mp.			727963			
9.	4 and 7 and 8			3268			
10.	limit 9 to («qualitative (maximizes specificity)» and last 10 years)			203	27	11	4

Søk 2:

	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1.	palliative care*.mp.	10.01.2022	Ovid Medline	67560			
2.	cancer*.mp.			1754993			
3.	home*.mp.			592984			

4.	home care.mp.			51732			
5.	nurse*.mp.			353557			
6.	1 and 2			23150			
7.	3 or 4			592983			
8.	5 and 6 and 7			374			
9.	qualitative.mp.			244764			
10.	8 and 9			72	13	6	2

Søk 3:

	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1.	terminal care or palliative care or end of life care	15.01.2022	Cinahl	69137			
2.	(terminal care or palliative care or end of life care)AND (community health nursing or homecare)			1023			
3.	(terminal care or palliative care or end of life care)AND (community health nursing or homecare)AND (experie*or perceptions or attitudes or views)			382			
4.	(terminal care or palliative care or end of life care)AND (community health nursing or homecare)AND (experie*or perceptions or attitudes or views)AND(nurs			346			

	or nurses or nursing)						
5.	Limiters – Published date: 01.01.2011 – 01.01.2022			194	23	12	4

Søk 4:

	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1.	Molnes, Sven Inge	17.01.2022	SweMed+	7	2	1	1

Vedlegg 4: Eksempel på utfylt sjekkliste

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Om sjekklisten

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

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

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

Kritisk vurdering av:

Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home- based palliative care – a qualitative study

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Hensikten med studien var å få innsikt i sykepleieres og fastlegers erfaring med palliativ pleie i hjemmet.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Studien belyser sykepleieres og fastlegers erfaringer og opplevelser

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Designet på forskningen er godt begrunnet, og forskerne har diskutert og finjustert spørreskjemaene før studien ble satt i gang.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

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

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

Kommentar:

19 deltakere, fordelt på 7 sykepleiere, 8 fastleger og 4 pleieassistenter ble utvalgt for å belyse erfaringer og faktorer som kan svare på problemstillingen. Alder, erfaring og utdanning er beskrevet i utvalget.

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

Ja – Nei – Uklart

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

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

Kommentar:

Intervjuene ble foretatt i fire fokusgrupper, der både notater og lydopptak ble brukt. Lydopptakene ble senere lyttet til og avskrevet.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Alle forskerne erklærte at de ikke hadde noen konkurrerende interesser. Ut over dette er det ikke gjort rede for andre bakgrunnsforhold.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Godkjent av etisk komite. Deltakerne ble informert skriftlig og muntlig om konfidensitet og anonymitet i studien. Og de ble informert om at de kunne trekke seg når som helst.

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

Ja – Nei – Uklart

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

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

Kommentar:

Det er brukt en fenomenologisk analyse, der de beskriver de fire stegene i analysen. Det er en klar sammenheng mellom de innsamlede dataene.

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

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – **Nei** – **Uklart**

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

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

Kommentar:

Funnene er oversiktlig presentert, og de har trukket inn teori og funn fra andre lignende studier for å vurdere deres funn opp mot problemstillingen. De har videre lagt frem argumenter både for og imot i diskusjonsdelen.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien? JA

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

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

Kommentar:

Resultatene fra denne studien viser at tverrfaglig samarbeid og en god start på den palliative pleien er svært viktig, og at hjemmebasert palliativ pleie krever erfaring og god kompetanse for å skape et trygt miljø for pasienten. Dette er erfaringer vi som sykepleiestudenter kan dra stor nytte av når vi skal ut å jobbe med pasienter.