

Kandidatnummer: 6178 og 6262

# **BSYBAC\_5**

## **Bacheloroppgave i Sykepleie**

Terminalpleie til kreftpasienter i hjemmet



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet**  
**Bachelor i Sykepleie**

*[Stavanger, 12. Mai 2021]*

**“En dag skal vi dø. Men alle andre dager skal vi leve”**

*Per Olov Enquist<sup>1</sup>*

*X Vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet*

## **Sammendrag**

### *Bakgrunn*

For kreftpasienter som ønsker å dø hjemme, er det viktig med helhetlig sykepleie for å lindre lidelse i livets slutfase, og videre i forløpet for å bidra til en verdig død. Sykepleiers funksjon, med vår faglige og medmenneskelige kunnskap, vil i denne prosessen være essensiell for at pasientens pleie- og omsorg skal ytes på best mulig måte.

### *Hensikt*

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan sykepleiere kan ivareta helhetlig sykepleie og lindre lidelse for kreftpasienter i terminal fase i hjemmet.

### *Metode*

I oppgaven er det benyttet en allmenn litteraturoversikt, hvor fire vitenskapelige artikler ble analysert. Resultatene fra forskningsartiklene, relevant litteratur og egne refleksjoner utgjør grunnlaget for besvarelsen.

### *Resultater*

Resultatene viser at sykepleiere i hjemmesykepleien er opptatt av å utøve god omsorg og pleie til pasienter med kreft, men at eksistensielle spørsmål om døden kan være utfordrende for mange. Samtidig portretterer resultatene at det må fastsettes et godt organisatorisk og tverrfaglig samarbeid mellom fastlege, palliativt team, spesialisthelsetjenesten og ressurspersoner i kommunehelsetjenesten, for å optimalisere pasientens pleie- og omsorgstilbud i hjemmet. Men disse organisatoriske forholdene rundt pasienten, hvor pasientens behov blir vedtaksfestet, viser også resultatene at kan hindre sykepleiers mulighet til å kunne sikre helhetlig sykepleie og lindre lidelse i terminal fase.

**Nøkkelord:** sykepleie\*, palliasjon, hjem, terminal cancer nurs\*.

## Innhold

<b>1</b>	<b>INNLEDNING</b> .....	5
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	5
1.2	Begrepsavklaringer.....	5
1.2.1	<i>Palliasjon</i> .....	5
1.2.2	<i>Terminal fase</i> .....	6
1.2.3	<i>Helhetlig sykepleie</i> .....	6
1.2.4	<i>Tverrfaglig samarbeid</i> .....	6
1.2.5	<i>Lidelse</i> .....	6
1.3	Avgrensninger .....	7
1.4	Problemformulering .....	7
1.5	Hensikt med oppgaven .....	7
<b>2</b>	<b>TEORI</b> .....	8
2.2	Når terminal fase nærmer seg.....	9
2.3	Pasientens behov .....	9
2.4	Fysiske utfordringer i terminal fase .....	10
2.4.1	<i>Smerter</i> .....	10
2.4.2	<i>Ikke-farmakologiske tiltak i terminal fase</i> .....	11
2.4.3	<i>Orale bivirkninger</i> .....	12
2.4.4	<i>Fysiologiske behov</i> .....	12
2.5	Håp .....	12
2.5.1	<i>Omsorgsetikkens mantra</i> .....	13
2.6	Lindre lidelse.....	14
2.6.1	<i>Danne en omsorgsfull relasjon</i> .....	14
2.6.2	<i>Gi selvkontroll</i> .....	14
2.6.3	<i>God involvering av pårørende</i> .....	14
2.6.4	<i>Å avslutte livet hjemme</i> .....	15
2.7	Åndelige og eksistensielle behov .....	16
2.7.1	<i>Samtalens kunst</i> .....	17
<b>3</b>	<b>METODE</b> .....	18
3.1	Valg av metode.....	18
3.2	Valg av litteraturoversikt.....	18
3.3	Litteratursøk .....	19
3.3.1	<i>Valg av database og søkestrategi med avgrensninger</i> .....	19
3.3.2	<i>Valg av søkeord</i> .....	19

3.3.3	<i>Valg av artikler med oversiktstabell</i> .....	20
3.4	Analyse av artiklene .....	21
<b>4</b>	<b>RESULTAT</b> .....	<b>22</b>
4.1	Ivareta helhetlig sykepleie .....	22
4.1.1	<i>Tverrfaglig samarbeid for å sikre sømløse pasientoverføringer</i> .....	22
4.1.2	<i>Når pasienten har kommet hjem</i> .....	24
4.1.3	<i>Tidspress</i> .....	25
4.2	Hvordan kan sykepleier lindre lidelse?.....	25
4.2.1	<i>Å være gjest i pasientens hjem</i> .....	25
4.2.2	<i>Eksistensiell omsorg</i> .....	26
4.2.3	<i>Pårørende</i> .....	27
<b>5</b>	<b>METODEDISKUSJON</b> .....	<b>28</b>
5.1	Allmenn litteraturoversikt .....	28
5.2	Studiens karakter og metode.....	28
5.3	Vurdering av litteratursøket.....	29
5.4	Studienes perspektiv .....	30
5.5	De ulike studienes utvalg.....	30
<b>6</b>	<b>RESULTATDISKUSJON</b> .....	<b>31</b>
6.1	Ivareta helhetlig sykepleie .....	31
6.1.1	<i>Organisering av tjenestetilbudet i hjemmet</i> .....	31
6.1.2	<i>Mangel på tid</i> .....	32
6.1.3	<i>Symptomlindring</i> .....	34
6.2	Hvordan kan sykepleier lindre lidelse?.....	34
6.2.1	<i>Relasjonsbygging</i> .....	36
6.2.2	<i>Hjemmet</i> .....	36
6.2.3	<i>Viktigheten av pårørende</i> .....	37
<b>7</b>	<b>ANVENDELSE I PRAKSIS</b> .....	<b>38</b>
	<b>REFERANSER</b> .....	<b>39</b>
	<b>VEDLEGG 1: Oversiktstabell over analyserte artikler</b> .....	<b>44</b>

## 1 INNLEDNING

Denne bacheloroppgaven tar for seg hvordan sykepleiere kan ivareta helhetlig sykepleie og lindre lidelse hos kreftpasienter i terminal fase i hjemmet. Sykepleie til den terminale kreftpasienten er komplisert, hvor både fysiske, psykiske, åndelige og eksistensielle behov må dekkes (Kristoffersen, 2016, s. 38). Gjennom vår treårige utdanning har vi erfart at det er for lite fokus på kreft og terminalpleie, samtidig som at ikke alle får erfart dette gjennom praksisperiodene i studiet. Dette blir videre diskutert i oppgaven.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tall fra 2017 viser at så få som 1 av 5 kreftpasienter i Norge døde hjemme (Folkehelseinstituttet, 2018). Selv om det er få kreftpasienter som dør hjemme, er det viktig for de pasientene som selv ønsker dette, at prosessen er godt planlagt og at eventuelle utfordringer ikke påvirker pasientens helhetlige behandling i livets slutfase. Vi har begge lang erfaring fra hjemmesykepleien og det å pleie terminale kreftpasienter i hjemmet. I arbeidet vårt har vi fått se at det å få dø i eget hjem i trygge omgivelser, på egne premisser og med sine nærmeste pårørende til stede, har vært en fin og verdig avslutning på livet. Fra et sykepleieperspektiv er det en prosess hvor samspillet mellom respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet, og hvor grunnpilarene for sykepleie; barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, er essensielle (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Sykepleierens funksjon, altså vår faglige og medmenneskelige kunnskap, er i denne prosessen spesielt viktig for å lindre lidelse og gi helhetlig terminalpleie til kreftpasienten. Det er nettopp denne funksjonen sykepleier har, som vi ønsker å utforske i oppgaven vår.

### 1.2 Begrepsavklaringer

#### 1.2.1 Palliasjon

Palliasjon er lindrende behandling til mennesker med uhelbredelig sykdom og med kort forventet levetid (Helsedirektoratet, 2018). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen* (2015), definerer palliasjon som ivaretagelse av pasientens fysiske,

psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle behov, noe verdens helseorganisasjon (WHO) og European Association for Palliative care (EAPC) også fastslår (Hirsch & Røen, 2016, s. 315).

### *1.2.2 Terminal fase*

Å være i terminal fase betyr at man kan se kliniske endringer hos pasienten, som kan tyde på at deres fysiologiske livsoppholdende prosesser er i ferd med å opphøre (Brenne & Dalane, 2016, s. 639). Dette betyr at pasienten er i livets slutfase, og Norsk Palliativ Forening begrenser forventet levetid i terminalfase til timer eller dager (2016, s. 6).

### *1.2.3 Helhetlig sykepleie*

At sykepleie skal være helhetlig ved palliativ og terminal sykdom betyr at man skal dekke de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/kulturelle behovene for pleie, behandling og omsorg som pasienten har (Hirsch & Røen, 2016, s. 315). I livets slutfase er det spesielt viktig å lindre lidelse og spesielt fokusere på de behovene pasienten personlig anser som essensielle for han eller henne. Dette for at pasienten skal oppleve at sykepleien som blir utøvd, er helhetlig og verdig (Brenne & Estenstad, 2016, s. 165).

### *1.2.4 Tverrfaglig samarbeid*

En forutsetning for at pasienten skal kunne motta helhetlig terminalbehandling i hjemmet, er et godt tverrfaglig samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten (Brenne & Estenstad, 2016, s. 164). Dette betyr at flere yrkesgrupper og instanser samarbeider for å ivareta og tilby pasienten et helhetlig pleie- og omsorgstilbud (Sandlie & Heir, 2018).

### *1.2.5 Lidelse*

Ifølge Katie Eriksson er lidelse en kamp- og sorgprosess som vil være unik fra menneske til menneske. Lidelsen kan uttrykkes som blant annet sorg, håpløshet, smerter og depresjon. Det vil være en kamp mellom det gode og onde i menneskets liv, hvor den som lider vil måtte kjempe en kamp (Kristoffersen & Breievne, 2016, s. 191).

### 1.3 Avgrensninger

Pasientgruppen som omtales i oppgaven vil være mennesker med kreftsykdom i terminal fase som ønsker å dø hjemme. Vi har derfor avgrenset til pasienter som selv ønsker det og som har mulighet til det, og har derfor ikke tatt stilling til pasienter som grunnet sykdomskompleksitet eller andre faktorer ikke får mulighet til å få ønsket sitt oppfylt. Det er ikke satt noe begrensning på alder eller kjønn, utenom at det tas utgangspunkt i voksne. I terminal pleie og omsorg er det ofte flere ulike faggrupper og profesjoner involvert, men grunnet oppgavens omfang og hensikt er den avgrenset til hjemmesykepleiernes funksjoner og perspektiv. Liverpool Care Pathway er en tiltaksplan for omsorg i livets slutfase, som i all hovedsak ville vært essensiell for oppgaven. Men da denne er mye omdiskutert og flere norske kommuner av den grunn har avskaffet bruken av den, har vi valgt å ekskludere den fra oppgaven (Meneses, Flodgren & Berg, 2019).

### 1.4 Problemformulering

For de kreftpasientene som ønsker å dø i eget hjem, er det viktig med et godt planlagt og helhetlig behandlingstilbud for å lindre lidelse og sikre en verdig død. Vi ønsker derfor å undersøke hvordan sykepleier kan ivareta helhetlig sykepleie og lindre lidelse til kreftpasienter i terminal fase i hjemmet.

*“Hvordan kan sykepleiere ivareta helhetlig sykepleie og lindre lidelse for kreftpasienter i terminal fase i hjemmet?”*

### 1.5 Hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan sykepleiere kan ivareta helhetlig sykepleie og lindre lidelse for kreftpasienter i terminal fase i hjemmet.

## 2 TEORI

I dette kapitlet av bacheloroppgaven vil vi nevne relevant bakgrunns litteratur og teori som er aktuell for problemstillingen vår. Det handler i all hovedsak om helhetlig sykepleie og lindrende lidelse, og hvordan dette er avhengig av hverandre for å kunne sikre en verdig død for kreftpasienter som ønsker å dø hjemme.

### 2.1 Organisatoriske forhold som sikrer helhetlig behandling i hjemmet

Ingen palliative forløp utvikler seg likt og pasienten vil vekselvis ha behov for tjenester fra både fastlege, og kommune- og spesialisthelsetjenesten. I samhandlingsreformen som ble iverksatt 1. januar 2012, var tverrfaglig samarbeid og sømløse pasientoverføringer mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten essensielt. Reformen legger mer ansvar over på kommunehelsetjenesten og vektlegger at pasientens omsorgs- og pleietjenester skal skje med en individuell plan og så nært hjemmet som mulig, og understreker også at man bør tilstrebe at pasienten skal få dø på det stedet de selv ønsker (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 47-59).

Selv om samhandlingsreformen hadde klare anbefalinger på organiseringen rundt det palliative tilbudet, er organiseringen nokså ulik i norske kommuner. En fellesnevner for etablering av et godt palliativt tilbud for kreftpasienter i kommunen, har vært etablering av egne kreftsykepleiere og kreftkoordinatorer som skal sikre tilstrekkelig kompetanse og bidra til opplæring av kollegaer. Dette har videre vist seg å være effektivt i å kunne sikre et helhetlig tjeneste- og behandlingstilbud i hjemmet. Flere av kommunene i Norge med høy andel dødsfall i hjemmet, har også hatt god kontakt med det palliative teamet ved nærmeste sykehus, i tillegg til god oppfølging og hjemmebesøk fra fastlege (Brenne & Estenstad, 2016, s. 164). En slik organisering med utgangspunkt i tverrfaglig samarbeid og spesialisert kompetanse, vil fremme den videre utviklingen av palliasjon i hjemmet, og i senere pasientforløp også sikre helhetlig terminalpleie.



## 2.2 Når terminal fase nærmer seg

Når kroppens fysiologiske livsoppholdende prosesser er i ferd med å opphøre, vil det forekomme tydelige symptomer hos den terminale pasienten (Brenne & Dalane, 2016, s. 639). En av de hyppigste symptomene vil være økende surkling og dyspné, som ofte utvikler seg til såkalt Cheyne-Stokes respirasjon. Pasienten vil da slutte å puste i kortere eller lengre perioder, etterfulgt av en gradvis kraftigere og dypere dyspné, som deretter vil bli svakere frem mot nye pustestopp (Skjønsberg, 2020). Et annet vanlig symptom er smerter og kvalme, noe som ofte er spesielt uttalt hos pasienter med terminal kreftsykdom. I livets slutfase vil også pasienten kunne utvikle konfusjon, angst, uro og delirium, som vil være et tegn på at hjernens funksjon er i ferd med å opphøre grunnet langtkommet sykdom. En erfaren sykepleier vil i tillegg til endring i pasientens tilstand, kunne se at døden nærmer seg ved og kun se på pasienten. Disse symptomene i livets slutfase vil være irriterbare, hvor fokuset videre må være på symptomlindring (Brenne & Dalane, 2016, s. 643-646).

## 2.3 Pasientens behov

Virginia Henderson utarbeidet en sykepleieteori med vekt på sykepleiers ansvarsområde i pasientarbeid. Teorien legger frem 14 punkter som betegnes som grunnleggende sykepleieprinsipper, som er knyttet til menneskets fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle behov (Kristoffersen, 2016, s. 38). Dette er grunnpilarene som skal sikre helhetlig sykepleie og lindre lidelse, og er også essensielle for kreftpasienter i livets slutfase. Terminal kreftsykdom vil som nevnt gi uttalte symptomer og bivirkninger, som videre setter grunnlag for økte behov, hvor det er sykepleiers ansvar å møte disse og iverksette tiltak for å lindre lidelse og sikre helhetlig pleie (Brenne & Dalane, 2016, ss. 639-640).

Henderson vektlegger også at sykepleiere må ta utgangspunkt i at pasienters behov vil være individuelle fra menneske til menneske, og at man derfor må innarbeide informasjon om den enkelte pasient for å tilpasse sykepleien til deres behov (Kristoffersen, 2016, s. 39). Slike forberedende samtaler om hva pasienten anser som hans essensielle behov, er spesielt sentrale i livets slutfase. Denne dialogen vil være et godt utgangspunkt for å kartlegge ønsker og behov hos pasient og pårørende, hvor sykepleier videre vil kunne legge til rette for en helhetlig behandlingsplan med utgangspunkt i essensielle behov og pasientens egne ønsker for livets slutfase (Brenne & Estenstad, 2016, s. 165).

## 2.4 Fysiske utfordringer i terminal fase

### 2.4.1 Smerter

Smerter påvirker pasienters livskvalitet betraktelig, og de fleste pasienter med ikke-kurabel kreftsykdom trenger smertebehandling i løpet av sykdomsperioden (Kongsgaard et al., 2005, s. 8). Kreftrelaterte smerter kan beskrives som en mosaikk av både akutte og langvarige smertetilstander, og studier har vist tydelige patofysiologiske forskjeller mellom nociceptoren ved kreftrelaterte smerter, og smerter ved andre neuropatiske eller inflammatoriske tilstander (Werner & Kongsgaard, 2016, s. 343). I en rapport fra *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*, fastslås det at opioidanalgetika har god effekt på moderate til sterke kreftrelaterte smerter. Det fastsettes at for disse smertene bør morfin alltid være førstevalget, også hos døende kreftpasienter (Kongsgaard et al., 2005, s. 10-11). Preparatet er blitt brukt i mange år med god effekt, og blir godt absorbert ved subkutan tilførsel som vil gi pasienten en balansert smertelindring (Brenne & Dalane, 2016, s. 643).

Behovet for symptomlindring i livets slutfase vil være svært individuelt, utfra hvilke plager og symptomer pasienten opplever. Tabellen i figur 1 viser de fire viktigste og vanligste legemidlene som brukes i lindrende og terminal legemiddeladministrering. For den terminale kreftpasienten vil disse være med å bidra til lindring av smerter og kvalme som kreftsykdommen gir, samt lindre symptomene som den terminale fasen medfører. Som sett i tabellen er det anbefalt med subkutan administrering av legemidlene. Det er også blitt mer og mer vanlig med bruk av pumper som gjør det mulig med kontinuerlig subkutan administrasjon døgnet rundt, også i hjemmet. Flere av medikamentene kan gis på en gang, og det vil dermed gi en mer stabil plasmakonsentrasjon av medikamenter enn ved intermitterende subkutan injeksjon, som ved bruk av for eksempel kun neoflon (Brenne & Dalane, 2016, s. 642-649).

Indikasjon	Medikament	Dosering	Maksimal døgndose	Adm. måte
Smerte,  Dyspné	<b>Morfin eller Oksykodon</b> (opioidanalgetikum)	<u>Smerte</u> : 2,5-5 mg eller 1/6 av døgndosen (po:sc = 3:1) <u>Dyspné</u> : 1-2,5* mg Gjentas ved behov, inntil hvert 30. min	avhengig av effekten (sjelden > 400 mg)	<b>sc</b> = <b>subkutant</b>
Angst, uro, panikk, Dyspné, muskelrykn., kramper, agitert delir	<b>Midazolam</b> (benzodiazepin, sedativum)	1 mg til gamle/skrøpelige, ellers start med 2-2,5 mg Gjentas ved behov, inntil hvert 30. min (titrering)	avhengig av effekten (sjelden > 20 mg)	<b>sc</b>
Kvalme uro, agitasjon, delir	<b>Haloperidol</b> (Haldol®, lavdoseneuroleptikum)	0,5-2 mg x 2 (mot kvalme) 2 mg x 3-5 (mot uro/agitasjon)	10 mg	<b>sc</b>
Surkling i øvre luftveier, ileus, kolikk	<b>Glykopyrron,</b> (Robinul®, antikolinergikum)	0,2 mg inntil 1x/t, maks x 6 / d	1,2 mg (sjelden nødvendig) ev. KSCI	<b>sc</b>

Figur 1

Tabellen viser de fire viktigste og vanligste medikamentene for symptomlindring i livets slutfase (Helse Bergen, 2020).

#### 2.4.2 Ikke-farmakologiske tiltak i terminal fase

I terminal fase er ikke-farmakologiske tiltak essensielle for å lindre lidelse og sikre helhetlig sykepleie. For å finne sin kilde til håp, har pasienten behov for kjærlighet både fra sykepleier og familien. De største lidelsene kan lindres ved vennlige blikk, gode ord, kjærtegn eller andre handlinger som uttrykker en følelse av medlidenhet, og at «vi er her» (Eriksson, 2013, s. 90). Symptomene i livets slutfase kan lindres ved administrering av legemidler (Brenne & Dalane, 2016, s. 643-646), men minst like viktig er bruk av berøring som symptomlindring. En klemmende og tryggende hånd, rolige stryk på ryggen og en våt klut på pannen, vil være betryggende og kan bidra med å redusere symptomene terminal fase gir. Andre tiltak som å bruke musikk og høytlesning, og ta frem bilder og minner når pasienten er våken, kan være beroligende og fint for både pasient og pårørende. Man kan bruke slike midler for å tilstrebe en rolig og varm atmosfære i hjemmet, og disse “små tingene” er nettopp det som gjør sykepleie i livets slutfase helhetlig (Kreftforeningen, 2020).

### 2.4.3 *Orale bivirkninger*

Kreftpasienter er svært utsatt for orale bivirkninger relatert til sykdommen og eventuell behandling av den. Å sørge for godt munnstell i livets slutfase er derfor spesielt viktig for pasienter med kreft. Pasienter i terminal fase puster også ofte med åpen munn, som videre kan gi munntørrehet, lukt, sekret og eventuelt små blødninger. Hensikten med munnstellet vil derfor være å forhindre orale infeksjoner og munntørrehet som kan medføre lidelse for pasienten, og kan lindres ved å rense og fukte munnslimhinner og lepper regelmessig. Dette er en viktig del av god symptom- og smertelindring i terminal fase, som er essensielt for å lindre lidelse og bidra til helhetlig sykepleie i livets slutfase (Hjermstad & Herlofson, 2016, s. 668).

### 2.4.4 *Fysiologiske behov*

Pasienter i terminal fase vil være sengeliggende, og dermed ikke i stand til å ta vare på sine fysiologiske behov. Dette krever helhetlig sykepleie for å lindre og unngå pleielidelse. I Hendersons sykepleieteori består mange av punktene av fysiologiske behov. Av de som er gjeldende for døende pasienter, er det spesielt det å hjelpe pasienten til å opprettholde behagelig kroppsstilling i sengen, samt å skifte liggstilling regelmessig. Dette for å forebygge sår hud og trykksår, som i stor grad ville påført pasienten lidelse. Av de fysiologiske punktene er også det å forhindre tørre øyne, holde pasientens kropp ren og velstelt, ved normal kroppstemperatur og sørge for rett omgivelsestemperatur svært essensielt, da dette er alle gjøremål som pasienten ikke vil klare å utføre selv i terminal fase (Kristoffersen, 2016, s. 38-39). Å tilfredsstillere pasientens fysiologiske behov i livets slutfase vil altså være en del av den helhetlige sykepleien, ved å gi pasienten opplevelsen av velvære og samtidig unngå å påføre pasienten pleielidelse.

## 2.5 Håp

Det finnes håp i soloppgangen

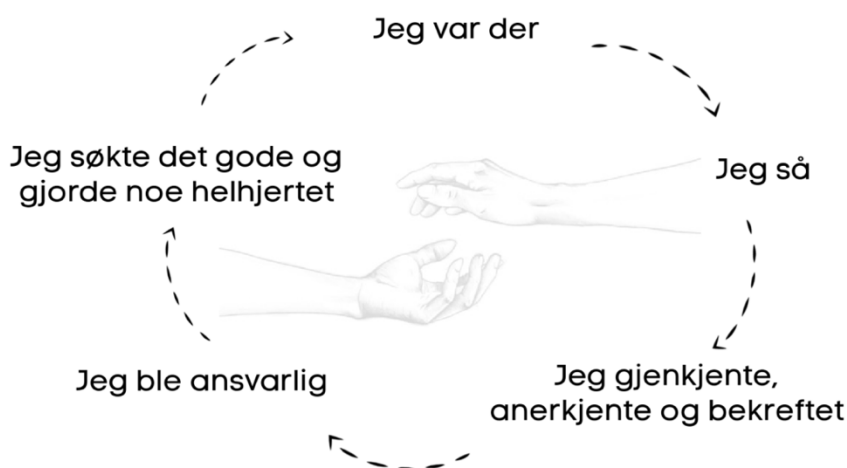
Det finnes håp i solnedgangen

*Jane Garton*<sup>2</sup>

Terminal kreftsykdom vil som oftest bringe med seg store fysiske påkjenninger og nedsatt fysisk kapasitet. Dette kan medføre at pasienten vil kunne oppleve følelsen av tap og håpløshet (Loge & Kaasa, 2016, s. 473), og lidelsen vil ha bruk for håp for å kunne lindres (Eriksson, 2012, s. 72). Sykepleier vil her ha en essensiell rolle i å fange opp lidelsen, for og videre hjelpe pasienten å finne sin kilde til håp. I slike situasjoner hvor trusselen om død er større enn håpet om liv, vil pasientens håp forandres og omfatte håp som øker livskvaliteten i livets slutfase. Dette kan for eksempel være håpet om å se sollys, håpet om å møte et familiemedlem eller håpet om å få en rolig avslutning på livet uten smerter (Tømmerbakk, 2007).

### 2.5.1 Omsorgsetikkens mantra

Pasientens lidelse og sykepleiers ansvar for å lindre denne og fremme håp, kan vi forklare gjennom det etiske mantra. Dette setter et utgangspunkt for hvordan vi som sykepleiere skal oppdage og forstå pasientens lidelse. Når man er i en situasjon som sykepleier sammen med en terminal pasient, må man kunne gjenkjenne en eventuell lidelse. Videre må vi anerkjenne den, for og videre bekrefte ovenfor oss selv og pasienten at dette er en lidelse. Med dette, blir vi ansvarlige for pasientens lidelse, og må søke det gode og gjøre noe helhjertet. Å gjøre noe helhjertet vil være å fremme håp, altså ved å fremme etiske og livsbefordrende livsfenomen (Eriksson, 2013, s. 69-80).



Figur 2

Inspirert av Erikssons etiske mantra (2013, s. 72).

## 2.6 Lindre lidelse

Ifølge Eriksson er sykepleiens grunnpilarer; tro, håp og kjærlighet, de grunnleggende punktene i kampen om å lindre lidelse. En viktig forutsetning for å oppnå dette er å danne en sykepleiekultur hvor pasienten føler seg velkommen, respektert og godt ivaretatt (2012, s. 73). Ofte dreier det seg om enkle hverdagsaktiviteter som blir integrert i pasientens pleie, som er hovedpunktene som skal til for å lindre lidelse og fremme håp (2012, s. 90).

### 2.6.1 *Danne en omsorgsfull relasjon*

Å danne en omsorgsfull relasjon med pasient og pårørende, vil kunne sette grunnlaget for trygge rammer basert på gjensidig tillitt og åpen kommunikasjon. I hjemmet må man derfor tilstrebe kontinuitet i oppfølgingen, ved at det er noen av de samme sykepleierne som gjennomfører og tilfredsstillende pasientens pleie og omsorgsbehov så ofte som mulig. Dette vil kunne være tryggende for den terminale pasienten og deres pårørende. Vi som sykepleiere vil kunne vise tilstedeværelse, ved å se, bekrefte og gjøre noe helhjertet, altså vise omsorg og fremme håp i relasjonen (Brenne & Estenstad, 2016, s. 168).

### 2.6.2 *Gi selvkontroll*

I situasjoner hvor pasienten er døende, vil tap av selvkontroll føles som et livsinnkrenkende livsfenomen. Pasienten i terminal fase vil i økende grad oppleve svikt av kroppens funksjoner, og vil kunne trenge hjelp til det meste av praktiske gjøremål. Pasienten kan oppleve dette som livsinnkrenkende, da man kan føle at man mister kontroll over eget liv og blir avhengige av andre. For å fremme autonomi og håp i denne fasen, må man tilstrebe å gi pasienten selvkontroll over situasjoner hvor dette er mulig. Dette kan gjøres ved å la pasienten velge hvilke klær han vil ha, når han vil stelle seg og andre generelle ønsker når pasienten er i stand til det. Dette kan gi tilbake en del av selvkontrollen, og kan fremme håp i stor grad (Mathisen, 2016, s. 422).

### 2.6.3 *God involvering av pårørende*

I terminal fase vil det kunne være vanskelig å gi uttrykk for sine behov. Det er derfor en trygghet for pasienten å være omgitt av nærmeste pårørende, da de kjenner pasientens vaner og ønsker best (Kreftforeningen, 2020). Pårørendes innsats, samt god involvering av dem i prosessen, er avgjørende for at den syke skal få dø i hjemmet, og det er vår rolle som sykepleier og også

ivareta deres behov. Pårørende ser et menneske de er glade i, sakte men sikkert visne hen, og de forbereder seg på å miste hverandre. Pusten blir dypere, bevisstheten mer fraværende, og livet de har levd sammen er på vei til å ta slutt. Å være vitne til, og være til stede som pårørende er derfor svært følelsesmessig utfordrende. Derfor er det spesielt viktig at vi som sykepleiere anerkjenner pårørendes tilstedeværelse og innsats, og gir omsorg, støtte og forståelse for den vanskelige livssituasjonen de står i (Brenne & Estenstad, 2016, s. 169).

#### 2.6.4 Å avslutte livet hjemme

Hjemmet kan være vår trygghet, plassen hvor vi kan kaste masken og være oss selv. Som pasient er man fristilt fra sykehuset og dets rutiner. Hjemme, selv med terminal kreft, kan man tilstrebe å leve så normalt som mulig, med våre egne rutiner og med nærmeste pårørende til stede. Dette vil kunne fremme både håp og god livskvalitet for pasienten i livets slutfase (Brenne & Estenstad, 2016, s. 161-162). I boken "Per dør" skrevet av professor i sosialmedisin og samfunnsdebattant *Per Fugelli*, skildrer han sine siste to år på vei mot døden. Han var kreftsyk i flere år, og fikk etter eget ønske dø i eget hjem på Jæren. I boken skrev han følgende om sitt ønske om å dø hjemme:

Hjemme bor tryggheten. På sykehuset er mange av oss redde. Hjemme er du høvedsmann. Du er sjef over eget liv og egen død. På sykehuset er du under overkommando. Hjemme er du hel. På sykehuset er du delt i biter. Hjemme er det vakkert. På sykehuset er det stygt. Hjemme er du nær de du er glad i. På sykehuset kommer de på besøk, som fremmedlegemer. Hjemme rår freden. På sykehuset er det galopp. Hjemme er du i ly for sykehusets hyperaktivitet. (Fugelli, 2018, s. 70)

Som det både kommer frem i litteraturen, og som *Per Fugelli* portretterer i boken sin, vil det å dø i eget hjem være mer personlig og på egne premisser. Derfor er det også spesielt viktig at vi som sykepleiere respekterer pasientens hjem og deres grenser. Vi er på besøk hos pasienten og deres pårørende, og må derfor være varsomme og tenke over egen væremåte for å tilrettelegge for en verdig død i deres hjem, hvor det først og fremst er pasienten som er høvedsmann. Verdighet handler i døden, akkurat som i livet, om respekt, tillitt og trygghet. Dette er sykepleiers ansvar å tilrettelegge for i pasientens hjem, men på deres premisser. På deres siste

reise skal pasienten være skipper, og vi andre må respektere at vi bare er mannskap (Henmo, 2015, s. 3-30).

## 2.7 Åndelige og eksistensielle behov

Ivaretagelse av pasientens åndelige og eksistensielle behov er essensielt i palliativ og terminal fase. Livets slutfase vil gjøre en rekke endringer i pasientens hverdag. Mulighetene for sosial omgang begrenses, yrkeslivet opphører og kroppen kan være preget av kreftsykdommen og behandlingen av den. Tanken på døden og det og skulle forlate livet og sine nærmeste kan skape en indre uro, og det å møte døden såpass nært kan vekke sterke emosjoner. Pasienten kan oppleve følelsen av tap og sorg over livet som går mot slutten. Hvordan pasienten møter dette vil være svært individuelt, avhengig av blant annet tidligere opplevelser, alder, verdier, tro og livsfilosofi (Hirsch & Røen, 2016, s. 317).

Pasientens eksistensielle behov kan være spørsmål relatert til identitet og mening, og kan fremme spørsmål om for eksempel lidelse, død og livet på generell basis. De verdimessige behovene vil være knyttet opp mot hva som er verdifullt for pasienten, og er ofte videre knyttet opp mot relasjoner med seg selv, familie og venner. De religiøse behovene er troen på en Gud eller høyere makt, og spesielle ritualer som dette bringer med seg (Oslo universitetssykehus, 2021). Når pasienten har forstått at han eller hun kommer til å dø av sykdommen, vil deres åndelige og eksistensielle behov være fremragende, og avskjedprosessen vil starte. Da kan man få planlagt å få gjort viktige handlinger som man alltid har tenkt man skal gjøre; som å gifte seg, si de viktige tingene til de man er glad i, og planlegge det ugjorte ved å tilgi og bli tilgitt. I det store bildet handler det om å forsones seg selv med enten seg selv, andre mennesker eller gud, oppsummere livet, sørge, og til slutt slippe taket (Hirsch & Røen, 2016, s. 317).

Som sykepleier i pasientens hjem, må man registrere behov og iverksette tiltak mens pasienten ennå har krefter nok til å håndtere vanskelige eksistensielle og åndelige spørsmål. Dette kan også hjelpe både pasient og pårørende til å snakke sammen om det de synes er vanskelig. Intensjonen er ikke å bryte oss inn i pasientens indre liv, men be om tillatelse ved å stille åpne spørsmål (Hirsch & Røen, 2016, s. 322). Man kan bruke innledende spørsmål som "Det virker som at du tenker på mange ting", men også bruke åpen kommunikasjon som "Hva er viktigst for deg nå?", "Hva gir deg håp og mening?", "Er det noe mer du ønsker, trenger eller tenker på?". Dette gjøres for at pasienten skal få bukt med uoppgjorte følelser og tanker, for å fremme god livskvalitet og en indre ro i livets slutfase (Hirsch & Røen, 2016, s. 323).



### 2.7.1 *Samtalens kunst*

I vanskelige samtaler med pasient og pårørende har sykepleier en viktig rolle. Derfor er det også viktig at vi er bevisst på vår egen verbale og non-verbale kommunikasjon. Øyekontakt og berøring er en viktig del av samtalen, som er med på å bekrefte den andre. Vi må være en innlevende og oppmerksom samtalepartner og oppføre oss ansvarlig ved bruk av både kropp og tale, da kropp- og talespråk samvirker i tid og rom. Samtidig må vi også være oppmerksom på hva den andre i samtalen uttrykker med kroppen og talen, da dette kan fortelle oss hvordan pasienten har det. En oppmerksom sykepleier er helt avgjørende i samtalens forløp for at man skal kunne hjelpe det lidende mennesket. Skjer dette, yter sykepleier nødvendig livshjelp (Kjær, 2012, s. 187-188).

### 3 METODE

I dette kapittelet blir metoden vår beskrevet, med en framgangsmåte på hvordan vi har gått frem for å samle inn data for å besvare problemstillingen vår (Dalland, 2017, s. 199). I oppgaveløsningen har vi brukt Friberg sin «tankeprosessens faser» til å henvise til metoden (2012, s. 38). Her vil vi utdype vårt valg for metode, og hvordan vi har kommet frem til valg av våre artikler, som blir fremstilt i en analyse-tabell (tabell 1).

#### 3.1 Valg av metode

For å besvare problemstillingen vår, har vi samlet inn fire evidensbaserte, vitenskapelige artikler, underbygget med en teoridel (kapittel 2), som blir beskrevet og analysert nedenfor (Friberg, 2012, s. 121). Artikkene kan være av kvalitativ, kvantitativ eller en kombinasjon av disse i karakter. De nevnte metodene ovenfor har ulike framgangsmåte, og gir derav ulike resultater. Kvantitativ metode gir data i målbare enheter, som for eksempel i form av statistikk, fra spørreundersøkelser og lignende. Kvalitativ metode fanger opp meninger og erfaringer, og gir ikke målbare data (Dalland, 2017, s. 52). Dette er forskning basert på opplevelser, erfaringer, forventninger eller behov (Segesten, 2012, s. 99). I oppgaven har vi derfor valgt kvalitative vitenskapelige artikler, da dette passer vår problemstilling best, hvor målet er å gi en økt forståelse innenfor temaet “å ivareta helhetlig sykepleie og lindre lidelse for terminale kreftpasienter i hjemmet”. Forskningsresultatet vi finner i artikkene, vil vi forsøke å omsette til praksis i slutten av denne oppgaven (kapittel 7) (Friberg, 2012, s. 121).

#### 3.2 Valg av litteraturoversikt

I utdanningen skal vi skrive en litteraturbasert oppgave, som tar utgangspunkt i vitenskapelige artikler. I motsetning til en empiribasert oppgave hvor en selv går ut og samler inn data for å besvare problemstillingen, er denne basert på fagfelleverderte artikler (Segesten, 2012, s. 13). Friberg skiller mellom allmenn og integrativ litteraturoversikt. Disse metodene ligner mye på hverandre ved at en skaper en oversikt over innholdet i artikkene og sammenligner, men hovedforskjellen er hvordan en går frem i resultatet. I en integrativ litteraturoversikt trekker en egne konklusjoner gjennom resultatene i artikkene, men dette gjør en ikke i en allmenn litteratur oversikt, hvor en stopper etter sammenligningene av artikkene (Friberg, 2012, s. 141). I

oppgaven har vi valgt å utføre en allmenn litteraturoversikt da vi gjennom dataene vi samler, ikke vil kunne trekke en felles konklusjon fra artiklene for å svare på problemstillingen vår.

### 3.3 Litteratursøk

#### *3.3.1 Valg av database og søkestrategi med avgrensninger*

Med bakgrunn i oppgavens problemformulering og hensikt, har vi kommet frem til fire egnede vitenskapelige artikler av kvalitativ karakter. Søkeprosessen har utgangspunkt i Friberg sin “tankeprosessens faser” (2012, s. 38). Vi startet med et innledende litteratursøk, for å undersøke mengden av vitenskapelige artikler innenfor problemstillingen vår. Dette utførte vi ved å bruke ulike søkeord og databaser. Vi valgte inklusjons- og eksklusjonskriteriene: forskningsartikkel nyere enn ti år, fagfellevurdert og forskning utført i Norge.

Vi begynte søket i de helsefaglige databasene Cinahl, SweMed+, Oria og Idunn. Da Cinahl hadde et stort utvalg av forskning og mange treff, tenkte vi denne var relevant å bruke. Da flertallet var basert på andre land i verden som helsevesenet i Norge ikke kan sammenlignes med, som Iran og Japan, ble disse derfor ekskludert. Idunn er en nordisk tidsskriftsdatabase, med artikler som er lettere å sammenligne med helsevesenet vårt. Her fikk vi 14 treff, hvor mange var basert på norsk forskning. SweMed+ er en database med nordiske artikler innen helsefag og ble derfor også brukt, her fikk vi opp 21 treff. En annen artikkel ble vi oppmerksomme på da vi mottok bladet «Sykepleien» gjennom Norsk Sykepleierforbund i august 2019, og ble inkludert som potensiell artikkel da den var relevant for problemstillingen vår og var av kvalitativ karakter.

#### *3.3.2 Valg av søkeord*

For å finne artikler som var relevante for oppgaven og problemstillingen vår, som er hvordan sykepleiere kan ivareta helhetlig sykepleie og lindre lidelse hos kreftpasienter i terminal fase i hjemmet, avgrenset vi søket vårt med søkeord. Vi brukte både norske og engelske søkeord, da databasene var nordiske. Søkeordene vi brukte var “sykepleie\*”, “palliasjon”, “hjem”, “terminal cancer nurs\*”.

### 3.3.3 Valg av artikler med oversiktstabell

Videre ble aktuelle artikler systematisk valgt ut og analysert om de var relevante for å besvare problemstillingen og hensikten vår. De ble deretter inkludert og ekskludert, basert på perspektiv, kvalitet og metode (kvantitativ eller kvalitativ). Vi ønsket å holde oss til sykepleierperspektiv på alle artiklene, og flere ble derfor ekskludert av den grunn. Da utgangspunktet for oppgaven er hjemmet, ønsket vi at artiklene skulle være basert på denne arenaen. I det innledende søket var vi åpne for artikler av både kvalitativ og kvantitativ karakter, men etter å ha lest flere artikler, fant vi ut at kvalitative studier besvarte vår problemstilling og hensikt best. Vi endte til slutt opp med to artikler fra Idunn, en fra NSF og en fra SweMed+, alle av kvalitativ karakter. En oversikt presenteres i tabell 1 i teksten:

<b>Tittel, forfatter, tidsskrift, årstall</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Perspektiv</b>	<b>Metode</b>	<b>Database</b>
Hjemmedød: Dette får sykepleiere til å bruke medikamentskrinet, Staats, K., Tranvåg, O. & Grov, E. K. Sykepleien, 2019	Utvikle ny kunnskap om hjemmesykepleieres erfaringer med å bruke medikamentskrin i symptomlindrende omsorg for hjemmeboende pasienter i terminal fase.	Sykepleier	Kvalitativ, fokusgruppeintervju med 18 sykepleiere fra hjemmesykepleien, hvor 7 hadde videreutdanning innen palliasjon og kreftomsorg.	Sykepleien.no
Hjemmesykepleieres erfaringer når kreftpasienter ønsker å dø hjemme, Aamold, K., Grov, E. K., & Rostad, H. M. Klinisk sykepleje, 2020	Undersøke hvilke utfordringer hjemmesykepleiere beskriver at de har i forbindelse med ivaretagelse av kreftpasienter som ønsker å dø hjemme.	Sykepleier	Kvalitativ, hermeneutisk tilnærming. Fokusgruppeintervju med ti sykepleiere fra hjemmesykepleien uten spesialkompetanse i palliasjon. Representanter fra to ulike distrikter i samme by på Østlandet i Norge.	Idunn.no
Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem – Sykepleieres erfaringer av samhandling, Nordsveen, H. & Andershed, B. Nordisk sykeplejeforskning, 2015	Beskrive sykepleiernes erfaringer, både i sykehus og kommunehelsetjenesten, ved overgang fra sykehus til hjemmet av personer med kreft i palliativ fase.	Sykepleier	Kvalitativt, med fokusgruppeintervju. 20 sykepleiere fra 2 avdelinger ved lokalsykehus og hjemmesykepleien i innlandet i Norge. Erfaring fra palliativ omsorg i mer enn fem år, og/eller videreutdanning innen kreft/palliativ omsorg.	Idunn.no

Sammen går vi døden i møte, Molnes, S. V., Nordisk Tidsskrift for Helseforskning, 2015	Rette søkelys på hjemmesykepleiens møte med hjemmedød og kreftpasienters åndelige behov. Hvordan beskriver sykepleiere egen praksis knyttet til dette?	Sykepleier	Kvalitativ metode, med beskrivende undersøkelse og individuelle intervju. Ti sykepleiere fra hjemmesykepleien i Midt-Norge med erfaring med hjemmedød hos kreftpasienter i minimum ett år.	SweMed +
--	--	------------	--	----------

Tabell 1

### 3.4 Analyse av artiklene

Analysearbeidet av artiklene har utgangspunkt i Friberg sin analysemetode, som kjennetegnes av tre steg og kan oppsummeres slik: å forstå innholdet, se likheter og forskjeller og gjøre en sammenligning, som blir presentert i resultatkapittelet (2012, s. 140-141). Friberg beskriver analysearbeidet som “en rörelse från helheten till delarna, och därifrån till en ny helhet” (2012, s. 127). Dette innebærer å undersøke resultatene i de valgte vitenskapelige artiklene som vi har kommet fram til, og deretter samle viktige holdepunkter for problemstillingen og hensikten vi har valgt for oppgaven vår, som videre legges frem i resultatkapittelet (Friberg, 2012, s. 127).

Måten vi utførte dette på var å lese gjennom artiklene flere ganger for å kunne forstå innholdet og sammenhengen mellom de utvalgte artiklene. For å få en god oversikt over artiklenes likheter og ulikheter, satt vi opp de utvalgte artiklene i en oversiktstabell (tabell 1) for og enkelt sammenligne metode, perspektiv og hensikt ved de ulike artiklene (Friberg, 2012, s. 45). Da vi har valgt kvalitative artikler, ble funnene i studiene fokusert på ord i forhold til tall fra kvantitative data (Segesten, 2012, s. 99). Gjennom dette analysearbeidet kom vi frem til to hovedfunn med underkategorier som presenteres i tabell 2. Med en videre beskrivelse i kapittel fire, hvor innholdet som handler om samme tema blir plassert under passende overskrifter med referanser til de ulike studiene. Her er funnene under begge temaene avhengig av hverandre for å svare helhetlig på problemstillingen vår, men ble delt inn i to overskrifter for bedre struktur og oversikt i oppgaven. Dette vil belyses videre i diskusjonskapitlet.

Hovedfunn	Underkategorier
Ivareta helhetlig sykepleie	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Tverrfaglig samarbeid med sømløse pasientoverføringer</li> <li>– Når pasienten har kommet hjem</li> <li>– Tidspress</li> </ul>
Hvordan kan sykepleier lindre lidelse?	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Å være gjest i pasientens hjem</li> <li>– Eksistensiell omsorg</li> <li>– Pårørende</li> </ul>

Tabell 2

## 4 RESULTAT

I dette kapitlet blir funnene i artiklene som er relevante for problemstillingen vår beskrevet, hvordan sykepleiere kan ivareta helhetlig sykepleie og lindre lidelse hos kreftpasienter i terminalfase i hjemmet. Kapittelinnndelingen er basert på inndelingen i hovedfunn- og underkategorier, se tabell 2 i teksten.

### 4.1 Ivareta helhetlig sykepleie

De analyserte studiene viste ulike faktorer som kan øke den helhetlige sykepleien til pasienter i hjemmet, men også faktorer som kan skape utfordringer (Aamold, Grov & Rostad, 2020, Molnes, 2015, Nordsveen & Andershed, 2015, Staats, Tranvåg & Grov, 2019).

#### *4.1.1 Tverrfaglig samarbeid for å sikre sømløse pasientoverføringer*

Sykepleierne fra studien til Nordsveen og Andershed hadde god erfaring med samarbeidsmøter i forkant av utskrivelser fra sykehus, for best mulig tilrettelegging i hjemmet. Det kom frem at hjemmesykepleien kun deltok på disse tverrfaglige møtene i spesielle tilfeller, tross at det er de som faktisk utfører sykepleien. I en deltakende kommune var det kreftkoordinatoren som deltok. Slike forberedende møter gjorde pasienten og pårørende tryggere på mulighetene hjemme, og gjorde det mulig å planlegge veien videre og hvilke tiltak som eventuelt burde iverksettes dersom pasientens tilstand skulle endre seg. På denne måten vil det bli dannet et bedre grunnlag for tilbudet, og en kan unngå utfordringer i startfasen som kan påvirke pasientens behandlingstilbud videre i forløpet (2015, s. 243).

Sykepleierne i studien til Molnes trakk frem at en går inn i hjemmet på pasientens premisser. Det er derav viktig med tidlig kartlegging av pasienten og pårørendes ønsker, ressurser og hva hjemmesykepleien kan tilby pasienten og eventuelle pårørende. En avgjørende hovedfaktor er derfor tidlig kontakt med hjemmesykepleien før pasientens tilstand forverres, for å kunne kartlegge pasientens ønsker og behov (2015, s. 145).

*Dersom vi skal danne oss et godt bilde av pasientens og pårørendes situasjon, så må vi komme tidligere inn i bildet. Ikke komme inn i den siste tiden, ikke kjenner vi pasienten og ikke kjenner vi pårørende. Når vi kartlegger, klarer vi ikke å tyde signalene. Det må være et godt samarbeid, bygge tillit, slik at de kan gi oss tilbakemeldinger om at pasienten har det vondt (R5). (Molnes, 2015, s. 145)*

Nordsveen og Andershed avdekket planlegging som en viktig faktor for sykepleierne i hjemmesykepleien, for å kunne tilstrebe tilstrekkelig kompetanse hos pasientene. Dette for å sikre faglig forsvarlig sykepleie, da det også kan oppleves som kaos for pasienten dersom arbeidet har lite struktur og mangler. Dersom det er for mye oppmerksomhet på praktiske oppgaver, kan fokuset falle bort fra pasienten og behovet vedkommende har der og da. I overføringen fra sykehus til hjemmet er derfor en fullstendig utskrivelse viktig for hjemmesykepleien, for å kunne gjøre riktige vurderinger i henhold til pasientens pleie og omsorgsbehov. Tross dette, kom det frem at dette ikke alltid ble utført grunnet dårlig tid, og mangel på klare retningslinjer fra sykehuset sin side om hvilke tjenester hjemmesykepleien kan tilby. Dette kan skape utfordringer for kommunen, som videre må ta stilling til dette når pasienten kommer hjem. Men pasienten kan også grunnet lite opplyste sykepleiere, få en dårlig opplevelse og oppleve tillitsbrudd til hjemmesykepleien. Erfaringene viste at hjemmesykepleien ofte var fleksible tross ufullstendige utskrivelser, for å ta imot pasientene på en best mulig måte. Blant sykepleiere i hjemmesykepleien var pasienten og pårørendes ønsker og behov i fokus (2015, s. 244-245).

Nordsveen og Andershed skriver i sin studie at sykepleierne fra begge deltakende kommuner har god erfaring med palliativt team, da de følger opp pasienten ute i kommunene, i samarbeid med kreftkoordinator og kreftsykepleier. Noen av deltakerne mente derfor at det bør tilstrebes at palliativt team bør være bindeleddet mellom sykehuset og kommunen (2015, s. 243). Sykehuset hadde også god erfaring med palliativt team, da de var godt kjent med koordinering og organisering av tilbudene i kommunene og dermed kunne bistå ved utskrivelse. For sykepleierne på sykehuset er også en fast kontaktperson i kommunen viktig i forbindelse med utskrivelsen, for å sikre rett behandling i hjemmet. Eksempel på dette er kreftkoordinator, som videreformidler tilstrekkelig og riktig informasjon. De er en god ressurs og har mye kunnskap om stegene videre i utskrivelsen, og bidrar dermed med kvalitetssikring av pasientoverføringen. De er ofte den første som møter pasienten og er med i planleggingen av det videre tjenestetilbudet i hjemmet. Det kom avslutningsvis frem i studien at slike ressurspersoner er et

savn i kommunene som ikke har dette, og for å kunne holde den røde tråden i pasientens behandlingstilbud gjennom det palliative forløpet og mot terminal fase (2015, s. 246).

#### *4.1.2 Når pasienten har kommet hjem*

Ifølge Staats et al. er planlegging, rutiner og tilstrekkelig bemanning viktige faktorer for å fremme bruken av medikamentskrinet i lindrende behandling av pasientens symptomer. Dette er et skrin bestående av de fire legemidlene morfin, midazolam, haloperidol og robinul, samt subkutan utstyr for administrering av dem. I studien kommer det frem at ved lite bruk av medikamentskrinet, ble sykepleierne usikre i bruken og ansvaret i behovsvurderingen av pasienten, som skapte utrygghet hos både sykepleier, pasient og pårørende. Bruken av skrinet er knyttet til sykepleierens vurderinger, som videre relateres til sykepleierens erfaringer. Ved lite erfaring kan man unngå å bruke medikamentskrinet, og pasienten sitter igjen som tapende part uten tilstrekkelig lindring. Studien fant også ut at dette medførte en ekstra sårbarhet om natten, og for å få til en forsvarlig bruk også på denne tiden av døgnet, var gode prosedyrer viktig (2019).

Planlegging, tverrfaglige møter og et tett samarbeid er ifølge sykepleierne fra studien til Staats et al., essensielle faktorer for et godt bruk av medikamentskrinet. Dette innebærer tett samarbeid med fastlegene, hvor hjemmebesøk, god tilgjengelighet på telefon og gode forordninger fra legene bidro til trygghet for sykepleierne ved dosering, og oppstart og opptrapping av legemidlene. Andre ressurspersoner som primærkontakt og kreftkoordinator er også viktige i samarbeidet, da det kommer frem at det er en trygghet for sykepleierne når de hadde en ressursperson som påtok seg ansvaret ved oppstart av legemiddelskrinet hos pasienten. Dette vil skape et godt og trygt nettverk rundt pasienten, som også vil resultere at bruken av medikamentskrinet vil fungere i praksis (2019).

Flere av sykepleierne i studien til Aamold et al., hadde også opplevd å måtte stå alene med pasienten i situasjoner der de ønsket støtte, med en følelse av å være utrygg og at de utøvde uforsvarlige handlinger. For sykepleierne i studien var palliativt team en viktig støttespiller og samarbeidspartner, for både den individuelle sykepleieren, men også for bedre oppfølging av pasienten angående behandling og rådgivning. Men det kom frem at samarbeidet ikke alltid var problemfritt, med uavklarte ansvarsområder, og lite tilgjengelighet på kveld og helg (2020, s. 9).



#### 4.1.3 Tidspress

Ifølge Molnes var god kvalitet på pleie og omsorg viktig for de deltagende i studien, men flere opplevde å stå i dilemmaet mellom kvaliteten og alle de øvrige tilsynene per dag. Sammenlignet med tidligere er det flere og sykere pasienter som mottar hjemmesykepleie i dag. Det ble lagt vekt på at god pleie er viktig for denne pasientgruppen, uansett tid, da det er sentralt for å opparbeide tillit til både pasient og pårørende. Det kom frem fra en deltaker i studiet: *“Det er tidkrevende, det går utover de andre pasientene, men det må det bare gjøre i visse perioder. Det er noe vi prioriterer, intensjon er at alle kreftpasienter skal få behandling hjemme”* (2015, s. 145).

Aamold et al., avdekket i sin studie at sykepleierne opplevde at tiden og vedtaket satt av til pasientene ofte ikke strakk til, og en følelse av å måtte sette grenser og avvise pasienten. Alternativet var å sette tydelige grenser tidlig i besøket, men dette var utfordrende for noen. Flere var tross dette opptatt av å skape gode opplevelser for pasienten og vise at man bryr seg, uavhengig av tidsbruken (2020, s. 8).

#### 4.2 Hvordan kan sykepleier lindre lidelse?

De analyserte studiene trekker frem usikkerheten mange av sykepleierne opplevde i hjemmesykepleien, hvor en ofte jobber selvstendig. Slik usikkerhet kan skape utfordringer i å skulle lindre pasientens lidelse (Aamold, Grov & Rostad, 2020, Molnes, 2015, Nordsveen & Andershed, 2015, Staats, Tranvåg & Grov, 2019).

##### 4.2.1 Å være gjest i pasientens hjem

I studien til Aamold et al. svarte flere av sykepleierne at det var utfordrende å finne en balanse mellom å være nær til pasienten og ha avstand. En sykepleier beskrev at «man fort kunne bli en del av familien», som vil gi tillit for pasienten, men kan være krevende for sykepleieren over tid. Mange hadde et ønske om å følge opp pasienten hyppig og skape kontinuitet, samtidig så de viktigheten av behovet for å rullere og ha pause (2020, s. 7).

Molnes avdekket at hjemmet er pasientens territorium, hvor selvbestemmelse og individualitet er sentralt, men også sentrum for helhetlig sykepleie. Flere av de involverte sykepleierne synes det derfor kunne være utfordrende som sykepleier å komme inn i et fremmed hjem, hvor både pasienten og pårørende har forventninger, og som har behov som skal dekkes. Erfaringene

sykepleierne hadde med seg fra pasienten og pårørende var at det å dø hjemme var mer personlig, kontra i institusjon som kunne oppleves kaldt, effektivt og upersonlig (2015, s. 144-145).

#### 4.2.2 Eksistensiell omsorg

I studien til Molnes kom det frem at flere av sykepleierne synes det var utfordrende å snakke om døden, tross at de inkluderte i studien hadde over ett års erfaring med hjemmedød hos kreftpasienter. Sykepleierne synes det kunne være utfordrende å kartlegge pasientens åndelige og psykiske smerte, og derfor lettere å innhente annen kompetanse som for eksempel prest for å unngå situasjonen. Selv om den alvorlig syke var forberedt på døden, var det ikke alle som våget å gå inn på eksistensielle spørsmål om pasientens situasjon og tanker, selv om flere hadde erfart at det hjelper å sette ord på tanker og bekymringer. Det kom frem at pasientene ofte var mer personlige i hjemmet, sammenlignet på sykehus hvor sykdom og det fysiske var mer i fokus. Å være i hjemmet ga derfor økt behov for å snakke ut om ulike eksistensielle tanker og følelser som sykepleierne hadde observert at pasientene hadde (2015, s. 146-147).

I Molnes kommer det også frem at den eldre pasient ofte ikke var redd for å dø, men kunne være preget av situasjonen med usikkerhet og bekymring over hvordan det ville skje; om det ville forekomme smerter eller bli en påkjenning for pårørende. Noen fornektet også sin sykdom og var preget av skyldfølelse, og ønsket derfor å snakke om andre tema. Det kommer derfor frem at det er viktig at sykepleier er til stede for å lytte, og samtidig tar pasientens reaksjoner på alvor. Studien viser at dette ikke alltid ble iverksatt i pasientsituasjoner, da det ikke alltid var tid til slike samtaler, samt at flere av deltakerne opplevde det for personlig og nært å gå inn på temaet, og anså det dermed lettere å ta kontakt med andre instanser (2015, s. 146-147).

Staats et al., avdekket i sin studie at vurderingene sykepleierne tok, hang sammen med erfaringen de hadde til medikamentskrinet. I hjemmetjenesten er selvstendig arbeid sentralt da en ofte er alene hos pasientene. Dette kan videre gi individuelle forskjeller i bruken. Det kom frem i studien at en er mer sårbar dersom en uerfaren sykepleier alene skal ha ansvar for vurderingen av pasientens tilstand og tilhørende årsak. Sykepleiers uerfarenhet kan derfor skape utfordringer for å lindre lidelse (2019).

#### 4.2.3 *Pårørende*

Nordsveen og Andershed avdekket i sin studie at pårørende har en viktig rolle for å få en god palliativ omsorg i hjemmet. Det er viktig at sykepleier bruker tid på å skape trygghet for begge parter for å lindre lidelse, ved å informere om alle muligheter og tilgjengelige hjelpemidler, samt vise fysisk og eksistensiell omsorg (2015, s. 246).

Molnes kom i sin studie frem til at det er viktig å tilrettelegge forholdene for at pasienten skal få være hjemme siste tiden. En må vise omsorg til alle parter, ikke kun pasienten, men også eventuelle pårørende. Men det kommer også frem at det kan oppstå en konflikt i fordeling av oppgaver, hva skal pårørende gjøre, og hva skal hjemmesykepleien gjøre? Det kan være en ubehagelig situasjon, men her må åpen kommunikasjon tilstrebes for en tilstrekkelig kartlegging av rollefordelingen (2015, s. 145).

## 5 METODEDISKUSJON

I dette kapitlet skal vi diskutere og argumentere vårt valg av metode og artikler. For å begrunne problemstillingen og hensikten med oppgaven vår, som er hvordan sykepleiere kan ivareta helhetlig sykepleie og lindre lidelse hos kreftpasienter i terminal fase i hjemmet.

### 5.1 Allmenn litteraturoversikt

Utgangspunktet for oppgaven er en litteraturbasert oppgave, hvor vitenskapelige artikler danner grunnlaget for oppgaven. Vi hadde derfor ikke valg i forhold til hvilken litteraturbasert modell vi ønsket å skrive. I forhold til en empiribasert oppgave, hvor en selv samler inn data for å besvare problemstillingen. Vi har derfor valgt og ikke diskutere nærmere fordeler og ulemper med denne oppgavestilen (Segesten, 2012, s. 13).

Vi har valgt å skrive en oppgave med allmenn litteraturoversikt. Sammenlignet med en integrativ litteraturoversikt hvor en trekker egne konklusjoner gjennom resultatene i artiklene, gjør vi ikke dette i en allmenn litteraturoversikt (Friberg, 2012, s. 141). Bakgrunnen til dette valget er begrensningene vi har i forhold til tid og antall ord på oppgaven. Da vi skriver en oppgave basert på vitenskapelige artikler, og vi ikke trekker inn egne meninger og erfaringer i særlig stor grad, har vi derfor valgt å bruke en allmenn litteraturoversikt.

### 5.2 Studiens karakter og metode

I oppgaven valgte vi studier med kvalitativ tilnærming, som har til hensikt å fange opp meninger og erfaringer. Dette gir en dypere forståelse i temaet, kontra kvantitativ forskning som gir data i målbare enheter som for eksempel fra statistikk (Dalland, 2017, s. 52). Da vår problemstilling er “hvordan sykepleier kan ivareta helhetlig sykepleie og lindre lidelse for kreftpasienter i terminal fase i hjemmet”, mener vi kvalitativ metode passer best, da problemstillingen vår har et åpent spørsmål. Dette synes vi gjenspeiler seg i våre utvalgte artikler sin hensikt. Eksempel på dette er hensikten i studien til Aamold et al., (2020), som er “å undersøke hvilke utfordringer hjemmesykepleiere beskriver at de har i forbindelse med ivaretagelse av kreftpasienter som ønsker å dø hjemme”. Dersom vi skulle brukt artikler av kvantitativ karakter, mener vi problemstillingen vår burde omformuleres til for eksempel “hvilke faktorer bidrar til helhetlig

sykepleie og lindre lidelse hos kreftpasienter i terminal fase i hjemmet”, dette da vi mener vår problemstilling ikke kan få svar gjennom ja eller nei spørsmål.

Felles for tre av de fire utvalgte artiklene er studienes intervjumetode, som er fokusgruppeintervju. Fordelen med denne metoden er at deltakerne får frem ulike synspunkter og erfaringer i diskusjon av problemstillingene som blir lagt frem (Staats et al., 2019, Aamold et al., 2020, Nordsveen & Andershed, 2015). Ulempen derimot er at det kan bli ujevn deltakelse i intervjuet mellom deltakerne. Den siste artikkelen hadde individuelle intervju som metode (Molnes, 2015).

### 5.3 Vurdering av litteratursøket

Litteratursøket vårt startet bredt, etter Friberg sin “tankeprosessens faser” (2012, s. 38). Etter mange funn, ble vi raskt kritiske til gode og mindre gode artikler, som kunne besvare vår problemstilling. Grunnet oppgavens tidsrom og størrelse, begrenset vi oss til fire vitenskapelige artikler, for å kunne gå mer i dybden på de utvalgte. Selv om også flere artikler kunne vært aktuelle for å belyse og bygge opp under oppgavens problemstilling og hensikt. Et krav i oppgaven var at artiklene ikke skulle være eldre enn ti år. Under søkeprosessen fikk vi opp flere artikler som kunne vært relevante for oppgaven, men ble ekskludert av den grunn. Selv om det også er en viktig faktor å vurdere at forskning raskt blir utdatert, og selv ti år kan være lenge innenfor et utviklende felt som dette. Den eldste analyserte artikkelen var seks år.

I forkant av litteratursøket ønsket vi artikler av nordisk karakter for å kunne sammenligne resultatene med det norske helsevesenet og hjemmesykepleien. Organiseringen er ulik fra land til land, og det ville derfor ikke vært sammenlignbart dersom artikkelen hadde utgangspunkt i et land som ikke har fellestrekk med det norske helsevesenet. Da vi i søket kom frem til gode norske artikler, bestemte vi oss derfor å innskrenke søket vårt til kun Norge.

Da vi videre i analysen skulle sammenfatte resultatene til felles overskrifter og funn, satt vi dette opp i en tabell for enkelt få ett overordnet blick, og gi leseren en rask forståelse av resultatene (tabell 2). I prosessen synes vi det var noe utfordrende å formulere gode overskrifter for de ulike hovedfunnene som var til felles fra flere av artiklene, men kom til slutt frem til noen som gjenspeiler problemstillingen vår.

#### 5.4 Studienes perspektiv

Fellestrekk mellom våre utvalgte artikler er at alle er rettet mot sykepleieren, som henger sammen med vår problemstilling og hensikt med oppgaven. Andre helseprofesjoner er derfor ekskludert, selv om det kan diskuteres om det hadde styrket eller svekket vår oppgave. Dersom oppgaven hadde vært av større omfang, kunne også andre perspektiv blitt inkludert i oppgaven og dermed gitt en bredere forståelse for temaet.

#### 5.5 De ulike studienes utvalg

Fra egen erfaring fra hjemmesykepleien, har vi opplevd at ikke alle sykepleiere som jobber med palliative og terminale kreftpasienter, verken har lang erfaring eller videreutdanning innen dette. I de ulike studiene vi har analysert var det også ulik erfaring blant sykepleierne, noen hadde videreutdanning innen kreft og palliativ omsorg, og noen ikke. I studien til Aamold et al. (2020) hadde ingen videreutdanning i palliasjon. I studien til Staats et al. (2019) hadde derimot 7 av 18 relevant videreutdanning, og i både Nordsveen og Andershed (2015) samt Molnes (2015), hadde alle de inkluderte i studien videreutdanning eller erfaring fra palliasjon, kreft eller hjemmedød. En sykepleier med mye erfaring og eventuell videreutdanning vil fra et praktisk ståsted ha mer kunnskap, forståelse og utbredt førstehåndskunnskap i palliasjon og terminalpleie, sammenlignet med en nyutdannet sykepleier. Dette kan derfor potensielt gi ujevne resultater for oppgaven vår. Samtidig kan en nyutdannet kanskje ha mer oppdatert teori og sterk faglig kunnskap av den grunn. Dette vil vi derfor diskutere i resultatdiskusjonen..

## 6 RESULTATDISKUSJON

I dette kapittelet skal vi diskutere hovedfunnene fra de analyserte artiklene, og i tillegg trekke inn litteratur fra oppgavens teorikapittel. Dette for å begrunne problemformuleringen og hensikten med oppgaven vår.

### 6.1 Ivareta helhetlig sykepleie

Når en kreftpasient ønsker å dø hjemme, vil både pasient og pårørende ha mange essensielle behov. Det vil være kommunens ansvar å sikre et helhetlig tilbud i hjemmet, og de enkelte sykepleiernes ansvar å utøve helhetlig sykepleie for å møte pasientens behov for pleie og omsorg, dermed både de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/kulturelle behovene som oppstår (Hirsch & Røen, 2016, s. 315). Å sikre helhetlig sykepleie i hjemmet vil lindre lidelse, og gi pasienten en verdig avslutning på livet på deres egne premisser.

#### 6.1.1 *Organisering av tjenestetilbudet i hjemmet*

Pasienter i palliativ fase vil gjennom forløpet mot terminal fase, ha vekslende behov for tjenester fra fastlege, og kommune- og spesialisthelsetjenesten. Sykepleierne fra studiet til Nordsveen og Andershed, hadde god erfaring med samarbeidsmøter i forkant av utskrivelse fra sykehus. Ved å planlegge og tilrettelegge for et godt tjenestetilbud i hjemmet, samt avklaring av tiltak om pasientens tilstand skulle endre seg gjennom forløpet, var med på å forebygge usikkerhet vedrørende terminalpleie i hjemmet for både sykepleier, pasient og pårørende (2015, s. 243). Det ble også avdekket at planleggingen av pasientens pleie og omsorgstilbud er en viktig faktor for sykepleierne i hjemmesykepleien, for å kunne sikre tilstrekkelig kompetanse og dermed også faglig forsvarlig sykepleie. I pasientoverføringen fra spesialist- til kommunehelsetjenesten, er derfor utfyllende utskrivningsrapporter nødvendig for hjemmesykepleien for å rette tiltakene mot pasientens behov. Studien viser at dette ikke alltid ble utført grunnet dårlig tid på sykehuset. Dette kan true helhetlig sykepleie i hjemmet i stor grad, men som det kommer frem i studien var hjemmesykepleien ofte fleksible tross dette. Fokuset var på pasienten og pårørendes ønsker og behov, for å tilrettelegge for helhetlig pleie og omsorg for den palliative eller terminale pasienten (2015, s. 244-245).

Samhandlingsreformen fra 2012 hadde klare anbefalinger i henhold til de organisatoriske forholdene rundt det palliative tilbudet, men tross dette er organiseringen svært ulik i de norske kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 47-59). I studien til Nordsveen og Andershed portretteres akkurat dette. I noen kommuner var det slik at hjemmesykepleien kun deltok på tverrfaglige møter i spesielle tilfeller, selv om det er de som utfører pasientens sykepleie. I en annen deltakende kommune var det kreftkoordinator som deltok (2015, s. 243). Både sykehuset og de deltakende kommunene i studien har tross ulik organisering god erfaring med palliativt team, ved at de følger opp pasientene i hjemmet, med tett samarbeid med koordinator og kreftsykepleier (2015, s. 243). Fra sykehusets perspektiv var det en trygghet å ha palliativt team i ryggen, når det var usikkerhet rundt tilbudene kommunen kunne bistå med. Palliativt team var godt kjent med organiseringen av tjenestene i kommunene, og kunne derfor bistå godt i overføringen (2015, s. 244-245).

I Nordsveen og Andershed kommer det også frem at kreftkoordinatorer og kreftsykepleiere i kommunen er gode kontaktpersoner for sykehuset, spesielt i forbindelse med å sikre en helhetlig utskrivelse. En kreftkoordinator vil formidle riktig informasjon, og har god kunnskap om stegene videre i utskrivelsen. De vil ofte være den første som møter pasienten, og som vil tilrettelegge for helhetlig behandling i hjemmet. Studien portretterer at å ha en slik ressursperson er et savn i kommunene som ikke har dette (2015, s. 246). Det må altså tilstrebes en rød tråd i organiseringen av pasientens pleie og omsorg i hjemmet, og et hovedpunkt her er en sømløs overføring fra spesialist- og til kommunehelsetjenesten. For å sikre helhetlig sykepleie for den terminale kreftpasienten i hjemmet, må det altså fastsettes et godt organisatorisk og tverrfaglig samarbeid mellom fastlege, palliativt team, spesialisthelsetjenesten og eventuelle ressurspersoner i kommunehelsetjenesten.

### *6.1.2 Mangel på tid*

Symptomer på at døden nærmer seg vil gi kreftpasienten mange plager, som videre kan føre til både fysiske og orale bivirkninger (Brenne & Dalane, 2016, s. 643-646). Virginia Henderson beskrev det å dekke pasientens behov som en del av sykepleiers viktigste ansvarsområder, og i terminal fase vil dette være spesielt essensielt for å sikre helhetlig sykepleie og lindre lidelse (Kristoffersen, 2016, s. 38). Pasientens grunnleggende behov, samt enkeltmenneskets individualitet må vektlegges når det skal tilrettelegges for en helhetlig behandlings- og pleieplan, for å sikre god pleie og omsorg i livets slutfase (Brenne & Estenstad, 2016, s. 165).



Ifølge Molnes var de deltagende sykepleierne i studien svært opptatt av god kvalitet på den utøvende pleien og omsorgen. De la vekt på at det var spesielt viktig for den palliative og terminale pasient, da det var essensielt for å opparbeide tillitt til både pasient og pårørende, for å kunne sikre en verdig død (2015, s. 145). Flere av sykepleierne i studiet kunne tross dette, fortelle at de ofte stod i dilemmaet mellom kvaliteten på pleien som blir gitt, og tiden som skulle fordeles på alle de andre tilsynene gjennom arbeidsdagen. Tilsyn hos den terminale kreftpasienten var ofte tidkrevende, og gikk utover de andre pasientene. Men her la deltakerne vekt på at det var en prioriteringssak for at alle kreftpasienter skulle få behandling i hjemmet (Molnes, 2015, s. 145). Også deltakerne i Aamold et al. kunne fortelle det samme, at tiden og vedtaket som var satt av til pasienten, ikke strakk til. Det kom frem at det var utfordrende å sette grenser da det kunne gi pasienten en følelse av avvisning. Derfor unngikk flere av deltakerne å sette slike grenser uavhengig av tidspress, da de ønsket å skape gode opplevelser og omsorg for pasienten i livets slutfase (2020, s. 8). Tidspress blant sykepleierne i hjemmesykepleien, kan dermed føre til ufullstendige behandlingsplaner, som videre kan føre til ufullstendig og kaotisk pleie, som i verste fall resulterer i lidelse om pasientens essensielle behov ikke dekkes.

Ikke-farmakologiske tiltak er spesielt viktige i livets slutfase. Pasientens lidelse kan lindres med en tryggende hånd, rolige stryk på ryggen og en våt klut på pannen (Kreftforeningen, 2020). Dette beskriver Eriksson som hverdagsaktiviteter som blir integrert i pasientens pleie og omsorg, for å fremme håp og lindre lidelse (2012, s. 90). Dette vil virke tryggende og bidra med å redusere symptomene som inntreffer i terminal fase. Ved tidspress som sykepleierne i Molnes (2015) og Aamold et al. (2020) beskriver, vil det ikke være tid til overs for disse "små", men viktige tiltakene i livets slutfase. Hovedproblemet her tenker vi er de kommunale organisasjonsstrukturene, hvor pasientens pleie- og omsorgsbehov blir vedtaksfestet med tidsrammer. Døden kan ikke vedtaksfestes utfra tid, og som de opprørende funnene portretterer, ser vi at tidspress i hjemmesykepleien i stor grad truer både helhetlig sykepleie, men også sykepleiers mulighet til å lindre lidelse i hjemmet. Her vil det derfor være de organisatoriske strukturene i kommunen som må endres, for at tidspress ikke skal true pasientens helhetlige behandling i terminal fase i hjemmet.

### 6.1.3 *Symptomlindring*

De fleste pasienter med palliativ eller terminal kreftsykdom vil ha behov for smertelindring i løpet av sykdomsperioden (Kongsgaard et al., 2005, s. 8). Kreftsykdommen vil gi uttalte symptomer som smerter og kvalme, og terminal fase vil i tillegg kunne gi symptomer på at kroppens prosesser er i ferd med å opphøre, som dyspné, surkling, angst, uro og delirium (Brenne & Dalane, 2016, s. 642-649). Ifølge studien til Staats et al. (2019) vil et nyttig verktøy i å sikre helhetlig sykepleie samt kvalitetssikring av symptomlindring i livets slutfase, være å bruke et medikamentskrin med de fire legemidlene morfin, midazolam, haloperidol og glykopyrrolat (robinul), samt med utstyr for subkutan administrering av dem. Behovet for ulike legemidler i terminal fase vil være svært individuelt utfra pasientens symptomer, men de som er nevnt beskrives som de mest brukte (Helse Bergen, 2020).

For å få til tilstrekkelig bruk av medikamentskrinet, kom det frem i studien til Staats et al. (2019), at planlegging, tverrfaglige møter og et godt samarbeid mellom sykepleier og fastlege er viktige faktorer. I studien hadde kun litt under halvparten av deltakerne videreutdanning i palliasjon, og flere beskrev at det oppstod usikkerhet hos de som var uerfarne i vurdering av pasientens tilstand og behov, og det å skille smerter fra uro. Sykepleiernes utrygghet kan derfor føre til at pasienten ikke blir nok lindret og at bruken av medikamentskrinet avtar. Kreftrelaterte smerter består av både akutte og langvarige smertetilstander som vil ha behov for kontinuerlig smertelindring i livets slutfase, og om sykepleiers usikkerhet og vurderingskunnskap ikke er tilstrekkelig, vil dette kunne påføre pasienten unødvendig lidelse (Werner & Kongsgaard, 2016, s. 343). Et godt samarbeid med fastlegen, hvor en er lett tilgjengelig og setter klare rammer for oppstart og opptrapping av legemidlene, vil derfor være en stor trygghet for sykepleiere. Dette vil sikre rett symptomlindring for pasientens akutte og langvarige smerter i livets slutfase, og vil videre sikre helhetlig sykepleie (Staats et al., 2019).

## 6.2 Hvordan kan sykepleier lindre lidelse?

I livets slutfase vil pasienten kunne oppleve håpløshet og opplevelsen av tap, både tapet over kroppens funksjoner og/eller livet (Loge & Kaasa, 2016, s. 473). Også tanken på døden, det og skulle forlate livet og sine nærmeste pårørende, kan sette i sving sterke emosjoner og medføre lidelse for pasienten (Hirsch & Røen, 2016, s. 317). Ifølge Eriksson vil pasientens lidelse ha bruk for håp for å kunne lindres (2012, s. 72). Med utgangspunkt i omsorgsetikkens mantra, vil derfor sykepleier ha en essensiell rolle i å se, gjenkjenne, anerkjenne, bekrefte og bli ansvarlig

for lidelsen, for og videre gjøre noe helhjertet ved å hjelpe pasienten til å finne sin kilde til håp (Eriksson, 2013, s. 69-80). I studiene vi har analysert, kommer det tydelig frem en usikkerhet blant sykepleierne i hjemmesykepleien, hvor selvstendig arbeid står i sentrum (Aamold, Grov & Rostad, 2020, Molnes, 2015, Nordsveen & Andershed, 2015, Staats, Tranvåg & Grov 2019). Denne usikkerheten kan i stor grad true sykepleiers evne til å lindre lidelse hos terminale pasienter i hjemmet.

Ved å stille pasient og pårørende åpne og innledende spørsmål i palliativ og terminal fase, ber man om tillatelse til å fremme åpen kommunikasjon mellom partene. Slik kan de snakke sammen om det de synes er vanskelig, som døden og det å miste hverandre (Hirsch & Røen, 2016, s. 322). I slike samtaler legger sykehusprest Tom Kjær vekt på at vi som sykepleiere må være innlevende og ansvarlige i samtalen, men samtidig være bevisst på vår egen og den andres kropps- og talespråk. En oppmerksom sykepleier beskriver han som høyst nødvendig for å hjelpe den lidende pasienten, og ved å våge å åpne for slik kommunikasjon, yter sykepleier nødvendig livshjelp (2012, s. 187-188). Sykepleiere kan med dette, lindre lidelse for pasienten ved at han eller hun får bukt med uoppgjorte tanker og følelser, som kan gi en indre euforisk ro mot livets slutt (Hirsch & Røen, 2016, s. 323).

I studien til Molnes, var det flere av sykepleierne i hjemmesykepleien som forteller at de synes det er utfordrende å snakke om døden, til tross for at alle deltakerne i studien hadde videreutdanning eller erfaring med palliasjon eller terminalpleie. Noen beskrev det som for nært å gå innpå, mens andre synes det var vanskelig å gjøre rede for pasientens åndelige og psykiske smerter. Å åpne for eksistensielle spørsmål ble derfor unngått, selv om de etter egen erfaring visste at det hjelper å sette ord på tanker og følelser. Sykepleiers usikkerhet rundt åpen kommunikasjon om døden resulterte derfor i at man heller innhentet andre instanser, som prest (2015, s. 146-147). At sykepleiere ikke våger å gå inn på eksistensielle spørsmål i livets slutfase, synes vi er veldig sørgelig og oppsiktsvekkende. Helhetlig sykepleie er like mye å dekke pasientens eksistensielle som fysiologiske behov, om i livets slutfase ikke mer, for å kunne lindre lidelse og bidra til en verdig avslutning på livet. Som Nordsveen og Andershed beskrev i sin studie, kan for mye oppmerksomhet på praktiske oppgaver kamuflere andre behov pasienten har, som i stor grad kan ha motsatt effekt enn å lindre lidelsen (2015, s. 244-245). For å sikre helhetlig sykepleie og lindre lidelse for den terminale pasienten, må derfor sykepleier gjøre det som Tom Kjær beskriver som nødvendig livshjelp, våge å åpne for vanskelige

spørsmål, men samtidig være oppmerksom, ansvarlig og lyttende, slik pasienten kan få en oppgjort, rolig og verdig død (2012, s.187-188).

### 6.2.1 *Relasjonsbygging*

For å fremme håp for pasienten i livets slutfase, vil det å danne en omsorgsfull relasjon med pasient og pårørende være essensielt. Man vil kunne bygge gjensidig tillitt og åpne for god kommunikasjon (Brenne & Estenstad, 2016, s. 168). Som det kommer frem i Molnes sin studie, var flere av sykepleierne redde for å snakke om vanskelige spørsmål, som i stor grad kan bli en utfordring for å danne en omsorgsfull relasjon (2015, s. 146-147). Det kan derfor være nyttig for begge parter med kontinuitet i oppfølgingen, ved at det er en gruppe av de samme sykepleierne som følger opp pasienten. Dette kan åpne for en trygg relasjon mellom sykepleier og pårørende, men kanskje også gjøre sykepleier sikrere i sin posisjon til å gå inn på eksistensielle spørsmål, som vil både lindre lidelse og gjøre sykepleien mer helhetlig (Brenne & Estenstad, 2016, s. 168).

I Aamold et al. beskriver flere av sykepleierne at det kunne være vanskelig å finne en god balansegang vedrørende akkurat dette. En av sykepleierne beskrev at man fort kunne bli en del av familien, som på en side vil åpne for en god relasjon og tillit, men samtidig bli emosjonelt krevende for sykepleieren. Selv om sykepleierne hadde et ønske om å skape kontinuitet for pasienten ved hyppige tilsyn av samme sykepleierne, vektla de også behovet for det å rullere (2020, s. 7). Her ser man altså at det oppstår en interessekonflikt, da sykepleierne er opptatt av å danne en relasjon basert på kontinuitet, men samtidig er de bevisst på at det kan bli tøft om man blir for emosjonelt bundet til situasjonen. Her blir det derfor viktig at man som sykepleier setter egne grenser, men samtidig sikrer god kommunikasjon mellom kollegaer, slik man kan åpne for å rullere mellom en gruppe kollegaer. Ved å rullere mellom en bestemt gruppe sykepleiere kan man skape kontinuitet og samtidig danne en omsorgsfull relasjon, men også skåne den individuelle sykepleier fra å bli for emosjonelt involvert.

### 6.2.2 *Hjemmet*

*Per Fugelli*, som etter eget ønske fikk dø i eget hjem, beskrev hjemmet som tryggheten. Hjemme er du sjef over ditt eget liv og egen død, og i ly for sykehusets galopp og hyperaktivitet (Fugelli, 2018, s. 70). Deltakerne i Molnes sin studie avdekket akkurat dette som Per Fugelli

portretterer. De beskrev hjemmet som pasientens territorium, hvor autonomi og individualitet er i sentrum. Men noen av sykepleierne beskrev at de også synes det var vanskelig å komme inn i et nytt og ukjent hjem, fordi det var såpass personlig, kontra på institusjon hvor det kunne oppleves som effektivt og upersonlig (2015, s. 144-145). Istedenfor å fokusere på at det kan være vanskelig å komme inn i noens hjem fordi det er såpass personlig, kan man bruke dette som en ressurs i arbeidet for å danne en omsorgsfull relasjon. I hjemmet får man sammenlignet med på en institusjon, et mer helhetlig bilde av pasienten og de rundt dem, som kan åpne for betydelig mer personlige samtaler og relasjoner. Samtidig som dette er et sentralt punkt i å sikre helhetlig sykepleie i hjemmet, må vi også huske på å sette våre egne grenser, for å oppnå en fornuftig balansegang mellom det å være nær og å ta avstand.

### *6.2.3 Viktigheten av pårørende*

For å kunne dø hjemme, er pårørendes tilstedeværelse en forutsetning. For pasienten i terminal fase vil det være vanskelig å gi uttrykk for egne behov, og en trygghet vil da være pårørende som kjenner til pasientens vaner og ønsker (Kreftforeningen, 2020). Pårørende vil også være i en vanskelig livssituasjon, ved at en av deres nærmeste snart skal dø. Som sykepleier må man derfor samtidig bekrefte pårørende og deres tilstedeværelse, ved å gi omsorg og støtte for den vanskelige situasjonen de står i (Brenne & Estenstad, 2016, s. 169).

I Nordsveen og Anderheds studie kom akkurat dette frem. De deltakende sykepleierne i hjemmesykepleien la vekt på at det må brukes tid på å skape trygghet og vise omsorg for både pasient og pårørende, for å kunne lindre lidelse og sikre helhetlig sykepleie i livets slutfase (2015, s. 246). Også Molnes beskrev viktigheten av pårørende, og det å vise dem omsorg og anerkjennelse for den viktige rollen de har i pasientens liv, men også dets slutt (2015, s. 145). Her las det vekt på tidlig kartlegging av pasienten og pårørendes ønsker og ressurser. Dette for å få kjennskap til menneskene involvert og pasientens sykdomsbilde, som videre vil danne et grunnlag for godt samarbeid og relasjon- og tillitsbygging. Dette vil gjøre det lettere for sykepleiere å tyde pasientens ønsker og behov når han eller hun ikke klarer det selv, og det vil også gjøre det enklere for pårørende å ta kontakt (Molnes, 2015, s. 145). Sammen, vil dermed sykepleier og pårørende sikre helhetlig sykepleie og lindre lidelse for pasienten, og samtidig sikre en verdig død i hjemmet.

## 7 ANVENDELSE I PRAKSIS

I denne oppgaven har vi fått bedre innsikt i hvordan sykepleier kan sikre helhetlig sykepleie og lindre lidelse for terminale kreftpasienter, og hvordan eventuelle utfordringer kan ha motsatt effekt på pasientens pleie- og omsorgstilbud i hjemmet. Funnene som er presentert i oppgaven gir oss en pekepinn om at de organisatoriske strukturene i kommunehelsetjenesten, kan skape utfordringer for å sikre helhetlig sykepleie og lindre lidelse for terminale kreftpasienter som ønsker å dø hjemme. Samtidig illustreres det et sårt behov for mer fokus og undervisning på sykepleie i form av symptomlindring og eksistensiell omsorg til kreftpasienter i livets slutfase, da mange av funnene i artiklene portretterer usikkerhet angående akkurat dette. Selv om flere av sykepleierne i studiene hadde videreutdanning eller erfaring med terminalpleie, anser vi dette som essensielt for at helhetlig sykepleie i terminal fase skal fungere i praksis.

I det store bildet, viser resultatene at man i praktisk anvendelse av sykepleie i livets slutfase, må kunne se sammenhengen mellom pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle behov, da helhetlig sykepleie og å lindre lidelse er avhengig av hverandre for å optimaliseres i hjemmet. Samtidig må de organisatoriske rammene kunne legge til rette for at sykepleier har både tid og ressurser til å yte god pleie og omsorg, da døden ikke kan vedtaksfestes utfra minutter eller timer. Døden, vil nemlig akkurat som et bilde, trenge maling i form av tid, medtanke og omsorg, for å kunne bli helhetlig og ferdig.

## REFERANSER

<sup>1</sup> Enquist, O. P. (2009). Fra radioprogrammet Sommar & Vinter i Svergies radio P1.

<sup>2</sup> Garton, J. (2008). Tusen veier til håp og oppmuntring. Oslo: Gyldendal.

Brenne, A.-T. & Dalane, R. (2016). Symptomlindring av den døende pasient. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., s. 639-652). Oslo: Gyldendal.

Brenne, A.-T. & Estenstad, B. (2016). Hjemmedød. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., s. 161-171). Oslo: Gyldendal.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Eriksoon, K. (2012). *Det lidende menneske* (2. utg.). København: Munksgaard.

Eriksson, K. (2013). Jag var där, jag såg, jar vittnade og jag blev ansvarig- den vårdande etikens mantra. I H. Alsvåg, Å. Bergland & O. Førland. (Red.), *Nødvendige omveier: En vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70-årsdag* (s. 69-85). Bergen/Oslo: Cappelen Damm.

Folkehelseinstituttet. (2018, 12. desember). De fleste dør på sykehjem, få dør hjemme. Hentet 23. mars 2021 fra <https://www.fhi.no/nyheter/2018/de-fleste-dor-pa-sykehjem/>

Friberg, F. (2012). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (utg. 2., s. 121-132). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (utg. 2., s. 133-143). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2012). Tankeprocessen under examensarbetet.. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (utg. 2., s. 37-46). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (Red.). (2012). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. utg.). Lund: Studentlitteratur.

Fugelli, P. (2018). *Per dør*. Oslo: Cappelen Damm.

Helse Bergen. (2020). *De 4 viktigste medikamenter for lindring i livets slutfase*. [Tabell]. Hentet 6. april 2021 fra [https://helse-bergen.no/seksjon/KLB/Documents/Medikamentskrin/De\\_fire\\_viktigste\\_medikamentene.pdf](https://helse-bergen.no/seksjon/KLB/Documents/Medikamentskrin/De_fire_viktigste_medikamentene.pdf)

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (Meld. St. 47 (2008-2009)). Hentet 26. april 2021 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Helsedirektoratet. (2018, 18. september). Lindrende behandling i livets slutfase. Hentet 18. april 2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase>

Henmo, O. (2015, februar). Å dø hjemme: Erfaringer og muligheter. Hentet 24. april 2021 fra <https://kreftforeningen.no/content/uploads/2018/08/a-do-hjemme-a5-feb15-w.pdf>



Hirsch, A. & Røen, I. (2016). Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., s. 317-325). Oslo: Gyldendal.

Hjermstad, M. J. & Herlofson, B. B. (2016). Tann- og munnhuleplager. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., s. 653-670). Oslo: Gyldendal.

Kjær, T. A. (2012). Løgstrup og samtalens kunst i sygeplejen. I K. Martinsen (Red.), *Løgstrup og sykepleien* (s. 152-193). Oslo: Akribe.

Kongsgaard, U. Kaasa, S. Dale, O. Ottesen, S. Nordøy, T. Hessling, E. S., . . . Lyngstadaas, A. (2005). *Lindring av smerter hos kreftpasienter* (Nr. 9-2005, ISSN: 1503-9544). Oslo:

Norsk kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet 20. april 2021 fra [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport\\_0509\\_palliativ\\_nettsversjon.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport_0509_palliativ_nettsversjon.pdf)

Kreftforeningen. (2020, 25. november). Om døden. Hentet 15. april 2021 fra <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/doden/om-doden/>

Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bind 3, s. 15-80). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J. & Breievne, G. (2016). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bind 3, s. 187-235). Oslo: Gyldendal akademisk.

Loge, J. H. & Kaasa, S. (2016). Angst og depresjon. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3 utg., s. 473-499). Oslo: Gyldendal.

Mathisen, J. (2016). Sykepleie ved livets avslutning. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bind 3, s. 405-447). Oslo: Gyldendal akademisk.

Meneses, J., Flodgren, G. & Berg, R. C. (2016, 7. mars). *Bruk av Liverpool Care Pathway ved livets slutt*. Hentet 4. mai 2021 fra <https://www.fhi.no/publ/2016/bruk-av-liverpool-care-pathway-ved-livets-slutt/>

Molnes, S. I. (2015). Sammen går vi døden i møte. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 11(2), 141-152. <https://doi.org/10.7557/14.3718>

Nordsveen, H. & Andershed, B. (2015). Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem – Sykepleieres erfaringer av samhandling. *Nordisk sykeplejeforskning*, 5(3), 239-252. <https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2015-03-02>

Norsk palliativ forening & Norsk forening for palliativ medisin. (2016). Begreper med tilknytning til palliasjon. Hentet 27. april 2021 fra [https://palliativ.org/wordpress/wp-content/uploads/2016/09/Begrepsliste\\_september2016.pdf](https://palliativ.org/wordpress/wp-content/uploads/2016/09/Begrepsliste_september2016.pdf)

Norsk Sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 22. april 2021 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Oslo Universitetssykehus. (2021, 22. februar). Åndelige og eksistensielle behov hos pasienter og pårørende. Hentet 8. mai 2021 fra <https://ehandboken.ous-hf.no/document/134012>

Sandlie, L. & Heir, W. (2018, 26. april). Tverrfaglig samarbeid. Hentet 23. april 2021 fra <https://ndla.no/subject:4/topic:1:173278/topic:1:177329/resource:1:25498?filters=urn:filter:8e2047e-d1f1-495c-9c19-0a42384dfd81>

Segesten, K. (2012). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (utg. 2., s. 97-100). Lund: Studentlitteratur.

Segesten, K. (2012). Ännu en metodbok. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (utg. 2., s. 13-21). Lund: Studentlitteratur.

Skjønsberg, O. H. (2020, 11. februar). Cheyne-stokes' respirasjon. Hentet 21. april 2021 fra [https://sml.snl.no/Cheyne-Stokes%27\\_respirasjon](https://sml.snl.no/Cheyne-Stokes%27_respirasjon)

Staats, K., Tranvåg, O. & Grov, E. K. (2019). Hjemmedød: Dette får sykepleiere til å bruke medikamentskrinet. *Sykepleien* (15.05.2019). <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.75734>

Tømmerbakk, M. (2007). Pleie ved livets slutt. *Sykepleien*. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2007.0017>

Werner, M. U. & Kongsgaard, U. E. (2016). Smärtans patofysiologi hos cancerpatienter. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., s. 342-353). Oslo: Gyldendal.

Aamold, K., Grov, E. K. & Rostad, H. M. (2020). Hjemmesykepleieres erfaringer når kreftpasienter ønsker å dø hjemme. *Klinisk sygepleje*, 34(1), 3-15. <https://doi.org/10.18261/ISSN.1903-2285-2020-01-02>

**VEDLEGG 1: Oversiktstabell over analyserte artikler**

<b>Artikkel nr. 1</b>	
Tittel	Hjemmedød: Dette får sykepleiere til å bruke medikamentskrinet
Tidsskrift/årstall	Sykepleien / 2019
Forfatter(e)	Katrine Straats, Oscar Tranvåg og Ellen Katrine Grov
Perspektiv	Sykepleier
Problem	Når pasienter ønsker å dø hjemme er det viktig at hjemmesykepleiere har god kompetanse i bruken av symptomlindrende legemidler.
Hensikt/formål	Hensikten med studien er å utvikle ny kunnskap om hjemmesykepleieres erfaringer med å bruke medikamentskrin m symptomlindrende omsorg for hjemmeboende pasienter i terminal fase.
Metode	Kvalitativt, fokusgruppeintervju samt påfølgende individuelle dybdeintervju med 18 hjemmesykepleiere med erfaring i bruk av medikamentskrinet, hvorav 7 med relevant videreutdanning innen palliasjon og kreftomsorg. Representanter fra fire fylker og fem forskjellige kommuner i Norge. Hermeneutisk analyse.
Resultater	<p>Resultatet fra studiet viser følgende faktorer som fremmer og hemmer bruken av medikamentskrinet:</p> <p>Hva fremmer bruken?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tydelige rammer og god planlegging og tilstrekkelig bemanning er nøkkelfaktorer for å systematisere og kvalitetssikre bruken av medikamentskrinet.</li> <li>– Avklarende tverrfaglige møter og tilgjengelige fastleger og andre ressurspersoner som primær sykepleie og kreftkoordinator.</li> </ul> <p>Hva hemmer bruken?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Manglende trygghet i vurdering og administrering av behovsmedisiner.</li> <li>– Sårbarhet om natten grunnet komplisert bruk og mangelfulle prosedyrer.</li> </ul>

<b>Artikkel nr. 2</b>	
Tittel	Hjemmesykepleieres erfaringer når kreftpasienter ønsker å dø hjemme
Tidsskrift/årstall	Klinisk sygepleje / 2020
Forfatter(e)	Kristin Aamold, Ellen Karine Grov og Hanne Marie Rostad
Perspektiv	Sykepleier
Problem	For å imøtekomme ønsket om hjemmedød og for å oppnå palliasjon av høy kvalitet i hjemmet trenger vi mer kunnskap om hjemmesykepleieres erfaringer knyttet til det palliative arbeidet i pasientens hjem.
Hensikt/formål	Hensikten med denne studien er å undersøke hvilke utfordringer hjemmesykepleiere beskriver at de har i forbindelse med ivaretagelse av kreftpasienter som ønsker å dø hjemme.
Metode	Kvalitativ, hermeneutisk tilnærming. Fokusgruppeintervju med ti sykepleiere fra hjemmesykepleien uten spesialkompetanse i palliasjon. Representanter fra to ulike distrikter i samme by på Østlandet i Norge.
Resultater	Resultatet fra studien viser følgende utfordringer hjemmesykepleiere har i forbindelse med hjemmedød: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Utfordrende å finne balanse mellom nærhet og distanse til pasienten.</li> <li>– Utfordrende å få til en tjeneste tilpasset pasientens beste med kontinuitet, tilstrekkelig vedtak og koordinering av andre tjenester.</li> <li>– Opplevelse av mangel på samarbeid og samordning mellom de ulike involverte profesjonene og faggruppene hos pasienten.</li> </ul>

<b>Artikkel nr. 3</b>	
Tittel	Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem – Sykepleieres erfaringer av samhandling
Tidsskrift/årstall	Nordisk sygeplejeforskning / 2015
Forfatter(e)	Heidi Nordsveen og Birgitta Andershed
Perspektiv	Sykepleier
Problem	Ved overganger mellom tjenestenivåer oppstår det ofte svikt som kan skape utfordringer i samhandlingsprosessen.
Hensikt/formål	Hensikten med studien er å beskrive sykepleiernes erfaringer, både i sykehus og kommunehelsetjenesten, ved overgang fra sykehus til hjemmet av personer med kreft i palliativ fase.
Metode	Kvalitativt, med fokusgruppeintervju. 20 sykepleiere rekruttert fra to avdelinger ved et lokalsykehus og fra hjemmesykepleien i tre kommuner. Representanter fra innlandet i Norge, hvor alle var sykepleiere med erfaring fra palliativ omsorg i mer enn fem år, og/eller videreutdanning innen kreftomsorg/palliativ omsorg.
Resultater	<p>Resultatet fra studiet viser følgende funn i overgangen mellom sykehus og hjemmesykepleie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Felles møtearena, samarbeidsmøte mellom spesialist – og kommunehelsetjenesten før utskrivelse for avklaring og tilrettelegging av behov.</li> <li>– Viktighet av flyt i omsorgen, med god oppfølging og samarbeid av palliativt team på sykehuset, og kreftsykepleier fra kommunen, samt med fastlegen.</li> <li>– Individuell plan, lite brukt både på sykehus og i hjemmesykepleien. Er ett godt hjelpemiddel, men bør være enkel og funksjonell for tidsbesparelse.</li> <li>– Forståelse for hverandres arbeidsområde, dårlig forberedte og ufullstendige utskrivelser fra sykehus kan gi dårlig opplevelse og tillit av hjemmesykepleien, som har behov for forberedelse, selv om de er fleksible på kort varsel.</li> <li>– God organisering av tjenesten, med involvert palliativt team og god planlegging, opplæring og tilstrekkelig utstyr er viktig, for å unngå å overkjøre pasienten og pasientens behov ved hjemreise. Ved tilbud om palliativ enhet i kommunen unngår en re-innleggelse på sykehus, som gir ett løft for kommunen. Pårørende er en nødvendig ressurs ved hjemmedød.</li> <li>– God opplevelse av kreftkoordinator. Oppleveres som ett savn i kommunene som ikke har dette, for koordinering av beskjeder og holde den røde tråden.</li> </ul>

<b>Artikkel nr. 4</b>	
Tittel	Sammen går vi døden i møte
Tidsskrift/årstall	Nordisk Tidsskrift for Helseforskning / 2015
Forfatter	Sven Inge Molnes
Perspektiv	Sykepleier
Problem	Flere kreftpasienter ønsker å dø hjemme, men det lar seg praktisk sett ikke alltid gjøres.
Hensikt/formål	Rette søkelys på hjemmesykepleiens møte med hjemmedød og kreftpasienters åndelige behov. Hvordan beskriver sykepleiere egen praksis knyttet til dette?
Metode	Kvalitativ metode, med beskrivende undersøkelse og individuelle intervju. Ti sykepleiere fra hjemmesykepleien i Midt-Norge med erfaring med hjemmedød hos kreftpasienter i minimum ett år.
Resultater	<p>Resultatet fra studiet viser følgende forhold som belyste hjemmedød hos kreftpasienter:</p> <p>Å arbeide i andres hjem, når ønske er å få dø hjemme.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Hjemmet som arbeidsarena, pasientens autonomi har utgangspunkt for pleien. Mer personlig enn på institusjon.</li> <li>– En kommer tett på både pasienten og pårørende som har forventninger til pleien.</li> <li>– En tidlig kartlegging av pasienten og pårørendes ønsker og behov før den palliative og terminale fasen inntreffer er derfor viktig, slik at pasientens autonomi blir ivarettatt.</li> <li>– Krever faglig kompetanse, og prioritering mellom andre arbeidsoppgaver, spesielt hos de som ikke har pårørende rundt seg.</li> </ul> <p>Den utfordrende samtalen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ikke alle våget å snakke om døden og pasientens tanker, selv om erfaringene viste at flere pasienter ikke var redde for å dø, men heller hvordan dødsprosessen ville bli.</li> <li>– Selv om det er viktig å være tilgjengelig for pasienten å lytte og snakke ut, var det generelt for lite kartlegging av psykisk og åndelig smerte, dette grunnet tidspress, usikkerhet blant sykepleierne om det kunne gjøres vondt verre å gå inn på temaene, og det ble heller henvist til prest og lignende, enn å gå inn på temaene selv.</li> </ul>