

BSYBAC_5
Bacheloroppgave i Sykepleie

Smertelindring til terminale kreftpasienter i hjemmet



University of
Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger / 2022

Kandidatnummer: 5180 & 5207

x Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn:

Kreft er en sykdom som rammer en av tre nordmenn før fylte 75 år, og i Norge er det nå over 300.000 personer som har kreft i sin sykdomshistorie. Til tross for at dette er en relativt utbredt sykdom, er det kun ca. 15% av de rammede som dør hjemme (Kreftregisteret, 2021). Det er viktig å utforske sykepleiernes erfaring med denne pasientgruppen, for å kunne tilrettelegge for god medikamentell smertebehandling for pasientene.

Hensikt:

Hensikten med oppgaven er å vite hvordan man kan tilrettelegge for optimal smertelindring for hjemmeboende terminale kreftpasienter.

Metode:

Opgaven benytter seg av en kvalitativ litteraturstudie for å besvare problemstillingen. Besvarelsen baserer seg på fire forskningsartikler i tillegg til relevant faglitteratur og egne refleksjoner.

Resultat:

Funn viste at sykepleierne savnet bedre faglig oppfølging og kursing innen temaet. Det rapporteres om varierende grad av samarbeid med sykehus og fastlege, som igjen gjør arbeidet med optimal ivaretagelse og smertelindring vanskelig. I tillegg ble medikamentskrinet til tider lite brukt på grunn av skiftende antall palliative og terminale pasienter. Dermed følte sykepleierne seg usikre når det kom til å vurdere pasienten, og dens behov for smertelindring. Et annet funn var at sykepleierne oppgir at de tidvis opplever å ha dårlig tid til å ivareta sine pasienter optimalt. Vi valgte å dele resultatene inn i to hovedtema: indre- og ytre faktorer som påvirker sykepleiernes erfaringer.

Konklusjon:

Sykepleieren trenger jevnlig faglig oppdatering, mulighet for refleksjon og drøfting med kollegaer, og kursing/hospitering ved kreftavdeling. Det er stor usikkerhet i å gi smertelindring ved hjelp av medikamenter, spesielt hos de sykepleierne med minst erfaring. Palliativt team viser seg å være en god hjelp når det kommer til veiledning for

hjemmesykepleien. Det er avgjørende å ha et godt samarbeid både internt i hjemmesykepleien, og eksternt med bl.a. fastlege. Det kan være utfordrende å ha nok tid til pasienten ved for lite kompetent personell.

Nøkkelord: Kreft, palliasjon, smertelindring, smertekartlegging, hjemmedød, hjemmesykepleie

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	2
1. INNLEDNING	5
1.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA:	5
1.2 PROBLEMSTILLING:.....	5
1.3 HENSIKT:.....	5
1.4 AVGRENSNING OG PRESISERING	6
1.5 OPPGAVENS OPPBYGNING:	6
2. TEORETISK RAMME/AKTUELL LITTERATUR	7
2.1 KREFT.....	7
2.2 TERMINAL FASE OG SMERTELINDRING HOS KREFTPASIENTEN:	7
2.3 MEDIKAMENSKRIN:	8
2.4 LINDRENDE BEHANDLING OG HANDLINGSPROGRAM	9
2.5 TRAVELBEE´S TEORIER.....	9
2.6 TVERRFAGLIG SAMARBEID RUNDT KREFTOMSORG I HJEMMET.....	9
3. METODE	11
3.1 VALG AV METODE:	11
3.2 SØKEPROSESS:.....	11
3.2.1 Valg av artikler.....	12
3.3 ANALYSE:	14
4. RESULTAT	15
4.1 PERSONLIGE FAKTORER SOM PÅVIRKER SYKEPLEIERENS ERFARING MED ANSVAR FOR SMERTELINDRING	15
4.1.1 Sykepleierens utfordringer knyttet til behov for faglig oppdatering	15
4.1.2 Utfordringer sykepleierne opplevde knyttet til bruk av medikamentskrinet.....	16
4.2 ORGANISATORISKE FAKTORER SOM PÅVIRKER SYKEPLEIERENS ERFARING MED ANSVAR FOR MEDIKAMENTELL SMERTELINDRING	17
4.2.1 Det tverrfaglig samarbeidet med fastlege og palliativt team	17
4.2.2 Samarbeid innad i hjemmesykepleien	18
4.2.3 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten	20
5. DRØFTING	22
5.1 METODEDRØFTING	22
5.1.1 Land og arena for studiene:.....	22
5.1.2 Forskernes bakgrunn:.....	22
5.1.3 Studienes deltakere:	22
5.1.4 Kvalitativ tilnærming som metode:	23
5.2 RESULTATDRØFTING	23
5.2.1 Betydningen av kompetent og erfarne sykepleiere.....	23
5.2.2 Usikkerhet knyttet til medikamentell behandling	25
5.2.3 Viktigheten av samarbeid.....	26
6. ANVENDELSE I PRAKSIS	28
LITTERATURLISTE:	29
VEDLEGG 1	32
VEDLEGG 2	33

Antall ord: 7634

1. Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema:

Vi har valgt å skrive om smertelindring til terminale kreftpasienter som ønsker å avslutte livet i hjemmet, da vi synes det er et viktig og interessant tema. Gjennom medisinsk praksis på sykehus møtte vi pasienter i terminal fase, som døde på sykehus. I praksisperioden fikk vi mulighet til å administrere smertelindrende medisin til pasienter med korte intervaller. Vi fikk i tillegg mulighet til å overvåke pasienten, og den medisinske effekten kontinuerlig. Denne type oppfølging medførte at vi som studenter opplevde å utøve god sykepleie, og samtidig ivaretok pasienter på en best mulig måte. Da vi gjennomførte praksis i kommunehelsetjenesten, kom vi i kontakt med palliative og terminale pasienter med kreftdiagnose. I samarbeid med pårørende, fastlege og hjemmesykepleie ble disse pasientene skrevet ut fra sykehuset for å bruke sine siste dager igjen hjemme. I slike tilfeller er ikke sykepleiere til stede hele døgnet for å observere og ivareta pasienten på samme måte som på sykehuset. Dette er tema vi ønsker å se nærmere på i vår bacheloroppgave.

1.2 Problemstilling:

På bakgrunn av vår opplevelse og erfaring, ønsker vi å utforske nærmere sykepleieres erfaringer med smertelindring for terminale kreftpasienter som ønsker å avslutte livet sitt i hjemmet. Vår problemstilling blir som følger:

«Hva er sykepleierens erfaringer med å ha ansvar for smertelindrende medikamentell behandling til den terminale kreftpasienten som ønsker å dø hjemme?»

1.3 Hensikt:

Hensikten med oppgaven er å vite hvordan man på bakgrunn av gode og dårlige erfaringer kan tilrettelegge for optimal smertelindring for hjemmeboende terminale kreftpasienter.

1.4 Avgrensning og presisering

I denne oppgaven har vi valgt å ikke spesifisere hvilken kreftsykdom pasientene har, men heller generelt om smertelindring til alle de ulike kreftsykdommene. Ifølge Lorentsen og Grov, er smerter den kreftrelaterte plagen som er mest fryktet. Det er rapportert at 40-50% av kreftpasientene generelt oppgir at de har smerter, mens det hos dem med langt kommet kreft oppgir 70-80% at de har smerter som krever behandling (2016, s. 402).

Grunnet begrensninger i oppgavens omfang kan man ikke gå i dybden på andre sammenhenger ved kreftsykdommer, som for eksempel samarbeid med pårørende som er en viktig ressurs når pasienten er hjemme og er terminal, eller alle de andre symptomene og plagene som følger med i palliativ terminal fase, men noe av dette blir kort trukket inn.

1.5 Oppgavens oppbygning:

Oppgaven består av 6 kapitler. I kapittel 2 presenteres oppgavens teoretiske ramme, som skal bidra til å drøfte resultatene. I kapittel 3 presenteres studiens metode, som inkluderer søkeprosessen, valg av artikler og analyse. I kapittel 4 presenteres funn fra analysen i hoved- og underkategorier. I kapittel 5 presenteres drøftingen av metode og resultat. Den er utført ved bruk av teori, funn fra artiklene og egne erfaringer. Til slutt i kapittel 6 presenteres konklusjon, etterfulgt av vedlegg 1 og 2 som er søkeloggen og litteratormatrisen.

2. Teoretisk ramme/aktuell litteratur

2.1 Kreft

Ved kreft har det skjedd en feil i celledelingen, der celler deler seg ukontrollert og ikke utfører de oppgavene som friske celler ville gjort (Lorentsen & Grov, 2016, s. 399). Når kreftcellene fortsetter å dele seg, skjer det en opphopning av kreftceller i det organet der disse cellene har begynt å dele seg ukontrollert, og dermed danner det seg en kreftsvulst. Ved noen tilfeller kan feil ved celledeling skje fra opptil 20 år siden, mens andre ganger går utviklingen raskt. Derfor kan det i noen tilfeller ta lang tid før kreftsvulsten blir oppdaget. Ondartede kreftceller har også evne til å spre seg til andre organer, og spre seg via blodet eller lymfesystemet (Lorentsen & Grov, 2016, s. 399)

Flere oppfatter kreftsykdom synonymt med lidelse, smerte, død og dårlige framtidsutsikter, og det å få diagnosen kreft, kan for mange oppleves som en eksistensiell rystelse og en stor krise i manges liv (Lorentsen & Grov, 2016, s. 402). Kreftsykdom rammer en persons liv på mange områder, både kroppslig, sjelelig og åndelig, og mange opplever stress ved de ulike delene av forløpet. Opplevelsen av kreftsykdom og diagnose er individuelt for alle, og prognosen til pasienten vil avhenge av plasseringen på kreftsvulsten. Behandlingen pasienten gjennomgår, vil påvirke både fysisk og psykisk (Lorentsen & Grov, 2016, s. 402).

2.2 Terminal fase og smertelindring hos kreftpasienten:

Når vi anvender termer som terminal fase, snakker vi om siste stadium eller slutfasen i livet. For å være terminalt syk, må pasienten ha tydelige kliniske tegn på at det nærmer seg slutten (Mathisen, 2016, s. 411). Brenne og Dalane (2016) skriver at noen kliniske tegn på at en pasient er døende kan bl.a. være: uro, agitasjon, redusert bevissthet, dysfagi, varierende bevissthet og apnéperioder (Brenne & Dalane, 2016, s. 640). De mener at i møte med pasienter i denne fasen av livet, er det viktig at tiltakene som brukes har som mål å lindre, gi komfort og trygghet til pasienten. For å gi god lindring i terminal fase kreves det godt samarbeid mellom flere profesjoner. Forfatterne beskriver det som en dynamisk tilstand som kan endres raskt. Det er viktig å observere pasienten og i samråd med lege hele tiden vurdere pasientens behov for smertelindrende behandling (Brenne & Dalane, 2016, s. 641).

Kreftsykdom kan gi smerter i ulik grad - både akutt og kronisk smerte, gjennombruddssmerter, tumorrelaterte smerter og andre typer smerter (Lorentsen & Grov, 2016, s. 402-403). Smerte oppleves alltid individuelt og forskjellig fra person til person (Nortvedt, 2016, s. 173). Opptil 75% av alle pasienter i terminal fase opplever smerter som må behandles med opioider (Brenne & Dalane, 2016, s. 643). Av disse pasientene, viser studier at de fleste trenger uendret, eller økt dose de siste 48 timene før døden inntreffer. Derfor er fokus på riktig og kontinuerlig smertelindring viktig i terminal fase. Førstevalget av opioider til døende pasienter er morfinpreparater. Det er et godt kjent legemiddel og har god virkning (Brenne & Dalane, 2016, s. 643).

I den terminale fase er det vanlig å oppleve andre plager enn smerte (Brenne & Dalane, 2016, s. 641). Noen av de vanligste av disse er delirium, agitasjon, dyspné, kvalme og oppkast, vannlatingsproblemer og obstipasjon. Symptomene krever i de fleste tilfeller at det blir igangsatt tiltak for symptomlindring. Symptomene må ses i sammenheng med pasientens generelle kliniske tilstand, og er ikke i seg selv et tegn på at døden er nær. (Brenne & Dalane, 2016, s. 641).

2.3 Medikamentskrin:

Kompetansesenter i lindrende behandling i Helseregion Vest, har i samarbeid med Sunniva senter for lindrende behandling på Haraldsplass Diakonale Sykehus i Bergen, utviklet et såkalt medikamentskrin for symptomlindring i livets siste fase (Helse Bergen, 2016). Medikamentskrinet inneholder fire medikamenter for å kunne behandle de vanligste symptomene i livets slutfase, deriblant smerter. I tillegg inneholder skrinet utstyr til administrasjon og veiledning til bruken av disse (Glosli, Einen & Hansen, 2016, s. 782).

De fire legemidlene i medikamentskrinet er:

- Morfin (opioidanalgetikum) - mot smerter eller dyspné
 - Midazolam (benzodiazepin) - mot uro/angst
 - Haldol (lavdosenevroleptikum) - mot kvalme
 - Glykopyrrolate (antikolinergikum) - mot surkling i øvre luftveier
- (Brenne & Dalane, 2016, s 649).

2.4 Lindrende behandling og handlingsprogram

I Helse- og omsorgsdepartementet sin melding til Stortinget, kalt Lindrende behandling og omsorg, har vi trukket ut noen punkter som videre blir drøftet i resultatdiskusjons-kapitlet. Innholdet i stortingsmeldingen går ut på hva pasienter i livets siste fase har rett på med tanke på å ha kompetente sykepleiere, og at de skal få en god behandling, og en verdig og trygg avslutning på livet (Meld. St. 24., 2019-2020, s. 10). Stortingsmeldingen sier at alle helse- og sosialfaglige utdanninger skal inkludere lindrende behandling (Meld. St. 24., 2019-2020, s. 10). Det er også utarbeidet et handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen fra Helsedirektoratet, og her legges det vekt på at sykepleierne trenger god kompetanse om grunnsykdommen og om palliasjon (Helsedirektoratet, 2015, s. 16).

2.5 Travelbee's teorier

Oppgaven benytter seg også av Joyce Travelbee's teori som sier noe om at sykepleieren innehar visse kunnskaper som er spesialisert, og gjør han/henne i stand til å bruke sine kunnskaper med sikte på å hjelpe andre med å gjenvinne helse, finne mening i sykdom eller opprettholde en best mulig helsetilstand, og å forebygge sykdom (Travelbee, 2001, s. 72). Dette mener vi belyser noe av det vi ønsker å utforske. Hun mener at sykepleierne har tilegnet seg visse vitenskapelige kunnskaper, og derfor er i stand til å bruke dem, samt at sykepleieren har utviklet nye ferdigheter, men mener det viktigste er at sykepleieren er blitt stilt overfor menneskets sårbarhet (Travelbee, 2001, s. 72).

2.6 Tverrfaglig samarbeid rundt kreftomsorg i hjemmet

Ifølge Brenne og Estenstad (2016) har helsepersonell ansvar for å skape trygge rammer rundt pasienten som ønsker å dø hjemme. Det kreves planlegging for å tilrettelegge for dette, og det er viktig at pasient og pårørende føler seg trygge og får tilstrekkelig og nødvendig informasjon i forbindelse med den siste tiden hjemme (Brenne & Estenstad 2016, s. 166). Etter utskrivelse fra sykehus til hjemmet er det fastlegen som overtar behandlingsansvaret for pasienten, og jobber tett sammen med sykepleier, som fungerer som bindeledd mellom fastlege, pasient og pårørende. Videre påpeker forfatterne viktigheten av at det tilstrebes kontinuitet i hjemmetjenesten. Pasienten bør ha en pasientansvarlig sykepleier

for å sikre denne kontinuiteten som igjen er en viktig faktor for å skape tillit (Brenne & Estenstad 2016, s. 168). Andre faktorer som kreves av helsepersonell for å sikre at hjemmedød skal være et godt og realistisk tilbud til pasient og pårørende er: kartlegging av pasientens ønsker og motivasjon, kartlegge ressurser rundt pasienten, etablere god samhandling rundt pasienten, koordinere tjenestene, være fleksibel og tilgjengelig, skape trygghet, gi informasjon til pasient og pårørende, og å lage en plan for kontakt hvis problemer oppstår (Brenne & Estenstad 2016, s. 168).

I Norge består kjernen i det palliative teamet av sykepleiere og leger med spesialkompetanse innen palliasjon. Ifølge Paulsen, Haugstøl og Rosland (2016) skal sykepleierne i teamet ha høy kompetanse og erfaring med å jobbe med kreftpasienter, og kan jobbe selvstendig. Sykepleierne jobber i stor grad med direkte pasientkontakt, bestående av kliniske vurderinger, samtaler med pasient og pårørende, og rådgivning til helsepersonell. Videre skriver Paulsen et al. at det skal være fast ansatt lege i teamet som jobber i tett samarbeid med sykepleierne. Teamet skal ha spesialkompetanse innen symptomlindring og kommunikasjon, og de skal ha forståelse for hvordan helsetjenesten er organisert (Paulsen, Haugstøl & Rosland, 2016, s.141). Det palliative teamet kan bidra med sin palliative spesialkompetanse om bl.a. kartlegging av pasientens symptomer og behov, symptomlindring, kommunikasjon med pasient og pårørende, målsetninger og ønsker til pasienten og pårørende, prognostisering og beslutningstaking, vurdering av videre omsorgsnivå og felleskonsultasjon sammen med fastlege, hjemmesykepleien, pasient og pårørende (Paulsen et al., 2016, s.143). For å motta hjelp fra palliativt team må pasienten henvises fra behandlingsansvarlig lege (Paulsen et al., 2016, s.146).

3. Metode

“En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2017, s. 51). Det finnes to vitenskapelige forskningsmetoder, kvalitative og kvantitative. Ifølge Dalland (2017) vil man ved kvalitativ metode kunne fange opp mening og opplevelse, som det ikke går an å sette et tall på eller måle, mens ved kvantitativ metode gis det data i form av målbare enheter (Dalland, 2017, s. 52). Det ble da naturlig å benytte seg av kvalitativ metode.

3.1 Valg av metode:

En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder, som vil si at man samler inn litteratur, gjennomgår litteraturen kritisk, og til slutt sammenfatter funnene (Thidemann, 2019, s. 77). Hensikten med en litteraturstudie er å gi leseren en god og oppdatert forståelse av kunnskapen i det området problemstillingen spør etter, og beskrive hvordan man kom fram til denne aktuelle kunnskapen (Thidemann, 2019, s. 78). I motsetning til kvantitativ metode, som baserer seg på målinger og tall, tar kvalitativ metode sikte på å fange opp meninger og opplevelser (Dalland, 2012, s. 112). Vi har valgt å gjøre en litteraturstudie med kvalitativ tilnærming for å belyse problemstillingen. Vi valgte kvalitative studie fordi vi ønsker å se nærmere på erfaringer fra sykepleiere ved utfordringene og utførelsen av medikamentell smertelindring til kreftpasienter som dør i hjemmet.

3.2 Søkeprosess:

Første steg i søkeprosessen var å tenke gjennom hvilke søkeord som var aktuelle for oppgavens problemstilling. Underveis skrev vi søkelogg for å dokumentere hvilke treff vi fikk, og systematisere treffene ut ifra kilder og søkemotorer/databaser (vedlegg 1). Denne måten å dokumentere treffene på, vil gjøre det enklere for leseren å finne igjen de valgte artiklene, og evaluere kvaliteten på søkene (Thidemann, 2019, s. 89).

Vi har brukt Oria, Medline og Cinahl som søkedatabaser. Oria er en felles portal til det samlede materialet som finnes ved de fleste norske fag- og forskningsbibliotek (Helsebiblioteket.no). Oria har i tillegg en mengde elektronisk materiale fra åpne kilder, som

gir Oria en enhetlig tilgang til materiale, som blant annet elektroniske tidsskrifter. Medline er en database innen blant annet sykepleie og medisinsk forskning. Den har referanser til artikler fra internasjonale tidsskrifter fra 1946 og fremover. Cinahl er en bibliografisk database som inneholder referanser til engelskspråklig litteratur om sykepleie. Cinahl inkluderer mest tidsskriftartikler, og inneholder en del kvalitativ forskning og pasienterfaringer (Helsebiblioteket.no).

Vi har brukt både norske og engelske søkeord. Søkeord og kombinasjoner av disse som er brukt er: “Palliative care OR end of life care”, “Nurse OR nurses”, “Home care OR home care services”, “Nurs* AND Palliative care AND pain management”, “Nurs* Palliative AND medication”, Palliativ*, Sykepleie*, Dø*, Kreft*, “Sykepleie* OG terminal OG kreft OG hjemme”, “hjemmesykepleier OG kreft OG palliativ OG dø”. For å se om artiklene hadde noen relevans for vår oppgave måtte vi se om de gav svar på problemstillingen vår.

Vi avgrenset søkene med utgivelsesår fra 2011-2022, dette for å få det nyeste innen forskning for sykepleiefaget, som er oppdatert kontra eldre artikler som kan ha blitt erstattet med nyere forskning. Avgrenset til engelsk og skandinavisk språk, grunnet det er språk vi behersker og forstår. Samtidig avgrenset vi søket til fagfelleverderte artikler.

Etterpå søkene skrev vi litteraturmatrise. I litteraturmatrisen setter man artiklene i system og skriver ned viktig informasjon fra de ulike valgte artiklene, som gir en god og oversiktlig oversikt over hovedfunnene i artiklene vi har funnet (Thidemann, 2019, s. 95).

Litteraturmatrisen er lagt som vedlegg 2 i slutten av bacheloroppgaven.

3.2.1 Valg av artikler

Artikler som dukket opp under søkene som ikke inneholdt våre søkeord, ble ekskludert. Det var flere artikler som gjaldt smertelindring på sykehus, men det passet ikke inn i vår oppgave, da vi har fokus på smertelindring i hjemmet, derfor ble de artiklene ekskludert. Oppgavens problemstilling omhandler sykepleiernes egne erfaringer. Artikler som baserer seg på intervjuer av andre enn sykepleier ble derfor ekskludert på bakgrunn av relevans. Vi ønsket innledningsvis å finne artikler fra skandinaviske land, da det ligner på vårt helsevesen, derfor ble studier fra ikke-skandinaviske land ekskludert.

Artiklene vi har valgt har alle fokus på sykepleiere som arbeider i hjemmesykepleien med deres erfaringer og opplevelser av smertelindring til hjemmeboende terminale kreftpasienter. Artikkelen til Danielsen, Sand, Rosland & Førland (2018) har vi også tatt med i oppgaven vår, selv om den har fastleger inkludert i artikkelen. Vi mener denne artikkelen passer godt for å vise samarbeidet med fastlegen i forbindelse med smertelindring til hjemmeboende terminale kreftpasienter.

Tabell 1. Oversikt over analyserte artikler:

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Artikkel 1 Sven Inge Molnes 2014 Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter	Smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter	Utforske sykepleiernes erfaringer med smertelindring til kreftpasienter som bor hjemme, og belyse hvordan sykepleierne opplever kompetansen i smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter.	Sykepleiere	Kvalitativ studie
Artikkel 2 Britt Viola Danielsen, Anne Marit Sand, Jan Henrik Rosland & Oddvar Førland 2018 Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care	Erfaringer og utfordringer for sykepleiere og fastleger i hjemmebasert palliativ behandling	Utforske sykepleiernes erfaringer om pasienter som bor hjemme i terminal fase, som ønsker å dø hjemme.	Sykepleiere Fastleger	Kvalitativ studie
Artikkel 3 Aamold, K., Grov, E.K., Rostad, H.M. 2020 Hjemmesykepleieres erfaringer når kreftpasienter ønsker å dø hjemme	Utfordringer og erfaringer fra hj.spl ved behandling av hjemmeboende palliative pasienter	Utforske utfordringer hj.spl. møter på ved behandling av kreftpasienter som ønsker å dø hjemme	Sykepleiere	Kvalitativ studie
Artikkel 4 Grov, E.K., Staats, K., Tranvåg, O. 2018 Home-Care Nurses' Experience With Medication Kit in Palliative Care	Bruken av medisinsett i hj.spl. til pasienter i terminal fase som ønsker å dø hjemme	Utforske hva som letter, og hva som hindrer bruken av medisinsett i behandlingen av terminale kreftpasienter som ønsker å dø hjemme.	Sykepleiere	Kvalitativ

3.3 Analyse:

Analyse er et granskningsarbeid, hvor utfordringen er å finne hva materialet har å fortelle (Dalland, 2015, s. 144). I tekstlesingen kobles analyse og tolkning sammen (Thidemann, 2019, s. 92). Sentrale spørsmål i analysedelen er hva som er hensikten med å lese teksten, hva er problemstillingen, og hva er forskningsspørsmålene (Thidemann, 2019, s. 93). Etter å ha lest alle artiklene, satte vi opp funnene i de ulike artiklenes kategorier. Når vi da så på alle kategoriene, sammenfattet vi det til de hovedkategorier og underkategorier vi har valgt for vår besvarelse. I denne fasen av arbeidet jobbet vi slik Dahlborg-Lyckhage (2017) beskriver, ved å veksle mellom den konkrete teksten, til det mer abstrakte kategoriseringen for å forsikre oss om at funnene i artiklene samstemmer med vår analyse (Dahlborg-Lyckhage, 2017, s. 179).

4. Resultat

Etter å ha analysert og gjennomgått funnene fra forskningsartiklene, delte vi resultatene inn i to hovedkategorier; personlige- og organisatoriske faktorer som påvirker sykepleierens erfaring med å ha ansvar for smertelindring. Med de personlige faktorene mener vi det som går på ens egen personlige utvikling og erfaring som sykepleier, mens med de organisatoriske faktorene mener vi det som påvirker deg utenfra, f.eks. tverrfaglig samarbeid. Ved å dele resultatene inn i to hovedkategorier ønsker vi å lettere synliggjøre hva som påvirker sykepleierens mulighet til å tilrettelegge for optimal smertelindring for hjemmeboende terminale kreftpasienter. En oversikt over kategoriene er beskrevet i tabell 2.

Tabell 2. Oversikt over hoved- og underkategorier:

Hovedkategori	Underkategori
Personlige faktorer som påvirker sykepleierens erfaring med ansvar for smertelindring	Sykepleierens utfordringer knyttet til behov for faglig oppdatering
	Utfordringer sykepleierne opplevde knyttet til bruk av medikamentskrinet
Organisatoriske faktorer som påvirker sykepleierens erfaring med ansvar for medikamentell smertelindring	Det tverrfaglig samarbeidet med fastlege og palliativt team
	Sykepleiernes erfaringer i samarbeid med fastlege og palliativt team
	Bemanning i hjemmesykepleien og tid til pasienten

4.1 Personlige faktorer som påvirker sykepleierens erfaring med ansvar for smertelindring

4.1.1 Sykepleierens utfordringer knyttet til behov for faglig oppdatering

Ifølge artikkelen til Molnes (2014) ønsker sykepleierne sterkt faglig oppdatering, men at de mangler anledning til dette, samtidig som at det er etterlyst faglig oppdatering over lengre tid på arbeidsplassen. Det blir sjelden gjennomført kurs internt, grunnet manglende kompetanse. Eksterne kurs blir det satt stopper for grunnet knappe ressurser på arbeidsplassen (Molnes, 2014, s. 147). Sykepleierne opplevde også at det ble ekstra belastning på de andre

ansatte dersom de setter seg ned i arbeidstiden for å oppdatere seg faglig enten ved lesing eller å tilegne seg kunnskaper på andre måter. De opplever heller ikke kultur for å sette seg ned for å tilegne seg faglig oppdatering, grunnet hektisk hverdag (Molnes, 2014, s. 147).

Sykepleierne i studien til Danielsen, Sand, Rosland & Førland (2018) var erfarne sykepleiere, men uttrykte at de fortsatt hadde behov for å øke sin kompetanse ved å tilegne seg ny kunnskap, og at veiledning og relevante faglige kurs var høyt verdsatt (Danielsen et al., 2018, s. 8). Hjemmesykepleien i denne studien hadde sykepleiere med videreutdanning i palliativ pleie, men; “The nurses emphasized the importance of clinical expertise and advanced experience in interpersonal and technical situations to create the necessary safety for palliative care patients and their families” (Danielsen, et al., 2018, s. 8).

4.1.2 utfordringer sykepleierne opplevde knyttet til bruk av medikamentskrinet

I studien til Staats, Tranvåg & Grov (2018) mente flere av sykepleierne at medisinskrinet ble brukt for sjelden. Dermed var det forbundet usikkerhet knyttet til medikamenthåndtering når skrinet benyttes (Staats, et al., 2018, s. E5). Det kommer fram i studien at det var lite kontinuitet i bruken av medikamentskrinet, og en erfaren sykepleier i studien mente det var faglig uforsvarlig. Sykepleierne som hadde lang erfaring med bruk av medikamentene, følte seg tryggere på å lindre symptomer med medisiner, da de hadde arbeidet på sykehus eller sykehjem hvor medisiner ble brukt ofte (Staats, et al., 2018, s. E5).

Vurderingen for å gi smertestillende varierer fra sykepleier til sykepleier basert på deres egen erfaring knyttet til medikamenthåndtering til kreftpasienter, dermed er det variasjoner. En sykepleier påpeker at mangelen på selvtillit knyttet til medikamenthåndteringen gjerne ikke var relatert til medisiner, men vurderingen om pasientens tilstand, om det var ubehag eller smerter pasienten opplevde (Staats, et al., 2018, s. E5).

Det kom klart fram i studien til Staats, Tranvåg & Grov (2018) at noen av de nyutdannede sykepleierne uttrykte at de følte seg utrygge på å vurdere behovet for andre medisiner enn morfin. Spesielt medisinen Midazolam var vanskelig å vurdere når de skulle gi dette (Staats, Tranvåg & Grov, 2018, s. E5).

4.2 Organisatoriske faktorer som påvirker sykepleierens erfaring med ansvar for medikamentell smertelindring

4.2.1 Det tverrfaglig samarbeidet med fastlege og palliativt team

Alle studiene viste at sykepleierne satte et godt tverrfaglig samarbeid høyt (Molnes, 2014; Staats et al., 2018; Aamold et al., 2020; Førland et al., 2018). De mente at god planlegging sammen med ulike yrkesgrupper og pasient gav bedre forutsetning for å gi god smertebehandling (Staats et al., 2018, s. E4). Studien til Grov, Staats og Tranvåg tar for seg primært bruk av medikamentskrin i møte med den palliative pasienten. De beskriver at planlegging rundt medikamentskrinet var viktig for en optimal prosess (Staats et al., 2018, s. E4). Denne planleggingen innebærer nødvendige rutiner for hjemmesykepleien, riktig bemanning, godt og kontinuerlig samarbeid med fastlege og primærsykepleier, samt kreftkoordinator. Deltakerne i studien understreket viktigheten av å øke bemanningen:

A lot of factors must be in place before using the medication kit. This is demanding and takes time. It is very important that the number of patients we see each watch be reduced, so we are able to work with this. Necessary practical preparation takes time. (Staats et al., 2018, s. E4)

Sykepleierne trekker særlig fram at et godt samarbeid med pasientens fastlege som fundamentalt (Danielsen, Førland, Rosland & Sand, 2018, s. 5). De foretrakk å sette opp et felles møte med pasient og pårørende så snart som mulig. I de tilfeller der pasienten hadde kort forventet levetid, fikk sykepleier mobilnummer til fastlegen for å lett få tak i han/henne. Studien til Danielsen, Førland, Rosland og Sand (2018) rapporterer at sykepleierne verdsatte å kunne lett få tak i fastlegen gjennom PLO-meldinger. Siden pasientenes tilstand kan forverres rask var det viktig for de å ha regelmessig og tett kontakt med pasientens fastlege (Danielsen, et al., 2018, s. 7). For å kunne tilrettelegge for at pasienten kunne få ivaretatt sine behov, for så å få dø i hjemmet ble medikamentskrinet sett på som et viktig hjelpemiddel, slik at sykepleierne kunne ha kontroll på pasientens symptomer i den terminale fasen. Dette medikamentskrinet blir forordnet av fastlege eller sykehus (Danielsen, et al., 2018, s. 8).

Gjennom å ha et kontinuerlig samarbeid, og å ha fastlegen tilgjengelig gjennom hele døgnet, uttrykte sykepleierne at de følte mer selvtilitt til å bruke medikamentskrinet riktig. Spesielt nattevaktene som ifølge studien var mye alene om å ta avgjørelser, opplevde det som en

fordel når fastlegen har besøkt pasienten hjemme og kjenner situasjonen, i tillegg til å ha gitt tydelige instruksjoner på bruken av skrinet (Staats et al., 2018, s. E4-E5). En fastlege opplevde ofte at flere av hjemmesykepleierne hadde bedre kompetanse i palliativ pleie enn ham selv: «My experience is that home care nurses are doing well in palliative care and are very familiar with handling pain relief pumps, far better than myself» (Danielsen, Sand, Rosland & Førland, 2018, s. 8). Fastlegene ønsket også kurs sammen med hjemmesykepleien, i regi av Palliativt team og sykehuset (Danielsen, et al., 2018, s. 8).

I studien blir palliativt team med kreftsykepleier trukket fram som gode støttespillere. De kan avlaste både sykepleiere og pårørende, gi trygghet, bidra til behandling og rådgivning. Men flere av sykepleierne sa at uavklarte ansvarsområder gav utfordringer i dette samarbeidet. F.eks. smertelindring til pasienten og koordinering med fastlege og sykehus. Når hjemmesykepleiere hadde behov for avlastning, trygghet og hjelp fra andre faggrupper sa en sykepleier: «... viktig at vi får tak i leger, får hjelp til medisiner, medisinske spørsmål, sårne ting, ikke at fastleger ikke svarer på telefonen ... det er fryktelig frustrerende ...» (Aamold et al., 2020, s. 9). 4 av 10 sykepleiere i studien til Molnes (2014) rapporterer at de har benyttet seg av palliativt team, og så på dette som nyttig. Både ambulerende palliativt team og smerteteam ble sett på som god hjelp (Molnes, 2014, s. 150).

Sykepleierne i Molnes (2014) sin studie mente det var viktig med satsingen på palliative team og hospicesenger i sykehjem og sykehus, da dette ville være med på å gi kreftpasientene bedre oppfølging, og samtidig gi sykepleierne bedre fagutvikling (Molnes, 2014, s. 150). Sykepleierne i denne studien hadde tidligere benyttet smerteteam og palliativt team fra sykehus, som hadde vært til god hjelp og til videre utvikling. Sykepleierne påpekte viktigheten av å ha kunnskap om hvem som kan kontaktes for rådføring og veiledning (Molnes, 2014, s. 150).

4.2.2 Samarbeid innad i hjemmesykepleien

I studien til Molnes (2014) ble det rapportert om behov for økt bemanning. Sykepleierne opplevde at bemanningen noen ganger var for lav i forhold til tyngden av oppgaver og at det var behov for økte ressurser, i form av personell. Denne ressursmangelen førte til dårlig smertebehandling til pasientene, da personalet ikke får observert pasienten over tid, og dermed ikke kartlagt smertene (Molnes, 2014, s. 148). Sykepleierne i artikkelen til

Aamold, Grov & Rostad (2020) mente det var nødvendig å bruke kollegaer til refleksjon og ventilering, når dem blir følelsesmessig berørt i møte med de palliative pasientene i hjemmet (Aamold et al., 2020, s. 8). Flere av sykepleierne hadde gitt uttrykk for at de følte seg utrygge i mange situasjoner, og at det følte uforsvarlig uten støtte fra de andre faggrupper og profesjoner (Aamold et al., 2020, s. 9).

Flere av sykepleierne i artikkelen til Molnes (2014) hadde hatt god erfaring med kollokviegrupper fra sykepleierutdanningen. Noen sykepleiere mente at man får kompetanse gjennom årene, at man tilegner seg erfaringer når man har arbeidet en stund, men at det også er viktig å lære dette videre til de andre kollegaene, slik at de også får tilegnet seg ny kunnskap. Sykepleierne så verdien i å gjøre hverandre trygge ved å lære av hverandre, slik at kompetansen heves (Molnes, 2014, s. 147).

Det kommer også fram at de ansattes holdninger til bruk av smertestillende spiller en stor rolle i det å gi smertestillende medikamenter/den smertestillende behandlingen. Sykepleiere gav uttrykk for at det kan være utfordrende å bestemme seg for når det skal gis smertelindrende medikamenter, og når det skal avventes. Enkelte sykepleiere fortalte at det i noen tilfeller var personellet som var på jobb, som avgjorde smertelindringen til pasienten. I slike tilfeller kunne personlige meninger, erfaringer og holdninger, spesielt fra sykepleiere som tidligere hadde vært pårørende, være med å påvirke (Molnes, 2014, s. 148). Dette kunne oppleves positivt, men også negativt, da det kunne oppleves uprofesjonelt av pasientene, deres pårørende og annet helsepersonell.

En annen utfordring som kommer frem er et at det til tider kan oppstå uenigheter når det skal velges hvilken form medikamentene skal administreres i (Molnes, 2014, s. 148). Flere sykepleiere foretrakk å bruke tablettform lengst mulig, for så å gå over til smertepaster når pasienten trengte mer smertelindring, eller hadde problemer med å innta tabletter. Dette oppga de flere grunner til; ifølge sykepleierne er det lettere å administrere smertepasteret, det trengs ikke skiftes hver dag, og det er ikke behov for å være flere når dette skal skiftes. Det opplevdes dessuten tryggere å administrere enn smertepumpe eller å gi injeksjoner (Molnes, 2014, s. 148-149).

Når pasienten hadde smertepumpe måtte det frigjøres flere ressurser, da det av hensyn til kvalitetssikring skal være to sykepleiere for å administrere smertepumpen, for å ha tilstrekkelig kvalitetssikring. Noen sykepleiere vegret seg for å benytte morfin, som igjen førte til tilbakeholdenhet med å gi medikamentell smertelindring, da de var nervøse for å gi for mye. En annen uenighet gikk på at noen sykepleiere mente at det var viktigere at pasienten var tilstrekkelig smertelindret og hadde det godt, selv om dette gjorde pasienten sløv og vanskelig for pårørende å få kontakt med (Molnes, 2014, s. 149).

Ifølge studien til Aamold, Grov og Rostad (2020) kommer det frem at sykepleierne føler at ved å ivareta pasientens komplekse behov, vil andre oppgaver som koordinering og administrative oppgaver bli nedprioritert. Dette fører til at mange hjemmesykepleiere ble stående alene med viktige vurderinger og avgjørelser i forhold til ivaretagelse av pasienten. Dette til tross for samarbeid mellom flere profesjoner og faggrupper (Aamold et al., 2020, s. 9). En sykepleier sier: «... i noen tilfeller får du ikke tak i fastlegen, og du må ta avgjørelser og organisere selv ... Vi må tilrettelegge for at det skal bli best mulig for pasienten ...» (Aamold et al., 2020, s.9). Danielsen et al. (2018) rapporterer at sykepleierne var flinke til å være fleksible på skiftet sitt, og at det var en «uskreven regel» at alle hjalp hverandre med oppgavene i løpet av dagen, slik at sykepleieren med ansvar for terminale pasienter fikk konsentrere seg mer om å ivareta sin pasient (Danielsen et al., 2018, s. 9).

4.2.3 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Noe som gikk igjen blant sykepleierne i studien til Molnes var utfordringene rundt utskrivelse av pasientene fra sykehuset. Leger og sykepleiere i spesialisthelsetjenesten har i noen tilfeller skapt urealistiske, høye forventninger til hjemmesykepleien. Sykepleierne oppgir at de bruker mye tid på å diskutere og klargjøre med pasient og pårørende hva de kan hjelpe med, og hvordan systemet fungerer, i stedet for å bruke tid sammen med pasienten (Molnes, 2014, s. 149). Dette blir også rapportert i studien til Danielsen et al. (2018). Sykepleierne forteller at sykehuset ofte har lovet mer på hjemmetjenestens vegne enn det som er realiserbart. «The hospital said that we (the home care nursing team) could be there all the time if needed. They give patients and next of kin unrealistic expectations. (...) We cannot be there 24 hours a day» (Danielsen et al., 2018, s. 6).

En ting som ble sett på som veldig positivt var å motta muntlig rapport fra sykehuset noen dager før pasienten ble utskrevet. Det gav de muligheten til å tilegne seg den kunnskapen de mente var nødvendig for å ivareta pasienten på best mulig måte, og de fikk tid til å innhente eventuelt utstyr og hjelpemidler pasienten trengte. Noen av sykepleierne valgte også å ta kontakt med pasientens fastlege for å avtale et hjemmebesøk i fellesskap (Molnes, 2014, s. 149-150).

I studien til Danielsen, Førland, Sand og Rosland (2018) kommer det fram at sykepleierne fremhever et godt samarbeid med sykehuset før utskrivelse er avgjørende for å forberede og opprettholde god pleie for pasienten. Ved å innhente informasjon fra sykehuset kunne de forberede seg og bestille inn nødvendig utstyr, f.eks. sykehusseng, smertepumpe, medisiner osv. (Danielsen et al., 2018, s. 5). En sykepleier forteller: «It is so important to have a good start. There are no practical things that paralyze more than lack of medications, displacement equipment etc. (...) For if the start is chaos, then this chaos can easily continue» (Danielsen et al., 2018, s. 5).

Ifølge noen av sykepleierne i artikkelen til Molnes (2014) kom det fram at det var utarbeidet en handlingsplan for alvorlig syke og døende i den lokale hjemmesykepleien, og et av målene var at sykepleierne fikk muligheten til å hospitere på en kreftavdeling. Dette for å tilegne seg praktisk og teoretisk kunnskap i forhold til mennesker med kreftdiagnoser, at sykepleierne får praktisk trening i tekniske prosedyrer og innsikt i flere ulike problemstillinger. Sykepleierne som hadde hospitert ved en kreftavdeling hadde god erfaring fra det, da de under hospitering også hadde mulighet til å stille spørsmål og få tilbakemeldinger fra fagpersoner (Molnes, 2014, s. 147). Sykepleierne mente at dem burde hatt en sykepleier med videreutdanning i kreftsykepleie, som kan gi veiledning og råd til de andre i personale (Molnes, 2014, s. 147). Sykepleierne kunne også tenkt seg mer fokus på smertelindring i sykepleierutdanningen (Molnes, 2014, s. 148).

5. Drøfting

Drøftingsprosessen innebærer vurdering og tolkning av funnene, samt analyse (Dalland, 2017, s. 200). Når man drøfter, betyr det at man vurderer artiklene, for å få frem både muligheter og begrensninger artiklene har for å belyse vår problemstilling, og det er viktig at man er åpne for å tolke funnene på ulike måter (Dalland, 2017, s. 200). Gjennom drøftingskapittelet vil vi belyse problemstillingen ved hjelp av kunnskapen vi har tilegnet oss i artiklene slik Dalland (2017) påpeker.

5.1 Metodedrøfting

5.1.1 Land og arena for studiene:

Det at alle studiene var utført i Norge, gir et godt innblikk i hvordan sykepleiere opplever smertelindring til hjemmeboende terminale kreftpasienter i Norsk helsevesen. Vi fant også artikler fra andre skandinaviske land, men de inneholdt ikke det vi ønsket å ta med i oppgaven vår i samme grad, derfor endte vi opp med de fire artiklene som er presentert i oppgaven.

5.1.2 Forskernes bakgrunn:

Vi undersøkte artiklenes forskere, for å vurdere artiklenes gyldighet, og så på hva forskernes faglige bakgrunn var. Samtlige forskere hadde bakgrunn som sykepleiere og stilling enten som, høgskolelektor, universitetslektor, professor eller postdoktor.

5.1.3 Studienes deltakere:

I alle studiene bestod deltakerne av sykepleiere, i tillegg til at det i en studie (Danielsen et al., 2018) også deltok fastleger. Det var varierende med hensyn til hvor lenge sykepleierne hadde arbeidet i yrket, noen var nyutdannet, mens andre var erfarne sykepleiere. Ut fra vår problemstilling var det hensiktsmessig at det var primært var sykepleiere som var intervjuet for å få fram et bredt erfaringsgrunnlag knyttet til smertelindring til hjemmeboende terminale kreftpasienter.

5.1.4 Kvalitativ tilnærming som metode:

Samtlige av våre artikler har kvalitativ tilnærming for å besvare sine problemstillinger. Vi mener artiklene vi benyttet har som hensikt å fange opp meninger og opplevelser fra sykepleierne knyttet til vår problemstilling. Vi leste gjennom hensikten til alle artiklene, og fikk bekreftet dette. Hensikten i studiene er presentert i litteratormatrisen i vedlegg 2.

5.2 Resultatdrøfting

I denne delen av kapittelet vil vi drøfte våre hovedfunn i sammenheng med teorien presentert i tidligere kapittel, og egne erfaringer.

5.2.1 Betydningen av kompetent og erfarne sykepleiere

Ifølge Lorentsen og Grov (2016), vil sykepleierne gjennom sykepleierutdanningen og erfaring, bygge opp deres ferdigheter, holdninger og kunnskapsgrunnlag for å kunne møte pasientens lidelse (Lorentsen & Grov, 2016, s. 398). I arbeid med terminale kreftpasienter er det ofte krevende for sykepleierne. Ifølge Aamold, Grov og Rostad (2020) er det nødvendig å bruke kollegaer til å ventilere og reflektere sammen med (Aamold, Grov & Rostad, 2020, s. 8). I samtale med kreftpasienten vet man aldri hva som vil dukke opp, og det kan være vanskelig for sykepleieren å møte det pasienten krever (Lorentsen & Grov, 2016, s. 398). Gjennom veiledning kan man snakke om opplevelsene man har hatt med pasientene, og bearbeide sine egne følelser og tanker, som igjen kan bidra til at sykepleieren kan forbedre og fortsette å utøve omsorgen hun gir. Reflekterer man over ens egen sårbarhet og lidelse, kan det hjelpe i veien videre med å være bevisst over andres lidelse (Lorentsen & Grov, 2016, s. 398). Sykepleierne beskriver utrygghet i mange situasjoner, og samtidig en opplevelse av uforsvarlighet ved manglende støtte fra andre faggrupper og profesjoner (Aamold, et al., 2020, s. 9). Det illustrerer viktigheten av rom og anledning for drøfting og refleksjon mellom kollegaer rundt situasjonene. Slik kan man komme frem til gode løsninger for at pasientene skal få en verdig avslutning på livet, og samtidig sikre ivaretagelse av sykepleiernes emosjonelle behov. I tillegg til samtaler mellom kollegaer, er det viktig at det gis anledning til å øke kompetansen ytterligere gjennom kurs og videreutdanning, og samtidig repetisjon for å styrke og ivareta kunnskapen de allerede innehar.

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2019-2020) skal mennesker i livets siste fase bli møtt av sykepleiere som er kompetente, og som bidrar til at pasientene får god behandling, og en verdig og trygg avslutning på livet. Det skal legges til rette for større faglig bredde, slik at man kan hjelpe pasientene å lindre smerte og ivareta både fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle behov (Meld. St. 24., 2019-2020, s. 10). Samtidig i nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen, fra Helsedirektoratet (2015), legges det vekt på at sykepleiere trenger god kompetanse, både om grunnsykdommen og om palliasjon. Sykepleiere som arbeider med pasienter med livstruende sykdom, skal beherske grunnleggende palliasjon, og dette skal læres først og fremst via utdanningen (Helsedirektoratet, 2015, s. 16). På den ene siden sier Stortingsmeldingen (Meld. St. 24., 2019-2020) og nasjonalt handlingsprogram (Helsedirektoratet, 2015) at man skal ha fått utdanning i lindrende behandling og palliasjon, mens på den andre siden viser funn fra studien til Molnes (2018) at sykepleierne uttrykte at de ønsket enda mer fokus på smertelindring i sykepleierutdanningen. De ønsket også å ha en sykepleier med videreutdanning i kreftsykepleie i sitt team, som kunne bidra med råd og veiledning (Molnes, 2014, s. 147-148). Travelbee mener dessuten at utdanningsinstitusjonene har et ansvar overfor studentene ved å gi de mulighet til å diskutere oppfatninger og tanker om døden, og det å dø (Travelbee, 2001, s. 39). Hun mener at sykepleiere ikke kan kalle seg ferdig utdannet, dersom de ikke har fordypet seg i meningen med sykdom, mening, lidelse og død (Travelbee, 2001, s. 39).

I Molnes (2014) understreker sykepleieres ønsker om faglig oppdatering, samtidig som det påpekes at dette blir nedprioritert grunnet knappe ressurser og manglende kompetanse. Flere uttrykker det som en ekstra belastning for kollegiale dersom en setter seg ned for faglig oppdatering ved lesing eller andre metoder (Molnes, 2014, s. 147). På den andre siden ser vi gjennom Sand, Rosland & Førland (2018), at de med videreutdanning også understreker viktigheten av klinisk kompetanse for å sikre nødvendig trygghet for pasientene (Sand et al., 2018, s. 8). Slik sett kan man si at det er et økende behov for sykepleiere å få faglig påfyll for å sikre nødvendig og god til pasientene uavhengig om man har videreutdanning eller ei. Blant annet Stortingsmelding 24 (2019-2020) og Palliasjon i kreftomsorgen (Helsedirektoratet, 2015), legger vekt på at sykepleierne skal være kompetente i dette arbeidet, men på den andre siden så viser det seg at det ikke alltid er slik i praksis (Meld. St. 24., 2019-2020, s. 10; Helsedirektoratet, 2015, s. 16). Dette illustrerer at sykepleierne ikke sikres ressurser og nok tid til faglig oppdatering. I og med det er presisert i både Stortingsmelding 24 (2019-2020) og

i Palliasjon i kreftomsorgen (2015), kan man si at det er nødvendig med økt fokus på palliativ pleie, og at arbeidsplasser legger til rette for at ansatte får slik faglig oppdatering, slik at de kan ta vare på de terminale kreftpasientene på best mulig vis, samtidig som at de skal føle seg trygge på jobben de gjør. Det sies i nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen (Helsedirektoratet, 2015) at personell som arbeider med spesialiserte, palliative enheter i kommune- og spesialisthelsetjenesten, bør ha kompetanse spesialisert i palliasjon. Det fremkommer av artiklene at det ofte ikke er slik i hjemmesykepleien, selv om de ofte har palliative, terminale kreftpasienter som er hjemme. Derfor burde det blitt satt mer lys på at hjemmesykepleien også har spesialiserte sykepleiere innen palliasjon (Helsedirektoratet, 2015, s. 16).

5.2.2 Usikkerhet knyttet til medikamentell behandling

Som vi gikk inn på i teorikapittelet, utarter smerte seg forskjellig fra person til person, men er som regel svært utbredt i terminal fase (Nortvedt, 2016, s. 173; Brenne & Dalane, 2016, s. 643). Til tross for at det er utviklet et medikamentskrin, rapporterer sykepleiere i studien til Staats, Tranvåg & Grov (2018) at medikamentskrinet ble brukt for sjelden. I tillegg rapporterer de at det er vanskelig å vurdere om det pasienten opplever er smerter eller ubehag, som igjen gjør det vanskelig å vurdere om det skal gis medisiner (Staats, Tranvåg & Grov, 2018, s. E5). Molnes (2014) rapporterer at sykepleierne vegret seg for å bruke morfin, for de ønsket ikke å gi for mye. Dette førte til at det var vaktens ansvarlige sykepleier sin erfaring med bruk av medikamentene, som avgjorde smertelindringen til pasienten den vekten (Molnes, 2014, s. 148). På den andre siden kommer det frem i Staats et al., (2018) at de sykepleierne som hadde arbeidet på sykehus eller sykehjem der medikamentene ble oftere brukt, var tryggere på å lindre symptomer med medikamenter (Staats, et al., 2018, s. E5). Ifølge sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee (2001) kan smerte oppleves både fysisk og psykisk, i og med smerten angår hele mennesket. "Psykisk smerte har klar innvirkning på mennesket i fysisk forstand, men det omvendte er like klart: fysisk smerte har også følelsesmessig innvirkning" (Travelbee, 2001, s. 113). Hvis pasienten gir uttrykk for at han har smerter, må sykepleieren lytte til pasienten og godta pasientens opplevelse av situasjonen, og derfra forsøke å finne en måte å hjelpe pasienten på (Travelbee, 2001, s. 115).

5.2.3 Viktigheten av samarbeid

Gjennom studiene kommer det fram at det ofte er urealistiske forventninger til hjemmesykepleien, og hva de kan bidra med etter utskrivelse fra sykehus til hjemmet (Molnes, 2014; Danielsen et al., 2018). Etersom det er tidkrevende for hjemmesykepleien å rette opp i slike misforståelser, anbefaler Nasjonalt Handlingsprogram (Helsedirektoratet, 2019) at en felleskonsultasjon er nyttig (Helsedirektoratet, 2019, s. 46). En felleskonsultasjon kan bestå av pasient, pårørende, palliativt team, lege fra sykehus, fastlege og representant/koordinator fra hjemmesykepleien, og også andre instanser som er relevant for pasientens pleie (Helsedirektoratet, 2019, s. 46). Selv om det på den ene siden var utfordringer i kommunikasjonen mellom hjemmesykepleien og sykehuset, ble det også rapportert om god informasjon og gode rapporter fra sykehuset (Danielsen et al., 2018; Molnes, 2014). Ifølge det nasjonale Handlingsprogrammet for palliasjon i kreftomsorgen (2019), bør utskrivning varsles i god tid, og utskrivning av pasienter med komplekse problemer bør helst ikke skje rett før helg (Helsedirektoratet, 2019, s. 46). Ved utskrivelse skal epikrise følge pasienten, slik at primærhelsetjenesten får bl.a. oppdatert medikamentliste (Helsedirektoratet, 2019, s.46). God planlegging og informasjon før utskrivelse er nødvendig for å kunne gi pasienten den tryggheten og ivaretagelsen han/hun har rett på (Brenne & Estenstad, 2016, s. 166). Ut ifra egne erfaringer med utskrivelse av pasienter til hjemmet, har det blitt gitt muntlig og skriftlig rapport til hjemmesykepleien fra sykehuset, i tillegg til at epikrise blir sendt elektronisk til hjemmesykepleien i den aktuelle kommunen pasienten hører til.

Etter at pasienten er utskrevet fra sykehuset er det fastlegen som har ansvar for å legge en plan for symptomlindring og å rekvirere medikamenter til pasienten (Brenne & Estenstad, 2016, s. 167). Funn viser at ettersom fastlegen har det overordnede ansvaret, er et tett samarbeid mellom fastlege og hjemmesykepleie slik det påpekes i Danielsen (2018) og Staats et al. (2018) et kritisk punkt (Danielsen et al., 2018; Staats et al., 2018). En av studiene trekker fram at det i noen tilfeller kan være vanskelig med å få tak i fastlegen, og at sykepleierne da står alene i å ta avgjørelser (Aamold et al., 2020). På den andre siden rapporterer flere av sykepleierne i studien til Danielsen et al. (2018) at det er lettvis å få tak i fastlege gjennom PLO-meldinger, og at fastlegen ofte gir ut mobiltelefonnummer i de tilfeller hvor pasienten hadde kort forventet levetid (Danielsen et al., 2018, s. 8). Som nevnt i teorikapittelet, er ifølge Brenne og Dalane (2016) slutfasen av livet en dynamisk fase, som

kan forandre seg raskt. Det er derfor viktig at sykepleiere observerer pasienten tett og har god mulighet for å kunne konferere om eventuelle endringer i smertelindring med fastlege (Brenne og Dalane, 2016, s. 641).

Sykepleierne i studien til Molnes (2014) rapporterer at ca. 40% av de har benyttet seg av palliativt team. Dette samarbeidet ser de på som nyttig og lærerikt (Molnes, 2014, s. 150). Selv om palliativt team er tilgjengelig for helsepersonell er det i Molnes' studie likevel ikke brukt i mer enn over halvparten av tilfellene. For at palliativt team skal involveres i pasientbehandlingen slik det er organisert i Norge, må pasienten henvises av sykehus eller fastlege (Paulsen, Haugstøl & Rosland, 2016, s. 146). Palliativt team kan bidra med bl.a. kartlegging av symptomer og behov, symptomlindring, kommunikasjon og målsetting, felles hjemmebesøk (felleskonsultasjon) og veiledning av helsepersonell (Paulsen, Haugstøl & Rosland, 2016, s. 143-144). Undersøkelser generelt har også vist at over halvparten av konsultasjonene med palliativt team resulterte i forordning av minst et medikament (Paulsen, Haugstøl & Rosland, 2016, s. 147). Det er grunn til å tro at usikkerhet som sykepleierne opplevde med hensyn til dosering og administrering av smertelindrende medikamenter (Staats, et al., 2018, s. E5), og det at den enkelte sykepleiere ofte opplever å stå alene i ivaretagelse av pasienten (Aamold et al., 2020, s. 9), burde tilsi at palliativt team skulle blitt brukt mer.

Flere av studiene belyser behovet for økt bemanning i forbindelse med ivaretagelse av palliative og terminale pasienter (Danielsen et al., 2018; Molnes, 2014; Staats et al., 2018). Planlegging og tilrettelegging rundt bruk og administrering av medikamenter til pasienten tar tid og krever godt forarbeid (Staats et al., 2018, s. E4). Med for lite ressurser og dårligere tid til den terminale pasienten, får ikke sykepleierne mulighet til å observere pasienter over tid, og derfor ikke kartlagt smertene tilstrekkelig (Molnes, 2014, s. 148). På den andre siden, viser studien til Danielsen et al. (2018), at sykepleiere på skiftet var fleksible og hjalp hverandre slik at den med ansvar for den døende pasienten fikk konsentrere seg om sine oppgaver (Danielsen et al., 2018, s. 9). Ifølge Brenne og Estenstad (2016) er kontinuitet i hjemmetjenesten av vesentlig betydning, og tiltak som er med på å fremme kontinuitet betyr mye for pasienten og dens pårørende, da det oppleves som tillitsskapende. Derfor bør pasienten ha en pasientansvarlig sykepleier eller koordinator for å sikre kontinuitet i oppfølgingen og ivaretagelsen av pasienten (Brenne & Estenstad, 2016, s. 168).

6. Anvendelse i praksis

Avslutningsvis, kan det påpekes at samtlige studier viser at sykepleierne ønsker å gjøre det oppnåelig for kreftpasientene å bo hjemme den siste tiden. På bakgrunn av dette kan en konkludere med at sykepleierne bør få jevnlig faglig oppdatering, mulighet for refleksjon og drøfting med kollegaer, og kursing/hospitering ved kreftavdeling. Videre viser drøftingen også at det er stor usikkerhet knyttet til å gi smertelindring ved hjelp av medikamenter. En kan også trekke frem viktigheten av et godt samarbeid, både internt i hjemmesykepleien, og eksternt med andre instanser.

Hvis vi skal trekke frem noen punkter i forhold til hva vi har lært om hvordan vi kan tilrettelegge for optimal smertelindring for hjemmeboende, terminale kreftpasienter, vil vi utdype noen punkter:

- Vi foreslår at det legges til rette for at ansatte i hjemmesykepleien kan få jevnlig kursing og/eller hospitering. Dette vil styrke kompetansen sykepleierne allerede har, og gjøre de tryggere i sine arbeidsoppgaver rundt smertelindring.
- Vi foreslår at det utarbeides tydelige retningslinjer for smertelindrende medikamentell behandling hos de ulike hjemmetjenestene. Dette for å unngå store variasjoner, og usikkerhet rundt smertelindringen.
- Vi foreslår at det vektlegges å gjennomføre felleskonsultasjoner relativt raskt etter at pasienten er utskrevet til hjemmet. Dette for at hjemmesykepleien kan koordinere pasientens behov for ivaretagelse og smertelindring, sammen med pasient, pårørende, fastlege og palliativt team.
- Vi anbefales å benytte seg av palliativt team for å få veiledning og råd, for å gjøre sykepleierne sikrere på den medikamentelle smertelindringen.
- Vi anbefaler at det frigis ekstra tid for sykepleierne som er ansvarlig for den terminale pasienten. Dette for å sikre tilstrekkelig tid til å kartlegge og observere pasienten, som igjen fører til optimal medikamentell smertelindring.

Litteraturliste:

Aamold, K., Grov, K. & Rostad, H.M. (2020). Hjemmesykepleieres erfaringer når kreftpasienter ønsker å dø hjemme. *Klinisk Sygepleje*, 34(1), 3-15.

<https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.18261/issn.1903-2285-2020-01-02>

Brenne, A.-T. & Estenstad, B. (2016). Hjemmedød. I S. Kaasa & J.H. Loge (Red.), *Palliasjon, Nordisk lærebok* (2. utg. s. 161-171). Oslo: Gyldendal Akademisk

Brenne, A.-T. & Dalane, R. (2016). Symptomlindring av den døende pasienten. I S. Kaasa & J.H. Loge (Red.), *Palliasjon, Nordisk lærebok* (2. utg. s. 638-652). Oslo: Gyldendal Akademisk

Dahlborg-Lyckhage, E. (2017). Att analysera berättelser (narrativer). I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats : Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 171- 181). (3. uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.

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

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Danielsen, A., Berntzen, A., & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 381-422). Oslo: Gyldendal akademisk.

Danielsen, B.V., Sand, A.M., Rosland, J.H. & Førland, O. (2018). Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care – a qualitative study. *BMC Palliat Care* 17 (95). <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0350-0>

Glosli, H., Einen, M. & Hansen, T.W.R. (2016). Smerte- og symptomlindring hos barn. I S. Kaasa & J.H. Loge (Red.), *Palliasjon, Nordisk lærebok* (2. utg. s. 772-783). Oslo: Gyldendal Akademisk

Helse Bergen. (2021, 24. august). Medikamentskrin vaksne. Hentet fra <https://helse-bergen.no/kompetansesenter-i-lindrande-behandling/palliasjon-verktoy-for-helsepersonell/medikamentskrin-vaksne>

Helsebiblioteket. (Hentet 2022, 20. april). Alle databaser. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser>

Helsedirektoratet. (2015). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>

Helse- og omsorgsdepartement. (2019-2020). *Lindrende behandling og omsorg* (Meld. St. 24 (2019-2020)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>

Kreftregisteret. (2021, 21. september). Kreft i Norge. Hentet fra <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>

Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D. G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie, bind 2* (5. utg., s. 397-436). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Mathisen, J. (2016). Sykepleie ved livets avslutning. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E. A. Skaug & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 3* (3. utg., s. 407-449). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Molnes, S. (2014). Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. *Nordisk Sygeplejeforskning*, (2), 142-155.
<https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.18261/ISSN1892-2686-2014-02-06>

Nortvedt, F. (2016). Smerte - en personlig og sammensatt erfaring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3* (s. 169-186). Oslo: Gyldendal Akademisk

Paulsen, Ø., Haugstøl, T. & Rosland, J.H. (2016). Palliative team på sykehus. I S. Kaasa & J.H. Loge (Red.), *Palliasjon, Nordisk lærebok* (2. utg. s. 139-149). Oslo: Gyldendal Akademisk

Staats, K., Tranvåg, O. & Grov, E.K. (2018) Home-Care Nurses' Experience With Medication Kit in Palliative Care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 20 (6), E1-E9.
doi: 10.1097/NJH.0000000000000518

Thidemann, I. H. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (Gyldendals sykepleieklassikere). Oslo: Gyldendal akademisk.

VEDLEGG 1

Søkelogg:

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Antall valgte artikler
15.03.22	Medline	* Palliative care or end of life care * Nurse or nurses * Home care or home care services	* Scholarly (Peer Reviewed) Journals * 2011-2022 * English	876	5	2	1
16.03.22	Oria (Idunn)	Palliativ* Sykepleie* Dø* Kreft*	*Fagfelleverderte tidsskrifter * 2011-2022 * English	19	3	2	1
16.03.22	Cinahl	Nurs* AND palliative care AND pain management	Fra 2011-2022., Peer Reviewed	331	3	1	0
17.03.22	Cinahl	Nurs* AND home care AND Palliative AND medication	Fra 2011-2022, Fagfelleverderte	65	4	2	1
17.03.22	Oria	Sykepleie* OG terminal OG kreft OG hjemme	2011-2022, Fagfelleverderte	1	1	0	0
18.03.22	Oria	Hjemmesykepleie OG kreft OG palliativ OG dø	2011-2022, Fagfelleverderte	6	2	1	1

VEDLEGG 2

Litteratormatrise:

Artikkel 1	
Tittel	Sykepleiernes erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter
Tidsskrift/ årstall	Nordisk sygeplejeforskning, 2014
Forfattere	Sven Inge Molnes
Perspektiv	Sykepleier
Problem	Sykepleierne i artikkelen mente at det var en stor utfordring å tilby pasientene den beste smertelindringen. Utfordringer for å oppnå forbedring i kvaliteten av tjenestene.
Hensikt	Hensikten med artikkelen var å se nærmere på smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter, ville få frem sykepleiernes erfaringer knyttet til smertelindring hos hjemmeboende kreftpasienter, og hva sykepleierne etterlyste av kompetanse i arbeidet med denne pasientgruppen slik at dem selv kunne ivareta egen trygghet i rollen med hvordan behandle hjemmeboende kreftpasienter.
Metode	Kvalitativ metode, som baserer seg på en beskrivende undersøkelse. Data ble hentet ved hjelp av halvstrukturerede, individuelle intervjuer. Intervjuene ble utført fra november 2007 - januar 2008. Intervjuene varte fra 50-90 minutt. Ble benyttet lydopptaker.
Resultater	Det er økende grad av kreftpasienter som ønsker å dø hjemme. Sykepleierne i artikkelen mente at det var en stor utfordring å tilby pasientene den beste smertelindringen. Kompetansen i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten varierer. Dem ønsker å sette mer fokus på symptomlindring og god kommunikasjon mellom helsepersonell, pasienten og pårørende, for å kunne styrke omsorgen for pasientene ved livets slutt.
Konklusjon	Sykepleierne var stort sett fornøyde med jobben dem gjør hos de hjemmeboende kreftpasientene, men kom fram til at det var en stor utfordring å tilby pasientene den beste smertelindringen. Kom fram til at dem ønsket økt kompetanse hos sykepleierne innen smertelindring. Det er viktig for at flere kreftpasienter skal få en god og verdig behandling i egne hjem, at man fokuserer på symptomlindring og god kommunikasjon mellom pasientene, pårørende og helsepersonellet. Man trenger å øke kvaliteten både teoretisk, og personlig kompetanse.

Artikkel 2	
Tittel	Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care
Tidsskrift/ årstall	BMC (biomedcentral), 2018
Forfattere	Britt Viola Danielsen, Anne Marit Sand, Jan Henrik Rosland & Oddvar Førland
Perspektiv	Sykepleiere og fastleger
Problem	At overgangen mellom sykehus og hjemmet kan være utfordrende. Det avhenger av at det er tett samarbeid mellom fastlegen, familien, pasienten og hjemmesykepleien. Det krever erfaring og kompetanse for hjemmebasert palliasjon.
Hensikt	Sykepleiernes erfaringer om pasienter som bor hjemme i terminal fase, som ønsker å dø hjemme.
Metode	Kvalitativ tilnærming med en fenomenologisk dimensjon, med fire fokusgrupper ved hjelp av semistrukturert spørsmålsguide. Tematisk analyse - fire analysetrinn.
Resultater	<ul style="list-style-type: none"> • Viktigheten av en god start for pasienten og deres familie • At det ble etablert tillit og trygghet for pasienten og familien • Viktig med planlegging og tilrettelegging i hjemmet • Godt samarbeid mellom hjemmesykepleie og fastlegen • Viktig med god kompetanse og erfaring
Konklusjon	For at pasienten skal få optimal palliativ behandling i hjemmet, avhenger det av at det er et tett samarbeid og dialog mellom pasienten, familien, hjemmesykepleien og fastlegen. Det kan i noen tilfeller være utfordrende for fastlegen sitt syn, at dem ofte ikke blir koblet på under sykehusinnleggelsen og før utskrivning.

Artikkel 3	
Tittel	Hjemmesykepleieres erfaringer når kreftpasienter ønsker å dø hjemme
Tidsskrift/ årstall	Klinisk sygepleje/2020
Forfattere	Aamold, K., Grov, E.K., Rostad, H.M.
Perspektiv	Sykepleier
Problem	Selv om mange profesjoner er involvert i palliasjon i hjemmet er det ofte hjemmesykepleien som har den døgkontinuerlige oppfølgingen av pasienten og deres pårørende. De står ofte alene om å ta krevende avgjørelser i denne situasjonen, som kan føre til arbeidsrelatert stress og fare for utbrenthet.

Kandidatnummer: 5180 & 5207

Hensikt	Å undersøke hvilke utfordringer hjemmesykepleiere har i forbindelse med å ta vare på kreftpasienter som ønsker å dø hjemme
Metode	Kvalitativ tilnærming. Fokusgruppeintervju over 30-45min i samtalegrupper. 10 sykepleiere fra to forskjellige distrikt i samme by.
Resultater	Tre funn kom fram av studien: - Det var vanskelig å balansere sitt eget behov for distanse, samtidig med pasientens behov for nærhet. - Å tilpasse tjenestene til den enkelte pasienter kunne til tider være vanskelig, og sykepleieren måtte noen ganger nedprioritere andre oppgaver. - Samarbeid mellom de ulike profesjonene og faggruppene kunne by på utfordringer. I teorien var det et velorganisert team rundt pasient og pårørende, men det var ofte utfordringer når det kom til uavklarte ansvarsområder og utilgjengelighet.
Konklusjon	Studien belyser utfordringer i form av organisering av arbeidet til hjemmesykepleiere med denne pasientgruppen. Disse utfordringene må integreres bedre og det er behov for en mer systematisk organisering, som også støtter hj.spl faglig og personlig.

Artikkel 2	
Tittel	Home-Care Nurses' Experience With Medication Kit in Palliative Care
Tidsskrift/ årstall	Journal of Hospice & Palliative Nursing / 2018
Forfattere	Grov, E.K., Staats, K., Tranvåg, O.
Perspektiv	Sykepleier
Problem	1. Hvilke forhold letter bruken av medikamentsett for hj.spl. som er ansvarlige for riktig symptombehandling av pasienter i terminal fase? 2. Hvilke forhold hindrer bruken av medikamentsett for hj.spl med ansvar for å håndtere terminale pasienters symptomer?
Hensikt	Utvikle ny kunnskap om norske hj.spl erfaringer knyttet til medikamentsett, som et verktøy for symptomhåndtering for hjemmeboende pasienter i terminal fase.
Metode	Kvalitativ tilnærming, basert på hermeneutisk metodikk. Fokusgruppeintervju i kombinasjon med påfølgende individuelle dybdeintervjuer ble brukt til datainnsamling. 18 sykepleiere deltok, fordelt på 2 fokusgrupper (6 og 8 deltakere), og 4 individuelle dybdeintervjuer. Deltakerne var mellom 30-62 år og hadde gjennomsnittlig 12 års erfaring (varierende fra 1-39 år). 7 av deltakerne hadde relevant spesialisering innen palliasjon og kreftomsorg.

Kandidatnummer: 5180 & 5207

Resultater	<p>Problem 1: Tydelige strukturer rundt medisinsettet gav økt selvtillit og planlegging rundt dette var essensielt for optimal pleie. I forbindelse med dette var avklarende møter med fastlege også viktig og gav selvtillit.</p> <p>Problem 2: Utilstrekkelig kvalitetssikring og at medisinsettet var relativt sjeldent brukt gjorde sykepleiere usikre på bruken og det å gi riktig dose, til tross for klare instruksjoner. Denne sårbarheten var enda større på natten, da sykepleiere ofte er alene om ansvaret.</p>
Konklusjon	<p>Studien konkluderer med at økt kompetanse i grunnleggende palliasjon, spesielt i forhold til symptomlindring i terminalfasen, bidrar til økt tillit til bruk av medisinsett. Videre vil et system som sikrer tilgjengelige fagressurser døgnet rundt være viktig, slik at flere pasienter som ønsker å dø hjemme, kan få oppfylt sitt ønske.</p>