

BSYBAC-6

Bacheloroppgave i Sykepleie

Palliasjon i hjemmet



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

[Stavanger, 03.01.2023]

Kandidatnummer: 1550 og 1575

SAMMENDRAG

BAKGRUNN: Vi har gjennom praksis og jobb fått innblikk i hvordan palliasjon foregår på institusjon og i hjemmet. Vi fant palliasjon i hjemmet spesielt interessant, da det kan by på store utfordringer for sykepleierne. Vi ønsket derfor å undersøke hvilke forhold som har betydning for at pasienter i palliativ fase skal få god palliasjon i hjemmet.

HENSIKT: Gjennom et sykepleieperspektiv har oppgaven som hensikt å beskrive hvilke forhold som er viktige for at pasienten skal oppleve god palliasjon i hjemmet.

METODE: Vi har brukt integrativ litteraturoversikt som metode for oppgaven. Vi benyttet fem vitenskapelige artikler, hvor fire av dem har en kvalitativ tilnærming og en har en kvantitativ tilnærming. Fire av artiklene tar for seg et sykepleieperspektiv, mens den resterende tar for seg et pasient- og pårørendeperspektiv. Vi har brukt Friberg (2017) sin analysemodell til å analysere dataene.

RESULTATER: Ut fra resultatene ser vi at sykepleierne er usikre i smertelindringen og opplever utfordringer med det tverrfaglige samarbeidet. Det kommer også frem at sykepleierne har manglende kunnskap og kompetanse innenfor palliasjon. Videre ser vi at god omsorg står sentralt i palliasjonen, og at det er viktig å lindre lidelser som pasientene opplever. Til slutt blir det lagt vekt på at sykepleiers kommunikasjon til pasient og pårørende er viktig for å skape trygghet.

NØKKEWORD: Palliasjon, palliativ behandling, hjemmesykepleie, hjemmet, sykepleier

INNHold

1.0 INNLEDNING	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Problemformulering.....	5
1.3 Hensikt.....	6
1.4 Avgrensning.....	6
2.0 TEORI.....	7
2.1 Palliasjon.....	7
2.1.1 Sykepleiers rolle innenfor palliasjon	7
2.2. Hjemmet som arena	8
2.3 Tverrfaglig samarbeid.....	8
2.3.1 Samhandlingsreformen	8
2.4 Hva er smerte?	9
2.4.1 Smertelindring	9
2.4.2 Kartlegging av smerter	9
2.5 Kunnskap og kompetanse	10
2.5.1 Faglig forsvarlighet	10
2.6 Kommunikasjon.....	10
2.6.1 Kommunikasjon med pasient og pårørende.....	11
2.6.2 Trygghet og informasjon.....	11
3.0 METODE	12
3.1 Valg av metode	12
3.2 Litteratursøk.....	12
3.2.1 Valg av databaser	12
3.2.2 Valg av søkeord	12
3.2.3 Valg av søketeknikker og avgrensninger	13
3.2.4 Valg av dokumenter	13
3.3 Analyse	16
4.0 RESULTAT	17
4.1 God omsorg står sentralt i palliasjon	17
4.1.1 Palliative pasienter opplever lidelse i form av kroppslige endringer	17
4.2 Usikkerhet i medikamentell smertelindring.....	18
4.2.1 Lite bruk av kartleggingsverktøy i vurderingen av smerter hos palliative pasienter	19
4.3 Sykepleierne opplever utfordringer med det tverrfaglige samarbeidet	19
4.4 Mangelfull kunnskap og kompetanse	20
4.5 Kommunikasjon.....	21

4.5.1 Kommunikasjon og informasjon er med på å skape trygghet hos pasient og pårørende.....	21
5.0 DISKUSJON.....	22
5.1 Metodediskusjon.....	22
5.2 Resultatdiskusjon.....	24
5.2.1 God omsorg står sentralt i palliasjon	24
5.2.2 Usikkerhet i medikamentell smertelindring	25
5.2.3 Sykepleierne opplever utfordringer med det tverrfaglige samarbeidet.....	26
5.2.4 Manglende kunnskap og kompetanse.....	27
5.2.5 Kommunikasjon	28
6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS.....	30
REFERANSER	32
VEDLEGG	
Vedlegg 1. Søkelogg	
Vedlegg 2. Litteratormatrise	

Antall ord: 7964

1.0 INNLEDNING

Målet med den palliative pleien er at pasienten skal ha det best mulig, og oppleve god livskvalitet i sluttfasen av livet. Flertallet av pasientene i Norge dør på sykehus og i sykehjem, mens 15 prosent av pasientene dør i sitt eget hjem. Å få tilbringe den siste tiden i eget hjem kan for mange oppleves som riktig og naturlig. Det er lettere å tilrettelegge for personlige ønsker, og pasienten får tilbringe den siste tiden med deres pårørende. Forskning peker på at det stadig blir flere som ønsker å dø i eget hjem (Hoem et al., 2022, s. 1-2).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom praksis og jobb under sykepleierutdanningen har vi møtt flere ulike pasienter i palliativ fase. Vi har fått innblikk i hvordan palliasjon foregår på institusjon og i hjemmet. Etter praksis i hjemmesykepleien fant vi palliasjon i hjemmet spesielt interessant. Vi har sett og erfart pasienter som lever med en uhelbredelig sykdom, og hvilke påkjenninger dette gir dem og deres pårørende i hverdagen. Palliasjon i hjemmet byr på mange utfordringer (Helsedirektoratet, 2019). Man jobber i pasientens hjem, har tett samarbeid med pårørende, og begrenset tid til å gi optimal pleie og omsorg. Dette skapte nysgjerrighet til å undersøke hvilke forhold sykepleiere mener har betydning for at pasienten skal oppleve god palliasjon i hjemmet.

1.2 Problemformulering

Å leve med en uhelbredelig sykdom med kort forventet levetid kan by på flere utfordringer. Livssituasjonen endrer seg, og sykdommen kan oppleves som en belastning for både pasient og pårørende. Som sykepleier vil en møte flere av disse pasientene. Sykepleieren har en viktig rolle ved den palliative pleien i hjemmet. De skal fremme best mulig symptomlindring, pleie og omsorg til disse pasientene. Det er derfor viktig at sykepleierne har god kunnskap om forhold som fremmer palliasjon i hjemmet. Mange pasienter i palliativ fase vil være hjemme så lenge som mulig, og helsesektoren ønsker å tilrettelegge for dette (Hoem et al., 2022, s. 2-4). Manglende kunnskap kan føre til at den gode palliasjonen i hjemmet blir utfordret, og at pasientens ønske om å være hjemme i palliativ fase ikke blir oppfylt. Ved å belyse problemformuleringen fra et sykepleieperspektiv kan sykepleiere få økt kunnskap om den palliative behandlingen i hjemmet. Innspill fra et pasient- og pårørendeperspektiv kan bidra til at sykepleiere får økt forståelse om hvordan pasient og pårørende faktisk opplever pleien og

omsorgen. Ny kunnskap kan bidra til at flere pasienter i palliativ fase kan få være lengst mulig hjemme, og ha det best mulig.

1.3 Hensikt

Bacheloroppgavens hensikt er todelt. Oppgaven har en faglig og en formell hensikt. Den faglige hensikten er å beskrive gjennom et sykepleieperspektiv hvilke forhold som er viktige for at pasienten skal oppleve god palliasjon i hjemmet. Oppgavens formelle hensikt er å skrive et avsluttende arbeid i sykepleierutdanningen ved Universitetet i Stavanger.

1.4 Avgrensning

Vi har avgrenset oppgaven slik at den omhandler voksne personer, uavhengig av diagnose, i langkommet palliativ fase. Pårørende er sentrale ved palliasjonen i hjemmet, men på grunn av oppgavens ordomfang har vi ikke hatt særlig fokus på dem.

2.0 TEORI

I dette kapittelet vil vi beskrive teori som er aktuell for bacheloroppgavens hensikt. Vi starter med å definere palliasjon, samt sykepleiers rolle innenfor palliasjon, og hjemmet som omsorgsarena. Videre vil vi beskrive ulike forhold som er sentrale innenfor palliasjon.

2.1 Palliasjon

Palliasjon blir av Verdens helseorganisasjon definert slik.

Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnæringsmåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved hjelp av tidlig indentifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art. (Helsedirektoratet, 2018)

Palliativ fase starter når det erkjennes at sykdommen er uhelbredelig, og avsluttes når pasienten dør. Utover i palliativ fase vil pasienten bære preg av høy symptombelastning, svakhet og hjelpeløshet (Gro, 2020, s. 539-540). Verdens helseorganisasjon vektlegger at palliasjon skal benyttes gjennom hele den palliative fasen, og ikke bare ved livets slutt (Helsedirektoratet, 2019).

2.1.1 Sykepleiers rolle innenfor palliasjon

Sykepleiers rolle innenfor palliasjon er blant annet å ha kunnskap om ulike sykdommer og behandlingsformer, smerte og symptomlindring, god kommunikasjon med pasient og pårørende, tilrettelegge for et godt tverrfaglig samarbeid, gi omsorg og lindre lidelse (Helsedirektoratet, 2019; Kristoffersen & Breievne, 2016, s. 192). Kari Martinsen fremhever at omsorg handler om hvordan vi forholder oss til andre, og hvordan vi viser omtanke for hverandre. Sykepleieren viser omsorg gjennom måten en møter pasienten på, og måten en handler på (Kristoffersen, 2016, s. 56-58). Lidelse er en kamp og sorgprosess som påvirker hele mennesket, ifølge Katie Eriksson. Lidelsen kan være kroppslig, psykisk eller åndelig. God sykepleie er rettet mot å lindre lidelse. Sykepleieren må derfor utvikle ferdigheter i å gjenkjenne og reagere på lidelse (Kristoffersen & Breievne, 2016, s. 192). Virginia Henderson er en sykepleieteoretiker som beskrev sykepleiers rolle innenfor palliasjon. Hun la vekt på at

det å gi sykepleie til en palliativ pasient handlet om å redusere smerten, ubehaget og opplevelsen av ensomhet. At palliativ behandling har blitt et viktig område innenfor det moderne helsevesenet, bekrefter at Hendersons tanker innenfor palliasjon har stor aktualitet i dag (Mathisen, 2015, s. 133).

2.2. Hjemmet som arena

Det særegne ved hjemmesykepleie er at sykepleien utøves i folks hjem (Fjørtoft, 2016, s. 31). Når man møter en pasient i sitt eget hjem, får man et bedre innblikk i hvem pasienten er, og hvilket liv pasienten lever (Fjørtoft, 2016, s. 36). Sykepleierne jobber ofte alene, har mindre medisinsk utstyr tilgjengelig, og ikke annet personal og fagkompetanse i umiddelbar nærhet. Det kan påføre fysiske og psykiske påkjenninger, samt usikkerhet hos personalet. Likevel er kravet om forsvarlig arbeidsmiljø i like stor grad gjeldene i hjemmet (Fjørtoft, 2016, s. 39-40).

2.3 Tverrfaglig samarbeid

Verdens helseorganisasjon har lenge hatt oppmerksomheten rettet mot å styrke tverrfaglig samarbeid (Kvilhaugsvik & Husøy, 2017). Tverrfaglig samarbeid betyr at flere yrkesgrupper jobber sammen, for å ivareta pasienten som helhet. For at det tverrfaglige samarbeidet skal fungere, er det viktig at de involverte yrkesgruppene er bevist på hva som er innenfor sin kompetanse, og hva andre yrkesgrupper kan bidra med (Haugan, 2020). Ofte har de palliative pasientene et stort behov for å bli møtt av en helhetlig helsetjeneste. Et fellestrekk for dem er at de har et behandlings- og omsorgsbehov som ingen av helsetjenestene kan løse alene, det må derfor sikres et godt tverrfaglig samarbeid på tvers av helsetjenestene (Fjørtoft, 2016, s. 193).

2.3.1 Samhandlingsreformen

I januar 2012 trådte samhandlingsreformen (Meld. St. 47 2008-2009) i kraft, og skal vise hvilken retning helse og omsorgstjenesten skal ha fremover. Reformen skal blant annet få ulike yrkesgrupper til å jobbe bedre sammen, samt flytte tjenester nærmere der folk bor (Birkeland & Flovik, 2018, s. 18- 19). Dette kan bidra til at flere palliative pasienter kan bli behandlet i hjemmet, og slippe å bli innlagt på sykehus (Mathisen, 2016, s.413). En stor

utfordring med samhandlingsreformen (Meld. St. 47 2008-2009) er at det blir flere skrøpelige pasienter, med komplekse sykepleiebehov, som må ivaretas i kommunehelsetjenesten, samtidig som sykepleierne ikke får nødvendig kompetanseheving eller økt bemanning (Gautun, 2020; Glette et al., 2018).

2.4 Hva er smerte?

Smerte er en subjektiv og sammensatt opplevelse. Det er et helhetlig fenomen, som inkluderer fysisk, psykisk og eksistensiell smerte (Nortvedt, 2016, s. 170). Smerten er individuell og oppleves forskjellig fra person til person (Danielsen et al., 2020, s. 383).

2.4.1 Smertelindring

Grunnlaget for smertelindring er at pasienten skal ha det så godt som mulig, uten unødvendige påkjenninger. Smertelindring er grunnsteinen i den palliative behandlingen (Universitetssykehuset Nord-Norge, 2012, s. 8). For å oppnå en vellykket smertelindring krever det systematisk observasjon i form av datasamling, klinisk observasjon, kartlegging og vurdering av pasientens smerter. Deretter administrering av eventuelle medikamentelle eller ikke-medikamentelle tiltak. Sykepleieren har en sentral rolle i lindringen av pasientens smerter. Sykepleieren trenger bred kunnskap innenfor tema som symptomer, bivirkninger, administrering av ulike medikament, kroppslige og mentale endringer (Danielsen et al., 2020, s. 382).

2.4.2 Kartlegging av smerter

En må kunne kartlegge pasientens smerter på en god måte, for å kunne gi best mulig pleie (Danielsen et al., 2020, s. 383). Et kartleggingsverktøy kan bidra til å få en mer nøyaktig vurdering av smerten og smertebehandlingen. *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS) er et kartleggingsverktøy for registrering av symptom innenfor palliasjon. Dette er ett nyttig skjema som baseres på pasientens fysiske og psykiske plager. Pasienten fyller ut skjema alene eller sammen med sykepleier. Vurderingen gir en pekepinn for videre behandling og oppfølging (Universitetssykehuset Nord-Norge, 2012, s. 7). Pasienter med kroniske smerter har gjerne få, eller ingen observerbare tegn på smerte. Da kan ESAS være et godt verktøy for at pasienten kan uttrykke sine smerter (Danielsen et al., 2020, s. 383).

2.5 Kunnskap og kompetanse

Det stilles stadig større krav til de som jobber i helsetjenesten. Som resultat av samhandlingsreformen (Meld. St. 47 2008-2009) krever det at helsepersonell i kommunehelsetjenesten innehar større kompetanse enn før (Leonardsen, 2019). «Å være kompetent innebærer å være skikket eller kvalifisert til det en gjør, og ha de nødvendige kvalifikasjonene» (Fjørtoft, 2016, s. 213). Videre i denne oppgaven vil vi fokusere på sykepleierens kompetanse innenfor palliasjon i hjemmet. Sykepleieren skal hjelpe pasient og pårørende til å beherske sykdommen og lidelsen, som preger hverdagen deres (Fjørtoft, 2016, s. 215). Palliative pasienter som bor i eget hjem, har rett på, og krever dyktige sykepleiere da de ofte har flere komplekse behov. Sykepleieren må ha kunnskap om tema som symptomer, bivirkninger, medikamentell behandling, ikke-medikamentell behandling og kommunikasjon med pårørende (Helsedirektoratet, 2019).

2.5.1 Faglig forsvarlighet

I helse- og omsorgstjenesteloven § 4 stilles det krav til helsepersonellens utførelse av arbeidet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 4). Å jobbe faglig forsvarlig betyr at man skal kjenne sin kompetanse og jobbe utfra denne. Kravet om å utøve faglig forsvarlig helsehjelp setter standarden for alt arbeid i helsetjenestene (Norsk sykepleierforbund, u.å.). I pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a. står det at pasient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-1 a).

2.6 Kommunikasjon

Vi har en medfødt evne til å kommunisere, både verbalt og nonverbalt (Eide & Eide, 2019, s. 17). Som sykepleier utøver man en profesjonell kommunikasjon. Det vil si at den er personorientert og faglig fundert. Personorientert kommunikasjon innebærer at man ser medmennesket som en hel person, med egne verdier, iboende ressurser og muligheter. Man forsøker å forstå hva som er viktig for pasienten. Man må lytte aktivt både med øyne og ører, slik at pasienten føler seg sett, hørt og forstått (Eide & Eide, 2019, s. 16-17).

2.6.1 Kommunikasjon med pasient og pårørende

Palliativ fase medfører sterke reaksjoner og følelser, både for pasient og pårørende. God kommunikasjon er viktig for å sørge for at de føler seg sett og ivaretatt. Sykepleier må ha en åpen holdning slik at pasienten tørr å ta opp vanskelige tema (Mathisen, 2016, s. 420, 423). For å møte pasientens og pårørendes behov må sykepleieren vise interesse og engasjement. Mange pasienter har ett behov for å snakke om livet de har hatt og hva de har oppnådd, slik at de kan forsones seg med det som vil skje fremover (Grov, 2020, s. 141). Samtidig må man inkludere pårørende da de kan ha et økt behov for informasjon og bekreftelse, når livet til deres kjære går mot slutten (Helsedirektoratet, 2019).

2.6.2 Trygghet og informasjon

Måten sykepleiere kommuniserer på er med på å bygge relasjoner. Trygghet er en viktig faktor for den palliative pleien i hjemmet. Pasient og pårørende må føle seg trygge på den hjelpen de får. Trygghet kan bidra til nære relasjoner og dermed bedre utøvelse av den sykepleien som blir gitt (Hoem et al., 2022, s. 5-6). Den palliative fasen er en sårbar periode preget av mange følelser og bekymringer, for pasient og pårørende. Sykepleier må ivareta pasient og pårørendes behov for informasjon. Informasjonen er med på å skape trygghet, og må tilpasses den enkelte. For å tilpasse pasientens ønsker den siste tiden av livet er det viktig at informasjonen er tilstrekkelig, og blir gitt på en hensynsfull måte (Helsedirektoratet, 2018).

3.0 METODE

Ifølge Dalland, er metode et verktøy som kan benyttes til å samle inn aktuell data, for å gi svar på en hensikt (Dalland, 2020, s.54). Innsamlingen av data kan skje empirisk, eller i form av en integrativ litteraturoversikt. En litteraturoversikt handler om å fremstille kunnskap om et allerede eksisterende tema (Friberg, 2017, s.41). Litteraturoversikten kan basere seg på kvalitative eller kvantitative studier. Kvalitativ metode belyser opplevelser og meninger, og kan ikke måles eller tallfestes. Kvantitativ metode tar for seg data i form av målbare enheter. Hensikten med oppgaven avgjør hvilken type studie og undersøkelsesmetode man anvender (Dalland, 2020, s.54.).

3.1 Valg av metode

I bacheloroppgaven har vi tatt for oss en integrativ litteraturoversikt. Dette innebærer å danne en oversikt over allerede eksisterende forskning innenfor et fagområde, og komme frem til en ny helhet (Friberg, 2017, s.150). Oppgaven baserer seg på fem vitenskapelige og empiriske artikler, samt relevant litteratur.

3.2 Litteratursøk

For å finne svar på hensikten har vi brukt vitenskapelige artikler. Vi har derfor søkt etter vitenskapelige artikler, da disse danner grunnlaget for oppgaven. Vi har også anvendt aktuell litteratur, samt pensum fra sykepleiefaget, for å styrke oppgavens helhet.

3.2.1 Valg av databaser

For å finne vitenskapelige artikler som var aktuelle for vår hensikt, søkte vi i relevante databaser. Vi fant de ulike databasene gjennom universitetsbiblioteket. Vi benyttet Oria og Idunn. I disse databasene blir det publisert forskning innenfor sykepleiefaget.

3.2.2 Valg av søkeord

På bakgrunn av hensikten tok vi for oss relevante søkeord. Vi startet å søke i Oria med søkeordene palliasjon og hjemmet. Dette ga oss få treff. Vi forandret derfor søkeordene til palliativ behandling og hjemmet, noe som ga oss flere treff. Flertallet av artiklene omhandlet

pasienter med kreft, da de ofte befinner seg i en palliativ fase. Vi benyttet derfor kreft som et tilleggssøkeord. Kombinasjonen resulterte i funn av en aktuell vitenskapelig artikkel. Videre benyttet vi oss av Idunn. Her brukte vi søkeordene palliativ fase, palliativ behandling og hjemmesykepleie, som ga oss mange treff. Vi brukte lang tid på søkeprosessen for å finne gode og aktuelle artikler. En mer nøyaktig oversikt over søkeloggen er presentert i vedlegg 1.

3.2.3 Valg av søketeknikker og avgrensninger

Basert på ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier valgte vi fem vitenskapelige artikler. Inklusjonskriteriene innebar at artiklene fulgte IMRaD struktur og var fagfellevurdert. Dette betyr at artiklene er bygd opp etter innledning, metode, resultat og diskusjon og at de er kvalitetssikret (Søk & skriv, 2022). Vi ønsket at artiklene skulle basere seg på nyere forskning, og avgrenset derfor søket fra 2012-2022. Et annet kriterium var at artiklene skulle kunne sammenliknes med den norske hjemmetjenesten. Vi ønsket derfor at artiklene var skrevet på et skandinavisk språk. Bacheloroppgaven vår tar utgangspunkt i et sykepleieperspektiv, men har med innspill fra et pasient- og pårørendeperspektiv. Det var derfor sentralt å finne artikler som tok utgangspunkt i disse perspektivene. Artikler som ikke tok utgangspunkt i inklusjonskriteriene, ble valgt bort.

3.2.4 Valg av dokumenter

Da vi skulle velge artikler var vi opptatt av at de skulle være relevante for vår hensikt. For å besvare hensikten har vi i utgangspunktet valgt kvalitative studier, da disse belyser opplevelser og meninger. Vi har valgt å supplere med en kvantitativ studie for å belyse hensikten fra en objektiv side, og for å få en mer helhetlig forståelse (Dalland, 2020, s.54). Vi fant fire artikler som var skrevet fra et sykepleieperspektiv. Disse artiklene tar for seg flere av de samme forholdene, som er sentrale ved palliasjon i hjemmet. Videre fant vi en artikkel som belyste sider fra et pasient- og pårørendeperspektiv. For å kvalitetssikre artiklene vi hadde valgt, ønsket vi å undersøke hvor disse var publisert. Vi fant ut at alle artiklene var publisert i kjente tidsskrifter, som omhandlet sykepleieforskning. Ved å gjøre en slik kvalitetssikring av artiklene sørget vi for at de var holdbare og pålitelige (Dalland, 2020, s.58). Nedenfor følger en enkel oversiktstabell.

Tabell 1. Oversiktstabell.

Forfatter, tittel, årstall	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Molnes, S. I. (2014). Sykepleiers erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter	Smertelindring til palliative kreftpasienter som bor hjemme	Hensikten med studien var å belyse sykepleiers beskrivelse av egn praksis knyttet til smertelindring hos hjemmeboende kreftpasienter.	Sykepleieperspektiv	Studien har et kvalitativt design, basert på individuelle intervju av 10 sykepleiere i hjemmesykepleien. Sykepleieren kunne derfor formidle sine egne erfaringer fra praksisfeltet.
Aamold, K., Grov, E. K., Rostad, H. M. (2020). Hjemmesykepleiers erfaringer med kreftpasienter som ønsker å dø hjemme	Erfaringer med palliasjon og hjemmedød.	Hensikten med studien var å undersøke hvilke utfordringer hjemmesykepleiere beskriver at de har i forbindelse med ivaretagelse av kreftpasienter som ønsker å dø hjemme.	Sykepleieperspektiv	Studien har et kvalitativt design med fokus på gruppeintervju, med 10 sykepleiere fra hjemmetjenesten uten spesialkompetanse i palliasjon.
Røgenes, G. K., Moen, A., Grov, E. K. (2013). Heimesjukepleiernes perspektiv på	Forhold som fremmer palliasjon i hjemmet	Hensikten med studien var å belyse sykepleieres perspektiv på faktorer som er viktig for deres evne til å fremme	Sykepleieperspektiv	Studien har et kvantitativt design. 189 sykepleiere fra hjemmetjenesten besvarte et spørreskjema som inneholdt spørsmål

forhold som fremjer palliasjon i heimen		palliasjon i hjemmet.		innen støtte, kunnskap, erfaring, organisering, kommunikasjon, informasjon og samarbeid.
Lersveen, G. L., Devik, S. A. (2021). Gunhild Lein Lersveen & Siri Andreassen Devik Opplevelse av trygghet i hjemmebasert palliativ omsorg: pasienters og pårørendes perspektiv	Opplevelse av trygghet ved palliasjon i hjemmet.	Hensikten med studien var å undersøke hva som fremmer trygghet hos pasient og pårørende når de mottar palliasjon i hjemmet.	Pasient- og pårørendeperspektiv	Studien har et kvalitativt design, eksplorativt design. Denne metoden er hensiktsmessig når en vil få en mer kompleks og detaljert forståelse, samtidig som en vil dra inn menneskers fortellinger og erfaringer. Det ble benyttet kvalitative dybdeintervju med 7 pasienter og 7 pårørende.
Lorentsen, V. B., Nåden, D., Søteren, B. (2016). Fanget i en «fremmed kropp» - Sykepleiers erfaringer med kroppslige endringer hos pasienter i palliativ fase.	Kroppslige endringer hos pasienter i palliativ fase	Hensikten med studien var å belyse betydningen av kroppslige endringer hos pasienter i palliativ fase, og hvordan sykepleier kan bidra til at pasientene kan forsones seg med egen kropp.	Sykepleieperspektiv	Studien har et kvalitativt design. Det ble brukt forskningsintervju for å innhente beskrivelser fra den intervjuedes subjektive erfaringer.

3.3 Analyse

Vi har brukt Fribergs metode (Friberg, 2017, s. 178-179) i analysearbeidet vårt. Dette innebærer å lese gjennom de utvalgte artiklenes helhet flere ganger. Videre må vi forstå innholdet og sammenhengen, slik at vi kan komme frem til en ny helhet (Friberg, 2017, s.148). For å se helheten startet vi analysearbeidet med å ta for oss hver artikkel. Deretter satte vi oss inn i artiklenes ulike deler, og trakk frem likheter og ulikheter fra artiklenes hensikt, metode, analyse og resultat. For å skape en oversikt over dataene brukte vi fargekoder for å markere temaer, som omhandlet det samme. Denne metoden gjorde at vi ble godt kjent med artiklene, noe som var avgjørende for arbeidet vårt. Ved å ha hensikten i bakhodet gjennom hele analysearbeidet innhentet vi data som var relevant for oppgaven, og utelot data som ikke var aktuell for hensikten. Etter å ha analysert de ulike delene i artiklene opp mot hverandre, og funnet relevant data, skapte vi en større forståelse av innholdet. På denne måten kom vi frem til en ny helhet (Friberg, 2017, s. 178-179). Under analysearbeidet kom vi frem til fem hovedkategorier og tre underkategorier som er relevante for å besvare vår hensikt. Vi har utarbeidet en tabell over kategoriene, som resultatdelen vil basere seg på. Se tabell 2 nedenfor.

Tabell 2. Hoved og underkategorier.

Hovedkategori	Underkategori
God omsorg står sentralt i palliasjon	Palliative pasienter opplever lidelse i form av kroppslige endringer
Usikkerhet i medikamentell smertelindring	Lite bruk av kartleggingsverktøy i vurderingen av smerter hos palliative pasienter
Sykepleierne opplever utfordringer med det tverrfaglige samarbeidet	
Manglende kunnskap og kompetanse	
Kommunikasjon	Kommunikasjon og informasjon skaper trygghet hos pasient og pårørende

4.0 RESULTAT

I dette kapittelet vil vi presentere funn fra de fem vitenskapelige artiklene, som danner grunnlaget for vår bacheloroppgave.

4.1 God omsorg står sentralt i palliasjon

Hjemmesykepleierne har en nøkkelrolle i å skulle gi pasienten god omsorg i den palliative fasen (Aamold et al., 2021, s. 8). Sykepleierne kan vise omsorg gjennom å utføre et godt stell, hjelpe pasienten til å føle seg ren, ha rent tøy og ha det ryddig rundt seg: «Utseende har mye å si. Det å få stelt håret, ha det rent og pent. Ikke bli oppfattet som råttne nedfallsfrukt» (Lorentsen et al., 2016, s. 170). Sykepleierne fremhever betydningen av å se og bekrefte den palliative pasienten: «Jeg tror det var greit for henne å se at blikkene møttes i speilet. Jeg kan jo ikke bare si noen trøstens ord heller» (Lorentsen et al., 2016, s. 171). I spørreskjemaet til Røgenes (2013) ble det stilt spørsmål angående bruken av kontaktsykepleier for å koordinere omsorgen til døende pasienter. De fikk fire svaralternativ, og det ble regnet gjennomsnitt ut av dette. Besvarelsen til de unge og eldre sykepleierne viste at det ofte ble oppnevnt en kontaktsykepleier for disse pasientene. Sykepleierne mener at en kontaktsykepleier kan bidra til at omsorgen for de palliative pasientene blir god (Røgenes et al., 2013 s. 68). Ifølge Molnes (2014) og Aamold (2020) mente sykepleierne at pasientene kunne få bedre pleie og omsorg dersom det var flere på arbeid. Sykepleierne forteller om dårlig tid i forhold til oppgaver som skal utføres, noe som går utover den gode omsorgen (Aamold et al., 2020, s. 8). «Arbeidsoppgaver blir ikke utført på grunn av at det mangler sykepleiere eller manglende kompetanse, noe som fører til at pasientene ikke blir ivare tatt optimalt» (Molnes, 2014, s. 148).

4.1.1 Palliative pasienter opplever lidelse i form av kroppslige endringer

Sykepleierne i studien til Lorentsen (2016) opplever at kroppslige forandringer fører til lidelse hos pasienten: «Jeg tror det er ganske grunnleggende vondt det at du begynner å bli så endret. Det er veldig sårt, og jeg tror det går på noe av det innerste» (Lorentsen et al, 2016, s. 168). Alvorlig syke pasienter opplever fortvilelse og vemmelse over en forandret kropp: «Pasienter skammer seg over de kroppslige endringene, spesielt vond lukt, og de føler seg ekle og ubehagelige fordi de lukter, og lukt er vanskelig å skjule» (Lorentsen et al, 2016, s. 168-169). De kroppslige endringene blir en bekreftelse av sykdommen og alvorlighetsgraden den

medfører: «En dame så seg selv i speilet. Det eneste hun så var øynene som stakk ut. Hun sa: jeg ser jo mer død enn levende ut. Tennene er nesten for store i forhold til ansiktet, ingenting igjen av hendene» (Lorentsen et al, 2016, s. 169).

4.2 Usikkerhet i medikamentell smertelindring

I studien til Molnes (2014) kommer det frem at sykepleierne er usikre når det gjelder å gi medikamentell smertelindring: «Det er vanskelig å bestemme seg for når man skal gi og ikke gi smertelindring» (Molnes, 2014, s. 148). Informantene i studien forteller at smertelindring er et tema som ofte skaper uenighet i hjemmesykepleien: «Noen av sykepleierne har sterke meninger for når det skal gis, mens andre mener at man må avvente situasjonen» (Molnes, 2014, s. 148). Noen av sykepleierne opplever at personlige meninger er med på å påvirke smertelindringen. I noen tilfeller oppleves dette som positivt, men flere av sykepleierne hadde opplevd at både pasient, pårørende og annet helsepersonell ikke synes sykepleierne opptrer profesjonelt når pleien blir preget av personlige meninger (Molnes, 2014, s.148).

Ifølge Molnes (2014) kan det til tider oppstå uenigheter mellom sykepleierne når det skal velges administrasjonsform til ulike medikamenter. Flere av sykepleierne ønsker å beholde tabletter lengst mulig, men trekker frem smertepaster som et godt alternativ, når behovet for smertestillende øker. Sykepleierne trekker frem flere fordeler ved å administrere smertepaster. Smertepasteret trenger ikke skiftes hver dag, en kan skifte det alene og sykepleierne opplever det tryggere å administrere smertepaster, istedenfor smertepumpe og injeksjoner. Sykepleierne i studien føler seg utrygge ved administrering av morfin, fordi de er redde for å gi for mye. Dette fører til at de er tilbakeholdne med å gi smertestillende. Likevel er det flere sykepleiere som mener at pasienten må smertelindres på en optimal måte: «Om dette førte til at pasienten ble sløv og pårørende mistet kontakten med pasienten, så var det viktigste at pasienten hadde det godt, og at pårørende ble informert om situasjonen» (Molnes, 2014, s. 148-149).

4.2.1 Lite bruk av kartleggingsverktøy i vurderingen av smerter hos palliative pasienter

Kartleggingsverktøy er noe sykepleierne sjelden bruker for å vurdere pasientens opplevelse av smerte. Bare tre av ti benytter seg av ESAS (Molnes, 2014, s. 149). Ifølge Molnes er det flere ulike grunner til at sykepleierne ikke benytter seg av slike kartleggingsverktøy. De har ikke tilstrekkelig opplæring i bruken av slike verktøy, de mener det er individuelt hvordan man kartlegger pasienten og det går for mye tid til å fylle ut slike skjema: «Det var nok om de spurte pasienten, da det var det som hadde betydning for vurderingen av smerte» (Molnes, 2014, s. 149). Sykepleierne opplever at pasientene ikke ønsker å forholde seg til flere skjemaer: «De så på det som en ekstra belastning, enda flere skjema å forholde seg til» (Molnes, 2014, s. 149). I studien kommer det frem at kartleggingsverktøy er noe sykepleiere bør anvende for å kartlegge symptomer. Kartleggingsverktøy gir grunnlag for tiltak som er viktig for å gi palliativ omsorg av god kvalitet (Molnes, 2014, s. 153). I Røgenes (2013) besvarte deltakerne et spørreskjema der et av spørsmålene var om de benyttet seg av ESAS til å kartlegge pasientens symptom. Det ble rapportert at de kvinnelige sykepleierne benyttet ESAS oftere enn sine mannlige kollegaer. Resultatet viste at kvinnene brukte ESAS av og til, mens mennene brukte det sjelden (Røgenes et al., 2013, s. 69).

4.3 Sykepleierne opplever utfordringer med det tverrfaglige samarbeidet

De analyserte artiklene beskriver viktigheten av samarbeid på tvers av tjenester (Lersveen, 2021; Røgenes, 2013; Molnes, 2014; Aamold, 2020). I artikkelen til Aamold (2020) blir det lagt frem at tverrfaglig samarbeid er en forutsetning for palliasjon av høy kvalitet. Selv om mange tjenester er involvert i palliasjon i hjemmet, er det i hovedsak hjemmesykepleiere som har hovedansvaret for oppfølgingen av pasienten og deres pårørende. Likevel har hjemmesykepleiere et behov for samarbeid med andre aktuelle aktører for å ivareta pasienter med uhelbredelig sykdom (Aamold et al, 2020, s. 4). Dette samsvarer med Røgenes (2013) som vektlegger at tverrfaglig samarbeid er nødvendig, fordi en palliativ pasient har komplekse behov (Røgenes et al, 2013, s. 65).

I artikkelen til Lersveen (2021) blir det nevnt at samarbeidet mellom fastlege og hjemmesykepleie er viktig for at pasienten skal få palliativ behandling i hjemmet (Lersveen et al., 2021, s. 9). Dette understøttes i studien til Aamold (2020), som også fremhever

samarbeidet med øvrig kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, som en sentral faktor (Aamold et al, 2020, s. 34). Sykepleierne forteller om viktigheten av å få støtte fra andre med spesialisert kompetanse, i situasjoner hvor de føler seg utrygge: «... viktig at vi får tak i leger, får hjelp til medisiner, medisinske spørsmål, sånne ting, ikke at fastleger ikke svarer på telefon... det er fryktelig frustrerende...» (Aamold et al, 2020, s. 9).

I Aamold (2020) sin studie opplever sykepleierne at det er manglende støtte og rådgivning fra andre profesjoner og faggrupper. De påpeker at samarbeidet ikke er problemfritt, og at det ofte er uavklarte ansvarsområder i form av smertelindring til pasienten, samtale med pasienten og koordinering med sykehus og fastlege. Sykepleierne forteller at de ofte står alene i utfordrende situasjoner i hjemmet, noe som fører til utrygghet hos dem. Vanskelige avgjørelser blir tatt uten mulighet for å diskutere med lege, da de ofte er utilgjengelige (Aamold et al, 2020, s. 9-11). Sykepleierne beskriver tilfeller der pasient og pårørende etterspør informasjon, som er utenfor deres kompetansenivå: «Det er ikke min jobb å få folk til å vite at de skal dø, men jeg er der for å hjelpe, jeg er der for pasientens pleiebehov» (Aamold et al, 2020, s. 10).

4.4 Mangelfull kunnskap og kompetanse

I studien til Røgenes (2013) er kunnskap og kompetanse viktige faktorer for å kunne ivareta den palliative pasienten i hjemmet. Disse faktorene gir en økt følelse av faglig trygghet hos sykepleierne, i møte med pasientene. Sykepleierne har behov for medisinsk kunnskap, kartlegging av symptom, behandling av medisinsk utstyr og god evne til observasjon. I spørreskjemaet til Røgenes (2013) ble det stilt spørsmål om sykepleierne hadde tilstrekkelig kunnskap til å håndtere den døende pasienten i hjemmet. De eldre sykepleierne scoret høyere på at de hadde tilstrekkelig kunnskap til å håndtere denne pasientgruppen, i forhold til de yngre sykepleierne (Røgenes et al., 2013, s. 67-69).

Sykepleierne i studien til Molnes (2014) beskriver at de ikke får anledning til å oppdatere seg faglig. De forteller at det sjeldent blir holdt interne kurs, på grunn av manglende kompetanse: «Det er lite kursvirksomhet, man får kanskje kommunelegen til å undervise litt om et aktuelt tema» (Molnes, 2014, s. 147). Noen sykepleiere mener at kompetansen kom med årene: «Man

tilegner seg erfaringer når man har jobbet en stund, men det er viktig at man deler disse erfaringene med resten av personalet» (Molnes, 2014, s. 147). På denne måten mener de at de sammen kan heve kompetansen innenfor palliasjon i hjemmet (Molnes, 2014, s. 147).

4. 5 Kommunikasjon

For at pasienten skal oppleve god palliasjon i hjemmet er kommunikasjon en viktig faktor (Røgenes et al, 2013, s. 65). I artikkelen Lorentsen (2016) kommer det frem at palliative pasienter, ifølge sykepleierne, opplever å være fanget i en fremmed kropp: «Informantene gir eksempler på sår som sprekker, sår som lukter, kropper som får nye proporsjoner med avmagring eller stor buk på grunn av væskeansamling» (Lorentsen et al., 2016, s. 168). Sykepleierne ser det som sitt ansvar å ta initiativ til samtale med pasienten: «De uttrykker at de trenger mot for å sette i gang disse samtalene. De må våge og være til stede i smerten og gråten og tåle avvisning» (Lorentsen et al., 2016, s. 170).

4.5.1 Kommunikasjon og informasjon er med på å skape trygghet hos pasient og pårørende

Gjennom kommunikasjon og informasjon opplever pasient og pårørende trygghet i å ha tillit til at hjelpen vil være der når den trengs. Informasjon om mulige hjelpetilbud betydde mye for tryggheten til informantene. (Lersveen et al., 2021, s. 9). Pårørende forteller: «Vi har fått vite at vist det er nødvendig, så kan hun få avlastning noen dager slik at vi får fri. Men jeg ser ikke, i alle fall ikke slik hun er nå, at det er behov for det» (Lersveen et al., 2021, s. 9). I studien til Lersveen (2021) fremhever pasient og pårørende at det å få være hjemme er viktig for å oppleve trygghet: «Her hjemme har hun alt, og hun vet hvor hun selv har ting. Hun vet at enten jeg eller datteren vår kommer til å finne frem det som hun ønsker seg» (Lersveen et al., 2021, s. 7). Trygghetsalarm blir både av pasient og pårørende trukket frem som et viktig hjelpemiddel som gir økt trygghet. En av pasientene forteller.

Jeg har hatt bruk for alarmer i alle fall to ganger. En gang gled jeg ned av stolen og kom meg ikke opp. Jeg var ikke redd for jeg brukte jo alarmer, først svarte de, og så kom det to stykker (Lersveen et al., 2021, s. 7)

5.0 DISKUSJON

Diskusjonsdelen er delt inn i metodediskusjon og resultatdiskusjon. I første delkapittel vil vi diskutere arbeidet vi utførte i metodekapittelet. I det andre delkapittelet vil vi diskutere funn fra de fem analyserte artiklene opp mot relevant teori.

5.1 Metodediskusjon

I besvarelsen anvendte vi en integrativ litteraturoversikt med utgangspunkt i kvalitativ tilnærming. Vi valgte i tillegg å supplere med en kvantitativ studie, for å belyse hensikten fra en objektiv side. Ved å bruke både kvalitative og kvantitative studier fikk vi en mer helhetlig forståelse (Dalland, 2020, s. 54). Ulempen med en integrativ litteraturoversikt er at vi selv velger artikler. Dette kan påvirke sluttresultatet, fordi vi kan gå glipp av studier med relevant forskning. Ved å anvende denne metoden fikk vi mer kunnskap og forståelse av hvilke forhold, gjennom et sykepleieperspektiv, som er viktige for at pasienten skal oppleve god palliasjon i hjemmet.

Vi var opptatt av at artiklene vi valgte ut var relevante for vår hensikt. Vi ønsket å kvalitets sikre studiene for å være sikre på at de var holdbare og pålitelige. Dette innebærer at artiklene er troverdige (Dalland, 2020, s. 58). Vi søkte derfor opp forfatterene, og kontrollerte at de hadde helsefaglig bakgrunn, PhD-grad eller liknende. Forfatterene i noen av artiklene hadde ulike profesjoner. Dette kan være positivt for studien da forfatterene har bred og variert kunnskap, noe som kan føre til økt troverdighet. Artikkelen til Molnes (2014) er skrevet av kun en forfatter. Kvaliteten på studien kan derfor bli svekket på grunn av manglende innspill fra andre fagfolk. Likevel valgte vi å bruke artikkelen fordi den var fagfellevurdert og publisert i Nordisk sykeplejeforskning, og vi vurderte innholdet som svært relevant for vår hensikt. De resterende artiklene var også fagfellevurdert og publisert i kjente tidsskrifter som omhandlet sykepleieforskning. Dette ga oss en sikkerhet på at artiklene var holdbare og pålitelige.

Siden vi valgte å skrive oppgaven ut fra et sykepleieperspektiv var det relevant å finne studier som baserte seg på sykepleiers erfaringer. Deltakerne i fire av studiene inkluderte sykepleiere. Det var både kvinnelige, mannlige, nyutdannede, videreutdannede, og eldre sykepleiere med

mange års erfaring. Fordelen med et slik mangfold av sykepleiere gjorde at vi kunne sammenfatte resultatene fra studiene og komme frem til en ny helhet. Alle sykepleierne oppga flere av de samme forholdene som de mente var viktig, for å fremme god palliasjon i hjemmet. Derimot kan det være negativt å kun basere seg på hva sykepleierne mener er viktig. Derfor ønsket vi å dra inn en artikkel som omhandlet pasient og pårørendes opplevelser og erfaringer, da dette er nyttig for sykepleierne for å kunne gi god palliasjon.

Studiene vi har valgt ble alle utført i Norge. Vi ønsket å basere oss på den norske kommunehelsetjenesten, da vi ville komme frem til forhold som var gjeldene i norsk hjemmesykepleie. Fordelen med dette var at det gav oss økt kunnskap om hva sykepleierne i Norge fremhevet som viktige forhold ved palliasjon i hjemmet. Denne kunnskapen kan vi som sykepleierstudenter videreformidle til våre egne arbeidsplasser. Imidlertid kan det være negativt at vi ikke hadde med forskning fra andre land, da dette kunne bidratt til utvidet kunnskap som var relevant for vår oppgave, og resultatet kunne blitt annerledes. Derimot har oppgaven et begrenset antall ord, noe som setter en stopper for hvor mye vi kan inkludere i oppgaven. Alle artiklene vi har benyttet er skrevet på norsk, noe som var en fordel da vi skulle analysere studiene. Dette sparte oss for mye tid, da vi slapp å oversette artiklene. Hadde vi valgt engelske artikler måtte vi brukt tid på å oversette, og det hadde vært stor sjans for mistolkning av innholdet. På den andre siden kan vi ha gått glipp av nyttig og relevant forskning fra andre land.

I utvalget av artikler var vi kritiske ettersom palliasjon er et stort og omdiskutert tema. Vi tok i bruk inklusjons- og eksklusjonskriterier som vi har beskrevet i kapittel 3.2.3. Vi var opptatt av at forskningen skulle være fra nyere tid, og relevant for dagens helsevesen. Vi avgrenset derfor søket fra 2012-2022. I tillegg så vi etter studier som var fagfellevurdert og fulgte IMRaD-struktur. Avgrensingene førte til fem artikler. De utvalgte artiklene vi benyttet var hensiktsmessige i forhold til studiens hensikt. Alle artiklene fremhevet ulike forhold som var viktige for god palliasjon i hjemmet. Studiene tar opp flere av de samme temaene, noe som førte til at det ble tydelig hvilke forhold som var sentrale. Derimot er det flere av studiene som benevner palliative pasienter med kreft. Likevel opplevde vi at artiklene var relevante fordi de tar opp forhold som er relevante for alle pasienter som befinner seg i en palliativ fase, ikke bare hos kreftpasienter.

Vi gjennomførte analysen sammen. Vi tok for oss en og en artikkel, og dro ut forhold som vi synes var sentrale for vår hensikt. Fordelen med å gjøre det sammen var at vi jobbet effektivt, og kom frem til en felles forståelse av innholdet. Likevel kan dette ha påvirket den enkeltes oppfatning. Dersom vi hadde jobbet separat under analysen hadde vi gjerne oppfattet innholdet i studiene på en annen måte, og komt frem til en annen helhet. Alt i alt så vi på dette som en oppgave vi ville utføre mest mulig sammen. Analysen og resultatet må ses i lys av våre oppfatninger av temaet, da resultatet gjerne kunne blitt annerledes dersom noen andre hadde gjennomført analysen.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 God omsorg står sentralt i palliasjon

Å gi god omsorg og lindre lidelse er to av sykepleierens viktigste roller innenfor palliasjon (Kristoffersen, 2016, s. 56-58). Studien til Lorentsen (2016) peker på at sykepleierne har en nøkkelrolle i å gi god omsorg og lindre lidelse til pasienter i palliativ fase. For det første kan sykepleierne vise omsorg gjennom å utføre et godt stell. Dette kan innebære å hjelpe pasienten til å føle seg ren, ha rent tøy, få stelle håret og ha det ryddig rundt seg. Videre kan et godt stell redusere lidelsen pasienten opplever med de kroppslige forandringene, i form av vond lukt og at de føler seg ekle. For det andre fremhever sykepleierne at de kan vise omsorg gjennom å se og bekrefte den palliative pasienten, noe som også kan bidra til å lindre lidelsen pasienten opplever, på grunn av sykdommen og alvorlighetsgraden (Lorentsen et al, 2016, s. 168-171). Dette kan forstås i lys av teorien til Kari Martinsen og Katie Eriksson. Martinsen ser på omsorg som sykepleiens kjerne. Hun fremhever at omsorg vises gjennom sykepleierens måte å handle og møte pasienten på (Kristoffersen et al., 2016, s. 53, 56-58). Teorien til Eriksson fremhever derimot at god sykepleie er rettet mot å lindre lidelse, og sykepleieren må derfor kunne gjenkjenne og reagere på lidelse (Kristoffersen et al., 2016, s. 192). Å gi omsorg og lindre lidelse er forhold som skal til for at pasienten skal oppleve god palliasjon. Likevel mener sykepleierne i studien til Molnes (2014) og Aamold (2020) at pasientene kan få bedre omsorg dersom det er flere sykepleiere på jobb. Sykepleierne forteller om dårlig tid i forhold til arbeidsoppgaver som skal utføres, noe som fører til at pasientene ikke blir ivaretatt optimalt (Molnes, 2014, s. 148; Aamold et al., 2020, s. 8). Dette understøttes av fagutviklingen til Stenberg (2020), hvor det kommer frem at sykepleierne ikke får fullført arbeidsoppgavene sine, og at de går hjem med en tanke om at de så vidt har sett pasientene sine (Stenberg et al,

2020, s. 6-7). Dersom det er flere sykepleiere på jobb, får de bedre tid til hver enkelt pasient, noe som kan føre til god omsorg, da de får se pasientene sine i enda større grad.

5.2.2 Usikkerhet i medikamentell smertelindring

Smertelindring er grunnsteinen i den palliative behandlingen, og det innebærer at pasienten skal ha det så godt som mulig, uten unødvendige påkjenninger (Universitetssykehuset Nord-Norge, 2012, s. 8). I studien til Molnes (2014) opplever sykepleierne det særlig vanskelig å bestemme seg for når man skal gi og ikke gi smertelindring. På den ene siden forteller sykepleierne at smertelindring er et tema som skaper uenighet. Noen er preget av personlige meninger, og er derfor bestemte på når pasienten skal få medikamenter, mens andre ønsker å avvete situasjonen. På den andre siden kan det oppstå uenigheter blant sykepleierne når det skal velges administrasjonsform. Flere av sykepleierne vil beholde tabletter lengst mulig (Molnes, 2014, s. 148-149). Dette er en fordel for sykepleier da det sparer dem for mye tid, derimot kan pasienter i palliativ fase få problemer med å svelge tabletter på grunn av redusert svelgfunksjon og nedsatt allmenntilstand. Dette kan føre til usikkert legemiddeloptak og redusert behandlingseffekt (Helsedirektoratet, 2018). Dersom pasienten har et økt behov for smertestillende foretrekker flere sykepleiere å administrere smerteplaster istedenfor smertepumpe og subkutan tilførsel av morfin. Først og fremst oppgir sykepleierne at smerteplaster ikke trenger å skiftes hver dag, en kan skifte det alene og de føler seg tryggere ved å administrere smerteplaster (Molnes, 2014, s. 148-149). I tillegg har smerteplasteret langvarig effekt, men det kan ta opp til 24 timer før plasteret har full effekt, og behovet for andre smertestillende midler kan være nødvendig den første dagen (Buset, 2013). Når det gjelder subkutan administrering av morfin føler sykepleierne seg utrygge, de er redde for å gi for mye og det krever flere sykepleiere på jobb, for å opprettholde faglig forsvarlighet. Dette kan føre til at de er tilbakeholdne med å gi medikamenter (Molnes, 2014, s. 148-149). Likevel er det viktig at sykepleierne gir optimal lindring, slik at pasienten er smertefri i den palliative fasen. Dette støtter sykepleieteoretiker Virginia Henderson, som fremhevet at det å gi sykepleie til en palliativ pasient handlet om å redusere smerten og ubehaget, og dette er en viktig del av pasientens opplevelse av god palliasjon i hjemmet (Mathisen, 2015, s. 133).

Kartleggingsverktøy i form av ESAS blir sjelden benyttet ifølge sykepleierne i Molnes (2014) og Røgenes (2013). For det første har de ikke tilstrekkelig opplæring i bruken av ESAS, og

sykepleierne mener det er individuelt hvordan man kartlegger pasienten. For det andre går det for mye tid til å fylle ut, i tillegg ønsker ikke pasientene å forholde seg til flere skjema (Molnes, 2014, s. 149; Røgenes et al, 2013, s. 69). På en annen side er kartlegging viktig for å kunne gi god lindring. Kartleggingsverktøyet kan være nyttig for sykepleierne i vurderingen av smerten til palliative pasienter, da de gjerne har få eller ingen observerbare tegn på smerte, noe som også kommer frem i Håndboken om lindrende behandling (Danielsen et al, 2020, s. 383; Universitetssykehuset Nord-Norge, 2012, s.7). Bruken av kartleggingsverktøy er viktig for å kunne gi god smertelindring, som er et viktig forhold for at pasienten skal oppleve god palliasjon i hjemmet.

5.2.3 Sykepleierne opplever utfordringer med det tverrfaglige samarbeidet

Sykepleierne i Aamold (2020) forteller om manglende støtte og rådgivning fra andre profesjoner og faggrupper. De opplever at ansvarsområdene er uavklarte, noe som fører til utrygghet hos sykepleierne, i møte med den palliative pasienten i hjemmet (Aamold et al, 2020, s. 9-11). Det kommer frem i artiklene (Lersveen, 2021; Røgenes, 2013; Molnes, 2014; Aamold, 2020) at tverrfaglig samarbeid er viktig for å oppnå god palliasjon i hjemmet, noe som også understrekes av Helsedirektoratet, som legger vekt på at tverrfaglig samarbeid bør være grunnleggende hos palliative pasienter (Helsedirektoratet, 2018). Helsedirektoratet fremhever at pasientens ønsker og behov skal være grunnleggende for det tverrfaglige samarbeidet (Helsedirektoratet, 2018). Et slikt samarbeid bidrar til at pasientene får en mer helhetlig helsetjeneste, og bedre oppfølging fra flere profesjoner, noe som kan gi pasienten en økt følelse av trygghet. Samtidig fører samarbeidet til økt trygghet hos sykepleierne, da de har noen å støtte seg til i vanskelige situasjoner, noe sykepleierne i studien til Aamold (2020) beskriver som viktig, for å gi god palliasjon i møte med den palliative pasienten i hjemmet (Aamold, 2020, s. 9).

I nyere tid har det blitt mer fokus på at de ulike profesjonene innenfor helsesektoren skal jobbe tettere sammen, noe som understøttes av Verdens helseorganisasjon (Verdens helseorganisasjon, 2010, s. 12) som ønsker å styrke det tverrfaglige samarbeidet (Kvilhaugsvik & Husøy, 2017). Et resultat av dette er samhandlingsreformen (Meld. St. 47 2008-2009) som trådte i kraft i 2012. Reformen bidrar på den ene siden til at pasientene kan bli behandlet i eget hjem, men på den andre siden blir det flere pasienter med komplekse

behov som må ivaretas av hjemmesykepleien (Mathisen, 2016, s. 413; Gautun, 2020; Glette et al., 2018). Fordelen er for det første at pasientene i palliativ fase kan være i sitt eget hjem, sammen med sine nærmeste. I hjemmet kan de være seg selv og følge kjente rutiner (Lersveen, 2021, s. 6). For det andre skal reformen bidra til at sykepleierne i hjemmetjenesten skal få bistand av andre yrkesprofesjoner i situasjoner som er utenfor deres kompetansenivå. Likevel byr reformen på flere utfordringer for sykepleierne i kommunehelsetjenesten. Selv om antallet alvorlig syke pasienter i hjemmesykepleien øker, får ikke sykepleierne nødvendig kompetanseheving eller økt bemanning (Gautun, 2020; Glette et al., 2018). Dette medfører at kvaliteten på tjenestene reduseres og sykepleierne får for stor arbeidsbelastning, noe som igjen fører til at flere blir sykemeldt og ønsker å slutte i jobben (Gautun, 2020, s. 24-25, 33-34). Dersom kommunen ikke får økt kompetanse og tilstrekkelig bemanning i hjemmesykepleien, kan det føre til at palliative pasienter i hjemmet ikke får den oppfølgingen de har behov for, som igjen kan gå utover den gode palliasjonen.

5.2.4 Manglende kunnskap og kompetanse

Manglende kunnskap og kompetanse kan by på utfordringer for hjemmesykepleierne når de står alene i krevende situasjoner. For å håndtere slike situasjoner best mulig forutsetter det at sykepleierne har høy kompetanse (Fjørtoft, 2016, s. 215). I studien til Molnes (2014) forteller sykepleierne i hjemmesykepleien om manglende kunnskap og kompetanse. De får ikke anledning til å oppdatere seg faglig, og det blir sjeldent holdt interne kurs (Molnes, 2014, s. 147). Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a. har pasienten rett til nødvendige og verdige tjenester fra kommunen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-1 a). Manglende kunnskap og kompetanse hos sykepleierne, i møte med palliative pasienter, kan føre til at de ikke får den hjelpen de har rett på, noe som også kan resultere i dårligere kvalitet på tjenestene og videre true pasientsikkerheten (Leonardsen, 2019, s. 3-4). Dessuten kan sykepleierne føle seg utrygge i håndteringen av den palliative pasienten. Utilstrekkelig kunnskap og kompetanse kan medføre at sykepleierne går utenfor sitt kompetansenivå, og ikke overholder § 4 om faglig forsvarlighet i helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 4).

Kunnskap og kompetanse er viktige faktorer for å ivareta palliative pasienter, ifølge Røgenes (2013). Sykepleierne har behov for kunnskap om symptom, behandling og god evne til

observasjon. I handlingsprogrammet om palliasjon i kreftomsorgen står det flere av de samme kompetansekravene som blir nevnt i Røgenes (2013) (Røgenes et al., 2013, s. 67-69). For det første er evnen til observasjon viktig for å kartlegge symptom og sykdomsutvikling.

Sykepleieren skal bidra til at pasienten ikke skal oppleve smerter eller annet ubehag, samt iverksette tiltak når en ser tegn på at sykdommen utvikler seg. For det andre er det viktig at sykepleieren evaluerer effekten av behandlingen pasienten får, og eventuelt kommer med nye forslag dersom pasienten ikke er tilfredsstilt (Helsedirektoratet, 2019).

5.2.5 Kommunikasjon

Sykepleierne i artikkelen til Lorentsen (2016) forteller om sitt ansvar til å ta initiativ til å kommunisere med pasienten. De beskriver at de trenger mot for å sette i gang samtaler, og de må forholde seg til smerten, gråten og den eventuelle avvisningen fra pasienten (Lorentsen et al., 2016, s. 168). Som sykepleier trenger en derfor gode ferdigheter innenfor kommunikasjon, da dette danner grunnlaget for hvert møte mellom sykepleier, pasient og pårørende.

Kommunikasjon er en viktig faktor slik at pasienten har mulighet til å formidle sine behov, ønsker og følelser. Dette gjør det lettere for sykepleieren å få innblikk i pasientens helhetlige situasjon, i tillegg bidrar dette til at pasienten føler seg sett og ivaretatt, noe som er grunnleggende i den palliative pleien (Mathisen, 2016, s. 420, 423; Grov, 2020, s. 141).

Likevel uttrykker noen sykepleiere i artikkelen til Lorentsen (2016) at det er utfordrende å sette i gang samtaler med palliative pasienter, da de befinner seg i en vanskelig livssituasjon. Dette kan føre til at sykepleierne er tilbakeholdne, og uttrykker nonverbalt lite interesse for samtale. Videre kan dette medføre at pasienten blir utrygge og ikke tørr å ta opp følelsesmessige tema, da de er redde for sykepleierens reaksjon (Helsedirektoratet, 2019).

Et sentralt forhold i den palliative pleien er å bygge en relasjon til pasient og pårørende, og kommunikasjonen er en viktig faktor som kan bidra til dette. Pasient og pårørende er i en sårbar livssituasjon, der de trenger trygghet og informasjon (Hoem et al., 2022, s. 5-6). I artikkelen til Lersveen (2021) forteller pasient og pårørende at de opplever trygghet ved å være i eget hjem, og ha tillit til at hjelpen vil være der når den trengs (Lersveen et al., 2021, s. 9). For at pasient og pårørende skal oppleve trygghet er det viktig med informasjon (Helsedirektoratet, 2018). Pasienten har rett til å få informasjon som er tilpasset hans individuelle forutsetninger, samtidig må informasjonen gis på en hensynsfull måte (Pasient og

brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). Dersom sykepleier er dyktig til å gi informasjon til pasient og pårørende kan dette bidra til at opplevelsen av palliasjonen i hjemmet blir god, da de føler seg sett, trygge og ivaretatt.

6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS

Sykepleierne som jobber i hjemmetjenesten har en viktig rolle i møte med de hjemmeboende palliative pasientene. Det er derfor viktig at sykepleierne holder seg faglig oppdatert og er bevisst på hvilke forhold som kan bidra til at pasienten får god palliasjon i hjemmet. Gjennom arbeidet med bacheloroppgaven har vi funnet flere forhold som er sentrale i palliasjon. Funnene i artiklene gir oss ett inntrykk av at det er utfordringer og forbedringspotensial i flere av forholdene. Nedenfor vil vi presentere konkrete forslag til hva vi mener kan forbedre sykepleiernes arbeid, i møte med palliative pasienter i hjemmet, slik at de kan oppleve god palliasjon.

Våre forslag:

- Vi foreslår at i grunnutdanningen i sykepleie må palliasjon som fagområde bli mer sentralt. Dette vil gi økt kunnskap og kompetanse innenfor palliasjon hos sykepleierne, noe som kan bidra til at sykepleierne kan møte de palliative pasientene i hjemmet på en bedre måte.
- Vi anbefaler at hjemmesykepleien innfører regelmessige kurs. Kursene kan inneholde tema som er sentrale innenfor palliasjon, som for eksempel smertelindring, kartleggingsverktøy, tverrfaglig samarbeid, omsorg, kommunikasjon og øvelse av praktiske ferdigheter, som håndtering av intravenøs administrering.
- Vi foreslår at hjemmesykepleien utvikler klare retningslinjer og hjelpemidler som sykepleierne kan ta i bruk i praksis, for eksempel innenfor medikamentell smertelindring. Dette kan redusere usikkerheten til sykepleierne. I tillegg kan hjemmesykepleien utarbeide kartleggingsverktøyet ESAS som lommekort. Lommekortet kan sykepleierne anvende ved identifisering av smerte hos palliative pasienter.
- Vi anbefaler at de involverte yrkesgruppene hos den palliative pasienten setter av tid til et samarbeidsmøte, slik at hver yrkesgruppe er bevisst på hva som er sitt ansvar. Dette kan bedre det tverrfaglige samarbeidet, og redusere belastningen og ansvaret flere av sykepleierne kjenner på i den palliative behandlingen i hjemmet.

- Vi foreslår at den palliative pasienten får utdelt en kontaktsykepleier. Kontaktsykepleieren skal til enhver tid ha oppdatert informasjon om pasienten, og videreformidle dette til pasienten og pårørende. Dette skaper større trygghet hos både sykepleier, pasient og pårørende.
- Til slutt anbefaler vi at ledelsen i hjemmesykepleien tilrettelegger for tilstrekkelig sykepleiebemanning til enhver tid. Dette kan medvirke til at sykepleier får bedre tid hos den palliative pasienten, slik at den palliative omsorgen og pleien blir god.

REFERANSER

- Aamold, K., Grov, E.K., Rostad, H.M. (2020). Hjemmesykepleieres erfaringer når kreftpasienter ønsker å dø hjemme. *Klinisk Sygepleje*, 34(1), 3-15. Hentet fra: <https://www-idunn-no.ezproxy.uis.no/doi/epdf/10.18261/issn.1903-2285-2020-01-02>
- Birkeland, A., Flovik A.M. (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3.utg.). Cappelen Damm.
- Buset, E.N. (2013, 30. oktober). *Fentanyl depotplaster*. Den norske legeforening. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/Norsk-revmatologisk-forening/pasientinformasjon/medikamenter/fentanyl-depotplaster/>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg.). Gyldendal Akademisk.
- Danielsen, A., Berntzen, H., Almås, H. (2020). Sykepleie ved smerter. ID. H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg, bind 1, s. 381-427). Gyldendal akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2019). *Kommunikasjon i relasjoner*. (3. utg.) Gyldendal Akademisk.
- Fjørtoft, A-K. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter* (3.utg.). Fagbokforlaget.
- Friberg, F. (Red.). (2017). *Dags för uppsats* (3.utg.). Studentlitteratur.
- Gautun, H. (2020). *En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien* (NOVA RAPPORT NR 14/20). Velferdsforskningsinstituttet NOVA. https://www.nsf.no/sites/default/files/2020-12/nova-rapport-14-20_en-utvikling-som-ma-snus.pdf
- Glette, M. K., Røise, O., Kringeland, T., Churrua, K., Braithwaite, J. & Wiig, S. (2018). Nursing home leaders' and nurses' experiences of resources, staffing and competence levels and the relation to hospital readmissions – a case study. *BMC Health Services Research*, 18:955. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3769-3>
- Grov, E.K. (2020). Pleie og omsorg ved livets slutt. ID. A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3.utg, 538-557). Gyldendal.
- Haugan, V. (2020, 01. desember). *Tverrfaglig samarbeid*. NDLA. <https://ndla.no/nb/subject:1:18fa6a42-a5d2-44d9-bf47-e772a83d82f4/topic:1:493862b7-caad-4ed9-9047-3fad71b055b3/topic:1:67e0b77a-30d3-4030-b0fc-37b8b910a2c4/resource:1acb2fe7-510a-4e4f-8edf-5180f8a2ea6b>

- Haugan, V. (2022, 31. mars). *Faglig forsvarlighet og omsorgsfull helsehjelp*. NDLA. <https://ndla.no/nb/subject:1:f644f829-4e7a-4e74-a63a-342ef786f68a/topic:2:8fe9a9ea-6263-4def-b1ae-31a97e5f5eaa/topic:2:40d19fc3-1410-4d25-9ed7-0abb0a537e17/resource:66cc3b74-7318-43da-b1b4-58923c75d9b6>
- Helsedirektoratet. (2018, 18. september). *Lindrende behandling i livets slutfase*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase>
- Helsedirektoratet. (2018, 17. januar). *Oppfølging av personer med store og sammensatte behov*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>
- Helsedirektoratet. (2019, 14. oktober). *Palliasjon i kreftomsorgen*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_4
- Hoem, M, J., Hoem, S, A. & Hauvik, S. (2022). Slik kan pasienten få en verdig siste tid i hjemmet. *Sykepleien* (110). <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2022.89518>
- Kristoffersen, N.J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. ID. G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (3.utg, bind 3, s. 15-80). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N.J., Breievne, G. (2016). Lidelse, mening og håp. ID. G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (3.utg, bind 3, s. 187-235). Gyldendal Akademisk.
- Kvilhaugsvik, B., Husøy, G. (2017, 23. mars). *Må samarbeide mer på tvers*. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/forskning/2017/02/ma-samarbeide-mer-pa-tvers>
- Leonardsen, A-C, L. (2019, 21. oktober). *Kartlegging av kompetanse er nødvendig for å sikre gode helsetjenester*. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/forskning/2019/10/kartlegging-av-kompetanse-er-nodvendig-sikre-gode-helsetjenester>
- Lersveen, G.L., Devik, S.A. (2021). Opplevelse av trygghet i hjemmebasert palliativ omsorg: Pasienters og pårørendes perspektiv. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 7(3), 1-15. Hentet fra: <https://www-idunn-no.ezproxy.uis.no/doi/epdf/10.18261/issn.2387-5984-2021-03-05>

Lorentsen, V.B., Nåden, D., Sæteren, B. (2016). Fanget i en «fremmed kropp» - sykepleiers erfaringer med kroppslige endringer hos pasienter i palliativ fase. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 6(2), 163-177. Hentet fra: <https://www-idunn-no.ezproxy.uis.no/doi/epdf/10.18261/issn.1892-2686-2016-02-06>

Mathisen, J. (2016). Sykepleie ved livets avslutning. ID. G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (3.utg, bind 3, s. 407-443). Gyldendal Akademisk.

Mathisen, J. (2015). Hva er sykepleie? ID. I.M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5.utg, s. 119-141). Cappelen Damm.

Molnes, S.I. (2014). Sykepleiers erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 4(2), 142-156. Hentet fra: <https://www-idunn-no.ezproxy.uis.no/doi/epdf/10.18261/ISSN1892-2686-2014-02-06>

Norsk sykepleieforbund. (u.å). *Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp*. Hentet 8. november 2022. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/faglig-forsvarlighet-og-omsorgsfull-hjelp>

Nortvedt, F. (2016). Smerte – en personlig og sammensatt erfaring. ID. G, H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (3.utg, bind 3, s. 169-183)

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_2

Røgenes, G.K., Moen, A., Grov, E.K. (2013). Heimesjukepleiernes perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen. *Klinisk Sygepleje*, 27(1), 64-76. Hentet fra: <https://www-idunn-no.ezproxy.uis.no/doi/epdf/10.18261/ISSN1903-2285-2013-01-07>

St. meld. Nr. 47 (2008- 2009). Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=1>

Stenberg, E.R., Halsetrønning, J., & André, B. (2020). Sykepleiere på helsehus opplever lav bemanning som belastende. *Sykepleien* (108). <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.81848>

Søk & skriv. (2022, 26.august). *IMRaD-modellen*. <https://www.sokogskriv.no/skriving/imrad-modellen.html>

Søk & skriv. (2022, 26.august). *Ulike kjelder*. <https://www.sokogskriv.no/kjeldebruk/ulike-kjelder.html#kva-er-formalet-med-kjelda>

Universitetssykehuset Nord-Norge. (2012, januar). *Håndbok i lindrende behandling*. <https://unn.no/Documents/Kompetansetjenester,%20sentre%20og%20fagråd/Regionalt%20kompetansesenter%20for%20lindrende%20behandling/Håndbok%20i%20lindrende%20behandling/Håndbok%20i%20lindrende%20behandling.pdf>

Verdens helseorganisasjon. (2010). Framework Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Health Professions Networks Nursing & Midwifery Human Resources for Health. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf;jsessionid=FB1CABB2B9237524220C45ACB221E2D1?sequence=1

VEDLEGG

Vedlegg 1. Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensinger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
20/10/22	Oria	Palliasjon og hjemmet	Fagfelleverdert Årstall: 2012-2022 Skandinavisk språk	1	0	0	0
20/10/22	Oria	Palliativ behandling og hjemmet	Fagfelleverdert Årstall: 2012-2022 Skandinavisk språk	2	1	0	0
20/10/22	Oria	Palliativ behandling og kreft	Fagfelleverdert Årstall: 2012-2022	1	1	1	1

Kandidatnummer: 1550 og 1575

			Skandinavisk språk				
20/10/22	Idunn	Palliativ behandling og hjemmet	Forsknings- artikkel Årstall: 2012-2022	31	10	8	3
21/10/22	Idunn	Palliativ fase og hjemmesykepleie	Forskningsartikkel Årstall: 2012-2022	12	4	2	1

Vedlegg 2. Litteratormatrise

Artikkel 1	
Forfatter, årstall, tidsskrift, land	Sven Inge Molnes, (2014), Nordisk sykepleje forskning, Norge
Artikkeltittel	Sykepleiers erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter.
Hensikten med studien	Hensikten med studien var å belyse sykepleiers beskrivelse av egen praksis knyttet til smertelindring hos hjemmeboende kreftpasienter.
Perspektiv	Sykepleieperspektiv
Metode og analyse	<p>Metode: Studien har et kvalitativt design, basert på individuelle intervju av sykepleiere i hjemmesykepleien. Sykepleieren kunne derfor formidle sine egne erfaringer fra praksisfeltet.</p> <p>Analyse: Det har blitt brukt temasentrerte analysestrategi som ble sammenfattet i tre kategorier.</p>
Utvalg/populasjon	10 sykepleiere fra ulike distrikt i Midt-Norge.
Hovedfunn/resultat	Å tilby kreftpasienter den beste smertelindringen viste seg å være en utfordring. For at flere kreftpasienter skal få være hjemme er det behov for økt kompetanse innen smertelindring hos sykepleiere, mer fokus på symptomlindring og god kommunikasjon mellom pasient, pårørende og helsepersonell.

Artikkel 2	
Forfatter, årstall, tidsskrift, land	Kristin Aamold, Ellen Karine Grov & Hanne Marie Rostad, (2020), Klinisk Sygepleje, Norge
Artikkeltittel	Hjemmesykepleieres erfaringer med kreftpasienter som ønsker å dø hjemme.
Hensikten med studien	Hensikten med studien var å undersøke hvilke utfordringer hjemmesykepleiere beskriver at de har i forbindelse med ivaretagelse av kreftpasienter som ønsker å dø hjemme.
Perspektiv	Sykepleieperspektiv
Metode og analyse	<p>Metode: Studien har et kvalitativt design med fokus på gruppeintervju med sykepleiere fra hjemmesykepleien uten spesialkompetanse i palliasjon.</p> <p>Analyse: Analysemetoden som ble brukt var systemisk tekstkondensering som ble gjennomført i fire trinn.</p>
Utvalg/populasjon	10 sykepleiere som jobbet i hjemmesykepleien på Østlandet.
Hovedfunn/resultat	I studien kom det frem at det å ivareta pasientens behov for nærhet, tverrfaglig samarbeid og tilpasse tjenestene til pasientens beste var utfordrende i forbindelse med ivaretagelse av kreftpasienter som ønsker å dø hjemme.

Artikkel 3	
Forfatter, årstall, tidsskrift, land	Gunn Kjersti Røgenes, Anne Moen & Ellen Karine Grov, (2013), Klinisk Sygepleje, Norge
Artikkeltittel	Heimesjukepleiarens perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen.
Hensikten med studien	Hensikten med studien var å belyse sykepleieres perspektiv på faktorer som er viktig for deres evne til å fremme palliasjon i hjemmet.
Perspektiv	Sykepleieperspektiv
Metode og analyse	<p>Metode: Studien har et kvantitativt design . Sykepleiere fra hjemmesykepleien besvarte et spørreskjema som inneholdt spørsmål innen støtte, kunnskap, erfaring, organisering, kommunikasjon, informasjon og samarbeid.</p> <p>Analyse: Beskrivende statistikk ble brukt i dataanalysen.</p>
Utvalg/populasjon	189 sykepleiere fra hjemmesykepleien i Sør-Norge.
Hovedfunn/resultat	Hovedfunn fra studien viser at sykepleiere vektlegger kommunikasjon, informasjon, organisering, samarbeid, kunnskap og erfaring som viktige faktorer i arbeidet med palliative pasienter som bor hjemme.

Artikkel 4	
Forfatter, årstall, tidsskrift, land	Gunhild Lein Lersveen & Siri Andreassen Devik, (2021), Tidsskrift for omsorgsforskning, Norge
Artikkeltittel	Opplevelse av trygghet i hjemmebasert palliativ omsorg: pasienters og pårørendes perspektiv.
Hensikten med studien	Hensikten med studien var å undersøke hva som fremmer trygghet hos pasient og pårørende når de mottar palliasjon i hjemmet.
Perspektiv	Pasient og pårørendeperspektiv
Metode og analyse	<p>Metode: Studien har et kvalitativt, eksplorativt design. Denne metoden er hensiktsmessig når en vil få en mer kompleks og detaljert forståelse, samtidig som en vil dra inn menneskers fortellinger og erfaringer. Det ble benyttet kvalitative dybdeintervju med pasienter og pårørende.</p> <p>Analyse: De gjennomførte analysen med kvalitativt innholdsanalyse.</p>
Utvalg/populasjon	7 pasienter og 7 pårørende som mottok hjemmesykepleie fra Midt-Norge.
Hovedfunn/resultat	Funnene fra studien viser at det som fremmer trygghet hos pasient og pårørende når de mottar palliasjon i hjemmet er: trygghet i å være i sitt hus og bomiljø, trygghet i å motta tjenester og dele ansvar og trygghet i å ha tillit til at hjelpen vil være der når den trengs.

Artikkel 5	
Forfatter, årstall, tidsskrift, land	Vibeke Bruun Lorentsen, Dagfinn Nåden & Berit Sæteren, (2016), Nordisk sykeplejeforskning, Norge
Artikkeltittel	Fanget i en «fremmed kropp» - Sykepleiers erfaringer med kroppslige endringer hos pasienter i palliativ fase.
Hensikten med studien	Hensikten med studien var å belyse betydningen av kroppslige endringer hos pasienter i palliativ fase, og hvordan sykepleier kan bidra til at pasientene kan forsone seg med egen kropp.
Perspektiv	Sykepleieperspektiv
Metode og analyse	<p>Metode: Studien har et kvalitativt design. Det ble brukt forskningsintervju for å innhente beskrivelser fra den intervjuedes subjektive erfaringer.</p> <p>Analyse: Analysen har blitt delt inn i ulike trinn: mestringsenheter (hva som sies), betydningsenheter (hva det tales om), subtema og tema.</p>
Utvalg/populasjon	8 kvinnelige sykepleiere i alderen 44-66 år. De fleste hadde videre utdanning innenfor et område.
Hovedfunn/resultat	Resultatene presenteres i to hovedtema. Pasienter opplever store endringer ved deres kropp i palliativ fase. Sykepleierne ønsker å hjelpe pasientene i forsoningsprosessen i form av samtaler, godt stell, berøring/massasje og fremheve det skjønne i og rundt pasienten.