

**BSYBAC\_6 23H**

**Bacheloroppgave i Sykepleie**

Hvordan kan sykepleiere skape trygghet for palliative kreftpasienter som ønsker å dø hjemme, og hvordan påvirkes pårørendes opplevelse av omsorgssituasjonen?



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Bachelor i Sykepleie**

*Universitetet i Stavanger, 2. Januar 2024*

x

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

## **Sammendrag**

### ***Bakgrunn:***

Statistikk fra Kreftforeningen viser at i overkant av 38 000 personer i Norge fikk påvist kreft i 2022. På grunn av økt levealder og befolkningsvekst vil antallet nye krefttilfeller fortsette å øke. Dette medfører en økt belastning på institusjonene, noe som på gjør at det blir naturlig for hjemmesykepleien å overta mer av behandlingen til palliative pasienter i hjemmet.

### ***Hensikt:***

Oppgavens hensikt er å belyse hvilke faktorer som er med på å gi trygghet til hjemmeboende palliative pasienter og deres pårørende. Dette vil gi helsepersonell kunnskap om hvordan de kan være med å gi pasienten trygghet i den siste fasen i livet.

### ***Metode:***

Metoden anvendt i denne oppgaven er integrativ litteraturoversikt der det ble analysert fem artikler hvor fire er kvalitative og en er en kvantitativ tverrsnittsundersøkelse. Oppgaven benytter seg av Fribergs analysemodell.

### ***Resultater:***

Relasjonsbygging og å skape tillit, viste seg til å være en av de faktorene som var med på å gi mest trygghet. Tilstrekkelig med informasjon, viser seg også og stå sentralt, da dette er med på å gi pasienten muligheter til å planlegge sin egen hverdag, noe som igjen skaper forutsigbarhet og dermed en større grad av trygghet. Det å kunne planlegge sin egen hverdag basert på tillit og forutsigbarhet ses på som viktige element for å oppleve en trygg hverdag.

*Nøkkelord: Sykepleie, palliasjon, hjemmesykepleie, kreft, trygghet, pårørende*

<b>1 INNLEDNING</b> .....	<b>5</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	5
1.2 OPPGAVENS HENSIKT .....	5
1.3 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING .....	6
1.4 BEGREPSAVKLARING .....	6
1.4.1 Palliasjon .....	6
1.4.2 Hjemmesykepleie.....	7
1.4.3 Koordinator.....	7
1.4.4 Trygghet.....	7
1.4.5 Pårørende .....	7
<b>2 TEORI</b> .....	<b>8</b>
2.1 HJEMMESYKEPLEIENS OPPBYGGING.....	8
2.2. HJEMMET SOM EN BEHANDLINGSARENA .....	8
2.3 PALLIATIV BEHANDLING .....	9
2.4 KOORDINATOR.....	9
2.5 LOVVERK.....	10
2.6 VIRGINIA HENDERSONS SYKEPLEIETEORI .....	10
<b>3 METODE</b> .....	<b>12</b>
3.1 VALG AV METODE.....	12
3.3 PRAKTISK GJENNOMFØRING.....	12
3.2.1 Valg av databaser .....	12
3.2.2 Søkeord og søkestrategi .....	12
3.3 ANALYSE .....	13
<b>4 RESULTATER</b> .....	<b>14</b>
4.1 TRYGGHET HOS PASIENTEN.....	14
4.1.1 Akseptere egen situasjon.....	14
4.1.2 Kartlegge pasientens ønsker .....	15
4.1.3 Pårørendes betydning .....	15
4.1.4 Trygghet ved å være hjemme .....	16
4.2. TRYGGHET HOS PÅRØRENDE .....	16
4.2.1. Nødvendig opplæring.....	16
4.2.2. Ivareta pårørendes behov .....	16
4.3. FAKTORER SOM PÅVIRKER TRYGGHET HOS BÅDE PASIENT OG PÅRØRENDE.....	17
4.3.1 Relasjonsbygging .....	17
4.3.2. Symptomlindring.....	18
4.3.3. Tilstrekkelig med informasjon.....	18
<b>5 DISKUSJON</b> .....	<b>18</b>
5.1 METODEDISKUSJON .....	18

5.1.1 Valg av artikler .....	19
5.1.2 Kildekritikk.....	19
5.1.3 Deltakere og etiske betraktninger.....	20
5.1.4 Integrativ litteraturoversikt som metode.....	20
5.2 RESULTAT DISKUSJON.....	21
5.2.1. Trygghet hos pasient.....	21
5.2.2 Trygghet hos pårørende.....	22
5.2.3 Faktorer som gir trygghet til pasienter og pårørende.....	23
5.2.4 Funnene sett i lys av sykepleie teori.....	24
<b>6 ANVENDELSE I PRAKSIS.....</b>	<b>25</b>
<b>7 KONKLUSJON.....</b>	<b>27</b>
<b>REFERANSER.....</b>	<b>28</b>
<b>VEDLEGG.....</b>	<b>33</b>
VEDLEGG 1. ANALYSERTE ARTIKLER .....	33
VEDLEGG 2. SØKELOGG.....	38

**Antall ord: 8000**

## 1 INNLEDNING

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Denne oppgaven skal ta for seg temaet palliativ pleie av kreftpasienter i hjemmet. For pasienter som mottar palliativ pleie kan mye oppleves som ukjent og skremmende, og det vil for mange kunne oppleves tryggere å tilbringe livets slutfase i hjemmet. Oppgaven skal undersøke nærmere hvordan sykepleiere kan skape trygghet for palliative kreftpasienter som ønsker å dø hjemme og hvordan pårørendes opplevelse av omsorgssituasjonen påvirkes.

Gjennom sykepleierstudiet har vi opplevd å møte pasienter som har en kreftdiagnose og har behov for palliativ hjelp fra hjemmebaserte tjenester. Vi har opparbeidet oss erfaringer med palliasjon og kreftpasienter i hjemmet og har observert at en slik situasjon påvirker både pasienten og de pårørende fysisk og psykisk. Vi opplevde flere pasienter som ønsket på å tilbringe den siste tiden i sitt eget hjem. Der kunne de ha ro å være med sine nærmeste i fred. De hadde også muligheten til å bestemme hvordan de ville ha behandlingen sin utført

Statistikk fra Kreftforeningen viser at forekomsten av kreft i Norge øker (Kreftforeningen, u.å). På grunn av økt levealder og befolkningsvekst vil antallet nye krefttilfeller fortsette å øke frem mot 2040 (FHI, 2023), majoriteten av kreftpasienter dør enten på sykehjem (48%) eller sykehus (31%) og ca. 15% dør hjemme (Helsedirektoratet, 2018).

Med et økende antall eldre og økt levealder øker også andelen pleietrengende (Strand, 2023). Det vil derfor bli viktig å vite mer om sentrale temaer som er relevante for sykepleiere og eldre pasienter. Et viktig sentralt tema vil være palliasjon. God kunnskap om palliasjon og tilrettelegging for livets slutfase vil skape en best mulig opplevelse for pasienten og pårørende. Dette danner grunnlaget for opplevelsen av trygghet hos pasient og pårørende, noe som igjen danner grunnlaget for oppgaven vår.

### 1.2 Oppgavens hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan helsepersonell kan være med på å skape en trygghet til hjemmeboende palliative pasienter, og hva trygghet for pasienten innebærer i denne fasen. Palliativ behandling er en kompleks behandling som tar for seg mange utfordrende elementer både for pasienten og pårørende. Utfordringene kan være manglende opplæring til pårørende eller at pasientens ønsker ikke å bli kartlagt godt nok. Det kan også være utfordrende for både pasient og pårørende å akseptere at sykdommen ikke vil komme i

remisjon. Ettersom pårørende er en viktig faktor for opplevelsen av trygghet hos pasienten, ønsker vi i tillegg å ta utgangspunkt i pårørendeperspektivet.

### 1.3 Presentasjon av problemstilling

Prevalensen av pasienter som får en kreftdiagnose, øker for hvert år (FHI, 2023). I 2022 fikk 38 000 mennesker påvist kreft i Norge (FHI, 2023). Med den økende levealderen vil risikoen for sykdom og konsekvenser av alderdommen være en følgekonsklusjon (FHI, 2023).

Fremover er det forventet en betydelig økning av yngre-eldre i alderen 65-79 år og eldre over 80 (FHI, 2023). På grunn av sannsynlige økte forekomster av sykdom, blant annet ulike kreftformer som ikke er behandlingsdyktige, kan et økt antall personer ha behov for palliativ behandling i fremtiden (FHI, 2023). For å minimere belastningen på institusjonene er det naturlig at hjemmesykepleien overtar flere palliative pasienter, som også vil inkludere å bistå brukere med palliativ behandling. Det er derfor viktig med mer kunnskap om hvordan palliativ behandling i hjemmet kan tilrettelegges for å kunne gi best mulig behandling, samtidig som både pasienten og pårørende blir ivaretatt.

Å tilrettelegge for at pasienter kan dø hjemme kan være utfordrende både for pasienten, pårørende og hjemmetjenesten. For pasienten kan det oppleves som en utrygg situasjon dersom det er lite kontinuitet blant personalet som skal besøke pasienten (Sørhus et al., 2016, s.96). Denne tematikken kan legge til rette for økt kunnskap rundt behandling av palliative kreftpasienter i hjemmet. Med økt kunnskap vil det kunne bli lettere å tilby pasienten en god og verdig palliativ behandling.

Vi ønsker dermed i denne litteraturstudien å utforske *“Hvordan kan sykepleiere skape trygghet for palliative kreftpasienter som ønsker å dø hjemme og hvordan påvirkes pårørendes opplevelse av omsorgssituasjonen”*

### 1.4 Begrepsavklaring

For å avklare hva som menes når disse begrepene brukes i teksten, har vi laget en begrepsavklaring for å vise til hvilken definisjon vi mener med begrepene.

#### 1.4.1 Palliasjon

Palliasjon er en helhetlig aktiv behandling som primært består av velgjørenhet ovenfor pasienten og dens pårørende (Heggestad, 2023). Den skal verken fremskynde eller forlenge

dødsprosessen, men den skal være med på å lindre symptomer og smerter. Behandlingen skal i tillegg lindre symptomer knyttet til psykiske, sosiale, åndelige og essensielle utfordringer som kan oppstå i forbindelsen med den uhelbredelige diagnosen (Helsedirektoratet, 2018). Oppgaven tar for seg palliasjon i kontekst av personer med terminal kreftsykdom.

#### *1.4.2 Hjemmesykepleie*

Hjemmesykepleie tar for seg alle former for tjenester som er planlagt og utføres i hjemmet med unntak av ambulanse eller andre akutte tilfeller (Helsedirektoratet, 2018). Dette gir et bredt spekter av oppgaver som blant annet å hjelpe til å ivareta personlig hygiene og avanserte medisinske prosedyrer eller sårstell (Oslo Kommune, u.å). Oppgaven skal se på trygghet i forbindelse med palliativ behandling i hjemmet. Hjemmesykepleien og koordinator har en sentral rolle i planleggingen og utføringen av palliativ pleie i hjemmet.

#### *1.4.3 Koordinator*

En koordinator har som jobb og sikre nødvendig oppfølging og sette sammen en individuell plan (IP) for pasienten (Helsedirektoratet, 2018). Koordinators arbeidsoppgaver handler blant annet om å kartlegge pasientens behov og resurser, samt også sikre et godt tverrfaglig samarbeid. Det tverrfaglige samarbeidet foregår mellom fastlege og andre instanser som for eksempel Hjemmebaserte tjenester (HBT) (Helsedirektoratet, 2018).

#### *1.4.4 Trygghet*

Trygghet, eller det engelske begrepet “security”, kan defineres på mange måter. Forklaringer som går igjen er at man føler seg trygg når man er uten bekymringer, har en følelse av fred og ro, samt har tillit til de rundt seg (Gustafsson, 2021, s. 94). Ordet security blir hyppig brukt i studiene denne oppgaven baserer seg på. Ordet blir oversatt til trygghet selv om ordet i dagligtalen kan ha en bred betydning. Likevel har ordet samme definisjon blant de ulike morsmålene som blir brukt i studiene (Milberg et al., 2017, s. 2268-2269).

#### *1.4.5 Pårørende*

Pårørende kan defineres som en person som står pasienten nær (Helsedirektoratet, 2015). Pårørende og spesielt nærmeste pårørende er en person som pasienten selv utvelger og oppgir (Pbrl §1-3). Pårørende består i hovedsak av ektefeller og barn over 18 år i studiene besvarelsen har basert seg på.

## 2 TEORI

### 2.1 Hjemmesykepleiens oppbygging

Det øverste ansvaret for hjemmesykepleien er underlagt Helse- og omsorgs departementet (HOD). HOD har det overordnede ansvaret for det administrative og sender ut tildelings- og oppdragsbrev til sine etater og virksomheter (Regjeringen, 2023). Tildelingsbrevene gir en skisse for de økonomiske rammene, og hvilke mål og resultater som stilles til Helsedirektoratet som igjen sender sine krav til kommunene (Regjeringen, 2023).

Hjemmesykepleien er underordnet kommunen som har ansvar for utbygging, vedlikeholdning, utforming og organisering av helsetjenesten. Det er også kommunens ansvar at helsetilbudet er lovlig forsvarlig. Hver kommune har handelsfrihet, noe som betyr at selv om pasienten har rett på nødvendige helse- og omsorgstjenester, har ikke pasienten rett til å velge fritt hvilken geografisk hjemmesykepleie de skal ha. Et eksempel på dette er at en pasient som tilhører bydel Hillevåg, ikke kan velge hjemmesykepleien i bydel Hinna (Regjeringen, 2023). Omsorgstjenestene skal organiseres på en slik måte at pasienten så langt som det lar seg gjøre skal kunne bo hjemme (Regjeringen, 2022). Dette er på bakgrunn av at pasienten da skal ha muligheten til å være mest mulig selvstendig og ha et aktivt og meningsfullt liv i felleskapet med andre. Tilbudet skal utformes i samråd med pasient, bruker og pårørende (Regjeringen, 2022). Tjenestene til hjemmesykepleien utføres i pasientenes hjem hos de som har behov for nødvendig helsehjelp. Nødvendig helsehjelp kan innebære blant annet palliativ behandling, legemiddelhåndtering, sårstell og injeksjoner etter brukerens behov (Stavanger kommune u.å).

### 2.2. Hjemmet som en behandlingsarena

Hjemmet som en behandlingsarena for å mota nødvendig helsehjelp har sine fordeler og ulemper. Hjemmet har en sentral plass i livene våre og Fjortoft beskriver det på følgende måte. "Hjemmet er ikke bare et sted der vi bor, det er også et symbol for trygghet, selvstendighet og individualitet" (Fjortoft, 2012, s. 31).

Det å møte en pasient i deres eget hjem gir en unik måte å samle inn informasjon om pasienten. Sykepleieren kan observere pasientens ressurser og interesser, i hvilken grad de trenger hjelp og konkret hva de trenger hjelp med (Fjortoft, 2012, s. 41). Sykepleieren får da muligheten til å kartlegge pasientens ADL-ferdigheter (activities of daily living) som for eksempel å lage middag til seg selv. Dette gir muligheten til å fange opp om det er noe



pasienten sliter med som kan påvirke deres muligheter for å bo hjemme (Fjørtoft, 2012, s. 41). Hensikten med å motta hjelp i sitt eget hjem er at det fortsatt skal oppleves som et hjem. Ved at mange pleiere og andre ansatte kommer hjem til pasienten og det ofte monteres ulike hjelpemidler, kan følelsen av å være hjemme bli truet. Hjemmet kan derfor for noen føles mer som en institusjon (Fjørtoft, 2012, s. 33-38).

### 2.3 Palliativ behandling

Palliativ behandling er symptomlindrende behandling, altså ikke en behandling som skal hindre dødsprosessen (Helsedirektoratet, 2018). I boken *Å fullføre et liv – omsorg for døende og de som står nær*, beskriver Rønsen og Jakobsen (2016) palliativ behandling på en god måte, nemlig som det "å fullføre et liv". Behandlingen handler ikke lengre om en ambisjon om remisjon fra sykdommen, men om at man har det best mulig den siste stunden av livet (Helsedirektoratet, 2018).

Palliativ behandling omfatter også lindrende behandling (Kreftforeningen 2023). Ifølge kreftforeningen bør lindrende behandling igangsettes så fort kreftdiagnosen blir stilt (Kreftforeningen 2023). Dette er for å starte med symptomlindring, pleie og forbedring av livskvalitet gjennom hele sykdomsforløpet, selv om den lindrende behandlingen er mest til stede i slutfasen av sykdommen (Kreftforeningen 2023).

### 2.4 Koordinator

Pasienter i et palliativt forløp har krav på å få en koordinator og en individuell plan som er tilpasset deres unike situasjon. Planen kan under behandlingsforløpet endres i tråd med pasientens behov (Helsedirektoratet, 2018). Koordinatorens oppgave er å sikre god dialog med pasienten og pårørende gjennom behandlingsforløpet og har ansvar for å sikre god samhandling med andre instanser i helsevesenet som blant annet fastlege og hjemmesykepleien (Helsedirektoratet, 2018). Koordinator samarbeider med pasienter og brukere og styres av en koordinerende enhet i kommunen. Den koordinerende enheten har overordnet ansvar for blant annet individuell plan og tilrettelegging for brukervedvirkning (Helsedirektoratet, u.å) Koordinator skal ha et tett samarbeid med fastlegen som har det medisinfaglige koordineringsansvaret (Helsedirektoratet, 2018).

## 2.5 Lovverk

Det er flere lover som regulerer hjemmetjenesten og palliativ pleie. Den mest sentrale er i denne sammenhengen loven som regulerer hjemmesykepleien; Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-1). Formålet med lovens §1 er at alle som oppholder seg i kommunen har krav på å få et verdig helsetilbud med behandling og tilrettelegging for sykdom, skader, nedsatt funksjonsnivå eller andre lidelser (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-1). Dette innebærer også den pasientgruppen som oppgaven baserer seg på, nemlig palliative kreftpasienter.

Helsepersonell loven (HPL) §4 omhandler krav om forsvarligheten, pasientsikkerhet og kvalitet, noe som innebærer at pasienten skal få et helhetlig og koordinert helsetilbud. HPL stiller også krav til at helsepersonellet skal utføre arbeid i samsvar med de gjeldene krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (helsepersonelloven, 1999, § 4).

Autonomi og selvbestemmelse er også sentrale begrep i behandlingen av palliative pasienter, som også støttes av lovverk (pasient- og brukerrettighetsloven 1999, §4-1).

Autonomiprinsippet handler om at pasienten har rett til å medvirke i valg i sin egen behandling og så lenge de er samtykkekompetent kan de nekte behandling (Heggstad, 2021). Autonomiprinsippet handler med andre ord om selvbestemmelse. I pasient og brukerrettighetsloven står det at pasienter har rett til delta i beslutninger i sin egen behandling og har rett til å velge mellom ulike likestilte tilbud som er tilgjengelig (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Dette betyr at pasienten har rett til å selv bestemme om de vil avslutte behandling eller hvordan de vil ha behandlingen utført. Ved å lovfeste at pasienten har rett til å medvirke i sin egen behandling, at pasienter har rett på en koordinator og at de har rett på en individuell plan, kan man skape trygghet for pasienter og deres pårørende i en vanskelig situasjon.

## 2.6 Virginia Hendersons sykepleieteori

Virginia Hendersons sykepleieteori handler om å se pasienten som et individ som trenger hjelp til å oppnå selvstendighet samt føle seg hel med både kropp og sjel (Alligood, 2022, s. 14). Hun publiserte 14 punkter i 1966, som skulle beskrive de grunnleggende prinsippene til å utøve sykepleie (Alligood, 2022, s. 14). De 14 prinsippene til Henderson ble inspirert av Maslow sin behovspyramide (Kristoffersen, 2021, s.237). Hendersons 14 prinsipper for

grunnleggende behov ble hentet fra (Kristoffersen, 2021, s.237) og presentert nedenfor i tabell 1.

<b>Tabell 1: Hendersons 14 prinsipper for grunnleggende behov</b>	
1.	Å puste normalt
2.	Å spise og drikke tilstrekkelig
3.	Å få fjernet kroppens avfallsstoffer
4.	Å opprettholde riktig kroppsstilling når han ligger, sitter, går og står, og med å skifte stilling
5.	Å sove og hvile
6.	Å velge passende klær og sko, og å kle av og på seg
7.	Å opprettholde normal kroppstemperatur uansett klima ved å tilpasse klær og omgivelsestemperatur
8.	Å holde kroppen ren og velstelt og huden beskyttet
9.	Å unngå farer fra omgivelsene og unngå å skade andre
10.	Å få kontakt med andre og gi uttrykk for sine egne behov og følelser
11.	Å praktisere sin religion og handle slik han mener er rett
12.	Å arbeide med noe som gir følelsen av å utrette noe (produktiv sysselsetting)
13.	Å finne underholdning og fritidssysler
14.	Å lære det som er nødvendig for god helse og normal utvikling

Henderson beskrev hennes konsept på sykepleie til International Council of Nurses i 1958 (Alligood, 2022, s. 14). Her fortalte hun hva funksjonen til sykepleieren innebærer. Hun mente at oppgaven til en sykepleier var å assistere en pasient slik at vedkommende kunne utføre aktiviteter som enten bidro til en forbedring i pasientens tilstand, eller gav en verdig død (Alligood, 2022, s. 14). Dette utsagnet kunne også knyttes opp mot palliasjon da det er med på å gi pasienten en verdig avslutning på livet. Det handler om at sykepleieren skal hjelpe pasienten med å gjøre aktiviteter som de vanligvis kunne gjort selv hvis vedkommende hadde hatt styrken, viljen eller kunnskapen (Alligood, 2022, s. 14).

### 3 METODE

#### 3.1 Valg av metode

Metoden som blir anvendt i denne oppgaven er integrativ litteraturstudie. En integrativ litteraturstudie baserer seg på tidligere forskning og har som formål å samle opp data som allerede er gjort innenfor fagfeltet som skal diskuteres (Friberg, 2017, s. 150). Ved å samle inn data fra forskning som allerede er publisert skaper man en sammenfatning av hva som er kjent innenfor feltet (Friberg, 2017, s. 150).

For å svare på problemstillingen ved bruk av denne metoden, må oppgaven basere seg på allerede publiserte studier, noe som ofte innebærer bruk av både kvantitative og kvalitative metoder. Kvantitativ metode innebærer at man går i bredden på fagfeltet (Dalland, 2020, s. 55). Dette gjøres ofte ved bruk av spørreundersøkelser med faste spørsmål og svar alternativer som blir gitt til et antall deltagere (Dalland, 2020, s. 55). Dette vil resultere i harde data for fagfeltet (Dalland, 2020, s. 55). Kvalitative studier går derimot i dybden ved å typisk bruke intervjuer (Dalland, 2020, s. 55). Dette kan for eksempel utføres ved bruk av åpne spørsmål til en mindre gruppe deltagere, noe som kan gjøres for å få et helhetlig bilde (Dalland, 2020, s. 55). Besvarelsen vår baserer seg i all hovedsak på kvalitativ forskning. Dette er fordi oppgavens tema er “trygghet” noe som er et omfattende begrep, og som baserer seg på en subjektiv følelse som kan variere fra person til person. Ved bruk av kvalitative studier får man et dypere innblikk i pasientenes subjektive erfaringer sammenlignet med hva vi hadde ved bruk av kvantitative studier.

#### 3.3 Praktisk gjennomføring

##### *3.2.1 Valg av databaser*

For å samle inn data til å besvare oppgavens problemstilling ble databasene Idunn, SweMed+ og Cinahl brukt. Besvarelsen ble i hovedsak basert på artikler fra Cinahl fordi Cinahl er en internasjonal database med over 3000 engelskspråklige tidsskrifter med fagfelle vurdering. Cinahl er utgitt av Ebsco Publishing og oppdateres hver måned og inneholder artikler publisert fra 1981 (Helsebiblioteket, 2013).

##### *3.2.2 Søkeord og søkestrategi*

Vi benyttet forhåndsdefinerte søkeord for å gjennomføre litteratursøkene i de ulike databasene. Søkeordene inkluderte: “palliative care,” “home care,” “family,” “cancer patients,” “last week of life,” “trygghet,” “palliativ,” “palliativ pleie i hjemmet” og “end of

life.” Vi valgte å prøve å benytte oss av trunkering ved å bruke “\*” bak et ord. Ved trunkering vil man få flere bøyingsformer av søkeordet. Et eksempel på dette er dersom man søker på “nurs\*” vil man få ulike bøyinger som “nursing”, “nurses” og “nurse”. Vi fant det utfordrende å bruke trunkering da det er vanskelig å bøye søkeordene våre.

Oppgaven tar utgangspunkt i forskningsstudier med følgende inklusjonskriterier: at de skal være utgitt i løpet av de siste ti årene, at de skal være fagfelleverderte, at perspektivet enten skal være sykepleier, pasient eller pårørende og at studien er geografisk begrenset til Skandinavia. Disse inklusjonskriteriene ble valgt for å gjøre det lettere å finne relevante studier ved å utelukke eldre artikler og artikler med et ulikt helsevesen i forhold til det norske helsevesenet. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene blir presentert nedenfor i tabell 2.

<b>Tabell 2: Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier</b>	
<b>Inklusjonskriterier</b>	<b>Eksklusjonskriterier</b>
Fagfelleverderte artikler	Ikke fagfelleverderte
Publisert de siste 10 årene (2013-2023)	Eldre enn 10 år
Sykepleie-, pasient- eller pårørendeperspektiv	Andre perspektiv (lege, psykolog etc..)
Geografisk beliggenhet Skandinavia	Utenfor ønsket beliggenhet

### 3.3 Analyse

Friberg beskriver analysearbeid som en bevegelse fra helheten til deler. Deretter ser man igjen på delene for å skape en ny helhet (Friberg, 2017 s. 135). På den måten vil hver artikkel vi vurderer ha en helhet som vi deler opp. Friberg forklarer også viktigheten av å lese gjennom artiklene flere ganger med fokus på studienes resultat, samt å identifisere nøkkelfunnene i hvert studies resultat (Friberg, 2017, s. 135).

Vi startet med å lese gjennom de utvalgte artiklene og analyserte innholdet. Etter dette noterte vi ned hovedfunnene i artiklene på et ark og førte det over i litteraturmatriksen (se vedlegg 1). Videre analyserte vi hvilke deler av innholdet som gikk igjen, noe som dannet grunnlaget for hoved- og underkategoriene.

## 4 RESULTATER

Etter å ha analysert artiklene ble de sortert inn i hoved- og underkategorier. Kategoriene ble valgt på bakgrunn av at de frekventerte i artiklene vi hadde lest. Hoved- og underkategoriene blir presentert i tabell 3 og blir videre utdypet i kapittelet.

Tabell 3. Hovedkategorier og underkategorier	
Hovedkategori	Underkategori
Trygghet hos pasienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Akseptere egen situasjon</li> <li>- Kartlegge pasientens ønske til siste fase</li> <li>- Pårørendes betydning</li> <li>- Trygghet ved å være hjemmet</li> </ul>
Trygghet hos pårørende	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nødvendig opplæring</li> <li>- Ivareta pårørendes behov</li> </ul>
Faktorer som påvirker trygghet hos både pasient og pårørende	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relasjonsbygging</li> <li>- Symptomlindring</li> <li>- Betydningen av relasjonsbygging</li> </ul>

### 4.1 Trygghet hos pasienten

#### 4.1.1 Akseptere egen situasjon

Artikkelen til Kastbom et al. (2016) belyste viktigheten med at pasienten fikk tid til å akseptere diagnosen deres og få tid til å forberede seg for døden. Forberedelser kunne inkludere det å rydde opp i økonomien, ta farvel med venner, planlegge begravelsen, samt forberede pårørende på pasientens død (Kastbom et al. 2017, s. 936). Kastbom et al. tok også opp hvorvidt det var hensiktsmessig å utforske pasientens og pårørendes erfaringer med døden. Ved å gjøre dette kunne man bistå pasient og pårørende med å sette realistiske forventninger og begrense eller avkrefte urealistiske frykter som kunne skape utrygghet

(Kastbom et al., 2016, s. 937). Dette kunne gjøres ved å stille spørsmål som «har du noen erfaringer med alvorlig sykdom og død i familien eller blant venner?» (Kastbom et al., 2016, s.937).

#### *4.1.2. Kartlegge pasientens ønsker*

Studien til Hov et al. (2020) viste til at det var mange som forstod at de skulle dø og lagde planer for hva som skulle skje med dem etter døden inntraff. De var derimot usikre på hva de ønsket under selve dødsprosessen og dermed lagde de ikke planer for dette (Hov et al., 2020, s. 6). Det kunne oppstå diskusjoner innad i familien på grunn av forskjellige meninger for hva pasienten hadde ønsket når vedkommende ikke lenger kunne svare for seg selv. Dette understrekte viktigheten av at helsepersonell hadde fokus på å kartlegge pasientens ønsker tidlig i en palliativ fase, spesielt dersom pasienten bor alene (Hov et al., 2020, s. 6). Kastbom (2017) fant at mange av pasientene ikke ønsket å leve lenger dersom livet ikke hadde mening (Kastbom et al., 2017, s. 935). Studien fremhevet et sitat fra en av informantene som et eksempel på dette:

“I reckon a short and exiting and interesting life is much, much more precious than a long, meaningless life. That’s my opinion” (Kastbom et al. 2017, s. 935).

#### *4.1.3 Pårørendes betydning*

Sørhus et al. sin studie fant hvor avhengig pasienten var av at pårørende påtok seg mye ansvar ved for eksempel å sette å egne behov til side. Pårørende fortalte i studien hvordan de ble etterlatt med mye ansvar uten særlig opplæring eller kompetanse (Sørhus et al., 2016, s. 92). Studie belyste problemet med at pårørende satt med et stort ansvar ovenfor pasienten. Det var ofte pårørende som kjørte pasientene til legetimer og kontroller. Pårørende tok i tillegg på seg mer praktiske oppgaver som f.eks. stell av stomi, dosering av legemidler i tillegg til at de gjorde mer dagligdagse oppgaver som vask av hus (Sørhus et al., 2016, s. 92).

Studien til Lersveen og Devik som undersøkte pasientperspektivet, påpekte hvordan informantene beskrev pårørende som svært viktige (Lersveen & Devik, 2021, s.7). Pårørende ble en emosjonell støtte som kunne hjelpe pasienten med det de ikke lenger klarte på egen hånd. I tillegg gav pårørende trygghet gjennom å støtte pasientens meninger i møtet med helsevesenet.

En annen studie trakk frem rollen til pårørende ved at de omtalte hverandre som “vi” (Milberg, & Friedrichsen, 2017, s. 2271). Det kom frem at de omtalte seg som vi, f.eks. “Vi

hadde en avtale”, “Vi skulle til legen” (Milberg, & Friedrichsen, 2017, s. 2271). Videre påpeker studien at tilknytningene hvor de omtalte seg som et vi, viste at deres trygghet baserte seg mye på hverandre. Den påpekte også at dersom en av partene følte seg trygg ville den andre også kjenne på trygghet (Milberg, & Friedrichsen, 2017, s. 2271).

#### *4.1.4. Trygghet ved å være hjemme*

I artikkelen til Lersveen og Devik ble det også tatt opp at det å bruke hjemmet som en arena for behandlingen gav pasientene en form for sikkerhet, fordi dette var et kjent miljø hvor de hadde oversikt og følte seg trygge (Lersveen, og Devik, 2021, s. 6). Det ble også forklart at de kunne være seg selv og følge sine egne rutiner, samt at de uttrykket en følelse av utrygghet ved tanken på å ikke kunne få være hjemme lengre. (Lersveen, & Devik, 2021, s. 6).

## 4.2. Trygghet hos pårørende

### *4.2.1. Nødvendig opplæring*

Ifølge Sørhus (2016) var det en stor påkjenning for pårørende å måtte være tilgjengelige for pasienten hele tiden. Dette medførte utrygghet dersom pårørende ikke var trygge på hvordan de kunne hjelpe. Et gjengående tema var at pårørende ofte la sine egne behov til side for så å overarbeide seg selv og dermed få behov for avlastning. (Sørhus et. Al. 2016, s.92).

Informantene fortalte om redsel i forhold til å passe på deres syke ektefelle, med tanke på manglende kompetanse i tilfelle av et fall eller rett medisinerings (Sørhus et. Al. 2016, s.92).

Ifølge Lersveen & Devik (2021) var det en lettelse for flere av de pårørende da pasienten fikk hjemmesykepleie. Det å kunne ha noen å ringe til dersom man var usikker på noe relatert til sykdom og behandling, var med på å øke tryggheten hos pårørende (Lersveen et al., 2021, s. 7). Å få hjelp av hjemmesykepleien ble mottatt i varierende grad. Flere av deltakerne innrettet dagene sine etter tidspunktene hjemmesykepleien skulle komme, og hjemmesykepleien viste igjengjeld fleksibilitet ved endringer (Lersveen & Devik, 2021, s. 8). Flere av informantene savnet en fast person de kunne kontakte, samt å ha noen faste møter for å avklare forventinger og planen fremover (Lersveen & Devik, 2021, s. 8).

### *4.2.2. Ivareta pårørendes behov*

Som nevnt tidligere i teksten satt pårørende ofte sine personlige behov til side til fordel for pasienten. Pårørende stilte seg ofte tilgjengelige hele døgnet og mistet derfor søvnkvalitet, og på grunn av dette hadde de behov for avlastning (Sørhus, 2016, s.93). Noen pårørende fortalte



at det kunne være slitsomt da det ofte kom nye ansatte fra hjemmesykepleien fordi det ble lite kontinuitet. Informantene syntes likevel at de fikk verdifull hjelp da de fikk avlastning. Pårørende kunne da for eksempel gå ut en tur å snakke med andre og fokusere på seg selv. Pårørende satte også pris på at helsepersonell kunne bistå med å ta avgjørelser rundt innleggelse av pasienten, da dette var vanskelig for pårørende å ta stilling til og kunne være et vanskelig tema å ta opp med pasienten (Sørhus, 2016, s.93).

### 4.3. Faktorer som påvirker trygghet hos både pasient og pårørende

#### 4.3.1 Relasjonsbygging

Noe som kom frem i flere av artiklene oppgaven baserte seg på var viktigheten av relasjonsbygging. Artikkelen til Devik et al. Beskrev relasjonsbyggingen som en av de viktigste faktorene for å skape trygghet, og dette gjaldt for både pasient og pårørende (Devik et al. 2021, s. 9-12). Informantene i Milberg et al. sin studie beskrev ulike situasjoner hvor pasientene satte pris på da sykepleieren tok seg tid til å bli kjent med dem, og at pasientene til gjengjeld fikk bli kjent med sine pleiere. Studien ble gjennomført via intervjuer med pasientene hvor de blant annet fortalte om hvordan de kunne sluppet å få hjelp i helgene da det kun var vikarer på jobb, og hvor mye det betydde at det var et kjent ansikt som kom hjem til dem i stedet for en fremmed (Milberg et al. 2017, s. 2270).

I studien til Lersveen og Devik (2021) fremstod trygge relasjoner mellom pasienten, pårørende og hjemmesykepleien som en forutsetning for at hjemmet ble et trygt sted (Lersveen, & Devik, 2021, s. 10). Studien viste også at da hjemmesykepleien holdt sine løfter om å komme til avtalt tid eller reagere på endrede behov, ville dette gi en opplevelse av pålitelighet og en trygghet til at fremtidige behov ble møtt (Lersveen og Devik, 2021, s.11). Dette understrekte viktigheten av relasjonsbygging og pålitelighet i hjemmesykepleien. Brudd på avtaler kunne få negative konsekvenser mellom hjemmesykepleien og pasient/pårørende.

En av informantene i studien til Milberg et al. (2017) beskrev å ikke føle seg trygg da det kom nye personer hjem. Informanten uttrykte glede for å ha to sykepleiere som primære og sekundære sykepleiere. Informanten påpekte videre å sette pris på at de tok seg tid til å bli kjent med han hvor han forklarte at sykepleierne brukte tid til å snakke med pasienten om hele livet hans, hva han hadde gjort og opplevd, og ikke bare om sykdommen (Milberg et al. 2017, s. 2272).

#### *4.3.2. Symptomlindring*

Et annet funn er viktigheten av symptomlindring og den medisinske kompetansen til sykepleieren. I studien Kastbom er et av hovedpunktene “Minimised suffering”, altså minimalt med lidelse. I studien fortalte en av deltakerne hvordan han først ville unngå smerter, ettersom at sterke smerter kunne være med på å hindre følelsen av indre ro og fred som man gjerne etterlengtet i slutfasen av livet (Kastbom et al., 2016, s. 937).

#### *4.3.3. Tilstrekkelig med informasjon*

I Lersveen & Devik’s studie ble viktigheten av at pasient og pårørende fikk tilstrekkelig med informasjon angående døden og prosessen dit trukket frem. Dette gav en oversikt over muligheter og dermed en mer forutsigbar hverdag, som var med på å øke trygghet. På den ene siden var noen av pasientene veldig fornøyd med den informasjonen de fikk. På den andre siden satt en pårørende igjen med ubesvarte spørsmål og usikkerhet rundt døden etter en samtale med en kreftlege (Lersveen & Devik, 2021, s. 9). Studien til Kastbom et al. viste at informasjon om døden som enderesultat på behandlingen ble assosiert med forbedret omsorg og betingelser for en god død, i stedet for økt angst som man gjerne ville antatt (Kastbom et al., 2017 s. 937). Hov et al. trekker frem viktigheten av at pårørende får tilstrekkelig med informasjon og ikke blir en observatør på sidelinjen, men blir ivaretatt som en del av behandlingen til pasienten (Hov et al., 2020, s. 7). Videre blir det trukket frem at pårørende må ivaretas under behandlingen, og blir tatt i betraktning av helsepersonell, ettersom dette kan øke kvaliteten av pasientens behandling (Hov et al., 2020, s.6-7).

## **5 DISKUSJON**

Denne oppgaven utforsket hvordan sykepleiere kan skape trygghet for palliative kreftpasienter som ønsker å dø hjemme og hvordan dette påvirker pårørendes opplevelse av omsorgssituasjonen. Først vil kapittelet starte med metode diskusjon for å først drøfte metodologiske aspekter ved de inkluderte studiene. Videre diskuteres oppgavens funn i lys av hverandre for å så se funnene fra diskusjonen i lys av sykepleier teorier.

### **5.1 Metodediskusjon**

I denne delen skal oppgaven vise sin validitet og vise at funnene som er gjort er høy reliabilitet, altså at oppgaven er gyldig, og at funnene som er gjort er sanne og troverdige (Dalland, 2020, s. 43).

### *5.1.1 Valg av artikler*

I metodekapittelet presenterte vi at vi ønsket artikler der pasientgruppen var palliative kreftpasienter som mottar hjemmesykepleie. For å sikre at funnene skulle ha reliabilitet, måtte artiklene inneholde pasient- og/eller pårørendeperspektiv. Vi valgte å eliminere artikler skrevet på annet språk enn norsk og engelsk. Dette var for å unngå muligheten for store misforståelser da tekstene skulle forstås og oversettes. Basert på de forhåndsdefinerte inklusjonskriteriene fikk oppgaven til slutt fem artikler hvor to var skrevet på norsk og tre var skrevet på engelsk. Innholdet i de engelske artiklene ble oversatt til norsk. En risiko med å oversette fra engelsk til norsk er at det kan oppstå misforståelser i oversettelsen av innholdet. For å unngå misforståelser valgte vi å gå gjennom innholdet i de engelske tekstene flere ganger og kvalitetssikret av veileder.

Vi avgrenset vi søket geografisk til Europa, og ente opp med fem artikler som alle gjennomført studiene sine i Skandinavia. Vi valgte å gjøre dette fordi vi ønsket at oppgaven skulle inneholde artikler fra land med likhetstrekk i oppbyggingen av helsevesenet og land med lik kultur og samme verdier og holdninger, men også lik levestander og de sosioøkonomiske forutsetninger til helsevesenet. Dette styrker oppgavens reliabilitet, da det gir oppgaven høy kontinuitet. På bakgrunn av dette, anses det derfor at artiklene som ble inkludert i analysen som relevante og sammenlignbare til Norge. Sammenlignet med andre land som for eksempel USA, som også er et av landene som bruker mye penger på helsevesenet, skårer de lavere på “Health care performance” enn Norge i undersøkelsen til The Commonwealth Fund (Schneider, 2021). Årsaken til en lavere skåring innebar blant annet at USA har en lavere tilgjengelighet til helsehjelp, da de ikke har gratis helsehjelp tilbud. Dette kan føre til sosialøkonomiske utfordringer for de økonomisk svake i samfunnet (Schneider, 2021). På grunn av svært ulike forutsetninger i helsevesenet ville ikke en sammenligning mellom Norge og USA hatt relevans for oppgaven og ville medført at oppgaven hadde mistet sin validitet.

### *5.1.2 Kildekritikk*

Kildekritikk i en integrativ litteraturoversikt er en viktig forutsetning for å kunne finne pålitelig og korrekt informasjon. For å sikre høy validitet under arbeidet med å finne relevant forskning hadde vi fokus på kildekritikk. Oppgaven benyttet kun fagfelleverderte artikler, ettersom det stilles høyere krav til en fagfellevurdert artikkel enn for eksempel en fagartikkel. For at en artikkel skal bli fagfellevurdert må den vurderes kritisk av flere uavhengige

eksperter innenfor faget (Svartdal, 2021). Våre artikler er publisert i anerkjente tidsskrifter av forfattere med en helsefaglig bakgrunn, noe som styrker oppgavens validitet.

### *5.1.3 Deltakere og etiske betraktninger*

I oppgaven har vi valgt å basere oss på forskning utført med palliative kreftpasienter over 18 år som mottar hjemmesykepleie, uavhengig av kjønn. I tillegg, ønsket vi å fokusere på pårørendes opplevelser. Alle artiklene inkludert for analyse i denne oppgaven omhandler voksne pasienter og pårørende.

Artiklene i oppgaven baserer seg på bruk av anonymisert pasientdata der deltakerne hadde mulighet for å trekke seg i ettertid. Både artikkelen til Milberg og Friedrichsen 2015 og Sørhus et al. 2016 oppgir å følge Helsinkideklarasjonen som er en etisk standard for helseforskning (Legeforeningen, 2012). I forskningen utført i artikkelen til Sørhus et al. 2016 har forfatterne valgt å vente tre måneder etter pasientens dødsfall før de intervjuer de pårørende. Dette har blitt gjort på bakgrunn av et ønske om å verne pårørende i den mest intense sorgfasen (Sørhus et al., 2016, s. 91).

### *5.1.4 Integrativ litteraturoversikt som metode*

Integrativ litteraturoversikt som metode handler om å samle inn data fra andre studier innenfor et felt (Friberg, 2017, s. 150). En integrativ litteraturoversikt handler derfor om å gjøre en innholdsanalyse. Dette innebærer at man er nødt til å se delene i lys av helheten, men også helheten i lys av delene (Friberg, 2017 s. 135). Oppgaven har i all hovedsak brukt kvalitative studier, da dette ble vurdert som mest hensiktsmessig for å svare på problemstillingen. Fordelene med å bruke kvalitative studier, er at disse går i dybden og gir et helhetlig bilde over erfaringene til informantene.

Ulempen med å bruke kvalitative studier er at de kun baserer seg på subjektive erfaringer sett fra informantenes ståsted (Dalland, 2020, s. 55). Man kan dermed ikke teste effekten av å utføre palliativ behandling på en bestemt måte for best ivaretagelse av pasient og pårørende, som er mulig ved bruk av kvantitativ metode og randomiserte kontrollerte studier. I tillegg vil det på bakgrunn av tidsbruk være svært ressurskrevende å inkludere mange informanter i en kvalitativ studie (Dalland, 2020, s. 81). Ved å bruke kvantitativ metode kan man derimot ofte inkludere flere informanter (Dalland, 2020, s. 55). Fordi oppgaven baserer seg på kvalitative studier blir hovedfunnene basert på hva som frekventerer oftest blant studiene, og ikke på konkrete tall slik man ville fått fra kvantitative studier.

## 5.2 Resultat diskusjon

I denne delen av diskusjonen tar oppgaven for seg resultatet og ser dette i lyset av sykepleie teorier og lovverk. Oppgaven skal også sammenligne resultatene opp mot hverandre for å få en helhetlig oversikt.

### 5.2.1. Trygghet hos pasient

Funnene som har blitt presentert i resultatet viser at det er flere faktorer som gir trygghet hos pasienter. Underkategoriene for trygghet som kom frem i denne oppgaven inkluderte (1) Akseptere egen situasjon, (2) Pasientens ønske og (3) pårørendes betydning. Selv om oppgaven strukturerer disse i ulike underkategorier, har de fortsatt en sammenheng. Både det å “akseptere sin egen situasjon” og “pasientens ønsker” henger særdeles bra sammen da de bygger på hverandre. I underkategori “akseptere egen situasjon” ser vi at artikkelen til Kastbom et al. viser at flere av pasientene har et behov for å forberede seg før døden, enten det er med økonomi eller begravelsen (Kastbom et al., 2017, s. 936). Underkategorien *pasientens ønske* henger svært godt sammen med det å *akseptere situasjonen* pasienten er i. I artikkelen til Hov et al. blir helsepersonell oppfordret til å være tidligere ute med å kartlegge hva pasienten ønsker i den palliative fasen, da pasienten plutselig ikke lenger kan være i stand til dette (Hov et al., 2020, s. 6). Ved å kartlegge pasientens ønsker tidlig opprettholder vi autonomiprinsippet og selvbestemmelsesretten som innebærer at pasienten skal ha rett til å delta i sin egen behandling, og så langt det er mulig være med å bestemme mellom likestilte behandlingsformer (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Autonomiprinsippet handler også om at pasienten har rett til å nekte behandling vis de ikke lenger ønsker tilbudet som er tilgjengelig (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1).

Underkategori “pårørendes betydning” er også et eksempel på hvor sammensatt alt er. Lersveen og Devik påpekte at pårørende stod sentralt for pasientens opplevelse av trygghet (Lersveen & Devik, 2021, s.7). Hvordan trygghet og tilknytting til pårørende påvirket hverandre kom også veldig tydelig frem i studien til Milberg og Friedrichsen. Her omtalte flere av deltagerne hverandre som et “vi” (Milberg og Friedrichsen, 2017, s. 2271). Videre i studien viste de til at tryggheten til pasienten og tryggheten til pårørende var tilknyttet hverandre, og dersom en av dem følte seg trygg eller usikker så smittet dette over på den andre parten (Milberg, & Friedrichsen, 2017, s. 2271). Dette understreker hvor viktig det er å

også følge opp pårørende, og hvorfor denne oppgaven også velger å trekke inn trygghet hos pårørende, der oppgaven hovedsakelig har et pasientrettet perspektiv.

Hjemmet som en arena er også med på at pasienten kan føle en form for trygghet, fordi de har sine egne rutiner (Lersveen, & Devik, 2021, s. 6). Dette kan gi en form for befrielse og en følelse av selvstendighet. Dette samsvarer også med Fjørtoft sin bok om hjemmesykepleie (Fjørtoft, 2012). Her blir hjemmet også beskrevet som mer en bare et sted mellom fire vegger, men som et symbol for selvstendighet og trygghet (Fjørtoft, 2012, s. 31).

Funn fra Helsedirektoratet viser at 15% av alle kreftpasienter dør hjemme, noe som vil si at på et tidspunkt kommer mange av disse pasientene til å enten bli lagt inn på sykehus eller på sykehjem (Helsedirektoratet 2018). Det er derfor viktig at helsepersonellet kartlegger om det er eventuelle hjelpemidler som de trenger og opprettholder det tverrfaglige samarbeidet med koordinator.

### *5.2.2 Trygghet hos pårørende*

Som nevnt i siste avsnitt spiller pårørende en viktig rolle for at pasientene kan være hjemmeboende, og at de tar for seg større roller i behandlingen til pasientene (Lersveen, & Devik, 2021, s. 7). I tillegg fremhever studien til Milberg og Friedrichsen at pårørendes trygghet er med å påvirke pasientens opplevelse av trygghet (Milberg og Friedrichsen, 2017, s. 2271). Dette gir et godt grunnlag for hvorfor vi også må passe på pårørendes opplevelse av trygghet.

Funnene til studiene oppgaven tar for seg forteller oss at det å være pårørende kan være slitsomt og utmattende, noe som kan føre til utrygghet blant de pårørende. Avlastning av pårørende og at helsepersonalet tok beslutninger eller kom med anbefalinger om korttidsinnleggelse gav pårørende trygghet (Sørhus et al., 2016, s.93). Dette gjorde at pårørende kunne koble av ved å gå seg en tur, gjøre husarbeid eller andre hverdagslige ting de vanligvis ikke fikk gjort. Pårørende satt også pris på at helsepersonell kom med anbefalinger om korttidsopphold på sykehjem dersom det var behov for det, slik at de selv slapp å ta det opp med pasienten. Mange pårørende kunne av og til føle at de ikke strakk til da de sendte pasientene på korttidsopphold og at de dermed sviktet pasienten. Dette førte til at mange tok dette som et nederlag (Sørhus et al., 2016, s.92). Dersom helsepersonell kommer med anbefalinger rundt innleggelse av pasienten basert på hva som er faglig forsvarlig, kan dette være med på å lette opplevelsen av nederlag hos pårørende.

### *5.2.3 Faktorer som gir trygghet til pasienter og pårørende*

Flere faktorer påvirker både pasienten og pårørendes opplevelse av trygghet. Et tema som går gjennom de fleste artiklene som oppgaven tar utgangspunkt i er viktigheten av relasjonsbygging. Lersveen og Devik fant i sin studie at fellesnevneren for trygghet hos både pasienter og pårørende var betydningen av relasjoner (Lersveen, & Devik, 2021, s. 12).

Sørhus sin studie fant at det var flere pasienter som ikke var fornøyd med hjelpen de fikk i helgene (Sørhus et al., 2016, s. 94). Det trekkes frem et eksempel fra en av studiene, hvor informantene påpeker at i helgene kunne de likegodt vært foruten hjelp. Dette fordi helgene ofte betød helgevikarer som ikke visste om rutiner, noe om gjorde at pårørende ikke kunne slappe av med hjelpen de skulle få, men heller hjelpe helgevikaren (Sørhus et al., 2016, s. 94). Dette kan også sees i forhold til hvor viktig relasjonsbygging er, og viser det fra et synspunkt der relasjonsbyggingen ikke er like godt intrigert eller fullstendig fraværene. Pasientene følte seg da ikke like trygge til å mota hjelp. Selv om at det å ha primærkontakter er en veldig viktig del av palliativ pleie, er det viktig å understreke at sykepleiere ofte jobber en todelt turnus. Dette betyr at de bytter på å jobbe både dagvakt og kveldsvakt, samt har fri innimellom. På grunn av dette, kan det bli vanskelig å etterkomme ønsket om samme personal til pasienter dersom de får hjelp hver dag. Ideelt sett ville man gjerne at samme sykepleier skulle komme til pasienten når de er på vakt, noe som baserer seg på hvilken palliativ behandling som gis. Eksempelvis er det gjerne viktigere at kjente personale kommer mot slutten av livet, da det kan være med på å skape trygghet for pårørende. I begynnende palliative faser er det kanskje større muligheter for at andre personale kan være med å bli kjent med pasienter og å lære for å heve kompetansen, selv for helgevikarer.

Milberg sin studie om tilknytningsfigurer hadde fokus på de forskjellige relasjonene man kunne ha i løpet av palliativ behandling. Forskjellige relasjoner viste å gi forskjellige typer trygghet. Nære pårørende ble de pasientene ble mest avhengige av for å føle seg trygge, dette var også de sterkeste tilknytningene (Milberg, & Friedrichsen, 2017, s. 2272). Dette kan bety at å ha nære pårørende er en viktig faktor for trygghet hos pasienten i en palliativ fase.

Studien fant hvordan pasientene følte seg anerkjente av helsepersonell som behandlet dem som personer og ikke pasienter med en sykdom (Milberg, & Friedrichsen, 2017, s. 2272). På bakgrunn av dette funnet er det viktig at sykepleieren behandler pasienten som et menneske med unike behov og ressurser, og ikke som "kvinne 82 med kreft".

Tilstrekkelig informasjon var en viktig faktor for at både pasienter og pårørende skulle føle seg trygg (Lersveen & Devik, 2021, S.9). Helsepersonell er lovpålagt til å gi pasienten tilstrekkelig med informasjon, forklart på en måte som er tilpasset pasienten sin evne til å mota informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Dersom pasienten er samtykkekompetent har man derimot ikke lov å gi informasjon angående pasienten sin helsetilstand uten pasientens tillatelse, da dette bryter med taushetsplikten (Helsepersonelloven, 1999 § 21). Dette kan føre til utfordringer hvor pårørende også kan føle seg utelatt og i en utrygg situasjon da de ikke får tilstrekkelig informasjon. Det er da viktig å kartlegge pasientens ønsker tidlig slik at pårørende kan få den informasjonen som pasienten tillater. Dette innebærer også at sykepleier er nødt til å stå i ubekvemme situasjoner dersom pårørende ringer å spør om informasjon som pasienten ikke har samtykket til å dele.

Når pasienten er samtykkekompetent har pasienten rett til å delta i avgjørelser om sin egen behandling og kan velge mellom ulike likestilte behandlingsmetoder som er tilgjengelig (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Lersveen og Devik sin studie viste også at dette gav økt trygghet. Det å få delta aktivt i sin egen behandling kan gi pasientene mer oversikt over hvilke muligheter de har, samt gi de en mer forutsigbar hverdag (Lersveen & Devik, 2021, s.9).

En annen viktig faktor som må beregnes er at pårørende av og til kan være uenige i samtykkekompetanse vurdering. De kan mene at pasienten ikke kan ta valg selv, kanskje de er uenige i pasientens ønsker og bare vil gjøre dem godt. Det er viktig å inkludere pårørende i behandlingen og ikke la dem føle seg som tilskuere (Hov, et. Al. 2020, s.7). Å vurdere om samtykkekompetansen kan tas bort kreves det at pasienten “åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykke omfatter” (Helsedirektoratet, 2023). Hvis helsepersonell er i tvil, skal pasienten beholde samtykkekompetansen (Helsedirektoratet, 2023). Dette kan lett skape frustrasjoner for pårørende hvis de blir uenige med helsepersonellet og deres avgjørelse.

#### *5.2.4 Funnene sett i lys av sykepleie teori*

Pårørende hadde en stor betydning og er mer eller mindre en forutsetning for at pasienten skulle bo hjemme. Man kunne også se dette i lys av Henderson sine 14 punkter for grunnleggende behov (se tabell 1.). Pårørende tok ofte på seg større roller i behandlingen av pasienten (Sørhus et al., 2016, s. 92). Dette medførte da at pårørende hjelper til med flere av Henderson sine 14 punkter. Punkt 10; å få kontakt med andre og gi uttrykk for sine egne behov og følelser. Punkt 12; å arbeide med noe som gir følelsen av å utrette noe (produktiv



sysselsetting). Punkt 13; Å finne underholdning og fritidssysler. Punktene 10, 12, og 13 omhandler aktiviteter, å uttrykke seg følelsesmessig og å arbeide med noe som gir pasienten mening, dette er punkter pårørende er en stor del av (Kristoffersen, 2021, s.237).

Punkt 10. I Hendersons grunnleggende behov handler om å få kontakt med andre og få gi uttrykk for sine behov og følelser (Kristoffersen, 2021, s.237). Dette ser vi også i studien til Milberg & Friedrichsen, som trekker frem hvordan pasientene følte seg anerkjente av helsepersonellet som behandlet dem som personer, og ikke pasienter med en sykdom (Milberg, & Friedrichsen, 2017, s. 2272). Å få kontakt med andre og gi uttrykk for sine egne behov og følelser, er en viktig del av å kunne akseptere situasjonen man er i som er viktig for å få en det man kaller en god død. Som nevnt tidligere viste det at nok informasjon om døden og prosessen dit ble assosiert med forbedret omsorg (Kastbom et al., 2017 s. 937).

Hjemmet hadde også mye og si for pasientens opplevelse av trygghet. Hjemmet kunne blant annet sees som et symbol på trygghet, i den forstand at alt var kjent, og både pasient og pårørende kunne være seg selv og føle på selvstendighet (Fjørtoft, 2012, s. 31). Henderson nevnte i talen sin i 1958 at en av oppgavene til sykepleierne er å hjelpe pasienten til å bli mest mulig selvstendig (Alligood, 2022, s. 14). Dette vil i en hjemmesykepleie perspektiv også innebærer at de skal kunne være mest mulig hjemme da dette gir mest følelse av autonomi (Alligood, 2022, s. 14).

## **6 ANVENDELSE I PRAKSIS**

Denne oppgaven har tatt for seg hvordan sykepleiere kan skape trygghet for palliative kreftpasienter som ønsker å dø hjemme, og hvordan dette påvirker pasientens og pårørendes opplevelse av omsorgssituasjonen. Basert på oppgavens funn, dekker dette kapitlet forslag til hvordan sykepleiere kan skape trygghet for palliative kreftpasienter. Det er individuelt hva som gir hver enkelt person trygghet, men vi har gjennom denne oppgaven funnet noen hovedpunkter til hvordan sykepleiere kan være med å skape mer trygghet hos pasienter og pårørende i hjemmet.

Relasjonsbygging er et særdeles viktig element for pasientens opplevelse av trygghet. Relasjonsbygging blir gjentatt i nesten alle artiklene og er en del av kjernen for hva som skaper trygghet. Da både pasienter og pårørende blir kjent med pleieren, skaper dette tillit og

dermed også trygghet. Derfor er det viktig å etablere en primærkontakt tidlig i pleien, slik at pasienter og pårørende vet hvem de kan henvende seg til.

Det å akseptere situasjonen sin kan være vanskelig for mange, men er en viktig del av prosessen. Når de har fått prosessert dette er det viktig at helsepersonell kartlegger pasientens ønsker. I den siste stunden er det ikke sikkert at pasienten er i stand til å ytre sine meninger lenger. Det vil da være lurt å allerede ha avklart dette på forhold slik at både pasienten kan hvile i vel viten om at deres ønsker blir oppfølgt. Det vil også kunne berolige pårørende da de ikke trenger å ta valg på vegne av pasienten i like stor grad.

Tilstrekkelig med informasjon er også viktig for både pasient og pårørende. Dette kan være informasjon om deres individuelle plan som har som hensikt å styrke samhandlingen samt få et koordinert, helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Det kan også komme mange spørsmål etter hvert i sykdomsforløpet og dette kan gi en utrygghet, ved å gi informasjon om hvem de kan oppsøke informasjon hos, vil dette kunne gi en mer forutsigbar hverdag for begge parter som er med på å skape trygghet for pasienten og for pårørende.

Pårørende spiller en sentral rolle i behandlingene til pasienten. Det er en forutsetning at pårørende er til stede og hjelper for at alvorlig syke palliative pasienter skal kunne bo hjemme. Derfor er det viktig at sykepleiere passer på og ivaretar pårørende. Å ivareta pårørende kan innebære psykisk avlastning ved å snakke med de om hvordan de har det. Man kan også legge til rette for at de kan bli avlastet og få minsket arbeidsmengden deres. Dette kan gjøres ved å for eksempel varme mat til pasienten eller bistå med å søke korttidsopphold på sykehjem.

Det er essensielt at helsepersonell har nok kompetanse for å skape trygghet hos pasient og pårørende slik at de skal kunne føle seg trygge med å være hjemme. Lav kompetanse hos de ansatte kan medføre utrygghet blant pårørende. Det kan også føre til feilbehandling som i verste fall kan ende i akutte innleggelses (Sørhus, et al. 2016, s. 88). Ved å heve kompetansenivået til helsepersonell ved bruk av fagdager og hospitering, vil man kunne ha mer kompetanse under behandlingen av pasienter som vil skape økt trygghet i hjemmet.

## **7 Konklusjon**

For å kunne skape trygghet hos pasienter i palliativ fase viser funnene i denne oppgaven at det er flere ting helsepersonell kan gjøre. Deriblant relasjonsbygging som står særdeles sentralt for pasienters opplevelse av trygghet. Andre tiltak inkluderer å kartlegge pasientens ønsker rundt livets siste fase, da det ikke er sikkert at de klarer å uttrykke dette selv. Pårørende har også en særdeles viktig rolle for at pasienten skal føle seg trygg, derfor er det viktig at helsepersonellet tar like mye hånd om pårørende som pasienten. Det er viktig at deres behov blir møtt slik at de ikke blir utslitt. Tilstrekkelig med informasjon er også viktig da dette vil gi pasienten og pårørende vil gi dem trygghet da dette kan fjerne en del av usikkerheten rundt palliativ behandling i den siste fasen av livet.

## Referanser

Alligood, M. R. (2022). *Nursing theorists and their work* (10. utg.). Philadelphia, Elsevier Inc.

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal akademisk.

Friberg, F. (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvantitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för literaturbaserade examensarbeten* (3. Utg, s. 129 – 139). Studentlitteratur

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för literaturbaserade examensarbeten* (3. Utg, s. 141-152). Studentlitteratur

Fjørtoft, A-K. (2012). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og Muligheter* (2. Utg.) Fagbokforlaget.

Gustafsson, S. R. (2021). Trygghet. I G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov og helse* (4.utg., bind 2., s. 93-107). Oslo, Gyldendal.

Heggestad A.K.T., (2023, 26. Januar). *Livsforlengende behandling gir etiske utfordringer*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/etikk/2023/01/livsforlengende-behandling-gir-etiske-utfordringer>

Heggestad A.K.T., (2021, 25. mars). *Den tradisjonelle forståelsen av autonomi er for snever*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/etikk/2021/03/den-tradisjonelle-forstaelsen-av-autonomi-er-snever>

Helsebiblioteket: (2013, 14 februar). *Cinahl tilgjengelig i Helsebiblioteket*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/nyheter/cinahl-tilgjengelig-i-helsebiblioteket>

Helsedirektoratet (2015). *§ 1-3 Definisjoner*. Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 01. januar 2018, lest 12. desember 2023). Tilgjengelig fra

<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/alminnelige-bestemmelser/definisjoner>

Helsedirektoratet. (2019, 14. Oktober). *Hva er palliasjon*. Helsedirektoratet.no.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/innledning/hva-er-palliasjon>

Helsedirektoratet. (2018, 12. Juli). *Koordinator i kommunen og spesialisthelsetjenesten*.

Helsedirektoratet. Hentet 20. november fra

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/individuell-plan-og-koordinator/koordinator-i-kommunen-og-spesialisthelsetjenesten>

Helsedirektoratet (2018, 27 juni.). *Helsetjenester i hjemmet: Helsedirektoratet*. Hentet 20.

november fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen/rapportering-av-tjenester-med-definisjoner-og-rapporteringskrav/helsetjenester-i-hjemmet>

Helsedirektoratet (2018, 12. juli). *Om individuell plan og koordinator - formål og rettigheter*

*Helsedirektoratet*. Hentet 20. november fra

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/individuell-plan-og-koordinator/om-individuell-plan-og-koordinator-formal-og-rettigheter>

Helsedirektoratet. (2018, 18. september). *Lindrende behandling i livets slutfase, Innledning*.

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

Helsedirektoratet, (2023, 06. desember). *Sentrale oppgaver for koordinerende enhet i*

*kommunen*. Hentet 19 desember 2023 fra

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/koordinerende-enhet-for-habilitering-og-rehabilitering-i-kommunen-og-i-spesialisthelsetjenesten/sentrale-oppgaver-for-koordinerende-enhet-i-kommunene>

Helse- og omsorgsloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven (1999). *lov om Helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. [https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_5](https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5)

Hoem, M. G., Hoem, S.A. Hauvik, S. (2022). *Slik kan pasienten få en verdig siste tid i hjemmet*, Sykepleien 2022;110 (89518):e-89518 [10.4220/Sykepleiens.2022.89518\(link is external\)](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2022.89518(link%20is%20external))

Hov, R., Bjørslund, B., Kjøs, B. Ø., & Wilde-Larsson, B. (2020). A sense of security in palliative homecare in a Norwegian municipality; dyadic comparisons of the perceptions of patients and relatives - a quantitative study. *BMC Palliative Care*, 19(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-0513-7>

Kastbom, L., Milberg, A., & Karlsson, M. (2017). A good death from the perspective of palliative cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 25(3), 933-939. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3483-9>

Kreftforeningen. (2023, 21. Desember). *Kreft I Norge*. Hentet 7.november 2023 fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreft-i-norge/>

Kreftforeningen (2023, 23. November). *Palliativ (lindrende) behandling*, Hentet 27. November 2023 fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/behandling/lindrende-palliativ-behandling/>

Kristoffersen, N. J. (2021). Sykepleiefagets teoretiske utvikling: en historisk reise. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Fag og profesjon* (4.utg., bind 1., s. 225-282). Oslo, Gyldendal.

Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator (FOR-2011-12-16-1256) Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2011-12-16-1256>

Larsen IK, Kjerpseth LJ, (2023) *Kreft i Norge*, (Folkehelse rapporten - helsetilstanden i Norge) Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/kreft/?term=#ddelighet-av-kreft>

Legeforeningen (2. Februar, 2012). Helsinkideklarasjonen. <https://www.legeforeningen.no/fag/forskning/helsinkideklarasjonen/>

Lersveen, G.L. , Devik, S.A. (2021). Opplevelse av trygghet i hjemmebasert palliativ omsorg: pasienters og pårørendes perspektiv. *Omsorgsforskning*, 2021, Vol. 7 (3), s. 1-15. <https://www.idunn.no/doi/full/10.18261/issn.2387-5984-2021-03-05>

Milberg, A. and M. Friedrichsen (2017). "Attachment figures when death is approaching: a study applying attachment theory to adult patients' and family members' experiences during palliative home care." *Support Care Cancer* 25(7): 2267-2274. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=123225013&scope=site>

Oslo kommune. (u.å). *Hjemmesykepleie og praktisk bistand*. Oslo. <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/hjemmetjenester/hjemmesykepleie-og-praktisk-bistand/#toc-1>

Pasient- og brukerrettighetsloven - pbrl. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Regjeringen. (2022, 23. august). *omsorgstjenesten*. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/omsorgstjenesten/id426407/>

Regjeringen. (2023, 24. Juli). *Tildelings- og oppdragsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet* Regjeringen.no. [https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/hod/tildelingsbrev\\_hod/id748567/](https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/hod/tildelingsbrev_hod/id748567/)

Rønsen, A., & Jakobsen, R. (2016). *Å fullføre et liv : omsorg for døende og de som står nær*. Gyldendal akademisk.

Schneider, E.C., Shah A., Doty, M.M., Tikkanen, R., Fields K., Williams II, R.D., (2021, 4. august). *Mirror, Mirror 2021: Reflecting Poorly*. The Commonwealth Fund.

<https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2021/aug/mirror-mirror-2021-reflecting-poorly>

Stavanger Kommune. (2023, 11.05). *Hjemmesykepleie/ tjenester på sykepleieklinikk*. Hentet 23.november 2023 Tilgjengelig fra <https://www.stavanger.kommune.no/helse-og-omsorg/hjemmetjenester/hjemmesykepleie/>

Strand, B. H., m.fl. (2023, 13.03). *Helse hos eldre i Norge* (Folkehelse rapporten - helsetilstanden i Norge). Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/grupper/eldre/?term=#hovedpunkter>

Svartdal, Frode (2021). *Fagfelle vurdering* i Store norske leksikon på snl.no. Hentet 21. November 2023 fra <https://snl.no/fagfelle vurdering>

Sørhus, G. S., Landmark, B. T., & Grov, E. K. (2016). Ansvarlig og avhengig – Pårørendes erfaringer med forestående død i hjemmet - Responsible and dependent – Relatives' experience with expected death at home. *Klinisk Sygepleje*, 30(2), 87-100.

<https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2016-02-03>



**VEDLEGG**

## Vedlegg 1. Analyserte artikler

<i>Artikkel 1</i>	
Forfatter(e)	Hov, R., Bjørnsland, B., Kjøs, B. Ø., & Wilde Larsson, B
Årstall	2020
Tidsskrift	BMC Palliative Care
Land	Norge
Artikkel- tittel	A sense of security in palliative homecare in a Norwegian municipality; dyadic comparisons of the perceptions of patients and relatives – a quantitative study
Hensikten med studien	Hensikten med studiet er å beskrive og sammenligne pasienten og deres nærmeste pårørendes opplevelse av sikkerhet i palliative hjemmesykepleie, inkludert opplevd sikkerhet rundt den faktiske pleien gitt til pasienten og den subjektive viktigheten av den pleien
Perspektiv (sykepleier/ pasient/ pårørende)	Pasient og pårørende perspektiv
Metode og analyse	Kvantitativ tverrsnittundersøkelse
Utvalg/populasjon	32 pasienter og deres nærmeste pårørende
Hovedfunn/resultater	Det er flere statistiske forskjeller mellom pasient og pårørendes opplevelse av sikkerhet i palliativhjemmesykepleie, sammenlignet med den subjektive betydningen av pleien. Det er også statistiske forskjeller i pasient og pårørende samspillet og oppfatningen deres.

	En relativt lik oppfatning av trygghet og sikkerhet i palliativ hjemmesykepleie er viktig for pasienten og deres nærmeste pårørende fordi slektninger ofte gir omsorg og blir pasientens talsperson. Det pårørende ser på som viktig kan guide og påvirke utviklingen av palliativ hjemmesykepleie
<i>Artikkel 2</i>	
Forfatter(e)	Anna Milberg og Maria Friedrichsen
Årstall	2017
Tidsskrift	Support Cancer Care
Land	Sverige
Artikkel- tittel	Attachment figures when death is approaching: a study applying attachment theory to adult patients' and family members' experiences during palliative home care.
Hensikten med studien	Studiet ser på tilknytningsteorier, og hvordan tilknytningstyper kan være med på å hjelpe familie og pasienter takle alvorlig sykdom
Perspektiv (sykepleier/ pasient/ pårørende)	Pasient/familie
Metode og analyse	Intervjuet ble analysert på en kvalitativ måte
Utvalg/populasjon	12 pasienter og 14 pårørende ble intervjuet
Hovedfunn/resultater	Studiet finner fire ulike typer tilknytningstyper: 1.familie og venner, 2.helsepersonell, 3.kjæledyr, 4. Gud.

	Artikkelen viser videre hvordan disse kan være med på å skape en trygghet for pasient og pårørende. Artikkelen forteller også at for at helsepersonell skal bli en tilknytningsfigur, må det legges inn tid til å bli kjent med hverandre gjennom kontinuerlig kontakt og tilstedeværelse, samt at helsepersonellet også både pasienten og de pårørendes behov.
<i>Artikkel 3</i>	
Forfatter(e)	Lersveen, G.L. , Devik, S.A.
Årstall	2021
Tidsskrift	Omsorgsforskning
Land	Norge
Artikkel- tittel	Opplevelse av trygghet i hjemmebasert palliativ omsorg: pasienters og pårørendes perspektiv
Hensikten med studien	hensikten i denne studien å undersøke hva som fremmer trygghet hos pasienter og deres pårørende, når de mottar palliativ behandling og omsorg i hjemmet, uavhengig av diagnose.
Perspektiv (sykepleier/ pasient/ pårørende)	Pasient og pårørende
Metode og analyse	Kvalitativ metode, eksplorativt design
Utvalg/populasjon	De rekrutterte 7 pasienter og 7 pårørende til undersøkelsen som måtte ha disse kriteriene: at pasienten måtte være minst 18 år og mottar hjelp fra hjemmesykepleie, være samtykkekompetent og villig til å invitere pårørende i undersøkelsen
Hovedfunn/resultater	Hovedfunnene ble kategorisert inn i tre hovedkategorier: <ul style="list-style-type: none"> <li>- trygghet i å være i sitt hus og bo miljø,</li> <li>- trygghet i å motta tjenester og dele ansvar, trygghet å ha tillit til hjelpen vil være der når det trengs.</li> </ul>

Artikkel 4	
Forfatter(e)	Sørhus, G. S., Landmark, B.T., & Grov, E.K.
Årstall	2016
Tidsskrift	Klinisk Sygepleje
Land	Norge
Artikkel- tittel	Ansvarlig og avhengig – Pårørendes erfaringer med forstående død i hjemmet – Responsible and dependent – Relatives' experience with expected death at home
Hensikten med studien	Studien beskriver pårørendes erfaringer når kreftpasienter ønsker å bruke livets siste dager hjemme
Perspektiv (sykepleier/ pasient/ pårørende)	Pårørende
Metode og analyse	Kvalitativ studie hvor dybdeintervjuer ble benyttet for å samle inn data
Utvalg/populasjon	Syv pårørende ble intervjuet som var både kvinner og menn i alderen 30-70 år To av informantene er ektefeller, én er skilt, alle i alderen 50 til 70 år, mens tre a informantene er voksne barn av pasienten, to er døtre og én er sønn i alderen 30-60 år-
Hovedfunn/resultater	Pårørende som står i palliativ pleie i hjemme har sterkt engasjement og trenger utholdenhet for å håndtere komplekse fysiske og psykiske krav og lidelser. I tillegg beskriver pårørende i denne studien at det føler på et stort ansvar samtidig som de er avhengig av støtte fra helsevesenet

<i>Artikkel 5</i>	
Forfatter(e)	Lisa Kastbom, Anna milberg og Marit Karlsson
Årstall	2017
Tidsskrift	Supportive Care in Cancer
Land	Sverige
Artikkel- tittel	A good death from the perspective of palliative cancer patients
Hensikten med studien	Undersøke hva en god død for en palliativ kreftpasient innebærer
Perspektiv (sykepleier/ pasient/ pårørende)	Pasientperspektiv
Metode og analyse	Intervjuene ble analysert med kvalitativ innholdsanalyse
Utvalg/populasjon	Intervju med 66 voksne pasienter med kreft i en palliativ fase. Pasientene ble utvalgt fra både hjemmesykepleien og sykehus
Hovedfunn/resultater	Deltakere så på døden som en prosess. En god død var forbundet med å leve med en aksept om at døden kommer, forberedelse før døden samt en komfortabel død relatert til å dø fort, med selvstendighet, minimal lidelse og med sosiale relasjoner intakt. Noen følte en uro rund døden fordi det skulle ende deres eksistens. Det viste seg at tidligere erfaringer med døden påvirket deltakernes oppfatning av en god død

## Vedlegg 2. Søkelogg

<i>Søkedato</i>	<i>Database</i>	<i>Søkeord og kombinasjoner</i>	<i>Avgrensninger</i>	<i>Antall treff</i>	<i>Leste abstrakt</i>	<i>Leste artikler</i>	<i>Antall valgte artikler</i>
23.10.23	Cinahl	Palliativ AND Family	År: 2013 – 2023 Full text, Peer reviewed, Human, Geographic subset: Europe, Apply related words	393	10	2	0
24.10.23	Cinahl	Palliative care AND Home care	År: 2013 – 2023 Full text, Peer reviewed, Human Geographic subset: Europe	78	43	13	2
24.10.23	Cinahl	Cancer patients AND last week of life	År: 2013-2023 Peer reviewed, Human, Full text Geographic subset: Europe	7	5	2	1
25.10.23	idunn	“Trygghet” AND “Palliativ” AND “Home care”	2013-2023 Artikler	2	2	1	1

30.10.23	SweMed+	palliativ pleie i hjemmet	År: 2013-2019 Peer reviewed	2	2	1	1
30.10.23	Cinahl	“end of life” AND “Home care”	År: 2013-2023 Peer reviewed, Human, full text Geographic subset: Europe	56	8	2	0