

# Sykepleieres erfaringer med palliasjon i hjemmet

Kandidatnummer: 707 & 804  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie: BSY-500

Antall ord: 8984  
Dato: 02.01.2024



**Lovisenberg**  
diakonale høgskole

Sammendrag	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 02.01.2024
Tittel Sykepleieres erfaringer med palliasjon i hjemmet	
<p data-bbox="162 383 1394 421"><u>Innledning</u></p> <p data-bbox="162 421 1394 678">Tema for bacheloroppgaven er palliasjon i hjemmet. En økende grad av eldre medfører et større behov for lindrende behandling og palliasjon. Det har blitt utviklet politiske føringer og nasjonale faglige retningslinjer for å løfte den palliative innsatsen i Norge, hvor sentrale målsettinger om økt tid i hjemmet for palliative pasienter har direkte føringer for sykepleieutøvelsen i hjemmetjenesten. Oppgavens hensikt er derfor å svare på følgende problemstilling: Hvilke faktorer erfarer sykepleiere som avgjørende for utøvelse av personsentrert sykepleie til palliative pasienter i hjemmet?</p> <p data-bbox="162 712 1394 750"><u>Metode</u></p> <p data-bbox="162 750 1394 1008">Oppgaven er en generell litteraturstudie med et kvalitativt design, basert på et strukturert søk i Cinahl. Emneordene er basert på nøkkelbegreper i problemstillingen og omfatter følgende; <i>“palliative care”</i>, <i>“home health care”</i>, <i>“qualitative studies”</i>, <i>“professional competence”</i> og <i>“clinical competence”</i>. Søket ble avgrenset til studier gjennomført i Vest-Europa, publisert de siste ti årene. Det resulterte i 10 treff, hvorav fire ble inkludert basert på inklusjon- og eksklusjonskriterier. Et tilleggssøk i Idunn ble utført for å sikre en overvekt av norsk kontekst. Dette resulterte i 21 treff hvorav én ble inkludert. Artikkene ble kvalitetsvurdert.</p> <p data-bbox="162 1041 1394 1079"><u>Resultat</u></p> <p data-bbox="162 1079 1394 1227">Resultatene viser fire gjennomgående faktorer som er avgjørende for utøvelse av personsentrert palliativ pleie i hjemmet; en tidlig og god start av det palliative forløpet, samhandling og samarbeid med andre profesjoner og instanser, kompetanse og erfaringer innen palliasjon samt nødvendige ressurser.</p> <p data-bbox="162 1261 1394 1299"><u>Diskusjon</u></p> <p data-bbox="162 1299 1394 1518">Resultatene i forskningen er diskutert opp mot teoretisk kunnskapsgrunnlag i oppgavens bakgrunnskapittel. Vi har benyttet rammeverket <i>“Person-centred Practice Framework”</i> av McCance og McCormack for å belyse faktorenes sammenheng med utøvelse av personsentrert sykepleie. Vi vurderer at de fremtredende faktorene er avgjørende for sykepleieres mulighet til å utøve personsentrert palliativ pleie i hjemmet, hvor kunnskap om dette kan bidra til sykepleieres mulighet til å håndtere utfordringene i klinisk praksis.</p>	

(Totalt antall ord: 299)

## **Forord**

Denne bacheloroppgaven tar utgangspunkt i et forberedende arbeid gjort i emne BSY-402 hvor vi leverte inn en prosjektbeskrivelse som en eksamensbesvarelse, med kandidatnummer 586 & 508. I denne bacheloroppgaven har vi benyttet samme tema og en lignende problemstilling som i prosjektbeskrivelsen. Det vil derfor være likheter mellom de to oppgavene i bakgrunn for valg av tema og presentasjon av problemstillingen. Vi har benyttet oss av samme søk i databasen Cinahl. Dette medfører at emneordene samt to av artiklene som ble benyttet i prosjektbeskrivelsen også blir benyttet i bacheloroppgaven. Det vil derfor være likheter i de to besvarelsene som fremkommer i tabell for søkehistorikk og presentasjon av artiklene i artikkelmatrisen.

## **Innholdsfortegnelse**

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Presentasjon av problemstilling .....	2
<b>2</b>	<b>Bakgrunn.....</b>	<b>3</b>
2.1	Palliasjon .....	3
2.2	Personsentrert sykepleie .....	4
2.2.1	Rammeverk for personsentrert sykepleie .....	4
2.3	Sykepleie i hjemmet.....	5
2.4	Sykepleierens ansvar- og funksjonsområde .....	6
2.5	Sykepleiefaglige rammer .....	7
2.5.1	Etikk .....	7
2.5.2	Lovverk .....	8
2.5.3	Retningslinjer og faglige veiledere.....	9
<b>3</b>	<b>Metode .....</b>	<b>11</b>
3.1	Generell litteraturstudie.....	11
3.2	Søkeprosessen og utvelgelse av artikler .....	11
3.3	Øvrig fag og forskningslitteratur .....	14
<b>4</b>	<b>Resultater .....</b>	<b>15</b>
4.1	Presentasjon av resultater i matrise.....	15
4.2	Syntese av resultater .....	19
<b>5</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>20</b>
5.1	En tidlig og god start av det palliative forløpet.....	20
5.2	Samhandling og samarbeid med andre profesjoner og instanser .....	23
5.3	Kompetanse og erfaring innen palliasjon.....	25
5.4	Ressurser .....	27
5.5	Diskusjon av metode.....	29
5.5.1	Generell litteraturstudie som metode .....	29
5.5.2	Vurdering av inkluderte forskningsartikler .....	29
<b>6</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>31</b>
	<b>Referanseliste .....</b>	<b>32</b>
	<b>Vedlegg .....</b>	<b>36</b>

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Dagens samfunn står overfor utfordringer knyttet til en økende grad av eldre, da moderne medisin og behandling gjør at en kan leve lengre med alvorlige sykdommer (NOU 2017: 16, s. 40; Thoresen & Dahl, 2022, s. 827). Dette medfører at den eldre delen av befolkningen lever med et sammensatt sykdomsbilde, som fører til et økt behov for palliasjon og lindrende behandling (NOU 2017: 16, s. 40). Helseinstitusjonene har i dag hovedansvaret for pleien til palliative pasienter, i motsetning til tidligere hvor familiemedlemmer ofte tok vare på sine nærmeste ved sykdom og livets slutt (Thoresen & Dahl, 2022, s. 827-828). Fransiskushjelpen (2021) har gjennomført en undersøkelse som viser at hele 53% av landets befolkning ønsker å dø hjemme, men statistikk viser at kun 13-15% av dødsfall skjer i pasientens eget hjem (Birkeland & Flovik, 2018, s. 186; Fransiskushjelpen, 2021). En kan derfor se nødvendigheten av å utvikle det palliative tilbudet som utøves av hjemmetjenesten for å møte pasientenes ønsker og behov i livets slutfase.

Helse- og omsorgsdepartementet utga i 2017 en NOU med føringer for hvordan det palliative arbeidet skal foregå i Norge (NOU 2017: 16). Dokumentet peker på utfordringer og ønskede tiltak ved palliativ pleie, og legger føringer for hvordan palliasjon skal organiseres og utføres. En sentral målsetting er økt tid i hjemmet for palliative pasienter som ønsker dette. For å sikre helhetlige og koordinerte forløp er det nødvendig at primærhelsetjenesten tar ansvaret for koordinering og utførelse av den palliative pleien i hjemmet. Dette krever at sykepleiere i hjemmetjenesten har kompetanse og ressurser til å ivareta den palliative omsorgen til pasienter som ønsker sin siste tid i eget hjem (NOU 2017: 16, s. 106-107).

Når pasienter ønsker å tilbringe den siste tiden i hjemmet, faller ansvaret på sykepleierne i hjemmetjenesten (Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s. 46). Hjemmetjenesten som arbeidsarena byr på utfordringer som kan påvirke utøvelsen av den palliative pleien. Tid, økonomi, ressurser, bemanning og kompetanse er blant utfordringene som kan gjøre det vanskelig å utføre den økende mengden av komplekse arbeidsoppgaver knyttet til hjemmesykepleie (Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s. 46). En helhetlig og pasientsentrert tilnærming er sentralt i palliativ pleie, og dersom sykepleierne i hjemmetjenesten ikke evner å møte kravene for utøvelse av god palliativ pleie kan dette medføre at pasientene opplever den siste tiden av livet som uverdigg

og lite meningsfull (Meld. St. 24 (2019-2020), s. 7; NOU 2017: 16, s. 9). På bakgrunn av dette ser vi nødvendigheten av å undersøke hva sykepleiere erfarer som avgjørende for utøvelse av palliativ pleie i hjemmet, for å møte det økende behovet for palliasjon i tråd med førende retningslinjer.

## **1.2 Presentasjon av problemstilling**

Grunnet bakgrunn for valg av tema ser vi et behov for økt kunnskap innen palliativ pleie i hjemmet. På bakgrunn av dette og egen interesse for feltet, ønsker vi derfor å utforske hvilke faktorer sykepleiere opplever som avgjørende for palliativt arbeid i hjemmet. Oppgavens formål er derfor å svare på følgende problemstilling:

*Hvilke faktorer erfarer sykepleiere som avgjørende for utøvelse av personsentrert sykepleie til palliative pasienter i hjemmet?*

Vi har avgrenset oppgaven til å omhandle sykepleieres erfaringer for å finne erfaringsbasert kunnskap fra pasientnære situasjoner vi kan benytte i egen praksis. Oppgaven omhandler kun palliasjon til voksne pasienter som mottar palliativ pleie i hjemmet. Oppgaven er avgrenset til forskning utført i Vest-Europa de siste ti årene for å sikre en overføringsverdi til norsk kontekst, samt at resultatene kan benyttes i dagens organisering av helsevesenet. Vi benytter kvalitative studier for å sikre at forskningsresultatene er erfaringsbasert.

## 2 Bakgrunn

I følgende kapittel presenteres relevante faglige temaer for oppgaven. Først forklares begrepene palliasjon og personsentrert sykepleie, inkludert rammeverket “*Person-centred Practice Framework*”. Deretter forklares sykepleie i hjemmet og sykepleierens ansvar- og funksjonsområde. Avslutningsvis forklares de sykepleiefaglige rammene etikk og juridisk lovverk, samt retningslinjer og faglige veiledere for arbeid med palliasjon.

### 2.1 Palliasjon

«Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer» (Helsedirektoratet, 2018). Palliasjon i Norge bygger på de grunnleggende verdiene fra hospice-bevegelsen som omfatter et helhetlig og personsentrert syn på palliativ pleie (Aakre, 2015, s. 49; Thoresen & Dahl, 2022, s. 833). Hospice-bevegelsens verdier går hånd i hånd med sykepleiernes grunnleggende profesjonsverdier og yrkesetiske retningslinjer (Aakre, 2015, s. 49; Norsk Sykepleierforbund, 2023). Dette har derfor direkte føringer for hvordan sykepleiere arbeider med palliasjon, da pasientens ønsker og behov blir meningsbærende for hvor og hvordan den palliative pleien skal gjennomføres.

Målet med palliativ pleie er å lindre plager, fremme livskvalitet og tilrettelegge for en verdig avslutning på livet. Dette innebærer lindring av fysiske plager, men også psykiske og eksistensielle plager hos pasient og pårørende (Helsedirektoratet, 2018; Thoresen & Dahl, 2015, s. 934). Det finnes ingen universell definisjon av hva en verdig død er, da hver enkelt pasient vil ha sin egen personlige oppfatning av dette. Derfor må integritet, menneskeverd og respekt ligge til grunn for å tilrettelegge for en verdig avslutning på livet tilpasset den enkelte pasients ønsker og behov (Thoresen & Dahl, 2015, s. 934). Lindrende behandling av fysiske smerter knyttet til symptomer på den aktuelle sykdommen blir derfor like viktig som åpenhet rundt og samtaler om åndelige og eksistensielle behov. Å fremme pasientens livskvalitet krever at pleien som utøves er helhetlig, personsentrert og preget av tverrfaglighet (Aakre, 2015, s. 51; Husebø & Husebø, 2015, s. 26). Palliativ pleie er derfor uten tydelige grenser og preget av faglig dyktighet, et helhetlig syn på pleie med pasienten som delaktig part i utformingen av den palliative planen, så lang det ikke strider mot yrkesetikken (Aakre, 2015, s. 51; Saltvedt & Wyller, 2016, s. 269).

I tråd med NOU 2017 sin definisjon av palliasjon vil denne oppgaven ta for seg den delen av palliasjon som omhandler lindrende behandling og støtte ved alvorlig og/eller livstruende sykdom. Oppgaven vil ikke omhandle selve dødstidspunktet (NOU 2017: 16, s. 20).

## **2.2 Personsentrert sykepleie**

Personsentrert sykepleie er en standard for utøvelse av sykepleie (Borglin & Gjevjon, 2022, s. 61). Det innebærer at tilnærmingen fortrinnsvis bør inngå i all sykepleieutøvelse, inkludert pleie til pasienter i palliativ fase. Tilnærmingen setter individet i sentrum og tilrettelegger sykepleien etter pasientens ønsker og behov (Borglin & Gjevjon, 2022, s. 61; Skovdal, 2022, s. 95). Personsentrert sykepleie bygger på grunnleggende verdier som omhandler respekt for enkeltmenneskets iboende verdighet og integritet. Det forutsetter at sykepleieren inngår i en relasjon med pasienten hvor begge er av lik verdi. Sykepleieren er interessert i å bli kjent med personen bak sykdommen, se hele mennesket og anerkjenner og respekterer det som har vært og er viktig for pasienten (Borglin & Gjevjon, 2022, s. 61; Skovdal, 2022, s. 100-101). Tilnærmingen vektlegger pasientens perspektiv og inkluderer pasienten aktivt i det palliative forløpet. Pårørendes behov og perspektiv blir også vektlagt, men i hovedsak er pasienten i fokus (Skovdal, 2022, s. 95).

En personsentrert tilnærming er sentralt for å kunne utøve god palliativ pleie. Dette presiseres i NOU 2017, som blant annet påpeker at faktorer som pasientmedvirkning, respekt for pasientens integritet og deres beslutninger samt et pasientsentrert fokus er avgjørende for palliasjon (NOU 2017: 16, s. 11). En slik tilnærming kan bidra til en bedre individrettet oppfølging av pasienter i palliativ fase, og kan bidra til å nå målsetningen om en verdig avslutning på livet (Meld. St. 24 (2019-2020), s. 7; Skovdal, 2022, s. 95).

### **2.2.1 Rammeverk for personsentrert sykepleie**

Tanya McCance og Braden McCormack har utviklet rammeverket "*The Person-centred Practice Framework*". Hensikten med rammeverket er å skape en felles forståelse av begrepet personsentrert sykepleie, og dermed veilede til og lette implementeringen av personsentrert sykepleieutøvelse (McCance & McCormack, 2017, s. 40-41). Rammeverket består av fire komponenter: forutsetninger, miljø, personsentrerte prosesser og resultat. Rammeverket beskriver ulike faktorer for hver komponent som må være til stede og er av avgjørende betydning for utøvelse av personsentrert sykepleie (McCance & McCormack, 2017, s. 40-42).



Under forutsetninger presiserer rammeverket hvilke egenskaper hos sykepleiere som er avgjørende. Eksempelvis evnen til å være profesjonell, ha en holistisk tilnærming og mellommenneskelige ferdigheter (McCance & McCormack, 2017, s. 41-47). Komponentet miljø omfatter selve miljøet en arbeider i. Dette inkluderer at alle involverte i arbeidet har tilstrekkelig med faglig kompetanse, at det er tilrettelagt for felles beslutningsprosesser på tvers av arbeidsgrupper samt et støttende organisasjonssystem i bunn. Disse faktorene kan enten tilrettelegge for eller begrense personsentrerte prosesser, som er den tredje komponenten i rammeverket. (McCance & McCormack, 2017, s. 47-53). Personsentrerte prosesser beskriver hvordan omsorg kan utøves slik at den direkte uttrykker personsentrert sykepleie. Eksempelvis kan dette bety å arbeide med pasientens tro og verdier og vise engasjement overfor pasienten (McCance & McCormack, 2017, s. 53-58). Det siste komponentet omhandler resultatet en kan oppnå dersom en utøver personsentrert sykepleie. Det er ønskelig at pasienten har en god opplevelse av pleien hvor en har hatt mulighet for medvirkning, i tillegg kan det føre til en god kultur på arbeidsplassen (McCance & McCormack, 2017, s. 58-61). Rammeverket vil benyttes i bacheloroppgavens diskusjonsdel for å belyse forskningsresultatene i et personsentrert perspektiv.

### **2.3 Sykepleie i hjemmet**

Hjemmesykepleie omhandler all utøvelse av helsehjelp som utføres i pasientens eget hjem (Birkeland & Flovik, 2018, s. 13; Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s. 39). Hjemmesykepleie dekker et bredt spekter av sykepleie til pasienter i alle aldersgrupper og livssituasjoner med ulike behov, som palliative pasienter i livets slutfase. Sykepleien kan være av ulike formål og spenner fra utførelse av kliniske prosedyrer til utøvelse av omsorg for pasient og pårørende (Birkeland & Flovik, 2018, s. 33-34; Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s. 39). For å motta hjemmesykepleie fattes det vedtak basert på en helhetlig vurdering. Vedtaket bestemmer hva slags helsehjelp pasienten skal motta og hvor mye tid hen får tildelt. Sykepleiere og annet personell står for utøvelsen av helsehjelpen som blir vedtatt (Birkeland & Flovik, 2018, s. 26). Særegent for hjemmesykepleie kontra andre instanser og institusjoner er at sykepleien utføres i pasientens hjem (Birkeland & Flovik, 2018, s. 33; Fjørtoft, 2016, s. 31). Pasientens hjem som arbeidsplass medfører både muligheter og utfordringer for sykepleieutøvelsen. Sykepleiere får en unik mulighet til innsyn i den enkelte pasients liv og livssituasjon, da en møter pasienten i sitt private hjem. For de fleste er hjemmet forbundet med trygghet og et sted hvor en kan være seg selv (Fjørtoft, 2016, s. 27). For å kunne ivareta pasientens verdighet og

integritet må utøvelsen av sykepleie dermed også respektere hjemmets verdier, tradisjoner og rutiner (Fjørtoft, 2016, s. 31).

Hjemmesykepleien har det siste tiåret fått flere og mer komplekse oppgaver, blant annet som følge av samhandlingsreformen fra 2012 (Birkeland & Flovik, 2018, s. 18-19; Meld. St. 47 (2008-2009)). Reformens hensikt var å bedre samhandlingen i helse- og omsorgstjenesten, sikre et helhetlig forløp samt vise fremtidig retning for tjenesten. En av endringene var at flere arbeidsoppgaver skulle overføres fra spesialist- til primærhelsetjenesten. Som følge av dette har hjemmesykepleien i dag fått et større ansvar for oppfølging av pasienter med komplekse og sammensatte behov, som palliative pasienter som ønsker å tilbringe den siste tiden av livet i hjemmet (Birkeland & Flovik, 2018, s. 19; Meld. St. 47 (2008-2009)). Hjemmetjenesten må dermed tilrettelegge for at pasienter skal få være hjemme i den palliative fasen hvis det er ønskelig. Dette er også avgjørende for å nå målsettingene innen palliasjon, samt sikre at livets siste fase oppleves som verdig og meningsfullt både for pasientene og deres pårørende (Birkeland & Flovik, 2018, s. 186; NOU 2017: 16; Meld. St. 24 (2019-2020)).

Ulike rammer ved hjemmesykepleien har innvirkning på sykepleieutøvelsen i hjemmet. Sykepleiere arbeider ofte selvstendig hos pasientene, som kan gjøre det utfordrende å få bistand ved behov da ens kolleger ikke er i umiddelbar nærhet (Fjørtoft, 2016, s. 39-40). Arbeidsdagen kan være hektisk med kortvarige besøk hos flere pasienter, som medfører utfordringer med å imøtekomme alle pasientenes behov (Fjørtoft, 2016, s. 164). Pasientene må forholde seg til mange ansatte med ulike erfaringer og kompetanse, da hjemmesykepleiens oppgaver utføres både av sykepleiere, annet helsepersonell samt av personell uten helsefaglig utdanning (Birkeland & Flovik, 2018, s. 174; Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s. 43). I oppgavens diskusjonsdel vil det bli vurdert hvordan disse rammene kan påvirke det palliative arbeidet i hjemmet.

## **2.4 Sykepleierens ansvar- og funksjonsområde**

Sykepleiens grunnlag bygger på iboende respekt for enkeltmennesket, verdighet og integritet (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 17). Uavhengig av arbeidsplass skal sykepleien som utføres være av kvalitet, og en plikter en forsvarlig yrkesutøvelse (Kirkevold, 2016, s. 271-272). Sykepleiere er derfor ansvarlig for å sikre at sykepleien er virkningsfull, ivaretar pasientsikkerhet, involverer brukeren, er samordnet og koordinert, utnytter ressurser på en

god måte og er tilgjengelig og rettferdig fordelt (Kirkevold, 2016, s. 272-277). Når palliative pasienter velger å tilbringe sin siste tid i hjemmet er det sykepleiere i hjemmetjenesten sitt ansvar å ivareta den palliative pleien (Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s. 46). I møte med den palliative pasienten blir sykepleierens lindrende funksjon fremtredende, da lindring og begrensning av fysiske og psykiske symptomer er sentralt i palliasjon (Helsedirektoratet, 2018; Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 18). Dette krever at sykepleierne har god kompetanse innen palliasjon og aktivt arbeider for at pasienten opplever den siste tiden som verdig (Husebø & Husebø, 2015, s. 25-26).

Palliative pasienter har ofte komplekse pleiebehov grunnet alderdom og komorbiditet (NOU 2017: 16, s. 10). Dette øker kravene til helsepersonellens koordinering av pleietilbudet, samt koordinering av instanser som bidrar til et helhetlig palliativt tilbud (Mathisen, 2017, s. 412-413). Sykepleierens organiserende og koordinerende funksjon blir derfor fremtredende i møte med palliasjon i hjemmet (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 19). Sykepleiere må ha både evne og vilje til å samarbeide med andre instanser som er involvert, samt koordinere et tverrfaglig tilbud basert på pasientens ønsker og behov. Dette krever både tid og kompetanse, og vil bidra til et helhetlig tilpasset tilbud for pasienten (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 19).

## **2.5 Sykepleiefaglige rammer**

### **2.5.1 Etikk**

Ved utøvelse av palliativ sykepleie kan en havne i etisk krevende situasjoner (Aakre, 2015, s. 51). Det kan oppstå situasjoner hvor en opplever at både egne og pasientens verdier blir truet eller ikke samsvarer (Aakre, 2015, s. 51). Eksempelvis om pasienten ikke ønsker å fortelle sine nærmeste pårørende om prognose, spørsmål knyttet til begrenset levetid og livets slutt, og situasjoner hvor pasienten ønsker videre behandling hvor det ikke er hensiktsmessig (Sørbye, 2017, s. 275-279). Det kan også medføre etiske utfordringer å arbeide tett med pasientens pårørende, spesielt dersom det er uenighet mellom partene. Eksempelvis hvis pårørende ikke aksepterer at pasienten skal dø og ønsker å fortsette med væske- og ernæringstilførsel, til tross for at dette frarådes fra helsepersonell (Nortvedt, 2021, s. 187).

I møte med palliative pasienter er det viktig som sykepleier å inneha en etisk bevissthet, hvor en har kjennskap til egne og førende etiske verdier og retningslinjer for sykepleieutøvelsen

(Nordtvedt, 2021, s. 185; Sørbye, 2017, s. 273). Som sykepleier plikter en å utøve etisk, faglig og juridisk forsvarlig og omsorgsfull sykepleie (Sørbye, 2017, s. 270). Dette innebærer at sykepleiere skal vise respekt for den enkelte pasient og ivareta pasientens verdighet (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Sentrale etiske verdier som empati, respekt, barmhjertighet, rettferdighet, omsorg og integritet skal ligge til grunn for all sykepleieutøvelse (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Sykepleiere må også aktivt arbeide for at pasientens ønsker, behov og preferanser blir meningsbærende for beslutningene som tas, forutsatt at avgjørelsene er etisk forsvarlige (Lillemoen & Heggstad, 2022, s. 210-211; Sørbye, 2017, s. 270).

Norsk Sykepleierforbund har utarbeidet yrkesetiske retningslinjer som legger føringer for sykepleieutøvelsen i møte med pasienter, pårørende, kollegaer og samfunnet (Lillemoen & Heggstad, 2022, s. 200; Norsk Sykepleierforbund, 2023). Retningslinjenes hensikt er å hjelpe sykepleiere med etisk refleksjon og å stå trygt i etisk utfordrende situasjoner (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Deler av retningslinjene er direkte knyttet til palliasjon og gir dermed føringer for hvordan en arbeider med palliative pasienter. Det presiseres blant annet at en som sykepleier skal lindre lidelse og bidra til en verdig død. En skal også aktivt bidra i diskusjoner om livsforlengende behandling, samt lytte til pasienten og tilrettelegge for medbestemmelse (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Profesjonens grunnleggende verdier og etiske retningslinjer danner dermed rammer for og veileder sykepleiere i utøvelse av god palliativ pleie.

### **2.5.2 Lovverk**

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) omfatter alle aktører som tilbyr helsehjelp i Norge. Lovens formål er blant annet å sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt, integritet og verdighet for den enkelte tjenestemottaker, samt at helsehjelpen som ytes er av kvalitet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-1). Ifølge loven plikter kommunen å samhandle med andre instanser for å tilby et helhetlig helsetilbud til de pasienter som trenger tverrfaglig og/eller tverrsektoriell behandling, slik som palliative pasienter i hjemmet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-4). Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) har derfor et overordnet ansvar for å sikre kvalitet og brukermidvirkning, og gir pasienten rettigheten til et helhetlig og personlig tilpasset helsetilbud.

Pasienten beskyttes av pasient- og brukerrettighetsloven (1999) med formål om å sikre pasientens rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten, med fokus på ivaretagelse av trygghet, verdighet og respekt for pasientens liv. Spesielt relevant er pasientens rett til medvirkning og informasjon. Den enkelte pasient har rett til å være delaktig i eget behandlingstilbud og skal så langt det er mulig være med på å utforme helsetilbudet hen mottar (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Pasientens rett til informasjon tilpasset situasjon og behov vil bidra til at pasienten tar informerte valg og gir pasienten påvirkningskraft (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Herunder spiller pasientens samtykke en viktig rolle, da all helsehjelp som utøves skal være under samtykke med mindre pasienten er vurdert som ikke samtykkekompetent (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-1).

Helsepersonelloven omfatter alle sykepleiere uavhengig av arbeidsplass, og har som formål å sikre kvalitet i helsetilbudet og sikkerhet for pasientene som mottar helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999, §1). Herunder spesifiseres at sykepleiere selv er ansvarlige for å utøve sykepleie med faglig forsvarlighet og omsorg (Helsepersonelloven, 1999, §4). Dette betyr at palliativ pleie i hjemmet skal være faglig forsvarlig, omsorgsfull og pasienten skal ikke utsettes for potensiell skade. Sammen med Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) ser en at sykepleiere bør arbeide med et personsentrert fokus for å ivareta pasientens rettigheter innenfor det norske helsevesenet og samtidig utøve sykepleie med faglig forsvarlighet. Dette legger rammene for all utøvelse av sykepleie, herunder palliasjon i hjemmet.

### **2.5.3 Retningslinjer og faglige veiledere**

Offentlig autoriserte sykepleiere har et mandat fra samfunnet om å arbeide aktivt for å nå helsepolitiske mål (Kristoffersen, 2016, s. 194). Dette medfører at sykepleiere er pliktet til å følge retningslinjer og målsettinger satt på nasjonalt og lokalt nivå. Helse- og omsorgsdepartementet presenterte i 2017 *“På liv og død - palliasjon til alvorlig syke og døende”*, retningslinjer for hvordan en på organisasjons- og individnivå skal arbeide med palliasjon (NOU 2017: 16). Utvalget peker på sentrale utfordringer for god palliasjon samt tiltak som kan løse disse. Utredningen har målsettinger for hvordan palliativ pleie skal organiseres og utføres, hvor en helhetlig personsentrert tilnærming og mer tid i hjemmet er sentrale mål (NOU 2017: 16). NOU 2017 har blitt ytterligere presisert gjennom en

stortingsmelding, samt en innstilling som kritiserer denne på grunnlag av lite konkrete tiltak. Til tross for uenigheter inneholder alle tre publikasjonene den samme essensen, med formål om å styre det palliative arbeidet og sikre et løft av det palliative feltet (Innst. 73 S (2020-2021); Meld. St. 24 (2019-2020); NOU 2017: 16).

I tillegg til politiske føringer har Helsedirektoratet nasjonale faglige råd for palliasjon og lindrende behandling (Helsedirektoratet, 2018). Rådene omhandler de samme overordnede temaene som NOU 2017, men i en mer presis og yrkesrettet kontekst. Rådene er konkrete og veiledende for selve sykepleieutøvelsen, og kan derfor være lettere å benytte i praksis (Helsedirektoratet, 2018). De politiske retningslinjene og den nasjonale veilederen har dermed direkte føringer for hvordan sykepleiere arbeider med palliasjon i hjemmet.

### 3 Metode

I følgende kapittel presenteres metode for oppgaven. Først beskrives hva en generell litteraturstudie er, deretter presenteres søkeprosessen for utvalg av forskningsartikler. Til slutt forklares innhenting og bruk av øvrig faglitteratur.

#### 3.1 Generell litteraturstudie

Metoden for denne bacheloroppgaven i sykepleie er en generell litteraturstudie.

Litteraturstudier kan være enten kvalitative eller kvantitative, avhengig av hva studien ønsker å utforske. Kvalitative studier undersøker respondentenes erfaringer og opplevelser om et gitt tema, og kvalitative studier innhenter målbare data som tall og statistikk (Popenoe et al., 2021, s. 176-180). En litteraturstudie har som formål å avdekke hva som allerede finnes av forskning innenfor et avgrenset tema basert på hva som eksisterer av forskningslitteratur (Aveyard et al., 2021, s. 1; Popenoe et al., 2021, s. 175). I en litteraturstudie gjøres et søk etter relevant forskningslitteratur om emnet, basert på valgt problemstilling. Ved å analysere og sammenstille funnene ønsker en å kunne trekke konklusjoner en kan benytte i klinisk praksis (Aveyard et al., 2021, s. 1; Popenoe et al., 2021, s. 175). Valgt problemstilling ønsker å avdekke sykepleieres erfaringer, og en litteraturstudie basert på tidligere gjennomført kvalitativ forskning vil derfor være en hensiktsmessig metode for å svare på problemstillingen.

#### 3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artikler

For å finne relevant forskningslitteratur til vår bacheloroppgave har vi benyttet Cinahl som søkemotor. Cinahl er valgt fordi det er en database med hovedsakelig sykepleieforskning i en europeisk kontekst (Aveyard et al., 2021, s. 76). Cinahl er også en boolsk søkemotor, som gjør det mulig å utføre strukturerte søk (Aveyard et al., 2021, s. 79). Vi startet prosessen med en rekke ustrukturerte søk for å få en oversikt over valgt tematikk. Disse søkene inneholdt emneord som *“palliative care”*, *“home health care”*, *“oncology”* og *“nurses experiences”*. Vårt første utkast til problemstilling var rettet mot palliative kreftpasienter, men de ustrukturerte søkene tydeliggjorde at vi måtte gå bredere ut for å finne nok relevant forskning. Dermed ble problemstillingen endret til palliative pasienter uavhengig av diagnose. Derfor ble følgende emneord valgt på bakgrunn av nøkkelbegrepene i vår problemstilling; *“palliative care”*, *“home health care”*, *“qualitative studies”*, *“professional competence”* og *“clinical*

*competence*”. Videre strukturerte vi søket ved å kombinere emneord med søkefunksjonene “AND” og “OR”. Ved å kombinere emneord med “AND” sikrer en at artiklene inneholder valgte emner, dermed blir søket spisset. Ved å kombinere emneord med “OR” åpnes søket ytterligere (Aveyard et al., 2021, s. 79; Thidemann, 2019, s. 87). I tillegg til emneordene benyttet vi avgrensninger som geografi og publiseringstidspunkt for å spisse søket ytterligere. For å finne forskning relevant til vår problemstilling ble derfor følgende strukturerte søk gjennomført, se tabell 1. Et tilleggssøk i Idunn ble gjennomført for å sikre en overvekt av norsk kontekst.

**Tabell 1.** Søkehistorikk og utvalg av artikler

Database og dato for søk	Cinahl, 23/10-23	Idunn, 23/10-23
Søkeord og kombinasjoner	((MH“palliative care”) AND (MH“home health care”) AND (MH“qualitative studies”)) AND ((MH“professional competence”) OR (MH“clinical competence”))	“Palliasjon” AND “erfaringer” AND “helsepersonell”
Avgrensninger i søket	Tid: publisert 2013-2023, Geografisk begrensning: Europa	Tid: publisert 2013-2023
Antall treff totalt	10	21
Antall gjennomleste titler	10	21
Antall gjennomleste abstrakt	8	5
Antall gjennomleste fulltekstartikler	6	4
Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	4	1
Inkludert artikkel nummer 1	Danielsen, V. B., Sand, A. M., Rosland, J. H. & Førland, O. (2018). Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care – a qualitative study. <i>BMC Palliative Care</i> , 17:95, 1-13. <a href="https://doi.org/10.1186/s12904-018-0350-0">https://doi.org/10.1186/s12904-018-0350-0</a>	
Inkludert artikkel nummer 2	Dhollander, N., Deliens, L., Belle, S. V., Vleminck, A. D. & Pardon, K (2018). Differences between early and late involvement of palliative home care in oncology care: A focus group study with palliative home care teams. <i>Palliative Medicine</i> , 32(7), 1275-1282. <a href="http://doi.org/10.1177/0269216318774676">http://doi.org/10.1177/0269216318774676</a>	



<b>Inkludert artikkel nummer 3</b>	Johansen, H., Grøndahl, V. A. & Helgesen, A. K. (2022). Palliative care in home health care services and hospitals - the role of the resource nurse, a qualitative study. <i>BMC Palliative Care</i> , 21:64, 1-8. <a href="https://doi.org/10.1186/s12904-022-00956-x">https://doi.org/10.1186/s12904-022-00956-x</a>	
<b>Inkludert artikkel nummer 4</b>	Törnquist, A., Andersson, M. & Edberg, A.-K. (2013) In search of legitimacy – registered nurses' experience of providing palliative care in a municipal context. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 27, 651-658. <a href="https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01074.x">https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01074.x</a>	
<b>Inkludert artikkel nummer 5</b>		Aamold, K., Grov, K. & Rostad, H. M. (2020). Hjemmesykepleieres erfaringer når kreftpasienter ønsker å dø hjemme. <i>Klinisk Sygepleje</i> , 34(1). <a href="https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2020-01-02">https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2020-01-02</a>

Basert på søkeresultatet benyttet vi inklusjons- og eksklusjonskriterier for å sikre at utvelgelsen av artikler kunne svare på vår problemstilling. Disse kriteriene er presentert i tabell 2. Dette resulterte i at totalt fem artikler ble utvalgt, hvorav fire er fra søket i Cinahl og én er fra søket i Idunn.

**Tabell 2.** Inklusjon- og eksklusjonskriterier

<b>Inklusjonskriterier</b>	<b>Eksklusjonskriterier</b>
Kvalitative empiriske studier	Litteraturstudier/kunnskapsoppssummeringer Kvantitative studier Fagartikler
Artiklene er fagfellevurdert	
Artiklene følger IMRAD-struktur	
Sykepleiers erfaringer	Pasientens erfaringer Pårørendes erfaringer
Palliasjon som lindrende pleie i livets siste fase	Studier med fokus på selve dødstidspunktet
Palliasjon i hjemmet	Palliasjon i sykehjem Palliasjon i spesialisthelsetjenesten
Palliasjon til voksne pasienter	Palliasjon til barn
Forskning som peker på faktorer som påvirker palliativ sykepleie	Forskning som undersøker bruk av spesifikke kartleggingsverktøy Forskning som undersøker medisinsk behandling
Forskning gjennomført i Vest-Europa, i land med lignende organisering av helsevesenet som i Norge	Forskning gjennomført utenfor Vest-Europa, og i land med ulik organisering av helsetjenesten enn i Norge

### **3.3 Øvrig fag og forskningslitteratur**

For å besvare bacheloroppgaven har vi benyttet øvrig relevant faglitteratur i tillegg til forskningsartiklene. Vi har aktivt benyttet Lovisenberg Diakonale Høgskoles bibliotek for å finne relevant og anerkjent faglitteratur. Vi startet bredt med å låne bøker innenfor kjernebegrepene i problemstillingen, med et fokus på bøker som har vært aktuelt pensum gjennom vårt studieløp. Ved å lese innholdsfortegnelser og enkeltkapitler ble grunnlaget for innledningen, bakgrunnskapittelet og metodekapittelet valgt ut. Vi har også benyttet oss av Fransiskushjelpens nettside, da de er spesialister på palliasjon i hjemmet (Fransiskushjelpen, 2021). Faglitteraturen ligger til grunn for oppgaven som helhet. I tråd med oppgaveteksten benyttes Popenoe et al. (2021) som grunnlag for metode- og resultatkapittelet.

I tillegg til relevant faglitteratur benyttes nasjonale og politiske retningslinjer. Disse omfatter NOU 2017, stortingsmelding og konkretisering av denne, Helsedirektoratets nasjonale faglige råd, samhandlingsreformen fra 2012, lovverk og yrkesetiske retningslinjer (Helsedirektoratet, 2018; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Helsepersonelloven, 1999; Innst. 73 S (2020-2021); Meld. St. 24, (2019-2020); Meld. St. 47, (2008-2009), Norsk Sykepleierforbund, 2023; NOU 2017: 16; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Disse er valg fordi de har direkte føringer for sykepleieres utøvelse av palliasjon i hjemmet.

## 4 Resultater

I følgende kapittel blir resultatene fra valgt forskning presentert i en artikkelmatrise, se tabell 3. Deretter presenteres en syntese av artiklenes resultater. Alle fem valgte forskningsartikler har gjennomgått en kvalitetsvurdering ved bruk av sjekklister for metodisk vurdering av artikler, se vedlegg 1-5 (Reilly et al., 2018).

### 4.1 Presentasjon av resultater i matrise

Tabell 3. Artikkelmatrise.

Forfatter, årstall, land	Tittel	Hensikt	Design/metode	Funn	Kvalitetsvurdering med sjekklister
Aamold et al., (2020) Norge	Hjemmesykepleiers erfaringer når kreftpasienter ønsker å dø hjemme.	Hensikten med studien er å undersøke hvilke utfordringer hjemmesykepleiere beskriver ved pleie for kreftpasienter som ønsker å dø hjemme.	Design: Kvalitativ studie med en hermeneutisk tilnærming. Metode: Fokusgruppeintervju. Deltagere: Sykepleiere (n=10) som alle jobbet i hjemmesykepleien. Ingen hadde klinisk videreutdanning eller var med i palliative team.	Studien fant tre hovedtemaer: <ul style="list-style-type: none"><li>• Behov for nærhet og distanse mellom pasient og sykepleier. Dette omhandler at sykepleierne opplevde det som utfordrende å stå i relasjon med palliative pasienter over tid, og vansker med å balansere mellom nærhet og distanse.</li><li>• Individuell tilpasning av tjenesten, som omhandler kontinuitet for pasienten, samt nødvendigheten av fleksibilitet knyttet til vedtakstid. belyser også sykepleieres utfordring med å både utøve kliniske og administrative oppgaver.</li></ul>	8/9 poeng. Vedlegg 1

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samarbeid og samhandling med andre instanser og profesjoner som er involvert i den palliative pleien og utfordringer ved dette. Inkluderer også utfordringer knyttet til vag ansvarsfordeling mellom instanser og profesjoner.</li> </ul>	
Danielsen et al., (2018) Norge	Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care - a qualitative study.	Studiens hensikt er økt innsikt i hvilke faktorer som fremmer eller hemmer mer tid i hjemmet for terminale pasienter, sett fra hjemmesykepleiere og fastleges perspektiv.	Design: kvalitativ studie. Metode: Semistrukturerte fokusgruppeintervju. Deltakere: (n=19) hvorav sykepleiere (n=7), sykepleieassistent (n=4), fastlege (n=8).	<p>Studien fant tre hovedtemaer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Viktigheten av en god start med pasient og pårørende, hvor det presiseres et ønske om et felles møte i pasientens eget hjem som inkluderer alle involvert i den palliative pleien.</li> <li>• Samhandling mellom instanser, hvor mulige konsekvenser for manglende samhandling kan føre til unødvendige innleggelse.</li> <li>• Å unngå rehospitalisering, og hvordan godt samarbeid, kompetanse og fleksibilitet fra ledelsen kan forebygge dette.</li> </ul>	9/9 poeng. Vedlegg 2
Dhollander et al., (2018) Belgia	Differences between early and late involvement of palliative home care in oncology care: A focus group study with palliative home care teams.	Studiens hensikt er å få innsikt i hjemmebaserte palliative team sin oppfatning av forskjeller ved tidlig eller sen igangsetting av palliativ pleie, og hvilken påvirkning det har på deres arbeid.	Design: kvalitativ studie. Metode: fokusgruppeintervju. Deltagere: Palliative teams (n=6) i hjemmetjenesten i Belgia. Hvorav er palliative sykepleiere (n=42), palliative psykologer (n=2) og palliative leger (n=7).	<p>Studiens hovedtema er grunner for tidlig igangsetting av palliative forløp. Herunder presiseres fem undertemaer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planlegging av et systematisk og strukturert forløp, hvor en tidlig igangsetting muliggjør for palliative team å planlegge forløpet etter pasientens ønsker og behov.</li> </ul>	9/9 poeng. Vedlegg 3

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fokus på livskvalitet og mål kontra sykdom og døden.</li> <li>• Utøvelse av holistisk pleie, og hvordan en tidlig igangsetting kan bidra til dette ved å muliggjøre relasjonsbygging mellom sykepleier og pasient.</li> <li>• Empowerment hos pasient, som omhandler å sikre brukermedvirkning i den palliative planen.</li> <li>• Empowerment hos helsepersonell i hjemmesykepleien, som omhandler at palliative team skal kunne koordinere pleien og ivareta sin rolle som palliativ ekspert.</li> </ul>	
Johansen et al., (2022) Norge	Palliative care in home health care services and hospitals - the role of the resource nurse, a qualitative study.	Studiens hensikt er å utforske erfaringer knyttet til ressursnykepleierens rolle i palliativ pleie i hjemmetjenesten og sykehus, sett fra ressursnykepleieres og avdelingssykepleiers perspektiv.	Design: utforskende kvalitativ studie. Metode: semistrukturerte individuelle intervjuer. Deltagere: Ressursnykepleiere (n=4), hvorav jobbet i hjemmesykepleien (n=2) og jobbet på sykehus (n=2). Avdelingssykepleiere (n=4).	Studien fant tre hovedtemaer: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan ressursnykepleiere kan øke kompetansen i avdelingen ved å bidra til faglig veiledning og etisk refleksjon.</li> <li>• Hvordan ressursnykepleiere kan bedre samhandling og samarbeid ved å påta seg ansvaret som koordinator av pleien og palliativ ekspert.</li> <li>• Identifisering av faktorer som hindrer eller bedrer utøvelse av ressursnykepleiernes arbeidsoppgaver. Dette</li> </ul>	8/9 poeng. Vedlegg 4

				inkluderer ressurser som tid og kollegial støtte.	
Törnquist et al., (2013) Sverige	In search of legitimacy - registered nurses' experience of providing palliative care in a municipal context.	Studiens hensikt er å beskrive sykepleieres erfaringer med palliativ pleie for eldre i kommunehelsetjenesten i Sverige.	Design: Beskrivende kvalitativt studie. Metode: fokusgruppeintervju. Deltagere: registrerte sykepleiere (n=20) hvorav arbeidet i hjemmesykepleien (n=9), i sykehjem (n=7), arbeidet både i hjemmesykepleie og sykehjem (n=4).	Studien fant tre hovedtemaer: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykepleierens ansvar når ansvarsfordelingen er uklar, hvor det fremkommer at sykepleiere i hjemmetjenesten blir ansvarlig for å løse det negative utfallet av en vag ansvarsfordeling.</li> <li>• Legitimitet i kommunehelsetjenesten, som omhandler sykepleieres opplevelse av at fastlege og andre instanser ikke har tiltro til deres kompetanse innen palliasjon.</li> <li>• Behov for støtte for å kunne utøve palliativ pleie, som inkluderer emosjonell og faglig støtte fra kollegaer samt støtte fra ledelsen.</li> </ul>	9/9 poeng. Vedlegg 5

## **4.2 Syntese av resultater**

De valgte forskningsartiklene inneholder fire gjennomgående faktorer som sykepleierne i studiene erfarer som avgjørende for utøvelse av palliativ pleie i hjemmet. Disse inkluderer en tidlig og god start av det palliative forløpet, samarbeid og samhandling, kompetanse og erfaring samt ressurser. En god og tidlig start av det palliative forløpet omhandler at det palliative arbeidet blir igangsatt tidlig. Resultatene viser at en tidlig start fører til et godt og strukturert forløp, hvor en har tid til å bygge opp relasjon med pasient og pårørende. Samhandling og samarbeid omfatter arbeidet med andre profesjoner og instanser som fastlege, sykehus og palliativt team. Forskningsresultatene viser utfordringer ved dette arbeidet som påvirker utøvelsen av palliativ pleie i hjemmet. Kompetanse og erfaring innen palliasjon fremstår som en avgjørende faktor for utøvelsen av god palliativ pleie i samtlige forskningsartikler. Resultatene viser at sykepleierne ønsker økt kompetanse innen palliasjon, samt at de opplever at andre instanser mangler tiltro til deres kunnskap. Ressurser som tid og et støttende arbeidsmiljø fremkommer som avgjørende faktorer. Tilstedeværelse eller mangel på disse ressursene kan påvirke sykepleieres mulighet til å utøve god palliativ pleie i hjemmet.

## 5 Diskusjon

I følgende kapittel vil resultatene fra forskningsartiklene bli diskutert opp mot det teoretiske kunnskapsgrunnlaget for å svare på følgende problemstilling;

*Hvilke faktorer erfarer sykepleiere som avgjørende for utøvelse av personsentrert sykepleie til palliative pasienter i hjemmet?*

Rammeverket “*Person-centred Practice Framework*” benyttes for å belyse den personsentrerte dimensjonen i kapittelet som helhet, heretter omtalt som rammeverket for personsentrert sykepleie. Resultatene i forskningsartiklene er styrende for valgt struktur av kapittelet. Diskusjonen er inndelt i de fire gjennomgående faktorene; en tidlig og god start, samhandling og samarbeid, kompetanse og erfaring samt ressurser. En tidlig og god start av det palliative forløpet blir presentert først, da det foretar seg starten av det palliative forløpet. Deretter er resterende faktorer presentert etter hva som er mest fremtredende i resultatene av samtlige forskningsartikler. Avslutningsvis forekommer en diskusjon av metode.

### 5.1 En tidlig og god start av det palliative forløpet

En tidlig start av det palliative forløpet er en forutsetning for utøvelse av personsentrert palliativ pleie i hjemmet (Dhollander, 2018). Dette omhandler at en tidlig start muliggjør å strukturere forløpet, hvor pasienten kan involveres aktivt i utformingen av den palliative planen (Dhollander et al., 2018, s. 1277-1278). Samtidig viser forskningen at den palliative innsatsen ofte igangsettes for sent, hvor pasienten nærmer seg terminal fase og er i behov av at symptom- og smertelindring prioriteres fremfor langsiktig planlegging (Dhollander et al., 2018, s. 1278). Dette går i tråd med studien av Törnquist et al. (2013), hvor sykepleierne forklarte at de opplevde overbehandling av palliative pasienter på sykehus. Overbehandling på sykehus kan være en mulig årsak til at pasienter blir utskrevet til eget hjem sent i det palliative forløpet. Derfor ser vi et behov for et økt fokus på palliasjon hos alle instanser involvert i pleien til alvorlig syke og palliative pasienter. Dette går i tråd med NOU 2017, hvor det fremkommer et ønske om et løft av palliasjon som fagfelt innenfor alle instanser i helsevesenet (NOU 2017: 16). Dersom ikke samtlige instanser har en felles målsetting om en bedret palliativ innsats, kan det svekke andre aktørers mulighet til å møte dette målet. Eksempelvis vil en sykehusavdeling sitt behandlingsfokus svekke hjemmesykepleiens mulighet til å starte det palliative forløpet på et gunstig tidspunkt. Målrettet arbeid med



palliasjon innebærer også å kunne gjenkjenne når en pasient er i palliativ fase, og avslutte kurativ behandling når det er hensiktsmessig (Helsedirektoratet, 2018). Sykepleiere kan oppleve det som etisk utfordrende å være delaktig i diskusjon om eventuell videre behandling, spesielt dersom partenes ønsker og mål for pasienten er motstridende. Samtidig er en som sykepleier pliktig til å aktivt delta i slike beslutningsprosesser i følge de yrkesetiske retningslinjene (Norsk Sykepleierforbund, 2023). På bakgrunn av disse utfordringene ser vi at mangel på felles palliativt fokus kan gjøre det problematisk for hjemmesykepleien å starte det palliative forløpet på et gunstig tidspunkt for pasienten, hvor sykepleieren blir ansvarlig for å løse de negative følgene av en sen igangsetting.

En tidlig start av det palliative forløpet muliggjør et mer positivt fokus for pleien, med tid og rom til å fokusere på livskvalitet og mål kontra sykdom og døden (Dhollander et al., 2018, s. 1278-1279). Fokus på livsglede og mening i den palliative fasen går hånd i hånd med rammeverket for personsentrert sykepleie, hvor arbeid med pasientens tro og verdier belyses som en sentral del av utøvelsen av personsentrert pleie (McCance & McCormack, 2017, s. 54). På bakgrunn av forskningsresultatene og rammeverket ser vi at en tidlig start av forløpet kan bidra til en slik personsentrert tilnærming, hvor pasientens ønsker blir førende for sykepleieutøvelsen. På den andre siden ser vi at sen utskrivelse av pasienter kan være begrensende for sykepleierens mulighet til å utøve personsentrert pleie, da følgene av dette kan bli et mer sykdomsrettet fokus (Dhollander et al., 2018, s. 1278-1279). Vi vurderer at mulige konsekvenser av et slikt fokus kan føre til at pasienten opplever den siste tiden som mindre verdig, da en ikke får mulighet til å fokusere på det som er meningsfullt for pasienten. Dette motstrider et av de viktigste målene med palliasjon som inkluderer en verdig avslutning på livet (Thoresen & Dahl, 2015, s. 934).

En tidlig start er ikke alene tilstrekkelig for å tilrettelegge for et godt palliativt forløp. En god start må også ligge til grunn, som innebærer at en tidlig får opparbeidet en relasjon mellom sykepleier og pasient basert på tillit og trygghet (Danielsen et al., 2018, s. 5). Det presiseres at det bør holdes et møte i pasientens eget hjem, hvor alle involverte i den palliative pleien deltar og sammen legger en plan for forløpet (Danielsen et al., 2018, s. 5). Vi ser at et slikt første møte kan være gunstig både for å sikre at pleien blir personsentrert, og at pasientens rett til brukermedvirkning blir ivaretatt (McCance & McCormack, 2017, s. 54-55; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Det er samtidig viktig å presisere at hjemmesykepleien som kontekst kan være begrensende for å få til et slikt møte. Vi ser at

kjente utfordringer i hjemmesykepleien som tidsbegrensninger og mangel på sykepleiere kan gjøre det utfordrende å få satt av tilstrekkelig med tid til et slikt møte, samt at det er tilgjengelige sykepleiere for deltagelse i møtet (Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s. 43-46). Det kreves også at fastlege prioriterer å delta i et slikt hjemmebesøk, samt ønsker å samarbeide med hjemmesykepleien om dette. På bakgrunn av disse utfordringene ser vi at det krever mye av den enkelte sykepleier å tilrettelegge for et godt første møte i hjemmet, og at hjemmesykepleiens rammer kan være direkte begrensende for dette arbeidet. Vi ser også en tydelig sammenheng mellom en god og en tidlig start av det palliative forløpet, da en tidlig start enten muliggjør eller begrenser muligheten til å etablere en god start i pasientens hjem.

En tidlig og god start av det palliative forløpet kan gi tid og rom til å skape relasjon med pasienten (Danielsen et al., 2018, s. 5; Dhollander et al., 2018, s. 1278). Relasjon mellom sykepleier og pasient ligger til grunn for utøvelse av personsentrert palliativ pleie, og muliggjør å se hele pasienten og tilpasse pleien deretter (Dhollander et al., 2018, s. 1279). Forskningen viser at det kan være krevende for sykepleiere å stå i nære relasjoner med palliative pasienter over tid (Aamold et al., 2020, s. 7-8). Sykepleierne fortalte at de opplevde å “bli spist opp” i relasjonen, og at det var utfordrende å sette grenser for hvor langt en kan strekke seg for pasient og pårørende. Når relasjonen blir utfordrende å stå i, kan det være nødvendig for sykepleierne å distansere seg for å ivareta egne behov (Aamold et al., 2020, s. 7-8). Til tross for dette ser vi at en distansering kan ha direkte følger for utøvelsen av personsentrert sykepleie, da personsentrert sykepleie ikke kan utføres på en armlengdes avstand, men krever en relasjonell tilnærming og engasjement (McCance & McCormack, 2017, s. 53-58; Skovdal, 2022, s. 101). Relasjon mellom sykepleier og pasient går i tråd med rammeverket for personsentrert sykepleie, hvor det fremkommer det at et terapeutisk miljø hvor den gode relasjonen ligger til grunn er et ønsket mål for personsentrert sykepleieutøvelse (McCance & McCormack, 2017, s. 60-61). Vi vurderer derfor at evnen til å finne balanse mellom nærhet og distanse kan være nødvendig for sykepleierens mulighet til å ivareta både egne og pasientens behov i det palliative arbeidet.

På bakgrunn av vår vurdering av forskningsresultatene og utfordringer knyttet til hjemmesykepleien som kontekst, ser vi at en god og tidlig start av palliasjon i hjemmet kan tilrettelegge for at sykepleierne kan arbeide personsentrert for å skape en verdig avslutning på livet for pasienten.

## 5.2 Samhandling og samarbeid med andre profesjoner og instanser

Samhandling og samarbeid med andre instanser i helsevesenet er essensielt for å utvikle en plan for, og utøvelse av helhetlig palliativ pleie i hjemmet (Aamold et al., 2020; Danielsen et al., 2018; Dhollander et al., 2018; Johansen et al., 2022; Törnquist et al., 2013). Samtidig viser forskning at samhandlingen ofte kan være problematisk, spesielt når hjemmetjenesten skal motta pasienter fra andre instanser (Aamold et al., 2020, s. 9; Danielsen et al., 2018, s. 5; Johansen et al., 2022, s. 4). Ved overflytting mellom instanser er det ønskelig med felles utskrivningsmøter for å sikre en trygg og sikker overflytting av pasienten. I realiteten blir slike utskrivningsmøter sjeldent arrangert, som medfører at viktig informasjon deles digitalt eller via flere ledd før den mottas av hjemmesykepleien (Danielsen et al., 2018, s. 7; Johansen et al., 2022, s. 4). I likhet med studien av Danielsen et al. (2018), ser vi at en slik informasjonsutveksling grunnet manglende samhandlingen kan true pasientsikkerheten. Dette fordi viktig informasjon om medisiner, nødvendige hjelpemidler samt pasientens ytrede ønsker for det palliative arbeidet kan gå tapt. Mangel på nødvendige opplysninger om pasienten kan dermed gjøre det utfordrende for sykepleierne i hjemmetjenesten å utøve faglig forsvarlig palliativ pleie. Den personsentrerte dimensjonen vil også kunne bli påvirket av følgene av en slik mangelfull samhandling. Hvis pasientens tidligere ytrede ønsker om det palliative forløpet ikke blir formidlet videre til hjemmetjenesten, kan det bli utfordrende for sykepleierne å tilrettelegge pleien etter pasientens ønsker og behov (McCance & McCormack, 2017, s. 49-50; Skovdal, 2022, s. 95).

Forskningen viser at sykepleierne i hjemmetjenesten opplevde at sykehusene ofte kan love for mye på deres vegne overfor pasienten. Dette kan medføre urealistiske forventninger fra pasient og pårørende, hvor hjemmesykepleien ikke kan oppfylle det som er lovet (Danielsen et al., 2018, s. 6). Vi ser at mangel på samhandling og forståelse for hva de andre instansene kan tilby kan by på utfordringer når sykepleieren skal utvikle og utøve den palliative planen i hjemmet. Urealistiske forventninger kan påvirke relasjonen mellom pasient, pårørende og sykepleier, og dermed svekke tilliten de har til hjemmetjenesten. Dette er uheldig da personsentrert pleie skal være basert på tillit og en relasjonell tilnærming, og det er begrenset hva hjemmetjenesten kan tilby i forhold til for eksempel en sengepost på sykehus (Skovdal, 2022, s. 100-101). Rammeverket for personsentrert sykepleie beskriver at støttende organisatoriske strukturer må være til stede for å muliggjøre utøvelse av personsentrert sykepleie (McCance & McCormack, 2017, s. 47-52). Dette innebærer at det organisatorisk legges til rette for informasjonsdeling som skal kunne benyttes i planlegging av pleie i

konteksten den skal ytes. Dersom dette ikke ligger til grunn vil den personsentrerte dimensjonen i pleien svekkes, og sykepleierne i hjemmetjenesten vil ikke kunne oppfylle pasientens forventninger (McCance & McCormack, 2017, s. 47-52). Vi ser, på bakgrunn av forskningslitteraturen og rammeverket for personsentrert sykepleie, at sykehusenes manglende innsikt i hjemmesykepleiens rammer kan ha direkte innvirkning på det pasientnære arbeidet, hvor bedret kommunikasjon mellom instanser kan bidra til å løse denne problematikken.

For å utøve god palliativ pleie i hjemmet er det nødvendig med et velfungerende nettverk rundt pasienten preget av tverrprofesjonelt og tverretatlig samarbeid, med tydelig avklarte ansvarsområder for de involverte instansene (Aamold et al., 2020; Dhollander et al., 2018; Johansen et al., 2022; Törnquist et al., 2013). Samtidig viser forskningsresultatene at sykepleierne opplevde ansvarsfordelingen som vag, hvor det er vanskelig å vite hvem som har det overordnede ansvaret for pasienten, samt hvem sykepleieren skal henvende seg til ved eksempelvis forverring av tilstand eller nyoppståtte behov hos pasienten (Aamold et al., 2020, s. 9; Törnquist et al., 2013, s. 654). Da det er sykepleierne i pasientnært arbeid som opplever konsekvensene av en vag ansvarsfordeling, tar de ofte på seg ansvaret for koordinering av pleien for å hindre de negative følgene (Törnquist et al., 2013, s. 654). Følgene av en vag ansvarsfordeling kan ha innvirkning på sykepleiernes mulighet til å ivareta sin koordinerende funksjon dersom sykepleieren ikke tydelig vet hvem som har ansvar for de ulike delene av den palliative pleien (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 19). Vi ser at dette også kan ha følger for det pasientnære arbeidet dersom koordinering av og kontakt med andre instanser blir en tidkrevende prosess. Når ansvarsfordelingen er uavklart kan det være vanskelig for sykepleierne å vite hvem en skal søke råd til, samt hvem en skal kontakte ved utfordringer og forverring av tilstand. Hjemmesykepleiens rammer er spesielt utfordrende da en ofte er alene hos pasienten uten mulighet til å konferere med kollegaer (Fjørtoft, 2016, s. 39-40). Dette kan medføre unødvendige innleggelser, da manglende kontakt med andre instanser som er involvert i den palliative pleien kan føre til at en ikke får de rådene eller støtten en er i behov av for å utføre tiltak i hjemmet, og dermed henviser pasienten videre til annen instans. En kan derfor vurdere at det er nødvendig med en tydelig ansvarsfordeling mellom alle instanser involvert i den palliative pleien for å kunne utøve palliasjon i hjemmet.

Et godt samarbeid med fastlege er spesielt viktig når en arbeider med palliative pasienter i hjemmet. Forskningen viser at dette samarbeidet ofte er problematisk, hvor sykepleierne

hadde utfordringer med å etablere og opprettholde kontakt med fastlegen (Danielsen et al., 2018; Törnquist et al., 2013). Sykepleierne opplevde også at fastlegen manglet tiltro til deres kunnskap innen palliasjon, og ikke lyttet til deres råd og ønsker for pasienten (Törnquist et al., 2013, s. 654-655). En mulig konsekvens av et mangelfullt samarbeid kan være unødvendige reinnleggelse og død på institusjon, da sykepleieren alene ikke kan tilrettelegge for at pasienten kan tilbringe den palliative fasen i hjemmet (Danielsen et al., 2018, s. 7). Vi ser derfor en sammenheng mellom et problematisk samarbeid med fastlege og muligheten til å utøve god palliasjon i hjemmet. Unødvendig reinnleggelse kan også få følger for om pasienten opplever den siste tiden som verdig og meningsfull, spesielt om pasienten har et uttrykt ønske om å være hjemme i den palliative fasen. Det kan dermed bli utfordrende å nå målsettingen om økt tid i hjemmet for palliative pasienter (Meld. St. 24 (2019-2020); NOU 2017: 16). Manglende samhandling og samarbeid strider også mot helse- og omsorgstjenesteloven (2011) som stadfester at kommunene plikter å samhandle med andre instanser og profesjoner for å ivareta den enkelte pasients rettigheter.

På bakgrunn av forskningsresultatene og rammeverket for personsentrert sykepleie ser vi derfor at sykepleiere kan bli begrenset i det pasientnære arbeidet grunnet mangel på organisatoriske strukturer som støtter samarbeid og samhandling rundt palliative pasienter i hjemmet. Vi vurderer derfor at et godt samarbeid og en tydelig ansvarsfordeling vil kunne bidra til å utøve personsentrert palliativ pleie i hjemmet, i tråd med nasjonale retningslinjer og lovverk.

### **5.3 Kompetanse og erfaring innen palliasjon**

For å utøve god palliativ pleie i hjemmet er kompetanse og erfaring innen palliasjon nødvendig (Danielsen et al., 2018; Johansen et al., 2022; Törnquist et al., 2013). Kompetanse innen palliasjon innebærer ikke kun teoretisk kunnskap, men også kliniske erfaringer i palliativt arbeid, evnen til relasjonelt arbeid, medisinteknisk kompetanse og evnen til å skape trygghet hos pasient og pårørende (Danielsen et al., 2018, s. 8). Dette går i tråd med øvrig faglitteratur som presiserer at kompetanse og erfaring er nødvendig da palliasjon som fagfelt er komplekst (Aakre, 2015, s. 51; Saltvedt & Wyller, 2016, s. 269). Vi ser at hjemmesykepleiens rammer kan være utfordrende for muligheten til å tilegne seg tilstrekkelig med kompetanse innen palliasjon, da hjemmesykepleien omfatter et stort mangfold av helsehjelp (Birkeland & Flovik, 2018, s. 34; Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s. 39). Som sykepleier

i hjemmetjenesten må en derfor kunne litt om mye, som kan begrense muligheten til å tilegne seg den nødvendige spisskompetansen innen palliasjon (Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s. 47-49). En annen utfordring ved hjemmesykepleiens rammer er mangel på sykepleiere, som kan medføre at ufaglærte og andre faggrupper uten kompetanse innen palliasjon utøver sykepleiefaglige oppgaver (Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s. 43). Vi vurderer at dette kan true den faglige forsvarligheten, som både er lovfestet og en del av de yrkesetiske retningslinjene (Helsepersonelloven, 1999, §4; Norsk Sykepleierforbund, 2023).

Til tross for hjemmesykepleiens begrensninger for tilegnelse av nødvendig kompetanse, viser forskningsresultatene at flere av sykepleierne har videreutdanning og lang erfaring innen fagfeltet (Danielsen et al., 2018, s. 8). Samtidig fortalte sykepleierne fra forskningsartikkelen av Törnquist et al. (2013) at de opplevde at fastlege og andre samarbeidspartnere ikke har tiltro til deres kunnskap. Dette medførte at de ikke ble lyttet til og inkludert i viktige samtaler om den palliative planen (Törnquist et al., 2013, s. 654-656). Da det er sykepleierne som jobber pasientnært og tilbringer tid sammen med pasienten ser vi at det er en nødvendighet at deres vurderinger blir tatt i betraktning. Dersom sykepleieren ikke blir lyttet til ser vi at den personsentrerte dimensjonen kan bli påvirket, hvor eksempelvis sykepleierens observasjoner av pasientens behov ikke blir fulgt opp av fastlegen. Mangel på tiltro til sykepleierens kompetanse kan også føre til at sykepleierne ikke får de ressursene som trengs fra ledelsen for å utøve god palliativ pleie, som for eksempel smertepumper og annet nødvendig utstyr (Törnquist et al., 2013, s. 654-656). Igjen vil dette kunne medføre at sykepleierne ikke får mulighet til å utøve slike kliniske oppgaver, og dermed mister nødvendig erfaring for å opprettholde kompetansen. Dermed kan nødvendig palliativ kunnskap og erfaring bli svekket (Törnquist et al., 2013, s. 654-656). Vi ser derfor en sammenheng mellom viktigheten av tilstrekkelig med kompetanse og erfaring innen palliasjon, at ens samarbeidspartnere har tiltro til denne kompetansen og muligheten til å utøve faglig forsvarlig og personsentrert palliativ pleie i hjemmet.

Sykepleierne i samtlige forskningsartikler presiserte at samarbeid og støtte fra kollegaer kan bidra til utvikling av kompetanse og erfaringer (Aamold et al., 2020; Danielsen et al., 2018; Dhollander et al., 2018; Johansen et al., 2022; Törnquist et al., 2013). Dette innebærer også å benytte seg av spisskompetanse fra for eksempel palliative team eller ressurssykepleiere når ens egen kompetanse alene ikke strekker til (Aamold et al., 2020, s. 9; Dhollander et al., 2018, s. 1279; Johansen et al., 2022, s. 4). Vi ser at det kan være utfordrende å få til et slikt

samarbeid med kollegaer for å øke kompetanse innen palliasjon, da det kreves nødvendige ressurser som tid, rom og ønske om et slikt samarbeid. For å kunne utvikle kompetanse må det også være åpenhet for endring og et ønske om å tilegne seg ny kunnskap, hvor hele kollegiet bør arbeide mot samme mål. I tråd med rammeverket for personsentrert sykepleie ser vi derfor nødvendigheten av at det organisatorisk tilrettelegges for et slikt arbeid fra ledelsen, da sykepleiere alene ikke har midler til å tilrettelegge for dette (McCance & McCormack, 2017, s. 47-53). Det er også viktig å presisere at ressurser som palliative team må være lett tilgjengelig med et tydelig avklart samarbeid for at en som sykepleier skal kunne benytte dette som faglig støtte i det palliative arbeidet. Et velfungerende samarbeid kan bidra til å sikre trygghet for sykepleiere i hjemmetjenesten, samt faglig forsvarlig utøvelse av personsentrert palliativ pleie i hjemmet.

Nødvendigheten av kompetanse og erfaring innen palliasjon går i tråd med rammeverket for personsentrert sykepleie. I rammeverket fremkommer det at personlig kompetanse er en forutsetning for utøvelse av personsentrert sykepleie, som innebærer at en har kunnskap, ferdigheter og holdninger en kan benytte i sykepleieutøvelsen (McCance & McCormack, 2017, s. 42-47). Derfor ser vi viktigheten av at sykepleierne i hjemmetjenesten får muligheten til å opparbeide seg og bevare kompetanse og erfaring innen palliasjon, samt at denne kompetansen blir anerkjent av de involverte i arbeidet. Dette innebærer også å se sine egne begrensninger og søke hjelp når det er nødvendig for å sikre en faglig forsvarlig sykepleieutøvelse (Helsepersonelloven, 1999, §4).

#### **5.4 Ressurser**

For å utøve god palliativ pleie i hjemmet er en i behov av tilstrekkelig med ressurser for å støtte arbeidet. Arbeid med palliative pasienter kan være psykisk og emosjonelt krevende, hvor støtte fra kollegaer og ledelsen er en nødvendig ressurs (Aamold et al., 2020, s. 11; Dhollander et al., 2018, s. 1279). I tillegg til kollegial støtte kan involvering av andre instanser som palliative team være en god ressurs for både faglig og emosjonell støtte (Törnquist et al., 2013, s. 655). Samtidig kan hjemmetjenesten som kontekst være begrensende for muligheten til slik støtte, da sykepleierne ofte står alene i det pasientnære arbeidet (Fjørtoft, 2016, s. 39-40). Spesielt når en arbeider på nattevakter kan det være utfordrende å få tak i kollegaer eller andre instanser å støtte seg til (Törnquist et al., 2013, s. 655). Vi ser at forskningsresultatene går i tråd med rammeverket for personsentrert sykepleie,

som beskriver at et støttende miljø må være til stede for å kunne utøve personsentrert sykepleie (McCance & McCormack, 2017, s. 47-53). For å oppnå dette bør ledelsen tilrettelegge for et miljø hvor sykepleierne opplever det som trygt å snakke om følelser og kan støtte hverandre i det palliative arbeidet. Et støttende miljø kan også inkludere effektiv bruk og involvering av palliative team i de kommunene hvor dette er tilgjengelig. Vi ser at et støttende miljø kan bidra til at sykepleiere i hjemmetjenesten makter å stå i det palliative arbeidet, og påvirker muligheten til å utøve personsentrert palliativ pleie i hjemmet.

Ytterligere ressurser som tilstrekkelig med tid er nødvendig for å utøve god palliativ pleie i hjemmet (Aamold et al., 2020; Danielsen et al., 2018; Johansen et al., 2022; Törnquist et al., 2013). Forskningsresultatene er motstridende i sitt syn på om sykepleierne har tilstrekkelig med tid til å utøve alle arbeidsoppgavene i det pasientnære arbeidet. Noen av sykepleierne opplevde tilstrekkelig med tid, mens andre beskrev mangel på dette (Aamold et al., 2020, s. 8; Danielsen et al., 2018, s. 9). I tråd med kapittelet om kompetanse og erfaring kan tilstrekkelig med tid også bidra til utvikling av egen kompetanse, som igjen påvirker den palliative pleien en utfører. Tilstrekkelig med tid kan også tilrettelegge for refleksjoner og planlegging av den palliative planen (Johansen et al., 2022, s. 5). Vi ser at hjemmesykepleien som kontekst kan by på utfordringer knyttet til tid, hvor arbeidshverdagen kan være hektisk med mange besøk i løpet av en vakt (Fjørtoft, 2016, s. 164). Sykepleiere i hjemmetjenesten må også forholde seg til vedtak om bestemt tid hos hver enkelt tjenestemottaker, som kan begrense hvilke muligheter en har i det pasientnære arbeidet (Birkeland & Flovik, 2018, s. 26). En slik tidsbegrensning kan oppleves som etisk utfordrende, da en kan være nødt til å prioritere hvordan en skal benytte tiden en har til rådighet. Eksempelvis kan vedtakstiden være utilstrekkelig for både utøvelse av kliniske oppgaver og å møte pasientens psykiske, eksistensielle og åndelige behov, hvor sykepleieren blir nødt til å prioritere hva en velger bort. Vi ser derfor en sammenheng mellom nødvendigheten av tilstrekkelig med tid og muligheten til å utøve personsentrert sykepleie som ivaretar pasientens mangfoldige behov. I rammeverket for personsentrert sykepleie fremkommer det at det organisatorisk må tilrettelegges for dette, som i denne sammenheng betyr at ledelsen må utøve fleksibilitet overfor tildelt tid og være åpne for å tilpasse tiden til hver enkelt pasients behov (McCance & McCormack, 2017, s. 52-53). På bakgrunn av dette vurderer vi derfor at det er nødvendig med tilrettelegging for fleksibilitet fra både ledelse og kollegaer for å kunne løse tidsproblematikk uten å gå på akkord med den personsentrerte dimensjonen. Vi ser derfor at tilstrekkelig med



eller mangel på ressurser har innvirkning på sykepleiernes mulighet til å utøve personsentrert palliativ pleie i hjemmet.

## **5.5 Diskusjon av metode**

### **5.5.1 Generell litteraturstudie som metode**

Denne bacheloroppgaven er en generell litteraturstudie basert på kvalitativ forskning, med hensikt om å trekke konklusjoner som kan benyttes i praksis. Oppgavens kvalitative design gir begrensninger for muligheten til å trekke konklusjoner ettersom resultatene er basert på tolkning av sykepleieres opplevde erfaringer (Popenoe et al., 2021, s. 181-183). Når en analyserer data kan det være utfordrende å være objektiv, og resultatet av analysen vil være noe farget av ens erfaring og forventninger til resultatene. Til tross for dette er en kvalitativ studie velegnet som metode for vår oppgave, da problemstillingen etterspør sykepleieres erfaringer i palliasjon (Popenoe et al., 2021, s. 183).

Cinahl ble benyttet som hoveddatabase for søk etter forskningslitteratur. Bruk av én database begrenser omfanget av hva en finner av eksisterende relevant forskning. Idunn ble derfor benyttet som sekundær database for å sikre en overvekt av norsk kontekst. Ettersom vi har lite erfaring med strukturerte søk kan en vurdere at utvalget og kombinasjonen av emneord er utilstrekkelig for å finne all relevant forskning. Det gjennomførte søket kan likevel svare på valgt problemstilling, og har resultert i funn som er relevante for egen utøvelse av yrket.

### **5.5.2 Vurdering av inkluderte forskningsartikler**

Det var ønskelig å finne forskning som var gjennomført i Norge eller i land med lignende organisering av helsetjenesten og syn på palliasjon. Derfor ble både en svensk og en belgisk studie inkludert, da resultatene i studiene er direkte overførbare til den norske konteksten (Dhollander et al., 2018; Törnquist et al., 2013). Tre norske studier ble inkludert for å sikre en overvekt av norsk kontekst (Aamold et al., 2020; Danielsen et al., 2018; Johansen et al., 2022).

Deltakerne i studiene arbeidet ikke kun i hjemmetjenesten, men også andre instanser som utøver palliativ pleie. To av studiene inneholder perspektiver fra sykehus og sykehjem i tillegg til hjemmesykepleien. Vi har valgt å benytte artiklene da resultatene viser til erfaringer

i hjemmesykepleien som kontekst og belyser samhandlingen med de andre instansene (Johansen et al., 2022; Törnquist et al., 2013). Studien av Dhollander et al. (2018) er gjennomført i palliative team. I Belgia er det palliative team som utøver den palliative pleien i hjemmet og resultatene er dermed overførbare til hjemmesykepleien i Norge.

For å svare på problemstillingen var vi i behov av forskning som fremstilte sykepleieres erfaringer. Studien av Johansen et al. (2022) belyser ressurspsykepleieres rolle i palliativt arbeid. Vi har valgt å benytte artikkelen da resultatene viser faktorer som også er relevante for sykepleiere uten et særegent ansvar, og belyser avgjørende faktorer for palliativ pleie (Johansen et al., 2022). Studien av Danielsen et al. (2018) inkluderer erfaringer fra fastleger og assistenter i hjemmesykepleien. Det fremkommer tydelig hvilke resultater som kommer fra sykepleierne, og disse er derfor benyttet i vår oppgave. Studien av Dhollander et al. (2018) omfatter også leger og psykologer. Resultatene i studien er likevel relevante for vår oppgave da de belyser viktige faktorer for palliativ pleie i tillegg til tverrfagligheten i palliasjon. To av studiene omfatter temaer som hjemmedød og kreft (Aamold et al., 2020; Dhollander et al., 2018). De er likevel benyttet da selve dødstidspunktet og kreftsykdom ikke er fremtredende i studienes resultater, og resultatene er relevante for å svare på vår problemstilling.

Studiene benytter fokusgruppeintervju eller individuelle intervjuer som metode (Aamold et al., 2020; Danielsen et al., 2018; Dhollander et al., 2018; Johansen et al., 2022; Törnquist et al., 2013). Begge metodene er velegnet for å innhente erfaringer om palliasjon i hjemmet. Samtidig er det viktig å presisere at ved fokusgruppeintervju kan deltakerne bli farget av de andres meninger og erfaringer og dermed påvirke resultatene i studien. Samtlige vurderinger ligger til grunn for utvalget av forskningsartiklene vi benytter i denne oppgaven.

## 6 Konklusjon

Bacheloroppgavens hensikt har vært å utforske hvilke faktorer sykepleiere opplever som avgjørende for personsentrert palliativ pleie i hjemmet. Forskningsresultatene viser at sykepleierne opplevde fire overordnede faktorer som avgjørende. En tidlig og god start av det palliative forløpet viser seg å bidra til økt brukermedvirkning og relasjon mellom sykepleier og pasient. Samhandling og samarbeid fremstår som en utfordring grunnet mangel på gode strukturer og tydelig ansvarsfordeling. Det fremkommer at kompetanse, erfaring og deling av dette er essensielt for faglig forsvarlig arbeid med palliasjon. Ressurser som emosjonell og faglig støtte samt tilstrekkelig med tid fremkommer som nødvendig for å utøve god palliativ pleie i hjemmet. Samtlige faktorer går i tråd med rammeverket for personsentrert sykepleie. Det kan derfor vurderes at faktorene har direkte påvirkning på sykepleieres mulighet til å utøve personsentrert palliativ pleie i hjemmet.

Som sykepleier plikter en å arbeide for å nå helsepolitiske mål som NOU 2017 og følge nasjonale faglige veiledere. På bakgrunn av resultatene i forskningen kan det vurderes at utfordringene en møter i det palliative arbeidet gjør det vanskelig å nå disse målsettingene. Grunnet oppgavens begrensninger kan vi ikke trekke en tydelig konklusjon, da det ikke er gjennomført en full gjennomgang av all relevant litteratur. Det kan likevel vurderes at det er et behov for et løft av den palliative innsatsen i Norge. Dette omfatter et felles fokus på palliasjon på tvers av instanser, samt økt kompetanse innen palliasjon som fagfelt. Vi ser behov for et bedre system for samhandling og samarbeid for å kunne tilby tilpassede palliative forløp, samt flere ressurser for å muliggjøre arbeidet. Hjemmesykepleiens rammer kan gjøre det utfordrende å utøve personsentrert palliativ pleie grunnet mangel på tid, mangel på sykepleiere, stor andel ufaglærte samt at en ofte står alene i det pasientnære arbeidet. Det kan derfor vurderes at hjemmesykepleien må tildeles flere ressurser for å kunne tilby den palliative pleien en plikter å utøve.

På bakgrunn av oppgaven som helhet vurderer vi at sykepleiere som arbeider med palliasjon i hjemmet må være bevisst utfordringene en møter i det palliative arbeidet. En god forståelse for de avgjørende faktorene kan bidra til at en som sykepleier kan håndtere disse utfordringene og dermed tilrettelegge for personsentrert palliativ pleie i hjemmet.

## Referanseliste

- Aakre, M. (2015). Verdig livsavslutning for alle. I M. S. Holm & S. Husebø (Red.), *En verdig alderdom: Omsorg ved livets slutt* (s. 49-53). Fagforlaget.
- Aamold, K., Grov, K. & Rostad, H. M. (2020). Hjemmesykepleieres erfaringer når kreftpasienter ønsker å dø hjemme. *Klinisk Sygepleje*, 34(1).  
<https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2020-01-02>
- Aveyard, H., Payne, S. & Preston, N. (2021). *A post-graduate's guide to doing a literature review: in Health and Social Care* (2. utg.). Open University Press.
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (Red.). (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Danielsen, B. V., Sand, A. M., Rosland, J. H. & Førland, O. (2018). Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care - a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 17(95), 1-13.  
<https://doi.org/10.1186/s12904-018-0350-0>
- Dhollander, N., Deliens, L., Belle, S. V., Vlemminck, A. D. & Pardon, K (2018). Differences between early and late involvement of palliative home care in oncology care: A focus group study with palliative home care teams. *Palliative Medicine*, 32(7), 1275-1282.  
<http://doi.org/10.1177/0269216318774676>
- Fjørtoft, A. K. (2016). *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Fransiskushjelpen. (2021, 26.mai). *Over halvparten av befolkningen ønsker å dø hjemme*. Fransiskushjelpen. <https://www.fransiskushjelpen.no/nyheter/2021/5/26/over-halvparten-av-befolkningen-nsker-d-hjemme>
- Gjevjon, E. R. & Fjørtoft, A. K. (2016). Hjemmesykepleietjenesten. I K. Glavin & E. R. Gjevjon (Red.), *Sykepleie i kommunehelsetjenesten: helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie* (s. 38-54). Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet. (2018). *Lindrende behandling i livets slutfase*. Helsedirektoratet.  
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

- Husebø, S. & Husebø, B. (2015). Omsorg ved livets slutt. I M. S. Holm & S. Husebø (Red.), *En verdig alderdom: Omsorg ved livets slutt* (s. 21-38). Fagbokforlaget.
- Innst. 73 S (2020-2021). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Lindrende behandling og omsorg – Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve*. Helse- og omsorgskomiteen. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2020-2021/inns-202021-073s/?all=true>
- Johansen, H., Grøndahl, V. A. & Helgesen, A. K. (2022). Palliative care in home health care services and hospitals - the role of the resource nurse, a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 21:64, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00956-x>
- Kirkevold, M. (2016). Pasientsikkerhet og kvalitet i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., bind 1, s. 267-310). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleierens ansvar i og arbeidsområder i helsetjenesten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., bind 1, s. 193-266). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, F. (2016). Hva er sykepleie?. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., bind 1, s. 15-28). Gyldendal Akademisk.
- Lillemoen, L. & Heggstad, A. K. T. (2022). Etikk i sykepleien. I A. K. Bjørnnes, E. R. Gjevjon, E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken 1: sykepleiens fundament* (6. utg., s. 200-239). Cappelen Damm Akademisk.
- Mathisen, J. (2017). Sykepleie ved livets avslutning. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 407-450). Gyldendal Akademisk.
- McCance, T. & McCormack, B. (2017). The Person-centred Practice framework. I B. McCormack & T. McCance (Red.), *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice* (2. utg., s. 36-66). Wiley Blackwell.
- Meld. St. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

- Meld. St. 24 (2019-2020). *Lindrende behandling og omsorg: Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20192020/id2700942/>
- Norsk Sykepleierforbund. (2023). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk Sykepleierforbund.  
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. (2021). *Omtanke: innføring i sykepleieetikk* (6. utg.). Gyldendal.
- NOU 2017: 16. (2017). *På liv og død: Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/995cf4e2d4594094b48551eb381c533e/nou-2017-16-pa-liv-og-dod.pdf>
- 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>
- Popenoe, R., Langius-Eklöf, A. Stenwall, E. & Jervaeus, A. (2021). A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic Journal of Nursing Research*, 41(4), 175-186. <https://doi.org/10.1177/2057158521991949>
- Reilly, S., Xie, C., Jacobs, S., & Challis, D. (2008). Examining the state of adult social care research 1990-2001: a systematic synthesis of research methods and quality. *Evidence & Policy*, 4(3), 155-182.
- Saltvedt, I. & Wyller, T. B. (2016). Palliativ behandling av gamle. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., s. 262-273). Gyldendal Akademisk.
- Sørbye, L. W. (2017). Etske problemstillinger. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient - utfordring - handling* (4. utg., s. 267-287). Cappelen Damm Akademisk
- Thidemann, I. J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Thoresen, L. & Dahl, M. (2015). Sykepleie til den døende pasienten. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 926-960). Cappelen Damm Akademisk.
- Thoresen, L. & Dahl, M. (2022). Sykepleie til den døende pasienten. I A. K. Bjørnnes, E. R. Gjevjon, E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken 1: Sykepleiens fundament* (6. utg., s. 825-862). Cappelen Damm.
- Törnquist, A., Andersson, M. & Edberg, A.-K. (2013). In search of legitimacy - registered nurses' experience of providing palliative care in a municipal context. *Scandinavian*

*Journal of Caring Sciences*, 27(3), 651-658. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01074.x>



## Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

<b>Artikkel som vurderes:</b>		JA	NEI	UKLART
Aamold, K., Grov, K. & Rostad, H. M. (2020). Hjemmesykepleieres erfaringer når kreftpasienter ønsker å dø hjemme. <i>Klinisk Sygepleje</i> , 34(1). <a href="https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2020-01-02">https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2020-01-02</a>				
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Det benyttes et kvalitativt design med en hermeneutisk tilnærming, hvor metoden er fokusgruppeintervju. Dette er velegnet da en ønsker å innhente sykepleiers erfaringer.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Respondentene er sykepleiere som jobber i hjemmetjenesten. Utvalget av respondenter er derfor representativt for å svare på problemstillingen.	X		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?		X	
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Konteksten er hjemmesykepleien, og deltakerne er presisert. Resultatene kan dermed relateres til klinisk praksis.	X		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Analysemetoden er systematisk tekstkondensering, og er tydelig beskrevet.	X		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Hovedfunnene er tydelig formulert på en logisk måte, og kommer tydelig frem i artikkelen.	X		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Resultatene er relevante for egen problemstilling og kan benyttes i utøvelse av sykepleie i hjemmet.	X		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? ***	X		

Reilly, S., Xie, C., Jacobs, S., & Challis, D. (2008). Examining the state of adult social care research 1990-2001: a systematic synthesis of research methods and quality. *Evidence & Policy*, 4(3), 155-182.





	Kommentar: Konklusjonen er logisk og henger i tråd med resultatene. Konklusjonen vurderes derfor som holdbar.			
	Totalt antall poeng: ****	8/9		

\* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernespmåål på [kunnskapsbasertpraksis.no](http://kunnskapsbasertpraksis.no)

\*\* I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

\*\*\* Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

\*\*\*\* Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



## Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

<b>Artikkel som vurderes:</b>		JA	NEI	UKLART
Danielsen, B. V., Sand, A. M., Rosland, J. H. & Førland, O. (2018). Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care - a qualitative study. <i>BMC Palliative Care</i> , 17(95), 1-13. <a href="https://doi.org/10.1186/s12904-018-0350-0">https://doi.org/10.1186/s12904-018-0350-0</a>				
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Det benyttes et kvalitativt design, hvor metoden er semistrukturerte fokusgruppeintervju. Dette er velegnet da en ønsker å innhente sykepleieres erfaringer.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Respondentene er hjemmesykepleiere, assistenter og fastleger. De kan dermed gi et innblikk i samarbeid mellom faggrupper, samt svare på problemstillingen.	X		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Konteksten er hjemmesykepleien og deltakerne er presisert. Resultatene kan derfor benyttes i klinisk praksis.	X		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Analysemetoden er systematisk tekstkondensering, og er tydelig beskrevet.	X		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Hovedfunnene er tydelig formulert på en logisk måte, og kommer tydelig frem i artikkelen.	X		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Resultatene er relevante for egen problemstilling og kan benyttes i utøvelse av sykepleie i hjemmet.	X		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? ***	X		

Reilly, S., Xie, C., Jacobs, S., & Challis, D. (2008). Examining the state of adult social care research 1990-2001: a systematic synthesis of research methods and quality. *Evidence & Policy*, 4(3), 155-182.



	Kommentar: Konklusjonen er logisk og henger i tråd med resultatene. Konklusjonen vurderes derfor som holdbar.			
	Totalt antall poeng: ****	9/9		

\* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernespmål på [kunnskapsbasertpraksis.no](http://kunnskapsbasertpraksis.no)

\*\* I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

\*\*\* Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

\*\*\*\* Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



## Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

<b>Artikkel som vurderes:</b>		JA	NEI	UKLART
Dhollander, N., Deliens, L., Belle, S. V., Vleminck, A. D. & Pardon, K (2018). Differences between early and late involvement of palliative home care in oncology care: A focus group study with palliative home care teams. <i>Palliative Medicine</i> , 32(7), 1275-1282. <a href="http://doi.org/10.1177/0269216318774676">http://doi.org/10.1177/0269216318774676</a>				
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Det benyttes et kvalitativt design, hvor metoden er fokusgruppeintervju. Dette er velegnet da en ønsker å innhente sykepleieres erfaringer.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Respondentene er palliative sykepleiere, palliative psykologer og palliative leger. Dette gir innblikk i palliasjon som et tverrprofesjonelt fagområde, og kan derfor svare på problemstillingen.	X		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltakerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Konteksten er hjemmesykepleien og deltakerne er presisert. Resultatene kan derfor benyttes i klinisk praksis.	X		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Analysemetoden er gjort med en induktiv fremgangsmåte ved bruk av "constant comparative method". Bruk av denne metoden er godt beskrevet.	X		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Hovedfunnene er tydelig formulert på en logisk måte, og kommer tydelig frem i artikkelen.	X		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Hovedfunnene er tydelig formulert på en logisk måte, og kommer tydelig frem i artikkelen.	X		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Konklusjonen er logisk og henger i tråd med resultatene. Konklusjonen vurderes derfor som holdbar.	X		
Totalt antall poeng: ****		9/9		



\* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernes spørsmål på [kunnskapsbasertpraksis.no](http://kunnskapsbasertpraksis.no)

\*\* I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

\*\*\* Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

\*\*\*\* Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



## Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes:		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Det benyttes et utforskende kvalitativt design, hvor metoden er semistrukturerte individuelle intervjuer. Dette er velegnet da en ønsker å innhente sykepleiers erfaringer.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Respondentene er ressursykepleier og avdelingssykepleiere, hvor noen arbeider på sykehus og noen i hjemmetjenesten. Respondentene kan svare på problemstillingen	X		
4.	Er etiske hensyn ivare tatt og dokumentert på en god måte i studien?		X	
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Konteksten er hjemmesykepleien og sykehus, og deltakerne er presisert. Resultatene kan dermed relateres til klinisk praksis.	X		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Analysemetoden er systematisk tekstkondensering, og er tydelig beskrevet.	X		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Hovedfunnene er tydelig formulert på en logisk måte, og kommer tydelig frem i artikkelen.	X		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Resultatene er relevante for egen problemstilling og kan benyttes i utøvelse av sykepleie i hjemmet.	X		



9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Konklusjonen er logisk og henger i tråd med resultatene. Konklusjonen vurderes derfor som holdbar.	X		
	Totalt antall poeng: ****	8/9		

\* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernes spørsmål på [kunnskapsbasertpraksis.no](http://kunnskapsbasertpraksis.no)

\*\* I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

\*\*\* Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

\*\*\*\* Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



## Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes:		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Det benyttes et beskrivende kvalitativt design, hvor metoden er fokusgruppeintervjuer. Dette er velegnet da en ønsker å innhente sykepleiers erfaringer.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Respondentene er sykepleiere i sykehjem og i hjemmetjenesten, og kan dermed svare på problemstillingen.	X		
4.	Er etiske hensyn ivare tatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Konteksten er sykehjem og hjemmesykepleie, og deltakerne er presisert. Resultatene kan dermed relateres til klinisk praksis.	X		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: En konvensjonell kvalitativ innholdsanalyse ble benyttet og er tydelig beskrevet.	X		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Hovedfunnene er tydelig formulert på en logisk måte, og kommer tydelig frem i artikkelen.	X		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Resultatene er relevante for egen problemstilling og kan benyttes i utøvelse av sykepleie i hjemmet.	X		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? ***	X		





Kommentar: Konklusjonen er logisk og henger i tråd med resultatene. Konklusjonen vurderes derfor som holdbar.			
Totalt antall poeng: ****	9/9		

\* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernespmå på [kunnskapsbasertpraksis.no](http://kunnskapsbasertpraksis.no)

\*\* I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

\*\*\* Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

\*\*\*\* Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.