

Palliasjon i hjemmesykepleien

Hvordan kan sykepleiere bidra til å skape trygghet for palliative kreftpasienter som ønsker å dø hjemme?

Kandidatnummer: 802 og 761

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8962

Dato: 02.01.2024



Lovisenberg
diakonale høgskole

“Det er bare ett sted som er et virkelig hjem. Og det er der
hvor et menneske føler seg helt trygg”

- *Peter Egge*

Sammendrag	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 02.01.2024
Tittel: Palliasjon i hjemmesykepleien	
<p><u>Innledning:</u> Temaet for oppgaven er palliasjon i hjemmesykepleien. Majoriteten av de som mottar palliativ behandling er kreftpasienter. Flere ønsker muligheten til å dø i eget hjem, og for at dette skal være mulig er opplevelsen av trygghet sentral. Problemstillingen for oppgaven er: <i>Hvordan kan sykepleiere bidra til å skape trygghet for palliative kreftpasienter som ønsker å dø hjemme?</i></p> <p><u>Metode:</u> Oppgaven er en generell litteraturstudie. For å finne relevante artikler ble det utført et strukturert søk i Cinahl og Idunn. For å besvare problemstillingen ble det benyttet fem forskningsartikler fra litteratursøkene, samt relevant fag- og forskningslitteratur. De fem anvendte forskningsartiklene var kvalitative studier som belyste både sykepleiers og pasientens erfaringer innenfor tematikken.</p> <p><u>Resultat:</u> Relasjonsbygging, kommunikasjon, informasjon, kompetanse, kontinuitet og tilgjengelighet er viktige faktorer for opplevelsen av trygghet.</p> <p><u>Diskusjon:</u> Valgte forskningsartikler og annen litteratur trekker frem viktige faktorer som bidrar til trygghet i det palliative arbeidet i hjemmet. En god relasjon mellom pasient og helsepersonell kan virke tryggende gjennom at sykepleier ser pasienten som et unikt individ, er tilstedeværende, viser medfølelse og lytter til pasientens behov. Kontinuitet trekkes også frem som en trygghetsskapende faktor, i tillegg til en forutsetning for en god relasjon. Dette innebærer lite utskiftning i personalet og at tjenesten er tilgjengelig. Det å få til kontinuitet sees derimot krevende å oppnå i hjemmesykepleien, mye på grunn av dårlig tid og hjemmesykepleiens natur. God kommunikasjon og informasjon påpekes også som viktig. Dette krever gode kommunikasjonsferdigheter hos sykepleierne, i tillegg til å tilpasse kommunikasjonen til pasientens forutsetninger. Videre ble faglig kompetanse hos sykepleierne, samt koordinering og tverrfaglig samarbeid, tatt frem som trygghetsskapende faktorer. Pasientene opplevde en trygghet i at sykepleierne kunne vurdere deres behov og opplevelsen av en helhetlig og profesjonell ivaretagelse.</p>	

(Totalt antall ord: 291)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Presentasjon av tema	1
1.2	Bakgrunn for valg av tema	2
1.3	Sykepleiefaglig relevans	2
1.4	Problemstilling.....	2
1.5	Avgrensninger av problemstilling.....	3
2	Bakgrunn.....	4
2.1	Trygghet	4
2.2	Palliasjon	4
2.3	Sykepleierens rolle i hjemmesykepleie	5
2.4	Kreft.....	6
2.5	Joyce Travelbee	7
2.6	Sykepleiefaglige rammer, lovverk og etikk.....	7
3	Metode	9
3.1	Generell litteraturstudie	9
3.2	Søkeprosessen og utvelgelse av artikler	9
3.3	Øvrig fag- og forskningslitteratur	13
4	Resultater	15
4.1	Presentasjon av artiklene i matrise.....	15
4.2	Syntese av resultatene	17
5	Diskusjon.....	18
5.1	Resultatdiskusjon	18
5.1.1	Relasjonsbygging.....	18
5.1.2	Kommunikasjon.....	20
5.1.3	Informasjon	21
5.1.4	Kompetanse	22
5.1.5	Kontinuitet og tilgjengelighet	24
5.2	Metodediskusjon.....	26
5.2.1	Litteratursøk.....	26
5.2.2	Styrker og svakheter ved de inkluderte artiklene.....	27
6	Konklusjon	30
	Referanser	32
	Vedlegg	42

1 Innledning

I dette kapittelet presenteres tema, bakgrunnen for dette og hvilken relevans det har for sykepleiefaget. Problemstillingen med gitte avgrensninger blir også beskrevet.

1.1 Presentasjon av tema

Kreft er den hyppigste dødsårsaken i Norge (Larsen, 2023). Antallet kreftrelaterte dødsfall er nå på sitt høyeste og øker hvert år (Strøm et al., 2023, s.19). Dette mønsteret forventes å stige i takt med den økende gjennomsnittsalderen i befolkningen (Kaasa & Loge, 2016, s.46), da økt alder gir økt risiko for å utvikle kreft (Larsen, 2023). Kreftpasienter utgjør flertallet av de pasientene som mottar palliativ behandling (Meld.St.47, (2008-2009), s.61; Aass & Yri, 2023). Ifølge Helsedirektoratet (2018, s.11) skal man så langt det lar seg gjøre, innfri pasientens ønske om hvor han eller hun vil motta palliativ pleie. I Norge dør omkring 15% i eget hjem (Helsedirektoratet, 2018, s.3). Sammenlignet med andre europeiske land er Norge blant de laveste når det gjelder andelen hjemmedød (Trier, 2021, s.856). Samtidig ser man at flere ønsker muligheten, da hjemmet for mange representerer trygghet og det kan bidra til økt livskvalitet i livets siste fase (Johansen, 2021; Fonn, 2020a; Festvåg & Eilertsen, 2021).

Ifølge Meld.St. 24 (2019-2020, s.13) ønsker regjeringen å legge mer til rette for at hjemmedød skal være et valg for den enkelte. Rent samfunnsøkonomisk vil hjemmedød lønne seg da det er mindre ressurskrevende og mer kostnadseffektivt, sammenlignet med palliativ behandling på sykehus og sykehjem (NOU 2017: 16, s.190; Johansen, 2021). Selv om man ser et økende ønske om å tilrettelegge for å dø i eget hjem, har ikke andelen som faktisk får dette oppfylt endret seg de siste 20 årene (Meld. St. 24 (2019-2020), s.13). Opplevelsen av trygghet er en vesentlig forutsetning for hjemmedød (Brenne & Estenstad, 2016, s. 167). Dette vil være særlig gjeldende da mange forbinder døden med noe ukjent og skremmende (Thoresen & Dahl, 2016, s.927). Ved fravær av trygghet kan dermed pasienten kjenne på uro og frykt og føle seg uvel i eget hjem (Gustafsson, 2021, s. 107). For at ønske om å dø hjemme skal bli en realitet, vil det derfor være nødvendig å kartlegge hvilke faktorer som må være til stede for at pasienten skal oppleve trygghet, i tillegg til å definere sykepleierens rolle i dette.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Vi har valgt å fokusere på kreftpasienter, da det forventes en økning i krefttilfeller i tiden fremover (Kaasa & Loge, 2016, s.46). I tillegg har vi vært i kontakt med pasientgruppen gjennom tidligere praksiser og jobber. Temaene palliasjon og hjemmedød har fått større oppmerksomhet i samfunnet de siste årene (Fonn, 2020b; Johansen, 2021; Dommerud, 2020). For at disse skal ha muligheten til å dø hjemme, er tilgang på hjemmesykepleie sentralt (Brenne & Estenstad, 2016, s.164; Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s.46), da hjemmesykepleien i stor grad står for ansvaret for den palliative pasienten (Meld. St. 24 (2019-2020), s.14). Pasientenes opplevelse av trygghet er en grunnleggende faktor for palliativ behandling i hjemmet (Hoem et al., 2022). Tematikkens aktualitet belyser viktigheten av at vi som kommende sykepleiere, tilegner oss kunnskap om dette feltet.

1.3 Sykepleiefaglig relevans

Sykepleierens særegne funksjon er å dekke menneskets grunnleggende behov. For å kunne ivareta pasients behov må sykepleier se hele mennesket. I dette ligger en kompetanse i å vurdere både pasientens fysiske og psykososiale behov, samt kunnskap om sykdommen (Gjevjon et al., 2022, s.26-28). Siden flere oppgaver overflyttes til kommunehelsetjenesten, inkludert palliativ behandling, vil sykepleierens rolle og funksjon i hjemmesykepleien være sentral (Birkeland & Folvik, 2018, s. 18 & 191). Dette blir spesielt viktig da denne pasientgruppen har komplekse behov (Lorentsen & Grov, 2017, s.425). Sykepleierens kompetanse til å observere pasienten og kunne utføre tiltak ut fra dette, vil dermed kunne bidra til trygg og forsvarlig pleie. Sykepleierne opptrer også som et bindeledd mellom pasienten og helsevesenet, da de er inne hos pasientene på en daglig basis. Dermed kan de få et helhetlig blick av situasjonen og rapportere videre (Birkeland & Flovik, 2018, s.15-16).

1.4 Problemstilling

Vi ønsker å øke kunnskapen rundt palliativ omsorg til kreftpasienter som ønsker å dø hjemme, og hvordan sykepleiere kan bidra til at disse opplever trygghet i situasjonen. Ut fra dette har vi valgt følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleiere bidra til å skape trygghet for palliative kreftpasienter som ønsker å dø hjemme?

1.5 Avgrensninger av problemstilling

Oppgaven fokuserer på kreftpasienter i palliativ fase. I denne fasen vil pasienten ha et økt behov for helsehjelp og kreve sykepleiers kompetanse i høyere grad (Helsedirektoratet, 2019, s.8; Lorentzen & Grov, 2017, s. 426). Det tas utgangspunkt i at pasienten ønsker å dø hjemme, og konteksten sykepleierne møter pasientene i, vil dermed være i hjemmesykepleien. Oppgaven vil ikke gå inn på private firmaer med bestillingsbesøk. I Norge i dag er det flest eldre over 60 år som rammes av kreft (Kreftregisteret, 2022), og vi har derfor valgt å fokusere på denne pasientgruppen. Det tas utgangspunkt i at pasienten er tilstrekkelig smertelindret, og oppgaven vil derfor ikke gå inn på smertelindring, heller ikke selve kreftbehandlingen. Hovedfokuset vil være forholdet mellom sykepleier og pasient. Pårørende er også en viktig del av prosessen om å sikre god palliativ omsorg (Kreftforeningen, 2023), men oppgaven vil ikke gå inn på deres rolle. Videre vil vi ikke fokusere på en spesiell type kreft eller ett spesifikt kjønn.

Begrepet “bruker” benyttes ofte i hjemmesykepleien om en som mottar tjenester som ikke defineres som helsehjelp (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §1-3). En pasient derimot er en person som oppsøker helse- og omsorgstjenesten eller hvor helsehjelpen tilbys den enkelte, og begrepet benyttes ofte for å beskrive en som mottar palliativ behandling (Birkeland & Flovik, 2018, s. 14; Mathisen, 2017, s.415). Vi ser det derfor som mest hensiktsmessig å bruke begrepet “pasient” ettersom oppgaven fokuserer på kreftpasienter som har behov for helsehjelp.

2 Bakgrunn

Kapittelet presenterer relevant bakgrunnskunnskap som er utgangspunktet for det teoretiske grunnlaget i oppgaven.

2.1 Trygghet

Trygghet er et livslangt og grunnleggende behov for alle mennesker (Eriksen, 2016, s. 890). Behovet for trygghet kan omhandle en persons opplevelse av sikkerhet, stabilitet, beskyttelse og orden (Gustafsson, 2021, s.93; Eriksen, 2016, s.890). Med dette kommer et ønske om forutsigbarhet i livet, og et behov for å kunne påvirke og kontrollere hverdagen (Gustafsson, 2021, s.94). Dette vil særlig gjøre seg gjeldende når kontrollen blir overlatt til andre, i dette tilfellet sykepleierne i hjemmesykepleien. Pasientene må dermed stole på sykepleiers kompetanse, noe som krever god relasjon mellom partene. Derfor vil også trygghet og relasjon ha nær tilknytning til hverandre. Flere vil oppleve trygghet i det å ha noen man stoler på og kan dele tanker med (Gustafsson, 2021, s.94-95). Samtidig er begrepet svært komplekst, og hva man legger i begrepet er individuelt og påvirkes av tidligere erfaringer. Begrepet kan deles inn i indre og ytre trygghet. Indre trygghet vil si erfaringer man har fra ung alder, som er med på å prege synet man har. Ytre trygghet handler om miljøet man har rundt seg, og det er denne tryggheten sykepleiere kan påvirke når en interagerer med pasientene (Fjørtoft, 2016, s. 122).

Gjennom livet vil man oppleve ulike faktorer som truer tryggheten. Dette kan være faktorer som uforutsigbarhet, redsel og usikkerhet (Gustafsson, 2021, s.93 & 95). Det å ha en palliativ sykdom for mange oppleves utrygt, og kan true tryggheten i form av lite kontroll (Segesten, 2016, s.150; Gustafsson, 2021, s.93). Ved utrygghet vil kontrollbehovet øke, og man vil prøve å minske disse truende faktorene (Gustafsson, 2021, s.95). Som sykepleier i hjemmesykepleien er det viktig å forstå hvilke faktorer som er nødvendig for at hver pasient føler trygghet, i tillegg til hvilke tiltak som kan iverksettes for å minske disse truende faktorene (Segesten, 2016, s. 146 & 151).

2.2 Palliasjon

Palliasjon er et fagområde hvor behandlingen har som formål å symptomlindre og gi økt livskvalitet til pasienter som opplever utfordringer relatert til en livstruende sykdom

(Kreftforeningen, 2023; Helsedirektoratet, 2019, s.6). Livskvalitet innenfor palliasjon vil si at pasienten skal leve best mulig den siste tiden og få en god avslutning på livet. I dette ligger pasientens opplevelse av tilfredshet og glede, samt fravær av negative følelser og psykiske plager (Nes et al., 2021). I 2019 publiserte regjeringen en stortingsmelding som omhandlet palliasjon og lindrende omsorg. Stortingsmeldingen inkluderte blant annet fokus på forbedring innenfor kompetanse, brukermedvirkning og organisering av tjenestene for å kunne tilrettelegge for hjemmedød (Meld. St. 24 (2019-2020), s.9). Den palliative behandlingen skal være personsentrert og utøves hvor pasienten oppholder seg, altså man skal ta beslutninger ut fra pasientens egne premisser og ressurser (Kaasa & Loge, 2016, 46; Helsedirektoratet, 2019, s.10). Planlegging, tilrettelegging og igangsetting av nødvendige tiltak, vil derfor være viktige faktorer for optimal palliativ behandling (Kaasa & Loge, 2016, s.43; Birkeland & Folvik, 2018, s.188).

Palliativ fase omhandler tiden fra pasienten får en inkurabel sykdom til pasientens død (Aass & Yri, 2023). I denne fasen vil ikke behandlingen rettes mot å kurere sykdommen, noe som er fokuset i den kurative fasen. Fasen vil derimot fokusere på symptomlindring, og dermed øke livskvaliteten i løpet av den siste tiden (Kaasa & Loge, 2016, s. 36; Utne, 2021, s.107). Jo lengre ut i den palliative fasen en kommer, dess høyere symptomtrykk vil en forvente. I starten vil ikke nødvendigvis pasienten ha et stort behov for helsehjelp, da symptomtrykket ikke er særlig høyt. Senere vil derimot symptomtrykket være høyere, noe som påvirker pasientens funksjonsnivå. Dette vil dermed øke pasientens behov for helsehjelp (Utne, 2021, s.108). Ved terminal fase vil pasienten trolig dø i nær fremtid (Helsedirektoratet, 2018, s.13). Hvor lenge de ulike fasene varer og hvilke symptomer som fremtrer vil variere. Derfor vil det variere hvor lenge hjemmesykepleien følger opp pasienten (Fjørtoft, 2016, s.79). Som sykepleier vil det være viktig å anerkjenne de behovene pasienten har, og møte disse med både omtanke og respekt (Fjørtoft, 2016, s.79).

2.3 Sykepleierens rolle i hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er et helse- og omsorgstilbud i kommunehelsetjenesten og kan defineres som “all sykepleie som utføres i pasientens hjem” (Stray & Debesay, 2023; Birkeland & Flovik, 2018, s.13). Hjemmesykepleiens mål er å gi nødvendig hjelp slik at pasienten mestrer å bo hjemme, så langt det er ønskelig og forsvarlig (Fjørtoft, 2016, s. 17; Birkeland & Flovik, 2018, s.15). Pasientene skal kunne ha hjemmesykepleien tilgjengelig gjennom hele døgnet, og

vite hvem de skal kontakte (Helsedirektoratet, 2019, s.145). Likevel rapporteres det om faktorer i hjemmesykepleien som bidrar til svekket oppfølging av pasienten og redusert utnyttelse av kompetanse. Dårlig tid og manglende ressurser er noen av dem (Gjevjon, 2020).

Gjennom de siste tiårene har det skjedd store endringer i helse- og omsorgstjenestene, særlig innen hjemmesykepleien (Birkeland & Flovik, 2018, s.13). Samhandlingsreformen slår fast at flere tjenester overføres til hjemmesykepleien, og hjemmesykepleien får dermed et større ansvar for pasienter med sammensatte behov i årene fremover (Meld.St.47, (2008-2009), s.56; Birkeland & Flovik, 2018, s.13). Ansvaret vil også inkludere palliativ behandling. Dersom pasientene mottar hjemmesykepleie over tid, vil sannsynligheten for å dø hjemme øke (Fonn, 2020a). Hvordan det palliative arbeidet i hjemmesykepleien er organisert, vil kunne variere mellom kommunene i Norge (Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s.40). I tillegg har flere kommuner ulike instanser med særskilt kompetanse innenfor fagfeltet, for eksempel palliative team, ressursgrupper og kreftkoordinator (Haugen & Aass, 2016, s. 116). Uavhengig av dette, er sykepleierne som jobber i hjemmesykepleien, pliktet å ha grunnleggende kunnskap innenfor fagfeltet (Helsedirektoratet, 2019, s.12). I tillegg må man samarbeide med andre instanser for å sikre helhetlig behandling (Helsedirektoratet, 2019, s.9).

Sykepleiere har ulike funksjoner og ansvarsområder som skal prege måten man møter pasienter på. Områdene innebærer helsefremming og forebygging, behandling, lindring, rehabilitering, undervisning, veiledning, administrasjon, ledelse og fagutvikling. Innenfor tematikken vil sykepleiers lindrende funksjon være sentral. I dette ligger både lindring av fysiske smerter, men også psykososiale belastninger pasienten kan oppleve. Dette vil gjøre at sykepleier kan øke livskvaliteten og pasientens opplevelse ved en livstruende sykdom (Nortvedt & Grønseth, 2020, s.22-23). Sykepleierens kompetanse er dermed svært nødvendig i hjemmesykepleien. Sykepleierens oppgave vil være å kartlegge pasientens behov, og ut fra det, iverksette tiltak. I dette ligger også en individuell tilnærming til hver enkelt pasient, basert på deres ønsker og behov (Birkeland & Flovik, 2018, s.13 & 15).

2.4 Kreft

Kreft er en samlebetegnelse på celler som karakteriseres av at de vokser intensivt og ukontrollert. Kreftcellene kan spres via lymfbaner, blodstrøm eller andre hulrom i kroppen (Bertelsen et al., 2019, s. 130-131). Det anses å bli en økning i krefttilfeller i kommende år,

særlig grunnet den store eldrebølgen (Kaasa & Loge, 2016, s.46). Kreftbehandlingen kan variere ut fra krefttypen, men en felles behandlingsform er en sammensetning av kirurgi, strålebehandling og cytostatika (Bertelsen et al., 2019, s.138). Pasientens tidligere helsetilstand, sosiale forhold og mentale helse har betydning for leveutsiktene og hvordan en håndterer sykdommen. Dersom behandlingen ikke er tilstrekkelig, vil man gå over i en palliativ behandling (Bertelsen et al., 2019, s.139 & 145-146).

2.5 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee utviklet en teori om mellommenneskelige forhold. Travelbee beskriver sykepleie som en mellommenneskelig prosess, da sykepleiere kontinuerlig er i samhandling med andre mennesker (Travelbee, 2014, s. 29-30). Sentralt i teorien er sykepleiers evne til å se mennesket som et unikt individ, samt viktigheten av å danne en relasjon mellom sykepleier og pasient (Travelbee, 2014, s. 4). Etableringen av et menneske-til-menneske-forhold er derfor viktig og en grunnleggende sykepleieoppgave. Dette forholdet kjennetegnes av delte erfaringer og opplevelser mellom sykepleier og pasient, hvor pasientens behov blir ivaretatt. For å oppnå dette krever det at sykepleiere har forståelse for andres atferd og har medfølelse for pasienten (Travelbee, 2014, s. 41-45).

Først når man anerkjenner andre som unike individer, vil man kunne danne dette menneske-til-menneske-forholdet. Forståelsen for at hvert menneske er unikt, vil derfor være viktig for utøvelsen av sykepleie (Travelbee, 2014, s.71). Kommunikasjon trekkes også frem som viktig i det mellommenneskelige forholdet. Kommunikasjon er en prosess der sykepleieren innhenter og gir informasjon, og hvor pasienten uttrykker sine behov (Travelbee, 2014, s. 135-137). Gjennom god kommunikasjon blir sykepleier bedre kjent med pasienten og man kan lettere identifisere og ivareta pasientens behov. Kommunikasjonen kan både bidra til å trekke pasienten nærmere sykepleieren eller støte dem bort. Dette understreker viktigheten av at sykepleiere er bevisst på egne verbale og nonverbale uttrykk (Travelbee, 2014, s. 137-138).

2.6 Sykepleiefaglige rammer, lovverk og etikk

Sykepleiere har et overordnet ansvar for å utøve helsehjelp i tråd med lovverk og yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2023). Handlingsprogrammet for palliasjon (Helsedirektoratet, 2019) tar

for seg behandlingen og pleien i kreftomsorgen, og omhandler arbeidet rundt den palliative kreftpasienten som helhet. Helsepersonelloven (1999) har som hensikt å sikre kvalitet i helsetjenesten, sørge for pasientsikkerhet og etablere tiltro til tjenesten. Inn under dette kommer forsvarlighetskravet, som beskriver sykepleierens ansvar for å utøve forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999, §4). I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §1-1) skal hjemmesykepleien sikre at tjenestene som tilbys er koordinert, tilpasset hver enkelt og med respekt for hver enkeltes integritet og verdighet. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) stiller krav til utførelsen av helsehjelpen og tar for seg pasientens rettigheter. I henhold til §3-2 i loven, har pasienten rett på informasjon, noe som gir pasienten innsikt i egen helsetilstand og å være delaktig i beslutninger om egen helse (Helsedirektoratet, 2023). Videre tar pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1) for seg pasientens rett til medbestemmelse. I dette ligger en respekt for pasientens ønsker, også relatert til hvor pasienten ønsker å dø og tanker rundt døden. Dette påpekes også i punkt 1.11 i de yrkesetiske retningslinjene (NSF, 2023).

De yrkesetiske retningslinjene (NSF, 2023) tar for seg etiske prinsipper som underligger sykepleieres ansvarsområde. Retningslinjene peker på respekt for menneskets liv og verdighet som grunnlaget for all sykepleieutøvelse. Som sykepleier plikter man å bidra til at pasienter får en verdig død og å forebygge lidelse (NSF, 2023, punkt 1-1; 1-12). Dette innebærer at sykepleier skal gi den helsehjelpen som trengs og som er best for pasienten. Disse retningslinjene henger tett sammen med de fire etiske prinsippene: velgjørenhet, ikke-skade, respekt for autonomi og rettferdighet (Nortvedt, 2021, s.85). Velgjørenhetsprinsippet handler om å gjøre det beste for pasienten. Ikke-skade betyr at utøvelsen av helsehjelpen skal være så skånsom som mulig, slik at pasienten opplever minimalt med ubehag. Autonomiprinsippet beskriver sykepleiers evne til å se hvert individ som et selvbestemmende vesen. Rettferdighetsprinsippet omhandler pasientens rett til omsorg ut fra deres behov og forutsetning (Nortvedt, 2021, s.86-87).

3 Metode

I dette kapittelet presenteres oppgavens metode. Den valgte metoden, litteraturstudie, blir beskrevet, i tillegg til en presentasjon av søkeprosessen for litteraturstudien og utvelgelsen av artikler. Til slutt presenteres øvrig fag- og forskningslitteratur.

3.1 Generell litteraturstudie

Denne oppgaven bygger på en generell litteraturstudie. Metoden analyserer relevant forskning knyttet til en spesifikk problemstilling. Gjennom arbeidet vil man sammenfatte eksisterende kunnskap om et emne, med hensikt om å formulere konklusjoner av klinisk relevans. Man vil på denne måten få økt kunnskap innenfor valgt tematikk (Popenoe, 2021, s. 175).

3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artikler

I første fase av søkeprosessen ble det gjort et innledende litteratursøk for å få en oversikt over temaet. Under søket ble det brukt ulike søkeord for å finne ut hvilke som var mest passende innenfor valgt tematikk (Thidemann, 2019, s.81). Søkeord ble benyttet ut fra de meningsbærende elementene i problemstillingen (Thidemann, 2019, s.82 & 86). Vi gjennomførte ett strukturert søk i to vitenskapelige databaser, Cinahl og Idunn.

Det første strukturerte søket ble utført i Cinahl. Gjennom ulike søk så vi at relevante artikler benyttet søkeordene “Neoplasms” og “Cancer patients” for å beskrive pasienter med kreft. Ut fra inklusjons- og eksklusjonskriteriene så vi at relevante artikler for vår problemstilling kun benyttet “Cancer patients” som emneord. Likevel valgte vi å inkludere “Neoplasms” i søket, noe som beskrives senere. Det ble benyttet ulike søkeord innenfor hjemmesykepleie, noe som viste at søkeordene “Home health care” og “Home environment” gav mest likhet for den norske hjemmesykepleiekonteksten og hjemmet som arena. På bakgrunn av at ulike artikler benyttet ulike søkeord, ønsket vi å inkludere begge søkeordene for å ikke ekskludere relevante artikler. Det ble forsøkt å bruke søkeordene “Palliative care nursing” sammen med de andre søkeordene, noe som gav 1 treff. “Palliative care” ble derfor brukt, og ble brukt istedenfor “hospice” da sistnevnte er flersidet og brukes i mindre grad i norske kontekster (Kaasa & Loge, 2016, s. 35). Det ble forsøkt ulike emneord knyttet til tematikken trygghet, noe som viste seg å være utfordrende. Dette skyldtes at det var vanskelig å finne et engelsk søkeord som direkte kunne oversettes med “trygghet”. Søkeord som “security”, “safety”, “trust” og

“certainty” ble benyttet (Segesten, 2016, s.147 & 155). Dette medførte et meget begrenset antall treff, og inneholdt artikler som ikke var relevante for valgt problemstilling. Dette skyldtes at relevante artikler unnlot å bruke slike søkeord. Ordet ble derfor benyttet som inklusjonskriterie.

Siden vi fant færre enn fire relevante forskningsartikler på søket i Cinahl, gjorde vi videre et søk i Idunn. Dette skyldtes også et ønske om finne forskning med relevans for den norske konteksten. Det er ikke mulig å utføre et like strukturert søk på Idunn på grunn av databasens funksjon. Likevel ble det utført et så strukturert søk som søkemotoren tillater. Søkeordene “Home health care” og “Home environment” ble oversatt til søkeordet “Hjemmesykepleie”. “Palliative care” ble oversatt til “Palliativ pleie”. Som nevnt tidligere inkluderte vi “Neoplasms” i søket på Cinahl. Dette skyldes at dersom vi kun inkluderte søkeordet “Kreftpasienter” ville søket på Idunn kun gi én relevant artikkel innenfor tematikken. Ved bruk av søkeordet “Kreft” kom derimot to relevante artikler opp. For å få flere relevante artikler i søket, ble dermed “Kreft” og “Kreftpasienter” kombinert med OR, og derfor også kombinert på Cinahl. Dette diskuteres videre under metodediskusjon.

Både i Cinahl og Idunn valgte vi et årsspenn mellom 2013 til 2023, da vi ønsket nyere forskning innen feltet. Språket på artiklene ble begrenset til norsk og engelsk på Cinahl. Utvalgte søkeord blir fremstilt i tabell 1.

Tabell 1: Søkeord

Hjemmesykepleie	Palliativ pleie	Kreft Kreftpasienter
Home health care Home environment	Palliative care	Neoplasms Cancer patients

Det ble benyttet inklusjon- og eksklusjonskriterier for å finne artikler som var relevante og hensiktsmessige innenfor valgt problemstilling (Thiedemann, 2019, s.83). Utgangspunktet for disse var avgrensningene for oppgaven. Vi valgte å inkludere kvalitative studier ettersom vi ønsket å undersøke hvilke opplevelser sykepleiere og pasienter hadde når det kom til trygghetsskapende faktorer ved hjemmedød. Kvalitative studier tar for seg de subjektive følelsene og opplevelsene til deltakerne (Dalland, 2020, s. 54; Thidemann, 2019, s. 76), og vi så derfor på denne metoden som mest hensiktsmessig. Artikler med utgangspunkt i kun

pårørendes perspektiver ble ikke inkludert. Videre ønsket vi å finne artikler fra vestlige land, på bakgrunn av for lite kunnskap om hvor representativt hjemmesykepleien er i andre land, og hvorvidt den stemmer med norsk hjemmesykepleie. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene er illustrert i tabell 2.

Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Deltakere med alder eller medianalder på 60 år og opp	Artikler eldre enn 2013
Artiklene må inkludere resultater som sier noe om pasientens eller sykepleierens opplevelse av trygghet	Artikler med utgangspunkt i kun pårørendes perspektiv
Artiklene må inneholde pasienter med en kreftdiagnose	Artikler fra ikke-vestlige land
Sykepleierne må jobbe i hjemmesykepleien	Private firma med bestillingsbesøk
Kvalitative studier	Artikler som tar for seg én spesifikk kreftdiagnose
	Artikler som baseres på smertelindring

I det strukturerte søket på Cinahl ble søkeordene “Home health care” og “Home environment” kombinert med OR. “Cancer patients” og “Neoplasms” ble kombinert med OR. Dette ble igjen kombinert med “palliative care” ved bruk av AND. I kombinasjon med valgt årsspenn ble resultatet 307 artikler. Etter å ha gjennomgått alle titlene i søkeresultatet, ble 36 abstrakter vurdert. Av disse ble 6 artikler gjennomlest i fulltekst og utforsket videre. Etter gjennomgangen var det 3 artikler som stod igjen med relevans for problemstillingen og inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Søkeordene “Kreft” og “Kreftpasienter” ble kombinert med OR på Idunn. Disse ble kombinert med “Hjemmesykepleie” og “Palliativ pleie” ved bruk av AND. Sammen med årsspennet, gav dette 13 treff. Ut fra disse ble alle abstraktdelene lest. Basert på inklusjon- og eksklusjonskriteriene satt vi igjen med 2 aktuelle artikler. Disse artiklene ble gjennomlest i fulltekst. Søkehistorikk fra Cinahl og Idunn, samt utvalg av artikler er illustrert i tabell 3.

Vi har valgt å benytte forskning basert på både pasienters og sykepleieres perspektiv. Inkludering av begge synspunkt bidrar til å belyse problemstillingen fra flere sider. Ved å se på pasientens opplevelse av trygghet, kan man drøfte rundt sykepleiers rolle ut fra dette. I tillegg vil inkluderte artikler fra et sykepleieperspektiv underbygge dette.

Tabell 3: Søkehistorikk og utvalg av artikler

Database og dato for søk	Cinahl, 1/11/23	Idunn, 1/11-23
Søkeord og kombinasjoner	((MH "Cancer patients" OR MH Neoplasms") AND (MH "Home health care" OR "Home environment") AND (MH "Palliative care"))	((("Kreft" OR "Kreftpasienter") AND ("Hjemmesykepleie") AND ("Palliasjon"))
Avgrensinger i søket	Tid: Publisert mellom 2013-2023 Språk: engelsk, norsk	Tid: Publisert mellom 2013-2023
Antall treff totalt	307	13
Antall gjennomleste titler	307	13
Antall gjennomleste abstrakt	36	2
Antall gjennomleste fulltekstartikler	6	2
Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	3	2
Inkludert artikkel nummer 1	Nysæter, T.M., Olsson, C., Sandsdalen, T., Wilde-Larsson, B., Hov, R. & Larsson, M. (2022). Preferences for home care to enable home death among adult patients with cancer in late palliative phase – a grounded theory study. <i>BMC Palliat Care</i> , 21(49), 1-10.	Lersveen, G.L. & Devik, A. (2021). Opplevelse av trygghet i hjemmebasert palliativ omsorg: pasienters og pårørendes perspektiv. <i>Tidsskrift for omsorgsforskning</i> , 7(3), 1-15. https://www.idunn.no/doi/10.18261/issn.2387-5984-2021-03-05

	https://doi.org/10.1186/s12904-022-00939-y	
Inkludert artikkel nummer 2	Sønning, H.E. & Fossum, M. (2020). «Jeg gråter noen tårer hver dag»: En fenomenologisk studie av hjemmeboende kreftpasienters beskrivelse av deres livssituasjon i palliativ fase. <i>Nordisk Tidsskrift for Helseforskning</i> , 16(1). https://doi.org/10.7557/14.4319	Aamold, K., Grov, K. & Rostad, H.M. (2020). Hjemmesykepleieres erfaringer når kreftpasienter ønsker å dø hjemme. <i>Klinisk Sygepleje</i> , 34(1), 3-15. https://www.idunn.no/doi/10.18261/issn.1903-2285-2020-01-02
Inkludert artikkel nummer 3	Gagnon, M.-C. & Hébert, J. (2023). Gaining a better understanding of the needs of rural cancer patients requiring in-home palliative and end-of-life care and nursing care and services. <i>Canadian Oncology Nursing Journal</i> , 33(1), 46-60. 10.5737/2368807633146	

3.3 Øvrig fag- og forskningslitteratur

Faglitteraturen som blir benyttet i oppgaven er hovedsakelig funnet via skolens søkemotor, Oria, og pensumlister via bachelorstudiet. Ut fra emnets pensum ble artikkelen til Popenoe et al., (2021) benyttet som hovedkilden til å beskrive metodelitteratur, i tillegg til fagbøkene Thiedemann (2019) og Dalland (2020). “Idunn” og “Sykepleien” ble brukt for å finne relevante artikler innenfor tematikken og for å utforske aktualiteten i samfunnet. Helsedirektoratet blir brukt gjennomgående for å belyse ulike områder innenfor temaet. Birkeland & Flovik (2018), Fjørtoft (2016) og Hellesø & Opheim (2023) ble benyttet i stor grad og anses som svært relevante. Disse belyser hjemmesykepleiekonteksten og sykepleierens ansvar innenfor arbeidet, samt utfordringer knyttet til dette. I tillegg belyser Gjevjon dette i flere artikler, både alene og med andre forfattere.

For å få et overordnet blikk på tematikken ble “På død og liv” (NOU 2017), stortingsmeldinger om palliativ behandling (Meld. St. 24 (2019-2020); Meld. St. 47 (2008-2009)), “Dødsårsaker i Norge 2022” (Strøm et al., 2023) og Thoresen & Dahl (2016) benyttet. Kaasa & Loge (2016) ble brukt som hovedkilde i teorigrunnlaget for palliasjon, og regnes som en nyttig kilde, særlig da den tar for seg krefttilfeller. Kapittelet til Utne (2021) ble tatt

med for å belyse sykepleierens rolle innenfor palliasjon. Kapitlet av Bertelsen et al. (2019) ble benyttet som kunnskapsgrunnlag om kreft. Supplerende nettsteder som Helsedirektoratet (2019) og Kreftforeningen (2023) ble benyttet da det tar for seg mer samfunnsaktuelle tiltak innenfor palliasjon.

Segesten (2016), Eriksen (2016) og Gustafsson (2021) var særlig viktige kilder for å beskrive trygghetsbehovet. Travelbees egen bok ble benyttet som kunnskapsgrunnlag for å beskrive hennes teori (Travelbee, 2014). For å beskrive juridiske og etiske prinsipper ble “Pasient- og brukerrettighetsloven” (1999), “Helse- og omsorgstjenesteloven (2011), “Helsepersonelloven” (1999), “Omtanke” (Nortvedt, 2021) og “Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere” (NSF, 2023) anvendt.

4 Resultater

I dette kapittelet presenteres de utvalgte forskningsartiklene. Artiklenes hensikt, metode og funn blir presentert i tabell 4. Videre gis en oppsummering av relevante resultater for valgt problemstilling.

4.1 Presentasjon av artiklene i matrise

Tabell 4: Artikkelmatrise

Forfatter,årstall, land	Tittel	Hensikt	Design/ metode	Funn relevant for problemstilling	Kvalitets- vurdering
Nysæter, T.M. et al., (2022) Norge	Preferences for home care to enable home death among adult patients with cancer in late palliative phase – a grounded theory study	Utforske hvilke preferanser palliative kreftpasienter har for at hjemmedød skal være mulig.	Kvalitativ metode. Individuelle intervju med ni deltakere: menn (n=7) og kvinner (n=2).	Deltakerne trakk fram viktigheten av det å bli sett og anerkjent, kompetanse blant helsepersonell, kontinuitet og forutsigbarhet, samt god organisering av tjenesten.	9/9 poeng
Sønning, H.E. & Fossum, M., (2020) Norge	“Jeg gråter noen tårer hver dag”: En fenomenologisk studie av hjemmeboende kreftpasienters beskrivelse av deres livssituasjon i palliativ fase	Utforske hva som sikrer god palliativ omsorg gjennom å se på palliative kreftpasienters opplevelse av egen livssituasjon i denne fasen.	Kvalitativ metode. Individuelle dybdeintervju med åtte deltakere: kvinner (n=6) og menn (n=2).	Deltakerne understrekte at å bli sett og å bli lyttet til, forustigbarhet og god kontakt med helsepersonellet skapte trygghet i palliativ fase. Manglende oppfølging og kommunikasjon skapte usikkerhet. Kompetente sykepleiere var avgjørende for pasientenes opplevelse av trygghet og at arbeidet var av kvalitet.	9/9 poeng

Lersveen, G.L. & Devik, A., (2021) Norge	Opplevelse av trygghet i hjemmebasert palliativ omsorg: pasienters og pårørendes perspektiv.	Utforske hva som fremmer trygghet hos palliative kreftpasienter og deres pårørende når det mottas hjemmebasert palliativ omsorg.	Kvalitativ metode. Dybdeintervju med 14 deltakere: pasienter (n=7) og pårørende (n=7).	Faktorer som var avgjørende for pasientens opplevelse av trygghet var å ha en personlig relasjon med helsepersonell, kontinuitet i form av forutsigbarhet, tilgjengelighet, god informasjon og tilrettelegging av pleien etter den enkeltes behov.	9/9 poeng
Aamold, K., Grov, K. & Rostad, H.M., (2020) Norge	Hjemmesykepleieres erfaringer når kreftpasienter ønsker å dø hjemme.	Utforske hvilke utfordringer hjemme-sykepleien har i forhold til ivaretagelsen av palliative kreftpasienter som ønsker å dø hjemme.	Kvalitativ metode. Fokusgruppe-intervjuer med ti sykepleiere uten spesialkompetanse i palliasjon.	Sykepleierne trakk frem utfordringer knyttet til samarbeidet med andre instanser og at de ofte sto alene i pasientsituasjoner. God nok tid og å skape gode opplevelser for pasienten ble trukket frem som svært viktig. Lite kontinuitet og å skille mellom nærhet og distanse til pasienten, var faktorer som virket utfordrende for sykepleierne.	9/9 poeng
Gagnon, M-C & Hébert, J., (2023) Canada	Gaining av better understanding of the needs of rural cancer patients requiring in-home palliative and end-of-life care and nursing care and services	Utforske hvordan man kan tilrettelegge for god palliativ omsorg gjennom å se på hvilke behov hjemmeboende kreftpasienter på landsbygda og sykepleiere i hjemme-sykepleien har.	Kvalitativ metode. Telefon-intervjuer. Pasienter (n=5) og sykepleiere (n=7)	Pasientene trakk fram god informasjon, kompetente sykepleiere, å føle seg hørt og å stole på helsepersonell som viktige trygghetsfaktorer. Sykepleierne understrekte viktigheten av å vurdere tilstanden til pasienten, lytte til deres behov og informere. Faktorer som manglende tid og organisatoriske utfordringer bidro til redusert oppfølging av pasienten.	9/9 poeng

4.2 Syntese av resultatene

Alle utvalgte artikler har en grunnleggende likhet i hvilke faktorer som trekkes frem som trygghetsskapende hos pasientgruppen. Hovedresultatene peker på relasjonsbygging, kommunikasjon, informasjon, kompetanse, kontinuitet og tilgjengelighet som viktig for opplevelsen av trygghet. En god relasjon mellom partene var avhengig av sykepleierens evne til å være til stede, anerkjenne pasientene og å lytte til dem. For å muliggjøre dette ble sykepleierens kommunikasjon en viktig faktor. Informasjonen til pasienten må være tilstrekkelig og tilpasset deres forutsetninger. God informasjonsflyt utover dette, vil være viktig, da sykepleiere samarbeider med andre instanser. Sykepleierens kompetanse bidro til å vurdere pasientens individuelle behov, og en helhetlig ivaretagelse av pasienten. Kontinuitet og tilgjengelighet av personalet bidro til trygghet i form av forutsigbarhet i hverdagen. Flere av artiklene tok også opp utfordringer innenfor tematikken, hvor dårlig tid og få personale var faktorer.

5 Diskusjon

Kapittelet tar for seg resultater fra de valgte forskningsartiklene og diskuterer disse i lys av problemstillingen: *Hvordan kan sykepleiere bidra til å skape trygghet for palliative kreftpasienter som ønsker å dø hjemme?* Hovedfunnene i valgte artikler er styrende for hvordan diskusjonen er disponert.

5.1 Resultatdiskusjon

5.1.1 Relasjonsbygging

Alle valgte artikler tar for seg relasjonsbygging som en trygghetsskapende faktor for palliative kreftpasienter som ønsker å dø hjemme (Nysæther et al., 2022; Sønning & Fossum, 2020; Aamold et al., 2020; Lersveen & Devik, 2021; Gagnon & Hébert, 2023). Lersveen & Devik (2021) viser i sin studie at pasientens følelse av å bli sett og muligheten til å bli godt kjent med sykepleierne, gjorde at de fikk en tiltro til at sykepleierne handlet til deres beste. Dette underbygges av Gagnon & Hébert (2023), hvor pasientene i større grad opplevde at pleien var tilpasset dem og deres behov, dersom de hadde kjennskap til sykepleierne. Sykepleiere som var medfølende, pålitelige og som så pasientene for dem de var, ble trukket frem som viktige egenskaper hos sykepleierne for å skape trygghet i hverdagen (Nysæther et al., 2022). Synet på mennesket som et unikt individ støttes opp av teorien til Travelbee, som understreker viktigheten av å se mennesket bak sykdommen (Travelbee, 2014, s. 56). Dette menneskesynet skal være grunnlaget for utformingen av helsehjelpen (Meld.St 24 (2019-2020, s.31); Travelbee, 2014, s.56). Sykepleiers evne til relasjonsbygging har også en etisk funksjon, da en ser mennesket og ikke bare oppgaven som skal utføres (Trier, 2021, s.885). Pasientens behov for å bli sett, tatt på alvor og behandlet med respekt vil dermed være grunnleggende for alle sykepleier-pasient-relasjoner, og for at pleien skal være vellykket (Gjevjon et al., 2022, s. 30; Gjevjon, 2014, s.17).

Pasientene i studien til Sønning & Fossum (2020) beskriver at relasjonen til sykepleierne bidro til at de turte å åpne seg og snakke om det de tenkte på. I henhold til handlingsprogrammet for palliasjon i kreftomsorgen (Helsedirektoratet, 2019, s.155) og Travelbees teori (Travelbee, 2014, s.35), er ivaretagelse av pasientens møte og erfaringer med sykdom og kriser, en del av sykepleierens oppgave. Sykepleiere har ifølge de yrkesetiske retningslinjene ansvar for å imøtekomme behovene til denne pasientgruppen (NSF, 2023,

punkt 3.5). Dette vil være særlig gjeldende, da palliative kreftpasienter vil kunne kjenne på flere psykologiske utfordringer, som angst, troskrise, frykt og engstelse (Fjørtoft, 2016, s. 79; Kreftforeningen, 2023; Travelbee, 2014, s.58). Dersom partene utvikler en god relasjon mellom seg, kan det være lettere for sykepleier å møte og trøste pasienten på sine tanker, noe som kan bidra til en større trygghet og ro for pasienten (Gustafsson, 2021, s.94-95, 105; Hoem et al., 2022). Dette støttes også av Travelbee som argumenterer for at en god relasjon kan hjelpe pasienten å mestre sykdom og finne mening i hverdagen (Travelbee, 2014, s.171). For å sikre helhetlig ivaretagelse av pasienten i livets siste fase vil derfor sykepleierens unike møte med pasienten være av stor betydning. En god relasjon kan med andre ord virke tryggende, terapeutisk og lindrende (Hellesø & Opheim, 2023, s.65).

Sykepleierne i studien til Aamold et al. (2020) mente det var essensielt å vise at de brydde seg om pasienten, og at pasientene hadde gode opplevelser med sykepleierne. Ettersom sykepleier er ansvarlig for å skape en god relasjon med pasienten, vil en personsentrert tilnærming og god tilpasningsevne være viktig (Gustafsson, 2021, s.95-96; Gjevjon, 2020). Ifølge Hoem et al. (2022) må sykepleier vise at man har tid til pasienten, i tillegg til å vise omsorg og respekt. Dette står også i tråd med de yrkesetiske retningslinjene hvor man som sykepleier har *ansvar for å yte omsorgsfull sykepleie og lindre lidelse* (NSF, 2023, punkt 1.1). Dersom sykepleier ikke har en slik tilnærming, vil dette kunne stride med velgjørenhetsprinsippet. Sykepleierens evne og ønske om å gjøre det beste for pasienten, har dermed en etisk funksjon, og vil være en sentral faktor innenfor yrket (Nortvedt, 2021, s.85).

Studien til Nysæther et al. (2022) viser at pasientene foretrakk sykepleiere som hadde evnen til å være til stede i situasjonen, og ha god tid. På den andre siden trekkes god tid frem som en utfordring i studien til Gagnon & Hébert (2023), hvor lite tid gjorde at sykepleierne ikke fikk møtt pasientens behov. Dette kan sette sykepleieren i et etisk dilemma, hvor ivaretagelse av pasientens behov blir satt opp mot tidspress. Dårlig tid kan gjøre at sykepleieren ikke er til stede når de besøker pasienten, noe som kan gå ut over sykepleiers evne til å utvikle en god relasjon med pasienten (Nydal et al., 2016). Dette understreker viktigheten av at man som sykepleier anvender den tiden man har hos pasienten på en god måte. Gjennom å være til stede i situasjonen og legge vekk andre tanker, kan man skape en opplevelse av bedre tid og økt trygghet for pasienten (Karlsen, 2022). Erfaringsmessig har vi opplevd at relasjonen til pasientene gjorde at vi klarte å møte deres behov, da vi hadde kjennskap til hvordan de trengte å bli møtt. I tillegg har pasienter gitt tilbakemeldinger på at de opplevde det

betryggende dersom vi satt oss ned hos pasienten og snakket med dem. Dette gjorde at de følte vi hadde tid til dem og ikke stresset med å komme oss videre. Samlet sett vil sykepleiers evne til å sette av god tid, lytte til pasienten og se hver enkelt pasient, kunne bidra til relasjonsbygging. Denne relasjonen viser både forskningsartiklene og annen litteratur at vil være essensielt for å skape trygghet for pasientgruppen.

5.1.2 Kommunikasjon

Studiene til Nysæter et al. (2022) og Sønning & Fossum (2020) viser at god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient var viktig for pasientenes opplevelse av trygghet. Pasientene i studien til Sønning & Fossum (2020) fortalte at det å være kreftsyk i palliativ fase medførte mange tanker, usikkerhet og redsel. For mange var det vanskelig å sitte med bekymringene for seg selv. Travelbee peker på at kommunikasjon er en forutsetning for å utvikle et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2014, s.135-136). Dette forholdet vil kunne bidra til at pasienten ønsker å kommunisere slike tanker som ofte inntreffer ved livets slutt (Helsedirektoratet, 2019, s.16; Hoem et al., 2022). Dersom pasientene kommuniserer deres tanker og behov, kan sykepleieren få økt forståelse rundt pasientens behov og slik tilpasse pleien deretter (Trier, 2021, s.884-885). Dette kan igjen bidra til økt brukervedvirkning (Helsedirektoratet, 2015, s.29), da pasientens behov blir utgangspunktet for pleien. Pasientens rett til medvirkning er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven (1999 §3-1). De yrkesetiske retningslinjene tydeliggjør også sykepleiers ansvar for å ivareta pasientens medbestemmelsesrett (NSF, 2023, punkt 1.11). Kommunikasjon dekkes dermed ikke bare under en grunnleggende sykepleiefunksjon, men kan også bidra til et målrettet samarbeid med pasienten og sikre god pleie (Heyn, 2022, s.271). Dette støttes av overnevnte artikler som tar opp hvordan pasientene ønsket å ha samtaler med kompetente sykepleiere som så dem som selvstendige personer, og som involverte dem i beslutninger om pleie og behandling (Nysæther et al., 2022; Sønning & Fossum, 2020). I lys av dette kan man anta at god kommunikasjon har viktig betydning for sykepleierens oppfatning av pasientens behov og tanker.

Selv om kommunikasjon kan bidra til opplevelsen av trygghet, påpeker Travelbee at kommunikasjon også kan bidra til å skape avstand dersom den benyttes feil (Travelbee, 2014, s.137). Dette tydeliggjøres i studien til Sønning & Fossum (2020) hvor flere deltakere opplevde det som energitappende og vondt dersom helsepersonell tråkket over en grense med

sine spørsmål og kommentarer. Faglitteraturen viser også til at dersom sykepleierne har en avvisende og upersonlig fremtoning, vil dette bidra til utrygghet hos pasientene (Gustafsson, 2021, s.95). På bakgrunn av dette vil gode kommunikasjonsferdigheter være en nødvendig egenskap hos sykepleier (Helsedirektoratet, 2019, s.14). Sykepleieren kan bruke aktiv lytting for å signalisere at man hører, ser og forstår det pasienten prøver å formidle, i tillegg til å innhente relevant informasjon (Eide & Eide, 2018, s.22). Speiling og en kombinasjon av åpne og lukkede spørsmål kan også være hensiktsmessig for å forstå hva pasienten kommuniserer (Trier, 2021, s.854). Ved at sykepleier opptrer oppmuntrende og bekreftende, kan pasienten føle seg trygg til å dele sine tanker og følelser (Eide & Eide, 2018, s.137). Videre vil varm og personlig væremåte og omsorgsfulle gester bidra til økt trygghetsopplevelse (Gustafsson, 2021, s.101-102). Samlet sett kan man se at kommunikasjon kan ha en lindrende funksjon, men kan i noen tilfeller også ha motsatt effekt. Dermed vil gode kommunikasjonsferdigheter være en viktig sykepleieregenskap.

5.1.3 Informasjon

Kommunikasjon baseres på innhenting og videreformidling av informasjon, hvor pasienten uttrykker sine behov (Travelbee, 2014, s. 135-137). Studien til Gagnon & Hébert (2023) viste at behovet for informasjon om sykdomsbilde, behandling og tilgjengelige ressurser var viktig for pasientens opplevelse av tryggheten. Lersveen & Devik (2021) støtter viktigheten av god informasjon og viser at pasientene ønsket informasjon dersom det oppstod endringer i eksempelvis avtaler, forsinkelser eller endring av tidspunkt. Faglitteraturen peker også på at god informasjon styrker pasientens opplevelse av trygghet og kontroll over eget liv (Gustafsson, 2021, s. 104). Travelbee (Travelbee, 2014, s.135) og pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3) understreker sykepleiers oppgave i å gi tilstrekkelig informasjon ut fra pasientens forutsetninger, samt sikre at informasjonen som blir gitt er forstått. Dette reflekteres også i de yrkesetiske retningslinjene, som viser sykepleiers ansvar for å tilpasse informasjonen etter den enkelte (NSF, 2023, punkt 1.3). Tilstrekkelig med informasjon vil bidra til å styrke pasientens autonomi, da det muliggjør pasientens muligheter til å ta velinformerte valg for egen pleie (Nortvedt, 2021, s. 87 & 125; Gustafsson, 2021, s. 104). For å forsikre seg at pasienten har forstått informasjonen, kan man for eksempel stille spørsmål eller oppfordre pasienten til å oppsummere det som er blitt sagt (Gustafsson & Eriksson, 2020, s.1307-1308). Samlet sett er tilstrekkelig og tilpasset informasjon både lovpålagt og en faktor som trekkes frem som trygghetsskapende i palliativ fase. På

samme måte vil mangelfull og uforståelig informasjon kunne medføre uro og utrygghet hos pasientene.

Sykepleierne i studien til Aamold et al. (2020) beskrev situasjoner hvor pasientene ønsket informasjon angående forhold som ikke inngikk i sykepleiefaget. Sykepleierne så på andre faggrupper, som for eksempel fastlege, som mer egnet til enkelte spørsmål. God informasjonsflyt og tverrfaglig samarbeid vil derfor være særlig viktig (Helsedirektoratet, 2019, s.10). Gjevjon (2014, s.19) tar opp viktigheten av å overføre relevant informasjon til rette personer. Dette kan foregå muntlig mellom instanser, innad i personalet eller til pasienten. I tillegg kan overføring av informasjon skje skriftlig, for eksempel via journalføringer og rapporter. Målet vil være at alle parter er tilstrekkelig informert til å utøve pleien (Gjevjon, 2014, s.19; Helsedirektoratet, 2017, s.18). Som sykepleier har man derfor ansvar for å innhente informasjon og videreføre dette til andre relevante instanser (Meld. St. 24. (2019-2020), s.40). De yrkesetiske retningslinjene (NSF, 2023, punkt 2.11) viser også at tverrfaglige samarbeid med andre instanser vil være sentralt, særlig i hjemmesykepleien hvor man ofte jobber alene og er avhengig av andres informasjon (Gjevjon, 2015, s.23). Basert på dette kan man se at god informasjonsflyt og tverrfaglig samarbeid mellom sykepleiere og andre instanser vil være av betydning for den helhetlige pleien.

5.1.4 Kompetanse

Sønning & Fossum (2020) mener at tilstrekkelig med kompetent helsepersonell vil være avgjørende for at det palliative arbeidet skal være av kvalitet. Lersveen & Devik (2021) peker på at pasientene opplevde det betryggende dersom de visste at sykepleierne hadde kompetanse til å håndtere ulike situasjoner som oppstod. Faglitteraturen viser at sykepleierens kompetanse er avgjørende for at helsehjelpen skal være faglig forsvarlig, særlig da hjemmesykepleien står ovenfor flere komplekse oppgaver (Hellesø & Opheim, 2023, s.28-29; Birkeland & Flovik, 2018, s.16). Som sykepleier er man pålagt å utøve faglig forsvarlig helsehjelp av kvalitet (Helsepersonelloven, 1999, §2-4; Helse- og omsorgstjenesteloven, 1999, §1-1; NSF, 2023 punkt 1). Dette støttes av de yrkesetiske retningslinjene som legger vekt på at sykepleieutøvelsen skal være basert på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap (NSF, 2023, punkt 2.2). Ut fra dette kan man se at sykepleiers kompetanse både er lovpålagt, men også til nytte for pasienten.

Studien til Nysæther et al. (2022) viser at pasientene opplevde en større ro og trygghet dersom sykepleierne hadde tilstrekkelig kompetanse til å vurdere pasientens sykdom og oppdage eventuelle endringer. Ettersom sykepleiers grunnleggende oppgave er å ivareta pasientens behov, stilles det krav til deres kompetanse om både mennesket som individ og deres sykdom. Sykepleierne må da til enhver tid ha kompetansen til å innhente og vurdere informasjon (Gjevjon, 2022, s.26 & 41). Dette vil særlig være gjeldende da palliative kreftpasienter vil kunne oppleve et høyt symptomtrykk med smerter, kvalme, trøtthet og funksjonstap (Fjørtoft, 2016, s. 79). Sykepleierens kompetanse til å innhente en grundig anamnese og klinisk vurdere totalsituasjonen, vil kunne bidra til å identifisere problem før de oppstår (Birkeland & Flovik, 2018, s.16). Kompetansen vil også styrke både velgjøringsprinsippet og ikke-skadeprinsippet, da pleien er til det beste for pasienten og minimaliserer pasientens ubehag (Nortvedt, 2021, s.85-86). Dette vil igjen bidra til at pasienten får en verdig død (NSF, 2023, punkt 1.12). Dette viser viktigheten av sykepleiers kompetanse for å oppnå trygg palliativ pleie for kreftpasienter.

Til tross for et økt antall pasienter med komplekse sykdomsbilder i hjemmesykepleien, har ikke tilgjengeligheten av kompetente sykepleiere klart å møte den store etterspørselen (Fonn, 2020c; Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s.43). I Norge står vi overfor en sykepleiermangel som gjør at man flere steder ikke har tilstrekkelig med sykepleiere (Statistisk Sentralbyrå, 2023). Stadig flere ufaglærte begynner å jobbe i hjemmesykepleien, samtidig som man ser et økende behov for sykepleiere med faglig kompetanse (Fonn, 2020c). Mangel på sykepleiere kan sette sykepleiere i hjemmesykepleien i en vanskelig situasjon, hvor man må prioritere mellom oppgaver og pasienter. Dette kan resultere i dårligere kvalitet på pleien. Ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov blir fort førsteprioritet, mens helsefremmende- og forebyggende tiltak blir nedprioritert. Dersom dette er tilfelle, kan det være vanskelig for sykepleierne å bruke sin kompetanse (Norheim & Thoresen, 2015, s.21). God kompetanse er erfaringsmessig viktig for både egen trygghet i sykepleierrollen og tryggheten pasienten har til sykepleierne.

Sykepleierne i studien til Aamold et al. (2020) opplevde at de ikke hadde nok kunnskap og følte seg dermed alene i situasjoner. Særlig kunne dette være utfordrende i helger og ferier hvor det ofte var færre sykepleiere. Lersveen & Devik (2021) viser at mangelen på tilstrekkelig kompetent personell gjorde at flere pasienter risikerte å måtte legges inn på sykehus eller andre institusjoner for å få den hjelpen de trengte. Dette skapte utrygghet hos

pasientene, da de kunne oppleve usikkerhet i om deres ønske om å dø hjemme opprettholdes. I tillegg viser Nysæther et al. (2022) at preferansen til pasientene om å dø hjemme virket å være stabil over tid, og endret seg ikke ved forverring av helsetilstand og sykdomsprogresjon. Økt kompetanse vil kunne forhindre reinnleggelser på sykehus. I tillegg vil økt kompetanse være hensiktsmessig da man ser en utvikling hvor sykepleier får ansvar for kompetansekrevende oppgaver (Hermansen & Grødem, 2015, s.31; Norheim & Thoresen, 2015, s.19). Ut fra dette kan man anta at vektlegging av kompetanseheving blant sykepleierne vil være viktig i tiden fremover. For å bidra til kompetanseheving, kan tilstrekkelig med opplæring innenfor fagfeltet være relevant. Dette vil bidra til at sykepleierne som jobber med pasientgruppen, har tilstrekkelig med kunnskap, noe som igjen vil bidra til pasientens opplevelse av trygghet.

5.1.5 Kontinuitet og tilgjengelighet

Flere pasienter i Lersveen & Devik (2021) sin studie verdsatte kontinuitet i form av få og lite utskiftninger i personalet. Sønning & Fossum (2020) peker også på at kontinuitet i personalet bidro til en tryggere hverdag for pasientene. Begge studiene viser at det var vanskeligere å forholde seg til mange da en måtte tilpasse seg så mye. Kontinuitet i personalet kunne bidra til trygghet for pasientene, samt gjøre det mulig å utvikle en relasjon mellom partene (Nysæther, 2022; Trier, 2021, s.854). Kaldestad et al. (2019) viser at kontinuitet har virkning på den helhetlige omsorgen, ettersom sykepleierne får muligheten til å observere pasientens helsetilstand og eventuelle endringer. Tilgjengelighet er derfor også nært tilknyttet kontinuitet. Det at sykepleierne er tilgjengelige for pasienten, kan gi en følelse av trygghet da pasientene har kontinuerlig tilgang til kompetent helsepersonell (Fjørtoft, 2016, s.81; Brenne & Estenstad, 2016, s.167). Dette reflekteres i handlingsprogrammet for palliasjon i kreftomsorgen, som spesifiserer at pasientene skal oppleve at sykepleierne er tilgjengelige når de trenger det (Helsedirektoratet, 2019, s.10). Studien til Lersveen & Devik (2021) reflekterer dette da pasientene opplevde det trygt dersom de kunne kontakte sykepleierne i hjemmesykepleien hvis noe oppstod. Gitt dette, er det rimelig å anta at god kontinuitet kan medføre trygghet i hverdagen, da sykepleierne er tilgjengelige for pasienten.

Aamold et al. (2020) viser at sykepleierne i hjemmesykepleien hadde et ønske om å følge opp pasientene for å opprettholde en kontinuitet i arbeidet og relasjonen. De opplevde derimot at besøkstiden hos pasientene ofte ikke strakk til. Andre oppgaver gikk ut over den praktiske

utøvelsen av sykepleien. Holm & Angelsen (2014, s.6) viste i en studie at sykepleierne brukte i gjennomsnitt ca. 50% av arbeidstiden hos pasientene. 20% ble benyttet for transport mellom pasientene, og resterende til andre oppgaver, eksempelvis administrative oppgaver. Besøkene i hjemmesykepleien kan utføres av ulike sykepleiere, og kan ofte være korte (Birkeland & Folvik, 2018, s. 74). Dette viser Gjevjon et al. (2013a, s.557) ved at pasienter i hjemmesykepleien kunne ha opptil 51 besøk av gjennomsnittlig 17 ulike ansatte i løpet av en periode på 4 uker. I en annen studie viser Gjevjon (2015, s.19 & 21) at dårlig kontinuitet kan delvis skyldes hjemmesykepleiens grunnleggende natur. Med dette menes blant annet at helsehjelpen gis i pasientens hjem og ikke institusjon hvor pasienten får døgnkontinuerlig hjelp. I tillegg kan dårlig kontinuitet skyldes praktiske utfordringer i hverdagen som lite personal og akutte situasjoner som kan oppstå. Dette gjør at pasienten ofte ikke vet hvem som kommer på neste tilsyn og når, noe som igjen kan bidra til utrygghet hos pasienten (Gjevjon, 2015, s.22). Dette kan bli en stor påkjenning for pasienten, og dermed true pasientens opplevelse av at hjemmet er trygt (Gjevjon, 2016, s.212). Fra jobber har vi også opplevd at pasienter spør «Hvem kommer ved neste tilsyn?», da dette skaper forutsigbarhet og trygghet for dem. Samlet sett ser man et ønske om kontinuitet, men at dette anses å være vanskelig i hjemmesykepleien.

Sykepleierne i Aamold et al. (2020) opplevde det utfordrende å møte denne pasientgruppen, samtidig som de hadde en god relasjon til pasienten og ønsket å gjøre de kunne for dem. Gjevjon et al. (2013b, s.186) viste også at det å ha ansvar for slike pasienter med komplekse behov, kunne slite på sykepleierens fysiske og psykiske helse. Begge studiene trakk derfor frem det å rullere på pasientene som gunstig. På den andre siden vil stor utskiftning av personale og manglende kontinuitet gjøre at man stiller spørsmål til hvor god relasjon pasientene faktisk klarer å bygge til så mange forskjellige personale over så kort tid, og hvorvidt dette er gunstig for pasienten (Hellesø & Opheim, 2023, s.65-66). Dette stiller behovet til pasientene for kontinuitet og sykepleiers behov for utskiftning i strid. Selv om kontinuitet kan være krevende, bør sykepleiere etterstrebe en form for kontinuitet til denne pasientgruppen (Birkeland & Folvik, 2018, s. 74). I lys av dette kan man anta at en egen gruppe med sykepleiere i hjemmesykepleien kan være gunstig for denne pasientgruppen. Dette gjør at sykepleierne i gruppen får byttet på pasientene, samtidig som pasientene vet hvem de skal forholde seg til. I tillegg vil sykepleierne være informerte og kjenne til pasientens situasjon.

5.2 Metodediskusjon

I metodediskusjonen har vi valgt å fokusere på styrker og svakheter ved litteratursøket og utvalgte artikler.

5.2.1 Litteratursøk

Grunnlaget for litteratursøket ble bygget på meningsbærende elementer i problemstillingen. Sammenhengen mellom søkeordene og problemstillingen anses som en styrke ved søket. Det ble diskutert tidligere at det meningsbærende elementet tilhørende “trygghet” ikke ble inkludert i søket. Dette skyldes at ved inkludering av ordet, fikk vi få og irrelevante treff. Selv om det er viktig å ha avgrensninger for å kunne gå i dybden av et tema, er det også ønskelig å få flest mulig relevante treff på søket (Thidemann, 2019, s. 88). Det å fjerne søkeordet “trygghet” og heller benytte det som inklusjonskriterie, er hensiktsmessig da det gav et resultat med flere relevante artikler, som igjen er med på å besvare problemstillingen.

Cinahl er en egnet database da litteraturen her inneholder sykepleiefaglig litteratur (Helsebiblioteket, u.å.). Idunn ble også ansett som en egnet database, da den inneholder fag- og forskningslitteratur i Norden (Idunn, u.å.). En svakhet ved databasen Idunn er at det ikke er mulig å gjennomføre et strukturert søk på samme måte som i Cinahl. Vi kan se for oss at vi kunne finne flere relevante artikler dersom vi kunne brukt flere databaser, da vi potensielt mister relevante artikler ved bruk av færre databaser. Som nevnt i metodedelen gjennomførte vi et bredt søk som ga 307 treff på Cinahl og 13 treff på Idunn. Et bredt søk er tidkrevende ettersom man må gå gjennom artiklene og kritisk vurdere disse. Samtidig vil et bredt søk gjøre at det er høyere sannsynlighet for å ikke ekskluderer relevante artikler. Ut fra det brede søket ses anvendelse av inklusjons- og eksklusjonskriterier som viktig, da dette bidrar til en spissere tilnærming til artiklene.

I databasene bruker ikke alle relevante artikler de samme søkeordene innenfor samme tematikk. Eksempelvis brukes “home health care” og “home environment”, samt “kreft” og “kreftpasienter” om hverandre, samtidig som de belyser samme tematikk. Det at databasen bruker ulike søkeord innenfor samme tematikk, vil gjøre at man mister relevante artikler dersom man ikke kombinerer disse med OR. Dette vil igjen gi et mye større antall treff. Dersom vi hadde fått mulighet å utføre flere søk, hadde det ikke vært nødvendig å kombinere de ulike søkeordene.

Som beskrevet tidligere kombinerte vi søkeordene “Neoplasms” og “Cancer patients” med OR. Selv om vi fikk treff på artikler som var innenfor valgt tematikk ved bruk av søkeordet “Neoplasms”, samstemte ikke artiklene med inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Ved å ikke inkludere dette søkeordet, ville dermed utvalgte artikler fortsatt vist på trefflisten, da disse artiklene benyttet søkeordet “Cancer patients”. Vi valgte derimot å inkludere søkeordene. Dette skyldes at søkeordet “Kreft” ble benyttet for relevante artikler istedenfor “Kreftpasienter” på Idunn. Siden vi er begrenset til ett søk, måtte vi dermed beholde begge søkeordene på databasene for at søkene skulle samstemme med hverandre, i tillegg til å få mest relevante artikler. Dersom oppgaven hadde godkjent flere søk, hadde vi ikke trengt å inkludere “Neoplasms” på Cinahl og “Kreftpasienter” på Idunn, da vi ikke hadde trengt å finne helt samsvarende søkeord på tvers av databasene. På bakgrunn av dette kan ett søk ses på som en svakhet i oppgaven.

Man kan se på det som en styrke at vi er to som skriver denne oppgaven, da dette sikrer en intern kvalitetskontroll basert på en felles fagforståelse. I tillegg gjøres fordeling og utvelgelse av artikler av flere.

5.2.2 Styrker og svakheter ved de inkluderte artiklene

For å kunne svare på problemstillingen valgte vi ut fem artikler. Artiklene er publisert i anerkjente tidsskrifter, både Cinahl og Idunn. I tillegg er alle artiklene kvalitetssjekket og fagfellevurdert. Artiklene vurderes ut fra hvordan de samstemmer med inkluderings- og ekskluderingskriteriene og problemstillingen (Popenoe, 2021, s.181). Gjennom eksklusjonskriteriet om artikler eldre enn 10 år, presenterer oppgaven oppdatert forskning hvor eldste utvalgte artikkel er fra 2020. Dette anses som en styrke i oppgaven og underbygger temaets relevans i dag. Alle inkluderte artikler er kvalitative studier. Dette er hensiktsmessig da kvalitative metoder tar for seg opplevelsene til pasientene og sykepleierne, og man får derfor en dybdeforståelse innenfor tematikken (Thidemann, 2019, s. 76; Dalland, 2020, s.55). Videre er all data i artiklene innhentet via intervju. Intervju innhenter beskrivelser fra hver enkelt og hvordan de opplever situasjonen (Dalland, 2020, s.67-69), noe som styrker oppgavens tematikk. Likevel kan gruppeintervju, som benyttes i studien til Aamold et al. (2020), være en svakhet på bakgrunn av mulighet for gruppepåvirkning, noe som kan medføre

endringer i resultatet. Samtidig er det en metode som gjorde at sykepleierne fikk dele egne erfaringer med andre og man fikk diskutert temaet i gruppen (Aamold et al., 2020, s. 10).

Vi ønsket å holde konteksten innenfor vestlige land. Flesteparten av artiklene er basert i Norge, noe som anses som en styrke, da dette kan overføres til klinisk praksis. Én av artiklene er basert på landlige bygder i Canada. Det kan stilles spørsmål ved om kanadisk hjemmesykepleie er representativt for hjemmesykepleieforhold i Norge, og hvorvidt disse trygghetsfaktorene er relevante for norsk kontekst. 36% av de som mottar palliativ behandling i Canada får dette i hjemmet. I tillegg har landet et større fokus på kvalitet innenfor hjemmebasert palliativ omsorg de siste årene, og tallet på palliativ behandling i hjemmet er økende (Cihl, 2023; Funk et al., 2022, s.2). Dette viser en høy kompetanse innenfor feltet. Selv om artikkelen tar for seg deltakere bosatt i landlige områder, tenker vi at dette ikke utgjør betydelige kulturelle forskjeller, ettersom Norge også er et land med store avstander og består av mange små tettsteder (Statistisk Sentralbyrå, 2016).

Ut fra artiklene ønsket vi å ha en viss balanse mellom pasientens synspunkter og sykepleierens synspunkter. Vi endte med tre artikler som tok for seg pasientens synspunkt, én artikkel som tok for seg sykepleiers synspunkt, og én som tok for seg begge. Ved å belyse begge parters synspunkt, får man et helhetlig bilde og en bredere forståelse over tematikken, noe som styrker oppgaven. Vi har sett det relevant å ha med pasientens synspunkter for å besvare problemstillingen om hvordan sykepleiere kan bidra til trygghet, da det er viktig å vite hva pasientene selv tenker. Dette gjør at vi som sykepleiere får et innblikk i deres tanker, og vet da hvordan vi burde arbeide med pasientgruppen. Det regnes derfor som en styrke å ha flere artikler med pasientens synspunkt. Sykepleierne i studien til Aamold et al. (2020) har verken klinisk videreutdanning i palliasjon eller vært med i et palliativt team. Dette anses som en styrke da oppgaven rettes mot sykepleiere uten spesialkompetanse innen palliasjon.

Lersveen & Devik (2021) snakker ikke utelukkende om kreftpasienter. Tre av syv pasienter i studien har en kreftdiagnose, mens studiens hensikt er å utforske problemstillingen uavhengig av diagnose. Det kan diskuteres om andre diagnoser også vil være representativt for valgt pasientgruppe eller om det er andre faktorer som fremmer trygghet hos kreftpasienter. Likevel beskriver studien at det er en grunnleggende likhet i hvilke faktorer som skapte trygghet ved palliativ behandling i hjemmet, til tross for variasjon i diagnoser (Lersveen & Devik, 2021, s.10). Derfor anses artikkelen fremdeles aktuell for å besvare problemstillingen. Sønning &

Fossum (2020) har en noe lavere aldersgruppe enn det oppgaven ser på, med en fokusgruppe i alderen 35-63 år. Dette anses som en svakhet i oppgaven ettersom det kan ha innvirkning på resultatets troverdighet knyttet til vår problemstilling. Vi har bevisst valgt å ikke inkludere resultater fra studiet som tydelig representerer den yngre aldersgruppen (Popenoe, 2021, s.181), for eksempel bekymringer rundt barn som pårørende, sykemelding og utfordringer knyttet til hverdagslige krav. Allikevel tar studiet for seg behov som vi tenker er helt grunnleggende uavhengig av alder, og har derfor valgt å bruke studien for å underbygge annen valgt litteratur. I studien til Nysæter et al (2022) varierer alderen fra 47 år til 90 år, med en medianalder på 71 år. Tilsvarende med Gagnon & Hébert (2023) som intervjuet pasienter i alderen mellom 52-74 år, med en medianalder på 63,4 år. Siden medianalderen på artiklene er over minste aldersgruppen vi har valgt, har vi sett artiklene som relevante. Alle deltakerne i studien til Lersveen & Devik (2021) var over 65 år, og alle kreftpasientene var over 80 år. Dette støtter under aldersgruppen oppgaven rettes mot.

6 Konklusjon

Oppgaven har tatt utgangspunkt i problemstillingen: *Hvordan kan sykepleiere bidra til å skape trygghet for palliative kreftpasienter som ønsker å dø hjemme?* Stadig flere ønsker å tilbringe den siste tiden av livet i hjemmet. For at hjemmedød skal være mulig vil pasientens opplevelse av trygghet være helt essensielt. Samtidig er det flere faktorer som utfordrer tryggheten ved palliativ omsorg i hjemmet, eksempelvis hjemmesykepleiens rammer, tidspress, manglende kompetanse og dårlig kontinuitet.

Gjennom oppgaven har både fag- og forskningslitteraturen vist at gode relasjoner mellom pasient og sykepleier, kommunikasjon, informasjon, kompetanse, kontinuitet og tilgjengelighet er trygghetsskapende faktorer. En god relasjon kan bidra til trygghet ved at pasienten tørr å uttrykke sine tanker. Relasjonen kan skapes gjennom en omsorgsfull væremåte, anerkjennelse av pasienten som et unikt individ og å bruke tid med pasienten. God kommunikasjon mellom partene kan virke tryggende dersom sykepleier er bevisst på egne kommunikasjonsferdigheter og aktivt inkluderer pasienten i samtalen. Tilpasset og tilstrekkelig informasjon, kunne styrke trygghetsopplevelsen gjennom følelsen av å bli sett og hørt. God informasjonsflyt vil også kunne bidra til et bedre samarbeid med ulike instanser. Sykepleierens særegne kompetanse vil medføre både faglig forsvarlig helsehjelp og trygghet hos pasientgruppen. Kompetansen vil være særlig viktig da denne pasientgruppen kan ha komplekse behov. Kontinuitet i form av lite utskiftning i personalet og en tilgjengelig tjeneste trekkes også frem som en trygghetsskapende faktor, i tillegg til en forutsetning for en god relasjon. Basert på oppgavens resultater vil trolig relevante implikasjoner for praksis være kompetanseheving innenfor hjemmebasert palliativ omsorg. I tillegg vil det å skape egne sykepleiergrupper for den enkelte pasient kunne bidra til kontinuitet og relasjonsbygging. Dette vil kunne muliggjøre at pasientens ønske om å dø hjemme blir oppfylt og at dette skjer i trygge rammer.

For å besvare problemstillingen, tar oppgaven for seg et utvalg av artikler. Det er dermed ikke en fullstendig oversikt over all litteratur innenfor feltet. Konklusjonene trukket i oppgaven, kan dermed bære en viss usikkerhet i forhold til hvordan disse samstemmer med annen litteratur som ikke er inkludert. Likevel er resultatene relevante for å besvare hvordan sykepleier kan skape trygghet for palliative kreftpasienter som ønsker å dø hjemme. Som

fremtidige sykepleiere ønsker vi at denne kunnskapen skal prege vår sykepleieutøvelse i møte med denne pasientgruppen.

Referanser

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

<https://www.idunn.no/doi/10.18261/issn.1903-2285-2020-01-02>

Aass, N. & Yri, O. (2023, 11.april). *Palliativ behandling*. Norsk

legemiddelhåndbok. https://www.legemiddelhandboka.no/T21/Palliativ_behandling

Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2019). Svulster. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (red.), *Sykdom og behandling* (2.utg., 3.opplag, s. 125-149). Gyldendal Akademisk

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

Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Cihi (2023, 27.april). *Community care helping to drive small improvements in access to palliative care for Canadians*. Canadian Institute for Health Information.

<https://www.cihi.ca/en/news/community-care-helping-to-drive-small-improvements-in-access-to-palliative-care-for-canadians>

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

Dommerud, T. (2020, 11. oktober). *Trygve Holmren sovnet stille inn med familien rundt seg. Nå skal flere få dø hjemme*. Aftenposten. <https://www.aftenposten.no/norge/i/GGbl6m/trygve-holmgren-sovnet-stille-inn-med-familien-rundt-seg-naa-skal-flere-faa-doe-hjemme>

Eide & Eide (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk*. Gyldendal Akademisk

Eriksen, S. (2016). Menneskets psykososiale behov. I A. K. Bjørnnes, E. R. Gjevjon, E. K. Grov, & I. M. Holter (red.), *Sykepleieboken 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5.utg., 2.opplag, s.887-907). Cappelen Damm Akademisk

Festvåg, L. E & Eilertsen, G. (2021, 30. September). *Kan vi planlegge hjemmedød?*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/meninger/2021/09/kan-vi-planlegge-hjemmedod>

Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter* (3. Utg.). Fagbokforlaget.

Fonn, M. (2020a, 21.januar). *Hjemmedød - flere burde få muligheten*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/2020/05/flere-kan-planlegge-hjemmedod>

Fonn, M. (2020b, 20.januar). *Hjemmedød: – Mor døde i egen stue slik hun ønsket*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/2020/04/hjemmedod-mor-dode-i-egen-stue-slik-hun-onsket>

Fonn, M. (2020c, 23.oktober). *Underbemanningen blir stadig mer alvorlig*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/2020/10/sykehjem-og-hjemmesykepleie-underbemanningen-blir-stadig-mer-alvorlig>

Funk, L.M., Mackenzie, C.S., Cherba, M., Rosario, N.D., Krawczyk, M., Rounce, A., Stajduhar, K. & Xohen, S.R. (2022). Where would Canadians prefer to die? Variation by situational severity, support for family obligations, and age in a national study. *BMC Palliative Care*, 21(139), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01023-1>

Gagnon, M.-C. & Hébert, J. (2023). Gaining a better understanding of the needs of rural cancer patients requiring in-home palliative and end-of-life care and nursing care and services. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 33(1), 46-60. [10.5737/2368807633146](https://doi.org/10.5737/2368807633146)

Gjevjon, E. R. (2014). *Continuity in long term home health care: Perspectives of managers, patients and their next of kin* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Oslo. <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/39298/1762-Gjevjon-DUO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Gjevjon, E. R. (2015). Kontinuitet i hjemmesykepleien – vanskelige vilkår, men gode muligheter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(1), 18-26. <https://doi.org/10.18261/ISSN2387-5984-2015-01-06>

Gjevjon, E. R. (2016). Når profesjonell omsorg møter den eldre pasientens personlige liv – juridiske, etiske og faglige utfordringer i hjemmesykepleien. I K. Glavin & E. R. Gjevjon (red.), *Sykepleie i kommunehelsetjenesten: Helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie* (s. 212-225). Fagbokforlaget.

Gjevjon, E. R. (2020, 25. februar). *Hjemmesykepleien er den perfekte arenaen for helhetlig og profesjonell sykepleieutøvelse*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/meninger/2020/01/hjemmesykepleien-er-den-perfekte-arenaen-helhetlig-og-profesjonell>

Gjevjon, E. R., Eika, K. H. Romøren, T. I. & Landmark, B. F. (2013a). Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services. *Jan Leading Global Research Work*, 79(3), 553-563. <https://doi.org/10.1111/jan.12214>

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.

Gjevjon, E. R., Holter, I. M. & Kim, S. (2022). Sykepleiefagets signatur. I A. K. Bjørnnes, E. R. Gjevjon, E. K. Grov & I. M. Holter (red.), *Sykepleieboken 1: Sykepleiens fundament* (6.utg., s.23-47). Cappelen Damm Akademisk.

Gjevjon, E. R., Romøren, T. I., Kjøs, B. Ø. & Hellesø, R. (2013b). Continuity of care in home health care practice: two management paradoxes. *Journal of Nursing Management*, 21(1), 182-190. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01366.x>

Gjevjon, E. R., Romøren, T. I., Bragstad, L. K. & Hellesø, R. (2016). Older patients' and next of kin's perspectives on continuity in long-term home health care. *Sage Journals*, 28(3), 142-149. <https://doi.org/10.1177/1084822315626001>

Gustafsson, S-R (2021) Trygghet. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov og helse* (4. Utg., s. 93-107). Gyldendal Akademisk.

Gustafsson, S. & Eriksson, I. (2020). Quality indicators in telephone nursing – a integrative review. *Nursing open*, 8(3), 1301–1313. <https://doi.org/10.1002/nop2.747>

Haugen, D.F. & Aass, N. (2016). Organisering av palliative tilbud. I S. Kaasa & J.H. Loge (red.). *Palliasjon : nordisk lærebok* (3. utg., s.111-125). Gyldendal Akademisk.

Hellesø, R. & Opheim, R. (2023). *Samhandling i helsetenesta: Sjukepleiarens faglege og organisatoriske rolle*. Det Norske Samlaget.

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Lovdata. LOV-2011-06-24-30

Helsebiblioteket. (u.å.). CINAHL.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/databaser/cinahl>

Helsedirektoratet. (2015, februar). *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt – å skape liv til dagene*.

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/rapport-om-tilbudet-til-personer-med-behov-for-lindrende-behandling-og-omsorg-ved-livets-slutt/Rapport%20om%20tilbudet%20til%20personer%20med%20behov%20for%20lindrende%20behandling%20og%20omsorg%20ved%20livets%20slutt.pdf/_/attachment/inline/64b02e2c-9ec9-4709-b6fa-a156a79e9baf:3828cd931ca7996c7220dd12f25bb1a4876dda58/Rapport%20om%20tilbudet%20til%20personer%20med%20behov%20for%20lindrende%20behandling%20og%20omsorg%20ved%20livets%20slutt.pdf

Helsedirektoratet. (2017, 27.februar). *Gjennomføre forebyggende hjemmebesøk i kommunen: Veiledningsmateriellet bygger på erfaringene fra det treårige utviklingsprogrammet for forebyggende hjemmebesøk til eldre*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sykehjem-og-hjemmetjenester/forebyggende-hjemmebesok-i-kommunen>

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

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

Helsedirektoratet. (2019, 14.oktober). *Palliasjon i kreftomsorgen – handlingsprogram.*

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

Helsedirektoratet (2023, 2.januar). *Rett til medvirkning og informasjon.*

<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/rett-til-medvirkning-og-informasjon#pasientens-eller-brukerens-rett-til-medvirkning>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell.* Lovdata. LOV-1999-07-02-64

Hermansen, Å. & Grødem, A. S. (2015, 17.mars). Redusert liggetid blant de eldste.

Sykepleien Forskning, 10(1), 24-32. [10.4220/Sykepleienf.2015.53351](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.53351)

Heyn, L. G. (2022). Kommunikasjon og samhandling. I A. K. Bjørnnes, E. R. Gjevjon, E. K. Grov & I. M. Holter (red.), *Sykepleieboken 1: Sykepleiens fundament* (6. utg., s. 240- 276). Cappelen Damm Akademisk

Hoem, M. G., Hoem, S-A. & Hauvik, S. (2022, 2. september). *Slik kan pasienten få en verdig siste tid i hjemmet.* Sykepleien. <https://sykepleien.no/fag/2022/06/slik-kan-pasienten-fa-en-verdig-siste-tid-i-hjemmet>

Holm, S. G. & Angelsen, R. O. (2014). A descriptive retrospective study of time consumption in home care services: how do employees use their working time? *BMC Health Services Research*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-439>

Idunn. (u.å.) *Om Idunn.* Idunn.no. <https://www.idunn.no/info/about-Idunn>

Johansen, L.B. (2021, 24. september). *Flere vil dø hjemme.* Sykepleien.

<https://sykepleien.no/meninger/2021/09/flere-vil-do-hjemme>

Kaasa, S. & Loge, J.H. (2016). Palliativ medisin – en innledning. I S. Kaasa & J. H. Loge (red.). *Palliasjon : nordisk lærebok* (3. utg., s.34-50). Gyldendal Akademisk.

Kaldestad, K., Jaastad, T. A., Bjerga, G. H., Handeland, M., Dysvik, E. (2019, 4. august). *Kontinuitet i omsorgen er en motvekt til klokketiden og instrumentalistiske praksiser*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2019/06/kontinuitet-i-omsorgen-er-en-motvekt-til-klokketiden-og>

Kalfoss, M. H. (2017). Møte med lidende og døende pasienter – sykepleierens møte med seg selv. I D-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 454-481). Gyldendal Akademisk

Karlsen (2022, 30. oktober). *Hvordan kan man skal en opplevelse av bedre tid*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/meninger/2022/10/hvordan-kan-man-skape-en-opplevelse-av-bedre-tid>

Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2021). *Regionale utviklingstrekk 2021*. Stortinget. https://www.regjeringen.no/contentassets/97b9fac986e04e95a0cf0193dd6b529f/no/pdfs/h-2483-b_rut_2021.pdf

Kreftforeningen. (2023, 16. august). *Palliativ (lindrende) behandling*. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/behandling/lindrende-palliativ-behandling/>

Kreftregisteret. (2022, 10. mai). Kreft i Norge. <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>

Larsen, I. K. (03.oktober, 2023). *Kreft i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/kreft/?term=>

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

Lorentsen, V-B. & Grov, E-K. (2017). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg, s. 397-436). Gyldendal Akademisk

Mathisen, J. (2017). Sykepleie ved livets avslutning. I N. J. Kristoffersen, E-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 3* (3.utg., 3.opplag, s.407-449). Gyldendal Akademisk

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. 15 (2017-2018). *Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>

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/>

Nes, R. B., Røysamb, E., Eilertsen, M. G., Hansen, T. & Nilsen, T. S. (2021, 17.desember). *Livskvalitet i Norge*. Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/samfunn/livskvalitet-i-norge/?term=#hva-er-livskvalitet>

Norheim K. H. & Thoresen L. (2015). Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien - på rett sted til rett tid? *Sykepleien Forskning*, 10(1), 14-22. [10.4220/Sykepleienf.2015.53343](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.53343)

Nortvedt, P. (2021). *Omtanke: Innføring i sykepleieetikk* (3.utg.). Gyldendal Akademisk

Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2020). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (red.). *Klinisk sykepleie 1* (4.utg., s.17- 40).

Gyldendal Akademisk

- NOU 2017:16. (2017). *På liv og død*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/ed91baf5d25945b1a0b096c0ce376930/no/pdfs/nou201720170016000dddpdfs.pdf>
- NSF. (2023). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Norsk Sykepleierforbund.
<https://www.nsf.no/group/725/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>
- Nydal, I., Åsmo, K., Dybvik, T.K. & Torheim, H. (2016, 21. mars). *Stressa sykepleiere i kommunene*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/forskning/2016/02/effektivitet-i-kommunehelsetjenesten-0>
- Nysæter, T.M., Olsson, C., Sandsdalen, T., Wilde-Larsson, B., Hov, R. & Larsson, M. (2022). Preferences for home care to enable home death among adult patients with cancer in late palliative phase – a grounded theory study. *BMC Palliat Care*, 21(49), 1-10.
<https://doi.org/10.1186/s12904-022-00939-y>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Lovdata. 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>
- Reitan, A. M. (2017). Klinisk kommunikasjon. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (red.), *Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 104-119). Cappelen Damm Akademisk.
- Segesten, K. (2016). Trygghet og utrygghet ved uklar og/eller alvorlig sykdom. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (red.), *Sykepleieboken 2: Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4.utg. s.146-156). Cappelen Damm Akademisk.
- Statistisk Sentralbyrå. (2016, 6.desember). *Nær 1 000 tettsteder i Norge*. [Artikkel]
<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/naer-1-000-tettsteder-i-norge>

Statistisk Sentralbyrå. (2023, 12. Januar). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040*. [Rapport] https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/artikler/arbeidsmarkedet-for-helsepersonell-fram-mot-2040/_attachment/inline/487396f0-0469-49de-8b79-092941ac346f:9861f0cf62d33b5643028f02e0e8f7c22f80a709/RAPP2023-02.pdf

Strøm, M.S., Sveen, K.A., Raknes, G. & Fagerås, S.J. (2023, 8.juni). *Dødsårsaker i Norge 2022*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/contentassets/63e48530e2094601b0e4dab313001f60/dodsarsaker-i-norge-rev-2.pdf>

Stray, K & Debesay, J. (2023, 7. mai). *Hva gjør hjemmesykepleien når det ikke finnes faglige retningslinjer?* Sykepleien. <https://sykepleien.no/meninger/2023/05/hva-gjor-hjemmesykepleien-nar-det-ikke-finnes-faglige-retningslinjer>

Sønning, H.E. & Fossum, M. (2020). «Jeg gråter noen tårer hver dag»: En fenomenologisk studie av hjemmeboende kreftpasienters beskrivelse av deres livssituasjon i palliativ fase. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 16(1). <https://doi.org/10.7557/14.4319>

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Thoresen, L. & Dahl, M. (2016). Sykepleie til den dødende pasienten. I E. K. Grov & I. M. Holter (red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5.utg., 2.opplag., s.926-960). Cappelen Damm Akademisk

Travelbee, J. (2014). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Akademisk

Trier, E.L. (2021). Palliativ omsorg og sykepleie. I U. Knutstad (red.). *Utøvelse av klinisk sykepleie: Sykepleieboken 3* (3.utg., 2. opplag, s.850-895). Cappelen Damm Akademisk

Utne, I. (2021). Sykepleie i et kreftforløp. I U. Knutstad (red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie: Sykepleieboken 3* (3.utg., 2. opplag., s.104-146). Cappelen Damm Akademisk

Woodward, C. A., Abelson, J., Tedford, S. & Hutchison, B. (2004). What is important to continuity in home care? Perspectives of key stakeholders. *Social Science & Medicine* 58(1), 177–192 [10.1016/s0277-9536\(03\)00161-8](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(03)00161-8)

Vedlegg

Vedlegg 1

Artikkel som vurderes: Sønning, H.E. & Fossum, M. (2020). «Jeg gråter noen tårer hver dag»: En fenomenologisk studie av hjemmeboende kreftpasienters beskrivelse av deres livssituasjon i palliativ fase. <i>Nordisk Tidsskrift for Helseforskning</i> , 16(1). https://doi.org/10.7557/14.4319				
		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	x		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Kvalitativ metode. Individuelle dybdeintervjuer for å kunne beskrive den subjektive følelsen til pasientene som intervjues.	x		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Åtte hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase.	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: Studien ble gjennomført i to fylker i samarbeid med Kreftforeningen. Åtte hjemmeboende pasienter ble i intervjuet, seks kvinner og to menn. Alle var mellom 35-63 år.	x		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Intervjuene ble tatt opp og datamaterialet ble transkribert ordrett direkte etterpå. Innholdet ble transformert til et sykepleievitenskapelig språk. Resultatene ble sammenfattet for hvert intervju og fellestrekkene i alle åtte intervjuene ble identifisert.	x		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Hovedfunnene blir presentert gjennom fire hovedtemaer etter deltakernes beskrivelser.	x		
8.	Kan resultatene brukes i praksis?	x		

	Kommentar: Resultater omhandlende kreftpasienters opplevelse av livssituasjon ved hjemmedød, kan brukes av sykepleiere i praksis for å tilrettelegge for og sikre god palliativ behandling og ivaretagelse.			
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Konklusjonen er underbygget i resultatene og diskusjonen.	x		
	Totalt antall poeng: 9 poeng ****			

* 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

** 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

Vedlegg 2

Artikkel som vurderes: Aamold, K., Grov, K. & Rostad, H.M. (2020). Hjemmesykepleieres erfaringer når kreftpasienter ønsker å dø hjemme. <i>Klinisk Sygepleje</i> , 34(1), 3-15. https://www.idunn.no/doi/10.18261/issn.1903-2285-2020-01-02		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	x		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Kvalitativ metode. Gjennom fokus-gruppeintervjuer ønsket de å samle inn data om hvilke erfaringer sykepleiere har i møte med kreftpasienter som ønsker å dø hjemme.	x		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Deltakerne er sykepleiere som jobber i hjemmesykepleien og som har erfaringer med palliativ kreftpasienter. Ingen hadde spesialkompetanse i palliasjon.	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: Studien ble gjennomført i to byer på Østlandet. 10 sykepleiere fra hjemmesykepleien ble intervjuet.	x		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Lydfilene fra intervjuene ble overført til datafiler og transkribert. Analysemetoden som ble benyttet var systematisk tekstkondensering.	x		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Hovedfunnene blir presentert gjennom tre hovedområder: balanse mellom nærhet og distanse til pasienten, tjenestetilpasning til pasientens beste og samarbeid og samordning.	x		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Resultatene viser hvilke utfordringer hjemmesykepleien har i forhold til ivaretagelse av hjemmeboende,			

	palliative kreftpasienter. Resultatene kan brukes i praksis ved at utfordringer blir identifisert og man setter søkelys på hvor i tjenesten det trengs forbedring og endringer for å kunne ivareta palliative kreftpasienter som ønsker å dø hjemme.	X		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Konklusjonen er underbygget i resultatene og diskusjonen.	X		
	Totalt antall poeng: 9 poeng ****			

* 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 kjernesporsmål på 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

Vedlegg 3

Artikkel som vurderes: Gagnon, M.-C. & Hébert, J. (2023). Gaining a better understanding of the needs of rural cancer patients requiring in-home palliative and end-of-life care and nursing care and services. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 33(1), 46-60.

[10.5737/2368807633146](https://doi.org/10.5737/2368807633146)

		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	x		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Kvalitativ metode. Data ble samlet gjennom individuelle semi-strukturerte telefon-intervjuer.	x		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Fem kreftpasienter som mottok hjemmebasert palliativ behandling og sju sykepleiere som arbeidet med pasientgruppen.	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: Kriterier for valgte deltakere blir beskrevet. Fem kreftpasienter som mottok hjemmebasert palliativ pleie og syv sykepleiere som jobbet i hjemmesykepleien ble intervjuet.	x		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Lydopptakene ble transkribert, som igjen ble nøye lest gjennom og kodet.	x		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Behovene gjaldt organisasjonen og tiden ift reising, erfarne og kompetente helsepersonell, informasjon, psykisk-, fysisk- og praktisk støtte.	x		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Resultatene viser hvilke behov sykepleiere og pasienten har når det gjelder hjemmebasert palliativ omsorg, noe	x		

	som er svært for forbedring av hjemmebasert palliativ omsorg i praksis.			
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Konklusjonen er underbygget i resultatene fra studien og diskusjonen.	X		
	Totalt antall poeng: 9 poeng ****			

* 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 kjernesporsmål på 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

Vedlegg 4

Artikkel som vurderes: Nysæter, T.M., Olsson, C., Sandsdalen, T., Wilde-Larsson, B., Hov, R. & Larsson, M. (2022). Preferences for home care to enable home death among adult patients with cancer in late palliative phase – a grounded theory study. <i>BMC Palliat Care</i> , 21(49). https://doi.org/10.1186/s12904-022-00939-y		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	x		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Kvalitativ metode, individuelle intervju som gir mulighet for pasientene til å utdype.	x		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Deltakerne hadde kreft i palliativ fase. De hadde en medianalder på over 60 år, mottok palliativ behandling i hjemmet og hadde ingen kognitiv nedsettelse.	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: Studien ble gjennomført i seks ulike kommuner i to fylker i Norge. Ni pasienter ble inkludert med en alder mellom 47-90 år.	x		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Lydopptakene ble transkribert, som igjen ble nøye lest gjennom, kodet og vurdert.	x		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Resultatene viste at pasientene opplevde det viktig å bli sett og anerkjent, kompetanse blant sykepleierne, kontinuitet og god organisering av tjenesten.	x		
8.	Kan resultatene brukes i praksis?	x		

	Kommentar: Resultatene viser hvilke behov pasientene hadde for at de skulle oppleve trygghet i den palliative fasen hjemme, noe som er sentralt i problemstillingen og for praksis.			
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Konklusjonen er underbygget i resultatene fra studien og diskusjonen.	X		
	Totalt antall poeng: 9 poeng ****			

* 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

** 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

Vedlegg 5

Artikkel som vurderes: Lersveen, G.L. & Devik, A. (2021). Opplevelse av trygghet i hjemmebasert palliativ omsorg: pasienters og pårørendes perspektiv. <i>Tidsskrift for omsorgsforskning</i> , 7(3), 1-15. https://www.idunn.no/doi/10.18261/issn.2387-5984-2021-03-05		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	x		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Kvalitativ metode. Gjennom dybdeintervjuer får deltakerne gått i dybden om temaet og man får en mer detaljert og kompleks forståelse.	x		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Alle pasientene var over 65 år, mottok hjemmesykepleie og var i palliativ fase. Alle var samtykkekompetent og måtte gi tillatelse for at pårørende også ble inkludert i studien.	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: Studien tok sted i fire kommuner i Trøndelag. Intervjuene ble gjennomført i pasientens hjem og inkluderte syv pasienter og syv pårørende.	x		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Intervjuene ble analysert ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse. De ble lest gjennom, kodet og vurdert.	x		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Funnene blir presentert gjennom tre hovedkategorier, men tilhørende underkategorier: trygghet i å være i sitt hus og bomiljø, trygghet i å motta tjenester og dele ansvar og trygghet i å ha tiltro til at hjelpen vil være der når det trengs.	x		

8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Resultatene viser faktorer som fremmer trygghet hos pasienter og pårørende ved palliativ behandling i hjemmet, noe som er svært aktuelt for praksis.	X		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Konklusjonen er underbygget i resultatene og diskusjonen.	X		
	Totalt antall poeng: 9 poeng ****			

* 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

** 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