



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling - Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 26.02.16 kl 14.00

Kandidatnr.: 1047

Antall ord: 9003

Mellom mennesker, mot slutten

Bachelorutdanning i sykepleie

Høgskolen Stord/Haugesund, Avdeling Haugesund

Kull 2013

Sammendrag

Bakgrunn: Mange ønsker å dø i sitt eget hjem dersom de rammes av uhelbredelig sykdom. Det vektlegges at pasienter med alvorlige sykdommer bør få dø hjemme dersom de ønsker det. Økt fokus på tidlig utskriving fra sykehus gjennom samhandlingsreformen, har skapt større press på hjemmesykepleien. Hjemmesykepleien har nå et større antall pasienter med komplekse pleiebehov, heriblant pasienter med behov for terminal pleie. Dette setter hjemmesykepleiens ressurser og kompetanse under press.

Hensikt: Hensikten med studien er å øke forståelsen for hvordan informasjon kan påvirke pleie- og omsorgsutøvelsen hos hjemmesykepleieren, når pasienter skrives ut for å få dø hjemme.

Metode: Litteraturstudie, med anvendelse av seks ulike kvalitative artikler samt relevant teori.

Funn: Utførelse av terminal pleie i henhold til faglig forsvarlighet setter store krav til kompetanse og klinisk erfaring hos sykepleierne. Allikevel opplever sykepleiere uten videreutdanning og/eller relevant erfaring å bli satt til å administrere slik pleie relativt alene. Sykepleierne kan ha en isolert arbeidshverdag, med mangel på faglig og medmenneskelig støtte. Det avdekkes tidvis alvorlige feil i medikamentlister, hvilket skaper mistillit til dokumentasjonen generelt. Individuell plan anses som viktig, men er allikevel ikke anvendt i utstrakt grad. Ressurssykepleiere i kommunene blir ansett som en ressurs både for spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Både ressurssykepleier og palliativt team anses å være viktige elementer for å spre kunnskap om palliasjon i kommunen.

Oppsummering: Systemer for delt beslutningstaking og maktfordeling kan skape større grad av lagfølelse og læringskultur. Sykepleieren må også anvende tid med pasienten, og være tilgjengelig for pasienten for å kunne danne et bilde av pasientens verdier og trossystemer.

Abstract

Background: Many people wish to die in their own homes if they are suffering from incurable diseases. The wish of the patient in these circumstances are seen as important to fulfill. The increased focus on early discharge from hospital after the introduction of the health reform called “samhandlingsreformen”, resulted in an increased pressure on the community health care system. The community health care now has a larger number of patients to deal with, as well as more complex care needs among the patients. Among these are end of life care in the patient’s homes. This results in increased pressure on home care services, both on their resources and their competency.

Aim: The aim of the study is to increase understanding of how information can affect the community service nurse’s ability to provide quality care for the terminal patient in his home, when the patient is discharged from hospital to die at home.

Method: Literary review, which utilize six qualitative research articles, and other relevant literature.

Findings: The accomplishment of end of life care in accordance with the legal standard of care quality, puts demands on the competency and clinical experience among the nurses performing these tasks. Some nurses, that do not have the proper post graduate education related to palliation, or extended clinical experience with palliation, are assigned to perform end of life care in the patient’s home. They do so relatively alone. The isolated working environment results in a lack of professional and interpersonal support. Nurses also sometimes finds serious mistakes in the lists of medicine that follow each patient. This creates a sense of mistrust between the community nurses, and the hospital nurses. Individual plans for the patients are rarely used, but nurses that do use them report that they are important in their work. The position of resource nurses in the community were seen as an important measure to save resources both for community nurses and hospital nurses. The resource nurse, and the palliative team, were both seen as important elements in the spread of knowledge about palliation in the communities.

Summary: Systems for shared decision making and sharing of power can create a higher sense of team, and a learning culture, among the health workers. The nurses have to spend time with the patient, and be available to the patient to be able to form a picture of the beliefs and values the patient have.

Innhold

1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Hensikt.....	2
1.3 Problemstilling.....	2
1.4 Avgrensing	3
1.5 Begrepsavklaring	3
1.5.1 Terminal pleie.....	3
1.5.2 Hjemmesykepleie	3
1.5.3 Faglig forsvarlig sykepleie.....	3
2.0 Teori.....	4
2.1 Palliasjon.....	4
2.2 Pasientsentrert sykepleie	5
2.3 Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen	6
2.4 Faglig forsvarlighet	8
2.5 Samhandlingsreformen	9
3.0 Metode.....	10
3.1 Kvantitativ og kvalitativ forskningsdesign	10
3.2 Presentasjon av litteraturstudien som metode	11
3.3 Etikk	11
3.4 Kildekritikk.....	12
3.5 Søkeprosessen.....	13
4.0 Resultat.....	15
5.0 Drøftingsdel.....	23
5.1 Sykepleiefunksjonen og faglig forsvarlighet.....	23
5.1.1 Sykepleierens grunnlag for faglig forsvarlighet.....	23
5.1.2 Overføringsdokumenter	24
5.2 Organisasjonen.....	28
5.2.1 Faglig og mellommenneskelig støtte.....	28
5.2.2 Palliativt team og kreftkoordinator/kreftsykepleiers roller	29
5.2.3 Ressurser	31
5.3 Pasient og pårørende	32
6.0 Avslutning.....	34
7.0 Referanseliste.....	36
Vedlegg.....	40
Vedlegg 1	40

Vedlegg 2	40
Vedlegg 3	41
Vedlegg 4	41

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I følge Hjort (2013, s. 449) ønsker mange eldre å dø i sitt eget hjem. I utredningen «Livshjelp, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende» (NOU 1999:2), legges det vekt på at individer med alvorlig sykdom bør få dø hjemme dersom de selv ønsker det. I utredningen påpekes også utfordringen som ligger i å sikre adekvat palliativ kompetanse i kommunehelsetjenesten. Begrensninger i kompetanse, sammen med mangelfull kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenestene og kommunehelsetjenestene, vil kunne utfordre faglig forsvarlighet i møte med pasienter med behov for terminal pleie i deres hjem. Innføringen av samhandlingsreformen var begrunnet blant annet i manglende koordinering av helsetjenester til den enkelte pasient (St. meld. nr. 47, 2008-2009, s.13). Samhandlingsreformen påpeker et særlig behov for samordnede tjenester når pasienter mottar terminal pleie.

I stortingsmeldingen «morgendagens omsorg» (Meld. St. nr. 29, 2012-2013) beskrives målet ved terminal pleie som at den døende skal oppleve den siste tiden så trygg og meningsfull som mulig. Pasienten skal oppleve å bli møtt med respekt, få smertelindring, få ivaretatt fysiske, psykiske, sosiale, samt åndelige og eksistensielle behov. Tjenestene skal preges av trygghet, fleksibilitet og forutsigbarhet.

Mine erfaringer fra praksis tilsier at terminal pleie i hjemmet ofte ikke kan beskrives som i avsnittet ovenfor.

I løpet av hjemmesykepleiepraksis har jeg fått være med å utøve sykepleie til flere pasienter i terminal fase. Jeg har da opplevd at manglende kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og hjemmesykepleien, begrenset kompetanse blant personal, forventninger fra pårørende, og så videre, kan fungere som en barriere mot god, og faglig forsvarlig, terminal pleie. Dette kan eksemplifiseres ved en kveldsvakt, hvor vi fikk beskjed om at det kom en pasient med behov for terminal pleie om en time. Det var manglende informasjon fra sykehuset med tanke på oppfølging av pasienten. Sykepleieren ble dermed usikker i kommunikasjon med pasient og pårørende. Gjentatte forsøk på å nå

sykehusavdelingen per telefon førte heller ikke frem. Dette skapte frustrasjon blant pårørende og, etter min vurdering, en mindre verdig omsorg og sykepleie for denne pasienten og hans pårørende.

Personlig finner jeg problemstillingen interessant fordi jeg i situasjonen ikke opplever å ha tilstrekkelig kunnskap vedrørende temaet, samtidig som jeg opplever min deltagelse i arbeidet som særdeles meningsfull. Jeg observerte at sykepleiere ved hjemmetjenestene ofte opplevde situasjonen som stressende. Slik jeg ser det kan dette komme av manglende kunnskaper om den aktuelle pasienten og hans situasjon, generell kunnskapsmangel vedrørende terminal pleie, eller situasjonens alvor i seg selv.

1.2 Hensikt

Hensikten med studiet er å få økt forståelse for hvilke forhold som påvirker informasjonsflyt mellom sykepleiere i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og hvordan dette påvirker omsorgsutøvelsen, når pasienter skrives ut fra sykehus for å få dø hjemme. Dette ses i sammenheng med hjemmesykepleiere som utfører den terminale pleien, men som ikke har videreutdanning i palliasjon eller lang erfaring med dette.

1.3 Problemstilling

Har sykepleiere i hjemmesykepleien tilstrekkelig informasjon for å ivareta faglig forsvarlig sykepleie i forbindelse med utskrivning av terminal pasient til hjemmet?

1.4 Avgrensing

Oppgaven avgrenses til den informasjon som bør anses nødvendig for sykepleiere i hjemmetjenestene, i deres utøvelse av sykepleie til terminale pasienter som skrives ut fra sykehus. Denne informasjonen vil danne en del av grunnlaget for deres sykepleieutøvelse i en komplisert situasjon.

Informasjonen sees i forhold til sykepleierens kompetansegrunnlag, klinisk erfaring, skriftlig dokumentasjon, samt formelle og uformelle strukturer.

Oppgaven fokuserer på helheten i sykepleien. Spesifikke medisinske diagnoser, sykepleiediagnoser, sykepleietiltak eller observasjoner er derfor ikke en del av oppgaven.

1.5 Begrepsavklaring

1.5.1 Terminal pleie

I følge Trier (2013, s. 894-895) relaterer begrepet terminal pleie til omsorg for de som er døende. Palliasjon er en sentral del av dette.

1.5.2 Hjemmesykepleie

Birkeland og Flovik (2014, s. 15) definerer hjemmesykepleie som den helsehjelp som utøves av profesjonelle til pasient og dennes pårørende i hans hjem. Primært fokus er rettet mot grunnleggende behov, sammen med trivsel, velvære, funksjonsnivå, helsetilstand og pasientens egen opplevelse av situasjonen. Hjemmesykepleien dekker mange oppgaver, fra ren forebygging til rehabilitering og terminal pleie.

1.5.3 Faglig forsvarlig sykepleie

Begrepet er grunnet i helsepersonelloven (1999) § 4 og 16. Pasienten skal motta en sykepleie som etter situasjonen, sykepleiers kvalifikasjoner og arbeidets karakter, anses å holde minst en minimumsstandard. Denne minimumsstandard er definert som faglig forsvarlighet.

2.0 Teori

2.1 Palliasjon

WHO (2016) definisjon på palliasjon:

“Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual”.

WHO (2016) definisjon på palliativ pleie og omsorg beskriver videre å:

- Gi lindring av smerter og andre plagsomme symptomer
- Bekrefter livet, og anser døden som en normal prosess
- Har ikke som mål å fremskynde eller utsette døden
- Integrerer psykologiske og spirituelle aspekter av pleie og omsorg
- Tilbyr system for støtte og hjelpe til familien i deres mestringsforsøk gjennom pasientens lidelse og deres egen sorg
- Har en tverrfaglig tilnærming
- Søker å øke livskvaliteten, og kan også påvirke sykdomsutviklingen på en positiv måte
- Er anvendbart tidlig i sykdomsforløpet, kombinert med andre livsforlengende behandlingsformer

2.2 Pasientsentrert sykepleie

Prinsippene for pasientsentrert sykepleie er utviklet av McCormack og McCance (2010, s. 33-38).

Rammeverket består av fire nøkkelementer, disse er sykepleierens forutsetninger, miljøet omsorgen utøves i, person-sentrerte prosesser, og utfall.

Med sykepleierens forutsetninger menes dennes profesjonelle kompetanse, grad av utviklede mellommenneskelige ferdigheter, dedikasjon til jobben, evne til å vise og uttrykke i klartekst sin tro og sine verdier, samt å kjenne seg selv.

Miljøet omsorgen utøves i fokuserer på elementer som riktig kompetansemix, systemer som støtter felles beslutningstaking, effektive arbeidsrelasjoner, organisasjonssystemer som er støttende, maktfordeling og potensial for innovasjon og risikotaking.

Med person-sentrerte prosesser menes at pleien utøves gjennom en rekke forskjellige aktiviteter og inkluderer å jobbe i tråd med pasientens tro og verdier, ha en sympatisk tilstedeværelse, dele på beslutningstaking, samt å ivareta fysiske pleiebehov pasienten har.

Utfall er den sentrale komponenten i personsentrert sykepleie. Med utfall menes resultatene av godt gjennomført personsentrert sykepleie. Utfall inkluderer, pasient og pårørendes tilfredshet med pleien, engasjement i pleien, følelse av velbehag, samt å skape et terapeutisk miljø.

Forholdet mellom disse fire elementene tilsier at man, for å sikre positive utfall for både pasient og sykepleier, først må fokusere på sykepleierens forutsetninger. Sykepleierens forutsetninger påvirker hans evne til å håndtere miljøet omsorgen utføres i, som igjen er nødvendig for å kunne gi effektiv pleie og omsorg gjennom en personsentrert sykepleie.

2.3 Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen

Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen gjelder alle som arbeider med palliasjon. Generelle betraktninger omtalt i programmet har også gyldighet for palliative pasienter med andre diagnoser enn kreft (Helsedirektoratet, 2015, s. 11-12).

Målet for palliasjon er økt livskvalitet. Livskvalitetens subjektive natur gjør at kartlegging må foregå i kommunikasjon med pasienten. Dette fordrer gode kommunikasjonsferdigheter blant helsepersonalet. I samtaler ved palliasjon skal fokuset være både sykdomssentrert og pasientsentrert (Helsedirektoratet, 2015, s. 15).

Oppdatert og relevant dokumentasjon må være tilgjengelig på rett tid og sted. Innholdet i dokumentasjonen skal omfatte hvor pasienten er i sykdomsforløpet, hans tilstand og behov, vurderinger av tiltak, hva som bør gjøres ved eventuelle komplikasjoner eller nye situasjoner, samt hvilken informasjon som er formidlet til pasienten og til pårørende (Helsedirektoratet, 2015, s. 38).

Pasienter med behov for koordinert helsetjeneste, har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Kommunen har ansvaret for koordinasjonen hvis både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er involvert. Hovedmålet med individuell plan ved behov for palliasjon, er at den bidrar til en forutsigbar og helhetlig tjeneste som har tydelig oppgave- og ansvarsfordeling. Individuell plan skal inneholde skriftlig samtykke fra pasienten, navngitt koordinator, mål for pasienten, ansvarlig tjenesteyter for hvert område, oversikt over kontakter og ansvarsforhold, avtalt oppfølging, samt klare retningslinjer for hvordan en eventuell reinnleggelse skal ordnes (Helsedirektoratet, 2015, s. 38-39).

Ansvaret for hjemmebasert omsorg ligger i hovedsak hos kommunehelsetjenesten og fastlegen. Det bør forekomme samarbeid med palliativt team dersom dette anses som

nødvendig. Palliativt team har i hovedsak en konsulentfunksjon. I hver kommune bør det i tillegg være minst en ressurspsykeleier, som deltar i nettverk av ressurspsykeleiere i helseforetaket. Ressurspsykeleier skal bistå personal i hjemmesykepleien med råd og veiledning, og kan også delta i pleien dersom dette anses nødvendig. Dersom pasienten har individuell plan, hvilket krever en koordinator, bør ressurspsykeleier eller kreftkoordinator i kommunen få dette ansvaret. Hjemmebasert omsorg må være organisert slik at pasient og pårørende har tilgang til kvalifisert hjelp gjennom hele døgnet (Helsedirektoratet, 2015, s. 149).

Man opererer med tre ulike nivåer for kompetanse i palliativ omsorg. Nivå A innebærer grunnleggende kompetanse, hvilket formidles i grunnutdannelsen, inkludert sykepleierutdannelsen. Nivå B tilsvarer nødvendige kompetansen helsearbeidere som jobber med palliasjon i sin kliniske hverdag skal inneha, dette svarer til videreutdanninger i sykepleie hvor palliasjon er et hoved- eller deltema. Nivå C relaterer til helsearbeidere som arbeidere i palliative team (Helsedirektoratet, 2015, s. 170).

2.4 Faglig forsvarlighet

Forsvarlighetskravet er forankret i helsepersonelloven (1999) § 4. Paragrafen sier at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i henhold til de krav om faglig forsvarlighet og omsorgsfullhet som kan forventes, ut i fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og aktuell situasjon. Helsepersonellet skal innrette seg etter sine kvalifikasjoner, og henvise videre eller søke kvalifisert hjelp dersom dette er nødvendig og mulig. Helsepersonell har også plikt til å delta i utarbeidelse av individuell plan, dersom pasienten har rett til slik plan i henhold til pasient -og brukerrettighetsloven § 2-5.

Helsepersonelloven (1999) § 16 fastslår at den virksomheten som yter helse- og omsorgstjenester, skal være organisert slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde de pliktene de er lovpålagt.

Kravet om faglig forsvarlighet pålegger helsearbeidere å utøve sitt arbeid basert på kunnskaper. Med kunnskaper menes elementene i kunnskapsbasert praksis, hvilket innebærer vitenskapelig kunnskap, erfarings basert kunnskap og brukerkunnskap. Med begrepet omsorgsfull helsehjelp menes at helsehjelpen utøves på en måte som er egnet til å oppleves som kjærlig. Omsorgsutøvelse innebærer å foreta verdivalg vedrørende hvordan man opptrer i relasjonen til pasient og pårørende (Molven, 2012, s. 128).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2014) sier at sykepleieren har et personlig ansvar for egen praksis med hensyn til etisk og juridisk forsvarlighet. Det påpekes også at leder har et særlig ansvar for å skape rom for etisk refleksjon og fagutvikling. I forhold til medarbeidere skal sykepleierne fremme gode tverrfaglige samarbeidsforhold.

Sykepleieren skal også melde fra når pasienter utsettes for kritikkverdige forhold. Videre skal sykepleieren verne om sykepleiefagets omdømme.

2.5 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47, 2008-2009, s.13) ble utformet blant annet på grunn av fragmenterte helsetjenester. Pasientens behov for koordinering av tjenestene ble ikke godt nok ivaretatt. Videre betydde demografiske endringer, og endringer i sykdomsbildet i populasjonen en potensiell trussel mot samfunnets fremtidige økonomiske bæreevne.

Det påpekes at tjenestene før reformen var preget av søyleorganisering, med en parallell vertikal organisering. Dette medførte at enhetene drives med sikte på å yte gode tjenester isolert sett, i stedet for å fokusere på helheten i pasientens behov. Tiltak rettet mot å øke helheten i helsetjenesteytelsen i henhold til pasientens behov er sentrale i samhandlingsreformen, og gjelder særlig på tvers av organisatoriske grenser (St. meld. nr. 47, 2008-2009, s.47).

3.0 Metode

Begrepet metode i akademiske studier, kan forstås som den fremgangsmåten man benytter når man samler inn data og kunnskap for å belyse en bestemt problemstilling. Metodebeskrivelse skal være så klart definert, at de som etterprøver studien skal komme til samme konklusjon (Thiedemann, 2015, s. 76).

Dalland (2012 s. 111) hevder at metodevalget skal begrunnes ut i fra hva som vil belyse studiens spørsmålsstilling på den beste måten faglig sett.

3.1 Kvantitativ og kvalitativ forskningsdesign

Alle forskningsspørsmål kan sees fra både et kvalitativt og et kvantitativt perspektiv. Ved kvalitativt design deltar forskeren som subjekt fordi han møter informanten i et jeg-du-forhold, et såkalt innefra-perspektiv. Gjennom språket kan forskeren få innblikk i informantens indre verden og dermed ha grunnlag for å tolke det som blir sagt. Kvalitativ forskning har en fleksibel natur og går suksessivt dypere inn i problemstillingen. På denne måten forklares fenomenet, og teorien blir oppdaget gjennom forskningen. I kvalitativ forskning er utvalget lite, og samtidig er antall variabler stort. Resultatene blir dermed spesifikke for miljø, situasjon og tid (Olsson og Sørensen 2009, s.16-17).

Ved kvalitativ forskning tar man utgangspunkt i en referanseramme som et grunnlag for induktiv undersøkelse. Referanserammen blir i denne sammenheng gjeldende teorier og prinsipper som skal gi grunnlag for å tolke data fra forskningen. Samtidig må data tolkes på en holistisk måte, fordi enkeltindividenes syn på virkeligheten bestemmes av hendelsene slik individet opplever dem. Fenomenologi og hermeneutikk er to eksempler på holistiske tolkningsmetoder (Olsson og Sørensen, 2009, s. 66-67).

I kvantitative metoder har forskeren ett utenfra-perspektiv, og avstanden til informantene er en grunnleggende verdi. Den kvantitative forskningen er forhåndsstrukturert med klare problemstillinger, og bygger på testing av hypoteser. Forskningen baseres på et stort antall informanter, og et lite antall variabler som er tydelig definert. Resultatene blir på denne måten generelt gyldige (Olsson og Sørensen, 2009, s. 16-17).

3.2 Presentasjon av litteraturstudien som metode

Problemstillingen i denne oppgaven skal besvares ved hjelp av litterære ressurser. Dette innebærer et behov for et systematisk litteratursøk, for å avdekke den mest relevante litteraturen i forhold til oppgavens tematikk.

Forsberg og Wengström (2013, s. 25-28) definerer to ulike former for litteraturstudier, allmenn og systematisk litteraturstudie. I den allmenne studien beskrives og analyseres et utvalgt antall artikler som relaterer seg til et tema, mens man i den systematiske litteraturstudien søker å få oversikt over all relevant forskning på området. Forsberg og Wengström (2013, s. 26) påpeker at en forutsetning for å kunne gjøre systematiske litteraturstudier, er at det finnes et stort nok antall kvalitetsartikler som er dekkende for problemstillingen.

Gjennom en systematisk litteraturstudie søker forfatteren å systematisere kunnskap fra skriftlige kilder, kritisk vurdere litteraturen, og til slutt sammenfatte en konklusjon. Slik sikres oversikt over den kunnskap som finnes om temaet. I tillegg vil man kunne avdekke eventuelle kunnskapshull, og dermed vise vei for ny forskning (Thiedemann, 2015. s. 80-81).

Denne studien kan ikke betegnes som et systematisk litteraturstudium i akademisk forstand. Det er allikevel utført systematiske søk etter forskning som relaterer seg til oppgavens tema, sammen med kritisk vurdering av aktuelle artikler.

3.3 Etikk

Helsinki-deklarasjonen er et etisk fundament for medisinsk forskning som omfatter mennesker. Deklarasjonen slår fast at hensynet til forsøkspersonenes velferd går foran vitenskapelige og samfunnsmessige interesser. All forskning skal godkjennes av en etisk komite, ved fremlegging av en såkalt forsøksprotokoll. Forsøkspersonene skal være frivillige og informerte, og kan når som helst trekke seg fra studien. Forfattere og utgivere av forskningsartikler er forpliktet til å gjengi resultatene nøyaktig (Olsson og Sørensen, 2009, s. 184-187).

Artikler som ikke inneholder etiske vurderingen, har ikke blitt vurdert i denne studien. Utvalgte artikler er også forsøkt beskrevet på en måte som representerer deres faktiske funn på en balansert måte. Videre må det påpekes at det kan finnes vanskeligheter med oversettelse av engelskspråklige forskningsartikler og litteratur. Undertegnede har utført denne oversettelsen etter beste evne. Oppgaven er forfatterens eget arbeid og det forekommer ikke plagiering.

3.4 Kildekritikk

Dalland (2012, s. 63-66) hevder at man må stille store krav til redegjørelse, vurdering og anvendelse når kilder skal anvendes i en akademisk oppgave. Dette handler om å kunne avgjøre hvorvidt det er sannsynlig at en kilde er sann eller ikke.

I studien har undertegnede anvendt litteratur fra høgskolens databaser, og sammen med veileder diskutert anvendelse i forhold til problemstillingen. Videre er det anvendt sjekklister ved gjennomgang av forskningsartikler. Et eksempel på slik sjekklister er lagt som vedlegg til denne oppgaven.

Det var begrenset tilgang til relevante forskningsartikler fra Norge. Samtidig var det vanskelig å finne artikler som samtidig omhandlet alle, eller de fleste, av elementene i problemstillingen. Disse elementene var terminal pleie i hjemmet, utskrivning fra sykehus, faglig forsvarlighet, sammen med hjemmesykepleie utført av sykepleiere uten videreutdanning og/eller utvidet erfaring med palliativ pleie. Derfor ble studier fra Canada, Sverige, England og Norge tatt med i studien. Dette skaper opplagte problemstillinger i forhold til kultur, retningslinjer og ressurser i de enkelte landene. Når disse allikevel er valgt er det fordi disse setter fokus på problemstillinger som kan betraktes som mer generelle, og som dermed med interessante fra et norsk perspektiv. Ingen artikler eldre enn fem år ble vurdert.

Lees, Mayland, West og Germaine (2014) undersøker pårørendes opplevelse av terminal pleie i pasientens hjem. Etiske forhold begrenser muligheter for studier hvor den døende er

informant direkte. Pårørende kan allikevel tilby perspektiver på hvordan den døende opplever situasjonen, basert på deres kunnskap om ham. Nordsveen og Andersheds (2015) studie anvender informanter som alle har videreutdanning og/eller betydelig erfaring med palliasjon. Dette står i kontrast til denne oppgaven, som har fokus på sykepleiere i hjemmesykepleien uten videreutdanning eller lang erfaring med palliasjon. Allikevel gir studien viktig informasjon i forhold til samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, hvilket er et sentralt poeng i denne oppgaven. Törnquist, Andersson og Edberg (2013) har gjennomført en studie som omhandler svenske hjemmesykepleiere og deres utøvelse av palliasjon. De kulturelle, og særlig økonomiske forhold kan være til dels avvikende. Studien er allikevel tatt med fordi den er sterkt knyttet opp mot problemstillingen i denne oppgaven, og samtidig beskriver den situasjonen i hjemmesykepleie etter den svenske versjonen av samhandlingsreformen. Flateland, Nesheim, Riiser og Söderhamn (2015) har anvendt sykepleierstudenter for å avdekke forhold knyttet informasjon ved overføring av pasienter. Dette er gjort fordi studentene har muligheten til å følge pasienten både før, under og etter overføringen. Dette gir et unikt perspektiv som jeg anser som produktivt i forhold til problemstillingen i denne oppgaven. Olsen, Østnor, Enmarker og Hellzén (2013) beskriver barrierer ved informasjonsutveksling når pasienter pasientoverføringer generelt, og er dermed aktuell for denne studien. Edwards (et al., 2014) har også et generelt fokus, men har dette på sikkerhetsrisikoer relatert til terminal pleie i hjemmet.

3.5 Søkeprosessen

Fremgangsmåte for problemformulering, litteratursøk og kritisk vurdering av forskningsartikler er gjennomført i tråd med retningslinjer beskrevet i boken «jobb kunnskapsbasert -en arbeidsbok» (Nortvedt, Jamtvedt, Gravenholt, Nordheim og Reinart, 2012).

Søkeord ble funnet ved å definere problemstillingen i PICO, for deretter å søke etter engelske MeSH-termer i databasen Swemed+. Resultatet er fremlagt i vedlegg 1. Det var vanskelig å finne relevante engelske søkeord for faglig forsvarlighet. Jeg fant da norske overskrifter som inneholdt begrepet, og noterte hva disse var oversatt til i engelsk versjon av artiklene.

Kjernesporsmål i studien ble definert som «hvordan oppleves det». Svar på kjernesporsmål av denne typen besvares ofte best ved kvalitative studier, og søkeprosessen ble således innrettet mot dette.

Søket ble innledet ved å lete etter kunnskapsbaserte retningslinjer på helsebiblioteket.no. Dette resulterte i funn av «Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen». Dette handlingsprogrammet vil bli presentert i oppgavens teoridel.

Søk i McMaster PLUS ble gjennomført for å avdekke eventuelle oppslagsverk eller systematiske oversikter. Dette resulterte ikke i anvendelige artikler.

For enkeltstudier ble søket innledet på databasen PubMed. Søket ble begrenset til de siste fem årene. Søk og søkeresultat finnes i vedlegg 2. Søket resulterte ikke i aktuelle artikler.

Videre søk ble gjennomført i CINAHL, med samme søkestrategi som i PubMed. Resultat finnes i vedlegg 3. Av 18 i et kombinerts søk ansås kun to artikler som aktuelle. Videre søk ble derfor gjennomført med variasjoner av alle søkeordene, som til slutt gav seks artikler som undertegnede anså som adekvat belysende for studiens problemstilling.

Disse artiklene ble deretter gjennomgått ved hjelp av sjekklister, og presenteres i oppgavens resultatdel.

4.0 Resultat

Quality of end-of-life care for those who die at home: views and experiences of bereaved relatives and carers (Lees et al., 2014).

Hensikt

Utvidet forståelse for etterlatte pårørendes opplevelse av terminal pleie i hjemmet.

Metode

Kvalitativ studie med anvendelse av Spørreskjema, fylt ut av 72 pårørende som hadde hatt en pleiefunksjon ved terminal pleie.

Funn

Fire hovedtemaer fremkom, koordinasjon og kontinuitet i pleien, kompetanse, medfølelse og kommunikasjon.

Konklusjon

Hovedsakelig var kvaliteten på pleien av god standard, men det fantes unntak. Medfølelse og verdighet var nøkkelerverdier. Samtidig var kompetanse blant helsepersonell avgjørende. Effektiv kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient/pårørende ble sett på som essensielt. Emosjonell og spirituell støtte ble sett på som viktig fordi det innvirket på hvordan helsearbeideren kunne påvirke den døendes livskvalitet, samtidig som det var en støtte for pårørende i deres mestring.

Safety issues at the end of life in the home setting (Edwards et al., 2014).

Hensikt

Å kartlegge ulike former for sikkerhetsrisiko ved terminal pleie i hjemmet.

Metode

Kvalitativt-etnografisk design, med anvendelse av fokusgruppe-intervjuer. Informantene bestod av 32 helsearbeidere involvert i terminal pleie i pasientenes hjem, heriblant sykepleiere.

Funn

Analyse av data resulterte i fire hovedkategorier for sikkerhetsrisiko. De tre første var kommunikasjon, kompetanse og kapasitet. Disse omhandlet både pasienten, pårørende og profesjonelle klinikere. Den fjerde kategorien var barrierer relatert til organisasjonsstruktur, fysisk miljø i hjemmet og ressursfordeling/håndtering.

Konklusjon

Et stort antall av informantene kommer med anbefalinger vedrørende kommunikasjon med pasienten og mellom kollegaer. Forfatterne mener at helsepersonell involvert i terminal pleie bør merke seg dette. Konflikter med pårørende, eksempelvis vedrørende pleieplan, kan medføre at man nektes adgang til pasientens hjem. Klinikere må derfor arbeide med sin kommunikasjons- og forhandlingsevne for bedre å kunne imøtekomme dette problemet. Det er viktig at klinikerer forstår pasient- og pårørendes begreper om pasientens prognose.

Forfatterne hevder deres studie peker på et gap i faglitteraturen vedrørende pasientsikkerhet og terminal pleie. En fleksible og pasient-sentrert helsehjelp må innføres som et konsistent grunnlag for terminal pleie i hjemmet.

In search of legitimacy -registered nurses experience of providing palliative care in a municipal context (Törnquist, Andersson & Edberg, 2013).

Hensikt

Å beskrive sykepleieres opplevelse av å administrere palliativ pleie til eldre i kommunen.

Metode

Kvalitativ studie, med anvendelse av fokusgrupper bestående av sykepleiere i fire svenske kommuner.

Funn

Sykepleierne opplevde at de måtte være «buffer» når det oppstod uklarheter i forhold til ansvarsforhold ved pleien. Særlig dersom flere instanser var involvert. Sykepleieren ble ofte «koordinator» for pleien. Samtidig opplevde sykepleierne å være i nærmest konstant forhandling med pasientens fastlege, som de opplevde ikke hørte på deres råd. Sykepleierne opplevde at fokuset var av kurativ art ved kommunikasjon med sykehus, i stedet for palliasjon. Sykepleierne opplevde begrenset legitimitet. De opplevde at deres ekspertise i sykepleie ikke ble bekreftet. Dette særlig ved utskrivelse fra sykehus, hvor ledere tok avgjørelser uten hensyn til sykepleiernes ekspertise. Dette gjorde at sykepleierne i kommunen følte seg småliggjort og ignorert. Videre manglet ofte utstyr, og sykepleierne var også ofte alene ved alvorlige avgjørelser. Fordi ressurser ble brukt på kompetanse i kommunens palliative team, opplevde sykepleierne at deres kompetanse ble tilsidesatt, og at de tapte kunnskap. Sykepleierne opplevde ofte å være alene med ansvar for døende, og understreket sitt behov for støtte i denne sammenheng. Behovet inkluderer behov for kunnskap om palliativ pleie, støtte fra kolleger, sammen med støtte fra ledere.

Konklusjon

Sykepleiere i hjemmetjenestene har begrenset legitimitet både innen deres egen organisasjon, men også i relasjon til andre helsetjenester. For at disse sykepleierne skal kunne yte kvalitetsrik sykepleie for eldre døende, må deres kompetanse anerkjennes. Videre er det et

stort behov for organisatoriske endringer i kommunene, dersom man skal opprettholde god palliativ pleie til eldre i deres eget hjem.

Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem - Sykepleieres erfaringer av samhandling (Nordsveen & Andershed, 2015).

Hensikt

Å beskrive sykepleieres erfaringer med utskrivelse av pasienter med kreft i palliativ fase, til deres eget hjem.

Metode

Studien har et kvalitativt beskrivende design med fokusgruppeintervjuer. Informantene hadde alle minst fem års erfaring med palliativ omsorg, og/eller videreutdanning innen palliasjon eller kreftsykepleie. Man har valgt informanter både fra spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste.

Funn

Analyse av data resulterte i to hovedfunn. Disse var felles møtearenaer, og forståelse for hverandres arbeidsområde. Underkategorier blir beskrevet som individuell plan, organisering av tjenesten, kreftkoordinators eller kreftsykepleiers rolle, og viktighet av flyt i omsorgen.

Konklusjon

Det foreligger et forbedringspotensial i rutinene ved utskrivelse av pasienter med kreft i palliativ fase. Videre er det viktig med felles møter med alle involverte før utskrivelse. Dette for å avklare forventninger, og bygge forutsigbarhet og kontinuitet i pleien. Det anbefales utvidet bruk av individuell plan for å styrke kontinuiteten i pleien. Sykepleiere viser

mangelfulle kunnskaper om hvordan ulike tjenester er organisert og fungerer. Det anbefales gjensidig hospitering. Begge sider påpeker viktigheten av kreftkoordinators rolle, og det anbefales at alle kommuner oppretter en slik stilling for å fungere som bindeledd mellom spesialisthelsetjenestene og kommunehelsetjenesten.

Sykepleiestudenters erfaringer knyttet til overføring av pasient fra spesialist- til kommunehelsetjenestene (Flateland et al., 2015).

Hensikt

Å undersøke hvordan sykepleiere håndterer informasjonsutveksling mellom spesialist- og kommunehelsetjenestene, når pasienter overføres fra sykehus til kommunehelsetjenesten.

Metode

Kvalitativ metode ble anvendt, ved bruk av individuelle intervju hvor informantene bestod av sykepleiestudenter. Grunnen til at man valgte sykepleiestudenter som informanter var deres mulighet til å følge pasientene fra sykehus til deres destinasjon etter utskrivelse, samt oppfølging påfølgende dager.

Resultat

Sykepleiesammenfatningen var av stor betydning. Direkte kontakt med palliativt team ble sett på som viktig ved palliasjonsproblematikk. Studentene opplevde allikevel at sykepleiere i hjemmetjenesten kunne prioritere vekk å delta på møter mellom palliativt team, pasient og pårørende, i pasientens hjem. Tidspunktet for ankomst til kommunen var av stor betydning, og særlig helger og kveldstid var ugunstige tidspunkter. Studentene opplevde at tidspress hos sykepleiere i kommunehelsetjenesten kunne resultere i en mekanisk og rutinepreget opptreden i møte med pasientene. Det ble også observert at sykepleiere i hjemmetjenestene ikke alltid leste sykepleiesammenfatning.

Konklusjon

Det er behov for større fokus på informasjonsutveksling og koordinering mellom spesialist- og kommunehelsetjenestene hvis tjenestene skal ha den kvaliteten som lovverk og retningslinjer krever. Videre er det avgjørende at sykepleiere i sykehus og kommunehelsetjeneste få utvidet forståelse av hverandres organisatoriske betingelser, og samtidig i større grad utveksler kunnskap og erfaringer rundt pasientens tilstand og behov for hjelp. Det er dessuten viktig at begge instanser har felles mål for pasienten. Større grad av fleksibilitet i sykepleieutøvelsen er også nødvendig for å sikre kvaliteten på tjenestene. Til slutt påpekes rammebetingelsene sykepleierne jobber innenfor. Det er behov for informasjonssystemer som dekker sykepleiernes behov i deres arbeid for å gi god sykepleie. Samtidig er det viktig at sykepleiere, på begge nivå, har nok tid til å utføre sitt arbeid på en godt gjennomført måte.

Barriers to information exchange during older patients transfer: nurses experiences (Olsen et al., 2013).

Hensikt

Å beskrive barrierer som påvirker informasjonsutveksling når eldre pasienter overføres fra sykehus til deres eget hjem.

Metode

Kvalitativ studie, med anvendelse av tre fokusgrupper. Informantene var 14 sykepleiere fra sykehus og hjemmesykepleie i Norge.

Funn

Man fant tre hovedtemaer. Disse var barrierer assosiert med den enkelte sykepleier, interpersonale prosesser, og organisasjonsmessige barrierer.

Barrierer assosiert med sykepleieren ble videre oppdelt i tre områder. Barrierer var relatert til motivasjonsbegrensninger hos sykepleieren. Dette kunne være relatert til prioritering av tidsbruk, eller liten tro på utskrivingsprosedyrene som effektive. Videre var mangel på kontroll et undertema, hvor arbeidsbelastningen kunne bli så stor at det påvirket mestringsevnen til sykepleierne. Mangel på kunnskap er relatert til usikkerhet, eller ignorering, av hvordan informasjonen skal utarbeides og sendes. Dette kunne også gjelde mangel på kunnskap om organisering og kompetanse i hjemmesykepleien, for de som jobbet på sykehuset.

Med barrierer assosiert med interpersonale prosesser menes sykepleierens følelse av avhengighet og innflytelse i grupper og overfor enkeltpersoner. Mangel på tilgjengelighet begrenset informasjonsflyt. Det kunne være problematisk bare å finne et telefonnummer. Videre kunne ulike syn, eller perspektiver, hos sykehuspersonell og personell i hjemmesykepleien skape problemer i kommunikasjonen mellom disse. Det er en stor tendens til å skylde på sykepleierne i den andre organisasjonen. Mangel på tiltro til den informasjonen «de andre» overførte, samt følelser av at den informasjonen man selv gir fra seg ikke blir utvist tillit til, var også barrierer som hindret informasjonsflyt.

Organisasjonsmessige barrierer var relatert til mangel på ressurser, eksempelvis tidspress, uklare ansvarsforhold, mangel på kontinuitet i arbeidsstyrken, samt inadekvate rutiner vedrørende informasjonsflyt.

Konklusjon

Informasjonsutveksling mellom sykepleiere i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er ofte kompliserte og problemfylte. Dette gjør pasientene sårbare i

utskrivelsesprosessen. For å kunne utføre god informasjonsoverføring må sykepleierne ha nok ressurser, klare ansvarsforhold og oppdrag, og forståelige retningslinjer.

5.0 Drøftingsdel

5.1 Sykepleiefunksjonen og faglig forsvarlighet

5.1.1 Sykepleierens grunnlag for faglig forsvarlighet

I følge WHO (2016) er hovedmålet ved palliativ pleie økt livskvalitet for pasient og pårørende. Dette oppnås gjennom forebygging og lindring av lidelse, hvor tidlig oppdagelse og upåklagelig vurdering og behandling av symptomer er sentralt. Dette setter store krav til fagpersonell involvert i palliativ pleie, både når det gjelder klinisk erfaring og teoretisk kunnskap. Birkeland og Flovik (2014, s. 15) poengterer i deres definisjon av hjemmesykepleie at denne er rettet primært mot grunnleggende behov, men at den allikevel omfatter stor spennvidde i oppgaveomfang, fra sykdomsforebygging til terminal pleie. Ut ifra dette kan man tolke at den jevne sykepleier i hjemmetjenesten ikke har utvidet kunnskap vedrørende palliasjon, selv om en andel allikevel har det.

I følge handlingsprogram for palliasjon (Helsedirektoratet, 2015), bør de helsearbeiderne som jobber med palliasjon i sin kliniske hverdag inneha kompetansenivå B. Dette nivået innebærer videreutdanning med palliasjon som enten hoved-, eller deltema. Med begrepet klinisk hverdag kan forstås en hjemmesykepleier som jevnlig foretar hjemmebesøk hos pasienter med palliative behov. Ser man til pasientsentrert sykepleie finner man at manglende kunnskapsgrunnlag vil kunne forringe selve grunnlaget for sykepleien. I personsentrert sykepleie (McCormack og McCance, 2010, s. 36) anses sykepleierens egenskaper som grunnleggende, og den første barrieren som må overvinnes for å kunne oppnå personsentrert sykepleie. Sykepleierens profesjonelle kompetanse innebærer kunnskaper og ferdigheter som sammen utgjør grunnlaget for vurderinger og prioriteringer i pleien. Disse inkluderer fysiske og tekniske aspekter (McCormack og McCance, 2010, s. 41-42). Min egen erfaring fra praksis tilsier at sykepleiere uten videreutdanning eller vesentlig erfaringsgrunnlag, ikke innehar den nødvendige kompetansen, og at deres egen bevissthet om kunnskapsmangler blir en stressfaktor i situasjonen. I følge Edwards (et al., 2014) fastholder klinikere at den terminale pasientens spesielt sårbare situasjon, tilsier at det er behov for videreutdanning for de som er involvert i formell pleie av terminale pasienter. Samtidig påpeker Edwards (et al., 2014) at befolkningsøkning, sammen med større fokus på autonomi ved valg av dødssted, vil gjøre at sykepleiere uten videreutdanning vil måtte utføre terminal pleie i pasientenes hjem. Fra

pårørendes ståsted blir deres opplevelse av sykepleierens kompetanse også verdsatt. Lee (et al., 2014) har funnet at pårørendes opplevelse av kompetanse blant helsepersonellet, sammen med deres evne til medfølelse og å håndtere situasjonen med verdighet, er sentrale elementer med tanke på hvor god pleien vurderes av pårørende.

Helsepersonelloven (1999) § 4 fastslår at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i henhold til krav om faglig forsvarlighet og omsorgsfullhet, som kan forventes ut fra deres kvalifikasjoner, arbeidets karakter og aktuell situasjon. Helsepersonellet skal videre innrette seg etter sine kvalifikasjoner, og søke hjelp hvis nødvendig. Dette betyr at en sykepleier i utgangspunktet skal utøve sykepleie etter beste evne, i den aktuelle situasjonen, og med de ressurser som er tilgjengelige. Sykepleieren har allikevel ansvar for å melde fra om inkongruens mellom kompetansenivå og kompetansekrav, samt å søke hjelp ved slike problemstillinger. Sykepleierens personlige ansvar i forhold til etisk og juridisk forsvarlighet fremgår også i yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2014). Molven (2012, s. 129-130) påpeker at forsvarlighetskravet pålegges både den enkelte helsearbeider, og virksomheten som helhet. Dette medfører at ledelse, og involverte i organisering av virksomheten, blir ansvarliggjort i forhold til den pleie den enkelte pasienten mottar. Sykepleieetiske retningslinjer legger videre føringer for sykepleieren i samhandling med sine kolleger. Sykepleiere skal fremme gode tverrfaglige samarbeidsforhold, og ledere skal skape rom for etisk refleksjon og fagutvikling (NSF, 2014).

5.1.2 Overføringsdokumenter

Handlingsprogrammet for palliasjon (Helsedirektoratet, 2015) beskriver krav til dokumentasjon ved overføring av pasienter. Generelt skal relevant pasientinformasjon alltid være tilgjengelig for den helsearbeideren som jobber med å ivareta pasientens behov. Epikrise og sykepleiesammenfatning skal alltid følge med pasienten ved overføring til annen instans. Flateland (et al., 2015) har funnet at sykepleiesammenfatning er av stor betydning for sykepleiere som tar imot pasienten. Allikevel finner Flateland (et al., 2015) også at enkelte sykepleiere ikke alltid leser sykepleiesammenfatningene, og at årsaken til dette kan ligge i tidspress. Vi kan imidlertid ikke trekke konklusjon om at dette automatisk også vil gjelde for terminale pasienter som skrives ut til hjemmet. Antakelig foretar vedkommende sykepleier en helhetsvurdering og prioriterer oppgavene sine deretter. Allikevel kan det hevdes å være en

viss inkongruens mellom det som er den faglige standarden, i form av normer og retningslinjer, og praktisk fagutøvelse.

Olsen (et al., 2013) refererer til tre hovedfunn når det gjelder kommunikasjonsbarrierer relatert til den enkelte sykepleieren ved utskriving og overføring av pasienter. Disse er mangel på motivasjon, mangel på kontroll og mangel på kunnskap. Sykepleieren må finne det meningsfylt å gjennomgå informasjon i sykepleiesammenfatning og epikrise. Informasjonen må være meningsfull både i forhold til sykepleierens faktiske kunnskap, og eventuell påvirkning innholdet i sammenfatningen har for sykepleieutøvelsen, hvilket kan vurderes i lys av tilgjengelige ressurser og tid. Olsen (et al., 2013) peker også på at det kan oppstå manglende tiltro til den informasjonen som mottas fra en annen instans, og samtidig mistillit til hvorvidt den informasjonen man formidler blir tatt på alvor av mottaker. Sykepleieren på sykehusavdeling som skriver sykepleiesammenfatning kan ut i fra Olsens funn komme til å gjøre en mindre grundig jobb fordi hun ikke har tiltro til at hennes informasjon blir tatt på alvor og verdsatt, samtidig som hjemmesykepleier da får bekreftet sin forståelse av at informasjonen fra sykehussykepleiere er ufullstendig. Olsen (et al., 2013) beskriver en tendens til å skyelde på «de andre» ved svikt i informasjonsrutiner og samarbeid ved overføring av pasienter.

Gjennom personsentrert sykepleie kan disse elementene tolkes å omhandle sykepleierens kunnskaper, mellommenneskelige ferdigheter, dedikasjon til jobben, klarhet i forhold til verdier, samt å kjenne seg selv. McCormack og McCance (2010, s. 41) beskriver sykepleierens profesjonelle kompetanse som evne til å anvende kunnskaper og ferdigheter for å prioritere pleien. Man kan forstå situasjonen der sykepleieren ikke leser sykepleiesammenfatning før interaksjon med pasienten, som en vurdering og prioritering i forhold til den totale arbeidsbelastningen. Noen vil derimot kunne hevde at sykepleieren unnlater å utføre sin profesjon på en faglig forsvarlig måte. McCormack og McCance (2010, s. 50) hevder det å være dedikert til sykepleieprofesjonen innebærer et dyptliggende ønske om å gjøre det beste for pasienten. Fra dette perspektivet blir sykepleieren iboende verdier grunnleggende som garanti for ivaretagelse av den enkelte pasient. Dette gjenspeiles på mange måter i forsvarlighetskravet. Forsvarlighetskravet omhandler begrepet omsorgsfull hjelp, i tillegg til faglig forsvarlig helsehjelp. Molven (2012, s. 128) beskriver begrepet omsorgsfull hjelp, som å være en verdibasert måte å opptre på. Molven (2012, s. 130) hevder

også at ethvert avvik fra den faglige og verdimeslige standard ikke nødvendigvis vurderes som uforsvarlig, men at avviket må være så stort at det anses rettslig som en uforsvarlig handling. Sykepleierens grunnleggende verdier belyses også i pasientsentrert sykepleie som en del av de nødvendige egenskapene den enkelte sykepleier må ha for å kunne utøve pasientsentrert sykepleie. McCormack og MacCance (2010, s. 54) skiller mellom tro og verdier, hvor verdier innebærer hvorvidt noe bør være, mens tro beror på forståelse for hvordan noe faktisk er. Sykepleieren kan altså ha en grunnleggende verdi som tilsier at pasienten skal ha den faglig forsvarlige oppfølgingen det å lese en sykepleiesammenfatning utgjør, samtidig som hun har begrenset tro på det faglige og omsorgsmessige utbytte ved å gjøre dette.

Helsepersonelloven (1999) § 4 pålegger alt helsepersonell å delta i utarbeidelse av individuell plan, dersom pasienten har rett på dette. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 2-5 gir alle pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester rett til individuell plan. Pasienter i terminal fase, og som skrives ut fra sykehuset for å kunne dø hjemme, har ofte hatt pasientstatus over lengre tid og har ulike behov som utløser støtte fra ulike deler av helsetjenesten. Man kan således hevde at pasienter i terminal fase ofte har rett på individuell plan. Nordsveen og Andershed (2015) har funnet at individuell plan er viktig ved overføring av terminale pasienter til hjemmet. Allikevel har Nordsveen og Andershed (2015) også funnet at sykepleiere på sykehus ikke anvender slike planer i utstrakt grad, men at de har gode erfaringer der dette er brukt. Videre har hjemmesykepleiere hevdet at det viktigste med individuell plan er at et dokument følger pasienten, og at dokumentet inneholder kontaktinfo til relevante ansvarspersoner vedrørende behandling og pleie av pasienten (Nordsveen og Andershed, 2015). Som nevnt i teoridelen skal individuell plan inneholde blant annet navngitt koordinator, ansvarlig tjenesteyter for hvert område, mål for pasienten, avtalt oppfølging og oversikt over kontakter og ansvarsforhold. Det er åpenbart at det for den enkelte hjemmesykepleier blir lettere å forholde seg til en liste med mål, planlagt oppfølging, og mulighet til direkte kontakt med ansvarspersoner, enn selv å måtte finne ut av disse tingene på egenhånd. Tørnquist (et al., 2013) har funnet at hjemmesykepleierne tidvis opplevde å være «buffer» ved uavklarte ansvarsforhold i pleien av terminale pasienter, og at de ofte automatisk fikk rollen som koordinator for pleien og behandlingen. Videre opplevde mange av sykepleierne å være i konstant forhandling med pasientens lege, og at både lege og sykepleiere på sykehus anså hjemmesykepleierens kompetanse som legitim (Tørnquist, 2013).

Det kan fortone seg som et paradoks at sykepleierne opplever å få tildelt rollen som uformell koordinator, mens man samtidig ikke anser deres kompetanse som adekvat.

Olsen (et al., 2013) påpeker barrierer relatert til interpersonelle prosesser, og hevder disse handler om avhengighet og innflytelse overfor enkeltpersoner eller grupper. Det kan være problematisk å finne telefonnummer, samtidig kan ulike perspektiver i sykehus og hjemmesykepleie skape problemer i kommunikasjonen mellom disse. En individuell plan, med fastsatte mål, navngitt koordinator, og generell oversikt over kontakter og ansvarsforhold, vil kunne være til hjelp ved slike problemstillinger.

I følge handlingsprogrammet for palliasjon (Helsedirektoratet, 2015, s. 38-39) skal oppdatert medisinformasjon alltid være tilgjengelig på rett sted til rett tid. Epikrise skal følge pasienten og inneholde oppdatert medikamentliste. Dette betegnes som et minimumskrav i handlingsplanen. Dette følges ikke alltid opp i praksis av ulike årsaker. Feil i medisinalister skaper mistillit til den informasjonen som mottas fra andre aktører. I følge Olsen (et al., 2013) hender det at hjemmesykepleiere finner alvorlige feil i medisinformasjonen de mottar fra sykehuset, og konsekvensen blir at de generelt ikke stoler på medisinalister ved utskrivelser fra sykehuset. Yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2014) pålegger sykepleier en plikt til å melde fra når pasienten utsettes for kritikkverdige forhold. Det fremkommer ikke i artiklene hvorvidt sykepleierne faktisk rapportere avvik i disse situasjonene.

Gautun og Syse (2013, s. 29) har gjennomført en undersøkelse hvor samhandlingsreformen og håndtering av økte utskrivelser i kommunene var tema. Her svarer 14% av informantene at samarbeidet med sykehuset er dårlig blant annet grunnet manglende oppdatering av medisinalister. Man kan spørre hva som oppleves annerledes blant de resterende 86%. Det er allikevel på det rene at enhver sykepleier har et ansvar i forhold til forsvarlighetskravet. Dette kan hevdes å innebære systematisk gjennomgang av pasientens medikamentliste, særlig dersom man har erfart å finne feil i listene.

5.2 Organisasjonen

5.2.1 Faglig og mellommenneskelig støtte

I følge Tørnquist (et al., 2013) opplevde hjemmesykepleierne begrenset legitimitet, og at deres kompetanse ikke ble bekreftet. Dette var særlig tydelig ved utskrivelse fra sykehus, hvor hjemmesykepleierens kunnskaper om pasienten fullstendig var tilsidesatt. Disse funnene står i sterk kontrast til andre funn i samme studie, som viser at den faktiske pleien av den enkelte terminale pasient ofte ble planlagt og prioritert på bakgrunn av hjemmesykepleierens faktiske kompetanse. Tørnquist (et al., 2013) fant nemlig at hjemmesykepleierne ofte var alene med ansvar for døende, og mer generelt at de ofte var alene med alvorlige avgjørelser. Funnet kan tolkes å være beslektet med funn i andre studier som også viser til en følelse av faglig isolasjon blant hjemmesykepleiere involvert i terminal pleie. Edwards (et al., 2014) har funnet at noen klinikere føler at den isolasjonen som deres arbeidsmiljø gir dem, utgjør en risiko for pasientene og fordrer særskilt faglig dyktighet. Hjemmesykepleieren blir dermed stilt i en vanskelig situasjon rent juridisk, hvor forsvarlighetskravet pålegger den enkelte helsearbeider å kjenne sine kvalifikasjoner, samt å søke kvalifisert hjelp dersom dette anses nødvendig. Den aktuelle situasjonen skal imidlertid også være en del av den totale vurderingen om hvorvidt sykepleieren handler faglig forsvarlig. Dermed blir virksomheten som helhet ansvarlig, i og med at ansvaret for den terminale pasienten med visshet delegeres til sykepleiere uten videreutdanning eller adekvat erfaring.

Det er særlig to elementer i pasientsentrert sykepleie som relaterer til overfor nevnte problemstilling, hvor de profesjonelle relasjonene mellom de som er involvert i pleien blir et aktuelt tema. Disse to elementene er delt beslutningstaking, og maktfordeling i profesjonelle relasjoner. McCormack og McCance (2010, s. 71-78) tillegger visse faktorer i pasientsentrert sykepleie, til miljøet sykepleien utøves i. Blant disse faktorene finner vi systemer for delt beslutningstaking, og effektive profesjonelle relasjoner med maktfordeling. Forfatterne forklarer delt beslutningstaking ved å beskrive mekanismer i en prestasjonsgruppe, hvor man må fokusere både på oppgavene, gruppen som helhet, og på individene. Fokus på en prosess vedrørende disse elementene blir i realiteten «team-building». Sentralt i denne forståelsen er bygging av en såkalt læringskultur. Det er med andre ord aktuelt å se gruppen profesjonelle som et lag med felles mål for pasienten, heller enn uavhengige instanser som overlater ansvaret til neste instans. Foucault (sitert i McCormack og McCance, 2010, s. 74) hevder det

er en balanse mellom maktfordeling, og kamp mot maktstrukturene. Større makt hos den ene parten vil dermed kunne gi økt misnøye og mistillit hos den som opplever seg som underlegen. Dette kan hevdes å være tilfelle i Tørnquists studie, hvor sykepleierne opplever ikke å få bekreftet sin kompetanse av andre profesjonelle. McCormack og McCance (2010, s. 87) poengterer videre at miljøet hvor pleien forekommer, er preget av lag på lag med kultur og karakteristika som påvirker hverandre, og skaper komplekse perspektiver, forhold og adferd. Det er dermed sannsynlig at holdninger og oppfatninger vedrørende synet på hverandre hos sykepleiere på sykehus og i hjemmesykepleie, er påvirket av den status og stilling som hjemmesykepleie og sykehussykepleiere historisk sett har hatt.

Det påpekes fravær av kontrollmekanismer som vil oppstå i en team-basert hverdag i hjemmesykepleien, hvor man som gruppe har mulighet til å fange opp feil og således kunne rette disse (Edwards, et al., 2014). Dersom hjemmesykepleieren opererer alene og ikke har adekvat tilgang på faglig støtte, får dette naturligvis konsekvenser for faglig forsvarlighet. Tørnquist (et al., 2013) fant at hjemmesykepleierne trengte støtte i sammenheng med terminal pleie i hjemmet. Behovet inkluderte kunnskaper om palliasjon, støtte fra kolleger og støtte fra ledere. Nordsveen og Andershed (2015) har på sin side funnet at felles møtearenaer og forståelse for hverandres arbeidsområde er sentrale punkter som fremmer samarbeid ved overføring av pasienter.

5.2.2 Palliativt team og kreftkoordinator/kreftsykepleiers roller

Handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen (15) anbefaler alle kommuner å opprette en stilling for en ressursykepleier i kreftomsorgen med fokus på palliasjon, kompetanse og samhandling. Ressursykepleier skal bistå personalet i hjemmesykepleien ved å gi råd og veiledning, og om nødvendig delta i pleien. Disse kreftsykepleierne viser seg å være en ressurs både for sykepleiere på sykehus, og i hjemmesykepleien. Nordsveen og Andershed (2015) fant at sykepleiere i sykehus mener det er viktig for dem å ha faste kontaktpersoner i kommunene når pasienter skal skrives ut, eksemplifisert ved kreftkoordinator som har oversikt over sin kommune. Sykepleierne på sykehus får økt tillit til kommunehelsetjenesten når de møtes av en kompetent sykepleier med oversikt innenfor sitt fagfelt i sin kommune. Nordsveen og Andershed (2015) påpeker også at sykepleiere på sykehus i de kommuner som

har kreftkoordinator, mener at kreftkoordinator vet hva som trengs og hva som må ordnes. Videre begrenses tidsbruk for sykepleierne på sykehus når disse slipper å søke etter kontaktinformasjon og rett person i kommunene. På den andre side hevder Nordsveen og Andershed (2015) at hjemmesykepleiere i kommuner som ikke har kreftkoordinator, savner en person som tar imot og koordinerer beskjeder fra sykehuset. Å ha en kreftkoordinator kan ses å være ressursbesparende både for sykepleiere på sykehus, og i hjemmesykepleien. Allikevel beskriver Nordsveen og Andershed (2015) at det derimot kan være problematisk at kreftsykepleier deltar på samarbeidsmøter ved utskrivelse, på bekostning av hjemmesykepleierne som vil komme til å utføre sykepleien til pasienten i hans hjem.

I følge handlingsprogram for palliasjon (Helsedirektoratet, 2015, s. 149) bør det forekomme samarbeid med palliativt team dersom dette anses som nødvendig, selv om hovedansvaret ligger hos fastlegen ved hjemmebasert omsorg. Palliativt team skal i hovedsak ha en konsulentfunksjon. Kontakt med palliativt team kan være særlig viktig som støtte for hjemmesykepleien. Flateland (et al., 2015) har funnet at kontakt med palliativt team ble vurdert som viktig i hjemmesykepleiernes arbeidshverdag, dersom palliasjon var et tema. Videre ble palliativt team beskrevet som et kunnskapscenter for hele kommunen. Allikevel kunne sykepleiere prioritere å ikke delta på møter mellom palliativt team, pasient og pårørende, i deres hjem (Flateland, et al. 2015).

Handlingsplan for palliasjon (15) slår fast at målet for organiseringen av palliasjon er at pasientene alltid skal ha tilgang til den nødvendige kompetansen. Viktige ledd i sikring av kompetansetilgang er opprettelse av palliativt team i spesialisthelsetjenesten, og kreftkoordinator i kommunene. Edwards (et al, 2014) har funnet at manglende kompetanse kan være en sikkerhetsrisiko når pasienter mottar terminal pleie i hjemmet. Videre har Edwards (et al. 2014) funnet at noen hjemmesykepleiere finner den profesjonelle isolasjonen i sin arbeidshverdag så påtrengende, de det fordrer særlig kompetanse hos den enkelte. Støtte fra palliativt team og kreftsykepleiere kan bøte på denne problemstillingen, og bidra til kompetansespredning.

5.2.3 Ressurser

Manglende ressurser var gjennomgående et tema som kan relateres til store deler av funnene i de ulike studiene denne oppgaven er bygget på. Olsen (et al., 2013) har identifisert mangel på ressurser, inkludert tid og utstyr, som en potensiell informasjonsbarriere mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. En sentral problemstilling er tidspunkt for utskrivelse, hvilket kan få konsekvenser for sykepleiernes evne til å ta imot pasienter i kommunene på en god måte. Flateland (et al., 2015) fant særlig helger og kvelder som vanskelige tidspunkt å motta pasienter for sykepleiere i kommunen. Nordsveen og Andershed (2015) fant at det ofte ikke sendes med pasienten tilstrekkelig utstyr og resepter, hvilket er vanskelig å ordne på kveld og i helgene. Disse funnene reflekterer lavere bemanning i helsevesenet generelt i helger og på kveldstid, hvilket i seg selv er et spørsmål om ressursstyring. De reflekterer også manglende evne eller vilje til å forstå, og ta konsekvensene av, den andres arbeidssituasjon. I følge Nordsveen og Andershed (2015) er det sentralt at sykepleiere på sykehus og i kommunene har forståelse for hverandres arbeidsområde, og at en konsekvens bør være at sykepleierne på sykehus ser til at det ikke mangler medisiner eller resepter når pasienter skrives ut. Nordsveen og Andershed (2015) påpeker videre at mangel på medisiner og resepter gir hjemmesykepleierne ekstraarbeid, og samtidig gir det ofte nedsatt tillit til hjemmesykepleien i pasient- og pårørendes øyne. Sykepleieetiske retningslinjer (NSF, 2014) slår fast at sykepleieren skal verne om sykepleiefagets omdømme. I nasjonal handlingsplan (39) påpekes det at utskrivning bør varsles i god tid, og at helg og kveld bør unngås. Ved terminal problematikk må man allikevel forsøke å etterkomme pasientens ønske om å dø hjemme. Dermed kan man ikke simpelthen bare vedta å ikke skrive ut på kveldstid eller i helger, men er i større grad underlagt pasientens helsemessige status i øyeblikket.

Olsen (et al., 2013) har identifisert mangel på kontinuitet i personalet, grunnet turnusrotasjoner og deltidsstillinger, som en informasjonsbarriere ved utskrivelse fra sykehus. Sykepleiere som jobber i redusert stillingsprosent har redusert kontakt med den enkelte pasient. Dette kan medføre at en sykepleier som er involvert i mottakelse av en pasient den ene dagen, gjerne ikke er på jobb flere dager etterpå. Den manglende kontinuiteten kan da hevdes å skape nedsatt informasjonsflyt blant de ansatte.

Tidspress i arbeidssituasjonen kan få konsekvenser for prioriteringer sykepleierne foretar seg. Edwards (et al., 2014) identifiserer mangel på tid som en sikkerhetsrisiko som kan resultere i inadekvat pleie. Tidspress i arbeidssituasjonen kan altså utfordre faglig forsvarlig sykepleie. I følge Flateland (et al., 2015) kunne tidspress for hjemmesykepleierne resultere i mekanisk og rutinepreget opptreden i møte med pasienter. Tidspress kunne også føre til at sykepleierne ikke leste sykepleiesammenfatning og epikrise før de gikk inn i pleie og behandling av pasientene.

5.3 Pasient og pårørende

I følge handlingsprogrammet for palliasjon (Helsedirektoratet, 2015) er målet med palliasjon økt livskvalitet. Livskvalitet er et subjektivt begrep, og kan derfor ikke beregnes uten samtale og samhandling med pasienten og hans pårørende. Dette setter krav til sykepleiernes evner i deres interaksjon med pasientene. McCormack og McCance (2010, s. 89) bruker begrepet personsentrerte prosesser om det arbeidet som utføres på bakgrunn av sykepleierens forutsetninger, og miljøet omsorgen utøves i. Et av elementene under personsentrerte prosesser er det å jobbe i tråd med pasientens tro og verdier. Å bli kjent med pasientens verdier og trossystemer kan være tidkrevende, men vil være nødvendig for å finne tråden i hans forståelse av sin situasjon. Kunnskaper om pasientens verdier og trossystemer vil kunne skape et grunnlag for en relasjon hvor sykepleier ser pasienten som et unikt enkeltindivid. Dette står i opposisjon til det tidspresset som enkelte i hjemmesykepleien opplever. Flateland (et al., 2015) beskriver tilfeller av mekanisk og rutinepreget opptreden i møte med pasienter grunnet tidspress. En slik praksis vil ikke gi sykepleieren et godt kunnskapsgrunnlag som er spesifikt for den enkelte pasient. McCormack og McCance (2010, s. 94) kaller det terapeutiske pasient-sykepleier forholdet for hjertet i pasientsentrert sykepleie. Videre hevder de at sykepleierens rolle er å tilby tilstedeværelse gjennom personlig støtte, faglig ekspertise og samtidig støtte pasientens autonomi. Utstrakt bruk av deltidsansatte kan ved å erkjenne denne rollen anses å være i opposisjon til å støtte pasientens autonomi ved at flere ansatte vil måtte involvere seg. Nordsveen og Andershed (2015) har funnet at pasienter og pårørende

ofte finner det kaotisk når det er lite struktur i pleien, og mange pleiere er innom. Manglende ansvarsforhold i forhold til enkeltpasienter kan også tenkes å medføre økt fokus på tekniske oppgaver, i stedet for en holistisk tankegang.

McCormack og McCance (2010, s. 93-94) mener at kunnskaper om pasientens tro- og verdisystem utgjør grunnlaget for å gjøre pasienten delaktig i avgjørelser rundt eget liv og egen pleie. Dette kan sykepleieren gjøre gjennom å gi pasienten informasjon og integrere de nye perspektivene som kunnskaper om pasientens verdier og tro gir. Man vil altså kunne understøtte pasientens autonomi gjennom kunnskaper om ham. Videre kan den interesse sykepleieren utviser, sammen med en integrering av pasientens verdier og tro, kunne gi pasienten en opplevelse av å bli sett som enkeltindivid. I følge Lees (et al., 2014) er verdighet og medfølelse sentrale egenskaper hos sykepleieren, som sterkt påvirker pasient- og pårørendes opplevelse av den profesjonelle omsorgsutøvelse. Dette funnet kan sies å være i tråd med både personsentrerte prosesser og utfall av pasientsentrert sykepleie. Målene for pleien defineres i utfall. Ønskede utfall er at pasienten føler han er involvert i pleien, at han har en følelse av velvære og at det skapes et terapeutisk miljø. Et terapeutisk miljø innebærer at pasienten tar del i avgjørelser, relasjoner mellom profesjonelle aktører er preget av samarbeid, at lederskapet er transformativt, og at nyskapende praksis støttes opp under (McCormack og McCance, 2010, s. 111). Fravær av noen av disse elementene kan skape en opplevelse av inadekvat pleie for pasient og pårørende. Lee (et al., 2014) har funnet at uoverensstemmelser i den profesjonelle omsorgsutøvelsen resulterte i negativ totalopplevelse både for pårørende og for pasient.

Pårørende har også vist seg å kunne skape utfordringer for helsepersonell ved terminal pleie i hjemmet. Edwards (et al., 2014) har funnet at manglende kompetanse blant pasient og pårørende kan utgjøre en sikkerhetsrisiko. Eksempler på dette kan være manglende forståelse for hva pasienten kan og ikke kan gjennomføre rent fysisk, reduserte kognitive evner. Videre kan rusmisbruk være et tema, hvor pårørende kan ta pasientens medikamenter. Disse utfordringene er det essensielt at hjemmesykepleieren har kunnskaper om ved administrering av terminal pleie i hjemmet.

6.0 Avslutning

Sammendrag

Å utføre terminal pleie i hjemmet i henhold til faglig forsvarlighet og omsorgsfullhet, setter store krav til kompetanse og klinisk erfaring hos sykepleiere. Dette gjelder særlig dersom sykepleieren opplever sin arbeidssituasjon som isolert, med mangel på faglig og medmenneskelig støtte. Allikevel blir enkelte sykepleiere i hjemmetjenesten, som ikke har adekvat kompetanse og klinisk erfaring, satt til å utføre terminal pleie i hjemmet.

Det avdekkes tidvis alvorlige feil i medikamentlister, hvilket skaper mistillit hos hjemmesykepleierne overfor sykepleierne på sykehus. Mistillit i forhold til hvorvidt informasjon i sykepleiesammenfatning blir tatt på alvor, kan også gjøre at sykepleiere på sykehus nedprioriterer å skrive disse etter beste evne.

Det er sjeldent individuell plan anvendes. Sykepleiere med erfaring med slik plan sier allikevel planen er en viktig del av pleien.

Sykepleiere i hjemmesykepleien kan oppleve å ha begrenset legitimitet hos andre aktører i helsevesenet. Systemer for delt beslutningstaking, og effektive profesjonelle relasjoner med reell maktfordeling er nødvendig for å skape en lagopplevelse blant involvert helsepersonell. Dette kan bidra til sømløs helsehjelp, og vil bidra til å skape en læringskultur.

Ressursstillinger for kreftsykepleiere i kommunene viser seg å være en ressurs både for spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjenesten. Kontakt med palliativt team oppleves som særlig viktig av sykepleiere i hjemmesykepleie. Palliativt team og kreftsykepleier anses å være viktige elementer for å spre kunnskap om palliasjon. På tross av dette kan sykepleiere i hjemmesykepleien prioritere bort å delta på møter med palliativt team og/eller kreftsykepleier.

Mangel på tid, utstyr og andre ressurser kan skape en barriere for kommunikasjon mellom aktørene. Tidspunkt for utskrivelse, da særlig helg og kveld, anses å være ugunstig for hjemmesykepleien. Manglende resepter og utstyr, samt dårlig informasjon i epikrise og sykepleiesammenfatning, kan skape mistillit hos pasient og pårørende overfor hjemmesykepleien.

For å kunne øke pasientens livskvalitet, hvilket er målet med palliativ pleie, må sykepleieren jobbe i tråd med pasientens verdier og trossystemer. Dette krever tid. Verdighet og medfølelse er viktige element i pasient- og pårørendes opplevelse om hvorvidt pasienten har mottatt god og omsorgsfull sykepleie.

Konklusjon

En pasientsentrert og fleksibel praksis må innarbeides som grunnlag for terminal pleie i hjemmet. Det ligger et stort forbedringspotensial i rutiner ved overføring av pasienter, og det er behov for et større fokus på informasjonsutveksling og koordinering ved utskrivelse fra sykehus. Det er viktig med felles møtearenaer, hvilket reduserer «oss og dem-tankegang» og kan bidra til en mer sømløs helsetjeneste. Hospitering er også anbefalt. Det bør i større grad oppfordres til bruk av individuell plan.

Økning i antall individer som ønsker å dø hjemme, sammen med retningslinjer som sier at dette ønsket skal prioriteres, gjør denne problemstillingen særlig viktig i tiden fremover. Det kan betegnes som paradoksalt at problemstillingen oppleves som særlig viktig i møte med den enkelte pasient, mens det samtidig ikke foreligger mer forskning på teamet. Fremtidig holistisk sykepleie ved overføring til hjemmet ved terminal pleie krever utvidet forskning på området.

7.0 Referanseliste

Birkeland, A., Flovik, A.M. (2014). *Sykepleie I hjemmet*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

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

Edwards, S. B., Galanis, E., McGarvey, K., Prestwich, C., Ritcey, S., & Wulf, K. (2014). *Safety Issues at the End of Life in the Home Setting*. Home Healthcare Nurse, 32(7), 396-401 6p. doi:10.1097/NHH.0000000000000105

Flateland, S., Nesheim, T. M., Riiser, A. B., & Söderhamn, U. (2015). *Sykepleiestudenters erfaringer knyttet til overføring av pasient fra spesialist- til kommunehelsetjeneste*. Tidsskrift for Omsorgsforskning, 1(2), 145-53.
https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2015/02/sykepleiestudenters_erfaringer_k_nyttet_til_overfoering_av_pa

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier -Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur

Gautun, H., og Syse, A. (2013). *Samhandlingsreformen- hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene imot det økte antall pasienter som skrives ut fra sykehusene?* (NOVA rapport 8/13). Hentet fra http://www.hioa.no/About-HiOA/Centre-for-Welfare-and-Labour_Research/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2013/Samhandlingsreformen

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

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell av 2. juli 1999 nr. 64*. Hentet 10 januar 2016 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

- Hjort, P.F. (2013). Pleie og omsorg ved livets slutt. M. Kirkevold., K Brodtkorb., A.H. Ranhoff. (Red.). *Geriatrisk sykepleie -god omsorg til den gamle pasienten* (1. Utg., s. 447-455). Oslo: Gyldendal Akademiske
- Lees, C., Mayland, C., West, A., & Germaine, A. (2014). *Quality of end-of-life care for those who die at home: views and experiences of bereaved relatives and carers. International Journal Of Palliative Nursing*, 20(2), 63-67 5p.
- McCormack, B. McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing -theory and practice*. West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Meld. St. nr. 29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/?q=morgendagens%20omsorg&ch=2#match_0
- Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Nordsveen, H., & Andershed, B. (2015). Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem – Sykepleieres erfaringer av samhandling. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 5(3), 239-52. https://www.idunn.no/nsf/2015/03/pasienter_med_kreft_i_palliativ_fase_paa_vei_hjem_-_sykeplei
- Norsk Sykepleierforbund. (2014). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 10.01.2016 fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvendt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V., Reinart, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert- en arbeidsbok*. Oslo: Akribe.

NOU 1999:2 (1999). *Livshjelp, behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*.
Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1999-2/id141460/?q=nou1999:2>

Olsen, R. M., Østnor, B. H., Enmarker, I., & Hellzén, O. (2013). *Barriers to information exchange during older patients' transfer: nurses' experiences*. *Journal Of Clinical Nursing*, 22(19/20), 2964-2973 10p. doi:10.1111/jocn.12246

Olsson, H. Sørensen, S. (2009). *Forskningsprosessen -kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli nr. 63. Hentet 10. Januar 2016 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>

St. Meld. Nr. 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen -rett behandling -på rett sted -til rett tid*. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?q=samhandlingsreform&ch=1#match_0

Thiedemann, I.J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter- den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Trier, E. L. (2013). Lindrende sykepleie. U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie- Sykepleieboken 3* (2. Utg. S. 892-944). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Törnquist, A., Andersson, M., & Edberg, A. (2013). *In search of legitimacy - registered nurses' experience of providing palliative care in a municipal context*. *Scandinavian*

Journal Of Caring Sciences, 27(3), 651-658 8p. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01074.x

World health organization. (2016). *WHO definition of palliative care*. Hentet 10.01.2016, fra: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Vedlegg

Vedlegg 1

Tabell som viser PICO (Patient-Intervention-Comparison-Outcome), og sammenfallende MeSH-, og ikke-MeSH søkeord.

PICO	Elementer relatert til PICO	Søkeord
Pasientgruppe	# Terminal pasient	# Terminally ill
Intervensjon	# Terminal pleie i hjemmet # Utskrivelse fra sykehus	# Terminal care (MeSH) # Palliative care (MeSH) # End of life care (MeSH) # Home care service (Mesh) # Community health service (Mesh) # Patient transfer (MeSH) # Patient discharge (MeSH) # Communication (MeSH) # Cooperative behavior (MeSH) # Interinstitutional relations (MeSH) # Continuity of patient care (MeSH)
Sammenligning	-	
Utfall	# Påvirkning av faglig forsvarlig sykepleie. # Samhandling og kommunikasjon.	# Professional responsebility # Professional correctfullness # Defensible professionalism # Quality of healthcare (MeSH)

Vedlegg 2

Søk i PubMed.

Søk	Søkeord	Treff
#1	Terminally ill or terminal care or palliative care or end of life care	19882
#2	Home care service or community health service	53323
#3	Patient transfer or patient discharge	18147
#4	Communication or cooperative behavior or interinstitutional relations or continuity of patient care	118969
#5	#1 and #2 and #3 and #4	76

Vedlegg 3

Søkeresultat i CINAHL

Søk	Søkeord	Treff
#1	Terminally ill or terminal care or palliative care or end of life care	21201
#2	#1 and home care service or community health service	946
#3	#1 and #2 and patient transfer or patient discharge	59
#4	#1 and #2 and #3 and communication or cooperative behavior or interinstitutional relations or continuity of care	18

Vedlegg 4

Sjekkliste for artikkelfunn:

Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem- Sykepleieres erfaringer av samhandling

Er formålet med studien tydelig?	Ja. Studien har til hensikt å beskrive sykepleieres erfaringer med overføring av palliative pasienter fra sykehus til hjemmet. Informanter i studien var sykepleiere både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Studien bygger på kunnskap om at det ofte forekommer svikt i samhandling ved overføring av pasienter.
Er den kvalitative tilnærmingen hensiktsmessig?	Ja. Studien har et kvalitativt beskrivende design, hvor man anvendte fokusgruppeintervjuer. Forfatterne anser denne typen gruppeintervju som vesentlig, for å kunne få frem ulike synspunkter gjennom diskusjoner.
Er det tilfredsstillende hvordan og hvorfor utvalget ble valgt?	Ja. Utvalget er strategisk. Sykepleiere ble rekruttert fra to lokalsykehus og hjemmesykepleien. Dette for å få en så helhetlig beskrivelse av samhandlingen som mulig. Inkluderingskriterier var erfaring med palliativ pleie i mer enn fem år, og/eller videreutdanning innenfor kreftomsorg eller palliativ omsorg.
Var datasamlingen tilstrekkelig til å gi et helhetlig bilde av fenomenet?	Forfatterne påpeker at fokusgruppeintervjuer med fire personer eller mindre kan gi utilstrekkelig samhandling i gruppen, og dermed påvirke utfallet. Det er derfor en svakhet at det bare var fire personer i fokusgruppene. Det var imidlertid stort spredning erfaringsmessig, hvilket belyser temaet på en bredere måte. I tillegg hadde enkelte sykepleiere lang erfaring, hvilket gir dem grunnlag for å belyse problemstillingen historisk. Det påpekes også at moderator hadde begrenset erfaring, og at dette kan ha påvirket datasamlingen.
Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Det påpekes at moderator hadde liten erfaring og derfor kan ha gått glipp av nyanserte detaljer. For å bøte på dette ble det gjennomført et pilotintervju med observatør tilstede, hvor både intervjueteknikk og intervjuguide var tema.
Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført?	Ja. Det ble benyttet kvalitativ innholdsanalyse i studien. Analysen resulterte i fremtredende tema og mønstre.

Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	
Er det gjort forsøk på å underbygge data (for å sjekke om funnene er riktige)?	Bruk av observatør i intervjusammenheng kan ses som et tiltak for å underbygge data.
Kommer det klart frem hva som er hovedfunnene?	Ja. Hovedfunnene relatert til problemstillingen er felles møtearenaer, og forståelse for hverandres arbeidsområde.
Kan resultatene brukes i min praksis?	Studiens begrensede mengde informanter, sammen med en viss inkongruens i forhold til min problemstilling, begrenser dens anvendelighet. Den forteller allikevel om generelle problemstillinger ved samhandling mellom aktører i helsevesenet når pasienter skrives ut for å motta palliativ pleie, og er derfor interessant.