



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

SYKB390-O-2023-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	03-05-2023 12:00 CEST	<b>Termin:</b>	2023 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	12-05-2023 14:00 CEST	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 SYKB390 1 O 2023 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	388
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	6871
----------------------	------

**Egenerklæring \*:** Ja  
**Jeg bekrefter at jeg har Ja**  
**registrert**  
**oppgavetittelen på**  
**norsk og engelsk i**  
**StudentWeb og vet at**  
**denne vil stå på**  
**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	73
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	208

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

*Palliasjon til hjemmeboende  
kreftpasienter og deres pårørende*

*Palliative care for home-dwelling cancer  
patients and their relatives*

**Kandidatnummer: 208 & 388**

**Bachelor i sykepleie**

**Fakultet for hele- og sosialvitenskap (FHS)**

**Innleveringsdato: 12. Mai 2023**

*Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.*

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INNLEDNING - BAKGRUNN MED TEORETISK PERSPEKTIV .....</b>	<b>1</b>
1.1 PROBLEMSTILLING.....	2
1.2 BEGREPSAVKLARING .....	2
1.2.1 Kreft.....	2
1.2.2 Palliasjon.....	2
1.2.3 Palliativ fase.....	2
1.2.4 Hjemmesykepleie.....	3
<b>2.0 TEORI .....</b>	<b>3</b>
2.1. KREFT I PALLIATIV FASE.....	3
2.2 VANLIG UTFORDRINGER I PALLIATIV FASE .....	3
2.2.1 Smerter .....	4
2.2.2 Kvalme.....	4
2.2.3 Fatigue.....	5
2.2.4 Angst / depresjon.....	5
2.3 PALLIASJON I HJEMMET .....	5
2.4 Å VÆRE PÅRØRENDE TIL EN KREFTPASIENT I PALLIATIV FASE.....	6
2.4.1 Vi- de pårørende.....	6
2.5 JOYCE TRAVELBEE ´S SYKEPLEIETEORI .....	7
2.5.1 Kommunikasjon.....	7
2.5.2 Menneske-til-menneske-forhold .....	7
2.6 TILLIT .....	8
2.7 AKTUELLE LOVER OG STYRINGS- DOKUMENTER .....	8
2.7.1 Helse- og omsorgstjenesteloven.....	8
2.7.2 Helsepersonelloven .....	9
2.7.3 Samhandlingsreformen.....	9
<b>3.0 METODE.....</b>	<b>10</b>
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE .....	10
3.2 SØKESTRATEGI OG VALG AV DATABASER.....	10
3.2.1 Kunnskapspyramiden .....	10
3.2.2 PICO.....	10
3.2.3 MeSH termer .....	11
3.3 FREMGANGSMÅTE .....	12
3.3.1 Inklusjonskriterier .....	12
3.4 SØKEHISTORIKK.....	13
MEDLINE (Ovid).....	13
CINAHL.....	14
3.5 KRITISK VURDERING AV ARTIKLENE.....	14
3.6 ANALYSE OG SYNTSE AV RESULTATER .....	15
3.7 FORSKNINGSETIKK .....	15
<b>4.0 RESULTAT .....</b>	<b>15</b>
4.1 RESULTATSYNTSE.....	16
4.1.1 Viktigheten av klinisk kompetanse innen palliasjon.....	16
4.1.2 Pasientsentrert Sykepleie .....	17
4.1.3 Tverrfaglig samarbeid.....	18

<b>5.0 DISKUSJON .....</b>	<b>19</b>
5.1 RESULTAT DISKUSJON .....	19
5.1.1 <i>Klinisk kompetanse innen palliasjon</i> .....	19
5.1.2 <i>Pasientsentrert sykepleie</i> .....	21
5.1.3 <i>Brukermedvirkning</i> .....	21
5.1.4 <i>Pårørende - en viktig ressurs</i> .....	22
5.1.5 <i>Tverrfaglig samarbeid</i> .....	23
<b>6.0 KONKLUSJON .....</b>	<b>24</b>
<b>7.0 REFERANSER .....</b>	<b>26</b>
<b>8.0 VEDLEGG.....</b>	<b>1</b>
8.1 VEDLEGG 1 – SØKEHISTORIKK .....	1
8.1.1 <i>Søk 1 Medline</i> .....	1
8.1.2 <i>Søk 2 Medline</i> .....	2
8.1.3 <i>Søk 3 Medline</i> .....	3
8.1.4 <i>Søk 1 Cinahl</i> .....	4
8.1.5 <i>Søk 2- Cinahl</i> .....	5
8.2 VEDLEGG 2 – SJEKKLISTE.....	1
8.3 VEDLEGG 3– LITTERATURMATISE .....	1

## **Abstract**

**Background:** During our studies, we experienced that being able to stay at home was important for a large group of cancer patients, however few people in Norway die at home. Therefore, we wanted to study which factors patients and their caregivers, deem as important while receiving palliative care at home, as well as examine which competence, knowledge and skills nurses should possess to ensure quality patient care.

**Aim:** To study which factors are important in home-dwelling cancer patients and their caregivers when receiving palliative care in their home.

**Method:** We conducted a literature review for this study. Our data consisted of research articles of qualitative design, relevant literature, guidelines, and public documents.

**Results:** Several factors affect the experience of good palliative care for patients and their caregivers. The clinical competence of nurses contributes to building trust in the treatment received. It is also important for nurses to have information and communication skills to interact effectively with patients and caregivers. It is crucial to create opportunities for patients and caregivers to express their wishes and needs, enabling user involvement in the palliative care treatment. Interdisciplinary collaboration between various professions can contribute to improving the treatment received by the patient.

**Conclusion:** Building a good relationship with patients and caregivers creates a sense of security and allows for user involvement. Nurses play an essential role in relationship-building, which can contribute to a sense of security, ensuring that patients and caregivers feel cared for during palliative care at home.

**Keywords:** Cancer, home-dwelling cancer patients, caregivers, palliative care

## 1.0 Innledning - Bakgrunn med teoretisk perspektiv

Ifølge Verdens Helseorganisasjon, er *kreft* den nest største dødsårsaken globalt. Tall fra 2018 viser til at kreft forårsaket om lag 9,6 millioner dødsfall. Byrden av kreft fortsetter å øke globalt, og fører til en fysisk, følelsesmessig og økonomisk belastning på enkeltmennesker, familier, lokalsamfunn og helsesystemer (World Health Organization, u.å.). Kreft er et samlebegrep på om lag 200 ulike typer kreft som har til felles at det oppstår en ukontrollert cellevekst (Kreftforeningen, 2022a).

Til tross for at dødeligheten av kreft er synkende, med økende overlevelse, ser man likevel økning i antall tilfeller av kreft (Kreftregisteret, 2022a). I 2021 var det 36. 998 i Norge som ble diagnostisert med kreft, og antall nye krefttilfeller har økt betraktelig med årene. Det foreligger forskjeller mellom menn og kvinner, og av de som ble diagnostisert med kreft i 2021 var 17. 314 av de kvinner, og 19.684 var menn (Kreftregisteret, 2022b, s. 2).

Folkehelseinstituttets dødsrate statistikk viser til at det i 2021 var registrert 10. 953 dødsfall grunnet kreft (Raknes & Sveen, 2022). Det er kun ca. 15 % av de som dør i Norge, som dør i eget hjem (Helsedirektoratet, 2018a).

Den nasjonale kreftstrategien for 2018-2022 “Leve med kreft”, legger vekt på spørsmålet “hva er viktig for deg”. Dette skal være med å skape “pasientenes helsetjeneste” og bidra til at pasientene får større innflytelse på tjenestene de mottar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Kreft berører mange, og du kan enten være direkte berørt som pasient eller indirekte som pårørende (Kreftregisteret, 2022a).

Å være pårørende kan være en stor belastning og påvirke både den fysiske og psykiske helsen. Søvnproblemer, stress, angst, nedsatt immunforsvar og kostholds- relaterte problemer er noen av de vanligste helseutfordringene pårørende med store omsorgsoppgaver og/eller belastninger kan oppleve (Helsedirektoratet, 2018b). Etersom det ikke bare er pasienten som rammes ved alvorlig sykdom skal helsepersonell også ivareta pårørende.

International Council of Nurses´s (ICN) (2021) og Norsk sykepleierforbund (NSF) (u.å.) sine yrkesetiske retningslinjer for sykepleie, tydeliggjør at sykepleiers profesjonelle ansvar er å ivareta mennesker som har behov for sykepleie. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) regulerer pasientenes rettigheter og Helsepersonelloven (2001) regulerer sykepleiers virksomhet og plikter.

På bakgrunn av dette ønsker vi i denne litteraturstudien å undersøke forskning om hvilke faktorer som er viktig for både pasienter og pårørende når det ytes omsorg i hjemmet i den palliative fasen, for så å diskutere hvordan sykepleier kan ivareta disse faktorene.

## 1.1 Problemstilling

Hvilke faktorer er viktige for hjemmeboende kreftpasienter og deres pårørende, når de mottar palliativ omsorg i hjemmet?

## 1.2 Begrepsavklaring

### 1.2.1 Kreft

Kreft kan defineres som oppståtte mutasjoner (skader) i cellens arvestoff, som gjør at cellene mister sin evne til å dele seg kontrollert. Etter hvert vil kreftcellene fortsette å dele seg ukontrollert, og det hopper seg opp med kreftceller i det organet hvor veksten startet. Da vil det dannes en kreftsvulst (Kreftforeningen, 2022a).

### 1.2.2 Palliasjon

Verdens helseorganisasjon (WHO) sin definisjon av palliasjon, referert i Helsedirektoratet (2019), lyder som følger;

Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnæringsmåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte, og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art (Helsedirektoratet, 2019).

### 1.2.3 Palliativ fase

Palliativ fase kan ses som en prosess fra når kreftsykdommen ikke lenger kan helbredes og frem til pasientens død. Noen har kun behov for palliativ behandling den siste levetiden,



mens andre har det periodevis gjennom flere år (Roaldset & Aass, 2021). Hvilke behov pasienten har kan variere ut fra hvilke type kreft og symptomer vedkommende har, og det er derfor viktig at behandlingen legger til rette for å oppnå best mulig livskvalitet hos den enkelte pasient og deres pårørende (Kreftforeningen, u.å.)

#### 1.2.4 Hjemmesykepleie

“Hjemmesykepleie er et felles begrep for all sykepleie som utføres i pasientens hjem, enten den utføres av en sykepleier eller av annet helsepersonell” (Birkeland & Flovik, 2020, s.15). “[...] Helsetjenester gis for at du skal oppnå bedre mestring og funksjon, mindre smerte og ubehag, flere leveår og/eller økt livskvalitet” (Helsenorge, 2022).

## 2.0 Teori

### 2.1. Kreft i palliativ fase

Et overordnet mål hos pasienter som er i et palliativt sykdomsforløp, er å lindre smerter og andre symptomer, i tillegg til psykososiale og åndelig smerte. I sammenheng med dette er mellommenneskelige relasjoner viktige, og sykepleierens personlige relasjon til pasienten står sentralt i den palliative pleien. Palliativ omsorg er rettet mot å forbedre livskvaliteten til pasienter og pårørende som står i et møte med døden. Å forebygge og redusere smerte og lidelse er helt sentralt, og det er et mål å gjøre livet til pasient best mulig den siste tiden han/hun har igjen å leve (Birkeland & Flovik, 2020, s. 188-189).

### 2.2 Vanlig utfordringer i palliativ fase

I palliativ fase har en ofte komplekse og sammensatte behov, og det kan være vanskelig å iverksette målrettede tiltak (Stubberud, Grønseth & Almås, 2017, s 425). Symptomene må derfor sees i sammenheng som “symptomgrupper”, og dermed tilnærmes parallelt. En symptomgruppe kan være angst, tungpust og fatigue (Dahl & Grov, 2014 og Stacy et.al. 2015, referert i Stubberud et al., 2017, s 425).

### 2.2.1 Smerter

Smerter er den mest fryktede plagen relatert til kreftsykdom, og om lag 70 % av pasientene med langtkommen kreft rapporterer at de har behandlingskrevende smerter (Smith & Saiki, 2015, referert i Grønseth & Stubberud, 2022, s. 481). Pasienter med kreftsmerter har ofte mange forskjellige typer smerter, og ofte flere typer smerter på en gang (Grønseth & Stubberud, 2022, s. 481).

#### 2.2.1.1 Fysisk smerte

Fysiske smerter kan være akutte eller langvarige smerter, gjennombruddssmerter, tumorrelaterte smerter, smerter etter antitumorbehandling eller smerter relatert til andre plager som følge av kreftsykdommen (Grønseth & Stubberud, 2022, s. 481). Palliative kreftpasienter har ofte langvarige smerter med akutte smerte episoder (Portenoy & Dhingra, 2019, referert i Grønseth & Stubberud, 2022, s. 481).

#### 2.2.1.2 Eksistensiell smerte og sorg

Ved kreftsykdom kan en også oppleve eksistensiell smerte og sorg. Å oppleve en livskrise som det å få kreft for mange er, kan gi reelle smerter grunnet sterkt emosjonelt stress. Mange jobber hardt med tankene om for eksempel meningen med livet etter å ha fått kreftsykdom. Smertene må kartlegges og dersom en ser behov for det, må en sette inn eventuelle tiltak (Grønseth & Stubberud, 2022, s. 482).

### 2.2.2 Kvalme

Kreftpasienter kan ofte oppleve kvalme og brekninger, og kjenner på dette som belastende symptomer. Kvalme og brekningssenteret kan aktiveres av kroppens reaksjon på legemidler, fysiske endringer, psykiske faktorer og/eller omgivelser. Eksempler på dette kan være cytostatikabehandling, angst, strålebehandling (spesielt mot mageregionen), smerter, opioidbehandling, hypotensjon og hypoksi (Schlichting & Wist, 2019, referert i Grønseth & Stubberud, 2022, s. 482).

### 2.2.3 Fatigue

Fatigue påvirker pasientens livskvalitet, og økt hvile og søvn har ikke nødvendigvis innvirkning på tilstanden. Som sykepleier innebærer en viktig oppgave i å hjelpe pasienten til å finne en tilfredsstillende balanse mellom aktivitet og hvile (Radbruch et al., 2008, referert i Grønseth & Stubberud, 2022, s. 485).

### 2.2.4 Angst / depresjon

Kreftsykdom kan gjøre at en mister evner til å utføre oppgaver eller roller en tidligere har mestret, og depresjon kan sees som en følge av dette tapet. Angst og depresjon kan også skyldes behandlingen generelt, være en følge av det å ha en dødelig sykdom, eller det å være avhengig av å motta helsehjelp (Grønseth & Stubberud, 2022, s. 483).

## 2.3 Palliasjon i hjemmet

For å kunne gjennomføre palliasjon i hjemme må ønsker og behov avklares, samt hva en skal gjøre hvis det oppstår uforutsette hendelser eller behovene endres (Kreftforeningen, 2022b). Hva som inngår i ønsket til pasienten, må planlegges sammen med pårørende og pasient så tidlig som mulig. Tidlig planlegging og tilrettelegging av hjelpebehov vil kunne bedre organisering av tjenester fra ulike profesjoner, slik at det blir mest mulig forutsigbart (Birkeland & Flovik, 2020, s. 188). Å vite hvem en skal kontakte og hvor en kan motta hjelp og rådgivning er viktig for både pasienten og de pårørende (Kreftforeningen, u.å.).

Selv om en mottar palliativ behandling er det avgjørende å få muligheten til å leve et meningsfullt liv, hvor de får være seg selv, være sammen med dem de er glade i, samt oppleve håp for framtiden. Dersom pasienten ønsker å være hjemme er det essensielt at de pårørende har en følelse av trygghet og kompetanse rundt oppgavene som inngår i palliasjon i hjemmet (Birkeland & Flovik, 2020, s. 186). For noen pasienter er det ikke praktisk mulig eller ønskelig å dø hjemme, men de har gjerne et mål om mest mulig tid hjemme. Dersom pasienten skal ha mulighet til å være mest mulig hjemme den siste del av livet, er det essensielt med tilgang på kompetent helsepersonell som kan komme hjem til pasienten (Birkeland & Flovik, 2020, s. 187).

## 2.4 Å være pårørende til en kreftpasient i palliativ fase

De aller fleste som ønsker å dø hjemme og som mottar palliativ pleie i hjemmet har pårørende rundt seg (Birkeland & Flovik, 2020, s. 189). Pårørende blir ofte ressurs- og omsorgspersoner og gir pasienten både emosjonell og praktisk støtte (Kaasa & Loge, 2018, s.278). En stor del av palliasjon er derfor også å gi omsorg til den pårørende, og støtte dem i deres evne til å mestre reaksjoner på sorg. Selv om omsorgsrollen for mange føles meningsfull trenger de at hjemmesykepleien legger til rette for avlastning og støtte (Birkeland & Flovik, 2020).

Det er viktig at pårørende inkluderes i teamet som arbeider for og med pasienten. Etersom rollen ofte innebærer en stor belastning har også pårørende et behov for støtte og oppmerksomhet for å klare å stå i rollen og funksjonen sin som pårørende (Given, Given & Kozachik, 2001, referert i Heyn, 2022, s. 198-199). Pårørende har behov for tydelige og spesifikke råd om rollen, forventningene og funksjonen rundt det å være både pårørende og omsorgsgiver (Bøckmann, Kjellevoid & Bendixen, 2021, s. 177).

Endring i møblering og besøk av mange aktører som f.eks. hjemmesykepleie, fastlege, kreftkoordinator ol. kan føles både invaderende og belastende. Det er viktig at helsepersonell er oppmerksomme på dette, og hjelper pårørende med å innse det dersom belastningen blir for stor. Året etter en kreftdiagnose blir stilt, samt tiden etter døden, har pårørende økt sykkelighet. Depresjon, hjerte- og karsykdom, muskel- og skjelettlidelser og abdominale sykdommer er noen sykdomstilstander som ofte rammer de pårørende (Kaasa & Loge, 2018, s.279-280). Pårørende kan ha vanskeligheter med å fortelle om deres angst for døden, og helsepersonell må være ekstra oppmerksom i situasjoner hvor angsten kan være fremtredende og tilby eksistensiell støtte (Adelbratt og Strang 2000 i Bøckmann et al., 2021, s. 176).

### 2.4.1 Vi- de pårørende

“Vi- de pårørende” er regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan for 2021-2025. Denne strategien skal bidra til at pårørende blir anerkjent som den ressursen de er og at det skal legges til rette slik at de kan ha et best mulig liv i den situasjon de står i (Helse og omsorgsdepartementet, 2020).

## 2.5 Joyce Travelbee´s Sykepleieteori

Joyce Travelbee ble født i USA i 1926. Hun jobbet som psykiatrisk sykepleier og rettet spesielt fokus på de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien. Travelbee så på hvert menneske og dens erfaringer som unikt, og at alle hadde ulike opplevelser - selv av fellesmenneskelige erfaringer (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2019, s. 28-29).

I følge Travelbee kan sykepleierens oppgave bestå av følgende punkter:

- Anerkjenne pasienten som et unikt, uerstattelig individ
- Utvikle et “menneske-til-menneske-forhold” til pasienten
- Møte behovene til pasienten, pårørende eller andre involverte og dermed oppfylle sykepleiens hensikt (Eide & Eide, 2019, s. 364-365).

### 2.5.1 Kommunikasjon

Kommunikasjon defineres av Travelbee som;

[...] en prosess som kan gjøre sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold og dermed oppfylle sykepleiens mål og hensikt, nemlig å hjelpe enkeltindivider og familier med å forebygge og mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å hjelpe dem til å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1999/2001, s. 135).

### 2.5.2 Menneske-til-menneske-forhold

Menneske-til-menneske-forhold er et sentralt begrep i sykepleie tenkningen til Travelbee. For at en skal kunne oppnå dette forholdet må en se på hverandre som unike individer og ikke som sykepleier og pasient. Travelbee mener forholdet etableres gjennom en interaksjonsprosess med følgende faser:

- Det innledende møtet
- Framveksten av identiteter

- Empati
- Sympati og medfølelse

Sykepleieren har i følge Travelbee sin tenkning ansvar for progresjon i prosessen, dersom utviklingen av menneske-til-menneske-forholdet stopper opp må sykepleieren identifisere årsaken(e) til dette og sette i gang nødvendige tiltak for at forholdet kan utvikles videre (Travelbee, 1999/2001, s. 171 og 172).

## 2.6 Tillit

Det er flere måter å opparbeide seg tillit og troverdighet på: kunnskap, utdanning, erfaring og alder, er noen av de (Federl, 2019). Tillit knyttet til vår yrkesrolle gjør gjerne at pasienter og pårørende åpner seg lettere og har tillit til deg som sykepleier. Tillit bygger på en forventning om at personen vil dem vel og innehar den kompetansen som trengs for at de skal motta hjelp av god kvalitet. Når en blir gitt denne tilliten må en være bevisst på ansvaret det medfører. Ved å ha tillit til noen er en ekstra sårbar og sykepleieren må forvalte denne tilliten på en respektfull måte (Eide & Eide, 2019, s. 26-27).

## 2.7 Aktuelle lover og styrings- dokumenter

Sykepleier må ha kunnskap om lover og forskrifter som er styrende for egen virksomhet, for å fylle sin yrkesrolle (Molven, 2019).

### 2.7.1 Helse- og omsorgstjenesteloven

Helse- og omsorgstjenestelovens (2016, §1-1) formål er å sikre tjenesteutvikling, kvalitet i tjenestetilbud og tilrettelegge tilbud etter enkeltes behov, slik at det blir anvendelig og tilgjengelig for pasient og pårørende. Primærhelsetjenesten har ansvar for å planlegge, gjennomføre og evaluere virksomheten slik at omfanget og innholdet på tjenestene samsvarer med lovkrav og pasientens behov (§3-2). Ovenfor pårørende har kommunen et ansvar rundt det å gi opplæring, veiledning og avlastning (§3-6). Kommunen er videre lovpålagt å utarbeide en individuell plan for pasienter, og koordinator skal koordinere tjenester og sikre en samordning av tjenestene pasient og pårørende mottar (§7-1 og §7-2).

### 2.7.2 Helsepersonelloven

Formålet til lov om helsepersonell (2001, §1) lyder følgende;

“Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten.”

Kapittel 2, §4 er med på å stille krav til helsepersonells yrkesutøvelse. Helsepersonell skal med de kvalifikasjonene hen har, utføre arbeid i samsvar med krav om faglig forsvarlighet (Lov om helsepersonell 2001, §4).

### 2.7.3 Samhandlingsreformen

På bakgrunn av samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) har hjemmesykepleien fått en ny og mer omfattende rolle, som skal bidra til bedre behandlingsskapasitet i spesialisthelsetjenestene. Fremover vil det være en endring i befolkningens sykdomsbilde, noe som øker forventninger knyttet til helse- og omsorgstjenesten. Det er kommunene og primærhelsetjenesten som i aller største grad skal håndtere veksten, og med en økt pasientgjennomstrømning har hjemmesykepleien en sentral rolle dersom retningsreformen skal gå fremover. Dette innebærer blant annet et endret kompetansenivå, med mer komplekse oppgaver innen medisinske prosedyrer, koordinering, kvalitetssikring og beredskap. For å nå et slikt kompetansenivå er samarbeid mellom sykehus og hjemmesykepleien viktigere enn hva den noen gang har vært (Birkeland & Flovik, 2020, s. 18-20).

Hovedområder i samhandlingsreformen presentert i Birkeland & Flovik (2020)
1. Å forebygge framfor bare å reparere.
2. Tidlig innsats framfor sen innsats.
3. Å få ulike ledd i helsetjenesten til å arbeide bedre sammen.
4. Å flytte tjenestene nærmere der folk bor.
5. Flere oppgaver til kommunene og penger til å utføre disse oppgavene.
6. Samle spesialiserte fagmiljøer som er sterke nok til å kunne gi pasientene helsehjelp i kommunen i stedet for at de blir henvist til spesialisthelsetjenesten.
7. Bedre for pasientene - sterkere brukermedvirkning.

## 3.0 Metode

### 3.1 Litteraturstudie som metode

Vi har valgt å skrive en litteraturstudie. “En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder” (Thidemann, 2020, s.77). Hensikten er å vise forståelse for oppdatert kunnskap, på området som begrenses av problemstillingen. En må også beskrive prosessen for hvordan en har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2020, s.78). I vår oppgave ville vi derfor se på allerede eksisterende forskning om temaene hjemmeboende kreftpasienter og palliasjon. Siden vi valgte å benytte allerede eksisterende forskning var vi avhengig av å finne gode forskningsartikler som undersøkte vår problemstilling.

I forhold til valg av forskningslitteratur var det ønskelig å benytte fagfelleverderte, vitenskapelige forskningsartikler og allerede eksisterende kunnskap innenfor avgrensingen av temaet vårt. Dermed kan vi presentere hva som er kjent og ikke kjent, og på denne måten avdekke kunnskapshull som legger grunn for videre forskning (Thidemann, 2020, s. 78).

### 3.2 Søkestrategi og valg av databaser

#### 3.2.1 Kunnskapspyramiden

Siden vi ønsket å jobbe kunnskapsbasert startet vi å se etter oppsummert forskning. Dette gjorde vi ved bruk av kunnskapspyramiden. Kunnskapspyramiden er en modell som viser hvilke databaser som er gode for ulike type studier, og hvor du øverst finner kilder til oppsummert forskning og nederst enkeltstudier (Kunnskapsbasert praksis: 3.2 Kildevalg, 2017).

#### 3.2.2 PICO

PICO er en måte å gi struktur for å kunne systematisere og konkretisere forsknings spørsmål til litteratursøk, utvelgelse og kritisk vurdering av litteraturen. Elementer som belyses er (P) populasjon eller problem, (I) hvilken erfaring, opplevelse eller prosess som skal undersøkes og (Co) hvilken kontekst eller setting det dreier seg om. Bruk av PICO ga oss et godt



utgangspunkt for å definere en tydelig problemstilling, samt ha oversikt over hvilke søkeord vi skulle benytte (Kunnskapsbasert praksis: 2.1 PICO, 2021).

<b>Tittel/arbeidstitel:</b> Palliasjon til hjemmeboende kreftpasienter og deres pårørende		
<b>Problemstilling:</b> Hvilke faktorer er viktig for hjemmeboende kreftpasienter og deres pårørende, når de mottar palliativ omsorg i hjemmet?		
<b>Hva slags type spørsmål er dette?</b> Erfaringsbasert		<b>Er det aktuelt med søk i lovdata etter lover og forskrifter?</b> Ja
<b>P - Population</b> - Kreftpasienter - Pårørende til kreftpasienter	<b>I - Intervention</b> - Palliasjon - Palliativ behandling	<b>Co - Context</b> - Hjemmeboende - Hjemmesykepleie - Primærhelsetjeneste
<b>P</b> Engelske søkeord for population	<b>I</b> Engelske søkeord for Interest	<b>Co</b> Engelske søkeord for Context
Cancer Neoplasm (s) Cancer patients Cancer Pain(s) Advanced cancer  Next of kin	Palliative Palliative care end-of-life  Nursing intervention Nurse Nursing Nurses role	Home Care Service Home health care Primary care Primary health care Domiciliary Care Home Care

### 3.2.3 MeSH termer

For å finne relevante Subjekt Terms benyttet vi oss av Medical Sub Headings (MeSH) (*MeSH på norsk—Begreper innen medisin og helsefag*, u.å.). MeSH er et verktøy som brukes for å

oversette ord på norsk til relevante medisinske fagterminologiske engelske ord, i databaser som PubMed og Medline (Ovid databaser) (Holck, 2022). I tillegg til dette benyttet vi emneord registeret i artiklene, samt forslagene som kommer opp når du utfører søk i de ulike databasene, for å få flere ord som kunne brukes i videre søk.

### 3.3 Fremgangsmåte

Vi startet med å finne en problemstilling og benyttet oss deretter av MeSH og PICO. Da vi skulle gjennomføre søkene benyttet vi oss av boolske operatører som «AND» og «OR» for å kombinere de ulike søkeordene og gi mer konkrete søk. Søkene startet i databaser høyt oppe i kunnskapspyramiden. For å finne oppsummert forskning benyttet vi oss av UpToDate og Cochrane, videre benyttet vi Cinahl, Medline (Ovid) og Svemed+ for å finne enkeltstudier lenger ned i kunnskapspyramiden.

#### 3.3.1 Inklusjonskriterier

<b>INKLUSJON</b>
Fagfellevurderte artikler
Publisert fra og med 2018
Hjemmeboende
Voksne over 18 år
Begge kjønn
Har en form for kreft
Mottar hjelp i hjemmet
Pårørende

### 3.4 Søkehistorikk

#### MEDLINE (Ovid)

Søke- dato	Søk nummer	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrens ninger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
21.02.23	1	(Palliative home care or palliative care) AND (Cancer or neoplasms) AND Home care services or Primary health care) AND Nurse´s role	2018	2	2	2	What are essential elements of high-quality palliative care at home? An interview study among patients and relatives faced with advanced cancer
21.02.23	2	(Neoplasms or Cancer or Cancer pain) AND (Palliative or Palliative care) AND (Home care services or Home health care) AND Nurse	2018	12	12	6	Patient & Caregiver Experiences: Qualitative Study Comparison Before and After Implementation of Early Palliative Care for Advanced Colorectal Cancer
28.02.23	3	(Neoplasms or Cancer or Advanced cancer) AND (Palliative care or End of life) AND Home care	2018	13	13	8	A qualitative study of bereaved family caregivers: feeling of security, facilitators and barriers for rural home care and death for persons with advanced cancer

## CINAHL

Søke- dato	Søk nummer	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrens ninger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
28/2-23	1	(Neoplasms or Advanced cancer) AND (Palliative care or End of life) AND Home care services AND TI Cancer AND TI Palliative	2018	23	23	10	Actions helping expressed or anticipated needs: Patients with advanced cancer and their family caregivers’ experiences of specialist palliative home care teams
28/2-23	2	(cancer or neoplasms) AND (palliative or palliative care) AND Home Health Care or Home Care) AND TI palliative	All adult 2018	55	55	6	Preferences for home care to enable home death among adult patients with cancer in late palliative phase – a grounded theory study

For mer utfyllende søkehistorikk fra databasene med utfylling av tekstord og bindeord se [vedlegg 1](#).

### 3.5 Kritisk vurdering av artiklene

Vi kvalitetsvurderte artiklene våre ved hjelp av sjekklister for “kvalitativ studie” hos Helsebiblioteket.no (4.1 Sjekklister, 2016.)

Se [vedlegg 2](#) for utfylt kvalitetsvurdering av artikkelen “What are essential elements of high-quality palliative care at home? An interview study among patients and relatives faced with advanced cancer” (Oosterveld-Vlug et al., 2019).

### 3.6 Analyse og syntese av resultater

For å analysere og tolke resultater og funn i artiklene har vi satt artiklene inn i en litteratormatrise, se [vedlegg 3](#). Tabellen inneholder en oversikt over tittel, type studie, hensikt med studien, metode, populasjon og resultater (Thidemann, 2020, s.95). Etter å ha satt opp all informasjon i matrisen, gjorde vi en tematisk analyse og brukte fargekoding for å visualisere de ulike temaene som viste seg i materialet. Basert på dette ble resultatene skrevet sammen og presenteres i form av en narrativ syntese under [4.0 resultat](#).

### 3.7 Forskningsetikk

Alle artiklene som inngår i våre resultater er publisert i anerkjente tidsskrift og vi har sjekket at de innfri Helsinkideklarasjonen og har etisk godkjenning. Vår objektivitet som forskere i andres publiserte artikler er viktig å ivareta. I vår fremgangsmåte har vi derfor så langt det lar seg gjøre forsøkt å være objektive. Det vil si at vi har praktisert transparens i fremgangsmåte, og utvelgelse av artikler er gjort etter valgte inklusjonskriterier.

## 4.0 Resultat

Resultatene fra vårt systematiske søk er presentert i litteratormatrisen ([vedlegg 3](#)). Vi har inkludert 5 ulike kvalitative studier publisert i Norge (Nysæter et al., 2022) (Barlund et al., 2021), Sverige (Klarare et al., 2018), Nederland (Oosterveld-Vlug et al., 2019) og Canada (Ahmed et al., 2023) i perioden 2018-2023. Artiklene omhandler viktige faktorer for pasienter og/eller deres pårørendes i forhold til hvordan hjemmesykepleie til kreftpasienter kan utføres på en god måte. Nedenfor vil resultatene presenteres i form av en resultatsyntese som er delt i tre hovedtema med tilhørende undertema.

## 4.1 Resultatsyntese

### 4.1.1 Viktigheten av klinisk kompetanse innen palliasjon

I studiene til Oosterveld-Vlug et al. (2019), Nysæter et al. (2022) og Barlund et al. (2021), kom det frem at kompetanse innen palliasjon er noe som ble verdsatt høyt, både for pasienter og pårørende. De kom alle frem til at medisinsk kompetanse bidrar til å skape trygghet i hverdagslivet til pasienten og pårørende. Følelse og opplevelse av trygghet og tillit ble sterkt påvirket av kompetansenivået til helsepersonellet, derav sykepleier, og ble sett på som en indikasjon på om kreftpasienten mottok god palliativ behandling. I studien til Nysæter et al. (2022) trekkes også erfaring i å se endringer i allmenntilstand og endret behov ved sykdomsprogresjon, som viktig for å kunne stole på at de mottok pleie av god kvalitet. Dette sees også i studien til Oosterveld-Vlug et al. (2019) hvor det er forventninger knyttet til at sykepleier arbeider profesjonelt, med kompetanse om blant annet forebygging av trykksår og god hygiene. Noen av pasientene, både kvinner og menn, anså eldre kvinnelige helsepersonell som mer kompetent, pålitelig og med større evne til å vise medfølelse enn de yngre kollegaene deres (Nysæter et al., 2022).

#### 4.1.1.1 Informasjonskompetanse

At informasjon ble gitt til rett tid og av dyktig personell nevnes både i studien til Oosterveld-Vlug et al., (2019) og Barlund et al. (2021). Evne til å kommunisere om sykdomsprognoser og diagnoser, samt livets siste dager var etterspurt av både pasienter og pårørende. Det ble fremhevet at det ofte var sykepleier som hadde samtalen om livets slutt og pleien rundt dette, men at samtalen ofte først kom etter forespørsel fra pasient eller pårørende, eller ved annen indikasjon (Oosterveld-Vlug et al., 2019).

I studien til Barlund et al. (2021), vises det til at erfaringene omsorgspersonene har rundt palliasjon og livets slutt, preger informasjonsbehovet deres. Mange hadde ingen tidligere erfaring med palliativ omsorg eller livets slutt, og visste heller ikke hva de skulle forvente eller spørre om. Informasjon som ble gitt via brosjyrer eller skriv ble ofte ikke lest, grunnet mangel på tid, for avansert språk eller at informasjonen var for generell og derfor ikke føltes aktuell på tidspunktet den ble mottatt. Ved noen anledninger følte også pårørende at informasjonen kom for sent (Barlund et al., 2020). De etterlatte ønsket mer informasjon om

hva som kunne forventes i siste palliative fase, og at helsepersonellet hadde snakket mer åpent om døden med familiene. Dette mente omsorgspersonene, ville føre til en felles forståelse av situasjonen og en trygghet til å stå i det. De vektla også viktigheten av å bli forstått, samt forstå informasjonen som ble formidlet. De ble derfor usikre når helsepersonellet ikke mestret godt norsk (Barlund et al., 2021).

#### 4.1.2 Pasientsentrert Sykepleie

##### 4.1.2.1 Tillit

Tillit til helsepersonellet som utøver pleie trekkes frem som viktig i to av studiene (Nysæter et al., 2022) (Oosterveld-Vlug et al., 2019). Hvordan en skapte tillit og hvorfor det var viktig var dog litt forskjellig. I studien til Nysæter et al., (2022) formidlet pasientene at dersom deres individuelle ønsker var kjent hos helsepersonellet, skapte dette tillit til at de ville motta god pleie etter egne ønsker og behov frem til døden inntraff. Oosterveld-Vlug et al., (2019) sin studie viser til viktigheten av å vise personlig interesse, ta pasient og pårørende på alvor og ha gjensidig tillit. Tillit bygget på en genuin interesse fra helsepersonellet, førte til både empati, psykisk støtte, hengivenhet og gjorde det lettere å uttrykke bekymringer. For pårørende gjorde jevnlig kontakt at de følte seg sett, og hindret overbelastning.

##### 4.1.2.2 Brukermedvirkning av alle involverte

I studien til Ahmed et al., (2023) ytres ønske om selvstendighet. Betydningen av selvstendighet varierte blant intervjuobjektene, hos noen innebar det å motta hjelp, andre ønsket ingen hjelp (Ahmed et al., 2023). Det å få ta del i planlegging og avgjørelser for hvordan en skal motta bistand i eget hjem ble ansett som viktig for at pasienter og familien skulle kunne ha den hverdagen de ønsket. Her ble det nevnt at opplæring på prosedyrer som kunne bidra til pasientens selvstendighet, eller som gjorde det mulig å delta på aktiviteter med familien var viktig (Klarare et al., 2018). Pasient og pårørende ønsket bistand fra helsepersonell som kjente til deres hjem og som de hadde en veletablert relasjon med (Nysæter et al., 2022) (Klarare et al., 2018). Det at helsepersonell viste interesse for hverdagslivet, ble sett på som omsorgsfullt av både pasient og pårørende (Klarare et al., 2018).

### 4.1.3 Tverrfaglig samarbeid

#### 4.1.3.1 Viktig med god organisering og koordinering av tjenestene

Et sentralt tema som kom frem i fire av fem studier, er sykepleierens rolle som koordinator av pleie og behandling som tilbys kreftpasienten (Oosterveld-Vlug et al., 2019) (Ahmed et al., 2023) (Barlund et al., 2021) (Klarare et al., 2018). Det kommer frem at samarbeid mellom sykepleier og andre profesjoner, påvirket følelsen av god pleie for pasienten og pårørende (Oosterveld-Vlug et al., 2019) og gav økt livskvalitet (Ahmed et al., 2023). En stor bekymring for intervjuobjektene var tilgangen på medisinsk utstyr i hjemmet. God kommunikasjon mellom hjemmesykepleie og sykehus var derfor nødvendig for å gjøre utstyr tilgjengelig for pasienten (Barlund et al., 2021). I studien Ahmed et al. (2023) tilrettela sykepleier for andre ressurser som var tilgjengelige for pasient og pårørende, som f.eks. psykolog. God organisering av helsevesenet uttrykte deltakerne i Barlund et al. (2021) at var nødvendig for at de skulle føle seg trygge på å utføre palliativ pleie i hjemmet. Deltakerne i studien la stor vekt på at de ikke hadde klart å bidra med palliativ pleie i hjemmet, uten hjemmesykepleien. Likevel opplevdes hjemmesykepleien som en byrde når tjenestene var av dårlig kvalitet og uforutsigbare (Barlund et al., 2021). At tjenestene var organisert slik at pasient og pårørende kunne få hjelp når de trengte, uansett tid på dagen var et viktig element i deres opplevelse av hjemmepalliasjon (Barlund et al., 2021) (Klarare et al., 2018).

#### 4.1.3.2 Åpenhet og god kommunikasjon om behov er viktig

Initiativ fra helsepersonellet til å snakke åpent om pleiebehov, bidro til en klarhet rundt planlagt pleie. Dette gjorde pasient og pårørende bedre rustet til å ta valg som omhandlet livets siste dager. Pårørende belyste et ønske om å få større oppmerksomhet rundt hvordan livets slutfase og dødsprosessen påvirker dem. De uttrykte også en bekymring til pasienter som var mindre kritisk til pleien de mottok, eller som ikke hadde familie/pårørende til å støtte dem. Pasient og pårørende opplevde at en individuell pleieplan var nyttig for å videreformidle informasjon om endringer eller behov som omgikk pleien til pasienten. Å ha en primærkontakt, skapte klarhet i hvem de kunne kontakte for spørsmål, lette på frustrasjon og stress, og hindret uønskede opplevelser av en ujevn informasjonsflyt (Oosterveld-Vlug et al., 2019).



## 5.0 Diskusjon

I denne delen vil vi drøfte problemstillingen vår; «Hvilke faktorer er viktige for hjemmeboende kreftpasienter og deres pårørende, når de mottar palliativ omsorg hjemmet?» i lys av resultatene våre og valgt teori. Diskusjonen er strukturert etter hovedtemaene vi fant i vår analyse.

### 5.1 Resultat diskusjon

#### 5.1.1 Klinisk kompetanse innen palliasjon

Ettersom sykepleie er et profesjonsyrke, er klinisk kompetanse nødvendig for å fylle sin yrkesrolle. Sykepleierens ansvar for å holde seg faglig oppdatert og utøve forsvarlig sykepleiepraksis er lovpålagt i helsepersonelloven og fremhevet i NSF yrkesetiske retningslinjer (Helsepersonelloven, 2001, §4) (Norsk Sykepleierforbund, u.å.).

Helsepersonelloven §1 "... formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten."

(Helsepersonelloven, 2001, §1). Viktigheten av at helsepersonellet har god medisinsk kompetanse og kompetanse innen palliasjon blir også presentert i forskningsartiklene til Oosterveld-Vlug et al. (2019), Nysæter et al. (2022) og Barlund et al. (2021). I disse artiklene uttrykte både pasient og pårørende at høy faglighet var viktig for følelse av trygghet og tillit.

Ettersom man i hjemmesykepleien gjerne reiser ut på oppdrag alene og arbeider selvstendig, må en være trygg på egen kompetanse. I arbeid med hjemmeboende palliative kreftpasienter møter en ofte pasienter med blant annet smerter, fatigue, angst, depresjon og kvalme, og sykepleier plikter blant annet etter retningslinje 1.4 å være faglig oppdatert på behandling av, og kompleksiteten av plager pasientene opplever (Norsk Sykepleierforbund, u.å.).

Som beskrevet i teorien kan sammensatte og komplekse symptomer, være vanskelig å identifisere og behandle (Stubberud et al., 2017, s 425). Likevel viser studien til Barlund et al. (2021) at det er viktig at helsepersonell er kompetente nok til å se endringer og kan iverksette tiltak dersom pasienten for eksempel får økende smerter eller andre plager. Helsepersonell må av den grunn kunne håndtere både de fysiske og de eksistensielle smertene en kan oppleve i palliativ fase.

I studien til Nysæter et al., (2022) ser en at noen av pasientene anså eldre kvinnelig helsepersonell som mer kompetent, pålitelig og med større evne til å vise medfølelse, men er dette egentlig et faktum? Roten til troverdighet hos eldre kvinnelige helsepersonell trenger ikke nødvendigvis å ha direkte sammenheng med høyere klinisk kompetanse, men kan være et resultat av levd erfaring både privat og i jobb, samt at alder i seg selv kan føre til økt troverdighet/etos (Federl, 2019).

#### 5.1.1.1 Informasjonskompetanse

I studien til Barlund et al. (2021), kommer det frem at omsorgspersonenes erfaringer knyttet til palliasjon og livets slutt, er med på å definere informasjonsbehovet deres. Fordi informasjonen som ble gitt i form av brosjyrer eller skriv, som oftest ikke ble lest på bakgrunn av mangel på tid, avansert språk eller for generell informasjon, har den med bakgrunn og forankring i lov om pasient og brukerrettigheter §3-2 & 3-3, ikke vært godt nok tilpasset pasient og pårørende. Etersom loven stadfester at informasjonen skal være tilpasset pasient og pårørende, gis til rett tid og av kompetent helsepersonell, har pasient og pårørende rett på å få dette tilpasset deres behov. Med NSF's retningslinje 3.1 «Sykepleieren bidrar til at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt» (Norsk Sykepleierforbund, u.å.), har sykepleieren et ekstra ansvar for å påse denne at informasjonen er blitt gitt og forstått.

De etterlatte som ble intervjuet i studien til Barlund et al. (2021), samt pårørende og pasienter i studien til Oosterveld-Vlug et al., (2019), ønsket seg også mer informasjon om hva de kunne forvente i siste palliativ fase, og at helsepersonellet tok større initiativ til å snakke mer åpent om døden med familiene. Dette ønsket vil ved bruk av regjeringens pårørende strategi og handlingsplan bli møtt i større grad. Handlingsplanen skal sikre at pårørende får den informasjonen de trenger, og sikre at informasjonen blir gitt på en slik måte at den er forståelig for den som mottar den. Dette vil si at informasjonen skal tilpasses både behov, livssituasjon og helsekompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s 34).

God informasjonsflyt og felles forståelse av situasjonen, vil kunne gi økt følelse av trygghet og kompetanse blant omsorgspersonene (Barlund et al. 2021). Ifølge Birkeland og Flovik (2020), er trygghet i rollen essensielt for pårørende som trer inn i omsorgsroller og bistår ved palliativ behandling i hjemmet.

### 5.1.2 Pasientsentrert sykepleie

I palliasjonen er lindrende behandling, pasientens livskvalitet og de pårørende hovedfokus, og for å kunne sikre dette må en se hele personen (Kristoffersen, Skaug, Steindal & Grimsbø, 2021a, s.111). Å utføre helhetlig omsorg er fastsatt som en plikt i punkt 2.3 av NSF yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). For å kunne identifisere pasient og pårørendes behov, samt iverksette målrettede tiltak, må man etablere en omsorgsrelasjon (Kristoffersen, Skaug, Steindal & Grimsbø, 2021b, s. 96). Grunnleggende for en slik relasjonen er tillit, og i følge Travelbee bygges den gjennom et menneske-til-menneske-forhold. Menneske-til-menneske-forholdet bygger på å se pasienten som et unikt individ og å møte pasientens individuelle følelser og opplevelser. I Travelbee sin teori anses likeverdighet i relasjonen mellom sykepleier og pasient som viktig (Travelbee, 1999/2001, s.172). Teorien kan også støttes av opplevelsen til deltakerne i studien til Oosterveld-Vlug et al., (2019), hvor genuin interesse fra helsepersonellet bidro til økt tillit. Travelbee´s teori er avhengig av at en har jevnlig kontakt med det samme helsepersonellet, noe vi har erfart at ikke alltid lar seg gjøre i praksis. Hyppig bruk av vikarbyrå førte til utskiftning av sykepleiere og at pasienten til stadighet måtte forholde seg til nye ansatte. Kaasa & Loge (2018), beskriver at besøk fra stadig nye helsepersonell kan oppleves belastende for både pasient og pårørende. Utskiftningen kan derfor tenkes å være mer belastende for familien enn om de mottok hjelp fra en liten fast personalgruppe.

### 5.1.3 Brukermedvirkning

For at sykepleier skal oppfylle sin hensikt i henhold til Travelbee´s teori må behovene til pasienten, dens pårørende og andre involverte møtes, og tjenestene må tilpasses deres ønsker (Travelbee, 1999/2001). På bakgrunn av dette mener vi at det innen palliasjon er viktig at helsepersonell lytter til pasient og pårørendes ønsker for å kunne yte pleie av god kvalitet. Retten til medvirkning sees ikke bare i Travelbee´s teori, men er også en lovfestet rett (Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1). Pasienter har ulike ønsker, og hva de trenger hjelp med og evt. hvordan er individuelt (Ahmed et al., 2023). Det er derfor viktig å snakke med tjenestemottakerne og kartlegge hvilke ønsker og behov de har. Pasienten står dog ikke ansvarlig for valgene som tas, da det er helsepersonellet som har det faglige ansvaret (Helsedirektoratet, 2022). Å ha retten til brukermedvirkning og å være med på å påvirke hvordan tjenesten en mottar er organisert, kan gi familiene en lettere og mer tilpasset hverdag

(Klarare et al., 2018). Pårørendes rett til brukermedvirkning kan også være med å sikre at pasienten får bedre tilpasset behandling da det gjerne er de som kjenner pasienten best. Selv om pårørende er en viktig ressurs for pasienten, er det viktig at helsepersonellet ikke bare fokuserer på pasientens behov, men også de pårørendes (Helsedirektoratet, 2022).

#### 5.1.4 Pårørende - en viktig ressurs

Som pårørende har man en viktig rolle i pleien av den syke, men dette kan etter hvert bli en for stor belastning, og mange nære pårørende får både fysiske og psykiske plager (Kaasa & Loge, 2018, s.279-280). Fordi pårørende ofte er både ressurs- og omsorgspersoner for pasienten (Kaasa & Loge, 2018, s. 278), er det fruktbarere å gi omsorg og støtte til dem, slik at omsorgsrollen føles mer meningsfull, og de har mulighet for avlastning (Birkeland & Flovik, 2020, s.189). “Vi - de pårørende” skal sikre at pårørende blir ivaretatt og lette belastningen av å være pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). For de pårørende i Klarare et al., (2018) kunne dette innebære at helsepersonell viste interesse for hverdagslivet, stilte spørsmål om ferien eller oppfordret pårørende til å ta vare på seg selv og egne behov. Bekymring for at pasienten ikke får den hjelpen de trenger, dersom en selv eller pårørende ikke er “på”, uttrykkes i artikkelen til Oosterveld-Vlug et al. (2019). Denne følelsen av å “måtte” ta ansvar kan være med på å øke belastningen de allerede står i. Ett av målene i “Vi - de pårørende” er at pasientene skal ha en koordinator å forholde seg til, dette kan tenkes å lette belastningen og føre til en friskere pårørendegruppe. Andre mål som kan bidra til bedre helse hos de pårørende er målet om tidlig identifisering og ivaretagelse. Å kartlegge de pårørende tidlig kan hindre utvikling eller forverring av allerede eksisterende helseutfordringer og bidra til ivaretagelse av livskvalitet. Ettersom pårørende til palliative kreftpasienter kan anses som pasienter med store og sammensatte behov, skal denne gruppen vies særlig oppmerksomhet ifølge handlingsplanen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Livets slutfase og dødsprosessen er noe som ifølge pårørende har stor innvirkning på dem, og de ønsket økt bevissthet rundt hvilken måte dette påvirket dem. At helsepersonellet tok initiativ til å prate om pleiebehov, medførte til en klarhet rundt den planlagte pleien, og gjorde at pårørende følte seg mer kvalifisert til å ta valg som omhandlet livets siste dager (Oosterveld-Vlug et al., 2019).

### 5.1.5 Tverrfaglig samarbeid

Fire av fem studier trakk frem viktigheten av sykepleierens koordinerende rolle innen pleie og behandling som tilbys kreftpasienten i hjemmet (Oosterveld-Vlug et al., 2019) (Ahmed et al., 2023) (Barlund et al., 2021) (Klarare et al., 2018). NSF's retningslinje 4.1. (u.å.) skal bidra til at en som sykepleier er kjent med sin rolle om å fremme åpne og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i helsetjenesten. Godt samarbeid mellom sykepleier og andre profesjoner, og generelt god organisering av helsevesenet påvirker ifølge Oosterveld-Vlug et al. (2019), opplevelsen av god pleie for pasienter og pårørende, og bidrar ifølge Barlund et al. (2021) til en økt følelse av trygghet til å utføre palliativ pleie i hjemmet. Ahmed et al. (2023) påpeker i tillegg en økt følelse av livskvalitet hos pasient og pårørende, dermed tyder forskningen på at godt tverrfaglig samarbeid mellom profesjoner påvirker kvaliteten på tjenestene som pasient og pårørende mottar. Dette gjenspeiler fokuset i palliativ kreftomsorg som beskrevet i Birkeland & Flovik (2020, s.188-189.) Deltakerne i studien til Ahmed et al. (2023) verdsatte også sykepleierens evne til å tilrettelegge og tilgjengeliggjøre andre ressurser for pasient og pårørende, f.eks. kobling med psykolog. Pasient og pårørendes opplevelse av hjemme palliasjon påvirkes av et viktig element, nemlig at tjenestene er organisert til at de kan få hjelp når de trenger, uansett tid på dagen (Barlund et al. 2021) (Klarare et al. 2018).

#### 5.1.5.1. Åpenhet og god kommunikasjon om behov er viktig

Deltakerne i Barlund et al. (2021) uttrykte bekymring rundt tilgang på medisinsk utstyr i hjemmet, noe som kan påvirkes av kommunikasjon mellom hjemmesykepleien og sykehus. For å kunne muliggjøre palliativ behandling i hjemmet må pasienten kunne stole på å få tilgang på nødvendig utstyr. Miskommunikasjon mellom ulike instanser i helsevesenet er noe vi selv har erfart gjennom praksis i hjemmesykepleien. Pasienter uttrykte frustrasjon over å få tildelt feil eller mangle nødvendig medisinsk utstyr. Det kan også oppleves som ressurs- og/eller tidkrevende å få tilgang på riktig utstyr, og dette kan føre til en unødvendig belastning, dersom pasient og pårørende må håndtere det selv (Birkeland & Flovik, 2020).

## 5.2 Metode diskusjon

Alle inkluderte forskningsartikler i denne litteraturstudien er av kvalitativt design. Kvalitativt design har tidligere ikke hatt like stor troverdighet som for eksempel RCT studier som gjerne

blir sett på som gullstandard innen forskning. De siste årene har likevel kvalitative studier fått økt anerkjennelse på grunn av dens evne til å gi dybdekunnskap, et nyansert bilde og utfylle uklårheter rundt et gitt tema av de informantene som selv har erfaringer på området (Thidemann, 2020, s. 77). Det å lese om informantenes perspektiv kan gi en unik innsikt som helsepersonell ellers ikke får. Ettersom vi har en erfaringsbasert problemstilling, ble det naturlig å benytte kvalitative forskningsartikler for å belyse viktige faktorer for palliasjon i hjemmet.

Studiene våre er hentet fra fire forskjellige vestlige land. At alle er fra vestlige land var ikke et bevisst valg, men en utvelgelse som ble gjort på bakgrunn av inklusjonskriteriene våre. Resultatene hadde trolig vært mer pålitelig dersom vi hadde inkludert studier med et større antall deltakere og representanter fra flere land. På denne måten ville vi fått flere synspunkter og et bredere perspektiv. At resultatene våre er ganske like kan begrunnes med at alle studiene er utført i vestlige land, men det kan også antas at pasient og pårørende har like opplevelser og ønsker uavhengig av organisering av helsetjenestene og kulturelle forskjeller.

Dersom vi hadde utført litteratursøk som beskrevet i øvrige punkt [3.2 Søkestrategi og valg av databaser](#) og [3.3 Fremgangsmåte](#) i andre databaser som Cochrane, Epistemonikos m.m., hadde vi antageligvis fått flere og andre relevante treff. I tillegg kunne vi vært mer konsekvente og kombinert søkeordene likt i de ulike databasene. Vi valgte likevel ikke å gjøre dette da det ga veldig store treff og vi ville fått problemer med å velge ut relevante artikler. Ved å gjøre det på denne måten kan vi ha gått glipp av annen relevant forskning som kunne vært med på å belyse vår problemstilling, men søkene ble såpass store at det for oss ville blitt vanskelig å velge gode artikler til vår problemstilling.

## 6.0 Konklusjon

Resultatene våre viser at det er mange faktorer som spiller inn for å få til god palliasjon i hjemmet, både for den kreftsyke og de pårørende. Pasient og pårørende er i de fleste tilfeller tett forbundet. Trygghet er avgjørende for å kunne utføre palliasjon i hjemmet. Det å ha god klinisk kompetanse og kunne anvende denne på en god måte er sentralt for følelsen av trygghet for pasient og pårørende.

For at sykepleien skal være av god kvalitet må den tilpasses hver enkelt familie og brukermedvirkning må være i fokus. Både pasient og pårørende må ta del i valgene som tas for at hjemmepalliasjon skal kunne utføres på en god måte. Sykepleier sin evne til å fremme klar og tydelig kommunikasjon rundt forventninger, og opparbeide et menneske-til-menneske-forhold med pasienten og de pårørende er essensielt for å bidra til følelse av å motta god palliativ pleie. Dette vil også gjøre det lettere å ha samtaler rundt tilrettelegging og informasjonsbehov. Det kan for mange være en stor belastning å være pårørende og det er nødvendig at helsepersonell er bevisst på dette. Dersom en ikke tar vare på de pårørende kan belastningen over tid føre til sykdom også hos dem. “Vi - de pårørende” kan være en god veileder som gjenspeiler flere av behovene pårørende uttrykte i studiene vi har valgt.

Det er ikke mulig å konkludere med **en** avgjørende faktor da alle bygger på hverandre og henger tett sammen. Det å ha et godt samarbeid med pårørende kommer likevel frem som en faktor som er vesentlig når palliasjon skal utøves i hjemmet. En suksessfaktor ser ut til å være å ha dem med som deltagere og støttespillere i omsorgsutøvelsen i hjemmet. I vår diskusjon av funnene har vi gått igjennom hvilke implikasjoner resultatene vil ha for sykepleieutøvelse i møte med palliative kreftpasienter. De 6 artiklene som utgjør vårt resultat, kan imidlertid indikere at det er et behov for ytterligere forskning fra perspektiver til pasienter og pårørende som mottar palliativ omsorg i hjemmet for å sikre best mulig pleie.

## 7.0 Referanser

- Ahmed, S., Naqvi, S. F., Sinnarajah, A., McGhan, G., Simon, J. & Santana, M. J. (2023). Patient & Caregiver Experiences: Qualitative Study Comparison Before and After Implementation of Early Palliative Care for Advanced Colorectal Cancer. *The Canadian Journal of Nursing Research = Revue Canadienne De Recherche En Sciences Infirmieres*, 55(1), 110–125. <https://doi.org/10.1177/08445621221079534>
- Barlund, A. S., André, B., Sand, K. & Brenne, A.-T. (2021). A qualitative study of bereaved family caregivers: Feeling of security, facilitators and barriers for rural home care and death for persons with advanced cancer. *BMC Palliative Care*, 20(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00705-y>
- Birkeland, A. & Flovik, M. A. (red.). (2020). *Sykepleie i hjemmet* (3. utg.) Cappelen Damm Akademisk
- Bøckmann, K., Kjellevold, A., & Bendixen, A. (2021). *Pårørende i helse- og omsorgstjenesten: en klinisk og juridisk innføring* (3. utgave.). Fagbokforlaget.
- Eide, H. & Eide, T. (2019). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3.utg.). Gyldendal.
- Federl, M. (2019, 19. februar). Å vurdere troverdighet. NDLA. <https://ndla.no/article/17258>
- Grønseth, R., & Stubberud, D.-G. (2022). *Klinisk sykepleie 2* (6. utgave.). Gyldendal.
- Helsedirektoratet. (2018a, 18.september). *1. Innledning. Lindrende behandling i livets slutfase*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/innledning>
- Helsedirektoratet. (2018b, 16. januar). *6.1. Støtte til pårørende med store omsorgsoppgaver og/eller belastninger. Pårørendeveileder*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/stotte-familie-og-andre-parorende/stotte-til-parorende-med-store-omsorgsoppgaver-ogeller-belastninger>



- Helsedirektoratet. (2019, 14.oktober). *1.2. Definisjon*. Palliasjon i kreftomsorgen-handlingsprogram. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/innledning/definisjon>
- Helsedirektoratet. (2022, 15.desember). *Brukermedvirkning*. Hentet 25.mars, 2023. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2018, 18.april). *Leve med kreft*. (Nasjonal kreftstrategi 2018–2022). [https://www.regjeringen.no/contentassets/266bf1eec38940888a589ec86d79da20/regjerings\\_kreftstrategi\\_180418.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/266bf1eec38940888a589ec86d79da20/regjerings_kreftstrategi_180418.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020, 8.desember) *Vi - de pårørende*. (Pårørendestrategi 2021- 2025). <https://www.regjeringen.no/contentassets/08948819b8244ec893d90a66deb1aa4a/vi-de-parorende.pdf>
- Helsenorge, (2022, 21. desember). Helsetjenester i hjemmet. Helsenorge. <https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/helsetjenester-i-hjemmet/>
- Helsepersonelloven. (2001). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_1)
- Holck, P. (2022, 14.juni). Medical Subject Headings (MeSH). *I store medisinske leksikon*. [https://sml.snl.no/Medical\\_Subject\\_Headings\\_\(MeSH\)](https://sml.snl.no/Medical_Subject_Headings_(MeSH))
- Heyn, G. L. (2022). *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (1. utgave). Gyldendal Akademisk.
- International Council of Nurses. (2021). *The ICN code of ethics for nurses*. ICN - International Council of Nurses. [https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN\\_Code-of-Ethics\\_EN\\_Web\\_0.pdf](https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf)
- Kaasa, S., Loge, J. H. (2018). *Palliasjon: nordisk lærebok* (3. utg.). Gyldendal akademisk.

Klarare, A., Rasmussen, B.H., Fossum, B., Hansson, J., Fürst, C. J & Lundh Hagelin, C. (2018). Actions helping expressed or anticipated needs: Patients with advanced cancer and their family caregivers' experiences of specialist palliative home care teams. *European Journal of Cancer Care*, 27(6), e12948. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ecc.12948>

Kreftforeningen. (2022a, 24.august). *Hva er kreft?*. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/>

Kreftforeningen, (2022b, 31.oktober) *Hjemmedød*. <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/doden/hjemmedod/>

Kreftforeningen. (u.å.). *Lindrende/Palliativ behandling*. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/behandling/lindrende-palliativ-behandling>

Kreftregisteret. (2022a, 08. juni). *Kreft i Norge*. <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>

Kreftregisteret. (2022b, 08. juni). Cancer in Norway 2021 - Cancer incidence, mortality, survival and prevalens in Norway. [https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2021/cin\\_report.pdf](https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2021/cin_report.pdf)

Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., Steindal, S. A., & Grimsbø, G. H. (2021a). *Grunnleggende sykepleie 3: pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utgave.). Gyldendal.

Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., Steindal, S. A., & Grimsbø, G. H. (2021b). *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov og helse* (4. utgave.). Gyldendal.

Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., Steindal, S. A., & Grimsbø, G. H. (2019). *Grunnleggende sykepleie bind 3 – Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg.). Gyldendal.

Kunnskapsbasert praksis: 2.1 PICO. (2021, 30.september). I *helsebiblioteket*. Hentet 06.mars 2023 fra: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#2sporsmalsformulering-21-pico>

Kunnskapsbasert praksis: 3.2 Kildevalg. (2017, 28. august). I *helsebiblioteket*. Hentet 07. mars 2023 fra: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#3litteratursok-32-kildevalg>

MeSh på norsk – Begreper innen medisin og helsefag. (u.å.). Hentet 10. februar 2023 fra: <https://mesh.uia.no>

Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6. utgave.). Gyldendal.

Norsk sykepleierforbund. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF.  
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

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 Palliative Care*, 21(1), 49. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00939-y>

Oosterveld-Vlug, M. G., Custers, B., Hofstede, J., Donker, G. A., Rijken, P. M., Korevaar, J. C. & Francke, A. L. (2019). What are essential elements of high-quality palliative care at home? An interview study among patients and relatives faced with advanced cancer. *BMC Palliative Care*, 18(1), 96. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0485-7>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)

Raknes, G., Sveen, A.K. (2022, 10. Juni). Tall fra Dødsårsaksregisteret 2021. FHI.  
<https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/tall-fra-dodsarsaksregisteret-2021/>

Roaldset, H. A., Aass, N. (2021, 16. mars). T21 Palliativ behandling. *Norsk legemiddelhåndbok*. [https://www.legemiddelhandboka.no/T21/Palliativ\\_behandling](https://www.legemiddelhandboka.no/T21/Palliativ_behandling)

Stubberud D.-G., Grønseth, R., & Almås, H. (2017). *Klinisk sykepleie 2* (5. utgave.). Gyldendal.

St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Thidemann, J.-I., (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (2. utgave). Universitetsforlaget.

Travelbee, J., (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (K.M, Thorbjørnsen, Overs.). Gyldendal Akademisk. (Opprinnelig utgitt 1999).

World Health Organization. (u.å.). *Cancer*. World Health Organization. [https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1)

4.1 Sjekklistor. (2016, 3. juni). I *helsebiblioteket*. Hentet 07.mars 2023 fra: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistor>

## 8.0 Vedlegg

### 8.1 Vedlegg 1 – Søkehistorikk

#### 8.1.1 Søk 1 Medline

**Database:**

Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations and Daily <1946 to May 09, 2023>

#	Query	Results from 10 May 2023
1	Palliative home care.mp.	548
2	Palliative Care/	62,697
3	Cancer.mp.	2,160,329
4	Neoplasms/	496,703
5	Home Care Services/	36,241
6	Primary Health Care/	91,073
7	Nurse's Role/	42,783
8	1 or 2	62,812
9	3 or 4	2,358,610
10	5 or 6	126,506
11	7 and 8 and 9 and 10	16
12	limit 11 to yr="2018 - 2023"	2

Palliative home care.mp.  
Palliative Care/  
Cancer.mp.  
Neoplasms/  
Home Care Services/  
Primary Health Care/  
Nurse's Role/  
1 or 2  
3 or 4  
5 or 6  
7 and 8 and 9 and 10  
limit 11 to yr="2018 - 2023"

## 8.1.2 Søk 2 Medline

**Database:**

Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations and Daily <1946 to February 20, 2023>

#	Query	Results from 21 Feb 2023
1	Neoplasms/	491,696
2	Cancer.mp.	2,127,053
3	Cancer Pain/	2,222
4	Palliative.mp.	103,222
5	Palliative Care/	62,187
6	Home Care Services/	36,099
7	Home health care.mp.	2,943
8	Nursing/	51,795
9	1 or 2 or 3	2,324,443
10	4 or 5	103,222
11	6 or 7	37,216
12	9 and 10 and 11	842
13	limit 12 to yr="2018 - 2023"	184
14	nurse.mp.	193,067
15	13 and 14	12

Neoplasms/  
Cancer.mp.  
Cancer Pain/  
Palliative.mp.  
Palliative Care/  
Home Care Services/  
Home health care.mp.  
Nursing/  
1 or 2 or 3  
4 or 5  
6 or 7  
9 and 10 and 11  
limit 12 to yr="2018 - 2023"  
nurse.mp.  
13 and 14

## 8.1.3 Søk 3 Medline

**Database:**

Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations and Daily <1946 to March 06, 2023>

#	Query	Results from 7 Mar 2023
1	Neoplasms/	492,748
2	Cancer.mp.	2,134,829
3	Neoplasm*.mp.	3,226,563
4	Advanced cancer.mp.	14,146
5	Palliative Care/	62,290
6	Palliative care.mp.	77,287
7	Palliative care*.mp.	77,314
8	Home care.mp.	55,090
9	Home care*.mp.	55,421
10	End of life.mp.	30,515
11	1 or 2 or 3 or 4	3,847,790
12	5 or 6 or 7	77,314
13	8 or 9	55,421
14	10 and 11 and 12 and 13	373
15	limit 14 to yr="2018 - 2023"	153
16	Home care.ti.	9,448
17	Cancer.ti.	1,188,856
18	15 and 16 and 17	13

Neoplasms/  
 Cancer.mp.  
 Neoplasm\*.mp.  
 Advanced cancer.mp.  
 Palliative Care/  
 Palliative care.mp.  
 Palliative care\*.mp.  
 Home care.mp.  
 Home care\*.mp.  
 End of life.mp.  
 1 or 2 or 3 or 4  
 5 or 6 or 7  
 8 or 9  
 10 and 11 and 12 and 13  
 limit 14 to yr="2018 - 2023"  
 Home care.ti.  
 Cancer.ti.  
 15 and 16 and 17

## 8.1.4 Søk 1 Cinahl



Wednesday, May 10, 2023 4:58:04 PM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S12	S4 AND S7 AND S8 AND S9 AND S10	Limiters - Published Date: 20180101-20231231 Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	23
S11	S4 AND S7 AND S8 AND S9 AND S10	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	54
S10	S2 OR S3 OR S5	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	73,833
S9	S1 OR S6	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	95,259
S8	TI cancer	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	341,464
S7	TI Palliative	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	25,671
S6	"advanced cancer"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	6,298
S5	"end of life"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	33,583
S4	"Home care services"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	18,702
S3	"Palliative care"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	51,122
S2	(MH "Palliative Care")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	41,458
S1	(MH "Neoplasms")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	91,652



## 8.1.5 Søk 2- Cinahl



Tuesday, February 28, 2023 11:55:58 AM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S12	S7 AND S8 AND S9 AND S10	Expanders - Apply equivalent subjects Narrow by SubjectAge: - all adult Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	55
S11	S7 AND S8 AND S9 AND S10	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	155
S10	S1 OR S6	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	28,951
S9	S4 OR S5	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	57,821
S8	S2 OR S3	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	535,273
S7	TI palliative	Limiters - Published Date: 20180101-20231231 Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	8,042
S6	"Home Care"	Limiters - Published Date: 20180101-20231231 Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	4,824
S5	"palliative"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	57,821
S4	(MH "Palliative Care")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	41,814
S3	(MH "Neoplasms")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	92,525
S2	"cancer"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	524,029
S1	(MH "Home Health Care")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	25,676

## 8.2 Vedlegg 2 – Sjekkliste

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

### Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

### Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

### Kritisk vurdering av:

[Oosterveld-Vlug, M. G., Custers, B., Hofstede, J., Donker, G. A., Rijken, P. M., Korevaar, J. C. & Francke, A. L. (2019). What are essential elements of high-quality palliative care at home? An interview study among patients and relatives faced with advanced cancer. *BMC Palliative Care*, 18(1), 96.]

## Del A: Innledende vurdering

### 1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

**Kommentar:** Problemstilling er tydelig presentert i tittelen; «What are essential elements of high-quality palliative care at home? Den er også godt forklart i bakgrunnen. Forskerne ønsker å undersøke dette temaet for å få en innsikt i elementer som pasient og pårørende anser som viktig for opplevelsen av god kvalitet på palliasjonen de mottar. Og om disse elementene er representert i pleien de mottar/har mottatt.

## 2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

### Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

**Kommentar:** Ja, fordi man må ha innsikt i erfaringene til hva pasient og pårørende anser som god kvalitet på palliasjon i hjemmet.

## 3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

### Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

**Kommentar:** De har brukt en kvalitativ intervju metode, med semistrukturerte intervju spørsmål. Forskerne valgte forskningsmetoden for å få gi mulighet til å gi utdypende svar og komme med nye poenger.

## 4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

**Kommentar:** Disse intervjuobjektene var tatt fra en tidligere studie. Fra denne studien valgte en gruppe fastleger ut pasienter basert på spørsmålet; *Would you be suprised if this patient died in the next 12 months?* På denne måten ble 28 pasienter og 22 pårørende valgt ut, men på grunn av endret helsetilstand eller død hos pasientene, ble 13 pasient og 14 pårørende intervjuet til denne studien.

## 5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?

- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

**Kommentar:** Intervjuene ble utført av en av forfatterne og trente intervjuere. Intervjuene ble guidet av en emneliste, som inkluderte spørsmål om pasientens og pårørendes erfaring med pleie og behandling fra fastlege og/eller sykepleier/sykepleierteam. Intervjuene fokuserte også på hvilke opplevelse pasienten og pårørende hadde i forhold til om deres behov ble møtt på bakgrunn av hjelpen de mottok. Intervjuene ble gjort i pasientens hjem, varte mellom 30-60 minutter og ble spilt inn og transkribert.

## 6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja –  Nei –  Uklart

### Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
  - a. utforming av problemstilling
  - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
  - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

**Kommentar:** Det er diskutert i studien at legenes rolle med utvalg av pasienter kan ha påvirket utfall, på grunnlag av eksisterende pasientforhold. Om forholdet var av positiv eller negativ rang vil resultatet kunne bli påvirket av dette.

## 7. Er etiske forhold vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart

### Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltakerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltakerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

**Kommentar:** Pasienter og pårørende gav skriftlig informert samtykke før deltaking i studien. Studien ble vurdert av Medical Ethics Committee of the VU University Medical Center, og det ble vurdert til at studien ikke var nødt til å få godkjenning av Medical Ethics Committee.

## 8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

**Kommentar:** Dataen ble analysert med prinsipper av tematisk analyse. De transkriberte intervjuene ble lest, og deretter lest på nytt for dataen skulle være kjent. Sitatene og kategoriene henger godt sammen.

## Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja –  Nei –  Uklart

# Del B: Hva er resultatene?

## 9. Er funnene klart presentert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnernes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

**Kommentar:** Funnene er diskutert opp mot problemstillingen og det er også trukket inn andre studier/kilder for å underbygge troverdigheten til funnene.

# Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

## 10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

**Kommentar:** Det er ikke diskutert om behov for videre forskning, men økende bevissthet rundt temaet er understreket. Studien er vurdert opp mot dagens praksis for hjemmepalliasjon. Funnene kan være nyttig da WHO understreker at pårørende skal inkluderes i palliativ behandling, og funn fra studien viser at pårørende har følt seg ekskludert og ikke blitt tatt seriøst i diskusjoner om palliativ pleie og livets slutt.

### 8.3 Vedlegg 3– Litteratormatrise

Litteratormatrise						
Forfatter(e) Publiseringsår Tidsskrift Land	Tittel på artikkel	Hensikt	Metode/des ign	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/Resultater	Kommentar
Oosterveld-Vlug, M. G., Custers, B., Hofstede, J., Donker, G. A., Rijken, P. M., Korevaar, J. C. & Francke, A. L. 2019, BMC Palliative Care, Nederland.	<i>“What are essential elements of high-quality palliative care at home? An interview study among patients and relatives faced with advanced cancer.”</i>	Hensikten med studien var å få et innblikk i hva pasienter og pårørende anser som viktige elementer i god palliasjon i hjemmet og om disse elementene er tilstede i pleien de mottar. Disse svarene vil kunne brukes til å optimalisere hjemme palliasjon.	Kvalitative semistrukturerte intervjuer	13 pasienter med langtkommen kreft og 14 pårørende av pasienter med langtkommen kreft.	Pasienter og pårørende anså det som viktig med <b>medisinsk dyktig personell</b> , at de var <b>tilgjengelige</b> , <b>pasientfokusert</b> og fremoverrettet (proaktive). God <b>informasjonsflyt mellom de som utøver pleie og tydelige prosedyrer ved etterspørsel av ressurser eller tjenester</b> ble også ansett som avgjørende for god palliativ behandling hos hjemmeboende kreftpasienter. De fleste i studien uttrykte at de generelt sett mottok god hjelp og at pleien inneholdt de viktige elementene, likevel ble “god informasjonsflyt mellom fagfolk” og “klare og tydelige prosedyrer” nevnt som vanskelige elementer å utøve i praksis. Pasienter og pårørende understreket også at det var avgjørende at de fulgte med og var “på” for at de skulle få den hjelpen de trengte. De uttrykte bekymring for pasienter som ikke var like ressurssterke eller hadde pårørende som kunne påse at de mottok den pleien de trengte.	- Fastlegene valgte pasienter - Ikke alle hadde hjemmesykepleie (uvisst antall) - Majoriteten var høyt utdannede - 9 av pasientene var menn - Lungekreft var overrepresentert blant kreftgruppene (5 av 13). - 11 av omsorgspersonene var kvinner.  + Variasjon i kreftgrupper. + I 9 av tilfellene hvor pasienten og omsorgspersonen deres var intervjuet, ble de intervjuet separat. + Pasient og pårørendes subjektive syn er kombinert, noe som skaper et nyansert bilde av hva som er essensielt for opplevelse av god palliativ omsorg.

<p>Ahmed, S., Naqvi, S. F., Sinnarajah, A., McGhan, G., Simon, J. &amp; Santana, M. J., 2023, Canadian Journal of Nursing Research, Canada.</p>	<p>“Patient &amp; Caregiver Experiences: Qualitative Study Comparison Before and After Implementation of Early Palliative Care for Advanced Colorectal Cancer”</p>	<p>Hensikten med studien var å forstå erfaringene pasienter med avansert kolorektal kreft, og deres omsorgspersoner (familie og pårørende) hadde i forbindelse med tidlig palliativ behandling fra en spesialsykepleier i palliasjon. Disse erfaringene sammenlignes med erfaringer med studiedeltakere som fikk standard kreftoppfølging før implementering av tidlig palliativ behandling.</p>	<p>Kvalitativ, pasientorientert studie. → Intervju via telefon med to kohorter.</p>	<p>7 pasienter med avansert kolorektal kreft, og 5 pårørende/familie i omsorgsrolle overfor pasienten. Sammenlignet med en annen kohort på 15 pasienter med avansert kolorektal kreft, og 7 av deres familie/pårørende i omsorgsrolle overfor pasienten.</p> <p>Forventet levetid 6-24 måneder</p>	<p>Pasienter og omsorgspersonene uttrykte at besøk fra spesialsykepleier i palliasjon var hjelpsomt for dem, og førte til bedre forståelse av palliativ behandling. Dette førte igjen til en forbedret pleie til pasienten. Det var fire tema som kom frem i studien; pleie koordinasjon, oppfatning av palliativ behandling og avansert pleie planlegging, det å leve med langt kommet kreft for pasient og familie engasjementet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kun kolorektale kreftpasienter</li> <li>- Ulike pasienter som ble intervjuet før og etter tiltaket</li> <li>- At informasjon om studien ble gitt av sykepleier til potensielle deltakere kan ha påvirket hvem som deltok.</li> <li>+ Delte deltakergrupper; dyad (pasient og omsorgsperson ble intervjuet separat) og non-dyad.</li> <li>+ sammenligning av erfaringer før og etter tiltaket.</li> <li>+ Pasientene hadde ganske like utgangspunkt med lik kreftdiagnose - tar hensyn til begge kjønn.</li> </ul>
<p>Nysæter, T. M., Olsson, C., Sandsdalen, T., Wilde-Larsson, B., Hov, R. &amp; Larsson, M., 2022, BMC Palliative Care, (Norge)</p>	<p>“Preferences for home care to enable home death among adult patients with cancer in late palliative phase – a grounded</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke preferanser for hjemmesykepleie over til for å muliggjøre hjemmedød for voksne pasienter</p>	<p>Kvalitativ metode i henhold til databasert teoriutvikling (grounded theory). Dataene ble samlet inn</p>	<p>9 pasienter over 18 år med kreft i sen palliativ fase (forventet levetid på 6-12 uker). Deltakerne hadde ingen kognitiv svikt og bodde alene eller sammen med</p>	<p>Det kommer frem i studien at det er en hovedkategori som er viktig for pasientene; nemlig det å oppleve håp og tillit til at de får den omsorgen og hjelpen de trenger for å kunne dø hjemme. Pasientens ønske om å dø hjemme holdt seg stabil over tid, til tross for forverring helsetilstand grunnet sykdom og symptomer. De tre underkategoriene “å leve i nuet”,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Få deltagere i studien.</li> <li>- 2 av 7 var kvinner</li> <li>+ Alle intervjuer ble utført av samme person</li> <li>+ Alle var etnisk norske</li> <li>+ Variasjon i utdanningsnivå</li> </ul>



UK & Ireland.	<i>theory study</i>	med kreft i sen palliativ fase.	ved bruk av individuelle intervjuer	pårørende. Alle deltakerne hadde uttrykt et ønske om å dø hjemme.	<p>“være trygg og delta i egenomsorg”, “bli sett og anerkjent” beskriver pasientens ønske om å beholde den de var før sykdommen og ha et meningsfylt liv frem til døden.</p> <p>Disse ønskene avhenger av at helsepersonell som bidrar i den palliative pleien har [redacted] egenskapene; “pålitelig, lidenskapelig og innehar kompetanse innen feltet”, i tillegg er det å komme presist til avtalt tid, forutsigbarhet i forhold til hvem som kommer og at personellet er tilpassningsdyktige ved uforutsette eller rask endring av behov.</p>	
Barlund, A. S., André, B., Sand, K. & Brenne, A.-T., 2021, BMC Palliative Care, Norge.	<i>“A qualitative study of bereaved family caregivers: feeling of security, facilitators and barriers for rural home care and death for persons with advanced cancer”</i>	Hensikten med studien var å undersøke faktorer som er med på å avgjøre opplevelsen av trygghet, omsorgspersonene til de hjemmeboende kreftpasientene opplevde. Studien undersøkte hvilke faktorer som tilrettela for ønsket hjemmedød.	Kvalitativ studie retrospektiv studie, med semistrukturerte dybdeintervjuer med etterlatte pårørende.	Ti etterlatte omsorgspersoner fra 9 forskjellige familier inngikk i studien. Alle omsorgspersonene var kvinner. Inklusjonskriteriet var foreldre, barn eller ektefelle over 18 år til en avdød hjemmeboende kreftpasient: tidsløp på 2 til 12 måneder siden døden inntraff. Subjektene måtte ha tidligere eller nåværende kontakt med kommunens kreft koordinator/sykeple	<p>Tre hovedkategorier som påvirket tryggheten til omsorgspersonene kom frem under studien. Blant annet var dette <b>personlige faktorer</b> som varierte fra familie til familie, og som gikk ut på forskjellige opplevelser, holdninger og atferd knyttet til trygghetsfølelsen. Det ble trukket frem viktigheten av tilstedeværelse og bevarelse av ro i hjemmet. <b>Helsepersonell</b> ble trukket frem som en ressurs og deres kunnskap og kommunikasjonsevne bidro til trygghet for omsorgspersonenes bekymringer knyttet til pleie for pasienten. Tydelig informasjon fra helsepersonell bidro til en positiv opplevelse med palliasjon i hjemmet. Siste hovedkategori som ble trukket frem var <b>organisatoriske faktorer</b>. Innunder her ble det trukket frem samarbeid mellom institusjon og hjemmesykepleie, økonomiske ordninger som “sykelønn” fra NAV og tilrettelegging av bolig og situasjon for</p>	<p>- Alle deltagerne var kvinner. kun pårørendes syn</p> <p>+ Alle deltakerne var fra forskjellige kommuner med forskjellig distanse til nærliggende sykehuset.</p> <p>+ Alle intervjuene er analysert av minimum to forskere</p> <p>+ Deltakerne hadde varierende grad av utdanningsnivå.</p> <p>+ Ikke lenger avhengige av å motta hjelp, kan derfor ha gitt mer reflekterte og ærlige svar</p>

				ier eller det palliative teamet.	palliativ omsorg i hjemmet.	
Klarare, A., Rasmussen, B.H., Fossum, B., Hansson, J., Fürst, C. J & Lundh Hagelin, C. (2018). European Journal of Cancer Care, Sverige.	<i>“Actions helping expressed or anticipated needs: Patients with advanced cancer and their family caregivers’ experiences of specialist palliative home care teams”</i>	Hensikten med studien var å beskrive pasienter med langtkommen kreft og deres pårørende opplevelser med hjemmesykepleie spesialisert på palliasjon. Deltakerne skulle identifisere hvilke elementer de anså som hemmende og hvilke som var fremmede.	(interpretive qualitative research approach)  Kvalitativ forskningsmetode. Data ble samlet inn ved hjelp av intervjuer. Intervjuene varte mellom 30 og 90 minutter og det ble tatt lydopptak.	13 pasienter med langtkommen kreft og pårørende ble intervjuet. Deltakerne mottok helsehjelp i hjemmet av et team spesialisert på palliasjon. Studien ble utført i Sverige.	Resultatet av studien ble presentert i 3 hovedkategorier som påvirket palliasjonen i hjemmet. “Organisering og å sørge for tilstrekkelig ressurser” var den kategorien flest deltagere anså som viktig for å føle de fikk den hjelpen de trengte. Den nest største kategorien var “holde avtaler og være pålitelig”. Siste kategori var “å skape relasjon med pasienter og pårørende”.	- 12 av pasientene var gift eller i et varig forhold - Team ledere valgte ut deltakere - Deltakerne var avhengig av å motta hjelp  + Fem forskjellige geografiske steder + Åpne spørsmål + ECIT