



Kreftpasienter i palliativ fase og hjemmedød.  
Cancerpasients in a palliativ fase and home death.

Kandidatnummer: 4

VID vitenskapelige høgskole

Oslo

Fordypningsoppgave

Kreftsykepleie

Deltid 2020

Antall ord: 4331

## **Abstrakt**

**Innledning** Internasjonale studier har undersøkt hvor mennesker med avansert kreftsykdom ønsker å dø, og de fleste ønsker å dø hjemme.

**Problemstilling** Hvilke faktorer virker hemmende og fremmende for at pasienter i en palliativ fase av sin kreftsykdom får dø hjemme?

**Metode** Litteraturstudie

**Resultat** Fastlegens tilgjengelighet, proaktivitet og mulighet for flere hjemmebesøk kan virke fremmende på hjemmedød blandt kreftpasienter i palliativ fase. Gode relasjoner og samarbeid blandt profesjoner, god kommunikasjon og planlegging mellom helseinstanser kan også være fremmende faktorer. En annen faktor som er svært viktig for hvor pasienten dør, er pasientens og de pårørendes preferanser.

**Konklusjon** Det er mange faktorer som kan virke hemmende og fremmende på hjemmedød. Pasientens og de pårørendes preferanser, tilgjengelighet til helsepersonell og samarbeid mellom helseinstanser og profesjoner viser seg som faktorer som er viktige. Pasienten og de pårørendes preferanser og behov bør stå i sentrum. Helsepersonell bør arbeide på best mulig sammen ut fra dette for å kunne ivareta disse hjemme og tilrettelegge for ønsket om hjemme død.

**Key words** hjemmedød, kreftpasienter, kommunehelsetjenesten.

## **Abstract**

**Introduction** International studies have investigated where people with advanced cancer wish to die, and most people wish to die at home.

**Issue** Which factors has an inhibitory and promoting effect on home death for cancer patients in a palliative fase?

**Method** Literature study

**Result** The availability of the general practitioner, proactivity and possibility for home visits may promote home death among patients with cancer in a palliative fase. Good relations and cooperation among professions, good communication and planning between health authorities can contribute as a promoting factor. Another important factor in where the patient dies, is his or her preferences and the caretakers.

**Conclusion** There are many factors that can contribute as inhibitory or promoting factors for home death. Patients and the caretaker's preferences, availability of healthcare professionals and cooperation between professions showed to be important. The patients and the caretakers and their needs should be in center of the attention. The health personnel should work in the best way together to take care of those persons at home and facilitate for the wish of home death.

**Key words** home death, cancer patients, district nursing.

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning .....</b>	<b>3</b>
1.1 Problemstilling.....	3
1.2 Hensikt med oppgaven .....	3
<b>2.0 Materiale og Metode.....</b>	<b>4</b>
2.1 Litteratursøk .....	4
2.2 Utvelgelse av artikler.....	5
2.3 Analyse .....	5
2.3.1 Nøkkelfunn .....	6
2.3.2 Identifisering av likheter og ulikheter i funn .....	6
2.3.3 Temaer utkommer fra nøkkelfunn i artiklene.....	7
<b>3.0 Resultat .....</b>	<b>7</b>
3.1 Presentasjon av artikler .....	7
3.2 Utvalgte temaer .....	9
<b>4.0 Diskusjon.....</b>	<b>10</b>
4.1 Pasienten og de pårørendes preferanser.....	10
4.1.1 Tverrfaglig samarbeid og samarbeid mellom instanser .....	10
4.1.2 Tilgjengelig fastlege og hjemmebesøk .....	11
4.2 Implikasjon for praksis.....	11
<b>5.0 Konklusjon .....</b>	<b>12</b>
<b>Kilder .....</b>	<b>13</b>
<b>Vedlegg .....</b>	<b>16</b>
PICO-skjema .....	16
Litteraturmatrise .....	17

Kreftpasienter i palliativ fase og hjemmedød.  
Cancerpatients in a palliativ fase and home death.

## 1.0 Innledning

Studier fra hele verden har undersøkt hvor mennesker med avansert kreftsykdom ønsker å dø og det kommer frem at flesteparten ønsker å dø i sitt eget hjem (Oostervuld-Klug, 2019, s 2). Likevel er det i Norge kun cirka 15% som dør hjemme. Det er også noe høyere andel av ikke-kreftpasienter enn kreftpasienter som dør hjemme (17% mot 12%). Om man sammenligner Norge med andre vestlige land, er antallet et av de laveste. I England kan man skilte med at 22% av kreftpasientene dør hjemme og i Nederland hele 45%. I Norge er det store forskjeller fra kommune til kommune når det kommer til antallet hjemmedød blandt kreftpasienter. Man har mye kunnskap om hvilke faktorer som hemmer og fremmer hjemmedød og to av de viktigste faktorene som påvirker hjemmedød blandt kreftpasienter er tilgang til hjemmetjenester og sosial støtte (Brenne & Estenstad, 2018, s 161-164).

Pasienter i en palliativ fase trenger en personrettet behandling der hvor man oppholder seg, riktig og god organisering og godt tverrfaglig samarbeid er helt essensielt for å kunne hjelpe pasienten. I fagområdet palliasjon settes søkelys på optimal livskvalitet for pasienter som har en inkurabel sykdom og de berørte pårørende. Lindring av symptomer er en stor del av dette. Tradisjonelt har kreftpasienter som er i en palliativ fase hatt en antatt levetid på 9-12 måneder (Helsedirektoratet, 2019, s 8-12).

Da samhandlingsreformen ble innført i Norge i 2012 ble mer ansvar lagt over til kommunene fra spesialisthelsetjenesten. Det førte til at pasienter med større omsorgsbehov må ivaretas i hjemmet eller av kommunale intuisjoner. Dette krever god koordinering og kommunikasjon, og det er en forpliktelse mellom kommune og sykehus (Meld.st. 47 (2008-2009) s 26).

### 1.1 Problemstilling

Hvilke faktorer virker hemmende og fremmende for at pasienter i en palliativ fase av sin kreftsykdom får dø hjemme?

### 1.2 Hensikt med oppgaven

Hensikten med denne oppgaven vil være å dykke dypere ned i materien ut fra det vi allerede vet om temaet fra forskning og få mer kunnskap om hvordan man som helsepersonell best mulig kan tilrettelegge for en god hjemme død for palliative kreftpasienter, utfra å belyse faktorer som hemmer og fremmer dette.

## 2.0 Materiale og Metode

Oppgaven er en litteraturstudie.

En litteraturstudie er en studie som henter publisert forskning fra databaser. Da vil forskeren bruke datamaterialet som informant. Man fremskaffer ikke ny forskning, men man kan få frem nye erkjennelser da man ser på forskning og kunnskap fra flere undersøkelser.

(Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L., (2021, S. S 249).

### 2.1 Litteratursøk

I denne litteraturstudien er det søkt i databasene Cinahl, Pubmed, Idunn og Oria. Det er brukt boolske operatører AND og NOT i flere søk. Eksempelvis for å utelukke søk på institusjoner i kommunehelsetjenesten og barn. Det er valgt ut artikler som inneholder kreftpasienter, pårørende i hjemmet, kreftsykepleiere, sykepleiere i hjemmesykepleien og forhåndssamtaler. Alle artiklene omhandler palliasjon og kun en artikkel som ikke omhandler kreftpasienter. Jeg har avgrenset søket med full text og abstract available. Jeg har kun søkt etter enkeltstudier og ikke review artikler. I noen søk med svært mange treff har jeg avgrenset tidsperspektivet slik at bare svært nye artikler kommer frem. Jeg har også i noen tilfeller avgrenset søk til kun engelskspråklige. Jeg fant 13 relevante artikler ut fra gjennomlesing av abstract. Deretter har jeg gjennomgått noe av diskusjonsdelen og gjennomgått resultatdelen for utvelgelse av artiklene. Dette er både kvalitative og kvantitative studier. Kort beskrevet er kvantitative studier bygd på statistikk og tallanalyser og innebærer ofte mange respondenter. Et eksempel på å samle informasjon på denne måten er ved spørreskjemaer. Ved kvalitativ forskning ønsker man å få frem en dybdeforståelse og dette gjøres for eksempel gjennom intervju med færre informanter (Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L., (2021, s 22-23).

Søket startet i Cinahl som er en database som inneholder en storpart av sykepleiefaglig litteratur, men også innen fysio og ergoterapi. I denne database er størsteparten kvalitative studier. Søkeordene som ble brukt var «dying at home» AND «cancer» NOT «children». Dette grunnet at jeg ville avgrense søket til å kun omhandle voksne. Jeg søkte kun på full text og abstract available. Jeg fikk da opp 20 treff. Jeg leste gjennom abstract, noe av diskusjon, og resultat del for å kunne velge ut hvilke som var relevante å ha med ut fra min problemstilling. Jeg valgte da ut 4 artikler. Jeg fortsatte søket i Cinahl med søkeordene «death» AND «cancer» AND «home care», med full text og abstract available og fikk 17 treff. 1 artikkel med relevans. Deretter endret jeg søkeordene til «advanced care planning» AND «cancer patients or patients with cancer», igjen med full text og abstract available. Fikk da opp 8 treff, 1 med relevans for denne oppgaven. Fortsatte i Cinahl med søkeordene «cancer patients or oncology patient or patient with cancer» AND «advanced care planning» AND «home», hvorav 5 treff og 1 som jeg mente var relevant.

Jeg søkte i PubMed i Meshdatabasen for å få opp gode søkeord. Fikk da opp districtnursing, community health, oncology nursing, advanced care planning, home care services.

I Pubmed fikk jeg opp 83 treff med søkeordene «advanced care planning» AND «cancer patients» AND «home», med abstract available og full text. Valgte ut 2 av disse.

I Idunn fortsatte jeg søkeprosessen med ordene «palliative patients» og «hjemme». Valgte ut 2 av 49 treff.

I Oria søkte jeg på «palliative care for pasients with cancer». Fikk da opp 53 treff, mange av dem norskspråklige. Endret søket til kun engelskspråklige og fikk da 32 treff. Valgte ut 2 relevante fra fagfelleverderte tidsskrifter.

Ut fra artikler jeg leste ønsket jeg et søk fra Nederland. Dette grunnet informasjon om at dette landet har en svært høy prosentandel hjemmedød sammenlignet med andre land. Søk etter dette i Cinahl med søkeordene «Nederlands» AND «palliative care/end of life care» AND «cancer pasients» AND «home». Fikk opp 23 treff, 1 artikkel valgt ut.

## 2.2 Utvalgelse av artikler

Etter å ha lest gjennom abstract og resultatdel i alle 13 valgte artikler, forkaster jeg 5. Dette er begrunnet med tidsrom for utgivelse (1 er over 20 år gammel) og tre artikler omhandlet ikke hjemmesituasjonen spesielt. To av artiklene var norskspråklige og på grunn av ønsket om flest engelskspråklige, valgte jeg kun 1 av disse med mest relevans for problemstillingen. Ved utvalgelse så jeg på når artiklene var publisert da jeg ønsket mest mulig fersk forskning. Uten om nevnt artikkel, valgte jeg ut artikler fra 2010 til 2021. 1 artikkel er fra 2010, ellers er de andre fra 2015 og fremover.

1 artikkel er fra Japan, 1 fra Singapore og 1 fra Australia, ellers er resten fra Europeiske land. Jeg er innforstått med at faktorer som kultur, økonomi, infrastruktur, oppbygging av helsevesen og holdninger/forventninger til dette, er forskjellig fra land til land og at dette må tas med i betraktning av resultater av forskning. Det er viktig å tenke på om artiklene og resultatene er overførbare til vår egen praksis.

Alle artiklene hadde eget avsnitt med etiske overveielser. Forskningsetikk er viktig både når man forsker, at man tar hensyn til personopplysninger og når man henviser til forskning, ved at man viser redelighet og nøyaktighet (Thagaard, 2021, s 20-21). Ifølge Gadamer forutsetter forståelse at man har en forforståelse om noe. Dette kalles fordommer (Krogh, 2021, s 49). Jeg er klar over at jeg ved vurdering av artikler har med meg en forforståelse og vurderer disse i lys av mine tanker og holdninger, såkalte fordommer. Jeg har i mange år arbeidet i hjemmesykepleien med kreftpasienter i en palliativ fase og dette har naturlig nok formet mine tanker og holdninger og gjør at jeg har min unike forforståelse om temaet.

I utgangspunktet ønsket jeg at alle artiklene omhandlet voksne kreftpasienter og palliasjon i hjemmet. Men, en god artikkel som omhandlet palliative pasienter i hjemmet, var ikke diagnoserelatert. Denne var ønskelig å innlemme på grunn av gode forskningsresultater på fremmede faktorer. Jeg har valgt artikler som beskriver både sykepleiernes, pårørendes og, eller pasientens erfaringer, for mest mulig helhetlig forståelse av faktorer som hemmer og fremmer hjemme død.

## 2.3 Analyse

Funn må sees i lys av de forskjellige perspektivene i artiklene. Artiklene stammer fra studier hvor man har undersøkt både pasienter, pårørende og sykepleiere. Utgangspunkt for en av studiene var et prosjekt med mer ressurser til rådighet.

Nøkkelfunn er identifisert ut fra å lese artiklene, især diskusjon og resultatdel. På grunn av oppgavens smale omfang vil en oppsummering av nøkkelfunn presenteres. Deretter vil nøkkelfunnene gjøres om til temaer.

### 2.3.1 Nøkkelfunn

Oppsummering av nøkkelfunn blandet fra alle de utvalgte artiklene: Forskjell på kjønn og sivilstatus i forhold til hvem som dør hvor.

Kompetent personell viser seg som en fremmede faktor, både i forhold til faglige og menneskelige egenskaper. God koordinering og organisering mellom helsepersonell (tverrfaglighet) kommer frem som viktig.

God kommunikasjon mellom personell og pasient/pårørende, og kommunikasjonen bør være åpen og realistisk.

Tilgjengelig fastlege som kan ta hjemmebesøk blir trukket frem som en svært viktig faktor. Trygghet med palliative team, men det kan komme frem noe uklar rollefordeling når de er inne i bildet. Sykepleiere kan føle seg alene og utrygge.

Å sette pasienten i sentrum og jobbe ut fra dette er fremmede.

Proaktivitet blandt helsepersonell kommer frem som en fremmede faktor. Fleksibel vaktordning, døgnservice, empowering av pårørende og undervisning kan være hensiktsmessig.

Fleksibel vaktordning kan blandt sykepleiere føre til utbrenthet.

Pasientens og pårørendes preferanser spiller en rolle for hvor man dør.

Tilstedeværelse av flere pårørende kan være viktig, å kunne dele på ansvaret for pasienten.

Advanced care planning er positivt.

Pasientens og pårørendes innsikt i sykdommen kan bidra positivt.

Det kommer frem at i mindre samfunn kan man ha høyere preferanser for hjemmedød.

Ved hjemmedød kan man oppleve mindre smerter og mer fred.

Hemmende faktorer kan være liten tid til å skaffe utstyr og forberede seg til mottagelse av pasient i hjemmet og urealistiske lovnader fra annet helsepersonell om hva hjemmesykepleien kan tilby. Videre er det når hjemmesykepleien kommer sent inn i bildet ved utskrivelse og begrenset informasjon fra sykehuset. Vansker med å få hjelp utenom kontortid, for eksempel ved medikamentordinasjoner.

### 2.3.2 Identifisering av likheter og ulikheter i funn

I lys av det nevnte om de forskjellige perspektivene og utgangspunkt for artiklene er gjennomgående om likheter i artiklene viktigheten av kompetent og engasjert helsepersonell. God organisering og koordinering likeså. Likheter er også om hva pasientens og de pårørende selv ønsker om dødssted. God kommunikasjon mellom alle aktører er viktig, spesielt om sykdom og progresjon og åpenhet rundt dette.

Det må også tas i betraktning at 3 av artiklene er fra ikke-europeiske land hvor det kan tenkes at kulturforskjellene er store fra Europa. Også i Europa kan kulturforskjellene være store i tillegg til sosioøkonomiske forskjeller.

De henvises videre til likheter og ulikheter under presentasjon av artikler og til diskusjonsdelen.

### 2.3.3 Temaer utkommer fra nøkkelfunn i artiklene.

Tilstedeværelse av pårørende, kjønn og sivilstatus

Kompetent personell

Koordinering, organisering og kontinuitet

Åpen og realistisk kommunikasjon, til rett tid

Tverrfaglig samarbeid og samarbeid mellom instanser

Tilgjengelig fastlege og hjemmebesøk

Palliative team

Utrygge og ensomme sykepleiere i kommunehelsetjenesten

Pasienten i sentrum

Proaktivitet blandt helsepersonell

Fleksibel vaktordning og døgnservice

Empowering og undervisning av pårørende

Pasientens og pårørendes preferanser

Advanced care planning

Innsikt i sykdom

Mindre smerter og mer fred ved hjemmedød

Utstyr og forbredelse

Høy funksjonsstatus

## 3.0 Resultat

På grunn av oppgavens omfang vil jeg kun ta med resultater fra studiene som omhandler nøkkelfunn som vist i forrige kapittel.

### 3.1 Presentasjon av artikler

I «predictores of the final place of care of patients with advanced cancer receiving integrated home-based palliative care: a retrospective cohort study», (2021), fremkommer det at single eller skilte menn og de med eldre pårørende har større sannsynlighet for å dø på sykehjem og menn har større sannsynlighet til å dø på sykehus enn kvinner. Denne artikkelen er en kvantitativ studie hvor informasjon ble hentet ut av elektronisk pasientjournal til 359 palliative kreftpasienter som mottok hjemmebasert palliativ pleie i Singapore. Man ønsket å identifisere faktorer som var assosiert med dødssted hos pasienter med avansert kreftsykdom. Studien avdekket også om man var plaget av mye smerter, hadde høy funksjonell status og ikke hadde uttrykt ønske om hjemme død, er sannsynligheten at man dør andre steder enn hjemme (Tay et al, 2021).

I den norske studien «a qualitative study of bereaved family caregivers: feeling of security, facilitators and barriers for rural home care and death for persons with advanced cancer». Hensikten med denne studien var å utforske pårørendeperspektivet når det kom til faktorer som bestemte opplevelsen av trygghet når de ivaretok pasienter med avansert kreft hjemme. Utvalget var hentet fra Sogn og fjordane hvor det kan være store avstander mellom mennesker. Studien var gjennomført som semistrukturerte dybdeintervjuer med 10



etterlatte. Alle de etterlatte var kvinner. Faktorer som bidro til at pårørende opplevde følelse av trygghet var god organisering av det palliative tilbudet og god koordinering mellom helsepersonell. Kompetent personell og tilgjengelig fastlege bidrar til økt trygghet og at man var flere pårørende var viktig slik at man ikke var alene med ansvaret. I tillegg nevnes palliative team og flere ønsket at palliative team skulle kommet tidligere inn i prosessen. En man ikke hadde klar rollefordeling eller om man fikk lite, uklar eller for sen informasjon kunne dette bidra til en følelse av utrygghet (Barlund et al, 2021).

Den tredje artikkelen er også en kvalitativ studie. Her er det sykepleiernes perspektiv som undersøkes i «hjemmesykepleiernes erfaringer når kreftpasienter ønsker å dø hjemme» (2020) Dette ble gjennomført som fokusgruppeintervju med 10 sykepleiere fra Østlandet i Norge. Det man ønsket å undersøke var hvilke utfordringer disse respondentene beskrev når de skulle ta seg av kreftpasienter som ønsket å dø hjemme. Funn i denne artikkelen var at de opplevde trygghet når de fikk hjelp av det palliative teamet, men at det kunne bli litt uklar rollefordeling. Sykepleierne oppgav at fastlegen kunne være kilde til dere faglige trygghet. Lite kontinuitet i nettverket rundt pasienten kan føre til utrygghet og ikke utføre jobben sin på en tilfredsstillende måte (Arnold et al, 2020).

Den nederlandske artikkelen «What are essential elements of high-quality palliative care at home? An interview study among patients and relatives faced with advanced cancer», ønsker man å skaffe seg innsikt i de faktorene som pasienter og pårørende mener er essensielt i palliativ omsorg med høy standard. Dette ble gjennomført som semistrukturerte intervjuer. Det var 27 respondenter, derav 13 pasienter og 14 familiemedlemmer. Essensielle faktorer var tilgjengelige, faglig dyktige, personfokuserede og proaktive fastleger og hjemmesykepleiere, og også samarbeidet mellom disse. Åpen og ærlig kommunikasjon om livets slutfase og behandling var viktig. Mangel på koordinering og hvem som var nøkkelpersoner kunne vanskeliggjøre situasjonen (Oosterveld-Vlug et al, 2019).

En av studiene var gjennomført som et prosjekt og skilte seg derfor ut fra de andre. Det skilte seg også ut ved at det ikke kun var kreftpasienter. Dette var «rural palliative care to support dying at home can be realized; experiences of family members and nurses with a new model of care». Hensikten med denne studien var å beskrive sykepleiernes og familiers erfaringer med hjemme død på landet i Australia. Prosjektet ble gjennomført over en 6 måneders periode og hensikten med denne studien var å overvåke og prøve ut en døgnbasert palliativ omsorg hvor sykepleierne var tilgjengelige på telefon, på andre medier eller fysisk til stede 24 timer i døgnet. Sykepleierne hadde en kompleks og fleksibel vaktordning som skapte flyt i arbeidet rundt pasienten. Under prosjektet ble kommunikasjonen med familiene forbedret ved at de fikk en Ipad som de kunne bruke ved kontakt med sykepleierne. Det forenklet samarbeidet ved at man lettere kunne holde seg oppdatert angående pasientens situasjon og man lettere kunne komme med råd og støtte. Sykepleierne var opptatt av personsentrert omsorg, undervisning og «empowering» av de pårørende og informasjon om sykdomsbilde. Det tverrfaglige samarbeidet var godt. Alle pasientene i prosjektet døde hjemme og både de pårørende og sykepleierne var positive over det gode palliative tilbudet pasientene og de pårørende mottok. Datamaterialet ble samlet inn ved å intervju 4 sykepleiere og 10 etterlatte av pasienten i etterkant av prosjektet (Spelten et al, 2019).

Advanced care planning kan oversettes til «forhåndssamtaler» på norsk og er en arbeidsstrategi for helsepersonell hvor kommunikasjon om pasientens preferanser om ønsket sted å dø, prosessen med å dø, og hvordan pasienten opplever, og har innsikt i sin sykdom taes opp. Dette temaet er ønskelig å utforske i «advanced care planning and home death in patients with advanced cancer: a structured interview analysis. Hensikten var å undersøke assosiasjoner mellom advanced care planning og hjemmedød blandt pasienter med avansert kreft i hjemmet. 44 sykepleiere fra hjemmesykepleiebyråer gjennomgikk strukturerte intervjuer om 123 kreftpasienter i hjemmet etter at pasienten var død. Det kom frem at fremmede faktorer for hjemme død var pasientens og pårørendes preferanser for hjemmedød ved baseline og innsikt i prognose. Viktig var også tilstedeværelse av andre omsorgspersoner utenom primær. Videre var det muligheten for hjemmebesøk av lege og legens positive holdning til hjemmesykepleierne. Flere besøk av sykepleierne enn vanlig var positivt og at advanced care planning ble gjennomført under hele sykdomsperioden. (Ishikawa et al, 2018).

I en dansk, populasjonsbasert, historisk kohort studie blandt 282 etterlatte av kreftpasienter, ønsket man å undersøke om demografiske og sosioøkonomiske faktorer kunne assosieres med preferanser for å dø hjemme.

Funn viste at i starten av den palliative fasen, ønsket menn med høy inntekt oftere ønsket å dø hjemme. I slutten av den palliative perioden hadde pasienter i mindre samfunn høyere preferanser for hjemme død. (Schou-Andersen et al., 2016)

I Gomez et al fra 2015 gjorde man en populasjonsbasert studie av 352 mennesker som døde av kreft. Etterlatte svarte på skriftlige spørsmål for å kunne fastslå assosiasjoner mellom dødssted, hva de mottok av pleietjenester, smerter, følelse av fred og sorg intensitet. Halvparten av pasientene døde på sykehus og halvparten døde hjemme. Man fant assosiasjoner mellom hjemme død, pasientens og de pårørendes preferanser. Videre fant man assosiasjoner til det palliative arbeidet i hjemmet og når de pårørende hadde innsikt i sykdomsbildet og pasienten snakket åpent om preferanser.

Faktorer som assosierte med død på sykehus var få hjemmebesøk av fastlege.

Faktorer som hemmer hjemme død blir presentert i O`Brian et al (2010). Det kom frem at urealistiske lovnader om hjelp fra annet helsepersonell om hva hjemmesykepleien kunne bidra med, liten tid til å forberede seg og skaffe utstyr før pasienten kom hjem, og mangel på kompetent personale hemmet hjemmedød. Lite informasjon fra sykehus før pasienten ble utskrevet og at man var aleneboende var andre faktorer.

### 3.2 Utvalgte temaer

På grunn av oppgavens omfang har jeg ut fra 18 temaer som stammer fra nøkkelfunn i artiklene, valgt 3 temaer som jeg ønsker å gå nærmere inn på.

Tema 1 Pasienten og de pårørendes preferanser

Tema 2 Tverrfaglig samarbeid og samarbeid mellom instanser

Tema 3 Tilgjengelig fastlege og hjemmebesøk

Jeg valgte ut disse temaene da de syntes å være sentrale faktorer i forhold til hjemmedød. Temaene kan være både hemmende og fremmede faktorer ut fra på hvilken måte de forskjellige profesjonene arbeider og er organisert.

## 4.0 Diskusjon

### 4.1 Pasienten og de pårørendes preferanser

I flere av artiklene var pasientens og de pårørendes preferanser assosiert med hjemmedød (Gomes et al, 2015, s 1, Ishikawa et al, 2018, s 5, Barlund et al. 2021, s 4).

I Barlund et al. (2021, s 3-4) kom det videre frem at den vanligste faktoren til at man opplevde hjemme død var pasientens preferanser og de pårørendes ønske om å oppnå dette. Det fremkom også i Gomes et al. (2015, s 10) hvor man fant at pasientens preferanser var en av de største faktorene for hjemme død. 2/3 av alle i studien hadde ønske om å dø hjemme.

På den andre siden kom det frem at om man ikke hadde preferanser om hjemme død sammen med andre faktorer som for eksempel større smerteintensitet, kjønn og funksjonsstatus, var sannsynligheten større for at man døde andre steder (Tay et al, 2021, s 11).

Kjønn kommer også frem som en faktor assosiert med hjemme død i Schou-Andersen et al. (2015, s 466), i tillegg til inntekt og størrelsen på området man bor i. Dog finner man at en forandring i det palliative forløpet ved at man i starten av dette finner en signifikant assosiasjon mellom det å være mann med høy inntekt og preferanse for hjemme død. Etter hvert som det palliative forløpet skrider frem og man nærmer seg slutten, endres dette, og preferanser for hjemme død er mer assosiert med å leve i mindre samfunn (Schou-Andersen et al. 2015, s 475)

Ofte er det slik at kvinner tar på seg de uformelle pleieoppgavene i hjemmet (Meld. St. 24. (2019-2020) og man kan tenke at dette vil være en fremmede faktor for hjemmedød og derav at mest menn dør hjemme. Men i Tay et al. (2021, s 12) viser funn at flest menn dør på sykehus. Dette kan være grunnet i at menn har en tendens til å ønske mer cytostatikabehandling i livets slutfase.

Det er funn som viser at det kan være forskjeller mellom land i forhold til preferanser. I en studie av Groenewoud et al (2020, s 1) ønsket man å undersøke forskjeller mellom Nederland og Japan når det kom til preferanser for hjemmedød. Her viser det seg at nederlendere i større grad enn japanere ønsker å dø hjemme. Det kom også frem at en større andel av japanerne enn nederlenderne ville føle seg en byrde for sine pårørende om de måtte være hjemme og bli tatt vare på.

Det er da naturlig å tenke at kulturelle forskjeller bidrar til preferanser for hjemmedød.

#### 4.1.1 Tverrfaglig samarbeid og samarbeid mellom instanser

Barlund et al. (2021, s 7) fant i sin studie at godt samarbeid mellom fastlege og hjemmesykepleien var viktig faktor for pleien og muligheten for hjemme død. Det at de pårørende visste at de kunne få rask hjelp fra både fastlege og hjemmesykepleien gjorde at de ble trygget, og man kunne unngå å kontakte legevakt eller sykehus og måtte forholde seg til andre som ikke kjente pasienten.

Det viser seg som fremmede faktor at fastlegen og hjemmesykepleierne har en god relasjon og at hjemmesykepleierne opplever at fastlegen har en svært god holdning ovenfor dem (Ishikawa, 2018, s 422).

I studien til Arnold et al. (2020, s 10) kom det frem med tydelighet at hjemmesykepleierne opplevde viktigheten med tverrfaglig tilnærming når pasienter med langtkommen kreftsykdom skulle behandles i hjemmet. Videre viser funn en indikasjon på at man trenger klarere avgrensinger og rammer på hvem som har ansvar for hva. Man trenger en fordeling mellom «generalistsykepleiere», og andre yrkesgrupper som for eksempel fastlege og palliativt team. Flere av hjemmesykepleierne opplevde å stå alene i situasjoner med kreftpasienter selv om man samarbeidet med mange profesjoner og faggrupper hvor man trengte støtte.

Muligheten for hjemmedød kan øke om organiseringen mellom profesjoner bedres i tillegg til en bevisst satsing på palliative tjenester i hjemmet. Det kan tenkes at om hjemmesykepleierne i denne studien hadde nært samarbeid med palliativt team eller en resursssykepleier i palliasjon og hatt søkelys på kompetanseøkning kunne dette bidratt til å trygge sykepleierne og derfor fremmet hjemmedød (Brenne & Estenstad, 2018, s 164).

I O`Brian et al. (2010, s 341-342) kommer det frem at om hjemmesykepleien hadde kommet tidligere inn i bildet og fått mer informasjon i forhold til utskrivelse fra sykehus kunne mange problemer vært unngått. De kunne oppleve lite detaljert informasjon om kreftpasienters behov og at behovet var mer omfattende når de tok hjemmebesøk. Det var også et problem at de som skrev ut pasienten lovet hjelp og gav pasienter og pårørende urealistiske forventninger. Dette ble gjort uten å planlegge med helsepersonell i kommunen.

#### 4.1.2 Tilgjengelig fastlege og hjemmebesøk

Det kommer frem i Ishikawa et al. (2018, s 5) at fastlegens tilgjengelighet og hjemmebesøk er en viktig fremmede faktor for hjemmedød.

Fastlegen har ansvar for å tilby sine pasienter hjemmebesøk på bakgrunn av en medisinsk vurdering. Tilbud skal gis om pasienten er svekket på grunn av sin helsetilstand slik at pasienten ikke er i stand til å møte på fastlegekontoret. I vurderingen ligger også hensyn til reisevei og hensyn til egen sikkerhet (Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2012, §23). Gomes et al. (2015, s 14) fant også i sin studie at det var en sammenheng mellom hvor mange hjemmebesøk og hvor stor sannsynligheten for å dø hjemme var. Om pasientene hadde tre eller mer hjemmebesøk av fastlegen i løpet av de 3 siste månedene i sitt liv, hadde de 6 ganger større sjanse for å dø hjemme enn for de med 1 eller ingen hjemmebesøk. De med 2 hjemmebesøk hadde også større sjanse for å dø hjemme. Funn viser videre indikasjon på hjemmedød om fastlegen er proaktiv i sine handlinger.

I Nederland har man et system som vektlegger hoved pleien til primærhelsetjenesten. Fastlegen har en avgjørende og essensiell rolle når det kommer til det medisinske ansvaret for pasienter i en palliativ fase hjemme, ofte med hjemmesykepleierne. Dette spiller en rolle for høy andel av hjemmedød i dette landet (Oostervuld-Klug et al, 2019, s 2-4). Videre i denne studien undersøkes faktorer som pasienter og pårørende mener er essensielt i høy standard av palliativ pleie. Fastlegens høye grad av tilgjengelighet og hjemmebesøk er en del av dette.

#### 4.2 Implikasjon for praksis

Som helsepersonell er det viktig å lytte til pasientens og de pårørendes ønsker for den siste tiden i livet og på best mulig vis legge til rette slik at dette kan gjennomføres på best mulig vis.

En tilgjengelig og proaktiv fastlege bør etterstrebe å være tilgjengelig og proaktiv og gjennomføre flere hjemmebesøk.

Videre er det å arbeide for en god relasjon, samarbeid og rolleavklaring mellom profesjoner. Informasjonsflyt og god planlegging mellom sykehus og kommunehelsetjeneste før utskrivelse av pasienten til hjemmet kan gjøre det enklere for både helsepersonell, pårørende og pasienter.

## 5.0 Konklusjon

Det er mange faktorer som kan virke hemmende og fremmende på hjemmedød. Pasientens og de pårørendes preferanser, tilgjengelighet til helsepersonell og samarbeid mellom helseinstanser og profesjoner viser seg som faktorer som er viktige. Pasienten og de pårørendes preferanser og behov bør stå i sentrum. Helsepersonell bør arbeide på best mulig sammen ut fra dette for å kunne ivareta disse hjemme og tilrettelegge for ønsket om hjemmedød.

## Kilder

Arnold, K., Grov, K. & Rostad, H.M. (2020). Hjemmesykepleiernes erfaringer når kreftpasienter ønsker å dø hjemme. *Klinisk sykepleie*, 2020; 3-15  
<http://doi-org.ezproxy.vid.no/10.18261/issn.1903-2285-2020-01-02>

Barlund, A.S., Andre`, 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*, 2021; 20: 7  
<https://doi.org/10.1186/s12904-020-00705-y>

Brenne, A-T. & Estenstad, B. (2018). Hjemmedød. I S. Kaasa & J.H. Loge (Red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok* (3.utg., s 161-171). Gyldendal akademisk.

Gomes, B., Calanzani, N., Koffman, J. & Higginson, I.J. (2015). Is dying in hospital better than home in incurable cancer and what factors influence this? A population-based study. *BMC Medicine* 2015; 13:235  
<http://doi.org/10.1186/s12916-015-0466-5>

Groenewoud, A.S., Sasaki, N., Westert, G.P. & Imanaka, Y. (2020). Preferences in end of life care substantially differ between the Netherlands and Japan. Results from a cross-sectional study. *Medicine.*, 2020;99:44  
<http://doi.org/10.1097/MD.00000000000022743>

Helse og omsorgsdepartementet (2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted - til rett tid. (Meld St. 47, 2008 – 2009).  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Helsedirektoratet. Norsk handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen.

[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20-%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf/\\_attachment/inline/95636e37-ce73-4f2f-a61d-](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20-%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf/_attachment/inline/95636e37-ce73-4f2f-a61d-)

Forskrift om fastlegeordning i kommunen (2012). *Forskrift om fastlegeordning i kommunene.*

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>

Ishikawa, T., Fukui, S. & Okamoto, Y. (2018). Advanced care planning and home death in patients with advanced cancer: a structured interview analysis. *International Journal of Palliative Nursing*. 2018; 24:9  
<http://doi.org/10.3399/bjgp10X544032>.

Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (6.utg., s 294). Abstrakt forlag.

Krogh, T. (2021). *Hermeneutikk. Om å forstå og fortolk* (2. utg.). Gyldendal.

O'Brian, M. & Jack, B. (2010). Barriers to dying at home: the impact of poor co-ordination of community service provision for patients with cancer. *Health and Social Care in the Community* (2010) 18(4), 337-345  
<http://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00897.x>

Oosterveld-Vlug, M.G, Custers, B., Hofstede, J., Donker, G.A., Rijken, P.M., Korevar, 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*, 2019; 18:96  
<https://doi.org/10.1186/s12904-019-0485-7>

Spelten, E., Timmis, J., Heald, S. & Duijts, S. F.A. (2019). Rural palliative care to support dying at home can be realized; experiences of family members and nurses with a new model of care. *Aust. J.Rural Health*. 2019 ;27: 336-343  
<http://doi.org/10.1111/ajr.12518>

Schou-Andersen, M., Ullersted, M.P., Bonde Jensen, A. & Asbjorn Neergaard, M. (2016). Factors associated with preference for dying at home among terminally ill patients with cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2016; 30: 466-476  
<http://doi.org/10.1111/scs.12265>

Thagaard, T. (2021). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder*. (5 utg.) Fagbokforlaget.

St.meld.nr 24 (2019-2020). *Lindrende behandling og omsorg. Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve*. Helse og- omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20192020/id2700942/>

Tay, R.Y., Choo, r.w.k., Ong, W.Y. & Hum, A.Y.M. (2021). Predictores of the final place of care of pasients with advanced cancer reciving integrated home-based palliative care: a retrospective cohort study. *BMC Palliative Care*, 2021; 20 :164

<https://dx.doi.org/10.1186%2Fs12904-021-00865-5>



## Vedlegg

### PICO-skjema

<p><b>Skriv inn spørsmålet ditt her. Husk å være så presis i formuleringen som du kan klare.</b></p> <p>Sett spørsmålet ditt inn i PICO:</p>	Hvilke faktorer hemmer og fremmer hjemmedød for pasienter i en palliativ fase av sin kreftsykdom?	
<b>P: Pasient/ problem</b>	Hvilken type pasient eller populasjon dreier det seg om?	Palliative pasienter hjemme
<b>I: Intervensjon</b>	Hva er det med denne pasientgruppen du er interessert i? Er det et tiltak som er iverksatt (intervensjon, eksponering)?	Hvilke faktor hemmer og fremmer hjemmedød?
<b>C: Comparison</b>	Ønsker du å sammenligne to typer tiltak? I så fall skal det andre tiltaket stå her (For eksempel dagens praksis)?	Nei
<b>O: Outcome</b>	Hvilke endepunkter er du interessert i?	Gode og helhetlig sykepleie til pasienten og pårørende

<p><b>Hva slags kjernespørsmål er dette?</b></p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Prevalens (Hvor mange...)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Diagnose (Hvordan kan man avgjøre om noe...)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Prognose (Hvordan går det med...)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Etiologi, årsak (Hvorfor får noen...)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Effekt av tiltak (Virker...)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>(Pasient)erfaringer (Hvordan oppleves det å...)</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	Prevalens (Hvor mange...)	<input type="checkbox"/>	Diagnose (Hvordan kan man avgjøre om noe...)	<input type="checkbox"/>	Prognose (Hvordan går det med...)	<input type="checkbox"/>	Etiologi, årsak (Hvorfor får noen...)	<input type="checkbox"/>	Effekt av tiltak (Virker...)	<input type="checkbox"/>	(Pasient)erfaringer (Hvordan oppleves det å...)	<p><b>Hvilke databaser vil du søke i? (Ranger i prioritert rekkefølge)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Cinahl</li> <li>2 Idunn</li> <li>3 Oria</li> <li>4 PubMed (Clinical Queries)</li> <li>5 ovid Medline</li> </ol>
<input type="checkbox"/>	Prevalens (Hvor mange...)												
<input type="checkbox"/>	Diagnose (Hvordan kan man avgjøre om noe...)												
<input type="checkbox"/>	Prognose (Hvordan går det med...)												
<input type="checkbox"/>	Etiologi, årsak (Hvorfor får noen...)												
<input type="checkbox"/>	Effekt av tiltak (Virker...)												
<input type="checkbox"/>	(Pasient)erfaringer (Hvordan oppleves det å...)												
<b>Hvilke trunkeringer gjelder i disse databasene?</b>	AND, OR, NOT. , *												

I kolonnen nedenfor setter du inn de engelske termene for PICO-en din. Husk å supplere med synonymer etter hvert som du blir mer kjent med den engelske terminologien. Dette gjør du før du skal gjennomføre søket ditt.

<b>P</b> <b>Person/ Pasient/                      Problem</b>	<b>I</b> <b>Intervensjon/                      eksponering</b>	<b>C</b> <b>Evt sammenligning</b>	<b>O</b> <b>Utfall</b>
Cancer pasient, palliative care/end of life	Advanced care planning, terminal care, oncology nursing, nurses, Community health(Mesh termer)		Pasientens og de pårørendes opplevelser av gode/dårlige tiltak og opplevelse av ivaretagelse, hvilke faktorer må være på plass for at man skal oppleve velykket hjemmedød og hva hemmer dette.

Referanse (forfattere, årstall, tittel, tidsskrift)	Hensikt med studien	Populasjon/ kontekst for studien	Metode og utvalg	Resultater og diskusjon	Kort vurdering av artikkelens relevans for din oppgave.
<p>Tay, R.Y., Choo, r.w.k., Ong, W.Y. &amp; Hum, A.Y.M. (2021). Predictores of the final place of care of pasients with advanced cancer reciving integrated home-based palliative care: a retrospective cohort study. <i>BMC Palliative Care</i>, 2021; 20 :164  <a href="https://dx.doi.org/10.1186%2Fs12904-021-00865-5">https://dx.doi.org/10.1186%2Fs12904-021-00865-5</a></p>	<p>Å identifisere faktorer assosiert med siste pleiested hos pasienter med avansert kreft som mottar integrert, hjemmebasert palliativ pleie.</p>	<p>Avdøde, voksne kreftpasienter som mottok hjemmebasert palliativ pleie. Singapore</p>	<p>Retrospektiv kohort studie. Informasjonen er hentet ut av elektronisk pasient journal. 359 pasienter</p>	<p>Single eller skilte menn og de med eldre pårørende hadde større sannsynlighet for å dø på sykehjem, mens menn hadde større sannsynlighet for å dø på sykehus. Om man var mer plaget av smerter, hadde høyere funksjonell status og ikke ønsket å dø hjemme, hadde større sannsynlighet for å dø på sykehjem eller sykehus. Sosioøkonomisk faktorer ble ikke funnet i denne studien. ( dette kan ha sammenheng med godt økonomisk styrt helsevesen i Singapore)</p>	<p>At det er forskjell på kjønn når det kommer til hvor man dør. Og at det er forskjell på om man er single eller i forhold.</p>

<p>Barlund, A.S., Andre, B., Sand, K. &amp; 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. <i>BMC Palliative Care</i>, 2021; 20: 7 <a href="https://doi.org/10.1186/s12904-020-00705-y">https://doi.org/10.1186/s12904-020-00705-y</a></p>	<p>Å utforske faktorer som bestemmer hvordan pårørende opplever sikkerhet i forhold til pasienter med avansert kreft og som tok seg av disse pasientene hjemme i slutten av livet. Lokalt er Sogn og Fjordane i Norge.</p>	<p>Palliative kreftpasienter i Norge.</p>	<p>Kvalitativt retrospektivt studie. Semistrukturerte dybdeintervjuer med etterlatte. Alle var kvinner.</p>	<p>God organisering av det palliative tilbudet. Kompetent personell. God koordinasjon mellom helseinstansene. Distansen til sykehus ikke faktor. Pårørende som setter pasientens ønske foran sine egne behov. Å være flere å dele ansvaret med- viktig. Åpen og realistisk dialog med helsepersonell. Førerkort viktig. Kvalifisert hjelp, klar rollefordeling. Norskspråk. palliative team, kreftkoordinator og fastlege. Lite, uklar og for sen informasjon-usikkerhet. Palliativt team inn tidligere-ønske. Personlige faktorer hos de pårørende, å kunne være fysisk tilgjengelig.</p>	<p>Kompetent personell. Koordinasjon. Organisering av palliativt tilbud. Flere med ansvar. Åpen og realistisk kommunikasjon. Klar rollefordeling. Fastlege</p>
--	--	---	---	--	--

<p>Arnold, K., Grov, K. &amp; Rostad, H.M. (2020). Hjemmesykepleiernes erfaringer når kreftpasienter ønsker å dø hjemme. <i>Klinisk sykepleie, 2020</i>; 3-15  <a href="https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.18261/issn.1903-2285-2020-01-02">https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.18261/issn.1903-2285-2020-01-02</a></p>	<p>Hvordan utfordringer hjemmesykepleiere beskriver når de tar seg av kreftpasienter som ønsker å dø hjemme.</p>	<p>Palliative kreftpasienter hjemme Norge.</p>	<p>Fokusgruppintervju. 10 hjemmesykepleiere.</p>	<p>Vansker med nærhet/distanse til pasienten. Fornøyde med vedtakstiden. Som regel samme sykepleiere, opplevd kontinuitet. «vaktmestre». Mye alene, uten støtte-Utrygge. Trygghet med palliative team. -men ikke problemfritt samarbeid-uklar rollefordeling. Vanskelig om ikke lege er tilgjengelig. Går utenom ansvarsområde. Viktig med tverrfag og systematisk samarbeid.</p>	<p>Kontinuitet. Trygghet med palliativt team, men kan være uklar rollefordeling. Viktig med tilgjengelig lege. Tverrfaglig og systematisk samarbeid mellom profesjoner.</p>
--	--	--	--	---	---

<p>Oosterveld-Vlug, M.G, Custers, B., Hofstede, J., Donker, G.A., Rijken, P.M., Korevar, J.C. &amp; 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. <i>BMC Palliative Care</i>, 2019; 18:96  <a href="https://doi.org/10.1186/s12904-019-0485-7">https://doi.org/10.1186/s12904-019-0485-7</a></p>	<p>Skaffe seg innsikt i faktorer som pasienter og pårørende mener er essensielt i høy standard i palliativ omsorg og om de opplever å motta dette.</p>	<p>Hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase og deres pårørende. Nederland.</p>	<p>Kvalitative semistrukturerte intervjuer med 13 pasienter og 14 familiemedlemmer.</p>	<p>Viktig at fastlege og HJ. Sykepleiere er faglig dyktig, tilgjengelig, personfokuserte og proaktive. Åpen og ærlig kommunikasjon fra helsearbeidere om livets slutfase og behandling. Godt samarbeid mellom fastlege og hjemmesykepleiere. Godt forberedte før de kom til pasienten. Noen vansker med kommunikasjon mellom fastlege, hjemmesykepleierne og spesialisth.tj. førte til at pårørende måtte være mer aktive for å unngå feil. Formaliteter og byråkrati vansker. Mangel på koordinering og hvem er kontaktpunkt.</p>	<p>Fremmende: faglig dyktighet, tilgjengelighet, personfokus og proaktivitet hos alle hjelpere. Åpen og ærlig kommunikasjon. Godt samarbeid fastlege og hjemmesykepleiere.  Hemmende: Vanskelig kommunikasjon, koordinering og kontaktpunkt.</p>
--	--	--	---	--	--

<p>Spelten, E., Timmis, J., Heald, S. &amp; Duijts, S. F.A. (2019). Rural palliative care to support dying at home can be realized, experiences of family members and nurses with a new model of care. <i>Aust. J.Rural Health. 2019 ;27: 336-343</i>  <a href="http://doi.org/10.1111/ajr.12518">http://doi.org/10.1111/ajr.12518</a></p>	<p>Beskrive familiers og sykepleiers erfaringer med palliasjon og hjemmedød på landet. Australia.</p>	<p>Palliative pasienter i hjemmet. Ikke kun kreft.</p>	<p>Semistrukturerte intervjuer med sykepleiere og etterlatte. Datamateriale om frekvens av besøk. Et prosjekt.</p>	<p>Døgnservice. Engasjement og sensitive. Personsentrert omsorg. Tillit til personale. God info om dødsprosess. Fleksibel vaktordning. Nær kontakt og komm. Ipad- facetime. Empowering av pårørende- undervisning. Godt samarbeid tverrfaglig. Kameratskap blandt helsepersonell. Hemmende: Fare for «burnout», vaktordning.</p>	<p>Prosjekt, ikke relatert til kreft, men god til å se at man kan gjennomføre god hjemmedød med ressurser og andre ordninger.</p>
--	---	--	--	--	---

<p>Ishikawa, T., Fukui, S. &amp; Okamoto, Y. (2018). Advanced care planning and home death in patients with advanced cancer: a structured interview analysis. <i>International Journal of Palliative Nursing</i>. 2018; 24:9</p> <p><a href="http://doi.org/10.3399/bjgp10X544032">http://doi.org/10.3399/bjgp10X544032</a>.</p>	<p>Undersøke assosiasjoner mellom advanced care planning og hjemmedød blandt pasienter med avansert kreft. Japan.</p>	<p>Hjemmeboende pasienter med avansert kreft.</p>	<p>Strukturerte intervjuer med 44 sykepleiere fra hjemmesykepleierådet . De ble spurt angående status forandringene hos 123 kreftpasienter hjemme.</p>	<p>Fremmede: Pasientens og pårørendes preferanser for hjemmedød ved baseline og dem innsikt i prognose før død og innlagt på sykehus. Tilstedeværelse av andre pårørende. Mulighet for hjemmebesøk av lege. Legens holdning ovenfor hj.spl som svært god. Flere besøk av spl enn vanlig. ACP gjennomført av lege eller hj.spl under hele forløpet hjemme.</p>	<p>Preferanser. Innsikt. Tilstedeværelse av andre pårørende. Hjemmebesøk av lege. ACP.</p>
--	---	---	--	---	--



<p>Schou-Andersen, M., Ullersted, M.P., Bonde Jensen, A. &amp; Asbjorn Neergaard, M. (2016). Factors associated with preference for dying at home among terminally ill patients with cancer. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> 2016; 30: 466-476  <a href="http://doi.org/10.1111/scs.12265">http://doi.org/10.1111/scs.12265</a></p>	<p>Undersøke om demografiske og sosioøkonomiske faktorer assosieres med preferanser for å dø hjemme.</p>	<p>Kreftpasient er hjemme og hjemmedød.</p>	<p>Populasjonsert, historisk kohort studie. 282 familiemedlemmer av døde kreftpasienter i Danmark i 2006.</p>	<p>I første av den palliative perioden, viste det seg at menn med høy inntekt oftere ønsket å dø hjemme. I slutten av perioden, hadde pasienter i mindre samfunns høyere preferanser for hjemmedød.</p>	<p>Mindre samfunns høyere preferanser for hjemmedød.</p>
--	--	---	---	---	--

<p>Gomes, B., Calanzani, N., Koffman, J. &amp; Higginson, I.J. (2015). Is dying in hospital better than home in incurable cancer and what factors influence this? A population-based study. <i>BMC Medicine</i> 2015; 13:235  <a href="http://doi.org/10.1186/s12916-015-0466-5">http://doi.org/10.1186/s12916-015-0466-5</a></p>	<p>Fastslå assosiasjoner mellom dødssted, hva man mottar av pleietjenester, smerter, følelse av fred og sorg intensitet.</p>	<p>Dødspsyke kreftpasienter og hvor det er best å dø. London, England.</p>	<p>Populasjon sbasert studie av 352 døde. Halvparten døde på sykehus og halvpart hjemme. Etterlatte svarer på spørreskje ma.</p>	<p>menneskets preferanser- imøtekomme. Mer enn 2/3 ønsket å dø hjemme. Funn i denne artikkelen viser noe lavere preferanser hos pårørende om hjemmedød enn pas iforhold til annen syst review. Fleste pårørende endret mening om siste sted siste 3 mnd. Mindre smerter hjemme. Mer fred, fra pårørendes perspektiv. Sorg- mindre intensitet hos pårørende- se s 12</p>	<p>Preferanser. Andel som ønsker å dø hjemme. Mindre smerter, mer fred.</p>
---	--	--	--	---	---

<p>O'Brian, M. &amp; Jack, B. (2010). Barriers to dying at home: the impact of poor co-ordination of community service provision for patients with cancer. <i>Health and Social Care in the Community</i> (2010) 18(4), 337-345  <a href="http://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00897.x">http://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00897.x</a></p>	<p>Utforskehj.sykepleieres og lokale palliative spl perspektiver og erfaringer med tanke på hvordan de opplever pasienters pleie i slutten av livet og dødssted.</p>	<p>Palliative kreftpasienter i hjemmet. England</p>	<p>Kvalitativ. Fokusgruppene intervjuer</p>	<p>Hemmer: Liten tid til å skaffe utstyr og forbrede. Aleneboende. Mangel på kompetent personale. Pårørenes skuffelse over for lite hjelp. Urealistiske lovnader fra annet helsepersonell om hva hj.spl kan tilby. Hj.spl kommer sent inn i bildet ved utskrivelse. Lite info fra sykehus om pas. Vansker med å få hjelp utenom kontortid, fks medikamentord. Andre enn fastlege som ikke har info om pas.</p>	<p>Alt er relevant fra funn.</p>
--	--	---	---	--	----------------------------------

