



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

| | | | |
|-----------------------|---|------------------------|--------------------------------------|
| Startdato: | 25-02-2019 09:00 | Termin: | 2019 VÅR |
| Slutt dato: | 25-04-2019 14:00 | Vurderingsform: | Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått) |
| Eksamensform: | Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave | | |
| SIS-kode: | 203 SYKHB30011 PRO1 2018 HØST Haugesund | | |
| Intern sensor: | (Anonymisert) | | |

Deltaker

Kandidatnr.: 53

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Styrk de pårørende i en palliativ fase

Antall ord *: 7212

Engelsk tittel *: Strengthen the relatives in a palliative phase

Egenerklæring *: Ja **Inneholder besvarelsen Nei**
konfidensiell materiale?:

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

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Styrk de pårørende i en palliativ fase

Strengthen the relatives in a palliative phase

Kandidatnummer: 53

Bachelor i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap,

Campus Haugesund

Innlevering 25.04.19 kl 14.00

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, § 10.

*“Best mulig livskvalitet for pasient og pårørende er de sentrale målene
for all palliativ behandling”*
(Stenshem, Hjermsstad & Loge, 2016, s. 274)



Thyme (*Thymus longicaulis*). [Photograph]. Hentet fra Encyclopædia Britannica ImageQuest.
https://quest.eb.com/search/132_1193992/1/132_1193992/cite

Antall ord: 7212

Sammendrag

- Tittel:** Styrk de pårørende i en palliativ fase.
- Bakgrunn:** Når pasienten blir rammet av en alvorlig kronisk sykdom blir også de pårørende påvirket. Det er en krisesituasjon for hele familien og deres hverdag blir forandret. Pårørende er en viktig del av pasienten, og jeg har sett dette i praksis. Jeg ønsker gjerne å finne mer ut av hva vi som sykepleiere kan gjøre for de pårørende.
- Problemstilling:** Hvordan kan sykepleieren styrke pårørende i en palliativ fase i hjemmet?
- Hensikt:** Hvordan ivareta de pårørende og styrke dem til å mestre en palliativ fase i hjemmet.
- Metode:** Litteraturstudie, med utvalgte forskningsartikler, litteratur fra fagbøker, relevante nettsider og egen erfaring fra praksis er brukt for å besvare problemstillingen.
- Funn:** Det ble funnet fem relevante forskningsartikler som kan gi sykepleieren innsikt i hvordan situasjonen forandrer de pårørendes selvbilde, hvordan en individuell plan kan hjelpe og at kommunikasjon er viktig.
- Konklusjon:** For å kunne styrke de pårørende er det viktig med god kommunikasjon. God kommunikasjon gir de pårørende den informasjonen de trenger, de får lettet på sine tanker og det gir sykepleieren et innblikk i hvordan de pårørende håndterer situasjonen.
- Nøkkelord:** Pårørende, palliasjon, kommunikasjon, håp, mestring

Abstract

- Title:** Strengthen the relatives in a palliative phase.
- Background:** When the patient is affected by a severe chronic illness, the relatives are also affected. It is a crisis situation for the whole family and their everyday life is changing. Relatives are an important part of the patient, and I have seen this in practice. I wish to learn more about what we as nurses can do for the next of kin.
- Research question:** How can the nurse strengthen relatives in a palliative phase in the home?
- Purpose:** How to care for the relatives and strengthen them to master a palliative phase in the home.
- Method:** Literature study, where selected research articles, literature, relevant websites and knowledge from my own practice is used to answer this research question.
- Results:** Five relevant research articles were found that can give the nurse insight into how the situation changes the self-image of the relatives, how an individual plan can help and that communication is important.
- Conclusion:** To be able to strengthen the relatives, good communication is important. Good communication gives the relatives the information they need, they get their thoughts relieved and it gives the nurse an insight into how the relatives handle the situation.
- Key words:** Relatives, palliation, communication, hope, coping

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| 1 Innledning | 1 |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema | 1 |
| 1.2 Problemstilling | 2 |
| 1.3 Oppgavens hensikt | 2 |
| 1.4 Avgrensning | 2 |
| 1.5 Begrepsavklaring | 2 |
| 1.6 Oppgavens oppbygning | 3 |
| 2 Teori | 4 |
| 2.1 Travelbees sykepleieteori | 4 |
| 2.1.2 Helsefremming | 4 |
| 2.2 Palliasjon | 5 |
| 2.3 Pårørende | 6 |
| 2.4 Kommunikasjon | 8 |
| 3 Metode | 9 |
| 3.1 Ulike forskningsmetoder | 9 |
| 3.2 Litteraturstudie som metode | 9 |
| 3.2 Søk og funn | 10 |
| 3.2.1 Litteratursøk og søkehistorie | 10 |
| 3.2.2 Inklusjonskriterier | 11 |
| 3.3 Etske vurderinger | 11 |
| 3.4 Kildekritikk og metodekritikk | 11 |
| 4 Resultat | 13 |
| 4.1 Presentasjon av forskningsartikler | 13 |
| 4.2 Oppsummering av hovedfunn | 15 |
| 5 Drøfting | 16 |
| 5.1 Kommunikasjon | 16 |
| 5.2 Håp og mestring av situasjonen | 18 |
| 5.3 Samarbeid med pårørende | 19 |
| 6 Konklusjon | 22 |
| Referanser | 23 |
| Vedlegg 1 | 27 |
| Vedlegg 2 | 29 |

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Pårørende er en viktig ressurs for den alvorlig syke og døende pasienten (Helsedirektoratet, 2015). Pårørende er de som kjenner pasienten og kan bidra til å gi helsepersonell viktig informasjon. Det er også viktig å ivareta pårørendes egne behov, noe som er viktig på grunn av at pårørende ofte er den viktigste hjelpen og følelsesmessige støtten for den syke pasienten (Grov, 2016, s. 327). Å være pårørende kan bidra til å knytte sterkere bånd samtidig som det kan være belastende. Tilstedeværelse og støtte fra pårørende kan bety mye for den syke, og derfor er det viktig at de pårørendes behov også må anerkjennes og ivaretas (NOU, 2017, s. 120). I regjeringens plan for omsorgsfeltet fra 2015 til 2020 er det vedtatt for en aktiv og fremtidsrettet pårørendepolitikk. Programmet har som ambisjon å opprettholde familieomsorgen på dagens nivå. Programmet har som mål å synliggjøre, anerkjenne og støtte de pårørende samtidig å bedre samspillet mellom den offentlige og den uformelle omsorgen og dermed styrke det samlede tjenestetilbudet (HOD, 2015, s. 14).

Alvorlig sykdom og død rammer ikke bare pasienten, men også dennes pårørende. Best mulig livskvalitet for pasient og pårørende er sentrale mål for all palliativ behandling (Stensheim, Hjermsstad & Loge, 2016, s. 274). De pårørende representerer ofte trygghet og ivaretagelse for pasienten, og de er personer de syke har tillit til og som kan hjelpe pasienten å ivareta deres integritet og selvbilde gjennom sykdom og behandling (Stensheim, Hjermsstad & Loge, 2016, s. 274).

I løpet av tiden i min sykepleierutdanning har jeg erfart flere ulike situasjoner som får meg til å tenke på de pårørende. Jeg har jobbet disse tre årene i hjemmetjenesten og har møtt pårørende som er hjemme med sine kjære når de er i en palliativ fase. Jeg har fått kjenne at min kunnskap ikke har vært tilstrekkelig for å kunne ivareta de pårørende i en veldig sårbar situasjon. Jeg har opplevd å komme til et hjem der pasienten er i en palliativ fase og de pårørende var veldig usikre og opplevde situasjonen skremmende. I denne situasjonen følte jeg at vi som helsepersonell på jobb ikke klarte å imøtekomme alle behovene som de pårørende hadde. Jeg ønsker derfor å ta for meg dette temaet for å få en bedre forståelse for hvordan sykepleiere kan ta vare på de pårørende, der pasienten er i en palliativ fase. Jeg ønsker å ta for meg pårørende, på grunn av at de ofte er en veldig viktig del av pasienten.

Dette er et relevant tema på grunn av at sykepleieren må se hele bildet og at pårørende har en viktig rolle for pasienten.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleieren styrke pårørende i en palliativ fase i hjemmet?

1.3 Oppgavens hensikt

Oppgavens hensikt er å rette søkelyset på pårørende til pasienter i en sen palliativ fase i hjemmet. Det er viktig å trekke frem viktigheten av å ivareta pårørende og deres behov når en av de nærmeste i familien går mot livets slutt. Jeg ønsker å få mer kunnskap om ivaretagelse og styrke de pårørende og gi de håp slik at de kan mestre situasjonen de befinner seg i.

Uavhengig av hvor en sykepleier har arbeidsplass finnes det en mulighet for å møte pårørende til en pasient. Denne kunnskapen vil kunne hjelpe en sykepleier bedre forstå hvordan ivareta pårørende.

1.4 Avgrensning

Oppgaven er avgrenset til pårørende til pasienter som mottar helsetjenester i hjemmet.

Oppgaven er også begrenset til voksne pårørende over 18 år. I en reell situasjon er pasienten hovedfokuset, men på grunn av oppgavens hensikt blir hovedfokuset på pårørende og ikke pasienten. Oppgaven vil handle om pårørende til en palliativ pasient i hjemmet med alvorlig kronisk sykdom.

Barn som pårørende blir ekskludert fra oppgaven, på grunn av at det er ett stort tema for seg selv.

1.5 Begrepsavklaring

Pårørende

Begrepet pårørende benyttes av den/dem som pasienter og brukere selv oppgir som nærmeste pårørende (Tønnessen & Kassah, 2017, s. 22). Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende selv skal, i følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999), nærmeste pårørende være den som i størst varig og løpende kontakt med pasienten.

Palliasjon

Palliativ omsorg retter seg mot å forbedre livskvaliteten til pasienter som står ansikt til ansikt med døden (Birkeland & Flovik, 2014, s. 97). Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Målet med palliasjon er best mulig symptomlindring og livskvalitet for både pasient og de pårørende (Helsedirektoratet, 2015)

Sykepleie i hjemmet

Ansatte i hjemmesykepleien er profesjonelle fagfolk som både faglig og juridisk har plikt til å iverksette tiltak overfor personer som har behov for pleie, omsorg og behandling (Birkeland & Flovik, 2014, s. 44). Lindrende behandling i hjemmet må involvere de instanser og personer som pasienten og pårørende trenger hjelp fra i henhold til sine behov (Haugen & Aass, 2016, s. 116).

Helsefremmende arbeid

Helsefremmende arbeid handler om hvordan man legger til rette for at den enkelte skal oppleve større kontroll over eget liv og helse (Urke, 2014, s. 24). Helsefremming har helse, velvære og livskvalitet som mål (Gammersvik, 2014, s. 101).

1.6 Oppgavens oppbygning

Oppgaven begynner med en innledning som belyser bakgrunnen for valg av problemområdet. Problemstilling, hensikt med oppgaven, avgrensninger og begrepsavklaringer blir deretter presentert. Kapittel 2 inneholder presenterer valgt teori og annen relevant sykepleiefaglig litteratur. Her blir det presentert om pårørende, palliasjon og Joyce Travelbee sin sykepleieteor med fokus på håp og mestring. I kapittel 3 blir det redegjort for aktuelle forskningsmetoder, en beskrivelse av hvordan litteratursøket ble gjennomført, etiske vurderinger, kildekritikk og metodekritikk. Resultatet og en oppsummering av hovedfunnene fra litteratursøket blir presentert i kapittel 4. I kapittel 5 drøftes teori, forskning og egne synspunkter og erfaringer med problemstillingen som utgangspunkt. Avslutningsvis blir problemstillingen svart på i en konklusjon.

2 Teori

2.1 Travelbees sykepleieteori

“Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikanteren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene”

Travelbee (2001, s. 29)

I følge Joyce Travelbee er sykepleie en mellommenneskelig prosess, da den alltid, direkte eller indirekte, handler om mennesker (Travelbee, 2001, s. 29-30). At det er en prosess menes med at det er “en erfaring eller en hendelse eller en serie av hendelser som inntreffer mellom en sykepleier og ett eller flere individ som har behov for hjelpen en sykepleier kan gi” (Travelbee, 2001, s. 30).

Travelbee (2001, s. 117) beskriver håp som en motiverende faktor bak menneskelig atferd. Håp gjør mennesker i stand til å mestre vonde og vanskelige situasjoner, tap, tragedier, nederlag, kjedsomhet, ensomhet og lidelse. I følge Kristoffersen (2016, s. 30) beskriver Travelbee seks kjennetegn ved håp som er:

1. Håp er sterkt relatert til avhengighet av andre
2. Håp er framtidorientert
3. Håp er relatert til valg
4. Håp er relatert til ønsker
5. Håp har nær sammenheng med tillit og utholdenhet
6. Håp er relatert til mot

Et menneske som håper, har oppmerksomheten rettet mot en framtidig endring til det bedre. Nåtiden kan være preget av fortvilelse, men håpet kan bidra til å gjøre nåtiden mer utholdelig når håpet er rettet mot fremtiden (Kristoffersen, 2016, s. 30)

2.1.2 Helsefremming

Mitt utgangspunkt er pårørende og mer på helsefremmende perspektiv med tanke på mestring. Begrepet mestring er nær knyttet til stressituasjoner (Lode, 2016, s. 41). Den mest kjente og brukte teorien om mestring knyttet til helse og sykdom er Lazarus og Folkmans teori fra 1984

(Lode, 2016, s. 41). Denne teorien beskriver mestring som en prosess som foregår mellom personen og situasjonen. Det er personen som opplever stresssituasjonen og vil evaluere denne gjennom en tolkningsprosess som i neste omgang bestemmer den følelses- eller atferdsmessige reaksjonen på situasjonen (Lode, 2016, s. 41). Stressreaksjonen kan oppleves så belastende at den overstiger personens ressurser til å håndtere den. Ofte personen seg selv om hva dette betyr, hvordan den aktuelle situasjonen truer eller utfordrer livet hans eller hennes og om den vil medføre skade eller tap (Lode, 2016, s. 42).

Oppgavens tema gjør at sykepleieteorien til Travelbee er aktuell fordi den handler om den mellommenneskelige prosessen mellom sykepleieren og mennesker. Sykepleieren må huske at hver gang hun eller han bistår familiemedlemmer med støtte og oppmuntring, snakker med dem, viser omtanke og vennlighet, bistår hun eller han også den syke (Travelbee, 2001, s. 260). Lazarus og Folkmans teori om mestring er også aktuell på grunn av beskrivelsen den gir av en reaksjon som oppstår. Med tanke på håp kan det hjelpe de pårørende å mestre den situasjonen de befinner seg i.

2.2 Palliasjon

I følge Helsedirektoratet (2015) er palliasjon aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerte og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak som er rettet mot psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle problemer. Palliativ behandling og omsorg fremskynder ikke døden, men ser på døden som en del av livet (Helsedirektoratet, 2015).

WHO definerer palliasjon som:

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 hjelp av tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte og andre problemer av fysisk, psyko- sosial og åndelig art.. (Helsedirektoratet, 2015, s. 13)

I følge samhandlingsreformen som ble satt til verks i 2012, blir det lagt stor vekt på samhandling mellom nivåene i helsetjenesten. For pasienter som trenger palliativ behandling,

eller terminalt syke, er intensjonen at de skal få behandling nærmest mulig hjemmet (Kristoffersen, 2016, s. 412-413). I hjemmet har hjemmesykepleien ansvar for å gi god lindrende pleie og omsorg. Fastlegen skal samarbeide med hjemmesykepleien og trekke inn andre faggrupper eller ressurser i kommunen når dette er nødvendig for å sikre helhetlig pleie (Haugen & Aass, 2016, s. 117).

Den palliative kulturen kjennetegnes ved at det er helhetlig tilnærming til den alvorlig syke og døende pasient og hans eller hennes pårørende. I tillegg er det viktig med respekt for pasient, pårørende og medarbeidere, at det er fokus på pasientens beste. Dette innebærer at både pasient og pårørende blir møtt og forstått i forhold til sin situasjon (Helsedirektoratet, 2015, s. 11).

2.3 Pårørende

Helsedirektoratet (2019) beskriver pårørende som nærstående personer i livet til pasienten eller brukeren. Den nærmeste familien menes med ektefelle, partner eller samboer, foreldre, barn og søsken til pasienten eller brukeren. Helsetjenesten skal avklare hvem pasienten vil ha som sin nærmeste pårørende, og det er pasienten selv som bestemmer hvem det er. Nærmeste pårørende har andre rettigheter enn andre pårørende med hensyn til informasjon, samtykke, journalinnsyn og klage (Helsedirektoratet, 2019). Dersom pasienten ikke er i stand til å avgjøre hvem nærmeste pårørende er, skal den som er ansvarlig for helsehjelpen avklare det. Da vil nærmeste pårørende bli den personen som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten (Helsedirektoratet, 2019).

Helse- og omsorgstjenesten skal ha systemer og rutiner som legger til rette for informasjon, samtale og dialog med pårørende enten de har rollen som informasjonskilde, representant for brukeren, omsorgsgiver, støtte for pasienten eller har egne behov for støtte (Helsedirektoratet, 2019). Ivaretagelse av pårørende er ment å skulle støtte pasienten gjennom sykdommen og i forberedelse til døden (Stensheim, Hjermsstad & Loge, 2016, s. 276). For at pasienten skal kunne dø hjemme er det avgjørende at de pårørende gjør en innsats. Familie og pårørende er en viktig ressurs for den alvorlig syke og døende pasienten og de pårørende bør sees på som et medlem av teamet rundt pasienten (Helsedirektoratet, 2019). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) regulerer informasjonen til de pårørende, på grunn av at det er

pasienten som bestemmer hva som skal gis av informasjon om hans eller hennes helsetilstand til de pårørende.

Alle pårørende har rett til generell veiledning og informasjon når de henvender seg til helse- og omsorgstjenesten (Helse Norge, 2018). Helsepersonell har taushetsplikt om pasientens sykdom eller andre personlige forhold, men kan likevel lov til å snakke med pårørende.

Helsepersonell kan gi generell informasjon om

- Kontaktinformasjon
- Rutiner, ansatte, tilbud
- Muligheter til å søke hjelpemidler
- Lovverk, saksbehandlinger og rettigheter
- Tilbud til pårørende, barn og voksne
- Informasjon om bruker- og pårørendeorganisasjoner

Som pårørende som utfører tungt omsorgsarbeid, har rett til nødvendig veiledning og opplæring av kommunen (Helse Norge, 2018). Veiledningen og opplæringen skal gjøre pårørende i stand til å ivareta pasienten på en god måte og i tillegg hjelpe de pårørende til å ivareta deres egen helse- og livssituasjon. I tillegg har pårørende rett til informasjon om pasientens helsetilstand, innsyn i pasientens journal ved pasientens samtykke og rett til innsyn i journalopplysninger fra pårørende (Helse Norge, 2018). Utenom disse finnes det rettigheter for de pårørende som avlastningstiltak, representere pasient som ikke kan ivareta seg selv og rett til involvering ved tvungen helsehjelp.

Mange pårørende gjør en betydelig innsats for mange pasienter og utgjør en ressurs for samfunnet (Stensheim, Hjermsstad & Loge, 2016, s. 278). Pårørende må kanskje ta seg fri fra jobb eller redusere arbeidstiden og sette egne fritidsaktiviteter og sosialt liv til side for å gjøre tilværelsen for den syke best mulig. For mange pasienter føles dette godt, men belastningen på de pårørende blir likevel stor over tid. Når de pårørende hele tiden setter seg selv til side for å støtte pasienten kan dette over tid føre til overbelastning (Stensheim, Hjermsstad & Loge, 2016, s. 278)

2.4 Kommunikasjon

Helsetjenesten har en generell veiledningsplikt som innebærer at pårørende som henvender seg skal gis generell informasjon, og denne informasjonen krever ikke samtykke fra pasienten eller brukeren (Helsedirektoratet, 2019). Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte, og skal så langt som mulig sikre seg at pårørende har forstått denne. Dette er en rettighet de pårørende har. Helsepersonell bryter ikke taushetsplikten ved å lytte til de pårørende eller når de snakker med pårørende om opplysninger de vet om fra før av (Helse Norge, 2018).

Yrkesetiske retningslinjer er et grunnlag for all sykepleie. Sykepleie er respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Det skal også bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettigheter (NSF, u.å.). Sykepleieren skal vise respekt og omtanke for pårørende. Sykepleieren skal bidra til at pårørende får informasjonen de har rett på.

Sykepleieren skal også samhandle med de pårørende og behandle deres opplysninger med fortrolighet (NSF, u.å.). Det er også viktig å huske på sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten, men er det aktuelt hos de pårørende.

Det er viktig at de pårørende får god og tilrettelagt informasjon om hvor og hvem de kan kontakte når det oppstår problemer, og opplæring i praktiske forhold som for eksempel smerte- og symptomkontroll, slik at de kan føle seg mer rustet til hverdagen med den palliative pasienten (Stensheim, Hjermestad & Loge, 2016, s. 284).

Det er de pårørende som kjenner pasienten aller best og vil ofte ha nyttig, relevant og nødvendig informasjon om pasientens sykdomshistorie og hjelpebehov (Helsedirektoratet, 2019). Hvis det skal hentes informasjon om personlige forhold må pasienten samtykke til dette, selv om informasjonen kommer fra de pårørende.

3 Metode

3.1 Ulike forskningsmetoder

Aubert (1985, s. 196) omtaler metode som en framgangsmåte. Metode blir benyttet som et hvilket som helst hjelpemiddel for å komme frem til ny kunnskap og løse ulike problemer. Valg av metode avhenger av hvilken metode som egner seg best til å belyse spørsmålet eller problemstillingen på en best mulig måte (Dalland, 2017, s. 51).

Den kvantitative metoden har den fordelen at de gir data i form av målbare enheter. Tallene gir oss en mulighet til å foreta regneoperasjoner, enten vi ønsker å finne gjennomsnitt eller finne en prosent (Dalland, 2017, s. 52). Den naturvitenskapelige, forklarende kunnskapstradisjonen benytter kvantitativ metodetilnærming. Ved kvantitativ metode, samles data inn ved hjelp av spørreskjema, systematisk og strukturert observasjon og eksperiment (Thiedemann, 2015, s. 77-78).

Den kvalitative metoden tar på sikte å fange opp meninger og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2017, s. 52). Kvalitativ metode oppfattes som den humanvitenskapelige, forstående kunnskapstradisjonen. En kvalitativ tilnærming handler ofte om å finne meningssammenhenger, og datainnsamling foregår ved intervju, observasjon, feltarbeid og dokumentanalyse (Thiedemann, 2015, s. 78). I denne oppgaven er det lagt vekt på kvalitativ tilnærming fordi det er denne forskningsmetoden som står sterkest innen sykepleierfaget (Leegaard, 2015). Denne typen forskning beskriver erfaringer, opplevelser og går i dybden (Dalland, 2017, s. 53). Dette er en type forskning som er benyttet i denne oppgaven for å undersøke pårørendes erfaringer og finne ut om deres opplevelser innen dette temaet. Deres opplevelser kan gi sykepleieren ett innblikk i hvordan de føler det og hva sykepleieren kan gjøre for å gjøre deres opplevelse bedre.

3.2 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven er et litteraturstudium. En litteraturstudie er en systematisering av litteraturen fra skriftlige kilder innenfor et valgt tema (Christoffersen, Johannessen, Tuft & Utne., 2015, s. 62). Materialet i en litteraturstudie er den allerede eksisterende kunnskapen som blir presentert i de artiklene som blir brukt ved søk i databaser (Støren, 2013, s. 17).

Systematiske litteraturstudier er detaljerte litteraturstudier hvor hensikten er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det området som problemstillingen etterspør. Det er også viktig å vise hvordan man har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2015, s. 79-81).

I denne oppgaven skal jeg utforske ved å søke, samle, vurdere og sammenfatte litteraturen. Dette skal gjøres ved å drøfte kunnskap fra fag- og pensumbøker, eksempler fra egen praksis for å ytterligere begrunne og underbygge forskernes funn (Støren, 2013, s. 39).

3.2 Søk og funn

3.2.1 Litteratursøk og søkehistorie

Arbeidet som gjøres med å innhente litteratur til oppgaven kan gjøres ved å søke manuelt, og det skal gjøres ved å søke i ulike databaser. For å effektivisere søkearbeidet er det viktig å utvikle en god søkestrategi. Det vil si å bestemme emneord, søkeord, kombinasjoner, ha inklusjons- og eksklusjonskriterier for å avgrense resultatet av et søk (Thiedemann, 2015, s. 83-87).

Søket etter aktuelle og relevante forskningsartikler har hovedsakelig forgått i CINAHL. CINAHL ble valgt på grunn av dekning av sykepleie og tilgrensede fag. Dette er også en database som er godt kjent fra tidligere oppgaver. Databasen inneholder en del kvalitativ forskning og pasienterfaringer (Høgskulen på Vestlandet, u.å.). Se tabell for søk i vedlegg 1.

For å finne ulike aktuelle og relevante søkeord brukte jeg Svemed+. I Svemed+ kan en få opp aktuelle andre søkeord når en har foretatt ett søk. Ved hjelp av denne databasen fant jeg søkeord og synonyme ord som jeg kunne bruke videre i søkene. Søkeordene jeg har brukt er:

- Palliative care
- Family members, family, spouse, caregivers
- Dying family member
- Home death
- Home based
- Hope and suffering

3.2.2 Inklusjonskriterier

For å avgrense resultatet av søket ble ulike inklusjonskriterier benyttet. Poenget med inklusjonskriteriene er at en annen person skal klare å finne den samme forskningen med ditt søk (Støren, 2013, s. 38). Søkene ble gjort på engelsk og avgrenset til artikler på engelsk, tidsrom fra 2011-2019, artikler som er “peer reviewed” og at det er en “research article”.

Inklusjonskriterier i søket var:

- Tidsrom: 2011-2019
 - Tidsrom: 2005-2019 ved søk om artikkel som handlet om håp.
- Språk: Engelsk
- Forskningsartikkel
- “Peer reviewed”

3.3 Etiske vurderinger

Etiske vurderinger betyr å tenke nøye over gjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet med en oppgave gir. Etikken dreier seg om normene for riktig og god livsførsel. Forskningsetikk handler ikke minst om å ivareta personvernet og sikre at de som deltar i forskningen ikke blir påført skade eller unødvendige belastninger. Det å vinne ny kunnskap og innsikt skal ikke skje på bekostningen av enkelt personers velferd og integritet. Det finnes ulike forskningsetiske komiteer som skal sikre at forskningsetiske normer blir ivaretatt (Dalland, 2017, s. 235-236).

Når en person utgir andres arbeid som sitt eget, kan det kalles plagiat og regnes som fusk. Akademisk redelighet er viktig, det er det motsatte av plagiat, og gir leseren de refleksjonene som er blitt gjort ved valg av litteratur og hva de ulike kildene har bidratt med i oppgaven (Dalland, 2017, s. 164).

3.4 Kildekritikk og metodekritikk

Hensikten med å foreta kritiske vurderinger er å bestemme relevans, styrke og begrensninger i den informasjonen som blir samlet inn (Thiedemann, 2015, s. 27). Kildekritikk er de metodene som benyttes for å fastslå om en kilde er sann eller ikke (Dalland, 2017, s. 152). Dette betyr å vurdere i hvilken grad den litteraturen som er funnet, lar seg bruke til å beskrive den problemstillingen som er i oppgaven. Det er også viktig å kunne vise til hvor mye eller

lite litteratur som ble funnet, og om vanskelighetsgraden for å finne den (Dalland, 2017, s. 158). For å kunne sjekke om resultatene i en forskningsartikkel som er funnet er til å stole på, ble det brukt sjekklister for vurdering av forskningsartikler på folkehelseinstituttet sine sider (Folkehelseinstituttet, 2014).

Artiklene som er valgt ut er først og fremst valgt ut i fra tittel og sammendrag. Titlene har i utgangspunktet fanget min interesse på grunn av nøkkelordene som jeg har søkt etter som gjerne finner igjen i tittelen. Noen av artiklene er fra 2011 som gjør dem noen år gamle. Likevel føler jeg at de er veldig aktuelle på grunn av at de pårørende er pårørende og artiklene bygger på opplevelser og erfaringer de har hatt.

Artiklene handler mye om pårørendes erfaring, men artiklene kan likevel gi en forståelse om pårørendes behov som er viktig for utøvelse av sykepleie. Artiklene jeg har valgt oppfyller mine inklusjonskriterier. For å kvalitetssikre og finne relevant artikler til denne oppgaven ble IMRAD-strukturen (Introduction, Method, Results and Discussion) benyttet. IMRAD-strukturen er en anerkjent disponering av tekst i vitenskapelige artikler (Thidemann, 2015, s. 30-31).

Litteraturstudie er den metoden som brukes i denne oppgaven og svakheten med denne oppgaven er begrensningene. Det er en kort tidsramme, et antall på 4-6 artikler og en ordramme som må holdes.

4 Resultat

4.1 Presentasjon av forskningsartikler

The modified self: family caregivers' experiences of caring for a dying family member at home

(Carlander, Sahlberg-Blom, Hellstrøm & Ternestedt, 2011)

Hensikt: Målet med studien var å finne ut hvordan selvbildet blir utfordret ved å ta vare på et døende familiemedlem i hjemmet.

Metode og utvalg: Kvalitativ studie og informantene i studien er de pårørende til døende pasienter.

Resultat: Tre mønstre karakteriserte erfaringene de pårørende opplevde når de tok vare på et palliativt familiemedlem: at det er utfordrende, grensene blir strekte og gjensidig avhengighet. Dette gjør noe med selvbildet til de pårørende med “forbudte tanker”, intimitet og redusert tu

Konklusjon: De pårørende opplevde situasjonen som krevende og utfordrende som førte til et endret selvbilde. Det er også veldig viktig å huske på virkningen av omsorgen de pårørende gir et døende familiemedlem hjemme.

Challenges in home-based palliative care in Norway: a qualitative study of spouses' experiences

(Hunstad & Svindseth, 2011)

Hensikt: Hensikten med studien er å finne ut av hva som gir god kvalitet på omsorgen i slutten av livet.

Metode og utvalg: Kvalitativ studie som benytter systemteori. Informantene er familiemedlemmer som har gitt hjemmebasert omsorg til noen som har dødd de siste 2 årene.

Resultat: Ingen av deltakerne i studien hadde planlagt å gi eller motta palliativ omsorg i hjemmet. De angret heller ikke på at den palliative behandlingen skjedde i hjemmet. Faktorer som deltakerne så på som viktig var mulighet for hjelp hele døgnet, helhetlig omsorg og bekreftelse på betydningen som omsorgsperson.

Konklusjon: Helsepersonell bør være mer imøtekommende i å diskutere fordelene og de ulike utfordringene som oppstår når pasienten ønsker å dø hjemme. De bør også gi større anerkjennelse til omsorgspersonene og at en behandlingsplan kan være nyttig for å nå disse målene.

Individuell plan i palliativ fase – ei hjelp til meistring for pårørende

(Lunde, 2016)

Hensikt: Målet med studien var å undersøke hvordan en individuell plan i palliativ fase bidro til meistring hos de pårørende.

Metode og utvalg: Det er en kvalitativ studie som tok utgangspunkt i 12 etterlatte voksne pårørende. Fenomenologisk-hermeneutisk metode ble brukt i undersøkelsen for å undersøke erfaringene de pårørende opplevde. I studien er det brukt flerstegsfokusgrupper der informantene møttes for å drøfte erfaringer og ulike temaer over flere samlinger.

Resultat: Informantene beskrev en krevende hverdag der de var i kontinuerlig beredskap. De opplevde en individuell plan som en støtte. Innholdet og prosessen fikk frem ressurser og struktur som skapte sammenheng og mening. Planen gav de pårørende håp, at de var en god ressurs.

Konklusjon: Det å ha en individuell plan for palliativ omsorg kan bidra til meistring hos de pårørende. Tidligere etablering av den individuelle planen, personsentrerte relasjoner og samarbeid kan styrke brukermedvirkningen og samarbeid med pårørende. Belastningen til de pårørende kan også reduseres ved å avklare viktige spørsmål om behandling og fremtid. Ved å styrke mestringen til de pårørende legger helsetjenesten til rette for en bedre livsavlutning i en palliativ fase. Det er likevel behov for videre forskning innen for individuell plan og pårørendesamarbeid.

Correlation between patient quality of life in palliative care and burden of their family caregivers: a prospective observational cohort study

Krug, Antje, Peters-Klimm, Engeser & Szecsenyi (2016)

Hensikt: Studien undersøker hvordan palliative pasienters sykdomsforløp påvirker deres pårøredes velbefinnende, og hvordan denne situasjonen kan virke belastende på/for de pårørende når de tar seg av pasienten hjemme.

Metode og utvalg: En kvalitativ studie.

Resultat: 100 palliative pasienter, hovedsakelig med ulike kreftdiagnoser, deltok i studien. Byrden til de pårørende var moderat og endret seg ikke i forløpet.

Konklusjon: Pasientenes dyspné, depresjon og angst påvirket den omfattende byrden til familien. Resultatene i denne studien bekrefter regelmessig vurdering av pasientens behov, med hensyn til pleietyngden.

Health-promoting conversations about hope and suffering with couples in palliative care

Benzein & Saveman (2008)

Hensikt: Hensikten med studien er å finne ut pårørendes erfaringer med helsefremmende samtaler om håp og lidelse under hjemmebasert palliativ omsorg.

Metode og utvalg: Kvalitativ studie, beskrivende tverrsnittundersøkelse? 6 ulike par deltok i studien.

Resultat: Det å snakke med en sykepleier om de eksistensielle problemer som håp og lidelse som førte til følelsen av et tillitsfullt forhold, og at det var en helbredelseserfaring. Det gav dem muligheten til å ikke føle så mye på byrden, men lære å finne nye strategier for å håndtere det daglige livet.

Konklusjon: Helsefremmende samtaler om håp og lidelse bør bli en naturlig del av omsorgsforholdet mellom omsorgspersoner og familien i den palliative fasen.

Validitet: Denne artikkelen mener jeg kan være veldig aktuell, til tross for at den er nesten 10 år gammel, på grunn av viktigheten av å kunne prate om håp og lidelse som oppleves i en sårbar situasjon.

4.2 Oppsummering av hovedfunn

- Funnet i den første artikkelen viser at de pårørende endrer selvbylde i en pårørenderolle som er både krevende og utfordrende.
- I den andre artikkelen sier funnene noe om at sykepleieren bør være mer imøtekommende til å ha samtaler med de pårørende og gi dem anerkjennelse for deres innsats.
- I artikkel nummer 3 blir det konkludert med at et tidlig samarbeid og en individuell plan kan bidra til mestring og forutsigbarhet hos de pårørende.
- I artikkel nummer 4 sier funnene at det er viktig at pasientens behov blir regelmessig vurdert i henhold til pleietyngden for de pårørende.
- I den siste artikkelen er hovedfunnet at samtaler om håp og lidelse med sykepleier er en viktig del av prosessen og kan styrke forholdet mellom helsepersonell og pårørende.

5 Drøfting

I dette kapitlet vil tidligere presentert teori og artikler bli drøftet opp mot relevant teori og egne erfaringer.

Problemstilling: *Hvordan kan sykepleieren styrke pårørende i en palliativ fase i hjemmet?*

5.1 Kommunikasjon

Et sentralt hovedfunn sier at sykepleieren må være mer åpne for å diskutere fordeler og ulemper ved hjemmedød (Hunstad & Svindseth, 2011). På bakgrunn av dette funnet tenker jeg at kommunikasjon er viktig for å god kontakt med pårørende. Alvorlig sykdom og død er en krisesituasjon for pasienten og de pårørende (Stensheim, Hjermstad & Loge, 2016, s. 279). Balansen i familien blir forstyrret, og det kan være vanskelig å opprettholde vanlig rutine og stabilitet i familien. Fremtiden kan virke skummel og usikker på grunn av bekymringer for den syke, både før dødsfallet og etter dødsfallet for sin egen del. Det er store forskjeller i hva pårørende makter som pleie- og omsorgsgivere (Grov, 2016, s. 334). Noen har stort pågangsmot og andre har ikke det. Likevel kan de pårørende på ulike måter være til stor hjelp, som talsperson eller har praktiske funksjoner (Grov, 2016, s. 335). Derfor bør en god relasjon mellom helsepersonell og pårørende opprettes tidlig i forløpet slik at de pårørende føler seg trygge. Den ene mannlige deltakeren i studien til Hunstad og Svindseth (2011) følte at helsepersonellet kun gjorde det de skulle og så gikk uten å bruke litt tid for å svare på spørsmål han og hans palliative kone hadde. På den andre siden er den en annen deltaker i studien som satte pris på at helsepersonellet stilte opp når det var nødvendig og deretter lot dem være i ro og fred. Derfor er det nyttig å kartlegge både de pårørendes og pasientens forventninger til helsepersonell og at det i tillegg er en god dialog mellom begge parter. Dette ser jeg på som en sentral del som må gjøres, men likevel føler jeg at i praksis så kan de pårørende fort havne på sidelinjen på grunn av at sykepleieren ikke har like god tid til de pårørende når pasienten er hovedfokus. Da kan den gode relasjonen med de pårørende bli hemmet dersom sykepleieren ikke tar seg tid til de pårørende også.

Pårørende beskriver den palliative situasjonen som et bredt spekter med følelser, behov for å ta vare på familiemedlemmet, for å kunne oppfylle forventningene til den døende, seg selv og helsepersonellet (Carlander, Sahlberg-Blom, Hellström & Ternestedt, 2016). Mange pårørende ønsker gjerne å pleie sine nære og finner dette veldig meningsfullt. Dette kan

likevel bidra til økte helseplager for en del, som for eksempel utmattelse, angstsymptomer, depressive symptomer, søvnvansker, tidsnød på grunn av de ekstra oppgavene, følelse av ensomhet, tap av kontroll, usikkerhet og bekymring for fremtiden (Stensheim, Hjermsstad & Loge, 2016, s. 280). Å pleie sine nærmeste i hjemmet under alvorlig sykdom og i livets slutfase kan oppleves belastende ved at hjemmet forandres ved å ommøblere og at det er mange ulike aktører som kommer innom (Stensheim, Hjermsstad & Loge, 2016, s. 279). Jeg har møtt flere pårørende som gjerne ønsker å delta i den palliative pleien av pasienten, men også de pårørende som helst ikke ønsker å gjøre noe i denne fasen. Dette mener jeg kommer helt an på hvilken person de pårørende er og om hvordan de takler situasjonen.

I følge Hundstad og Svindseth (2011) kommer det frem i studien at de pårørende skulle ønske at sykepleieren snakket med dem og lyttet på kunnskapen de hadde om pasienten. Pårørende kan være en viktig informasjonskilde for sykepleieren. Pårørende kan ha viktig kunnskap og informasjon om pasienten som er essensiell for å kunne gi forsvarlig og god pleie til pasienten (Molven, 2017, s. 38). Det gjelder ikke bare ved undersøkelse og behandling, men i samband med pleie og omsorg. Pårørende har en unik kompetanse som omhandler kjennskapen til pasienten. Helsepersonell bør derfor ha dialog med pasient og pårørende og avklare forventninger og ønsker for hvordan pårørende ønsker å delta i omsorgen (Helsedirektoratet, 2019). I følge Travelbee (2001, s. 137) er kommunikasjon en gjensidig prosess der sykepleieren søker og gir informasjon, samtidig som kommunikasjon er midlet pasienten og pårørende bruker for å få hjelp. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at sykepleier skal vise respekt og omtanke for de pårørende, samtidig som retten til informasjon blir ivaretatt (NSF, u.å). Dette samsvarer med artikkelen til Lunde (2016) der en individuell plan inkluderer også de pårørende og gir de en relasjon til sykepleieren i en tidlig i fase. Dette gjorde at de pårørende og pasienten følte seg forberedt selv om pasientforløpet kanskje forandret seg underveis. På den andre siden kan det virke forvirrende dersom planleggingen begynner for sent i forløpet, derfor kommer det fram i artikkelen at planen om en individuell må komme tidlig nok til at den syke kan forstå og delta i planarbeidet. Dette kan derfor være aktuelt når moderne palliasjon vektlegger ivaretagelse av familien og at de også skal inkluderes i mange samtaler av både oppgaveorienterte og emosjonell karakter (Helsedirektoratet, 2015).

5.2 Håp og mestring av situasjonen

“We prayed together and it felt like a strange situation. So close to death and we said to each other: “Is it possible to feel better than we do now?” male carer”

(Hunstad & Svindseth, 2011)

Travelbee (2001, s. 117) beskriver at en av sykepleierens roller er å hjelpe syke mennesker til å oppleve håp, for å mestre sykdom og lidelse. I all sykepleieomsorg og behandling ligger et framtidsperspektiv (Lohne, 2016, s. 111). Travelbee sier at håpet sannsynligvis er den viktigste faktoren som gjør et menneske i stand til å bære byrdene av sykdom og lidelse (Lohne, 2016, s. 116). Dette vil også være aktuelt for de nærmeste rundt pasienten. Håp kan karakteriseres som et ønske om å oppfylle et mål eller nå fram, med den forventningen om at målet er oppnåelig. Den som ikke har håp, ser heller ingen utsikter til forandring eller forbedringer i livet. (Travelbee, 2001, s. 122). Håpets innhold er subjektivt og individuelt og kan forandre seg over tid (Lohne, 2016, s. 112). Benzein og Saveman (2008) mener det å snakke om håp og lidelse bør være en del av forholdet i en palliativ situasjon. De kommer frem at flere par som deltok i deres studie følte at samtaler om dette gav dem en helbredende effekt, og det gav dem muligheten til å finne nye mestringsstrategier for å komme gjennom den nye hverdagen. Viktigheten av å opprettholde håpet støttes opp av studien til Rabben og Johannessen (2015) der en pårørende fortalte at håp gav dem energi, livskvalitet og styrke. Likevel for å kunne gi pårørende bedre støtte og hjelp er det viktig at sykepleieren har innsikt i den paradoksale og ambivalente opplevelsen av å håpe på helbredelse samtidig som de frykter døden, og det må ikke oppfattes som fornektning (Rabben & Johannessen, 2015).

Det er viktig at sykepleieren har forståelse for hvordan omsorgsarbeidet føles for de pårørende. Pårørende utvikler over tid en rekke mestringsstrategier som gjør omsorgsarbeidet håndterlig (Kirkevold, 2014, s. 153). Håp defineres som den fundamentale kunnskapen om og følelsen av at det er en vei ut av vanskelighetene (Harris & Ursin, 2012, s. 165). I studien til Rabben og Johannessen (2015) ble håp beskrevet som en energikilde som gav økt livskvalitet og gav dem styrke. Travelbee (2001, s.) beskriver håp er fremtidsrelatert. Håpet er sterkt relatert til avhengighet av andre. Hjelp, eller andres samarbeid er kanskje nødvendig for at den enkelte skal overleve (Travelbee, 2001, s. 118). Uten riktig støtte fra sykepleieren kan de pårørende føle seg håpløse og de ser ingen vei ut av situasjonen. Derfor er det viktig at å være i et tillitsfullt forhold med sykepleieren slik at de pårørende føler at de har noen som kan lytte

(Benzein & Saveman, 2008). En av sykepleierens måter å bistå syke mennesker på er å hjelpe dem å mestre sykdom og lidelse (Travelbee, 2001, s. 35). Dette vil og da være aktuelt for de pårørende, som må mestre denne situasjonen og få en erfaring av den. Av egne erfaringer har jeg også sett håpløshet der pasient og pårørende ikke har en god dialog. Det har gitt større utfordringer for oss som helsepersonell og utøve en god jobb hos pasienten, og derfor ser jeg hvor viktig det er å lytte til de pårørende også for å opprettholde håpet hos dem. Når håpet opprettholdes hos de pårørende har jeg tro på at det kan bidra til en enda bedre relasjon mellom pasient og pårørende.

Par beskrev at samtaler om håp og lidelse gav dem en ny måte å finne strategier som hjalp dem å håndtere dagliglivet (Benzein & Saveman, 2008). Samtalene fikk dem til å tenke på alternative måter å handle på, som igjen skapte nye muligheter. Den evnen er i følge Benzein og Saveman (2008) en måte å oppleve håp på. Jeg mener at disse samtalene kan hjelpe de pårørende med å finne håpet om at det finnes et liv når pasienten er død. Helsefremming har helse, velvære og livskvalitet som mål (Gammersvik, 2014, s. 101). Dette styrkes også med de 8 punktene Travelbee beskriver håp (Kristoffersen, 2016, s. 30). Dette er aktuelt i den siste tiden pasienten og de pårørende har sammen, men like viktig er dette tiden etter pasienten er død. Tidligere nevnt rammer ikke alvorlig sykdom bare pasienten, men etter pasienten er død er de pårørende etterlatt og må leve sitt liv videre. Her vil helsefremming og samtalene de hadde før dødsfallet være viktig for at de pårørende skal ha håp om livet videre og mestre situasjonen. I tillegg sier Benzein og Saveman(2008) at det er familiene selv som gjør de bærekraftige forandringene og i lys av dette er helsefremmende samtaler av stor betydning.

5.3 Samarbeid med pårørende

Lunde (2016) beskriver at en individuell plan kan bidra til mestring hos pårørende. En individuell plan er en plan og et verktøy som viser tjenestebehov, mål, ressurser, ansvarlige tjenesteutøvere, koordinator og nærmeste pårørende (Lunde, 2016). I en vanskelig situasjon der en av de nærmeste er livstruende syk kan være svært belastende. Likevel klarer noen å tilføre glede i sorgtunge dager og skape hygge og livslyst sammen. Dersom en kan le sammen eller glede seg over noe hyggelig kan det gjøre byrden lettere (Grov, 2016, s. 340).

Helsepersonell bør støtte opp om pasienters og pårørendes ønsker om å leve så vanlig som mulig, til tross for at helsesituasjonen er forandret (Grov, 2016, s. 340). Det er viktig at det er et tillitfullt forhold mellom sykepleieren, pasient og pårørende. Sykdom hos et familiemedlem,

spesielt med langvarig og forestående død, har stor innvirkning på familiesituasjonen. Samspeilet mellom den syke og de nærmeste påvirker situasjonen. En sykepleie som inkluderer pårørende har stor betydning for den syke og har stor betydning for pasientens velbefinnende og for pårørendes mestring og egen helse (Grov, 2016, s. 341). En informant i studie mente at den individuelle planen skapte orden i en kaotisk hverdag som gav dem trygghet i en utrygg situasjon (Lunde, 2016). Å ha en plan kan gjøre både pasienten og pårørende mer selvstendig slik at de vet hvem og når de kan kontakte helsetjenesten. Min erfaring er også at god informasjon i forkant kan bidra til at familien kan være mer alene, på grunn av at de vet at de kan kontakte for eksempel hjemmetjenesten når ulike problem dukker opp. Gjerne kan de pårørende også få opplæring i enkelte ting som gjør dem enda mer selvstendige. Jeg opplever at å trygge og skape et tillitsfullt forhold betyr mye for kontakten mellom helsepersonell og pasient eller pårørende.

Hunstad og Svindseth (2011) kommer frem til at helsepersonell bør være imøtekommende om å diskutere fordeler og ulemper ved hjemmedød. Det må være kontinuerlig god kontakt med de pårørende om hvordan de har det, hvordan de opplever den palliative fasen i hjemmet og de bør få bekreftelse på at de gjør en god innsats (Brenner & Estenstad, 2016, s. 169). Tiden vil også komme for “den vanskelige samtalen”, om at den livsforlengende behandlingen må avsluttes eller at døden nærmer seg (Steinsheim, Hjernstad & Loge, 2016, s. 277). Da er det positivt om det allerede er en god relasjon mellom pårørende og sykepleier. Den ansvarlige for informasjon bør ha kartlagt hva de pårørende allerede vet. En tidlig relasjon og at de pårørende og pasienten i en tidlig fase får diskutere fordeler og ulemper ved hjemmedød kan dette gi en forutsigbarhet for både pasient og pårørende. Min erfaring er når pasienten og ikke minst pårørende har god kunnskap om hjemmedød så blir hele situasjonen mer avslappende og familien får større utbytte av tiden det har igjen sammen.

I flere situasjoner blir det beskrevet at de pårørende tøyser grensene sine når det gjelder intimitet og mindre privatliv (Carlander, Sahlberg-Blom, Hellström & Ternstedt, 2016). De nærmeste pårørende utgjør ofte den viktigste og følelsesmessige støtten for en syk person (Grov, 2016, 327). Å ha omsorg for pasienter hjemme medfører endrede roller og livsstil for pårørende, mangel på rekreasjonsmuligheter og økt sosial isolasjon. Hjemmebasert omsorg kan bli en belastning for pårørende som over tid kan medføre redusert helse og livskvalitet (Nordtug, 2012, s. 176-177). Mange pårørende kan beskrive en krevende hverdag der de er i

kontinuerlig beredskap (Lunde, 2018) som underbygger påstanden om at rollen til de pårørende endrer seg når et familiemedlem blir syk. I tillegg kommer det frem i studien Krug, Miksch, Peters-Klimm, Engeser og Szecsenyi (2016) at tillitsfulle og nære relasjoner i familien er veldig viktig for pasienten i en palliativ situasjon. På den andre siden kommer kan denne situasjonen føre til endret selvbilde hos de pårørende. Likevel kommer det frem at en slik situasjon gir de pårørende ingen valgmuligheter og det er en mulighet til å være nær et kjært familiemedlem (Carlander, Sahlberg-Blom, Hellström & Ternestedt, 2016).

I følge Krug, Antje, Peters-Klimm, Engeser og Szecsenyi (2016) er det viktig å vurdere pasientens behov med tanke på pleietyngden for de pårørende. Da er det viktig å vurdere belastningen til de pårørende når døden nærmer seg, slik at de ikke føler seg alene. Når døden har inntruffet er det lurt å se til at den etterlatte ikke er alene (Birkeland & Flovik, 2014, s. 105). For noen kan det føles godt å være med å stille den døde, men dette bør ikke føles som et press. Pårørende bør derfor spørres om de ønsker å være med på dette. Sorgen har mange forskjellige former og uttrykk (Birkeland & Flovik, 2014, s. 105). Etter døden har inntruffet og begravelsen er over, kan pårørende ha behov for å snakke om det som har skjedd (Birkeland & Flovik, 2014, s. 105). Det kan være situasjoner eller opplevelser de ønsker å snakke om og dette kalles en ettersamtale. I følge Birkeland og Flovik (2014, s. 105) er dette noe de pårørende bør være informert at det finnes et slikt tilbud.

6 Konklusjon

Denne litteraturstudien har hatt som hensikt å få mer kunnskap om hvordan sykepleieren kan styrke de pårørende til å mestre en palliativ situasjon i hjemmet. På bakgrunn av gjennomgang og drøfting av forskning og valgt litteratur kan en konkludere med kommunikasjon er viktig. Hovedfunnene i denne oppgaven er ulike, men de infiltrerer hverandre. Det kommer frem at pårørende synes at det er tøft med en endret hverdag og føler behov for god dialog. Jeg mener da at nøkkelen i alle artiklene er kommunikasjon, som jeg ser på som et av de mest sentrale sykepleietiltakene. Det kommer tydelig frem at byrden av å være pårørende til en palliativ pasient er tøff. Til tross for at vi gjerne vet at sykepleieren skal være støttende er det i virkeligheten ikke alltid slik. Likevel er det viktig å påpeke viktigheten av å ta vare på de pårørende for å kunne gi pasienten mer helhetlig pleie og for at hele familien skal føle seg ivaretatt og trygge i en skummel situasjon.

Sykepleieren spiller derfor en viktig rolle for å skape en god relasjon og gjerne komme tidlig i forløpet for å legge en plan med den syke og de pårørende. Finne rom for gode samtaler om lidelse og håp og la de pårørende få prate om deres følelser. En god relasjon styrker de pårørende og kan hjelpe de å finne håp, mestre situasjonen og fremme egen helse.

Jeg håper selv at etter denne oppgaven at jeg selv blir enda mer bevisst på å støtte de pårørende og øke deres følelse av ivaretakelse. Denne oppgaven har gjort meg enda mer bevisst på hvor viktige de pårørende er i det store og hele bildet.

Referanser

- Aubert, V. (1985). Det skjulte samfunn. Hentet fra <https://www.nb.no/nbsok/nb/bde496ca059f46f741ffd0a50dcc2b23?lang=en#0>
- Benner, A-T. & Estenstad, B. (2016). Hjemmedød. I Kaasa, S. & Loge, J. H. (Red.), *Palliasjon – nordisk lærebok* (3. utg., s. 161-171). Oslo: Gyldendal akademisk
- Benzein EG, & Saveman B. (2008). Health-promoting conversations about hope and suffering with couples in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 14(9), 439–445. Hentet fra <http://search.ebscohost.com.galanga.hvl.no/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105692825&site=ehost-live>
- Birkeland, A. & Flovik A. M. (2014). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Cappelen Damm AS
- Carlander, I., Sahlberg-Blom, E., Hellström, I. & Ternestedt, B-M. (2011). The modified self: family caregivers' experiences of caring for a dying family member at home. *Journal of Clinical Nursing (J CLIN NURS)*, Apr2011; 20(7/8): 1097-1105. (9p). Doi: <http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1111/j.1365-2702.2010.03331.x>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Drageset, S. (2014). Mestring. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 85-97). Oslo: Cappelen damm akademisk
- Folkehelseinstituttet (2019, 24.januar). *De fleste dør på sykehjem, få dør hjemme*. Hentet 21.februar 2019 fra <https://www.fhi.no/nyheter/2018/de-fleste-dor-pa-sykehjem/>
- Folkehelseinstituttet. (2014, 4. oktober). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 11. mars 2019 fra <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Gammersvik, Å. & Larsen, T. (Red.). (2014). *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget
- Grov, E. (2016). Om å være pårørende. I A. T. Heggstad, & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie 2* (4. utg., s. 327-343). Oslo: Cappelen damm akademisk
- Harris, A. & Ursin, H. (2014). Stress og mestring i et helsefremmende perspektiv. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget
- Haugan, G. & Rannestad, T. (red.). (2014). *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Cappelen damm akademisk

- Heggestad, A. T. & Knustad, U. (Red.). (2016). *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie 2*. Oslo: Cappelen damm akademisk
- Helse Norge. (2018, 26. januar). *Pårørendes rettigheter*. Henter 17. mars 2019 fra <https://helsenorge.no/parorende/parorendes-rettigheter>
- Helsedirektoratet. (2015). *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt – å skape liv til dagene*. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet. (2015). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet (2019). *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Omsorg 2020: Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.
- Hunstad, I., & Svindseth, M. F. (2011, Oktober 3). *Challenges in home-based palliative care in Norway: a qualitative study of spouses' experiences*. Hentet 05 November, 2018 fra CINAHL:
<http://web.b.ebscohost.com/galanga/hvl.no/ehost/detail/detail?vid=12&sid=7cb290bc-a564-4946-83ac-9517b82cf140%40sessionmgr102&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=104688935&db=c8h>
- Høgskulen på Vestlandet. (u.å.). *Søk på fagressurser*. Hentet 11.mars 2019 fra <https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/?filters=Sjukepleie>
- Kaasa, S. & Loge, J. H. (Red.). (2016). *Palliasjon – nordisk lærebok* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I N. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (s. 15-80). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (red.) (2016). *Grunnleggende sykepleie bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Krug, K., Miksch, A., Peters-Klimm, F., Engeser, P. & Szecsenyi, J. (2016). Correlation between patient quality of life in palliative care and burden of their family caregivers: a prespective observational cohort study. *BMC Palliative Care* 15(4). doi: 10.1186/s12904-016-0082-y
- Leegaard, M. (2015, 1. april). *Kvaliteten på kvalitativ forskning – et spørsmål om god smak?* Hentet 12.04.19 fra <https://sykepleien.no/forskning/2015/04/kvaliteten-pa-kvalitativ-forskning-et-sporsmal-om-god-smak>

- Lode, K. (2016). Mestring. I A. T. Heggstad, & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie 2* (4. utg., s. 40-54). Oslo: Cappelen damm akademisk
- Lohne, V. (2016). Håp og håpløshet. Heggstad, & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie 2* (4. utg., s. 110-126). Oslo: Cappelen damm akademisk
- Lunde, S. A. E. (2017). Individuell plan i palliativ fase – ei hjelp til meistring for pårørende. *Sykepleien Forskning*, 2017 12(63670) (e-63670). doi: 10.4220/Sykepleienf.2017.63670.
- Mathisen, J. (2016). Sykepleie ved livets avslutning. I N. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (s. 407-443). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Molven, O. (2017). Rettigheter og plikter som pårørende i kommunale helsetjenester. I S. Tønnessen & B. L. L. Kassah (Red.). *Pårørende i kommunale helse- og omsorgstjenester: Forpliktelser og ansvar i et utydelig landskap*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nordtug, B. (2014). Helsefremming blant pårørende med omsorgsbelastning. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 175-183). Oslo: Cappelen damm akademisk
- Norsk sykepleierforbund (u.å). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 24. mars fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- NOU 2017:16 (2017). *På liv og død – Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Henter fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Rabben, J., & Johannessen, B. (2015). Å være pårørende når alternativ behandling tas i bruk i “kampen mot kreft”. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 11(1), 104-121.
- Stensheim, H., Hjermsstad, M. J. & Loge, J. H. (2016). Ivaretagelse av pårørende. I Kaasa, S. & Loge, J. H. (Red.), *Palliasjon – nordisk lærebok* (3. utg., s. 274-286). Oslo: Gyldendal akademisk
- Støren, I. (2013). *Bare søk!* Oslo: Cappelen Damm akademisk
- Thiedemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (Gyldendals sykepleieklassikere). Oslo: Gyldendal akademisk

Tønnessen, S. & Kassah, B. L. L. (Red.). (2017). *Pårørende i kommunale- og omsorgstjenester: Forpliktelser og ansvar i et utydelig landskap*. Oslo: Gyldendal akademisk

Tønnessen, S. & Kassah, B. L. L. (2017). Pårørende til pasienter og brukere i kommunale helse- og omsorgstjenester. I Tønnessen, S. & Kassah, B. L. L. (Red.), *Pårørende i kommunale- og omsorgstjenester: Forpliktelser og ansvar i et utydelig landskap* (s. 16-24). Oslo: Gyldendal akademisk

Vedlegg 1

Oversiktstabell over søk.

Database: CHINAL

| Søkeord | Avgrensning | Treff | Inkludert |
|---|---|-------|-----------|
| Palliative care AND Family members | Peer Reviewed | 1372 | |
| Palliative care AND Caregivers AND Home death | Peer Reviewed Tidsrom: 2011-2019 English Language Research Article | 162 | |
| Palliative care AND Family AND Home death OR dying at home | Peer Reviewed Tidsrom: 2011-2019 English Language Research Article | 265 | |
| Palliative care AND Home based AND spouse | Peer Reviewed Tidsrom: 2011-2019 English Language Research Article | 7 | 1 |
| Dying family member AND caregivers | Peer Reviewed Tidsrom: 2011-2019 English Language Research Article | 56 | 1 |
| Palliative care AND Burden AND Family caregivers AND home | Peer Reviewed Tidsrom: 2011-2019 English Language Research Article | 67 | 1 |
| Palliative care AND Hope and suffering AND family | Peer Reviewed Tidsrom: 2011-2019 English Language Research Article | 19 | 1 |

Gjennom dette søket ble disse funnet:

Hunstad & Svindseth (2011)

Carlander, Sahlberg-Blom, Hellstrøm & Ternestedt (2011)

Krug, Antje, Peters-Klimm, Engeser & Szecsenyi (2016)

Benzein & Saveman (2008)

Database: Sykepleien.no

| Søkeord | Avgrensning | Antall | Inkludert |
|-------------------------|--------------------------------|--------|-----------|
| Palliasjon Pårørende | Tidsrom 2011-2019 Forskning | 14 | 1 |

Gjennom dette søket ble disse funnet:

Lunde (2017)

Vedlegg 2

Eksempel på kildekritikk.

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan bruke sjekklisten

Sjekklisten består av tre deler:

- Innledende vurdering
- Hva forteller resultatene?
- Kan resultatene være til hjelp i praksis?

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

Om sjekklisten

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

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

I dette vedlegget skal jeg gi et eksempel på kildekritikk.
Denne sjekklisten er hentet fra Folkehelseinstituttet (2014)
Hele referansen til nettsiden er i referanselisten.
Den kvalitative studien som jeg skal kritisk vurdere
er av Lunde (2017)
Fullstendig kilde finnes i referanselisten.

Denne sjekklisten er inspirert av «10 questions to help you make sense of qualitative research» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: CASP UK [oppdatert 2017; lest 23.11.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net/checklists>

(A) Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert? JA UKLART NEI

Tips:

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

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? JA UKLART NEI

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

Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

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

JA UKLART NEI

Tips:

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

Utvalg, datainnsamling og analyseringen er godt beskrevet og begrunnet.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

JA UKLART NEI

Tips: Når man bruker f.eks. *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, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Utvalget er tydelig beskrevet:
Det er 12 etterlatte voksne mennesker som har opplevd å være pårørende i en palliativ situasjon. Rekrutteringen ble gjort via helsepersonell som hadde hatt kontakt med dem i den palliative fasen. Informantene er beskrevet med relasjon til pasienten.

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

JA

UKLART

NEI

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? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. 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 (f.eks. lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Metoden er beskrevet som en kvalitativ studie. Data ble samlet inn i fokusgrupper. Fenomenologisk - hermeneutisk metode ble brukt for å undersøke erfaringene de pårørende hadde opplevd.

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

JA

UKLART

NEI

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?

Det blir beskrevet at det er gjort søk i databaser. Det er også lagt frem om at det finnes tidligere norske studier som om individuell plan og ~~pårørende~~, men ikke om individuell plan fra pårørendeperspektivet. Det finnes likevel flere studier om pårørende innen palliasjon.

7. Er etiske forhold vurdert?

JA

UKLART

NEI

Tips:

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

Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata og er gjennomført i tråd med forskningsetiske lover og retningslinjer innen medisinsk og helsefaglig forskning.

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

JA

UKLART

NEI

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 (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. 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?

Fenomenologisk - hermeneutisk metode ble brukt. ~~Det~~
I flerstegsfokusgrupper ble tema og erfaringer drøftet. Tre ulike steg i analysen.

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

JA

UKLART

NEI

(B) Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

JA

UKLART

NEI

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 funnenes troverdighet (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Funn i studien blir underbygget opp mot tidligere forskning. Hovedfunnene kommer tydelig frem i resultatdelen.

(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

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 f.eks. 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?

Studien er relevant for min oppgave på grunn av at den får frem viktigheten om samarbeid mellom helsetenesten og pasient med familie. Studien får frem at en individuell plan også kan hjelpe de pårørende - gi dem håp og hjelpe dem å mestre prosessen. Denne studien påpeker at det er viktig at rutinene for individuell plan må kvalitetssikres, og får frem at det er viktig med samarbeid i en tidlig fase.