



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKS390

Predefinert informasjon

Startdato:	21-03-2023 12:00 CET	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	31-03-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKS390 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	227
--------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7845
---------------	------

Egenerklæring *: Ja

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

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Hvordan kan sykepleiere legge til rette for god ivaretagelse av pårørende til den palliative kreftpasienten i hjemmet?

How can nurses facilitate good care for relatives of the palliative cancer patient at home?

Kandidatnummer: 227

Bachelor i sykepleie

Institutt for helse – og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 31.03.23

Antall ord: 7845

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

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema	4
1.2 Hensikten med oppgaven.....	5
1.3 Problemstilling.....	5
1.4 Avgrensning	5
1.5 Videre oppbygging av oppgaven	6
2. Teori.....	7
2.1 Joyce Travelbee og menneske-til-menneske-forholdet	7
2.2 Kreft	8
2.3 Pårørende	8
2.3.1 Pårørendes behov.....	9
2.3.2 Omsorg ovenfor de pårørende	10
2.4 Kommunikasjon og Relasjon.....	10
2.5 Tverrfaglig samarbeid i den palliative fasen.....	11
2.6 Palliativ behandling i hjemmet – pårørendes rolle	11
2.7 Mestring hos de pårørende	12
3. Metode	13
3.1 Litteraturstudie som metode	13
3.2 Kvalitativ og Kvantitativ metode	13
3.3Metodekritikk	14
3.3.1 Kritisk vurdering av egen oppgave	14
3.3.2 Kritisk vurdering av artiklene.....	15
3.3.3 Etisk vurdering av artiklene	15
3.5 Søkeprosessen	16
4. Resultat.....	21

4.1 Presentasjon av forskningsartiklene.....	21
4.1.1 «Bereaved family members’ perspectives on suffering among older rural cancer patients in palliative home nursing care: A qualitative study	21
4.1.2 “Rural palliative care to support dying at home can be realised; experiences of family members and nurses with a new model of care”	22
4.1.3 “You can’t say, ‘what about me?’ I’m not the one with cancer”: Information and support needs of relatives	22
4.1.4 The role of next of kin of patients with cancer: learning to navigate unpredictable caregiving situations	23
4.1.5 Individuell plan i palliativ fase – en hjelp til mestring for pårørende.....	24
4.2 Analyse av relevante funn	25
5. Drøfting.....	26
5.1 Kommunikasjon og relasjon mellom pårørende til den palliative kreft pasienten og sykepleieren.....	26
5.2 Pårørendes behov i den palliative fasen	28
5.3 Behovet for å snakke med noen i samme situasjon; Støttegrupper for pårørende til den palliative kreftpasienten.....	29
5.4 Palliasjon i hjemmet	30
5.5 Tverrfaglig samarbeid	31
6. Konklusjon	32
7. Referanseliste	34
8. Vedlegg	39
Vedlegg 1: PICO-skjema.....	39
Vedlegg 2: Sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie	39
Vedlegg 3: Litteraturmatrise.....	54

*Eg ser at du e trøtt,
men eg kan ikkje gå alle skrittå for deg.*

*Du må gå de sjøl,
men eg vil gå de med deg,
eg vil gå de med deg.*

*Eg ser du har det vondt,
men eg kan ikkje grina alle tårene for deg.*

*Du må grina de sjøl,
men eg vil grina med deg,
eg vil grina med deg.*

*Eg ser du vil gi opp,
men eg kan ikkje leva livet for deg.*

*Du må leva det sjøl,
men eg vil leva med deg,
eg vil leva med deg.*

*Eg ser at du e redd,
men eg kan ikkje gå i døden for deg.*

*Du må smaka han sjøl,
men eg gjer død til liv for deg,
eg gjer død til liv for deg.*

Eg har gjort død til liv for deg.

(Bjørn Eidsvåg, 1983).

SAMMENDRAG

Tittel: Hvordan kan sykepleiere legge til rette for god ivaretagelse av pårørende til den palliative kreftpasienten i hjemmet?

Bakgrunn: Kreftsykdommen rammer ikke bare den som er syk, men også de pårørende. Flere pasienter ønsker å dø hjemme i sine egne omgivelser, og pårørende er derfor viktig i denne prosessen. Som sykepleier må vi samarbeide med de pårørende, og inkludere dem slik at de føler seg viktige.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleieren legge til rette for god ivaretagelse av pårørende til den palliative kreftpasienten i hjemmet?

Hensikt: Hensikten med denne bacheloroppgaven er å samle inn kunnskap, om hvordan sykepleiere kan ivareta pårørende til den palliative kreftpasienten i hjemmet.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie, hvor fem ulike forskningsartikler er inkludert. Disse er funnet gjennom systematiske søk i CINAHL og MEDLINE Ovid. Den ene artikkelen er også funnet via manuelt søk.

Resultater: Denne litteraturstudien tar for seg ulike forskningsartikler, som fokuserer på pårørendes erfaringer rundt palliativ behandling i hjemmet. Studiene viser at de pårørende opplevde psykiske og fysiske belastninger. Videre kommer det også frem at de pårørende har behov for støtte, veiledning, tilpasset informasjon, avlastning, mestring, omsorg og et godt samarbeid med helsepersonell.

Konklusjon: Palliativ behandling i hjemmet var både en positiv og negativ utfordring for de pårørende. De har behov for at sykepleieren ivaretar dem, og legger til rette for at de opplever den palliative behandlingen i hjemmet så god som mulig.

Nøkkelord: Pårørende, palliativ omsorg, kreftpasienten, samarbeid, kommunikasjon og behov.

ABSTRACT

Title: How can nurses facilitate good care for relatives of the palliative cancer patient at home?

Background: Cancer affects not only the person who is ill, but also the relatives. More patients want to die at home in their own surroundings, and next of kin are therefore important in this process. As nurses, we must work with the next of kin, and include them so that they feel important.

Issue: How can nurses facilitate good care for relatives of the palliative cancer patient at home?

Purpose: The purpose of this bachelor's thesis is to gather knowledge about how nurses can look after relatives of the palliative cancer patient at home.

Method: This assignment is a literature study, where five different research articles are included. These have been found through systematic searches in CINAHL and MEDLINE Ovid. The one article was also found by a manual search.

Results: This literature study examines various research articles, which focus on relatives' experiences of palliative care at home. The studies show that the next of kin experienced psychological and physical stress. Furthermore, it also emerges that the next of kin need support, guidance, adapted information, relief, coping, care and good cooperation with health personnel.

Conclusion: Palliative care at home was both a positive and negative challenge for the relatives. They need the nurse to take care of them, and make it possible for them to experience palliative care at home as well as possible.

Keywords: Relatives, palliative treatment, the cancer patient, cooperation, communication and needs.

1. Innledning

I 2021 fikk 36 998 nordmenn en kreftsykdom (Kreftforeningen, 2023). De fire vanligste krefttypene vi har i Norge er prostatakraft, lungekreft, tarmkreft og brystkreft. Statistikken viser at tre av fire som får kreft i Norge overlever, det er dobbelt så mange som for 50 år siden (Kreftforeningen, 2023).

Kreftsykdommen rammer ikke bare den som blir syk, men også de pårørende. Det å være pårørende til en pasient som er alvorlig syk kan bidra til å knytte sterkere bånd, men det kan også oppleves som en belastning. Pårørendes tilstedeværelse er svært viktig for pasienten både hjemme og på institusjon (NOU 2017: 16, s.120). Mange pasienter uttrykker bekymring ovenfor sine pårørende. Å vite at de pårørende blir ivaretatt er en god tanke for pasienten. Et godt samarbeid med helsevesenet bidrar positivt med å skape trygghet for de involverte partene (Kreftforeningen, 2023).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunnen for valg av tema, er min interesse for hvordan jeg som sykepleier kan ivareta pårørende i en vanskelig livssituasjon. I dette tilfellet er det pårørende til den palliative kreftpasienten i hjemmet. Selv har jeg erfaringer med meg fra tidligere praksisperioder og på hjemmebane. I praksis har jeg sett hvor viktig det er å ivareta pårørende til palliative kreftpasienter. Som sykepleierstudent har jeg observert at pårørende trenger noen som lytter til dem, støtter dem, og ser dem. Pårørende er som oftest en stor del av pasientens liv, og det er derfor viktig at vi som helsepersonell også ivaretar dem. Flere ønsker å dø hjemme i sine vante omgivelser, og pårørende spiller derfor en stor rolle i denne prosessen (Kreftforeningen, 2022).

Ifølge Stortingsmelding 24 (2019-2020), må helsepersonell samarbeide med pårørende slik at de kjenner på at det er behov for dem. Det er også de som kjenner pasienten best, og kan tydeliggjøre deres behov og ønsker. Ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, skal sykepleieren vise respekt, omtanke og inkludere pårørende (Norsk sykepleieforbund, 2023).

1.2 Hensikten med oppgaven

Hensikten med bacheloroppgaven er generelt sett å få kunnskap, erfaring og innsikt i en selvvalgt problemstilling (Thidemann, 2020, s.19). I denne oppgaven skal jeg opparbeide meg mer kunnskap rundt pårørende til den palliative kreftpasienten. Jeg skal også kombinere kunnskap med erfaringer, slik at jeg får bedre innsikt i hvordan pårørende til den palliative kreftpasienten kan ivaretas.

1.3 Problemstilling

«Hvordan kan sykepleieren legge til rette for god ivaretagelse av pårørende til den palliative kreftpasienten i hjemmet?»

1.4 Avgrensning

I denne oppgaven skal jeg ta for meg pårørende i kommunehelsetjenesten, nærmere bestemt i hjemmet. Dette handler om at det er rundt 15% i Norge som dør hjemme, og flere pasienter ønsker å dø hjemme (Hoem, et al., 2022).

Jeg ønsker å avgrense sykdomsforløpet og rette fokuset mot den palliative fasen av kreft sykdommen. Oppgaven vil derfor bli avgrenset til å ta for seg pårørende til kreftpasienten i den palliative fasen. Jeg ønsker å ta for meg kreft generelt, og ikke en spesifikk type kreft. Pasientens alder vil også bli avgrenset til å være mellom 60 – 90 år. Jeg velger å rette fokuset mot denne aldersgruppen, da statistikk viser at risikoen for kreft øker i denne alderen (FHI, 2014). Barn som pårørende og pasient vil heller ikke bli inkludert i oppgaven, derfor vil pårørendes alder bli avgrenset til 18 år og oppover. Grunnen til at barn som pårørende ikke vil bli inkludert i oppgaven, er at det blir for omfattende i henhold til problemstillingen. Pasienter og pårørende med annen kulturell bakgrunn vil heller ikke bli presentert i oppgaven.

Oppgaven er avgrenset til å ta for seg pårørendes behov i den palliative fasen i hjemmet, og deres evne til å mestre situasjonen. Kommunikasjon og relasjonsbygging, tillit, trygghet, informasjon, tverrfaglig samarbeid og omsorg vil også være begreper som går igjen i oppgaven.

1.5 Videre oppbygging av oppgaven

Denne oppgaven er delt inn i fem hovedkapittel, som baserer seg på retningslinjene for bacheloroppgaven utformet av Høgskulen på Vestlandet. I kapittel 1 (Innledning) vil følgende deler bli lagt frem: bakgrunn for valg av tema, hensikten med oppgaven, problemstillingen og avgrensninger i forhold til oppgaven. Kapittel 2 (Teori) tar for seg teori som er relevant for å belyse oppgavens problemstilling. I kapittel 3 (Metode) vil det beskrives hva en metode er, litteraturstudie som metode, metodekritikk og søkeprosessen. Kapittel 4 (Resultat) vil de ulike artiklene bli presentert, og deretter vil det bli en samlet analyse av artiklene. Til sist i kapittel 5 (Drøfting) vil forskning, teori og egne erfaringer bli drøftet for å svare på problemstillingen. Avslutningsvis vil det være en konklusjon.

2. Teori

I dette kapittelet vil teori som er relevant for å belyse problemstillingen bli presentert.

2.1 Joyce Travelbee og menneske-til-menneske-forholdet

Travelbee definerer menneske-til-menneske-forholdet slik:

Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de (n) hun har omsorg for.

Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt. Menneske-til-menneske-forholdet blir målrettet bygd opp og opprettholdt av den profesjonelle sykepleieren. (Travelbee, 1999, s.177)

Kjennetegnet på et menneske-til-menneske-forhold er at pasienten eller pårørendes sykepleiebehov blir ivaretatt (Travelbee, 1999, s.178). Et sykepleiebehov er alle behov hos den syke eller de pårørende. Om sykepleiebehovet blir oppfylt vil det hjelpe pasient eller pårørende til å forhindre eller mestre sykdom og lidelse (Travelbee, 1999, s.179).

Ifølge Travelbee (1999) er det fem trinn som kan være veiledende når en skal identifisere sykepleiebehov, hos pasienten eller hans familie. Disse trinnene omfatter følgende:

1. sykepleieren må observere for å identifisere sykepleiebehovet, 2. antakelsene til sykepleieren blir bekreftet eller avkreftet, 3. Sykepleieren avgjør om hen kan oppfylle behovene til pasienten eller familien eller om de må henvises, 4. Sykepleieren legger en plan for hvilke sykepleiehandlinger som skal gjennomføres og 5. Sykepleieren evaluerer i hvilken grad behovet blir dekket (Travelbee, 1999, s.179-183).

Sykepleieren vil på et indirekte vis hjelpe de pårørende ved å gi den syke god og kompetent sykepleie. Det er viktig å bli kjent med pasientens familie, snakke med dem og lytte til dem. Sykepleieren skal også være tilgjengelig, dersom pårørende ønsker å diskutere ulike sider av sykepleien pasienten mottar (Travelbee, 1999, s.259). Travelbee (1999), forteller videre at de pårørende ofte oppholder seg hos den syke i mange timer om gangen. Dette kan pågå over lengre tid, og pårørende kan oppleve å bli fysisk og emosjonelt utmatta. For de pårørende er

det av stor betydning at sykepleieren viser forståelse for de påkjenningene som familien gjennomgår (Travelbee, 1999, s.260).

2.2 Kreft

Kreft innebærer en ukontrollert vekst og spredning av celler (NHI, 2021). Kreft har blitt en vanlig sykdom, og vi regner med at halvparten som får diagnosen i Norge kan bli friske av behandlingen. Mange av de andre kan få tilbudet om behandling som dreper svulstveksten, slik at de kan leve lengre enn hva de ellers ville gjort. I noen tilfeller er det lindrende behandling som er eneste alternativ (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2019).

Årsaksfaktorene er enda usikre, derfor blir det heller omtalt som risikofaktorer. Miljø, arv og livsstil er faktorer som kan øke risikoen for kreft. Andre risikofaktorer kan være virus, kjemikalier og stråling (NHI, 2021).

2.3 Pårørende

Ifølge pasient – og brukerrettighetsloven er pårørende den eller de personene pasienten oppnevner selv. Dersom pasienten ikke er i stand til å utnevne pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst grad har varig og løpende kontakt med pasienten (pasient – og brukerrettighetsloven, 1999, §1-3). Når mennesker har et langvarig behov for hjelp, vil pårørende som regel være en eller flere i den nærmeste familien, naboer, venner eller eksterne slektninger (Solheim, 2006, s.219). Ifølge en undersøkelse utført av Helsedirektoratet (2021) kommer det frem at det er flere kvinnelige pårørende, enn mannlige pårørende. Videre i undersøkelsen kommer det også frem at det er vanligst å være pårørende i alderen 40-60 år.

Pårørenderollen innebærer å være omsorgsgiver, samarbeidspartner for pasienten og sykepleieren, talsperson for pasienten og å være den som gir sosial støtte til pasienten (Blindheim et al, 2013; Bøckmann og Kjellevoid, 2015; Thorsnes, Blindheim og Brataas, 2014, sitert i Brataas, Evensen og Ingstad, 2020, s.227). Pårørende har som oftest flere roller samtidig, behovet deres må derfor ses i lyset av de rollene pårørende har i den konkrete situasjonen (Solheim, 2006, s.235). Når en i familien blir rammet av sykdom, vil dette påvirke

hele familien. Hvert enkelt familiemedlem vil håndtere belastningene sykdommen fører med seg ulikt (Birkeland & Flovik, 2020, s.79).

Det er vanligvis pårørende som kjenner pasienten best, og som kan hjelpe med å formidle pasientens ønsker og behov når de ikke lengre klarer det selv (NOU 2017: 16, s. 120). Pårørende utfører betydelige ansvars – og omsorgsoppgaver for sine nærmeste, og dermed blir de en sentral del av omsorgsressursene i samfunnet (NOU 2017: 16, s. 121). Det er oftest kvinnelige ektefeller eller samboere og døtre, som tar på seg omsorgsoppgavene i hjemmet (Birkeland & Flovik, 2020, s.81).

Som nevnt er pårørende viktige personer i pasientens liv. Helse – og omsorgstjenesten må støtte pårørende, og forebygge at de som pådrar seg krevende omsorgsoppgaver får helsemessige belastninger. Regjeringen bidrar til å avdekke, anerkjenne og støtte pårørende og forbedre samspillet mellom den kommunale helse – og omsorgstjenesten (Meld.St.24 (2019-2020), s.56).

2.3.1 Pårørendes behov

Pårørende til en pasient med alvorlig sykdom er utsatt for å utvikle depresjon, isolasjon, stress og utmattelsessymptomer (Helsedirektoratet, 2017). Den palliative fasen vil for noen pasienter vare over lengre tid, for pårørende kan dette oppleves som en stor utfordring i hverdagen. Pårørende kan oppleve å få både økonomiske og sosiale vanskeligheter (NOU 2017: 16, s.122).

Hvilke behov pårørende har er individuelt, noen kan ønske å delta på kurs som omhandler mestring, for andre kan det være til hjelp å inkludere nettverket sitt eller være i fysisk aktivitet (Helse Norge, 2021). Pårørende kan ha ulike behov når det gjelder støtte. Støtte og omsorg kan gis i form av egne samtaler med helsepersonell, veiledning, praktisk hjelp og avlastning (Meld.St.24 (2019-2020), s.56). Dersom de pårørende kjenner at de har behov for avlastning, kan tildelingskontoret i kommunen være behjelpelige med dette. Avlastning bidrar til å hindre overbelastning hos de pårørende (Helse Norge, 2021). Avlastning gis basert på ulike behov og organiseres på ulikt vis, både i hjemmet og utenfor hjemmet (Birkeland & Flovik, 2020, s.85).

2.3.2 Omsorg ovenfor de pårørende

Helsesektoren har et ansvar som handler om å kunne gi omsorgsfull hjelp til pårørende, uavhengig deres behov. Som sykepleier kan det å gi omsorgsfull hjelp innebære å hilse på dem når de kommer for å besøke pasienten, servere dem kaffe og å ha lengre samtaler med dem, om hvordan de opplever situasjonen (Bøckmann & Kjellevoid, 2021, s.42). De fleste pasientene som vil dø hjemme, har pårørende ved sin side gjennom hele forløpet. En del av omsorgen til den palliative pasienten, er også omsorg for de pårørende. Om pårørende skal være en støtte for den palliative pasienten, har deres evner til å håndtere sin egen sorg stor betydning. Som helsepersonell må vi hjelpe dem med å forstå og leve med sine individuelle reaksjoner (Birkeland & Flovik, 2020, s.189).

2.4 Kommunikasjon og Relasjon

Ordet kommunikasjon kommer fra det latinske verbet *communicare*, som vil si «å gjøre felles». Når vi kommuniserer skaper, utveksler og avdekker vi meninger (Røkenes & Hanssen, 2012, s.215). Kommunikasjon er noe naturlig, og vi er alle født med en evne til å kommunisere (Eide & Eide, 2019, s.16). God kommunikasjon blir først og fremst sett på som effektiv informasjonsformidling og meningsformidling. I mellommenneskelig kommunikasjon handler vi ut ifra verdier som vi ønsker å fremme i samhandlingen. Verdiene kan for eksempel være trygghet, åpenhet, tillit og velvære (Røkenes & Hanssen, 2012, s.241).

Å etablere kontakt og utvikle en relasjon preget av gjensidig forståelse, kan være med på å danne grunnlaget for et godt samarbeid (Horvath, Del Re, Flückiger og Symonds, 2011; Travelbee, 1979; Van Kleef et al, 2010, sitert i Brataas, Evensen & Ingstad, 2020, s.231). Ved å motta informasjon opplever de pårørende å få empowerment, da er de også mer forberedt på å snakke med sykepleieren. Misforståelser kan dermed unngås, og forståelsen vil bli mer realistisk for begge parter (Nordtug, Thorsnes & Blindheim, 2020, s.231). Som sykepleier vil det være sentralt å ha relasjonskompetanse. Det vil være nødvendig å etablere en relasjon basert på trygghet hos pårørende på et tidlig tidspunkt. En relasjonskompetent sykepleier kommuniserer på en måte som gir mening, ivaretar den overordnede hensikten med samhandlingen og som ikke krenker den andre parten (Røkenes & Hanssen, 2012, s.10).

2.5 Tverrfaglig samarbeid i den palliative fasen

Palliativ omsorg er tverrfaglig, og kan innebære bistand fra ambulant team, fastlege, ergoterapeut, fysioterapeut, kreftkoordinator i kommunen, prest, avlastningstjeneste og psykolog. Dette er fordi sykdomsbildet ofte er komplekst, som vil si at i tillegg til den aktuelle sykdommen kan det forekomme andre plager (Birkeland & Flovik, 2020, s.188). Høvik, et al., (2017) legger vekt på at palliasjon har som mål å legge til rette for god livskvalitet hos både pasienten, og dens pårørende. Derfor vil de ha behov for tilbud i både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (Høvik, et al., 2017). Hjemmebasert palliativ omsorg utføres av hjemmesykepleien i samarbeid med fastlegen (NOU 2017:16, s.96). Det er viktig å koble på fastlegen i de palliative pasienttilpassede forløpene, dette er både fordi fastlegen ofte kjenner pasienten og familien, og de har ifølge loven det medisinske ansvaret for hjemmeboende pasienter (NOU 2017:16, s.97).

Alle pasienter som er døende i hjemmesykepleien bør ha en pasientansvarlig sykepleier, som har det overordnede ansvaret for kontinuiteten i helsehjelpen. Teamtankegangen er avgjørende og viktig i en palliativ tilnærming. Dette handler om at ulike instanser arbeider sammen, som er med på å forme tilbudet til pasienten (Birkeland & Flovik, 2020, s.191).

2.6 Palliativ behandling i hjemmet – pårørendes rolle

Det å kunne dø hjemme er for mange vesentlig for å få en god slutt på livet. Å være samlet med familien i hjemmet, kan bidra til å gjøre hverdagen mer «normal» (NOU 2017:16, s.123). For at pasienten skal få bo hjemme så lenge som mulig, og muligens også dø hjemme, er det sentralt at pårørende føler seg kompetente og trygge på omsorgsoppgavene som følger med. Flere pårørende har et ønske om å bidra med stell og omsorg, selv om de ikke har mye erfaring fra før. Forutsetningen er at pårørende og pasienten må kunne stole på at de har tilgang på helse – og omsorgstjenester, medisinsk-teknisk utstyr og hjelpemidler. Involvering og god samhandling mellom hjemmesykepleien og pårørende er viktig (Birkeland & Flovik, 2020, s.186).

Bøckmann og Kjellevold (2021, s.61) legger vekt på at pårørende kan ha ulike roller, og at helsepersonell må ha et bevisst forhold til dette. Pårørendes ulike roller kan være mottaker

av informasjon, kilde til kunnskap, samarbeidspartner, omsorgsgiver, pasientens nærmiljø og pasientens representant. Videre kommer det også frem at rollene til de pårørende avgjøres basert på hvilken relasjon de har til pasienten.

2.7 Mestring hos de pårørende

Det finnes ikke noen entydig forståelse av mestringsbegrepet finnes ikke. Felles for mestring ser ut til å innebære strategier for å beherske, holde ut med og redusere indre og ytre påkjenninger og følgene av disse påkjenningene (Eide & Eide, 2019, s.48). Eide og Eide (2019), deler mestring inn i to hovedområder: hverdagsmestring og krisemestring. Krisemestring på sin side handler om å forholde seg til akutte, alvorlige og uforutsette livshendelser, mens hverdagsmestring handler om å håndtere mindre og mer hverdagslige situasjoner.

De som ønsker å dø hjemme, har som oftest pårørende ved sin side hele tiden. Dersom de pårørende skal kunne bidra med støtte for den palliative pasienten, har deres evner til å mestre egen sorg stor betydning. De pårørende trenger hjelp til å bli klar over og leve med egne reaksjoner (Birkeland & Flovik, 2020, s.189). Faktorer som er med på å fremme mestring er blant annet aktiv innhenting av informasjon, sosial støtte og å ha et bevisst forhold til hvordan den enkelte forstår sin situasjon (Bøckmann & Kjellevold, 2021, s.162). Kristoffersen, et al (2016, s.267), legger vekt på at de pårørende har behov for kunnskap rundt sykdommen, sykdommens prognose, hvordan sykdommen påvirker den syke og forventninger de måtte ha. Denne kunnskapen gjør det mulig å legge til rette for problemorientert mestring. Problemorientert mestring innebærer å gi de pårørende kunnskap, undervisning, støtte og veiledning.

3. Metode

Ifølge Dalland (2022) sier metoden noe om hvordan vi bør gå frem for å finne eller kontrollere kunnskap. Vi har behov for forskjellige metoder både til å fremheve ny kunnskap og til å kontrollere i hvilken grad påstandene er pålitelige, gyldige eller holdbare (Dalland, 2022, s.53).

3.1 Litteraturstudie som metode

I en litteraturstudie vil man hente inn data fra fagkunnskap, forskning og teori som allerede eksisterer. Det man ønsker å finne ut av, vil påvirke hvilke data man er på utkikk etter (Dalland, 2022, s.199). Litteraturstudien vil deretter gå ut på å systematisere kunnskapen fra de ulike kildene. Systematisering handler om å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt sammenfatte det hele (Magnus & Bakketeig, 2000, sitert i Thidemann, 2019, s.77). For å få tak i litteratur og forskning gjøres dette primært ved å søke i databaser, manuelle søk kan også benyttes (Thidemann, 2019, s.81).

3.2 Kvalitativ og Kvantitativ metode

Den kvalitative metoden har som hensikt å få kunnskap om menneskelige aspekt som meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Datainnsamlingen foregår som oftest ved bruk av intervju, observasjon, feltarbeid eller dokumentanalyse (Thidemann, 2020, s.76).

Den kvantitative metoden går ut på at dataene er målbare enheter og tall, det vil si konkret faktakunnskap (Thidemann, 2020, s.75). Når man anvender kvantitativ metode vil datainnsamlingen skje ved bruk av spørreskjema med faste svaralternativ, systematisk og strukturert observasjon og eksperiment (Thidemann, 2020, s.76).

Både den kvalitative og kvantitative metoden bidrar på hver sin måte til en bedre innsikt av samfunnet vi lever i, og hvordan samhandlingen mellom enkeltmennesker, grupper og institusjoner er (Dalland, 2022, s.54).

3.3 Metodekritikk

3.3.1 Kritisk vurdering av egen oppgave

Grunnen til at det foretas kritiske vurderinger er å finne ut relevans, styrke og begrensninger i den informasjonen en samler inn (Thidemann, 2020, s.26). I en akademisk sammenheng innebærer kritisk vurdering å vise at en forstår kunnskapen som blir brukt i oppgaven, vise at en vurderer begrunnelser for ulike aspekter, utsagn og konklusjoner før en aksepterer eller forkaster dem, sørge for å inkludere relevant og aktuell fag – og forskningslitteratur, eller egne resultater i drøftingen og anvende faglige begrunnelser for å understøtte synspunkt og argumenter, og å vise at en kan komme frem til egne konklusjoner basert på kompetente argumenter (Thidemann, 2020, s.26).

Det har vært en liten utfordring å finne god forskning som kan være relevant for problemstillingen min. Flere søk har blitt gjennomført og jeg har fått mange resultater. De fleste artiklene baserer seg i hovedsak på pasientens perspektiv. Dette kan skyldes av at en ved gjennomføring av søk har gått glipp av relevante artikler. Forskningsartiklene som har blitt funnet innebærer både pasienten og pårørendes perspektiv, jeg kommer derimot til å fokusere mest på de pårørendes perspektiv da dette er mest relevant for oppgaven. Forskningen som blir lagt frem i denne litteraturstudien er skrevet på engelsk, det kan derfor oppstå feiltolkninger og misforståelser ved oversettelse.

En av artiklene som blir brukt i denne studien er fra 2012: "The role of next of kins of patients with cancer: learning to navigate unpredictable caregiving situations". Grunnen til at jeg velger å allikevel benytte meg av denne er at den er svært relevant for oppgaven. Den fokuserer i hovedsak på pårørende til den palliative kreftpasientens perspektiv, og hvordan sykepleieren kan arbeide for å kunne støtte dem. Det har også blitt benyttet litteratur som er over 10 år gammel, litteraturen er inkludert grunnet relevans i forhold til oppgaven.

3.3.2 Kritisk vurdering av artiklene

Kildekritikk handler både om å vurdere og å fremstille den litteraturen som en har funnet. En må også kunne redegjøre for hvilke kriterier som har blitt anvendt under utvalget (Dalland, 2020, s.152). Videre skriver Dalland (2022) at kildens kvalitet dreier seg om hvilken type kilde det er, hvor pålitelig den er, og hvilken holdbarhet den har.

Artiklene som har blitt inkludert i denne litteraturstudien har blitt kritisk vurdert, med hjelp av Helsebibliotekets sjekklister. Helsebiblioteket har utarbeidet sjekklister, som gjør det lettere å kritisk vurdere forskningsartikler. Da alle artiklene som er benyttet i denne litteraturstudien er kvalitative studier, har jeg benyttet meg av «Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie» (vedlegg 2).

3.3.3 Etisk vurdering av artiklene

Forskningsetikk handler om å ivareta personvernet og sikre at de som tar del i forskningen, ikke blir påført skade eller unødige påkjenninger (Dalland, 2022, s.168). Forskning som inkluderer mennesker, menneskelig biologisk materiale eller opplysninger om helsetilstand, skal bli forhåndsgodkjent fra en av de syv regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (Dalland, 2022, s.171). De generelle forskningsetiske retningslinjene består av fire prinsipper: respekt, gode konsekvenser, rettferdighet og integritet. Disse ble utarbeidet som en inngangsport til forskningsetiske prinsipper og hensyn (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019).

Forskningsartiklene som har blitt benyttet i denne litteraturstudien, har blitt etisk vurdert i henhold til de generelle forskningsetiske retningslinjene. Basert på egne etiske vurderinger, bevarer forskningsartiklene anonymiteten hos deltakerne. De opplysningene vi får om deltakerne baserer seg på alder og kjønn, og vi kan derfor ikke spore oss tilbake til hvem de er. Forskningsartiklene anvender også riktig bruk av kildehenvisning, dersom de har hentet faglig kunnskap eller informasjon fra andre kilder.

3.5 Søkeprosessen

Først ble det formulert en problemstilling: «Hvordan kan sykepleieren legge til rette for god ivaretagelse av pårørende til den palliative kreftpasienten i hjemmet?». Etter formuleringen av problemstillingen definerte jeg inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier. Inklusjons og eksklusjonskriteriene er til hjelp for å tydeliggjøre litteratursøket og avgrenser mengden litteratur (Thidemann, 2020, s.83).

Inklusjonskriterier:

- Pårørende fra 18 år og oppover
- Pasientens alder er mellom 60 – 90 år
- Hjemmesykepleie
- Fra 2013 og frem til nåtiden
- IMRaD – struktur
- Kvalitativ og kvantitativ metode

Eksklusjonskriterier:

- Barn som pårørende
- Barn som pasienter
- Før 2013
- Ikke IMRaD-struktur
- Medisinsk rettet forskning

Jeg benyttet meg deretter av PICO-skjema for å danne et rammeverk for arbeidsprosessen (vedlegg 1). PICO-skjema vil gi struktur og gjøre spørsmålet klart for litteratursøk, seleksjon og kritisk vurdering av litteraturen (Helsebiblioteket, 2021). For å finne gode engelske synonyme søkeord, brukte jeg MeSH. MeSH er en terminologibase, som er med på å gjøre det enklere å gjøre søk av god kvalitet (Helsebiblioteket, 2022).

Videre gjennomførte jeg søk i relevante databaser. Databasene som ble anvendt for å gjennomføre systematiske søk er CINAHL og MEDLINE Ovid. CINAHL er en database som inneholder sykepleiefaglig litteratur. MEDLINE Ovid er en database innenfor medisinsk forskning. Søkene jeg har utført blir vist i tabellene nedenfor. En fagfelleverdert

forskningsartikkel fra tidsskriftet Sykepleien blir også benyttet i denne litteraturstudien. Artikkelen ble funnet gjennom et manuelt søk via tidsskriftets nettside.

Systematisk søk: 02/02/23

Database: Medline Ovid

Søk	Søkeord	Avgrensning	Resultat
S1	Relatives		66,274
S2	Family		83,942
S3	Next of kin		1720
S4	Spouse		23,850
S5	Family members		85,323
S6	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5		235,094
S7	Palliative cancer patients		157
S8	Cancer patients		219,377
S9	S7 OR S8		219,377
S10	Communication		98,056
S11	Take care of		4112
S12	Palliative care		62,051
S13	Nursing intervention		5097
S14	S11 OR S12 OR S13		167,189
S15	Relation		535,291
S16	Support		1,387,490
S17	S15 OR S16		1,889,184
S18	S6 AND S9 AND S14 AND S17	Publikasjonsdato: siste 10 årene	287

Ved søk nr.18 ble artikkel nr.10 “You can’t say, ‘what about me?’ I’m not the one with cancer” valgt (Foster, Myall, Scott, Sayers, Brindle, Cotterell, Hall, Hopkinson, Payne & Robinson, 2015).

Systematisk søk: 03/02/23

Database: CINAHL

Søk	Søkeord	Avgrensning	Resultat
S1	Relatives		18,201
S2	Family		46,474
S3	Family members		29,022
S4	Next of kin		855
S5	Spouse		12,378
S6	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5		93,426
S7	Cancer patients		47,795
S8	Palliative cancer patients		130
S9	S7 OR S8		47,852
S10	Communication		92,296
S11	Take care of		2482
S12	Palliative care		41,693
S13	Nursing interventions		9834
S14	S10 OR S11 OR S12 OR S13		143,137
S15	Relation		112,866
S16	Support		505,375
S17	S15 OR S16		604,550
S18	S6 AND S9 AND S14 AND S17	Publikasjonsdato: siste 10 årene	179

Etter søk nr.18 ble artikkel nr.87 valgt "The role of next of kins of patients with cancer: learning to navigate unpredictable caregiving situations" (Blindheim, K., Thorsnes, S., Brataas, H., & Dahl, B., 2012).

Systematisk søk: 22/02/23

Database: CINAHL

Søk	Søkeord	Avgrensning	Resultat
S1	Palliative care		51,216
S2	Palliation		31,289
S3	Terminal care		19,924
S4	End of life care		49,684
S5	Home health nursing		7,606
S6	Home nursing professional		1,835
S7	Home care nursing		395
S8	Community health nursing		28,701
S9	Cancer		522, 913
S10	Neoplasms		92,494
S11	Next of kin		855
S12	Relatives		18,265
S13	Family		46,547
S14	Spouse		12,404
S15	Family members		29,138
S16	S1 OR S2 OR S3 OR S4		73,284
S17	S5 OR S6 OR S7 OR S8		36,045
S18	S9 OR S10		534,155
S19	S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15		93,672
S20	S16 AND S17 AND S18 AND S19	Publikasjonsdato: siste 10 årene	14

Etter søk nr.21 ble 2 artikler valgt (nr. 1 og 7). Artikkel 1: *“Bereaved family members’ perspectives on suffering among older rural cancer patients in palliative home nursing care: A qualitative study”* (Devik, S. A, Hellzen, O. & Enmarker, I., 2016). Artikkel 7: *“Rural palliative care to support dying at home can be realised; experiences of family members and nurses with a new model of care”* (Spelten, E., Timmis, J., Heald, S. & Duijts, S., 2019).

Etter å ha utført systematisk søk, var det fem artikler som var aktuelle. Forskningsartiklene har blitt satt opp i en litteratormatrise (vedlegg 3), her noteres viktig informasjon fra hver artikkel (Thidemann, 2020, s.95). Metoden forskningsartiklene benyttet var kvalitativ metode, som vil si at det blir lagt mer vekt på menneskets følelser, meninger og opplevelser. Jeg har ikke utelukket kvantitativ metode, men fant ingen artikler med denne metoden som jeg anså som relevante for denne oppgaven.

4. Resultat

I dette kapitlet skal funnene etter litteratursøket presenteres. De fire forskningsartiklene vil bli presentert hver for seg, før jeg til slutt kort skal analysere funnene.

4.1 Presentasjon av forskningsartiklene

4.1.1 «Bereaved family members' perspectives on suffering among older rural cancer patients in palliative home nursing care: A qualitative study

Hensikt: Målet med studien var å kartlegge etterlatte familiemedlemmers oppfatning, av den palliative behandlingen hjemmesykepleien gir på landsbygda.

Metode: Kvalitative semi-strukturerte intervju ble benyttet. Det var 10 familiemedlemmer i Norge som deltok.

Resultat: De etterlatte familiemedlemmene i denne studien opplevde lidelse i sammenheng med sykdommen, til omsorg og til livet til sine syke slektninger i løpet av deres siste fase i livet. Resultatene peker på at det er behov for å gjennomgå, og utvide perspektivet på hva som skal motivere omsorg. Sykepleie og palliativ omsorg ble veldig sykdom – og symptomfokuseret, og tok oppmerksomheten bort fra sosiale og kulturelle element som kunne føre til trivsel når helbredelse ikke er målet.

Konklusjon: De etterlatte familiemedlemmene i studien opplevde lidelse knyttet til sykdommen, til omsorg og livet med sine syke slektninger i siste fase av livet. Sykepleie i denne konteksten har fortsatt forbedringspotensialet, når det kommer til kvaliteten på omsorgen og for å unngå unødvendig lidelse. Funnene i studien argumenterer for at sykepleiere i denne sammenhengen må søke pasientens og pårørendes personlige opplevelse av trivsel så vel som forstyrrelser.

4.1.2 “Rural palliative care to support dying at home can be realised; experiences of family members and nurses with a new model of care”

Bakgrunn: 60%-70% av befolkningen ønsker å dø hjemme, men det er kun 14% som gjør dette. Familiene på landsbygda føler at de har for lite støtte og ressurser rundt seg, til at de kan oppfylle dette ønske for sine kjære.

Hensikt: Målet med denne studien er å få frem erfaringene til pårørende og sykepleiere med utvidet palliativ omsorg på landsbygda, for å støtte døende hjemme.

Metode: Semi – strukturerte intervju med pårørende og sykepleiere ble benyttet. 10 pårørende og fire sykepleiere ble intervjuet.

Resultat: Alle pasientene i dette prosjektet døde hjemme. Pårørende var tilfreds med den utvidede palliative omsorgen. Familien la vekt på at dette var med på å øke deres kompetanse rundt døden, og hadde en positiv virkning på hvordan tiden ble etterpå. Sykepleierne var også positive, men de hadde et behov for å reflektere rundt hvor tungt det er følelsesmessig med en slik jobb.

Konklusjon: Det å kunne dø hjemme på landsbygda kan bli realisert. Studien har trukket frem positive sider av palliativ omsorg i hjemmet, men på samme tid har den også formidlet bekymringer sykepleierne bærer på. Helsepersonell og lokalsamfunnet trenger en innføring i hvordan ha samtaler om omsorg ved livets slutt.

4.1.3 “You can’t say, ‘what about me?’ I’m not the one with cancer”: Information and support needs of relatives

Bakgrunn: Usikkerhet som pasienter og deres familier står overfor kan være relatert til prognose, behandling, fysiske endringer, planer for fremtiden, økonomi og skifte av roller. Det kan også være usikkerhet rundt grenser og normer for kommunikasjon. Pårørende ønsker heller ikke å avsløre bekymringene sine, eller søke hjelp da dette kan forringe pasientens behov.

Hensikt: Studiens hensikt er å utforske pårørendes erfaringer med å snakke om kreft i familien, og å avdekke deres behov for informasjon og støttebehov.

Metode: Det ble brukt et dybdeintervju med pårørende og partnere til pasienten som metode.

Resultat: Samtaler om kreft ble generelt sett på som gunstig, men pårørende stod overfor dilemmaer som hindret informasjonsutvekslingen. Deltakerne utviklet strategier for å håndtere utfordringene, for å oppfylle deres behov for støtte og informasjon. Å snakke om kreft er viktig for at pårørende kan støtte pasientens preferanser for omsorg, håndtere praktiske krav og komme over vanskelige problemstillinger.

Konklusjon: Det var ikke alltid de pårørende hadde lyst på all informasjon angående pasientens sykdom. Derfor er det viktig å tilpasse informasjonen til det enkelte menneske. Å tilby ulike former for støtte direkte til pårørende vil være med på å forbedre pasientbehandlingen.

4.1.4 The role of next of kin of patients with cancer: learning to navigate unpredictable caregiving situations

Bakgrunn: Bedre behandling har gjort at kreftpasienter lever lengre. Behandlingen blir gitt poliklinisk eller hjemme. Pårørende vil ofte få den ukjente og krevende rollen som omsorgsgiver.

Hensikt: Hensikten med studien er å få kunnskap om pårørendes erfaringer med omsorg for pasienter med en alvorlig kreftsykdom.

Metode: Fokusgruppeintervjuer ble gjennomført. Utvalget bestod av 16 voksne som var pårørende til pasienter med en kreftsykdom.

Resultat: Rollen som pårørende er utfordrende. Det er viktig for dem å være i nærheten og ta seg av den syke. Hvordan de pårørende aksepterer situasjonen spiller en stor rolle for

deres evne til å se fremover. Uforutsigbarhet i situasjonen fører med seg stress og påvirker det daglige.

Konklusjon: Å gi pårørende støtte, kunnskap og veiledning er viktig, slik at vi kan hjelpe dem til å forstå og mestre situasjonen. Det kan også bidra til å redusere belastningen de opplever i omsorgsrollen.

4.1.5 Individuell plan i palliativ fase – en hjelp til mestring for pårørende

Bakgrunn: Pasienter i livets slutfase, har ofte et ønske om å være hjemme. Det kan i noen tilfeller være avgjørende hvordan de pårørende mestrer denne situasjonen. En individuell plan kan bidra til å sikre tverrfaglig samhandling med pasienter og pårørende i et pasientforløp.

Hensikt: Hensikten med studien var å utforske hvordan individuell plan i en palliativ fase, kan bidra til mestring hos pårørende.

Metode: Dette er en kvalitativ studie, hvor data ble samlet inn via flerstegfokusgrupper med 12 voksne etterlatte.

Resultat: Intervjuobjektene beskrev en krevende hverdag i konstant beredskap. Den individuelle planen var en god støtte for de pårørende. Innholdet og prosessen fremhevet ressurser og struktur, det skapte også mening og sammenheng. Planen førte til en følelse av håp, og de pårørende ble en ressurs i samarbeidet rundt pasienten.

Konklusjon: Det å ha en individuell plan for omsorg i livets slutfase kan bidra til mestring hos de pårørende. Desto tidligere individuell plan, personsentrerte relasjoner og samhandling kan styrke brukermedvirkning og samarbeid med pårørende. Belastningen på de pårørende kan reduseres dersom viktige spørsmål om behandling og fremtid blir avklart. Ved å legge til rette for mestring hos de pårørende, legger også helsetjenesten til rette for en bedre avslutning på livet.

4.2 Analyse av relevante funn

I forskningsartiklene blir det lagt vekt på situasjonen til de pårørende i hjemmet. Ifølge Blindheim, et al., (2012), er det betydningsfullt at helsepersonell møter de pårørende, og oppretter en kontakt. Det blir dermed en lavere terskel for å ta kontakt dersom det er noe de trenger hjelp og veiledning med. I studien til Spelten, et al., (2019) kommer det frem at de pårørende opplevde det som betryggende, å ha muligheten til å ta kontakt med en sykepleier 24 timer i døgnet. I noen tilfeller etablerte sykepleieren en god relasjon til både pasienten og familien. De pårørende fremhevet at disse sykepleierne var tilgjengelige, fleksible og viste menneskelige kvaliteter (Devik, et al., 2016).

Støtte til de pårørende er noe som bør bli tilbudt jevnlig, særlig om pasienten velger å holde kreftdiagnosen skjult for utenforstående. Dersom de blir tilbudt støtte er det bare for de pårørende å godta eller avslå, det kan ofte være vanskelig for dem å ta initiativet selv (Foster et al, 2015). Om pårørende kjenner på en følelse av manglende støtte fra helsepersonell, kan dette resultere i at de opplever å miste kontrollen. Pårørende har behov for at helsepersonell støtter, informerer og veileder dem, slik at de enklere kan mestre den utfordrende situasjonen (Blindheim et al, 2012). I studien til Lunde (2017), viser det at en individuell plan er et godt hjelpemiddel for de pårørende. Det bidrar også til at de pårørende kan kjenne på mestring over situasjonen. En individuell plan besvarer viktige spørsmål om behandlingen og fremtiden.

5. Drøfting

I dette kapittelet vil jeg ta for meg teori, forskning og egne erfaringer, og diskutere dette opp mot problemstillingen:

«Hvordan kan sykepleieren legge til rette for god ivaretagelse av pårørende til den palliative kreft pasienten i hjemmet?»

5.1 Kommunikasjon og relasjon mellom pårørende til den palliative kreft pasienten og sykepleieren

Pårørende har behov for kunnskap, støtte og veiledning for å lettere kunne forstå situasjonen, håndtere stresset og redusere belastningen (Blindheim et al., 2012). Ifølge pasient – og brukerrettighetsloven §3-3 (1999) kan informasjon bli gitt til pasientens nærmeste pårørende, dersom pasienten samtykker til det. Informasjonen som blir gitt skal også være tilpasset enkeltmenneskets forutsetninger, dette baserer seg på alder, modenhet, erfaring og kulturelle forhold (Pasient – og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5). Det er ikke alltid pårørende og pasienten får tilfredsstillende informasjon, dette kan komme av at helsepersonell har dårlig tid, rutiner og mangel på kompetanse. Dersom de får informasjon om behandling, hvilke bivirkninger den har og naturlige dødsprosesser vil dette bidra til å redusere angst og legge til rette for at de valgene som blir tatt er veloverveide (Helsedirektoratet, 2013, s.17).

Noen pårørende velger å ikke ha kjennskap til hvor alvorlig situasjonen er, men heller leve som før å ta en dag om gangen. På den andre siden er det også pårørende som velger å informere de rundt seg med en gang. Grunnen til at ikke alle ønsker å vite, kan handle om at de vil skåne andre familiemedlemmer, redsel for døden eller frykten for å miste håpet og kraften til å leve videre (Bøckmann & Kjellevold, 2021, s.174). Sett i lys av forskning kan det være til fordel for pårørende å snakke med utenforstående, som er mindre følelsesmessig involvert. Det viste seg også å være lettere for de pårørende å snakke om kreftsykdommen, dersom pasienten var åpen om det selv (Foster, et al., 2015). Bøckmann og Kjellevold (2021, s.174), forteller videre at dersom pasienten ikke ønsker å vite, kan pårørende oppleve å få det vanskelig i fremtiden da de ikke fikk snakket om atskillelsen. Ifølge §10 i

helsepersonelloven (1999), står det at helsepersonell som utøver helsehjelp skal gi informasjon til den/de som har krav på det. Her kan det oppstå et etisk dilemma siden helsepersonell skal gi nødvendig informasjon, men pasienten ønsker ikke å motta denne informasjonen.

For å kunne etablere en god dialog mellom pårørende og helsepersonell, må helsepersonell ta kontakt med pårørende på et tidlig stadium og etablere en gjensidig og tillitsfull relasjon (Bøckmann & Kjellevold, 2021, s.66). Sett i lys av sykepleieteorien til Travelbee, er menneske-til-menneske-forholdet en gjensidig prosess. Begge partene opplever og responderer på den andre som et individ (Travelbee, 1999, s.178). I studien til Devik, et al., (2016), fremhever de pårørende de sykepleiere som viste at de var tilgjengelige, fleksible og brukte menneskelige egenskaper i arbeidet sitt. Om sykepleieren skal kunne danne et hjelpende forhold til den syke og deres pårørende, må hen engasjere seg følelsesmessig (Travelbee, 1999, s.205). Sykepleieren må også huske at for hver gang hen hjelper de pårørende ved å støtte og oppmuntre dem, snakke med dem og viser omsorg hjelper hun også pasienten som er syk (Travelbee, 1999, s.260).

I forskningen til Foster, et al., (2015) blir det lagt frem at konflikter i familien, kunne ha en innvirkning på hvordan familien kommuniserte med hverandre. Det kan være vanskelig for familiemedlemmer å kommunisere med hverandre, da de ønsker at den siste tiden med sin kjære skal være så god som mulig. Konflikter i familien er ikke bare ubehagelig for den som er involvert, men også for sykepleieren som kan ønske å skape en enighet når livet går mot slutten. Det er ikke alltid ønskelig eller mulig med en enighet for de som er involverte. Sykepleieren kan legge til rette for å lytte aktivt til pasientens eller pårørendes historie uten å ta parti i en mulig konflikt. I stedet for å komme med forslag for å løse konflikten, kan sykepleieren hjelpe pasienten og pårørende til å godta situasjonen som den er (Grov & Wiig, 2022, s.205).

5.2 Pårørendes behov i den palliative fasen

Forskning fremhever hvor viktig det er med individuelt tilpasset informasjon, og tilby støtte til pårørende uten oppfordring. Det å tilby støtte til pårørende kan bidra til å bedre pasientbehandlingen og øke følelsesmessig velvære (Foster et al., 2014). Basert på egne erfaringer, har jeg observert en positiv effekt ved å gjennomføre enkle tiltak for å støtte de pårørende. Disse enkle tiltakene innebærer å tilby dem mat og drikke, avlaste dem, gi dem tilstrekkelig informasjon og å legge til rette for at de kan være nær pasienten i den palliative fasen.

Helsedirektoratet (2018) har utarbeidet en veileder for de pårørende, som kan bidra til at behovet deres for støtte, opplæring og veiledning blir oppfylt. Sykepleieren må være tilgjengelig for samtaler sammen både pasient og pårørende, og for egne samtaler med bare de pårørende (Helsedirektoratet, 2018). De pårørende kan ofte spørre etter spesifikke råd og opplæring om hvordan de kan bidra til å ivareta pasienten. I noen situasjoner kan det derfor være aktuelt å gi dem undervisning i kommunikasjonsferdigheter og problemløsning, hvor målet er at familien som helhet endrer atferd (Bøckmann & Kjellevold, 2021, s.43). Sett i lys av forskning følte de pårørende seg usynlige for helsepersonell, da helsepersonellet ikke hadde tid til å spørre hvordan de hadde det (Blindheim et al., 2012). Ifølge pårørendeveilederen skal familien oppleve å få omsorg og praktisk støtte fra helsepersonell. I den palliative fasen bør også pårørende kunne ta kontakt på telefon døgnet rundt (Helsedirektoratet, 2018).

Som nevnt i teoridelen er det noen pårørende som kan ha behov for avlastning. I kartleggingssamtalen med de pårørende, bør de få informasjon om muligheten til å søke avlastningstilbud og nødvendig pårørendestøtte (Helsedirektoratet, 2018). Avlastningstiltak er et tilbud til pårørende og personer som opplever tungt omsorgsarbeid (Birkeland & Flovik, 2020, s.85). Dersom de pårørende kjenner på et behov for avlastning, kan tildelingskontoret i kommunen være behjelpelige med dette (Helse Norge, 2021). I studien til Blindheim, et al., (2012) beskrev de pårørende verdien av å akseptere hjelp fra familie, venner og bekjente. Ved å bli avlastet i en time, kunne dette bidra til å gi deltakerne i studien mer krefter til å ta vare på den syke.

I henhold til egne erfaringer fra praksis har jeg observert bruk av primærkontakt. En primærkontakt har som hensikt å tilrettelegge for trygghet for både pasienten og pårørende. Primærkontakten skal sørge for at hverdagen er preget av kontinuitet og forutsigbarhet. Det er særlig i kommunehelsetjenesten at det er et system for primærkontakter (Meld. St. 15 (2017-2018), s.154).

I forskningen til Spelten, et al., (2019), kommer det frem at sykepleierne utøvde personsentrert omsorg til både pasienten og pårørende. Alle familiene som deltok i denne studien, følte at sykepleieren var der like mye for pasienten som for de pårørende. De etablerte dermed tillit til dem tidlig. Som nevnt i teori kapittelet er omsorgen til den palliative pasienten, også omsorg for de pårørende. Dette handler om at pårørendes evne til å mestre egen sorg, har en betydning dersom de skal kunne støtte pasienten (Birkeland & Flovik, 2020, s.189).

5.3 Behovet for å snakke med noen i samme situasjon; Støttegrupper for pårørende til den palliative kreftpasienten

Sykepleierne bør informere om ulike støtteprogrammer for pårørende i en lignende situasjon. Det å kunne snakke med noen som har samme erfaring, gjør at de ikke føler seg helt alene. Støttegrupper bidrar også til å redusere isolasjon og de pårørende kan dele ulike mestringsstrategier (Foster et al., 2014). Kreftforeningen har «Vardesenter» rundt omkring i landet. Her legges det til rette for at både pasient og pårørende får snakket med en likeperson. En likeperson er et menneske med egne opplevelser med kreft som pårørende eller kreftsyk, de har også skrevet under på en taushetsplikt. Likepersonen kan ved hjelp av sine erfaringer gi støtte, og lytte i en tung livssituasjon (Kreftforeningen, 2023).

I forskningen til Blindheim, et al., (2012), kommer det også frem at de pårørende hadde muligheten til å møte andre i lignende situasjon. På den andre siden ville progresjon av kreftsykdommen og død hos pasienten, føre til at dette ble korte relasjoner. Det var også vanskelig for dem å ha denne typen relasjoner, da de følte på tapet av de andre pasientene,

noe som fikk dem til å tenke på usikkerheten i deres egen situasjon. Foster, et al., (2014) legger også frem at de pårørende kunne oppleve støttegrupper som noe negativt, da det virket deprimerende for dem. En av deltakerne på studien ble også frarådet å gå i støttegrupper på grunnlag av risikoen for sammenligning.

5.4 Palliasjon i hjemmet

Sett i lys av forskning var det betryggende for de pårørende å ha sykepleiere tilgjengelig 24 timer i døgnet. Dette gjorde også at det var mulig å ha pasienten hjemme fremfor på institusjon (Spelten, et al., 2019). Som nevnt i teoridelen er det en forutsetning at pårørende og pasienten må kunne stole på at de har tilgang på helse – og omsorgstjenester, medisinsk-teknisk utstyr og hjelpemidler. Involvering og god samhandling mellom hjemmesykepleien og pårørende er viktig (Birkeland & Flovik, 2020, s.186). I pårørendeveilederen utarbeidet av Helsedirektoratet (2018) står det at pårørende skal delta i planleggingen, når den alvorlig syke ønsker å dø hjemme. Tema som kan være aktuelle å ta opp er ønsker og forventinger til omsorgen for den døende, tilrettelegging, støtte, avlastning, nødvendige hjelpemidler, samarbeid med ulike hjelpeinstanser og økonomiske rettigheter (Helsedirektoratet, 2018).

Det å ha en individuell plan kan bidra til å gi pårørende mestring. Belastningen på de pårørende kan reduseres, om viktige spørsmål knyttet til behandling bli avklart på forhånd. Å involvere både pasienten og pårørende i avgjørelser som omhandler fremtiden, kan bidra til mestring av situasjonen (Lunde, 2017). Som nevnt i teoridelen handler mestring om evnen et menneske har til å beherske, holde ut med og redusere indre eller ytre påkjenninger og følgene av påkjenningene (Eide & Eide, 2019, s.48). Videre i teoridelen kommer det også frem flere tiltak som kan bidra til å fremme mestring, dette innebærer aktiv innhenting av informasjon, sosial støtte og å ha et bevisst forhold til situasjonen (Bøckmann & Kjellevold, 2021, s.162). Kristoffersen, et al (2016, s.267), understreker også viktigheten av tiltakene nevnt ovenfor, samtidig som de vektlegger at pårørende har behov for kunnskap rundt sykdommen, sykdommens prognose, hvordan sykdommen påvirker den syke og forventninger de måtte ha.

Høvik, et al., (2017) legger frem at de pårørende ofte kan være «skjulte pasienter». Dette handler i stor grad om at de er utsatt for å utvikle depresjon og angst, på grunn av en for stor

omsorgsbyrde. I studien til Devik, et al., (2016) fortalte de pårørende at de måtte bruke all sin tid de siste ukene på å ta vare på sitt alvorlig syke familiemedlem. Videre fortalte de også at det var naturlig og nødvendig å ivareta pasienten, da de pårørende i noen tilfeller hadde mistillit i forhold til helsehjelpen pasienten mottok i hjemmet og på sykehuset.

5.5 Tverrfaglig samarbeid

I studien til Lunde (2017), kommer det også frem at dialogen koordinator, behandlende lege og helsetjeneste har med både pasient og pårørende er grunnleggende for samhandlingen. Palliativ omsorg innebærer tverrfaglig samarbeid. Et godt tverrfaglig samarbeid kan sikre informasjonsoverføring, og koordinerte, målrettede tjenester (Lunde, 2017).

Palliativ omsorg er tverrfaglig, og det kan være behov for andre instanser eller fagpersoner som for eksempel fastlege, kreftkoordinator, sykehus, ergoterapeut, prest og psykolog (Birkeland & Flovik, 2020, s.188). Tillit og respekt for den andres kompetanse, kunnskap om de ulike tjenestene og felles problemforståelse kan legge til rette for et godt tverrfaglig samarbeid (Meld. St, 2019-2020, s.66). Grunnlaget for det tverrfaglige og tverretatlige samarbeidet er å avklare hva de ulike instansene kan bidra med (Birkeland & Flovik, 2020, s.191).

I forskningen til Blindheim, et al., (2012) kommer det frem at dårlig kommunikasjon mellom ulike instanser i helse – og omsorgstjenesten, førte til at pårørende måtte forsikre seg om at informasjonen kom frem. Når de ulike tjenestene ikke kommuniserer godt med hverandre forårsaker dette misforståelser, forsinkelser og diskontinuitet i tjenestetilbudet (Kvilhaugsvik & Husøy, 2017). Studien til Spelten, et al., (2019), understreker også at god kommunikasjon og støtte fra annet helsepersonell gjorde pasientbehandlingen mer effektiv.

6. Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven har vært å finne ut, hvordan sykepleieren kan ivareta pårørende til den palliative kreftpasienten i hjemmet. Etter å ha satt teori og forskning opp mot hverandre, har jeg kommet frem til en konklusjon.

Helsepersonell må ta initiativ til å opprette en dialog tidlig i sykdomsforløpet, og etablere en relasjon. Relasjonen bør være preget av tillit og respekt (Bøckmann & Kjellevoid, 2021, s.66). Ifølge Travelbee (1999) er menneske-til-menneske forholdet god egnet for å ivareta både pasienten og pårørendes behov. Pårørende har et behov for tilpasset informasjon, slik at de kan forstå situasjonen og delta i samtaler rundt sykdomsforløpet. Det viser seg også at det for noen pårørende kan være til hjelp å snakke med noen som befinner seg i samme situasjon. Støttegrupper for de pårørende bidrar også til å redusere isolasjon og ensomhet (Foster et al., 2014).

Pårørende har behov for støtte i den palliative fasen. Dette er noe helsepersonell bør tilby jevnlig, da det kan være enklere for de pårørende å ta imot støtten ved å takke ja eller nei. Basert på palliativ omsorg i hjemmet, kan det være noen pårørende som har behov for avlastning. Avlastningstiltak er spesielt egnet for de pårørende som har mer omfattende omsorgsoppgaver, dersom pårørende kjenner på behovet for avlastning kan tildelingskontoret i kommunen være behjelpelige med dette (Helse Norge, 2021).

For å kunne utarbeide et godt grunnlag for den palliative omsorgen krever det at flere yrkesgrupper og instanser samarbeider. Et viktig element i hverdagen til både pårørende og pasienten er kontinuitet og forutsigbarhet, en primærsykepleier kan derfor være et positivt tiltak. Dette er særlig utbredt i kommunehelsetjenesten (Meld. St. 15 (2017-2018), s.154).

For å oppnå god palliativ omsorg i hjemmet bør pårørende være en del av planleggingen, når den som er alvorlig syk ønsker å dø hjemme. Da kan det være aktuelt å ta opp tema angående døden, avlastning, nødvendige hjelpemidler og hjelp fra ulike instanser (Helsedirektoratet, 2018). En individuell plan kan være med på å gi de pårørende økt mestring over situasjonen. Belastningen på de pårørende kan også reduseres, da viktige spørsmål om livets slutt ble avklart på forhånd (Lunde, 2017).

Palliativ behandling i hjemmet kan være en utfordring på både godt og vondt for pårørende og pasienten. Med god nok hjelp og tilrettelegging fra både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, er det mulig for den palliative kreftpasienten å dø hjemme sammen med sine pårørende. Å ivareta pårørende er en viktig del når det gjelder den helhetlige omsorgen for pasienten. Pårørende er de som skal leve videre, og det er derfor viktig at vi som sykepleiere ivaretar dem, og legger til rette for mestring hos de pårørende i denne vanskelige livssituasjonen. Sykepleieren kan være med på å bidra til at opplevelsen av palliativ behandling i hjemmet blir så god som mulig.

7. Referanseliste

Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2019). Svulster. I S. Ørn & E. B. Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s.128). Gyldendal.

Bjørn Eidsvåg. (1983). Eg ser. På Passe gal. Cantando Musikkforlag.

Blindheim, K., Thorsnes, S. L., Brataas, H. V., & Dahl, B. M. (2013). The role of next of kin of patients with cancer: learning to navigate unpredictable caregiving situations. *Journal of Clinical Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.), 22(5-6), 681-689. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/j.1365-2702.2012.04349.x>

Brataas, H., Evensen, E. A & Ingstad, K. (Red.). (2010). *Pedagogisk praksis i sykepleie*. Gyldendal.

Bøckmann, K., Kjellevoid, A., & Bendixen, A. (2021). *Pårørende i helse – og omsorgstjenesten: en klinisk og juridisk innføring*. (3.utg). Fagbokforlaget.

Dalland, O. (2022). *Metode og oppgaveskriving*. (7.utg). Gyldendal.

Devik, S. A., Hellzen, O., & Enmarker, I. (2017). «Bereaved family members' perspective on suffering among older rural cancer patients in palliative home nursing care: A qualitative study». *European journal of cancer care*, 2017. (26). <https://doi.org/10.1111/ecc.12609>

Eide, H. & Eide, T. (2019). *Kommunikasjon i relasjoner*. (3.utg). Gyldendal.

Folkehelseinstituttet (2014). Kreft i Norge. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kreft/>

Foster, C., Myall, M., Scott., Sayers, M., Brindle, L., Cotterell, P., Addington-Hall, J., Hopkinson, J., Payne, S., & Robinson, J. (2015). "You can't say, 'what about me?' I'm

not the one with cancer”: Information and support needs of relatives. *Psycho-Oncology* 24 (6), 705-711. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1002/pon.3716>

Grov, K. E & Wiig, S. H. (2022). Kommunikasjon med pasienter i palliativ livsfase. I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s.196). Gyldendal.

Helsebiblioteket (2021). Kunnskapsbasert praksis, spørsmålsformulering. https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no?fbclid=IwAR0KUv_hnyS37yVdai7xBU5L8db1ijSkjWDUjdZe9BlfutA7AiDMWLxSt6A#2sporsmalsformulering

Helsebiblioteket (2022). Medisinske og helsefaglige termer/MeSH på norsk og engelsk. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/legemidler/legemiddelaktuelt/medisinske-og-helsefaglige-termer-mesh-pa-norsk-og-engelsk>

Helsedirektoratet (2018). Pårørendeveileder. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parendeveileder/involvere-parende-i-utredning-behandling-og-oppfolging-av-pasient-eller-bruker/dialog-med-parende#legg-til-rette-for-forutsigbar-dialog-med-parende>

Helsedirektoratet (2013). Beslutningsprosesser ved begrensnig av livsforlengende behandling. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling/norsk-versjon>

Helsedirektoratet (2021). Nasjonal pårørendeundersøkelse. https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/nasjonal-parendeundersokelse/Nasjonal%20parorendeundersokelse%20Opinion%202021%20for%20Helsedirektoratet.pdf/_/attachment/inline/ca29af90-f139-4585-9a5c-7bc48ad01012:28916a0d5971aa8e75391571c0c8017b58defde2/Nasjonal%20parorendeundersokelse%20Opinion%202021%20for%20Helsedirektoratet.pdf

Helse Norge. (2021). Gode råd til deg som er pårørende.

<https://www.helsenorge.no/parende/rad/>

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

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Heyn, G. L (2022). *Klinisk kommunikasjon i sykepleie*. Gyldendal.

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

Høvik, M., Kienlin, S. & Berg, V. G. (2017). Palliative forhold kan gjøres bedre.

<https://sykepleien.no/forskning/2017/08/palliative-forlop-kan-gjores-bedre>

Kreftforeningen (2022). Hjemmedød. <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/doden/hjemmedod/>

Kreftforeningen (2023). Pårørendes samarbeid med helsepersonell.

<https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/til-parende-og-etterlatte/parendes-samarbeid-med-helsepersonell/>

Kreftforeningen (2023). Kreft i Norge. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreft-i-norge/>

Kreftforeningen (2023). Snakk med en likeperson.

<https://kreftforeningen.no/vardesenteret/tilbud/snakk-med-en-likeperson/>

Kristoffersen, J. N., Skaug, A. E., Steindal, A. S. & Grimsbø, H. G. (2021).

Grunnleggende sykepleie 1. Gyldendal.

Kristoffersen, J. N., Nortvedt, F., Skaug, A. E. & Grimsbø, H. G. (2016). *Grunnleggende sykepleie 3*. Gyldendal.

Kvilhaugsvik, B., & Husøy, G. (2017). Må samarbeide mer på tvers.
<https://sykepleien.no/forskning/2017/02/ma-samarbeide-mer-pa-tvers>

Lunde, S. A. E. (2017). Individuell plan i palliativ fase- ei hjelp til meistring for pårørende. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/forskning/2017/10/individuell-plan-i-palliativ-fase-ei-hjelp-til-meistring-parorande>

Meld. St. 15 (2017-2018). Leve hele livet. Helse – og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/?ch=8>

Meld. St. 24 (2019-2020). Lindrende behandling og omsorg. Helse – og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20192020/id2700942/>

NHI (2021). Kreft. <https://nhi.no/kroppen-var/sykdomsprosesser/kreft/>

NOU 2017: 16. (2017). *På liv og død – palliasjon til alvorlig syke og døende*. Helse – og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548/?ch=12>

Norsk Sykepleierforbund. (2023). Yrkesetiske retningslinjer.
<https://www.nsf.no/group/725/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient – og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient – og brukerrettigheter. (LOV- 1999 -07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/N'L/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_1#§1-3

Røkenes H. O. & Hanssen, H. P. (2012) *Bære eller breste: kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. (3.utg). Fagbokforlaget.

Spelten, E., Timmis, J., Heald, S., & Duijts, S.F.A. (2019). “Rural palliative care to support dying at home can be realised; experiences of family members and nurses with a new model of care”. *The Australian journal of Rural health*, 2019 (27). <https://doi.org/10.1111/ ajr.12518>

Solheim, M. & Aarheim, K. A. (red). (2006). *Kan eg komme inn?: verdier og val i heimesjukepleie*. (2.utg.). Gyldendal akademisk.

Thidemann, I. J. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal.

8. Vedlegg

Vedlegg 1: PICO-skjema

P – populasjon	I – intervensjon	C – sammenligning	O - Utfall
Palliative care Palliation Terminal care End of life care	Home health nursing Community nursing Home nursing Communication Take care of Nursing interventions Relation Support	Cancer Neoplasms	Next of kin Family Family members Spouse Relatives Extended family

Vedlegg 2: Sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie

Kritisk vurdering av: «Bereaved family members' perspective on suffering among older rural cancer patients in palliative home nursing care: A qualitative study».

Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?

Hvorfor ville de finne svar på det?

Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

Forskerne ville finne svar på familiens oppfatning av den palliative omsorgen i hjemmet, blant de som bor på landsbygdene. De ønsket å finne ut av dette siden det har blitt gjort lite forskning på hvordan palliativ sykepleie blir utført i hjemmene på landsbygda.

Problemstillingen er relevant for min oppgave.

Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Studien har som hensikt å få subjektive opplevelser og refleksjoner.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Valg av forskningsdesign er begrunnet i metode delen i forskningsartikkelen. Forfatterne har heller ikke hatt konflikter seg imellom.

Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

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

Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?

Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?

Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?

Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?

Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

De som har blitt valgt ut er etterlatte familiemedlemmer, til pasienter som har fått palliativ omsorg i hjemmet. Alle deltakerne har levert inn underskrifter på at de ønsker å delta på studien. Deltakerne er mellom 45-61 år.

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

Ja – Nei – Uklart

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

Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?

Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?

Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?

Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?

Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?

Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

Det ble utført semistrukturerte intervju. Denne metoden for å samle inn data benyttet forskerne for å få frem alle hovedpunktene i alle aspektene av lidelse i henhold til Katie Erikssons teori. Svarene fra deltakerne ble skrevet ned, og oversatt fra norsk til engelsk.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:

utforming av problemstilling

datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting

analyse og hvilke funn som presenteres

På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

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 for eksempel 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?

Kommentar:

De som deltok på denne studien, ble informert om hvordan forskerne gikk frem for å samle data. De viste intervjuguiden til de etterlatte på forhånd, slik at de hadde tid til å forberede seg. Studien ble forelagt NSD som er en norsk forelagt etisk komite.

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

Ja – Nei – Uklart

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

Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?

Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?

Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?

Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

En rettet kvalitativ innholdsanalyse ble brukt for å analysere dataene. Forskningsartikkelen viser også til de ulike trinnene som har blitt benyttet i forhold til denne metoden.

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

Ja – Nei – Uklart

Kritisk vurdering av: “Rural palliative care to support dying at home can be realised; experiences of family members and nurses with a new model of care”.

Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Studien har som hensikt å få frem opplevelsene til de pårørende og sykepleierne rundt palliativ omsorg i hjemmet.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Semistrukturerte intervju er forskningsdesignet for denne studien.

Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter.

Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?

Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?

Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?

Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?

Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

17 pårørende ble intervjuet seks uker etter pasientens dødsfall. Fire sykepleiere ble også intervjuet i denne studien. Både muntlig og skriftlig samtykke ble gitt i forbindelse med studien.

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

Ja – Nei – Uklart

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

Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?

Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?

Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?

Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?

Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?

Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

Semistrukturerte intervju ble benyttet, hvor hovedtemaet var hvilke erfaringer deltakerne hadde med palliativ behandling i hjemmet.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:

utforming av problemstilling

datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting

analyse og hvilke funn som presenteres

På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:**Er etiske forhold vurdert?**

Ja – Nei – Uklart

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 for eksempel 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?

Kommentar:

Studien har blitt godkjent av «La Trobe Human Ethics Comitee».

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

Ja – Nei – Uklart

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

Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?

Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?

Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?

Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Det har blitt brukt en fenomenologisk analyse, hvor de har fokusert på pårørende og sykepleierens erfaringer rundt palliasjon i hjemmet.

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

Ja – Nei – Uklart

Kritisk vurdering av: “You can’t say, ‘what about me?’ I’m not the one with cancer’: information and support needs of relatives”

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Forskerne ønsket å finne svar på pårørendes opplevelser rundt å snakke om kreftsykdommen i familien. De ville også identifisere deres behov for informasjon og støtte. Problemstillingen er relevant for forskningsartikkelen.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Studien har som hensikt å belyse pårørendes opplevelser og erfaringer rundt kommunikasjon i familien og deres behov for støtte.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Valg av forskningsdesign er begrunnet, forfatterne har ikke hatt noe interessekonflikt.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

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

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

Kommentar:

Det har blitt gjort rede for hvilke deltagere som har blitt valgt ut. I denne forskningsartikkelen var pårørende over 18 år. Det var i utgangspunktet 20 pårørende til pasienter som fortsatt levde som skulle bli intervjuet, men de etterlatte familiemedlemmene viste også interesse for å delta på denne studien.

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

Ja – Nei – Uklart

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

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

Kommentar:

Det ble gjennomført intervju som skulle få frem pårørendes opplevelser rundt informasjonsdeling i familien, opplevelsen av å motta informasjon og støtte utenfor familien, om det var vanskelig å få tak i informasjon og støtte.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres

- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

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 for eksempel 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?

Kommentar:

Etiske forhold i forskningen er ivaretatt, og godkjent av «The University of Southampton».

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

Ja – Nei – Uklart

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

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

Kommentar:

En tematisk tilnærming ble brukt i analysen. Det er en sammenheng mellom innsamlede data og det forskerne har kommet frem til.

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

Ja – Nei – Uklart

Kritisk vurdering av: «Individuell plan i palliativ fase – ei hjelp til meistring for pårørende»

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Forskeren ville utforske hvordan individuell plan kunne bidra til meistring hos de pårørende. Dette ville de finne svaret på da flere pasienter ønsker å dø hjemme, og pårørende blir en sentral del av denne prosessen.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Studien tar utgangspunkt i etterlattes erfaringer og opplevelser, rundt individuell plan.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Valg av forskningsdesign er begrunnet i metode delen av studien, hvor det kommer frem at valget har landet på en fenomenologisk – hermeneutisk metode.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

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

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

Kommentar:

Deltagerne var voksne pårørende som hadde deltatt på utforming av en individuell plan i den palliative fasen. De pårørende var ektefeller, døtre og svigerdøtre. Deltagerne ble rekruttert av helsepersonell som hadde hatt kontakt med dem i en palliativ fase.

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

Ja – Nei – Uklart

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

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?

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

Kommentar:

Studien benyttet seg av en kvalitativ fenomenologisk – hermeneutisk tilnærming. Forskningsdesignet bestod av to flerstegsfokusgrupper. Datainnsamlingen skjedde i gruppeinteraksjoner mellom gruppe-medlemmer. En intervjuguide med åpne tema, basert på forskningsspørsmålene ble benyttet.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

I denne forskningsartikkelen forklarer forskeren styrker/svakheter med studien i metodedrøftingen.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

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 for eksempel 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?

Kommentar:

Studien er etisk godkjent av Norsk senter for forskningsdata.

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

Ja – Nei – Uklart

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

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

Kommentar:

Analysen som blir benyttet i denne oppgaven (fenomenologisk – hermeneutisk tilnærming), blir godt gjort rede for. Innsamlede data er presentert, og underbygger funnene.

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

Ja – Nei – Uklart

Vedlegg 3: Litteraturmatrise

Artikkel, Forfatter (e), årstall for publisering.	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat	Database
<p><i>“Bereaved family members’ perspectives on suffering among older rural cancer patients in palliative home nursing care: A qualitative study”</i></p> <p>Av S.A. Devik O. Hellzen I. Enmarker</p> <p>2016</p>	<p>Målet med studien var å kartlegge etterlatte familiemedlemmers oppfatning, av den palliative behandlingen hjemmesykepleien gir på landsbygda.</p>	<p>Kvalitative semi-strukturerte intervju ble benyttet. Det var 10 familiemedlemmer i Norge som deltok.</p>	<p>Det var 10 pårørende som deltok, fem var døtre, 3 koner, en søster og en svigerinne. Alderen til deltakerne var fra 45 til 61 år.</p>	<p>De etterlatte familiemedlemmene i denne studien opplevde lidelse i sammenheng med sykdommen, til omsorg og til livet til sine syke slektninger i løpet av deres siste fase i livet. Resultatene peker på at det er behov for å gjennomgå, og utvide perspektivet på hva som skal motivere omsorg. Sykepleie og palliativ omsorg ble veldig sykdom – og symptomfokuseret, og tok oppmerksomheten bort fra sosiale og kulturelle element som kunne føre til trivsel når helbredelse ikke er målet.</p>	CINAHL
<p><i>“Rural palliative care to support dying at home can be realised; experiences of family members and nurses with a new model of care”</i></p> <p>Av</p>	<p>Målet med denne studien er å få frem erfaringene til pårørende og sykepleiere med utvidet palliativ omsorg på landsbygda, for å</p>	<p>Semi – strukturerte intervju med pårørende og sykepleiere ble benyttet. 10 pårørende og fire sykepleiere ble intervjuet.</p>	<p>De 10 pårørende som deltok, var alle kvinner foruten om en mann. De var enten</p>	<p>Alle pasientene i dette prosjektet døde hjemme. Pårørende var tilfreds med den utvidede palliative omsorgen. Familien la vekt på at dette var med på å øke deres kompetanse rundt</p>	CINAHL

<p>Evelien Spelter Jenny Timmis Simone Heald Saskia F. A. Duijts</p> <p>2019</p>	<p>støtte døende hjemme.</p>		<p>ektefelle eller barn av den avdøde.</p>	<p>døden, og hadde en positiv virkning på hvordan tiden ble etterpå. Sykepleierne var også positive, men de hadde et behov for å reflektere rundt hvor tungt det er følelsesmessig med en slik jobb.</p>	
<p><i>“The role of next of kin of patients with cancer: learning to navigate unpredictable caregiving situations”</i></p> <p>Av Kari Blindheim Sigrid L Thorsnes Hildfrid V Brataas Berit M Dahl</p> <p>2012</p>	<p>Hensikten med studien er å få kunnskap rundt erfaringene til de pårørende, som utøver omsorgsoppgaver for pasienter med en alvorlig kreftdiagnose. Studien skal også være med på, å fremheve pårørendes opplevelser når det kommer til belastning, støtte og evnen til å mestre.</p>	<p>Det har blitt brukt en kvalitativ metode.</p>	<p>Det var 16 voksne pårørende, som deltok på studien.</p>	<p>Rollen som pårørende til en alvorlig syk kreftpasient er utfordrende. Det er viktig for de pårørende å være i nærheten av pasienten, og ta seg av dem. Pårørendes aksept ovenfor situasjonen, spiller en sentral rolle for deres evne til å håndtere situasjonen og å se fremover. Uforutsigbarheten kan føre med seg stress og påvirke de daglige rutineene.</p>	<p>MEDLINE</p>
<p><i>“You can’t say, “what about me?” I’m not the one with cancer’: information and support needs of relatives”</i></p> <p>Av Claire Foster Michelle Myall Isobel Scott Mary Sayers Lucy Brindle Phil Cotterell Julia Addington-Hall Jane Hopkinson Sheila Payne Judith Robinson</p>	<p>Hensikten med denne studien var å få innsikt i pårørendes opplevelser, når det kommer til å snakke om kreft innad i familien. Studien skal også avdekke deres behov for informasjon og støtte.</p>	<p>Det ble brukt kvalitativ metode.</p>	<p>Det var 22 pårørende som deltok i studien.</p>	<p>Samtaler om kreft ble sett på som nyttig, men pårørende stod ovenfor dilemmaer som kunne hemme informasjonsutveksling. De pårørende utviklet strategier for å håndtere utfordringene for å oppfylle deres behov for informasjon og støtte. Å snakke om kreft gjorde at de pårørende kunne støtte pasientens behov for omsorg, håndtere praktiske krav, og komme</p>	<p>MEDLINE</p>

				overens med vanskelige problemstillinger. Manglende informasjon påvirket omsorgen deltakerne kunne gi.	
<p><i>«Individuell plan i palliativ fase – ei hjelp til mestring for pårørende»</i></p> <p>Av Sølvi Anne Eide Lunde</p> <p>2017</p>	Hensikten med studien var å utforske hvordan individuell plan i en palliativ fase, kan bidra til mestring hos pårørende.	Dette er en kvalitativ studie, hvor data ble samlet inn via flerstegfokusgrupper med 12 voksne etterlatte.	De etterlatte var ektefeller, døtre og svigerdøtre.	Intervjuobjektene beskrev en krevende hverdag i konstant beredskap. Den individuelle planen var en god støtte for de pårørende. Innholdet og prosessen fremhevet ressurser og struktur, det skapte også mening og sammenheng. Planen førte til en følelse av håp, og de pårørende ble en ressurs i samarbeidet rundt pasienten.	Manuelt søk i Sykepleie