

# Trygghet for pårørende i hjemmet

Kandidatnummer: 610 & 620  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 8754  
Dato: 03.01.2023



**Lovisenberg**  
diakonale høgskole

«Det er bare ett sted som er et virkelig hjem.  
Og det er der hvor et menneske føler seg helt trygg».

- Peter Egge

|   |  |
|---|--|
| Sammendrag  | Lovisenberg diakonale høgskole<br>03.01.2023 |
| Trygghet for pårørende i hjemmet  |  |
| <p><u>Innledning:</u> Tema for denne oppgaven er trygghet hos pårørende til hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase. Mange kreftpasienter ønsker å dø hjemme, men kun et fåtall får gjennomført dette. En forutsetning for å ha pasienten hjemme i palliativ fase, er at pårørende føler seg trygge. Sykepleiere har mulighet til å skape trygghet for pårørende i en krevende situasjon. Denne oppgavens problemstilling er: <i>“Hvilke faktorer bidrar til trygghet hos pårørende til hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase?”</i>.</p> <p><u>Metode:</u> Denne oppgaven er en litteraturstudie. Det ble utført to strukturerte søk i Cinahl og PubMed. Ved hjelp av faglitteratur og fire inkluderte forskningsartikler fra litteratursøkene vil problemstillingen bli diskutert og besvart. Forskningsartiklene som benyttes anvender kvalitativ metode for å undersøke pårørendes opplevelser og erfaringer.</p> <p><u>Resultat:</u> Tilgjengelighet, avlastning fra omsorgsbyrde, informasjon, kommunikasjon, kompetanse og tillit ble trukket frem i forskningsartiklene som trygghetsskapende faktorer.</p> <p><u>Diskusjon:</u> Gjennom forskningsartikler og teoretisk kunnskapsgrunnlag kommer det frem ulike faktorer som bidrar til trygghet hos pårørende. Tilgjengelige sykepleiere bidro til trygghet hos pårørende ved å være der når det trengs. Å ha tilgang på kompetanse slik at pasientens symptomer og lidelser ble behandlet, gjorde at pårørende følte seg ivaretatt i en uvant situasjon. Det var viktig for pårørende å føle at de fikk hjelp når de hadde behov for det. Dersom omsorgsoppgavene ble for tunge, opplevde pårørende det som betryggende å bli avlastet av sykepleiere. Avlastning førte til at pårørende også kunne ivareta egen helse. God kommunikasjon og informasjon drøftes som viktige faktorer for trygghet. Sykepleiere bør ha gode kommunikasjonsferdigheter, og informasjonen som blir gitt bør være ærlig, balansert og forståelig. Tillit er også grunnleggende for å skape trygghet. Tillit skapes ved å bygge en relasjon, og ved kontinuitet i hvilke sykepleiere pårørende forholder seg til.</p> |  |

(Totalt antall ord: 284)

## **Innholdsfortegnelse**

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>Innledning .....</b>                                | <b>1</b>  |
| 1.1      | Bakgrunn for valg av tema.....                         | 1         |
| 1.2      | Sykepleiefaglig relevans.....                          | 1         |
| 1.3      | Hensikt og problemstilling .....                       | 2         |
| 1.4      | Avgrensning.....                                       | 2         |
| 1.5      | Begrepsavklaring .....                                 | 3         |
| <b>2</b> | <b>Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....</b>                | <b>4</b>  |
| 2.1      | Kreft .....  | 4         |
| 2.2      | Palliasjon.....  | 4         |
| 2.3      | Sykepleierens funksjon i hjemmesykepleien .....        | 5         |
| 2.4      | Pårørenderollen.....                                   | 6         |
| 2.5      | Trygghet som fenomen .....                             | 8         |
| 2.6      | Joyce Travelbee.....                                   | 8         |
| 2.7      | Etikk og juridiske rammer.....                         | 10        |
| <b>3</b> | <b>Metode .....</b>                                    | <b>11</b> |
| 3.1      | Litteraturstudie .....                                 | 11        |
| 3.2      | Søkeprosessen og utvelgelse av artikler .....          | 11        |
| 3.3      | Øvrig fag- og forskningslitteratur .....               | 15        |
| <b>4</b> | <b>Resultater .....</b>                                | <b>16</b> |
| 4.1      | Artikkelmatrise .....                                  | 16        |
| 4.2      | Syntese av resultatene.....                            | 17        |
| <b>5</b> | <b>Diskusjon.....</b>                                  | <b>18</b> |
| 5.1      | Resultatdiskusjon .....                                | 18        |
| 5.1.1    | Tilgjengelighet.....                                   | 18        |
| 5.1.2    | Avlastning fra omsorgsbyrde.....                       | 19        |
| 5.1.3    | Kommunikasjon.....                                     | 21        |
| 5.1.4    | Informasjon.....                                       | 22        |
| 5.1.5    | Kompetanse .....                                       | 23        |
| 5.1.6    | Tillit .....   | 24        |
| 5.2      | Metodediskusjon .....                                  | 25        |
| 5.2.1    | Litteraturstudie.....                                  | 25        |
| 5.2.2    | Litteratursøk.....                                     | 26        |
| 5.2.3    | Utselgelse av artikler.....                            | 27        |
| 5.2.4    | Styrker og svakheter ved de inkluderte artiklene ..... | 27        |
| <b>6</b> | <b>Konklusjon .....</b>                                | <b>29</b> |
| <b>7</b> | <b>Referanseliste .....</b>                            | <b>30</b> |
|          | <b>Vedlegg 1 .....</b>                                 | <b>35</b> |
|          | <b>Vedlegg 2 .....</b>                                 | <b>42</b> |
|          | <b>Vedlegg 3 .....</b>                                 | <b>50</b> |
|          | <b>Vedlegg 4 .....</b>                                 | <b>57</b> |

# 1 Innledning

Denne oppgaven vil omhandle pårørende til hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase. Målet er å belyse sykepleierens funksjon i å skape trygghet for pårørende.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tema for denne oppgaven er trygghet hos pårørende til hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase. Majoriteten av Norges befolkning ønsker å dø hjemme ved alvorlig sykdom (Helsedirektoratet, 2015, s. 9). Muligheten til å dø hjemme er for mange avgjørende for en god avslutning på livet (Birkeland & Folvik, 2018, s. 186). Likevel er det kun 15% i Norge som dør hjemme (Helsedirektoratet, 2015, s. 9). Kreftpasienter utgjør majoriteten av de som mottar palliasjon (St.meld. nr. 47 (2008-2009), s. 61). Pårørende til hjemmeboende kreftpasienter opplever ofte stor omsorgsbelastning (Grov & Lorentsen, 2022, s. 507). De kan oppleve betydelig dårligere livskvalitet og økt angstfølelse (Grov, 2017, s. 255). Samtidig er mange avhengige av pårørende for å leve den siste tiden hjemme (Birkeland & Folvik, 2018, s. 188). Trygghet hos pårørende er en forutsetning for å muliggjøre hjemmedød (Brenne & Estenstad, 2016, s. 167). Pårørende må føle seg kompetente og trygge på sine oppgaver (NOU 2017: 16, 2017, s. 123). Opplevelsen av trygghet kan variere hos ulike pårørende (Gustafsson, 2021, s. 99). Sykepleiere i hjemmesykepleien har daglig kontakt med pårørende og pasienten som tilbringer palliativ fase i hjemmet (Grov & Lorentsen, 2022, s. 509). Pårørende er med gjennom den palliative fasen, og derfor må sykepleiere ha fokus på omsorg og støtte til dem (Birkeland & Folvik, 2018, s. 189).

Da vi skulle velge tema for bacheloroppgaven ville vi velge et tema som var betydningsfullt for oss. Vi har begge vært pårørende til kreftpasienter som ønsket å dø hjemme. Da ble sykepleierens rolle for å skape trygghet i møte med pårørende tydelig. Vi ønsket kunnskap om hvordan sykepleiere kan møte pårørende i liknende situasjoner.

## 1.2 Sykepleiefaglig relevans

Sykepleiere er yrkesgruppen som ofte blir mest involvert ved hjemmesykepleie i palliativ fase (Birkeland & Folvik, 2018, s. 191). Det er viktig at sykepleieren skaper god kontakt med pårørende. Pårørende er ofte pasientens viktigste støtte. De kan være en kunnskapskilde,

omsorgsgiver og en ressurs for pasienten (Helsedirektoratet, 2017, s. 3). Sykepleierens lindrende og undervisende funksjon er sentral for pårørende. Sykepleiere må tilrettelegge for tilgjengelige tjenester for at pårørende skal føle seg trygge. De må også sørge for at pårørende vet hvem de skal henvende seg til (Norås, 2017, s. 319). Temaet anses som sykepleiefaglig relevant fordi sykepleiere, gjennom sin yrkesutøvelse, kan bidra til pårørendes opplevelse av trygghet.

Pårørende inkluderes som en sentral dimensjon innenfor *Personsentrert sykepleie* (Cronenwett et al., 2007, s. 123). Personsentrert sykepleie innebærer å involvere pårørende etter pasientens verdier og behov. Dette gjøres ved å kommunisere og gi god informasjon (Cronenwett et al., 2007, s. 123). Personsentrert sykepleie omhandler relasjonsarbeid mellom sykepleier og pasient, og andre som er viktig for dem (McCance & McCormack, 2019, s. 79). Personsentrert sykepleie innebærer altså tilpasset støtte overfor pårørende.

### **1.3 Hensikt og problemstilling**

Hensikten med denne litteraturstudien er å identifisere faktorer som bidrar til trygghet hos pårørende til kreftpasienter som tilbringer palliativ fase i hjemmet. Ved hjelp av forskningsartikler og relevant litteratur vil vi drøfte temaet, og få økt kunnskap om et område som berører mange. Dette skal drøftes i henhold til følgende problemstilling:

*“Hvilke faktorer bidrar til trygghet hos pårørende til hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase?”*

### **1.4 Avgrensning**

Bacheloroppgaven skal omhandle hvordan sykepleieren skaper trygghet for pårørende til hjemmeboende kreftpasienter. Oppgaven inkluderer pasienter med alle typer kreft. Det er valgt å avgrense til palliativ fase, siden omsorgssituasjonen oppleves mer utfordrende for pårørende, enn i kurativ fase (Grov, 2017, s. 255). Hjemmesykepleien inngår i kommunehelsetjenesten. Samhandlingsreformen førte til oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten (St.meld. nr. 47 (2008-2009), s. 27-28). Målet med samhandlingsreformen var å gi folk hjelp der de bor (Fjørtoft, 2016, s. 19). Sett i et samfunnsperspektiv er det sentralt at hjemmesykepleiere har kunnskap om palliasjon i

hjemmet. Dette er bakgrunnen for valget av hjemmesykepleien som helsetjenestekontekst. Pasient og pårørende avgrenses til personer over 18 år. Lovverket skiller mellom pårørende og nærmeste pårørende (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-3). Denne oppgaven omhandler pårørende utover kun de nærmeste. Målgruppen er pårørende som har en relasjon til den syke og lever tett på dem.

## **1.5 Begrepsavklaring**

Pårørende defineres som nærstående personer i pasientens liv (Helsedirektoratet, 2017, s. 8-9). Pårørende omtales med ulike begreper i litteraturen, blant annet omsorgsgiver og familiemedlemmer. Videre i oppgaven brukes pårørende som en samlebetegnelse.

Palliasjon defineres som: “En tilnærming som forbedrer livskvaliteten til pasienter og deres familier som står overfor problemer knyttet til livstruende sykdom. Det forebygger og lindrer lidelse gjennom tidlig identifisering, korrekt vurdering og behandling av smerte og andre problemer, enten fysiske, psykososiale eller åndelige” (World Health Organization, 2020). Palliasjon omfatter palliativ omsorg, behandling og pleie samt lindrende behandling og omsorg (NOU 2017: 16, 2017, s. 9).

Hjemmesykepleie er “helsehjelp til pasienter i deres eget hjem”. Begrepet hjemmesykepleie brukes fordi fokuset ligger på sykepleierens funksjon ved helse- og omsorgstjenester i hjemmet (Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s. 39).

Trygghet er et vidt begrep, uten én klar definisjon. Fenomenet trygghet er subjektivt (Segesten, 2016, s. 155). Begrepet forbindes med noe positivt (Segesten, 2016, s. 147). Trygghet relateres til sikkerhet, ro, fred og tillit (Segesten, 2016, s. 146-147).

## **2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag**

Denne delen presenterer kunnskapsgrunnlaget, teoretiske rammer og perspektiver som er relevant for problemstillingen. Det er valgt å beskrive kreft, palliasjon, sykepleierens funksjon i hjemmesykepleie og pårønderollen. Videre beskrives trygghet som fenomen og sykepleieteori fra Joyce Travelbee. Til slutt beskrives etiske og juridiske rammer. Det teoretiske kunnskapsgrunnlaget ligger til grunn for å belyse ulike perspektiver i oppgavens diskusjonsdel.

### **2.1 Kreft**

Kreft er en samlebetegnelse for flere sykdommer som kjennetegnes ved ukontrollert celledeling. Kreft kan invadere vev og organer, og dermed spre seg i kroppen. Utviklingen av sykdommen varierer fra hvilken type kreftform pasienten har (Utne, 2021, s. 106). Kreft rammer ikke kun pasienten, men også pårørende. Hvordan pårørende blir påvirket, avhenger av sykdommens utvikling (Utne, 2021, s. 108). Beskjeden om en kreftdiagnose kan være en stor belastning, men beskjeden om inkurabel kreftsykdom er en enda større byrde (Reitan, 2017b, s. 41). Dersom det ikke er aktuelt å kurere pasienten, kan pasienten få livsforlengende behandling. Det bør avveies som den livsforlengende behandlingen er gunstig eller om livskvaliteten svekkes i stor grad som følge av bivirkningene (Kaasa & Loge, 2016b, s. 44). Behandlingen vil dermed gå over til å ha en palliativ intensjon (Kaasa & Loge, 2016b, s. 44).

### **2.2 Palliasjon**

Palliasjon er et fagfelt med hovedfokus på lindring og livskvalitet for pasienter og deres pårørende (Helsedirektoratet, 2015, s. 6). Begrepet palliasjon omfatter fagfeltet i sin helhet, ikke kun det medisinske aspektet (Helsedirektoratet, 2015, s. 6). Det omhandler ivaretagelse av fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov (Helsedirektoratet, 2015, s. 14). Palliasjon er pleie, omsorg og behandling som utføres i palliativ fase (Kaasa & Loge, 2016b, s. 36). Når palliasjon skal utføres i hjemmet, kreves planlegging og tilrettelegging (Birkeland & Folvik, 2018, s. 188). Det finnes egne videreutdanninger innenfor palliativ sykepleie, men det forventes at sykepleiere med grunnutdanning som skal arbeide med pasienter i palliativ fase har kompetanse innen palliasjon (Helsedirektoratet, 2015, s. 12). Palliasjon er et tverrfaglig område. Det er nødvendig å involvere de instanser og personer som kan gi hjelp til pasient og pårørende ut fra deres behov (Birkeland & Folvik, 2018, s. 188). Pasient og pårørende skal



inngå som en del av det tverrfaglige teamet. Ved denne tilnærmingen må pasient og pårørendes totale livssituasjon tas i betraktning (Helsedirektoratet, 2015, s. 13-14). Pårørende har en sentral rolle for å kunne utføre palliasjon i hjemmet. Trygghet er avgjørende for at de skal kunne innta denne rollen (Norås, 2017, s. 318).

Palliativ fase kan defineres som tiden fra erkjennelse av inkurabel sykdom til pasientens død (Roaldset & Aass, 2020). Palliativ fase oppleves ofte mer utfordrende enn kurativ fase, fordi det ikke utføres behandling som kan gjøre pasienten kreftfri (Gro, 2017, s. 255).

Hovedfokuset ved palliasjon bør ligge på best mulig livskvalitet for pasient og pårørende (Kaasa & Loge, 2016b, s. 36). Tidspunkt for når man skal integrere palliasjon i et kreftforløp har vært diskutert (Kaasa & Lund, 2016, s. 137). Overgangen fra kurativ behandling til palliativ fase er ofte krevende (Kaasa & Loge, 2016b, s. 42). Tidlig integrasjon av palliasjon kan være hensiktsmessig for pårørendes tilfredshet og livskvalitet (Kaasa & Lund, 2016, s. 136).

### **2.3 Sykepleierens funksjon i hjemmesykepleien**

Hjemmesykepleien som kontekst legger føringer for sykepleieutøvelsen. Hjemmesykepleie innebærer pleie og omsorg til de som har behov for helsehjelp hjemme (Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s. 39). En helhetlig tilnærming til både pasient og pårørende må ligge til grunn for utøvelse av hjemmesykepleie. Dette innebærer å bidra til at den enkelte skal ha det så godt som mulig (Fjørtoft, 2016, s. 17). Hjemmet som helsetjenestekontekst kan både føre til økt trygghet, men også utrygghet. Omgivelsene forvandles til et pasientrom og en arbeidsplass samtidig som det skal være hjemmet til pasient og pårørende (Birkeland & Folvik, 2018, s. 80). Sammenliknet med å være inneliggende på institusjon, bidrar samvær i hjemmet til å normalisere tilværelsen (Sørhus et al., 2016, s. 91). Samtidig fører hjemmesykepleie til mer involvering av pårørende, noe som kan medføre at de kjenner på større ansvar enn på en institusjon (Birkeland & Folvik, 2018, s. 78). Pårørende kan bekymre seg over omsorgsbyrden når kreftpasienten skal bo hjemme (Norås, 2017, s. 307). God organisering av hjemmesykepleien er derfor sentral for å ivareta pårørende.

Organiseringen av hjemmesykepleien i Norge varierer fra kommune til kommune (Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s. 40). Tilbudet tilpasses lokale behov og forhold (St.meld. nr. 47 (2008-2009), s. 61). Ulik organisering av hjemmesykepleien fører også til ulik organisering av palliasjon i

hjemmet (Haugen & Aass, 2016, s. 116). Pårørendes behov for hjelp må koordineres og tilrettelegges slik at helsetilbudet blir forutsigbart (Birkeland & Folvik, 2018, s. 188). Noen kommuner har tverrfaglige palliative ressursgrupper med særskilt kompetanse innen palliasjon (Haugen & Aass, 2016, s. 116). Likevel er det på generell basis hjemmesykepleien som har ansvaret for god palliasjon i kommunene (Haugen & Aass, 2016, s. 117).

Sykepleieprofesjonen har spesifikke funksjonsområder (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 7). Herunder sykepleierens lindrende og undervisende funksjon, som anses som relevant for denne oppgavens problemstilling. Målet med sykepleierens lindrende funksjon er å fremme menneskers følelse av velvære og trygghet (Kristoffersen et al., 2021, s. 20). Sykepleieren har ansvar for å gi omsorgsfull hjelp og lindre lidelse i henhold til yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2019). Alt som angår pasienten påvirker også pårørende (Travelbee, 1971/1999, s. 259). Sykepleiere må altså se de pårørende, blant annet gjennom å vise faglig ansvar for den syke (Fjørtoft, 2016, s. 112). Sykepleierens lindrende funksjon er i tråd med valgt definisjon av palliasjon (World Health Organization, 2020). Sykepleierens undervisende funksjon innebærer ansvar for å informere, undervise og veilede både pasient og pårørende (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 9). De fleste pårørende vil ha behov for opplæring og veiledning i sin nye rolle (Birkeland & Folvik, 2018, s. 186). God informasjon og kommunikasjon er avgjørende for at hjemmesykepleien skal kunne tilrettelegge for løsninger som dekker behovene for et trygt hjem for de involverte partene (Birkeland & Folvik, 2018, s. 80). Sykepleierens funksjon i hjemmesykepleien er, samlet sett, å bidra til at den enkelte mestrer en vanskelig situasjon (Fjørtoft, 2016, s. 12), gjennom blant annet å lindre lidelse og undervise pårørende.

## **2.4 Pårønderollen**

Pårørende har ofte en sentral rolle i omsorgen for kreftpasienter (Helsedirektoratet, 2015, s. 11-12). Ved alvorlig sykdom bør helsehjelpen rettes mot pasient og pårørende som en helhet (Helsedirektoratet, 2015, s. 30). Helsedirektoratet har utviklet en pårørendeveileder som beskriver pårørendes rettigheter og helse- og omsorgstjenestens plikter. Pårørendeveilederen gir anbefalinger om hvordan inkludere og gi støtte til pårørende (Helsedirektoratet, 2017, s. 3). Målet med veilederen er å anerkjenne, synliggjøre og gi tilstrekkelig støtte til pårørende som har krevende omsorgsoppgaver, samt styrke kvaliteten på helsetjenestene (Helsedirektoratet, 2017, s. 5).

Pårørendeveilederen viser til at livstruende sykdom som regel øker behovet for støtte fra helsepersonell (Helsedirektoratet, 2017, s. 3). Pårørende som utøver omsorgsoppgaver overfor pasienten, kan selv ha behov for ivaretagelse. Sykepleiere bør derfor kontinuerlig vurdere pårørendes behov for ekstra oppfølging fra helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017, s. 3). Pårørendes behov kan variere ut fra hvor i den palliative fasen pasienten er, eller hvilken relasjon de har. Pårørendes deltakelse i behandling og omsorg varierer grunnet ulike ønsker og ressurser til å bidra (Birkeland & Folvik, 2018, s. 79). Mange pårørende opplever det som tilfredsstillende å kunne utøve omsorg overfor en person som lenge har stått dem nær. Andre kan oppleve det som en byrde, og dermed ønsker de å slippe å være omsorgsgiver (Grov, 2016, s. 338). Pårørenderollen styres av rettigheter som er hjemlet i lovverket. Helse- og omsorgstjenesteloven viser til pårørendes rettigheter. Loven fastslår at kommunen skal tilby støtte i form av opplæring, veiledning, avlastningstiltak og omsorgsstønad til pårørende med spesielt krevende omsorgsarbeid (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-6). Pårørende til hjemmeboende palliative kreftpasienter kan altså ha varierende behov, men de har krav på tilpasset støtte til å håndtere situasjonen.

Pårørende til palliative kreftpasienter kan ha behov for informasjon, undervisning, praktisk hjelp og støtte til å ivareta sin rolle overfor pasienten (Grov, 2016, s. 334). Det oppstår akutte hendelser som angstanfall, dyspné eller blødninger i palliativ fase ved kreftsykdom, og dette kan oppleves svært dramatisk for pårørende (Norås, 2017, s. 323). Det er viktig at pårørende som befinner seg i hjemmet med pasienten har fått tilstrekkelig og konkret informasjon om hvordan håndtere akutte situasjoner. Informasjonen sykepleieren gir må være balansert med tanke på at det skal ruste pårørende, ikke føre til utrygghet (Norås, 2017, s. 323). Pårørendes rett til informasjon er forankret i lovverket. Pasient- og brukerrettighetsloven skiller på pasientens pårørende og nærmeste pårørende (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-3). Pasientens nærmeste pårørende har rett til informasjon om pasientens helsetilstand og helsehjelpen som ytes. Dette forutsetter at pasienten har samtykket til det eller at forholdene tilsier det (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-3). Pårørende har uansett rett på informasjon som angår dem og de rettighetene de har i sin rolle som pårørende til kreftsyke (Helsedirektoratet, 2015, s. 30). Informasjonen skal gis på en hensynsfull og forståelig måte i henhold til mottakerens individuelle forutsetninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5).

## 2.5 Trygghet som fenomen

Trygghet i sykepleieforskning henvender seg til enkeltindivider for å forstå hva trygghet som fenomen innebærer for den enkelte (Segesten, 2016, s. 149). Derfor er det ikke nødvendigvis ideelt å velge én konkret definisjon på hva trygghet betyr. Det har vært ønskelig å inkludere flere perspektiver av trygghet, siden det er et subjektivt fenomen (Norås, 2017, s. 308). Dette reflekteres i hvordan trygghet beskrives i litteraturen. Trygghet beskrives med en rekke ulike synonymer og forståelser. Trygghet relateres blant annet til følelsen av sikkerhet, ro, fred og tillit (Segesten, 2016, s. 146-148). Ser man samlet på ordene som beskriver trygghet i litteraturen, fremkommer det at trygghet er et fenomen som erfares av enkeltmennesker (Segesten, 2016, s. 148). Sykepleiere behøver en dyp forståelse av hvilke faktorer som bidrar til pårørendes trygghet (Segesten, 2016, s. 146).

Trygghet er et grunnleggende behov hos mennesker (Gustafsson, 2021, s. 93). Pårørendes opplevelse av trygghet er en forutsetning for at pasienten skal kunne være hjemme i palliativ fase. Utrygghet hos pårørende kan være forårsaket av at det er utfordrende å ha ansvar for pasienten. Pårørende er ofte kontinuerlig til stede i hjemmet og observerer pasientens sykdomsutvikling (Norås, 2017, s. 307). Trygghet under palliativ fase forutsetter derfor at hjemmesykepleien støtter pårørende (Brenne & Estenstad, 2016, s. 167). Pårørende kan ha varierende behov for støtte for å oppleve trygghet. De må motta et individuelt tilpasset tilbud, siden trygghet er et subjektivt fenomen (Norås, 2017, s. 308).

Sykepleiere bør kartlegge og tilrettelegge for pårørendes behov for trygghet. Trygghet hos pårørende til pasienter i palliativ fase fremmes ved å tilbringe tid i vante omgivelser med kjente hverdagsrutiner (Lersveen & Devik, 2021, s. 6-7). Faste avtaler og tydelig ansvarsfordeling bidrar også til å gjøre perioden lettere for noen pårørende (Norås, 2017, s. 319). Det fremheves i litteraturen at tilgjengelige sykepleiere er avgjørende for at situasjonen skal oppleves som trygg (Fjørtoft, 2016, s. 81). Sykepleierens kompetanse bidrar også til trygghet i utrygge situasjoner (Lersveen & Devik, 2021, s. 8). Sykepleiere har altså en viktig rolle i å skape trygghet for pårørende, og bør derfor ha kunnskap om trygghetsskapende faktorer.

## 2.6 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee utviklet teorien om sykepleiens mellommenneskelige aspekter. Teorien omhandler viktigheten av å bygge en relasjon mellom sykepleier og pasient. Hun beskrev

mennesker som unike individer, og sykepleie omhandler alltid både pasient, sykepleier og pårørende (Travelbee, 1971/1999, s. 5). Hun definerte sykepleiens hensikt slik: “Sykepleiens mål og hensikt er å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene” (Travelbee, 1971/1999, s. 41).

Det er vesentlig å forme et menneske-til-menneske-forhold med pasient og pårørende for å oppnå sykepleiens mål og hensikt. Et menneske-til-menneske-forhold i sykepleien går ut på å ivareta opplevelser og erfaringer hos individer som behøver sykepleierens tjenester (Travelbee, 1971/1999, s. 41). Et menneske-til-menneske-forhold bør derfor etableres med pårørende til kreftpasienter i palliativ fase. Tilrettelegging av et slikt forhold krever at sykepleieren har en “intellektuell tilnæringsmåte” og har evnen til å “bruke seg selv terapeutisk” (Travelbee, 1971/1999, s. 41). En “intellektuell tilnæringsmåte” innebærer at sykepleieren må ha teoretisk kunnskap, og anvender kunnskapen i omsorg for andre (Travelbee, 1971/1999, s. 42), deriblant pårørende. Kunnskapen skal kombineres med å “bruke seg selv terapeutisk”. Dette begrepet omhandler å bruke fornuft og intelligens for å strukturere sykepleieintervensjonene med mål om å lindre pasientens plager (Travelbee, 1971/1999, s. 44-45). Herunder må sykepleieren bruke sin egen personlighet bevisst og målrettet for å etablere en relasjon (Travelbee, 1971/1999, s. 44). Kommunikasjon er også viktig i etableringen av et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1971/1999, s. 135-136). Kommunikasjon er en gjensidig prosess hvor tanker og følelser blir delt. Sykepleieren søker og gir informasjon, og pårørende uttrykker behov for hjelp (Travelbee, 1971/1999, s. 137). En relasjon til pårørende etableres altså gjennom et menneske-til-menneske-forhold. Dette gjøres ved å ha en intellektuell tilnærming, anvende kunnskap, kommunisere og bruke seg selv terapeutisk.

Kjennetegnet til et menneske-til-menneskeforhold er at pasient og pårørendes behov blir ivaretatt (Travelbee, 1971/1999, s. 178). Det er ikke kun pasienten som har behov for å mestre sykdommen. Alt som angår den syke, angår også pårørende (Travelbee, 1971/1999, s. 259). Dette vil være gjeldende for pårørende som lever tett på hjemmeboende kreftpasienter. Sykepleieren skal bistå pårørende gjennom kompetanse, omsorg og tilgjengelighet (Travelbee, 1971/1999, s. 259).

## 2.7 Etikk og juridiske rammer

Hjemmesykepleiens tjenester er hjemlet i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §3-2). Loven har blant annet som formål å sikre muligheten for den enkelte til å kunne bo selvstendig og ha en meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-1). Det fastslås også at kommunen skal tilrettelegge tjenesten slik at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-1).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere fastslår at sykepleiere har et personlig ansvar for å drive faglig, etisk og juridisk forsvarlig praksis. Det innebærer ansvar for de handlinger og vurderinger som utføres, samt innsikt i gjeldende lovverk for tjenesten (Norsk sykepleierforbund, 2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere rommer sykepleiens verdigrunnlag (Kristoffersen et al., 2021, s. 22). Det fremheves at respekt for hvert menneskes liv og verdighet skal ligge til grunn for all sykepleie (Norsk sykepleierforbund, 2019). Sykepleiere skal inkludere og vise respekt overfor pårørende, ved å vise barmhjertighet og omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Helsepersonelloven omfatter helsepersonell, deriblant sykepleiere, som yter helsehjelp. Loven skal bidra til sikkerhet og kvalitet samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten (Helsepersonelloven, 1999, §1). Under helsepersonellovens krav til yrkesutøvelse, inngår forsvarlighet. Forsvarlighetskravet innebærer faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp som forventes ut fra kvalifikasjoner, situasjon og arbeidets karakter (Helsepersonelloven, 1999, §4). Forsvarlighetskravet inneholder både juridiske, faglige og etiske dimensjoner (Fjørtoft, 2016, s. 156). Helsedirektoratet fastslår, i tråd med forsvarlighetskravet, kompetansekrav for sykepleiere som møter kreftpasienter i palliativ fase. Sykepleiere skal ha kompetanse innen palliasjon, kreftsykdom, kommunikasjon, veiledning og ivaretagelse av pårørende, tverrfaglig samarbeid, etikk og ansvar for faglig forsvarlighet (Helsedirektoratet, 2015, s. 154-155). Forsvarlighetskravet setter også rammer for at samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell skal skje ved behov (Helsepersonelloven, 1999, §4).

### 3 Metode

Metoden sier hvordan vi går frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2020, s. 53). Metoden som er benyttet for denne oppgaven er litteraturstudie.

#### 3.1 Litteraturstudie

Litteraturstudie er en sammenfatning av allerede publisert forskning om en problemstilling. Formålet med litteraturstudier er å analysere resultater fra flere studier for å kunne beskrive eksisterende kunnskap rundt et tema, for så å kunne trekke konklusjoner med klinisk anvendelse (Popenoe et al., 2021, s. 175).

#### 3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artikler

Strukturerte søk ble utført i to vitenskapelige databaser, Cinahl og PubMed. Anvendte søkeord ble valgt på bakgrunn av relevans for problemstillingen. Søkeordene ble delt inn etter de meningsbærende elementene i problemstilling og valgt kontekst. Tabellen nedenfor viser inndelingen av meningsbærende elementer og tilhørende søkeord. Søkeordene som ble brukt er utarbeidet gjennom prosessen med å få kjennskap til fag- og forskningslitteraturen innen feltet, deriblant relevante artikler fra preliminnære søk.

**Tabell 1: Søkeord**

| Pårørende                       | Kreftpasienter  | Palliativ fase  | Hjemmebehandling                     | Trygghet         |
|---------------------------------|-----------------|-----------------|--------------------------------------|------------------|
| Family caregivers<br>Bereavment | Cancer patients | Palliative care | Home health care<br>Home environment | Safety<br>Secure |

Første strukturerte søk ble gjort i Cinahl. Da søkeordene “Secure” og “Safety” ble inkludert i søket, var treffene minimale, henholdsvis 0 og 3 resultater. Treffene hadde også manglende relevans for problemstillingen. Søkeordene “Safety” og “Secure” ble eliminert for å utvide antall treff i søket. Dermed var det nødvendig å ha et inklusjonskriterie som tilsa at artiklene måtte omhandle trygghet hos pårørendes for å finne artikler som var relevante for problemstillingen. De resterende søkeordene i tabellen ovenfor ble kombinert med OR for søkeord i samme kolonne og AND mellom kolonnene. Med avgrensning på språk og årstall,

ga dette søket 56 treff. Etter å ha gjennomgått alle titlene i søkeresultatet, var det 31 treff som kunne være relevante. Abstrakter til disse 31 artiklene ble vurdert og det gjenstod da 7 artikler. Disse 7 artiklene ble gjennomlest i fulltekst og utforsket videre. Etter gjennomgangen var det 2 artikler som gjenstod med relevans for problemstillingen, og i henhold til inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Det var behov for flere artikler, og derfor ble det gjort et supplerende søk i PubMed. Det ble brukt tilsvarende søkeord i dette søket, men i tillegg ble “Secure” OR “Safety” inkludert. Med avgrensninger på språk og årstall, ga dette søket 33 treff. Etter å ha lest titlene til alle treffene, kunne 13 være artikler relevante. Abstraktene til disse artiklene ble lest og 7 artikler ble ekskludert. De 6 gjenstående artiklene ble gjennomlest i fulltekst. Etter å ha tatt alle inklusjons- og eksklusjonskriterier i betraktning var det 3 relevante artikler fra dette søket. Av disse var én allerede funnet i søket fra Cinahl (Barlund et al., 2021). Dermed ble det tilføyd et ytterligere eksklusjonskriterie som tilsa at artikler funnet i første søk ble ekskludert. Dermed var det 2 artikler som gjenstod med relevans for problemstillingen.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier er brukt for å finne forskningsartikler med spisset relevans til problemstillingen. Det er valgt å kun inkludere kvalitative enkeltstudier fordi det kan gi et bredt innblikk i subjektive opplevelser (Dalland, 2020, s. 157), og problemstillingen er ute etter opplevelsen av trygghet. Et inklusjonskriterie måtte, som tidligere nevnt, tilsa at artiklene sa noe om pårørendes opplevelse av trygghet, siden søkeordene “Safety” og “Secure” ble fjernet fra søket i Cinahl. Informantene i artiklene måtte være voksne pårørende til voksne pasienter. Dette begrunnes med at studier med barn som pårørende er et relativt nytt forskningsfelt (Helsedirektoratet, 2017, s. 110). Grunnen til at pasientene også måtte være voksne, er at barnepalliasjon er et eget fagområde og et komplekst palliasjonstilbud som forutsetter omfattende tverrfaglig samarbeid (Helsedirektoratet, 2014, s. 3). Dette åpner opp for en rekke perspektiver, lovverk og hensyn som blir for vidt å diskutere i denne oppgaven. Studier gjort utenfor Europa ble ekskludert for å finne forskningsartikler med mest mulig overføringsverdi for norske sykepleiere. Det kom opp flere artikler som hadde hovedfokus på Covid-19 under prosessen med å bli kjent med forskning om palliasjon i hjemmet. Artiklene omhandlet hovedsakelig aspekter ved pandemien som påvirket palliativ hjemmebehandling ved alvorlig sykdom (Nyblom et al., 2022, s. 2), og ble derfor ekskludert. Søkene er avgrenset med publisering de siste ti årene siden sykepleie skal bygge på oppdatert forskning (Norsk sykepleierforbund, 2019). Språket i artiklene ble avgrenset til norsk, engelsk, svensk og dansk



på bakgrunn av våre språkkunnskaper. Med mål om kvalitetssikring ble det valgt ut artikler som var fagfellevurdert og publisert i anerkjente tidsskrifter.

**Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

| <b>Inklusjonskriterier</b>  | <b>Eksklusjonskriterier</b>                        |
|---|--|
| Kvalitative studier   | Artikler med Covid-19 som hovedfokus               |
| Artiklene må inneholde resultater som sier noe om pårørendes opplevelse av trygghet | Artikler som baserer seg på studier utenfor Europa |
| Studiene omfatter voksne pårørende til voksne pasienter                             |  |

**Tabell 3: Søkeprosessen**

|  |  |  |
|--|--|--|
| Database og dato for søk   | Cinahl, 31/10-22   | PubMed, 31/10-22 (08.11.22)  |
| Søkeord og kombinasjoner   | (Family OR Caregivers OR Bereavment) AND (Palliative care) AND (Home health care OR Home environment) AND (Cancer patients)  | (Family OR Caregivers OR Bereavment) AND (Palliative care) AND (Home health care OR Home environment) AND (Cancer patients) AND (Secure OR Safety)   |
| Avgrensinger i søket   | Publisert siste 10 år, språk (engelsk, norsk, svensk og dansk)   | Publisert siste 10 år, språk (engelsk, norsk, svensk og dansk)   |
| Antall treff totalt  | 56   | 33   |
| Antall gjennomleste titler   | 56   | 33   |
| Antall gjennomleste abstrakt   | 31   | 13   |
| Antall gjennomleste fulltekstartikler  | 7  | 6  |
| Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier | 2  | 3  |
| Ytterligere inklusjons-eksklusjonskriterier                                      | Ikke aktuelt   | Artikler som var funnet i første søk   |
| Antall artikler inkludert i litteraturstudien                                    | 2  | 2  |
| Inkludert artikkel nummer 1  | Totman, J., Pistrang, N., Smith, S., Hennessey, S., & Martin, J. (2015). 'You only have one chance to get it right': A qualitative study of relatives' experiences of caring at home for a family member with terminal cancer. <i>Palliative Medicine</i> , 29(6), 496-507. <a href="https://doi.org/10.1177/0269216314566840">https://doi.org/10.1177/0269216314566840</a>  | Milberg, A., Wählberg, R., Jakobsson, M., Olsson, E.-C., Olsson, M., & Friedrichsen, M. (2012). What is a 'secure base' when death is approaching? A study applying attachment theory to adult patients' and family members' experiences of palliative home care. <i>Psycho-Oncology</i> , 21(8), 886-895. <a href="https://doi.org/10.1002/pon.1982">https://doi.org/10.1002/pon.1982</a> |
| Inkludert artikkel nummer 2  | Barlund, A. S., André, B., Sand, K., & Brenne, A.-T. (2021). A qualitative study of bereaved family caregivers: Feeling of security, facilitators and barriers for rural home care and death for persons with advanced cancer. <i>BMC Palliative Care</i> , 20(7), 1-12. <a href="https://doi.org/10.1186/s12904-020-00705-y">https://doi.org/10.1186/s12904-020-00705-y</a> | Milberg, A., & Friedrichsen, M. (2017). Attachment figures when death is approaching: A study applying attachment theory to adult patients' and family members' experiences during palliative home care. <i>Supportive Care in Cancer</i> , 25(7), 2262-2274. <a href="https://doi.org/10.1007/s00520-017-3634-7">https://doi.org/10.1007/s00520-017-3634-7</a>                            |

### 3.3 Øvrig fag- og forskningslitteratur

Faglitteraturen som er benyttet i denne oppgaven er hovedsakelig hentet fra pensumlisten gjennom bachelorstudiet på Lovisenberg Diakonale Høgskole. Øvrig litteratur er funnet via søk i skolebiblioteks søkemotor, Oria. Preliminære søk ble utført i Cinahl, PubMed og Idunn. Vi har forsøkt å benytte primærkilder, men pensum er ofte sekundærlitteratur. Teksten kan dermed være fortolket, og det opprinnelige perspektivet kan ha endret seg (Dalland, 2020, s. 152).

Kapittelet av Segesten (2016) fra “Sykepleieboken 2” ble benyttet for å beskrive trygghet som fenomen. “Kreftsykepleie: Pasient, Utfordring, Handling” (Reitan & Schjølberg, 2017) og “Palliasjon: Nordisk lærebok” (Kaasa & Loge, 2016a) er brukt for å belyse kreft og palliativ fase i teoretisk kunnskapsgrunnlag. “Sykepleie i hjemmet” (Birkeland & Folvik, 2018), “Hjemmesykepleie” (Fjørtoft, 2016) og “Sykepleie i kommunehelsetjenesten” (Glavin & Gjevjon, 2016) er benyttet for å utdype konteksten hjemmesykepleie. “Mellommenneskelige forhold i sykepleie” (1971/1999) er brukt som litteratur for å beskrive sykepleieteori av Joyce Travelbee. “A practical guide to data analysis in general literature reviews” (Popenoe et al., 2021) er brukt som hovedkilde for metodelitteratur. “Metode og oppgaveskriving” (Dalland, 2020) og “Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter” (Thidemann, 2019) brukes som tilleggskilder.

“Pårørendeveileder: Nasjonal veileder” (2017) og “Palliasjon i kreftomsorgen: Handlingsprogram” (2015) av Helsedirektoratet ble brukt for å basere oppgaven på faglig anerkjent kunnskap. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), Helsepersonelloven (1999), Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) og Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2019) ble anvendt for å beskrive juridiske og etiske prinsipper. “Opplevelse av trygghet i hjemmebasert palliativ omsorg” (Lersveen & Devik, 2021) og “Ansvarlig og avhengig” (Sørhus et al., 2016) ble funnet ved preliminære søk i Idunn. Artiklene anses som relevante for å utfylle teoretisk kunnskapsgrunnlag og besvare problemstillingen.

## 4 Resultater

Nedenfor vil resultater fra forskningsartikler presenteres. Resultatene er en sammenfatning av relevante funn for litteraturstudien.

### 4.1 Artikkelmatrise

Tabell 4: Artikkelmatrise

| Database | Forfatter, årstall, land   | Tittel   | Hensikt   | Design/metode | Funn  | Kvalitetsvurdering  |
|----------|--|--|---|---------------|---|---|
| PubMed   | Milberg A., Wählberg R., Jakobsson M., Olsson E-C., Olsson M. & Friedrichsen M., 2012, Sverige | “What is a ‘secure base’ when death is approaching? A study applying attachment theory to adult patients’ and family members’ experiences of palliative home care” | Hensikten med studien var å bruke erfaringene til pasienter og familiemedlemmer til å utforske palliativ hjemmetjeneste som en trygg base.  | Kvalitativ    | Faktorer som bidro til trygghet for pårørende:<br>- Tillit til helsepersonell, at helsepersonellet var tydelig på at de var tilgjengelige, kontinuitet i tjenestene og informasjonsflyt.<br>- Helsepersonell var tilgjengelige, kompetente, oppmerksomme, lydhøre, pålitelige, hadde kommunikasjonsferdigheter og støttet familien.<br>- At helsepersonellet kjente og anerkjente pasient og pårørende.<br>- Balanse mellom å inkludere og avlaste pårørende fra omsorgsbyrden. | - Vurdert i sjekklister for kvalitativ studie fra helsebiblioteket.<br>8/9 poeng. |
| CINAHL   | Totman J., Pistrang N., Smith S., Hennessey S. & Martin J., 2015, Storbritannia                | “‘You only have one chance to get it right’: A qualitative study of relatives’ experiences of caring at home for a family member with terminal cancer”             | Studiens hensikt er å utforske de emosjonelle utfordringene som pårørende omsorgspersoner står overfor, og deres erfaringer med helsepersonell, med perspektiver fra eksistensiell psykologi.       | Kvalitativ    | Faktorer som bidro til trygghet for pårørende:<br>- Riktig omsorgsbyrde.<br>- Kommunikasjon mellom fagpersoner.<br>- Visshet om at det de gjorde var riktig.<br>- At helsepersonell var tilgjengelige.  | - Vurdert i sjekklister for kvalitativ studie fra helsebiblioteket.<br>9/9 poeng. |
| PubMed   | Milberg, A. & Friedrichsen, M., 2017, Sverige  | «Attachment figures when death is approaching: a study applying attachment theory to adult patients’ and family members’ experiences during palliative home care”  | Hensikten med studien var å bruke erfaringer fra pasienter og familiemedlemmer til å utforske tilknytningsfigurer/attachment figures (et sentralt begrep i teorien) under palliativ hjemmetjeneste. | Kvalitativ    | Faktorer som bidro til trygghet for pårørende:<br>- Tillit til helsepersonell.<br>- Sykepleieres fysiske tilstedeværelse.<br>- At tilknytningsfigurer, eksempelvis sykepleiere, var tilgjengelige. Både fysisk og ikke-fysisk.<br>- At pasienten følte seg trygg.   | - Vurdert i sjekklister for kvalitativ studie fra helsebiblioteket.<br>9/9 poeng. |
| CINAHL   | Barlund A. S., André B., Sand K. & Brenne A.-T., 2021, Norge                                   | “A qualitative study of bereaved family caregivers: feeling of security, facilitators and barriers for rural home care and death for persons with advanced cancer” | Hensikten med studien var å utforske faktorer som avgjorde følelsen av trygghet til omsorgspersoner for pasienter med avansert kreft som fikk palliativ behandling hjemme.                          | Kvalitativ    | Faktorer som bidro til trygghet for pårørende:<br>- Helsepersonellens fysiske tilstedeværelse, tilgjengelighet, tillit til helsepersonell og organisering av helsetjenestene.<br>- Delt omsorgsbyrde og noen å sparre med om tanker og bekymringer.<br>- At helsepersonellet var kvalifisert og hjelpsomt, og hadde kunnskap, kompetanse, tydelige rolle- og ansvarsfordelinger, gode språkferdigheter, åpen kommunikasjon og god informasjonsflyt.                             | - Vurdert i sjekklister for kvalitativ studie fra helsebiblioteket.<br>9/9 poeng. |

## 4.2 Syntese av resultatene

Hovedresultatene i forskningsartiklene viste at tilgjengelighet, kommunikasjon, avlastning fra omsorgsbyrde, kompetanse, informasjon og tillit var faktorer som bidro til trygghet hos pårørende. Tilgjengelighet ved at pårørende kunne ringe sykepleier ved behov, og at sykepleieren hadde faglig kompetanse til å gi symptombehandling bidro til trygghet. Flere av artiklene trakk inn viktigheten av at sykepleiere avlaster pårørende fra omsorgsbyrden. Informantene oppga at de ikke var vant til å utføre omsorgsoppgaver. Ved at sykepleier overtok medisineringen, kunne pårørende fokusere på andre omsorgsoppgaver. Tilstrekkelig og forståelig informasjon og kommunikasjon bidro til trygghet for pårørende. Informasjonen måtte være ærlig, realistisk og bli gitt til rett tid. Tillit ble blant annet utviklet gjennom kontinuitet i hvilke sykepleiere pårørende hadde kontakt med.

## 5 Diskusjon

Hovedresultatene i forskningsartiklene fra litteraturstudien har vært styrende for oppbygningen av resultatdiskusjonen. Diskusjonen er bygd opp etter rekkefølgen på hvilke funn som var mest fremtredende. Resultatene som diskuteres er trukket ut av artiklene på bakgrunn av følgende problemstilling: *“Hvilke faktorer bidrar til trygghet hos pårørende til hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase?”*. Metodediskusjonen vektlegger styrker og svakheter ved litteraturstudie, egen søkeprosess og de utvalgte artiklene.

### 5.1 Resultatdiskusjon

#### 5.1.1 Tilgjengelighet

Tilgjengelighet ble trukket frem som en trygghetsskapende faktor i alle de fire forskningsartiklene (Barlund et al., 2021; Milberg & Friedrichsen, 2017; Milberg et al., 2012; Totman et al., 2015). Tilgjengeligheten var viktig for å vite at pårørende kunne få kontakt med noen ved akutte behov (Milberg & Friedrichsen, 2017, s. 2271). Informantene i en studie uttrykte viktigheten av å ha helsepersonell som var fysisk til stede og tilgjengelige i den palliative fasen (Barlund et al., 2021, s. 3). En informant oppga at å ha en sykepleier som var tilgjengelig ga “den beste følelsen av trygghet” (Milberg & Friedrichsen, 2017, s. 2270). Viktigheten av tilgjengelighet er i tråd med Joyce Travelbees beskrivelse av å vise omsorg til pårørende ved å være tilgjengelig (Travelbee, 1971/1999, s. 259). Litteraturen understreker at sykepleieres grad av tilgjengelighet påvirker pårørendes opplevelse av trygghet (Brenne & Estenstad, 2016, s. 167). Sykepleieres tilgjengelighet er avgjørende for å muliggjøre hjemmedød (Brenne & Estenstad, 2016, s. 168). Det å få være hjemme kan gi fred og ro, som samsvarer med denne oppgavens beskrivelse av trygghet (Gustafsson, 2021, s. 94). Å være tilgjengelige overfor pårørende til alvorlig syke er spesielt viktig siden det er ett av få tiltak som bidrar til å lette den krevende situasjonen de står i (Sæteren, 2017, s. 262). Tilgjengelige sykepleiere kan altså bidra til trygghet hos pårørende.

Behovet for tilgjengelighet er ulikt, og må derfor tilpasses. Sykepleiere behøvde ikke nødvendigvis å være fysisk tilstedeværende. Noen kjente på trygghet bare ved å vite at de kunne ringe dem (Milberg & Friedrichsen, 2017, s. 2271). Fysisk tilstedeværelse kunne likevel være avgjørende ved sykdomsforverring. Pårørende opplevde trygghet, ved å vite at pasienten ble tatt hånd om (Milberg & Friedrichsen, 2017, s. 2271). Mulighet for døgnbasert

kontakt var for mange pårørende en avgjørende faktor for å kunne ha kreftpasienten hjemme (Barlund et al., 2021, s. 7). Informantene trengte å vite hvem de skulle henvende seg til for å kunne føle seg trygge (Milberg et al., 2012, s. 889). Gjennom telefonkontakt hadde de umiddelbar tilgang på kompetanse rundt pasientens symptomer og nødvendige ressurser (Milberg et al., 2012, s. 889). Litteraturen påpeker at pårørende trenger forsikringen om at noen er tilgjengelige for deres henvendelser døgnet rundt (Birkeland & Folvik, 2018, s. 192; Brenne & Estenstad, 2016, s. 167). Hjemmesykepleien preges av tidspress (Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s. 41-42), og derfor kan organisering av tjenestene bli viktig. Sykepleiere har ikke ubegrenset tid når de er hjemme hos pasienten og er ikke fysisk til stede gjennom hele den palliative fasen. Da er mulighet for døgkontinuerlig kontakt grunnleggende for pårørendes opplevelse av trygghet (Fjørtoft, 2016, s. 81). Mottakerne av hjemmesykepleien har varierende behov (Fjørtoft, 2016, s. 190). Dette kan medføre at behovet for tilgjengelighet ikke nødvendigvis samsvarer med tiden sykepleierne har til rådighet. Pårørende må involveres i tråd med personsentrert sykepleie (Cronenwett et al., 2007, s. 123). Når behovene varierer, må sykepleiere bruke faglig skjønn for å prioritere sine ressurser (Fjørtoft, 2016, s. 190). Hjemmesykepleien skaper trygghet ved å tilrettelegge for tilgjengelighet ut fra pårørendes behov.

### **5.1.2 Avlastning fra omsorgsbyrde**

Avlastning fra omsorgsbyrden var et gjennomgående behov som bidro til trygghet for pårørende (Milberg et al., 2012, s. 889). Flere pårørende opplevde at å ha pasienten hjemme i palliativ fase var et stort ansvar. De følte at de måtte ta ansvar for å administrere rette legemidler, skaffe riktig utstyr og tilse at pasienten fikk rett behandling (Barlund et al., 2021, s. 5). En konsekvens av å ha pasienten hjemme, er at pårørende har en tendens til å nedprioritere selvivaretakelse for å tilrettelegge for pasientens behov (Birkeland & Folvik, 2018, s. 80; Totman et al., 2015, s. 500). Noen beskrev situasjonen sin som en altopplukende jobb som opptok dem hvert våkne øyeblikk (Totman et al., 2015, s. 500). Avlastning kan føre til trygghet, og sykepleiere må ha fokus på dette området i samhandling med pårørende (Milberg et al., 2012, s. 889). Pårørendes behov for avlastning kan bli stort når en de står nær er i palliativ fase (Birkeland & Folvik, 2018, s. 186). På en annen side preges hjemmesykepleien av mangel på tid (Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s. 41-42), som kan være til hinder for å imøtekomme pårørendes behov for avlastning. Samtidig skal helse- og omsorgstjenestene bidra med avlastning som en del av det forebyggende arbeidet for å ivareta

pårørende til pasienter med alvorlig sykdom (Helsedirektoratet, 2017, s. 78-79). Avlastning skal forebygge overbelastning av pårørende ved å gi rom for eksempelvis fritid, søvn, aktiviteter, jobb og familieliv. Sykepleiere bør ha dialog med pårørende og være oppmerksomme overfor deres avlastningsbehov og tilpasse avlastningen etter det (Helsedirektoratet, 2017, s. 11-12). Avlastningstiltak overfor pårørende med krevende omsorgsoppgaver er et lovpålagt tilbud i henhold til Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §3-6).

Balanse mellom deltakelse og avlastning var viktig for flere pårørende. Mange pårørende ønsket å bidra, men uttrykte utfordringer knyttet til nye omsorgsoppgaver (Milberg et al., 2012, s. 890). Noen opplevde det som trygt at helsepersonell overtok all behandling (Barlund et al., 2021, s. 6). En balanse mellom deltakelse og avlastning bidro til trygghet for andre (Milberg et al., 2012, s. 890-891). Individuelt tilpasset avlastning kunne innebære at sykepleiere utførte medisinerer, sårstell eller vurdering av pasientens tilstand (Milberg et al., 2012, s. 890). Bekreftelse på at man gjorde det rette, var for noen pårørende en form for avlastning (Milberg et al., 2012, s. 890; Totman et al., 2015, s. 500). Sykepleiernes fysiske tilstedeværelse i hjemmet var nok avlastning for andre. Når de var til stede kunne pårørende gå seg en tur eller gjøre praktiske oppgaver fordi de hadde tillit til at sykepleierne var kompetente (Milberg & Friedrichsen, 2017, s. 2271-2272). Å kunne dele ansvaret, diskutere beslutninger og ha mulighet til å drøfte tanker og bekymringer ble sagt til å være viktig for pårørendes følelse av trygghet (Barlund et al., 2021, s. 4). Hjemmesykepleie medfører at pårørende opplever større ansvar enn på institusjon (Birkeland & Folvik, 2018, s. 78). Pårørendes behov for deltakelse i palliasjon varierer grunnet ulike ønsker og ressurser (Birkeland & Folvik, 2018, s. 79). Sykepleiere må derfor respektere hvordan pårørende ønsker å samarbeide med hjemmesykepleien (Birkeland & Folvik, 2018, s. 78). Individuell involvering av pårørende er i tråd med det som forventes ut fra personsentrert sykepleie (Cronenwett et al., 2007, s. 123). Voksne pårørende med belastende omsorgsoppgaver skal tilbys individuell tilpasset støtte og avlastning, oppfølging og veiledning (Helsedirektoratet, 2017, s. 6). Dette viser at et tilpasset tilbud med balanse mellom avlastning fra omsorgsbyrde og deltakelse i palliasjon til pasienten fører til trygghet for pårørende.



### 5.1.3 Kommunikasjon

Forskningsartiklene viste at kommunikasjon var en trygghetsskapende faktor for pårørende til pasienter i palliativ fase. Åpen dialog og felles forståelse av situasjonen var viktig (Barlund et al., 2021, s. 6). Å forstå hva sykepleiere sa og selv bli forstått var viktig for pårørendes opplevelse av trygghet (Barlund et al., 2021, s. 6). Pårørende satt pris på at noen tok seg tid til å forklare grundig (Totman et al., 2015, s. 501-502). Kommunikasjonsprosessen går ut på å motta og gi informasjon (Reitan, 2017a, s. 104). Sykepleieren sender ut et budskap som pasient og pårørende mottar, og responderer med å vise at innholdet er forstått (Reitan, 2017a, s. 105). Det høye arbeidstempoet i hjemmesykepleien kan være en begrensning for den gode samtalen (Fjørtoft, 2016, s. 164). Samtidig er kommunikasjon med pårørende en nødvendighet for å skape relasjoner (Norås, 2017, s. 315). Tillitsfulle relasjoner skaper trygghet (Gustafsson, 2021, s. 95). Travelbee beskriver kommunikasjon som et viktig redskap for å etablere et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1971/1999, s. 135). Aktiv lytting er grunnleggende innen kommunikasjon, slik at pårørende får satt ord på sine behov (Eide & Eide, 2017, s. 118). Dermed kan effektive tiltak iverksettes slik at de kan mestre hjemmesituasjonen (Norås, 2017, s. 319). Tilpasset kommunikasjon til pårørende, inngår i personsentrert sykepleie (Cronenwett et al., 2007, s. 123). Kommunikasjon er altså en viktig faktor for trygghet og relasjonsbygging som sykepleiere må prioritere.

Informantene påpekte viktigheten av sykepleieres kommunikasjonsferdigheter (Milberg et al., 2012, s. 891). Det var viktig for pårørende å snakke åpent og realistisk om pasientens gjenværende levetid. Likevel var dette et vanskelig tema for mange (Barlund et al., 2021, s. 4). Flere ønsket at sykepleiere skulle ta opp vanskelige temaer, som døden, slik at pårørende fikk mulighet til å oppfylle pasientens siste ønsker (Barlund et al., 2021, s. 5). Dårlig kommunikasjon om pasientens prognose førte til forvirring og en følelse av at viktig informasjon ble tilbakeholdt (Totman et al., 2015, s. 502). Palliativ fase er krevende og ukjent for pårørende, det kan føre til at de opplever å være i en langvarig "beredskapsposisjon" (Grov, 2017, s. 255). Dersom sykepleiere klarer å kommunisere empatisk og støttende, kan situasjonen likevel bli mer håndterbar (Heyn, 2019, s. 363). Gode kommunikasjonsferdigheter inngår i kompetansekravene fra Helsedirektoratet (2015, s. 154). Kommunikasjonen må være styrt av etiske verdier og prinsipper, samt legge vekt på informasjonsformidling for å skape trygghet (Fjørtoft, 2016, s. 179). Sykepleiere bør altså inneha gode kommunikasjonsferdigheter for å skape trygghet.

#### 5.1.4 Informasjon

Sykepleiere som informerer pårørende, må være bevisst på balansen mellom å skåne og skremme. Pårørende som var godt informert, opplevde å ha mental og praktisk beredskap fremfor bekymringer for det ukjente (Milberg et al., 2012, s. 891). Mangel på informasjon, uklar informasjon, og informasjon som ble gitt for sent førte til utrygghet for pårørende (Barlund et al., 2021, s. 5). På den ene siden skaper tilstrekkelig informasjon trygghet (Brenne & Estenstad, 2016, s. 167). På den andre siden kan overdreven informasjon, eller uforståelig informasjon, føre til uro (Gustafsson, 2021, s. 104). Informasjon angående sykdom, prognose og praktiske løsninger øker tryggheten for pårørende (Birkeland & Folvik, 2018, s. 195). En felles forståelse rundt sykdommen kan være nyttig for pårørende og kreftpasienter som lever tett på hverandre (Grov, 2017, s. 261). Å gi informasjon om pasientens tilstand til pårørende forutsetter at pasienten har gitt samtykke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-3). Det kommer frem at informasjonen må tilpasses pårørendes behov for at det skal være trygghetsskapende.

Mange informanter ønsket informasjon om hvordan håndtere situasjonen, og om hvilken støtte hjemmetjenesten kunne gi (Milberg et al., 2012, s. 891). Tidspunktet informasjonen ble gitt på, avgjorde om pårørende følte seg forberedt (Milberg et al., 2012, s. 891). Informantene trodde det kunne økt tryggheten dersom helsepersonell ga informasjon om hva som var vanlig i palliativ fase (Barlund et al., 2021, s. 6). Likevel erfarte flere pårørende manglende informasjon om hva man kan forvente. Dette opplevde de som bekymringsfullt siden de ikke hadde daglig kontakt med hjemmesykepleien (Barlund et al., 2021, s. 6). Manglende informasjon svekker tillit i relasjoner, og det kan igjen påvirke trygghetsfølelsen (Gustafsson, 2021, s. 104). Sykepleiere skal ivareta pårørendes rett til informasjon, i henhold til Yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2019). Dette omfatter blant annet rettighetene de har ut fra sin rolle som pårørende til alvorlig syke (Helsedirektoratet, 2015, s. 30). Pårørende må få konkrete råd relatert til rollen som omsorgsgiver (Birkeland & Folvik, 2018, s. 188). Pårørende har også rett på tilstrekkelig veiledning og rådgiving (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-6). Veiledende informasjon inngår i sykepleierens undervisende funksjon (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 9). Personsentrert sykepleie omhandler også å gi undervisning til pårørende (Cronenwett et al., 2007, s. 123). Sykepleierens informasjon og den undervisende funksjonen kan bidra til at pårørende blir trygge i sin rolle.

Informasjon om hva man kan forvente i palliativ fase bør gis på en sensitiv og individualisert måte (Milberg et al., 2012, s. 891). Pårørende opplevde det eksempelvis som lite hensiktsmessig å motta brosjyrer med mange vanskelige fremmedord (Barlund et al., 2021, s. 6). Informasjonen som gis om pasientens situasjon må være tydelig og ærlig, og må gis på en tilpasset måte (Sæteren, 2017, s. 244). Dersom viktige endringer ikke formidles fra sykepleiere, kan det bidra til utrygghet hos pårørende (Helsedirektoratet, 2015, s. 39). Tilpasset informasjon er en del av det å utøve personsentrert sykepleie (Cronenwett et al., 2007, s. 123). Å ikke ha kontroll på hva som skal skje, medfører usikkerhet for pårørende (Gustafsson, 2021, s. 95). I motsatt tilfelle kan informasjon gi økt sikkerhet, som inngår i trygghetsbegrepet (Segesten, 2016, s. 147). Informasjon som gis på en empatisk og støttende måte, kan bidra til å gjøre situasjonen mer håndterbar for pårørende (Heyn, 2019, s. 363). Trygghetsskapende informasjon forutsetter at det som blir sagt også blir forstått (Birkeland & Folvik, 2018, s. 195). Sykepleiere må altså gi informasjon til pårørende ut fra deres forutsetninger for at det skal være trygghetsskapende.

### **5.1.5 Kompetanse**

Pårørende trakk frem kompetente sykepleiere som en trygghetsskapende faktor (Barlund et al., 2021, s. 5). Informantene uttrykte at kunnskap og kompetanse er viktige kriterier å ha som sykepleier (Barlund et al., 2021, s. 5). Noen av informantene ønsket at sykepleiere med palliativ kompetanse ble introdusert tidligere i kreftforløpet (Barlund et al., 2021, s. 6). Tidspunkt for når man skal integrere palliasjon i et kreftforløp er omdiskutert (Kaasa & Lund, 2016, s. 137). Integrasjon av palliasjon forbedrer symptomkontroll, reduserer angst og øker pårørendes livskvalitet (Kaasa & Lund, 2016, s. 136). Fordeling av kompetanse kan være en utfordring i hjemmesykepleien (Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s. 43). Samtidig bidrar sykepleiernes faglige kompetanse til trygghet i en utrygg situasjon (Lersveen & Devik, 2021, s. 8). Sykepleiere må utføre oppgaver tilsvarende deres kompetanse, samtidig som tiden må utnyttes effektivt (Fjørtoft, 2016, s. 222). Travelbee trekker inn viktigheten av en intellektuell tilnærming. Dette handler om at sykepleieren må å ha kunnskap og innsikt (Travelbee, 1971/1999, s. 42). Kompetanse er tett knyttet opp til kunnskap, og omhandler personers kvalifikasjoner innenfor et bestemt fagområde (Kristoffersen, 2021, s. 170). Sykepleiere er pålagt å utføre sitt arbeid faglig forsvarlig ut fra egne kvalifikasjoner og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven, 1999, §4). Sykepleieutøvelsen skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap (Norsk sykepleierforbund, 2019). Kompetansekravene fra

Helsedirektoratet tilsier at sykepleiere som møter pårørende skal ha kunnskap knyttet til palliasjon (Helsedirektoratet, 2015, s. 154). Her tydeliggjøres viktigheten av at også sykepleiere med grunnutdanning har kompetanse innen palliasjon for å øke trygghet hos pårørende.

Pårørende trakk frem viktigheten av sykepleieres kompetanse til å lindre pasientens symptomer når det var nødvendig (Barlund et al., 2021, s. 5; Milberg et al., 2012, s. 889-890). Trygghetsfølelsen til pårørende var avhengig av tilgjengelig kompetanse for å takle utfordringer (Milberg et al., 2012, s. 892). De ble lettet dersom sykepleieren viste kompetanse til å gi medisiner eller iverksette andre smertelindrende tiltak (Barlund et al., 2021, s. 5). Når sykepleieren viser manglende evne til å hjelpe, skapes utrygghet hos pårørende (Gustafsson, 2021, s. 95). Hvis sykepleieren derimot viser tilstrekkelig kompetanse, gir det tillit, som igjen skaper trygghet (Gustafsson, 2021, s. 94). Sykepleieren skal gi omsorgsfull hjelp og lindre lidelse, og har et faglig ansvar for egen fagutøvelse (Norsk sykepleierforbund, 2019). Symptomlindring fremkommer i Helsedirektoratets kompetansekrav (Helsedirektoratet, 2015, s. 154). Sykepleiere skal avklare pårørendes forventninger til smertelindring, samt iverksette effektive tiltak i tråd med personsentrert sykepleie (Cronenwett et al., 2007, s. 123). Slik kan målet med sykepleierens lindrende funksjon oppnås, som fremmer menneskers følelse av velvære og trygghet (Kristoffersen et al., 2021, s. 20). Dette fremhever viktigheten av sykepleierens lindrende funksjon overfor pårørende i relasjon til trygghet.

### **5.1.6 Tillit**

Utviklingen av tillitsbaserte relasjoner til sykepleiere var en trygghetsskapende faktor for mange pårørende (Milberg & Friedrichsen, 2017, s. 2269-2270; Milberg et al., 2012, s. 889). Litteraturen antyder også at tillitsfulle relasjoner skaper trygghet (Gustafsson, 2021, s. 93). Tillit kan blant annet være avgjørende for hvordan pårørende mottar informasjon fra sykepleiere (Brenne & Estenstad, 2016, s. 168). Mellommenneskelige relasjoner er viktige innen palliasjon (Birkeland & Folvik, 2018, s. 189). Menneske-til-menneske-forhold innebærer å etablere og opprettholde et forhold mellom sykepleier og pasient, og deres pårørende (Travelbee, 1971/1999, s. 178). Menneskene skal bli sett på som unike individer og den enkeltes og familiens behov blir ivaretatt (Travelbee, 1971/1999, s. 178). Det kan antydes at tillit i relasjoner til sykepleiere er av betydning for pårørendes trygghet.

Kontinuitet trekkes frem som en tillitsskapende faktor i flere av artiklene (Milberg & Friedrichsen, 2017, s. 2270; Milberg et al., 2012, s. 889). Med kontinuitet menes det at pårørende ofte var i kontakt med de samme personene slik at de ble kjent. Tillit ble etablert gjennom at sykepleiere kjente til sykdomsbildet, men også andre personlige faktorer hos pasient og pårørende (Milberg & Friedrichsen, 2017, s. 2270). Mangel på kontinuitet er en utfordring i hjemmesykepleien siden besøkene i hjemmet ofte er korte og utføres av ulike ansatte (Birkeland & Folvik, 2018, s. 74). Likevel bør sykepleiere etterstrebe å opprettholde kontinuitet, spesielt i komplekse kreftforløp (Birkeland & Folvik, 2018, s. 74). Hjemmesykepleiere kan oppnå kontinuitet gjennom samarbeid med pårørende. Da kan de tilrettelegge for riktig grad av kontinuitet ut fra deres behov (Gjevjon, 2015, s. 23-24). Gjennom å tilrettelegge for kontinuitet kan sykepleiere få tillit fra pårørende, som igjen bidrar til trygghet.

Tillit henger sammen med flere av de nevnte hovedfaktorene som bidrar til trygghet. Tilgjengelighet, kompetanse og kommunikasjonsferdigheter trekkes frem som spesielt tillitsskapende (Milberg et al., 2012, s. 889). Sykepleiere måtte vise gode kommunikasjonsferdigheter for å skape tillit (Milberg et al., 2012, s. 889). Det var viktig å ha kompetanse til å håndtere problemstillinger som oppstod i palliativ fase (Milberg & Friedrichsen, 2017, s. 2270). I motsatte tilfeller ble tilliten svekket, blant annet hvis sykepleiere ikke oppfattet endringer i pasientens tilstand (Barlund et al., 2021, s. 5). Dette medførte stress, utmattelse og utrygghet for pårørende. Informantene følte da at de måtte overvåke pasienten kontinuerlig i frykt for å gå glipp av viktige endringer (Barlund et al., 2021, s. 5). Når pårørende hadde tillit til sykepleierens kompetanse, kunne de i større grad la sykepleieren overta ansvaret. Fysisk tilstedeværelse opplevdes da som avlastende for pårørende (Milberg & Friedrichsen, 2017, s. 2271-2272). Tillit fremheves som en trygghetsskapende faktor som henger sammen med flere av hovedresultatene fra forskningsartiklene.

## **5.2 Metodediskusjon**

### **5.2.1 Litteraturstudie**

Litteraturstudier kjennetegnes ved at kunnskap samles, gjennomgås kritisk og sammenfattes som helhet (Thidemann, 2019, s. 77). Sykepleie skal bygge på oppdatert forskning for å sikre kunnskapsbasert praksis (Meld. St. 10 (2012-2013), s. 23; Norsk sykepleierforbund, 2019).

Dermed kan det være hensiktsmessig for sykepleierstudenter å få innsikt i hvordan utføre en litteraturstudie. En svakhet ved litteraturstudie som metode kan være mangel på objektivitet. Personlige forutinntatte ideer om resultatene må tas hensyn til når man skal besvare en problemstilling (Popenoe et al., 2021, s. 181). Relevante resultater skal presenteres uten å ekskludere det man ikke er enig med (Popenoe et al., 2021, s. 183). På bakgrunn av våre erfaringer som pårørende, har vi fokusert på ivaretagelse av objektivitet.

Oppgaven har en begrensning på at 4-6 artikler kan inkluderes fra litteraturstudien. Dette kunne ført til at relevante artikler måtte ekskluderes. Likevel fant vi fire artikler som svarte tilstrekkelig på vår problemstilling. Dermed unngikk vi å måtte ekskludere ytterligere artikler. Relevansen av de fire artiklene knyttet til problemstillingen anses som en styrke ved denne litteraturstudien. Videre er det satt en ordramme på 7000-9000 ord. Dette kan føre til at vi ikke får gått i dybden på områder som gjerne skulle vært diskutert om det var flere ord til rådighet. På en annen side kan avgrensinger være hensiktsmessig for å gå i dybden på valgt problemstilling (Thidemann, 2019, s. 44).

### **5.2.2 Litteratursøk**

Det ble vektlagt å trekke ut meningsbærende elementer fra problemstillingen og bruke det som grunnlag for valg av søkeord. Sammenhengen mellom søkeord og problemstillingen anses som en styrke ved litteratursøket. Bruken av søkeord relatert til “trygghet” er trukket frem i beskrivelsen av søkeprosessen. Da søkeordene “Secure” og “Safety” ble brukt i Cinahl, fikk vi få treff. Mangel på treff kan ha sammenheng med en for snever problemstilling. Samtidig er avgrensning av problemstilling viktig for å kunne gå i dybden (Dalland, 2020, s. 221). Vi så oss nødt til å fjerne disse søkeordene for å få et bredere utvalg av relevante forskningsartikler, og heller ha trygghet som et inklusjonskriterie. Søket i PubMed derimot, ga 33 treff da vi søkte med “Secure” og “Safety” og vi valgte derfor å benytte søkeordene der. Vi har i ettertid vurdert om vi burde ha fjernet disse søkeordene i PubMed også, blant annet for å få flere relevante treff. Det er ønskelig å få opp mest mulig relevante forskningsartikler, og minst mulig som er irrelevant for problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 88). Dersom søkeordene “Secure” og “Safety” ikke ble brukt i PubMed, ga det 684 treff. Vi vurderte det som en uheldig mengde forskningsartikler å gjennomgå. Derfor var det antakeligvis hensiktsmessig å benytte disse søkeordene i PubMed likevel.

### **5.2.3 Utvelgelse av artikler**

Begge kandidatene bidro aktivt i prosessen med utvelgelse av artikler. Dette var en tidkrevende prosess, så det kunne ha vært fordelaktig om kun én av oss hadde brukt tid på dette. På en annen side er det hensiktsmessig for en presis utvelgelsesprosess at flere personer vurderer artiklene og resultatene (Popenoe et al., 2021, s. 183).

Det er tatt valg i utvelgelsen av forskningsartikler som har bidratt til å påvirke utvalget. Vi ønsket å finne studier som hadde overførbarhet til norske forhold. Opplevelsen av trygghet kan variere ut fra miljøet mennesker lever i (Gustafsson, 2021, s. 99). Samtidig er det tatt høyde for at trygghet er et subjektivt fenomen. Vi var nødt til å se på studier gjort utenfor Norge for å samle tilstrekkelig med relevant forskning, men valgte da å kun inkludere europeiske studier. Ekskludering av studier gjort utenfor Europa, kan ha medført at relevante resultater ikke er tatt i betraktning i denne litteraturstudien. Organisering av helse- og omsorgstjenester kan skille seg fra Norge, selv om artiklene er fra Europa. På en annen side er det brukt forskningsartikler fra Norden og Storbritannia. Disse landene har likheter knyttet til organisering av helse- og omsorgstjenestene (Meld. St. 26 (2014-2015), s. 29).

### **5.2.4 Styrker og svakheter ved de inkluderte artiklene**

De fire inkluderte forskningsartiklene benyttet kvalitativ metode. Kvalitative studier er hensiktsmessige for å besvare problemstillinger som skal undersøke opplevelser (Thidemann, 2019, s. 76). Fordelen med kvalitative studier er at man får dybdekunnskap om et tema (Thidemann, 2019, s. 76). Kvalitativ metode innhenter opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2020, s. 54). Likevel anses kvalitative studier som relevante for å besvare problemstillingen i denne oppgaven. De ulike forskningsartiklene presenterte flere av de samme faktorene som bidrar til pårørendes opplevelse av trygghet. Dermed kan antakelig resultatene ha overføringsverdi for flere pårørende til kreftpasienter i palliativ fase.

Forskningsartiklene har ulik redegjørelse av interessekonflikt. Artiklene av Milberg et al. (2012) og Milberg & Fredrichsen (2017) erklærer at det ikke har vært noen interessekonflikt i forskningsarbeidet, men det kunne til fordel vært en utdypelse av forskernes forutsetninger. Barlund et al. (2021) beskriver at flere av forskerne hadde tidligere erfaring med kvalitativ forskning, og at de ikke har noen konkurrerende interesser. Likevel kunne det vært en grundigere utdypelse av forskernes erfaringer og forutsetning. Totman et al. (2015) adresserer

forskernes rolle i studien og veier perspektiver ved dette. De fleste forskerne var praktiserende helsepersonell og måtte derfor være bevisst den innflytelsen faglige erfaringer kunne ha på analysen. Samtidig kan antakelig bakgrunnen som helsepersonell skape gode forutsetninger for å diskutere fagfeltet.

To av artiklene omhandler ikke kun pårørende til kreftpasienter (Milberg & Friedrichsen, 2017; Milberg et al., 2012). Artiklene inkluderer pårørende til pasienter med andre sykdommer, og det kan da diskuteres om det vil være andre faktorer som bidrar til trygghet for deres pårørende. Likevel var flertallet av informantene pårørende til kreftpasienter, derfor anses artiklene som aktuelle for problemstillingen. De samme to artiklene hadde informanter som både var pasienter og pårørende. Forskerne erklærte at resultatene var overlappende fra de to informantgruppene. Det pasientene opplevde som trygghetsskapende blir presentert sammen med det pårørende erfarte (Milberg & Friedrichsen, 2017; Milberg et al., 2012). Her måtte vi være nøye med å velge ut resultater som hadde tydelig relevans for pårørende (Popenoe et al., 2021, s. 181).



## 6 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven er å besvare problemstillingen: *“Hvilke faktorer bidrar til trygghet hos pårørende til hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase?”*.

Pårørende har en sentral rolle når pasienten tilbringer palliativ fase hjemme (Helsedirektoratet, 2015, s. 26). At pårørende opplever trygghet, er en viktig forutsetning. Pårørende kan ha økende behov for støtte fra sykepleiere ved livstruende sykdom (Helsedirektoratet, 2017, s. 3). Forskningsartiklene viser, i tråd med litteraturen, at tilgjengelighet, avlastning fra omsorgsbyrde, god kommunikasjon og informasjon, kompetanse og tillit er faktorer som bidrar til trygghet hos pårørende.

Denne litteraturstudien har flere implikasjoner for sykepleiepraksis. Det er identifisert flere faktorer som bidrar til pårørendes opplevelse av trygghet. Trygghet hos pårørende er avgjørende for at kreftpasienter skal kunne tilbringe mest mulig tid hjemme i palliativ fase. Derfor er det sentralt at sykepleiere i hjemmesykepleien har kunnskap om trygghetskapende faktorer. Som kommende sykepleiere tar vi med oss kunnskapen om hvilke faktorer som bidrar til trygghet hos pårørende til hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase.

Det kan konkluderes med at sykepleier må være fysisk tilstedeværende, samt tilgjengelig ved å kunne ta kontakt dersom pårørende har behov for det. Sykepleiere må overta omsorgsoppgaver, slik at pårørende får avlastning til å ta vare på seg selv. Gode kommunikasjonsferdigheter, samt ærlig og realistisk informasjon som gis til rett tid er viktig for trygghet. Pårørende vil dermed føle seg inkludert og forberedt på perioden som venter dem. Sykepleiere med kompetanse til å lindre pasientens symptomer og plager vil redusere bekymringene til pårørende. Kontinuitet, tilgjengelighet, kompetanse og informasjonsflyt bidrar til å skape tillitsbaserte relasjoner. Tillit til sykepleierne er igjen en viktig faktor som bidrar til trygghet. Oppsummert kan sykepleiere bidra til trygghet gjennom å skape tillit, være tilgjengelige og kompetente. Sykepleiere må i tillegg gi pårørende tilstrekkelig informasjon, kommunisere og avlaste dem fra omsorgsbyrden. Jevnt over har vi sett at personsentrert sykepleie er sentralt for at disse faktorene skal bidra til trygghet for den enkelte.

## 7 Referanseliste

- Barlund, A. S., André, B., Sand, K. & Brenne, A.-T. (2021). A qualitative study of bereaved family caregivers: Feeling of security, facilitators and barriers for rural home care and death for persons with advanced cancer. *BMC Palliative Care*, 20(7), 1-12.  
<https://doi.org/10.1186/s12904-020-00705-y>
- Birkeland, A. & Folvik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Brenne, A.-T. & Estenstad, B. (2016). Hjemmedød. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (2. utg., s. 161-171). Gyldendal Akademisk.
- Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., Sullivan, D. T. & Warren, J. (2007). Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55(3), 122-131. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2007.02.006>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Gjevjon, E. R. (2015). Kontinuitet i hjemmesykepleien: Vanskelige vilkår, men gode muligheter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(1), 18-26.  
<https://doi.org/10.18261/ISSN2387-5984-2015-01-06>
- Gjevjon, E. R. & Fjørtoft, A.-K. (2016). Hjemmesykepleietjenesten. I K. Glavin & E. R. Gjevjon (Red.), *Sykepleie i kommunehelsetjenesten: Helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie* (s. 38-54). Fagbokforlaget.
- Glavin, K. & Gjevjon, E. R. (Red.). (2016). *Sykepleie i kommunehelsetjenesten: Helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie*. Fagbokforlaget.
- Grov, E. K. (2016). Om å være pårørende. I A. K. T. Heggestad & U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 2: Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4. utg., s. 327-345). Cappelen Damm Akademisk.
- Grov, E. K. (2017). Pårørende. I A. M. Reitan & T. K. Schølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient, Utfordring, Handling* (4. utg., s. 251-266). Cappelen Damm Akademisk.
- Grov, E. K. & Lorentsen, V. B. (2022). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (6. utg., s. 475-520). Gyldendal.

- Grønseth, R. & Nortvedt, P. (2022). Klinisk sykepleie: Funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (6. utg., s. 1-22). Gyldendal.
- Gustafsson, S. R. (2021). Trygghet. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov og helse* (4. utg., s. 93-107). Gyldendal.
- Haugen, D. F. & Aass, N. (2016). Organisering av palliative tilbud. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (2. utg., s. 112-125). Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2014). *Palliasjon til barn og unge*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-til-barn-og-unge>
- Helsedirektoratet. (2015). *Palliasjon i kreftomsorgen: Handlingsprogram*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>
- Helsedirektoratet. (2017). *Pårørendeveileder: Nasjonal veileder*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parendeveileder>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Heyn, L. (2019). Kommunikasjon: Menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 363-398). Cappelen Damm Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2021). Sykepleie: Kunnskap og kompetanse. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Fag og funksjon* (4. utg., s. 169-224). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., Steindal, S. A. & Grimsø, G. H. (2021). Introduksjon til sykepleie som fag og tjeneste. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Fag og profesjon* (4. utg., s. 15-28). Gyldendal.
- Kaasa, S. & Loge, J. H. (Red.). (2016a). *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kaasa, S. & Loge, J. H. (2016b). Palliativ medisin: En innledning. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., s. 34-50). Gyldendal Akademisk

- Kaasa, S. & Lund, J.-Å. (2016). Standardiserte pasientforløp og integrasjon mellom onkologi og palliasjon. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., s. 126-138). Gyldendal Akademisk.
- Lersveen, G. L. & Devik, S. A. (2021). Opplevelse av trygghet i hjemmebasert palliativ omsorg: pasienters og pårørendes perspektiv. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 7(3), 1-15. <https://doi.org/https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-03-05>
- McCance, T. & McCormack, B. (2019). Personcenterad omvårdnad. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (s. 76-88). Liber.
- Meld. St. 10 (2012-2013). *God kvalitet - trygge tjenester: Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>
- Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
- Milberg, A. & Friedrichsen, M. (2017). Attachment figures when death is approaching: A study applying attachment theory to adult patients' and family members' experiences during palliative home care. *Supportive Care in Cancer*, 25(7), 2262-2274. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3634-7>
- Milberg, A., Wählberg, R., Jakobsson, M., Olsson, E.-C., Olsson, M. & Friedrichsen, M. (2012). What is a 'secure base' when death is approaching? A study applying attachment theory to adult patients' and family members' experiences of palliative home care. *Psycho-Oncology*, 21(8), 886-895. <https://doi.org/10.1002/pon.1982>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Norås, I. L. (2017). Kreftsjukepleie i heimen. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsjukepleie: Pasient, Utfordring, Handling* (4. utg., s. 303-328). Cappelen Damm Akademisk.
- NOU 2017: 16. (2017). *På liv og død: Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/995cf4e2d4594094b48551eb381c533e/nou-2017-16-pa-liv-og-dod.pdf>
- Nyblom, S., Benkel, I., Carling, L., Löfdahl, E., Molander, U. & Öhlén, J. (2022). Pandemic impact on patients with advanced non-COVID-19 illness and their family carers

- receiving specialised palliative home care: A qualitative study. *BMJ Open*, 12(5), 1-8.  
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-059577>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Popenoe, R., Langius-Eklöf, A., Stenwall, E. & Jervaeus, A. (2021). A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic Journal of Nursing Research*, 41(4), 175-186. <https://doi.org/10.1177/2057158521991949>
- Reitan, A. M. (2017a). Klinisk kommunikasjon. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 104-119). Cappelen Damm Akademisk.
- Reitan, A. M. (2017b). Kreftsykepleie. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 33-66). Cappelen Damm Akademisk.
- Reitan, A. M. & Schjølberg, T. K. (Red.). (2017). *Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling* (4. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Roaldset, A. H. & Aass, N. (2020, 16.03.2021). *Palliativ behandling*. Norsk legemiddelhandbok. [https://www.legemiddelhandboka.no/T21/Palliativ\\_behandling](https://www.legemiddelhandboka.no/T21/Palliativ_behandling)
- Segesten, K. (2016). Trygghet og utrygghet ved uklar og/eller alvorlig sykdom. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (4. utg., s. 146-158). Cappelen Damm Akademisk.
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Sæteren, B. (2017). Omsorg for alvorlig syke og døende pasienter: Sorg og sorgarbeid. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient, Utfordring, Handling* (4. utg., s. 224-250). Cappelen Damm Akademisk.
- Sørhus, G. S., Landmark, B. T. & Grov, E. K. (2016). Ansvarlig og avhengig: Pårørendes erfaringer med forestående død i hjemmet. *Klinisk Sygepleje*, 30(2), 87-100. <https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2016-02-03>
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Totman, J., Pistrang, N., Smith, S., Hennessey, S. & Martin, J. (2015). 'You only have one chance to get it right': A qualitative study of relatives' experiences of caring at home

for a family member with terminal cancer. *Palliative Medicine*, 29(6), 496-507.

<https://doi.org/10.1177/0269216314566840>

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

(Opprinnelig utgitt 1971)

Utne, I. (2021). Sykepleie i et kreftforløp. I U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 3: Utøvelse av klinisk sykepleie* (3. utg., s. 104-146). Cappelen Damm Akademisk.

World Health Organization. (2020, 05.05.2020). *Palliative Care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

# Vedlegg 1

## Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

### Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

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

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

### Om sjekklisten

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

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

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

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

### Kritisk vurdering av:

Milberg, A., Wählberg, R., Jakobsson, M., Olsson, E.-C., Olsson, M., & Friedrichsen, M. (2012). What is a 'secure base' when death is approaching? A study applying attachment theory to adult patients' and family members' experiences of palliative home care. *Psycho-Oncology*, 21(8), 886-895. <https://doi.org/10.1002/pon.1982>

## Del A: Innledende vurdering

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

Ja –  Nei –  Uklart

#### Tips:

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

#### Kommentar:

Formålet med denne studien var å bruke tilknytningsteori som et teoretisk rammeverk for å utforske pasienters og familiemedlemmers opplevelser av hva som kjennetegner palliativ hjemmetjeneste som en «sikker base» og de underliggende betydningene av å ha slike erfaringer.

Det nevnes at konseptet «en sikker base» er relevant for palliasjon, men at det så langt er få systematiske studier innen feltet. Videre fremheves det at ingen har brukt det teoretiske perspektivet til «en sikker base» for å beskrive hvordan palliative hjemmetjenester kan øke trygghetsfølelsen hos pasienter og familiemedlemmer.

Forfatterne ønsket også å bruke de aktuelle erfaringene til pasienter og familiemedlemmer til å utforske palliativ hjemmetjeneste som en «sikker base».

### 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 retter seg mot erfaringer og pasienter og familiemedlemmer. Fokus på erfaringer tilrettelegger for at en kvalitativ metode er hensiktsmessig.

### 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:**

En kvalitativ studie med 12 pasienter og 14 familiemedlemmer som ble intervjuet under pågående palliativ hjemmetjeneste. Intervjuene ble analysert med deduktiv kvalitativ innholdsanalyse. Karakteristika ved informantene presenteres og diskuteres. Metoden beskrives nøye og diskuteres, men selve valget av metode diskuteres ikke direkte.

**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 er redegjort for hvordan informantene ble valgt ut.

Deltakerne besto av et eget, usammenhengende utvalg av pasienter og familiemedlemmer, som ble rekruttert fra ulike enheter som ga palliativ hjemmehjelp i sørøst i Sverige. Det er valgt ut voksne informanter.

Informantenes karakteristika presenteres i to tabeller, en for pasienter og en for familiemedlemmer. Her beskrives alder, kjønn, diagnose hos pasienten, relasjoner til pasienten, varighet av palliativ hjemmebehandling og opplevelse av trygghet.

**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 bruker intervjuer med åpne spørsmål. Spørsmålene som ble brukt i studien presenteres. Intervjuguiden ble utviklet gjennom diskusjoner i forskningsgruppen. De tentative kategoriene og kodingen ble primært diskutert av to forskere, og deretter revidert og validert av de andre forfatterne. Setting for datainnsamlingen begrunnes ikke.

Metoden forble uendret.

Det kommer tydelig frem hvilken form dataene har. Intervjuene på 30-90 min ble gjort av fire overordnede sykepleiere, tatt opp med båndopptaker og deretter transkribert ordrett. Alle transkriberte intervjuer ble lest gjennom gjentatte ganger for å få en innledende følelse av helheten.

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

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

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

**Kommentar:**

Det nevnes at forfatterne har erklært at det ikke er interessekonflikt.

Det kunne til fordel ha vært en utdypelse av forskernes erfaringer og forutsetninger. Men det kan indirekte forstås at forskerne har relevant erfaring gjennom tilhørighet i anerkjente og relevante forskningsgrupper.

## 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 ble godkjent av den lokale forskningsetiske komiteen. Etiske standarder og etiske problemstillinger underveis i prosessen drøftes ikke ytterligere.

## 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:

I denne studien ble en deduktiv kvalitativ innholdsanalyse utført ved å bruke "en sikker base" som et teoriutledet konsept som skal utforskes i en ny kontekst (palliativ hjemmetjeneste). Analysen er i samsvar med ideen om «rettet innholdsanalyse» der eksisterende teori eller forskning kan bidra til å fokusere forskningsspørsmålet og analytisk induksjon.

Trinnene i analysen er grundig redegjort. Disse trinnene var gjennomlesing av de transkriberte intervjuene, kategoriseringsmatrise ble utviklet, ny systematisk gjennomlesing av intervjuene og elementene av intervjuene ble forkortet med bevart kjerneinnhold. Meningselementene ble tildelt en kode. Siden ble kodene sammenlignet og sortert etter forskjeller og likheter.

Under funnene presenteres motstridende data under samtlige punkter.

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

Ja –  Nei –  Uklart

## **Del B: Hva er resultatene?**

### **9. Er funnene klart presentert?**

Ja –  Nei –  Uklart

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

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

#### **Kommentar:**

Funnene diskuteres opp mot eksisterende forskning og kunnskap. Diskusjonen er grundig med tanke på utdyping og forankring av funnene.

Det kommer frem at flere av forskerne har deltatt i utarbeiding av analysen rundt funnene. Funnene diskuteres opp mot studiens problemstilling.

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

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

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

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

#### **Kommentar:**

Funnene er diskutert opp mot eksisterende litteratur og forskning. Det indikeres også føringer for fremtidig forskning.

Studien avdekker temaer som er lite belyst fra før, blant annet den underliggende betydningen for pasienter og familiemedlemmer av å oppleve palliativ hjemmetjeneste som en trygg base, når det gjelder å få en følelse av kontroll og indre ro, beholde identitet og håp, til tross for en sårbar situasjon.

## Vedlegg 2

### Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

#### Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

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

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

#### Om sjekklisten

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

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

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

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

#### Kritisk vurdering av:

Totman, J., Pistrang, N., Smith, S., Hennessey, S., & Martin, J. (2015). 'You only have one chance to get it right': A qualitative study of relatives' experiences of caring at home for a family member with terminal cancer. *Palliative Medicine*, 29(6), 496-507. <https://doi.org/10.1177/0269216314566840>

## **Del A: Innledende vurdering**

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

Ja –  Nei –  Uklart

#### **Tips:**

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

#### **Kommentar:**

Formålet med studien var å utforske de emosjonelle utfordringene som pårørende omsorgsgivere står overfor, og deres erfaringer rundt helsepersonell, fra et perspektiv av eksistensiell psykologi.

Ved å bruke det teoretiske rammeverket til eksistensiell psykologi ønsket forskerne å se på hvordan helsepersonells handlinger og manglende handlinger kan påvirke pårørendes mestring.

Forfatterne trekker behovet for ytterligere forskning ut fra tidligere artikler som konkluderer med at det er behov for kunnskap rundt tema for at helsepersonell skal kunne støtte pårørende i møte med palliasjon.

### **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 for seg opplevelser fra informantenes perspektiv. Opplevelser, følelser og erfaringer er sentralt innen kvalitativ forskning.

### **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:**

Dette er en kvalitativ studie som har brukt semistrukturerte intervjuer. Transkripsjoner av intervjuene ble analysert tematisk ved hjelp av «the framework approach».

Intervjuguiden var basert på forskningsspørsmål og retningslinjer for kvalitativ metodikk. Intervjuene ble utviklet som minimalt retningsgivende, slik at deltakere selv kunne reflektere over hva som var viktig for dem.

Forfatterne diskuterer studiens begrensninger relatert til at det var retrospektive intervjuer. Dette gjør at informantenes beretninger baserer seg på minner av følelser og opplevelser, og persepsjonen av disse kan ha endret seg over tid.

**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:**

Utvalgsstrategien er grundig redegjort.

15 deltakere av 25 kvalifiserte samtykket til deltakelse. Av de 10 som takket nei, var hovedårsakene til avslag at de ikke følte seg følelsesmessig klare til intervjuer eller ikke hadde tid til å delta.

Karakteristika ved informantene presenteres i tabell med følgende områder: kjønn, alder, etnisitet og relasjon til pasienten. Religion, utdanning, arbeid og bosituasjon kommenteres også.

Kvalifikasjoner for deltakelse:



Pasienten de var tilknyttet mottok hjemmehjelp

Pasientens død hadde vært omtrent 3 måneder tidligere for å ha en balanse mellom den umiddelbare følelsesmessige virkningen av dødsfallet reduseres, og å sikre at minnene fortsatt var tilstrekkelig nye til å gjøre det mulig å huske tilbake.

Informantene måtte være 21 år eller eldre og kunne flytende engelsk.

Rekrutteringen opphørte da det var innhentet et rikt datasett som fanget vanlige temaer samt variasjon blant pårørendes erfaringer.

## **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 ble enten utført på et hospice eller i informantenes hjem.

Det ble brukt semistrukturerte dybdeintervjuer, med ønske om minst mulig retningsgivning fra intervjuer for å på tak på informantenes egne erfaringer. Intervjuguiden var basert på retningslinjer for kvalitativ forskning.

Intervjuene varte omtrent i 1 time. Disse ble tatt opp med lyd og transkribert ordrett.

## **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:**

Forfatterne adresserer åpent forskernes rolle relatert til studiet og veier ulike perspektiver ved dette. Det bekreftes at tre av forfatterne jobber eller jobbet i palliative omsorgsteam som er involvert i forskningen. De fleste forskerne var praktiserende helsepersonell og måtte derfor være bevisst den mulige innflytelsen faglige erfaringer kunne ha på analysen.

Det ble brukt hyppige gruppediskusjoner for å reflektere over egne forforståelser. For å gi plass til alternativer var det nødvendig å se bort i fra egne antakelser. Forskerne hadde som intensjon å ikke avvise egne tanker, men å sikre at analysen ikke ble drevet egne ideer.

**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:**

Etisk godkjenning ble innhentet fra University College London Research Ethics Committee og lokalt fra Hospice Research Governance Committee.

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

Ja –  Nei –  Uklart

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

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

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

**Kommentar:**

Dataene ble analysert ved en form for teoretisk tematisk analyse ved hjelp av en bestemt programvare gjennom bruk av «the Framework approach».

Det ble gjort tiltak for å sikre troverdigheten til analysen i samsvar med publiserte retningslinjer.

Trinnene i analysen redegjøres. Først ble en teambasert tilnærming brukt for å dele ideer og beskytte mot forutinntatthet. Før analysen, leste forskerteamet et utvalg av transkripsjoner og genererte ideer om temaer som ledet den første kodingen. Det ble arrangert møter gjennom hele analysen der sammenhengen i temaene ble diskutert. Det ble brukt validitetssjekker hvor deltakerne ble tilsendt sammendrag av temaene i intervjuet og invitert til å gi tilbakemelding.

Det trekkes frem ulike synspunkter fra informantene og det presenteres årsaker til både positive og negative opplevelser innenfor et tema.

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

Ja –  Nei –  Uklart

**Del B: Hva er resultatene?**

**9. Er funnene klart presentert?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få

lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

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

#### **Kommentar:**

Funnene diskuteres opp mot eksisterende litteratur og forskning. Forskjeller og likheter trekkes frem.

I tillegg diskuteres funnene opp mot et spesifikt rammeverk. Rammeverket bidro også i analysen. Men rammeverket var ikke inkorporert fra starten, men ble tatt inn under de innledende stadiene av analysen.

Forskerne hadde faglige diskusjoner og deltok gjennom hele analyseprosessen.

Funnene diskuteres opp mot problemstillingen og forfatterne avgjør betydningen av profesjonell og tilpasset støtte til pårørende.

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

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

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

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

#### **Kommentar:**

Studien fremhever den avgjørende betydningen av pålitelig, proaktiv og godt koordinert profesjonell støtte til pårørende og de skadelige konsekvensene som kan forekomme ved manglende støtte.

Studien trekker frem variasjonen i omsorgspersoners erfaringer og indikerer nåværende mangler i tjenestetilbudet.

Funnene i studien påpeker kraften i praktisk støtte og tilsynelatende enkle handlinger som kan ha stor betydning. Dette kan innebære å være villig til å lytte, gi trygghet og ha fokus på pårørende.

Forfatterne indikerer at fremtidig forskning er nødvendig for å utforske hvordan intervensjoner kan inkludere temaene som presenteres. Dette kan innebære strukturerte intervensjoner for å adressere eksistensielle problemstillinger, men også å gi pårørende mulighet til å lede fagpersoner til å gi dem individuelt tilpasset støtte.

## Vedlegg 3

### Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

#### Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

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

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

#### Om sjekklisten

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

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

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

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

#### Kritisk vurdering av:

Milberg, A., & Friedrichsen, M. (2017). Attachment figures when death is approaching: A study applying attachment theory to adult patients' and family members' experiences during palliative home care. *Supportive Care in Cancer*, 25(7), 2262-2274. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3634-7>

## **Del A: Innledende vurdering**

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

Ja –  Nei –  Uklart

#### **Tips:**

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

#### **Kommentar:**

Formålet med studien var å bruke erfaringer fra pasienter og familiemedlemmer til å utforske tilknytningsfigurer under palliativ hjemmetjeneste.

Forfatterne trekker frem viktigheten av kunnskap rundt tilknytningsteorier i palliative team for å lette deaktivering av tilknytningssystemet og tillate kreativ utforskning blant pasienter og familiemedlemmer.

Det trekkes frem at tilknytningsteori fikk stor oppmerksomhet i forhold til hvordan voksne håndterer alvorlig sykdom. Slik settes problemstillingen inn i en relevant kontekst.

### **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 undersøker informantenes erfaringer og opplevelser knyttet til palliativ hjemmebehandling. Det er derfor nærliggende å tenke at en kvalitativ metode er hensiktsmessig for å besvare problemstillingen.

### **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:**

Valget av kvalitativ metode diskuteres ikke, men det diskuteres hvorvidt resultater fra pasienter og pårørende overlapper. Det kommer frem at intervju med åpne spørsmål en hensiktsmessig for å komme nærmere et svar på problemstillingen.

**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:**

Utvalgsstrategien redegjøres. 12 voksne pasienter og 14 voksne pårørende ble valgt ved bruk av målrettet prøvetakingsteknikk, med bakgrunnsvariabler for å få et så bredt spekter av fenomenene som teoretisk mulig.

Studiepopulasjonen besto av et usammenhengende utvalg av pasienter og pårørende, som ble rekruttert fra åtte ulike enheter som ga palliativ hjemmetjeneste i Sverige.

Informantenes karakteristika presenteres i to tabeller, en for pasienter og en for pårørende.

Presenterte karakteristika for pårørende omhandler kjønn, alder, relasjon til pasienten, alder og kjønn på pasienten, pasientens sykdom, varighet av hjemmebehandling og opplevelsen av trygghet under forløpet.

**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 brukt individuelle intervjuer for å samle inn data, og det var utviklet en intervjuguide. Ved utvikling av intervjuguide ble det diskutert hvorvidt tilknytningsfigurer var et forståelig begrep eller ei. Det ble valgt å fokusere på trygghetsfølelse under intervjuene. Spørsmålene i intervjuguiden presenteres.

Intervjuene ble tatt opp med lyd og transkribert ordrett av en sekretær. Setting for datainnsamlingen beskrives ikke. Metoden forble uendret.

**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:**

Forfatterne adresserer åpent forskernes rolle relatert til studiet og veier ulike perspektiver ved Forskerne har tidligere deltatt i et større prosjekt om pasienters og pårørendes trygghetsfølelse under palliativ behandling. I den aktuelle studien er fokuset spesifikt på tilknytningsteorier i palliativ sammenheng. Forfatterne erklærer at de ikke har noen interessekonflikt.

**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 ble godkjent av den lokale forskningsetiske komité og studien er utført i samsvar med de etiske standarder som er fastsatt i Helsinki-erklæringen fra 1964 og dens senere endringer. Informert samtykke ble innhentet av alle informantene.

## **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:**

Det ble brukt en deduktiv innholdsanalyse. Eksisterende litteratur, teori og forskning bidra til å utforske problemstillingen.

Det redegjøres for trinnene i analysen:

Først ble de transkriberte intervjuer lest gjennom gjentatte ganger for å få en følelse av helheten. På bakgrunn av dette ble en kategoriseringsmatrise utviklet. Intervjuene ble lest systematisk på nytt, linje for linje, og gjennomgått for innhold for identifisering av viktige meningselementer. Hvert meningselement ble tildelt en kode. Kodene ble videre sammenlignet og sortert i kategorier.

Intervjuguiden og definisjonen av en tilknytningsfigur ble utviklet gjennom diskusjoner mellom forfatterne. Koding og utvikling av kategoriene ble hovedsakelig utført av en forfatter. De tentative kategoriene ble diskutert med den andre forfatteren.

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

Ja –  Nei –  Uklart

## **Del B: Hva er resultatene?**

### **9. Er funnene klart presentert?**

Ja –  Nei –  Uklart

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

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

#### **Kommentar:**

I artikkelens diskusjonsdel brukes eksisterende litteratur og forskning for å underbygge funnene, samtidig diskuteres funnene opp mot problemstillingen.

Funn som skildrer negative og positive erfaringer og opplevelser trekkes frem under samtlige punkter.

Begge forskerne deltok i analysen, det kommer ikke frem om eksterne forskere eller fagpersoner har deltatt i analysen.

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

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

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

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

#### **Kommentar:**

Studien trekker frem flere områder de anbefaler helsepersonell å være oppmerksomme på i møte med pasienter og pårørende i liknende situasjoner. Forfatterne påpeker fordelene ved å ha kunnskap om tilknytningsteori i praksis. De påpeker også viktigheten av individuelt tilpassede tjenester, eksempelvis gjennom at noen familier ytret behovet for å ha kontinuitet i kontakt med et lite antall helsepersonell, mens andre følte seg tryggere med høyere grad av utskiftning i personalet.

Forfatterne trekker frem viktigheten av at palliative team identifiserer tilknytningsfigurer hos pasient og pårørende. Dette er for å kunne deaktivere tilknytningssystemet, som de forklarer nærmere i artikkelen, for å igjen kunne styrke trygghetsfølelsen. Denne tryggheten fører til at pasienter og pårørende kan rette oppmerksomheten sin mot de meningsfulle aspektene i livets slutfase. De påpeker også viktigheten av å engasjere seg i å utvikle tillitsfulle relasjoner med pasientene og deres familiemedlemmer.

## Vedlegg 4

### Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

#### Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

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

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

#### Om sjekklisten

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

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

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

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

#### Kritisk vurdering av:

Barlund, A. S., André, B., Sand, K., & Brenne, A.-T. (2021). A qualitative study of bereaved family caregivers: Feeling of security, facilitators and barriers for rural home care and death for persons with advanced cancer. *BMC Palliative Care*, 20(7), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00705-y>

## **Del A: Innledende vurdering**

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

Ja –  Nei –  Uklart

#### **Tips:**

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

#### **Kommentar:**

Det overordnede målet med denne studien var å utforske faktorer som avgjorde trygghetsfølelsen til omsorgspersoner/pårørende til døende pasienter med langtkommen kreft som tok seg av pasienten hjemme ved livets slutt i Sogn og Fjordane i Norge.

Problemstillingen settes inn i en relevant kontekst ved hjelp av forskning og statistikk.

Helsepersonell kan bidra med støtte til pårørende for å støtte opp under trygghetsfølelse, studien utforsket faktorer som økte denne tryggheten.

### **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 undersøker forståelsen av pårørendes trygghetsfølelse. Trygghetsfølelse er et subjektivt fenomen, derfor er kvalitativ metode hensiktsmessig.

### **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:**

Dette er en kvalitativ retrospektiv studie som bruker semistrukturerte dybdeintervjuer med etterlatte. Meningsenheter ble trukket ut fra de transkriberte intervjuene og delt inn i kategorier og underkategorier ved bruk av Kvale og Brinkmanns kvalitative analysemetode.

Forfatterne trekker frem at kvalitative forskningsintervjuet søker å forstå verden fra informantens perspektiv og har som mål å produsere kunnskap innenfor et tema. Videre stadfestes det at å bruke en semistrukturert tilnærming ga intervjuet rom for informantene til å utdype sine synspunkter og gi tilleggsinformasjon som de opplevde som relevant for deres situasjon.

#### **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:**

Utvalgsstrategi redegjøres grundig i artikkelen.

Kreftkoordinatorer og sykepleiere fra kommuner og i spesialisert palliativt team ved Førde sentralsykehus i Sogn og Fjordane kontaktet potensielle deltakere. Disse ble videre kontaktet av intervjueren og fikk informasjon om studien.

Deltakere måtte være 18 år eller eldre og være forledre, barn eller ektefelle til avdødd kreftpasient. De måtte ha erfaring med palliativ hjemmebehandling, planlagt eller uplanlagt hjemmedød eller institusjonsdød. De måtte ha hatt tidligere eller nåværende kontakt med kommunekreftkoordinator/sykepleier eller palliativt team ved Førde sentralsjukehus og evne til å forstå informasjon på norsk eller engelsk. Karakteristika for informantene presenteres oversiktlig i tabell. Områder som kjønn, etnisitet, utdanningsnivå, bosituasjon i forhold til pasienten og relasjon til pasienten presenteres.

De diskuteres hvorvidt det hadde betydning for studien at alle informantene var kvinner. Det nevnes usikkert knyttet til hvor mye resultatene ble påvirket av informantenes kjønn, men det kan ikke utelukkes at det hadde en innvirkning.

## **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 er brukt semistrukturerte dybdeintervjuer. Intervjuene tok for seg informantenes erfaringer og tanker fra omsorgen for familiemedlemmet hjemme ved livets slutt, erfaringer og samhandling med helsetjenester og hva som gjorde at de følte seg trygge eller ikke.

Intervjuguiden presenteres i tabell. Metoden forble uendret under studien.

Intervjuene ble tatt opp med lyd etter samtykke fra informantene, og transkribert ordrett.

## **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:**

Forfatterne erklærer at de ikke har noen konkurrerende interesser. Tre av forskerne hadde tidligere erfaring med deltakerpopulasjonen fra tidligere kvalitativ forskning. Naturlige enheter, kategorier og underkategorier ble diskutert i forskningsgruppen under analysen av intervjuene.

Det kunne til fordel ha vært en utdypelse av forskernes erfaringer og forutsetninger. Det kan indirekte forstås at forskerne har relevant erfaring gjennom tilhørighet i anerkjente og relevante forskningsgrupper.

## 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 utforsker etiske dilemmaer knyttet til informasjonsoverføring til pårørende relatert til konfidensialitet og personvern.

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) fastslo at studien var i kategorien helsetjenesteforskning. Forskningsprotokollen ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata før oppstart av prosjektet.

## 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:**

Det ble brukt en kvalitative dataanalyseprogramvare til å importere, administrere og analysere de transkriberte intervjuene. Meningsenheter ble trukket ut fra de transkriberte intervjuene og delt inn i kategorier og underkategorier ved bruk av Kvale og Brinkmanns kvalitative analysemetode.

Naturlige enheter ble først identifisert i transkripsjonene, og kondensert til meningsenheter. Deretter ble koder hentet ut fra meningsenhetene. Kodene ble kategorisert induktivt, kategoriene bygget altså på dataene, ikke intervjuguiden. Til slutt ble underkategorier identifisert under hver kategori, og illustrerende sitater ble valgt.

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

Ja –  Nei –  Uklart

**Del B: Hva er resultatene?**

**9. Er funnene klart presentert?**

Ja –  Nei –  Uklart

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

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?

- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

#### **Kommentar:**

I diskusjonen veies resultatene i stor grad opp mot eksisterende litteratur og forskning. Alle intervjuene ble analysert av minst to forskere.

Forfatterne diskuterer formuleringen av spørsmålene i intervjuguiden som var formulert for å ta opp ting som var positive i den palliative fasen. Informantene trakk likevel opp faktorer som ble oppfattet som negative og bidro til ytterligere utrygghet i stedet for hjelp i den palliative fasen. Dette kan ha påvirket analyseprosessen. Det motsatte av faktorer som gir utrygghet er ikke nødvendigvis faktorer som gir trygghet og det vil derfor kunne være utfordrende å svare på forskningsspørsmålene.

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

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

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

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

#### **Kommentar:**

Denne studien bekrefter betydningen av støtte fra helsepersonell og en god organisering av det palliative helsevesenet for å gi omsorgspersonene trygghet i omsorgen for kreftpasienten hjemme i livets siste fase. Disse funnene har overføringsverdi til dagens praksis for kvalitets- og forbedringsarbeid.

Avstand til sykehus ble ikke funnet å være en barriere for hjemmesykepleie og hjemmedød. Mange av faktorene som bidrar til trygghetsfølelse er faktorer som helsepersonell kan vurdere, kartlegge og gi hjelp til i samspillet med omsorgspersonene.

Funnene i studien støtter tidligere forskning i at tidlig involvering fra et spesialisert palliativt team og et mer tilgjengelig team kan bidra til bedre tjenester for pårørende så vel som for pasientene.