



Fordypningsoppgave

VAD750 Omsorg ved alvorlig sykdom og død

Hvordan kan sykepleiere bidra til at palliativ plan hever kvaliteten på omsorg og pleie til eldre alvorlig syke og døende pasienter?

Mona Iversen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 61

Molde, 15.05.2014



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Trine Tafjord

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 15.05.2014

Antall ord: 8040

Forord

«Individuals` perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live in relation to their goals, expectations, standards and concerns.»

WHO's definisjon av livs kvalitet

Sammendrag

Bakgrunn Aldersrelatert sykdom som kreft, kols, hjertesykdom, demens, nevrologisk sykdom og gamle, vil i fremtiden øke, som følge av økt alder i befolkningen. Jeg ønsker å finne ut om palliativ plan påvirker kvalitet, livskvalitet og likhet i pleie og omsorg til eldre alvorlig syke og døende pasienter, ved å få kjennskap til sykepleier sine erfaringer.

Det etterlyses mer forskning som kan beskrive sykepleier sine erfaringer om bruk av palliativ plan og kvalitet i pleie og omsorg til alvorlig syke og døende eldre pasienter. Dette motiverer meg til å gjennomføre denne studien.

Hensikt Hensikten med prosjektplanen er å forske på erfaringer om bruken av palliativ plan, fra et sykepleierperspektiv. Ønskelig vil studien fortelle noe om kvalitet og likhet i pleie og omsorg til alvorlig syke og døende eldre pasienter. Håpet er at studien kan bidra til kvalitetsforbedring i praksis til fordel for den eldre alvorlig syke og døende.

Metode Studien har et kvalitativt design, og har fokusgruppeintervju som metode. 4 fokusgrupper, der deltakerene i studien er sykepleiere fra kommunehelsetjenesten i Møre og Romsdal; to grupper fra hjemmetjenesten, og to grupper fra institusjonstjenesten. 6 sykepleiere i hver fokusgruppe, med erfaring i bruk av palliativ plan. Fokusgruppeintervjuene skal foregå i jan/febr 2015, og funnene i studien skal presenteres i mai 2016.

Resultat Prosjektet vil ønskelig bidra til funn som indikerer kvalitetsforbedring i sykepleierpraksis, for den alvorlig syke og døende eldre pasient.

Konklusjon Presentasjon av funn og diskusjon av funn og metode vil presenteres i masteroppgaven i mai 2016.

Abstract

Background

Age-related disease such as cancer, COPD, heart disease, dementia, neurological disease and frailty, will in future increase, as an result of the increased age of the population. I would like to find out how palliative plan affect quality, quality of life and equality in the nursing and care of elderly palliative patients, by getting knowledge of nurse experience. It is requested more research to describe nurse experience regarding the use of palliative plan and quality of end of life care to palliative patients. This motivates me to carry out this study.

Aim

The purpose of the study is to conduct research on the experiences about using palliative plan, from a nursing perspective. Desirable, the study will tell something about quality and equality of nursing and care for palliative patients. I hope the study can contribute to quality improvement in practice, and benefit palliative patients.

Method

A qualitative study, based on focus group interview. Conducting four focus groups, the participants are nurses from municipal health service in Møre og Romsdal, Norway. Two groups from homecare service and two groups from nursing homes. Six nurses in each focus group, with experience in the use of palliative plan. Focus group interviews will take place in Jan./Feb. 2015, and the findings will be presented in May 2016.

Results

The results will hopefully contribute to quality improvement in nurse practice, for palliative patients.

Conclusion

Presentation of findings and discussion of the findings and method will be presented in the thesis in May 2016.

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Problemformulering	4
2.0	Bakgrunn for prosjektet	4
2.1	Omsorg og livskvalitet	4
2.2	Individuell plan.....	5
2.3	Palliativ plan.....	5
2.4	Kvalitet	7
2.5	Kompetanse	8
2.6	Søkeprosess	9
2.6.1	Søkestrategi	10
3.0	Metodebeskrivelse	11
3.1	Kvalitativt design	11
3.2	Fokusgruppeintervju.....	13
3.2.1	Forskers rolle.....	14
3.2.2	Utarbeiding av intervjuguide.....	14
3.3	Utvalg og rekruttering	16
3.4	Tilrettelegging av fokusgruppeintervjuet - praktisk og teknisk	17
3.5	Gjennomføring av intervjuene.....	18
3.6	Transkripsjon.....	19
3.7	Analyse.....	19
4.0	Etiske overveielser	21
5.0	Fremdriftsplan	22
6.0	Rapportering	24
7.0	Vedlegg	25
	Referanser	53

Vedlegg nr 1: Oversiktstabell i forhold til søkehistorikk

Vedlegg nr 2: Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler

Vedlegg nr 3: Intervjuguide

Vedlegg nr 4: Rekrutteringsbrev

Vedlegg nr 5: Informasjonsbrev med samtykkeskjema for deltakelse

Vedlegg nr 6: Palliativ plan

1.0 Innledning

Å bidra til livskvalitet i livets siste fase, er en essensiell del av palliativ pleie og omsorg. Livskvalitet er sentralt både som indikasjon for og endepunkt for palliativ omsorg og pleie. I all behandling, pleie og omsorg, er målet best mulig livskvalitet for både pasient og pårørende (Kaasa 2008). For pasientene oppleves god livskvalitet i palliativ omsorg om det legges til rette for et så aktivt og meningsfylt liv som mulig, tross alvorlig, uhelbredelig sykdom (Willems et al. 2006).

Den palliative pasienten kjennetegnes ved at han har en uhelbredelig og progressiv sykdom. Pasienten har ofte svekket funksjon og har en kort forventet levetid, mindre enn 9-12 måneder (NFPM 2004).

Aldersrelaterte sykdom som kreft, kols, hjertesykdom, demens, nevrologisk sykdom og alderdom, vil i fremtiden øke, som følge av økt alder i befolkningen. Det vil være 500000 personer over 80 år i 2050, det er over dobbelt så mange som i 2007 (omsorgsdepartement 2009).

Omsorg og pleie til denne pasientgruppen er ressurskrevende og den stiller krav til kompetanse.

For sykepleier betyr dette at de stadig må forholde seg i stadig større grad til eldre alvorlig syke og døende pasienter. Sykepleier må sørge for at fokuset på livskvalitet til palliative pasienter står like sterkt i fremtiden som den gjør i dag. Selv om fremtiden sier vi ikke har nok hender etter dagen standard, skal sykepleier sørge for at alle bli tatt vare på, uten at kvaliteten forringes. Kommunen har som oppgave å utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer, som skal sikre at brukerne av pleie og omsorgstjenester, skal få tilfredstilt sine grunnleggende behov. Med det menes blant annet at pasienten skal oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenesten (omsorgsdepartementet 2003).

Uansett diagnose, har alvorlig syke og døende eldre pasienter krav på samme pleie og omsorg.

Palliativ medisin eller lindrende behandling er betegnelsen av et gammelt medisinsk område. Palliativ medisin, omfatter det medisinske spesialområdet og palliative care, omfatter det mer helhetlige (Kaasa 2008). I palliative care rettes fokuset mot kvalitet og trygghet i behandling, omsorg og pleie i pasientens siste livsfase (Husebø and Husebø 2012). Palliasjon og palliativ medisin brukes om hverandre i dag. Ved århundreskiftet og frem til 2. verdenskrig var det normalt å drive palliativ medisin, fordi det ikke var

muligheter for kurativ behandling (Kaasa 2008). Utviklingen av fagfeltet palliasjon er beskrevet på forskjellige måter, men historien strekker seg fra 1842 og til nå.

Det finnes mange definisjoner på palliasjon, men definisjonen på palliasjon ifølge WHO 2002 er;

«Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their family facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual. Palliative care:

- provides relief from pain and other distressing symptoms;

- affirms life and regards dying as a normal process;

- intends neither to hasten or postpone death;

- integrates the psychological and spiritual aspects of patient care” (Kaasa 2008).

Hensikten med prosjektplanen er å se på erfaringer fra bruk av palliativ plan, fra et sykepleierperspektiv. Ønskelig vil studien fortelle noe om kvalitet og likhet i pleie og omsorg til alvorlig syke og døende eldre pasienter. Håpet er at studien bidrar til kvalitetsforbedring i praksis til fordel for den eldre alvorlig syke og døende.

Helsepersonell har i lang tid fokusert på kvalitet av behandlingen av hver enkelt pasient.

For å definere kvalitet i tjenester til alvorlig syke og døende, vil en standard definere nivået av kvalitet. En standard i et fagområde vil sikre kvalitet til et minimum.

Kvalitetskravet kan bidra til at organiseringen rundt palliasjon, hjelper flere palliative pasienter og kvalitetskravet fremmer effektiv palliasjon. Forberedende samtaler og tilrettelegging for palliative pasienter og deres familier, viser seg å være besparende både økonomisk og ressursmessig. Dette viser også effektiv bruk av sykepleierressursen (Griffiths, Ewing, and Rogers 2012).

Ved å gjennomføre studien vil jeg kunne si hvilke faktorer som virker negativt og positivt inn ved bruk palliativ plan. Og funnene vil si noe om palliativ plan kan fremme likhet for palliative pasienter, både med tanke på dagens og fremtidens utfordringer i helsevesenet. For å finne ut av dette, vil jeg se på erfaringer fra sykepleiere med god kjennskap til bruk palliativ plan. Forskning er nødvendig for å stadig utvikle praksis (Griffiths, Ewing, and Rogers 2012).

Bakgrunn for valg av tema

Som sykepleier i kommunehelsetjenesten opplever jeg at helsepersonell har ulik kompetanse i arbeid med alvorlig syke og døende. Kompetanse er nødvendig og faktisk et krav i utførelsen av palliasjon. Det kommer frem at sykepleiere erfarer å ha for lite kunnskap, erfaring og kompetanse, i palliativt arbeid (Raunkiær, Nielsen, and Kronborg 2012).

For at alle eldre alvorlig syke og døende skal få likhet i tjenestene de mottar, bør omsorg og pleien struktureres og kartlegges. Systematisering og kartlegging av de ulike behovene som den alvorlig syke og døende pasient har, uansett diagnose, vil bidra til å skape bedre tjenester og fremme større likhet. Kvalitet på tjenester sykepleier yter, vil påvirkes av mange faktorer. Kunnskap, ferdigheter og holdninger er viktige faktorer i relasjon med alvorlig syke og døende. Palliativ plan er et redskap for god planlegging og gode samtaler, om den blir riktig brukt. Om dette fungerer i praksis, sett fra sykepleier sitt perspektiv, har jeg lyst å finne ut av. Sykepleier står som oftest veldig nær pasient og pårørende, og har ansvar for å sikre et optimalt liv og verdighet, til pasienten dør. Som sykepleier i kommunehelsetjenesten opplever jeg at det ofte føles krevende å stå i utøvelsen av omsorg og pleie til eldre alvorlig syke og døende pasienter. Det oppleves frustrerende å skulle stå for god kvalitet på tjenestene, når informasjon om pasient, pårørende, føringene for pleien, avtaler med lege osv uteblir.

Jeg har opplevd at lite kontinuitet, dårlige kommunikasjonslinjer og mangel på dokumentasjon bidrar til slitasje på pleiepersonell og misfornøyde pasienter og pårørende. Å være forberedt, kan bidra til at sykepleier føler kontroll og mestrer større belastning. Å være forberedt, hever kvaliteten på pleien og omsorgen som sykepleier gir til palliative pasienter (Kerfoot 2012).

Trygghet er essensielt i alle relasjoner, og trygghet i arbeidet påvirker kvaliteten av sykepleien en utøver i sin praksis. Det er viktig for meg som sykepleier at omsorg og pleie til eldre alvorlig syke og døende, ikke er prisgitt hvem som er på jobb. Det er viktig for meg at uansett hvor stor stillingsprosent sykepleier har, skal nødvendig informasjon lett kunne innhentes. Jeg har selv jobbet i liten stilling, og vet at det kan være krevende å skulle vite alt om pasienten til en hver tid, samtidig som at trykket på hjemmetjenesten stadig øker, etter samhandlingsreformen. Jeg velger å gjøre min forskning i kommunehelsetjenesten fordi det er der jeg har min arbeidserfaring fra. Jeg å fokusere sykepleiers erfaringer av palliative planer i bruk til alvorlig syke og døende eldre pasienter.

Eldre pasienter er en gruppe som er stadig voksende, og vil kreve mye sykepleierressurs i årene fremover. Med tanke på samhandlingsreformen, har sykepleiere i kommunehelsetjenesten et stort ansvar, og vil få et stadig større ansvar, for omsorg og pleie til alvorlig syke og døende eldre.

1.1 Problemformulering

Hvordan kan sykepleiere bidra til at palliativ plan hever kvaliteten på pleie og omsorg til eldre alvorlig syke og døende pasienter?

Forskningsspørsmål:

- 1)Hvilken erfaring har sykepleier med palliativ plan og kvalitet på omsorg og pleien til den eldre alvorlig syke og døende pasienten?
- 2)Hvilken erfaring har sykepleier med palliativ plan og likhet i pleie og omsorg til alvorlig syke og døende eldre pasienter?
- 3)Hvilken erfaring har sykepleier med palliativ plan og implementering av denne på sin arbeidsplass?

2.0 Bakgrunn for prosjektet

2.1 Omsorg og livskvalitet

Behovet for omsorg, er et ikke-valgt grunnvilkår, for det å være et menneske. Det grunnleggende i vår eksistens er omsorg. Uten omsorg dør mennesket. Omsorg er den responsen vi gir andre, på grunnlag av den andres sårbarhet. Omsorg på det enkleste nivå, er å verne livet. Men omsorg strekker seg lengre enn det å opprettholde livet og verne om livet. Omsorg understøtter et verdig liv og omsorgen vil svare på den syke og døendes krav på verdighet (Henriksen and Vetlesen 2011). De kommunale pleie- og omsorgstjenestene skal sørge for et verdig tjenestetilbud. Verdighetsgarantien skal sikre at det tilrettelegges for et meningsfullt og verdig liv, etter brukerens individuelle behov (Helse og omsorgsdepartementet 2010).

Hovedfokuset i palliativ omsorg og pleie er at pasienten skal oppleve livskvalitet i livets siste fase. Pasient og pårørende skal bli møtt med respekt og forståelse. En helhetlig

omsorg innebærer at fysiske, psykiske sosiale og åndelige behov blir ivaretatt. Det fremmer livskvalitet (Helsedirektoratet 2013).

Satsing på sykepleieforskning kan bidra til større oppmerksomhet rundt psykososiale og åndelige faktorer, som er viktig for god livskvalitet, i livets slutfase (Rykkje 2010).

2.2 Individuell plan

Brukere og pasienter har rettigheter og sikres lik tilgang på tjenester av god kvalitet i helse- og omsorgstjenesten.

Pasienter som har behov for langvarig og koordinerte helsetjenester, har rett til å få utarbeide individuell plan (omsorgsdepartementet 1999a). Samhandling for å oppnå god pleie og omsorg til palliative pasienter, kan kvalitetsikres ved å bruke individuell plan (Kaasa 2008). Tverrfaglig og tverretatlig samhandling fremmer helhetlig omsorg.

Behandlingskjeden blir sammenhengende. Pasienten har færre personer å forholde seg til og det blir lettere å opprettholde kontinuitet. Ofte er sykepleierens oppgave å være koordinator for det tverrfaglige og tverretatlige samarbeidet. Ansvarsområder blir definert og planen dokumenterer hvilke fagpersoner som bistår i oppfølgingen (Kaasa 2008). Dette fremmer forutsigbarhet for pasient og pårørende. Tett samarbeid med pasient, pårørende og aktuelle behandlingsinstanser. Pasienten opplever et nødvendig og forpliktende samarbeid mellom disse (NFPM 2004). I prosjekter som er gjennomført viser det seg at sykepleier tenker mer fremtidsrettet og helhetlig rundt pasienten ved å bruke individuelle planer (Skarholt 2005).

Organisatoriske forutsetninger er viktig for god palliativ behandling og pleie. Å bruke kontaktsykepleiere i palliativ omsorg, i arbeidet med utforming av individuelle planer, viser seg å være av stor betydning (Skarholt 2005).

2.3 Palliativ plan

En palliativ plan, blir en del av en individuell plan. Palliativ plan vil fungere på samme måte som en individuell plan, men den er utformet for alvorlig syke og døende, som ikke kurativt kan behandles, og har kort forventet levetid, 9-12 måneder (NFPM 2004).

Målet med palliativ plan er å sikre den alvorlig syke og døende optimal verdighet og livskvalitet i de siste dager og timer (Husebø and Husebø 2012). Sykepleier sin rolle i forhold til den palliative pasienten er omfattende og sammensatt. Som regel er både pasient og pårørende som skal tas hånd om, i en palliativ fase. Omsorgen er helhetlig og

det skal tas hensyn til fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov (Kaasa 2008). Det er ofte mange aktører rundt den palliative pasienten og hans familie. Aktørene rundt pasienten kan være fastlege, sykehusleger, sykepleiere fra sykehus, hjemmesykepleie, sykehjem el, fysioterapeut, ergoterapeut. Ofte kreves det koordinerte tjenester alt etter hvilke behov den palliative pasienten har. For at tjenestene skal bli levert og oppleves trygt og forutsigbart for pasient og pårørende, er det viktig at det utnevnes en koordinator (Kaasa 2008). Koordinatoren sørger for å ha en samlet oversikt. Forskning viser at det palliative forløp kan organiseres bedre om ansvarsfordelingen er klar og tydelig (Raunkiær, Nielsen, and Kronborg 2012).

Med mange ulike aktører rundt den palliative pasient og pårørende, er det nødvendig med nok kunnskap og godt samarbeid. Det viser seg at det er mange utfordringer i implementeringen av palliativ plan (Robinson et al. 2012).

En palliativ plan, er en plan som skal være tilgjengelig for alle parter, pasient, pårørende, personell og lege. Planen beskriver tiltak for å løse forventede og mulige utfordringer som kan oppstå i pasientens tilstand. Planen er kort, og inneholder føringer og aktuell informasjon, frem til pasienten dør (vedlegg nr 6). Pasientens diagnoser, kommunikasjon og etikk i tillegg til forslag til behandling av plagsomme symptomer må den palliative plan inneholde. I tillegg kan det tilrettelegges for at medikament er lett tilgjengelig for å behandle akutte ubehagelige symptomer som, angst, smerte, panikk, dyspne og dødsralling. Planen bør etableres når vi stiller spørsmålet om sannsynligheten for at pasienten dør innen uker eller måneder. Hvis legen og kompetente pleiere vurderer det til at svaret er ja, eller er sannsynlig, må det legges til rette for forberedende samtaler og en palliativ plan. Det er som oftest pasienten, sammen med eventuelt pårørende, lege og sykepleier som etablerer denne forberedende samtalen og utarbeider den palliative plan ut ifra samtalen (Husebø and Husebø 2011).

Fra tidligere forskning kommer det frem at sykepleiere mener det haster med å implementere palliative planer og palliative planer må implementeres av personell med evner og erfaring om bruk av palliative planer (Robinson et al. 2012). For å ta i bruk palliative planer gjelder det å ha en felles forståelse for arbeidet det innebærer. Erfaringer fra sykepleiere sier at palliativ plan fungerer godt i teorien, men om rollefordeling uteblir, og organiseringen rundt planen ikke fungerer, oppleves det frustrerende og til liten nytte (Robinson et al. 2012). I forskningsprosjektet PINK var ledelsen på de ulike enhetene en utfordring, ifølge sykepleierne. De opplevde at innsatsen til det palliative arbeidet var lite

koordinert og ikke likt vektlagt i praksis, i forhold til bemanning og kompetanse (Raunkiær, Nielsen, and Kronborg 2012).

Å skape gode relasjoner mellom pasient, pårørende og pleiepersonell, i den palliative fasen, ble beskrevet som verdifullt i den palliative omsorgen (Griffiths, Ewing, and Rogers 2012).

2.4 Kvalitet

Kvalitet på pleie- og omsorgstjenester er knyttet opp mot brukenes opplevelse av livskvalitet og verdighet. Pleie og omsorgstjenesten yter tjenester som vil gripe inn i den enkeltes hverdag. Det er viktig at tjenestene utformes slik at brukers verdighet og respekt blir ivaretatt (omsorgsdepartementet 2003).

Helsepersonelloven skal sørge for kvalitet i helse og omsorgstjenesten og bidra til sikkerhet, tillit til helse og omsorgstjenesten og til helsepersonell. Sykepleier og annet helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til omsorgsfull hjelp og faglig forsvarlighet som forventes ut fra kvalifikasjonen, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (omsorgsdepartementet 1999b). Det palliative arbeidsfeltet er omfattende og det stilles store krav til samhandling og samarbeid med ulike faggrupper og på ulike nivå (Kaasa 2008). For å kunne forbedre sykepleierpraksis og ha større mulighet til kvalitetsforbedring av det palliative arbeidet, er det nødvendig med mer forskning på områder som kan si mer om sykepleierpraksis i palliativ omsorg (Walshe and Luker 2010).

Oppgaver og innhold i tjenestene i skal kommunen sikre at det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten (omsorgsdepartementet 2003). Prosedyrer skal også sikre at tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte pasient får de tjenester de har behov for til rett tid, og i forhold til individuell plan når det er aktuelt (omsorgsdepartementet 2003).

Prosedyrer kan være alt fra sjekklister til beskrivelser av hvordan vi legger til rette for individuelle tilpassede tjenester. En prosedyre for en verdig avslutning av livet vil være en prosedyre som er åpen for ulike løsninger og der opplæring av de ansatte vektlegges. For å kunne beskrive kvalitet på en tjeneste er det nødvendig med målbare indikatorer for kvalitet. En prosedyre kan innebære at vi kartlegger den enkeltes ressurser, ønsker og behov. Dette vil være en bevegelig prosess, da situasjonen for brukeren forandres dag for dag. Indikatoren for kvalitet vil da kunne måles subjektivt (omsorgsdepartementet 2003).

For å sikre best mulig kvalitet innen fagområdet palliasjon, kan nasjonale minimumskrav og fagspesifikke indikatorer på kvalitet, måle kvaliteten og brukes i nasjonal styring (NFPM 2004). En forutsetning for kvalitet i omsorgstjenesten i fremtiden, er gode kvalitetsystemer og tilrettelagte løsninger (omsorgsdepartementet 2011). Tjenestene som blir levert til brukeren skal ha god kvalitet, og det er et sentralt lederansvar. En leder skal sikre rett person på rett plass, og sørge for at utøverne i pleie og omsorg har kompetanse og nødvendig kunnskap (helsedirektoratet 2005).

I flere av artiklene jeg har lest etterlyser de mer sykepleieforskning for å sikre kvalitetsforbedring i praksis innen palliasjon til alvorlig syke og døende pasienter (Rykkje 2010).

2.5 Kompetanse

Faglig kompetanse er essensielt i palliasjon, og er en grunnleggende forutsetning i palliativ omsorg. Faglig kompetanse omhandler kunnskaper, ferdigheter og holdninger (Helsedirektoratet 2013). Et av hovedmålene for organiseringen av palliasjon er at pasienten har tilgang til den nødvendige kompetansen som dekker hans behov for behandling, omsorg og pleie (Haugen et al. 2006).

Læreplanen i palliativ behandling, skiller mellom tre ulike kompetansenivåer. Siden de er mange yrkesgrupper som yter palliativ behandling, omsorg og pleie, er det ønskelig at alle som jobber innen feltet har grunnleggende kompetanse. Den grunnleggende kompetansen, som beskrives som nivå A, skal inngå i grunnutdanningen av aktuelle yrkesgrupper.

Kompetansekravet som stilles til helsearbeidere som behandler palliative pasienter som del av sitt kliniske arbeid, blir omtalt å tilhøre nivå B. Kompetansen på dette nivået omfatter at sykepleiere i kommunehelsetjenesten og på sykehus, skal kunne yte palliativ omsorg og bl.a kunne systematisk symptomkartlegging, observasjon og evaluering. Sykepleier skal forstå, ha handlingskompetanse og erfaringskunnskap, for ulike pasientgrupper innenfor palliativ behandling, omsorg og pleie (Helsedirektoratet 2013).

Kompetansekrav til sykepleiere på nivå C, som tilhører spesialistnivå, skal yte palliativ pleie og omsorg og ha inngående og oppdaterte kunnskaper og ferdigheter i kartlegging. Systematisk observasjon, dokumentasjon og evaluering av fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle symptom og behov. Sykepleier skal kunne koordinere tjenester i

samarbeid med andre aktører i nettverket slik at pasienter opplever trygghet og kontinuitet. Sykepleier skal også kunne undervise, veilede og informere om palliasjon til helsepersonell, studenter, politikere og publikum. Sykepleier skal kunne finne frem til og anvende initierende ny relevant forsknings kunnskap (Helsedirektoratet 2013).

Det er en forutsetning for god palliasjon at det finnes nødvendig kompetanse på alle nivåer i helse- og omsorgstjenesten. Organisering av palliasjon vil bidra til at fagfeltet palliasjon utvikles gjennom klinisk praksis og forskning (Haugen et al. 2006).

I forskningsprosjekt PINK, i Danmark, viste det seg at alle faggrupper opplevde mangel på kompetanse og palliativ viten (Raunkiær et al. 2012). Kompetanseheving og utdanning er viktige satsingsområder i palliasjon. Det vil gi personalet på de ulike nivåer den kompetansen som kreves i palliativt arbeid (Kaasa 2008).

For kvalitet og nytenkning i omsorgstjenesten vil utdanning, og forskning av god kvalitet og relevans være viktige forutsetninger for fremtidens omsorg i Norge. I tillegg vil god ledelse, god samhandling mellom tjenestene, kompetanseutvikling og innovasjon styrke kvalitet i omsorgstjenesten(omsorgsdepartementet 2011).

2.6 Søkeprosess

Etter hvert jeg søk jeg gjorde i databasene, satt jeg inn søkehistorikken og la ved aktuelle artikler. Jeg leste abstract, og eliminerte bort artikler som ikke stod til min problemstilling. Søkene ble samlet i permer, etter dato da søkene ble gjort. Jeg startet å skrive inn søkehistorikken som viste resultatet av artikkelfunnene. Jeg brukte skjemaet «oversikt i forhold til søkehistorikk»(vedlegg nr 1). Når jeg var ferdig med søk etter artikler, gikk jeg igjennom artikkelfunnene, og leste artiklene som jeg vurderte som aktuelle til min problemstilling. Deretter startet jeg med å gå igjennom artiklene, og brukte «oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler» (vedlegg nr 2).

Før jeg kunne dokumentere kvalitet, gjorde jeg en kvalitetsvurdering av artiklene. Jeg brukte kunnskapssenteret sin «sjekklister for å vurdere kvalitativ forskning» og «sjekklister for vurdering av oversiktsartikkel». Det er viktig for arbeidet jeg har gjort til nå, og for det senere arbeidet at jeg lager meg et system som jeg lett kan finne tilbake til og bruke. I artiklene farget jeg med ulike farger på de ulike aktuelle tema som står til min

problemstilling i prosjektplanen. Da finner jeg lettere tilbake når jeg vil dra inn hva forskningen sier om de ulike temaene.

Ved å bruke sjekklister bidrar jeg som forsker til at jeg tar ansvar for riktig håndtering av artiklene. Det er også viktig at jeg bevisst opptrer redelig i jobben jeg gjør som forsker.

2.6.1 Søkestrategi

I litteratur - søket har jeg brukt databasene Ovid Medline, SweMed+, Sciencedirect. Jeg startet litteratur - søkene i januar 2014. Søkeord jeg har valgt å bruke er;

Advanced Care Plan, palliative plan, terminal care, aged, quality of end of life care, nurse perspective, nursing home, home care service, nurse perspective, nurse experience.

Det var en utfordring å finne de riktige søkeordene og de rette kombinasjonene.

Inkluderingskriterier for søkene er sykepleieperspektiv, sykehjem og hjemmesykepleie, eldre (65 og over),

svenske, danske, engelske og norske artikler.

Årstall valgt var fra 2007/2008 – til nå. I ett søk måtte jeg utvide årstall til 2004, men fikk ikke flere artikler.

Ekskluderingskriterier for søkene er pasient perspektiv, pårørende perspektiv, yngre pasienter og sykehus.

Etter hvert når jeg hadde gjort mange søk, gikk prosessen med søk noe enklere. I starten i arbeidet med litteratur søkene, brukte jeg flere databaser enn de jeg har valgt å bruke.

Databasene jeg brukte, men uten å inkludere, var psykInfo og Chinahl.

I søkeprosessen brukte jeg boolske operatører for å kombinere søkeord. Jeg har brukt Or og AND som kombinasjonsord. Ved å bruke OR utvider jeg søket ved å få med meg flest mulig relevante søkeord som kan gi mange treff på artikler. Ved bruk av AND avgrensner jeg søket, slik at det gir treff i artikler der alle søkeordene er med. Jeg har også trunkert enkelte søkeord. Da søker jeg på stammen i ordet, slik at søket omfatter flere varianter av selve søkeordet(Nordtvedt et al. 2012). Tidsskriftene artiklene som jeg har inkludert i oppgaven har jeg også kvalitetsvurdert i NSD. Artikler som er publisert i tidsskrifter på nivå 1 og 2, er vitenskaplig godkjente publiseringskanaler. I vedlegg nr 2 har jeg skrevet i kolonne for kvalitet, NSD nivå 1 og 2. Det er 8 av 9 artikler som er publisert gjennom vitenskaplig publiseringskanaler.

For å se fremgangsmåten i søkene mine, se vedlegg nr 1. Fra Sciencedirect har jeg valgt å inkludere 3 artikler, fra SveMed+ har jeg inkludert 5 artikler og fra Ovidmedline har jeg inkludert 1 artikkel. I dette artikkel søket, i Ovid Medline, fant jeg kun to artikler. Disse to

artiklene fikk jeg ved limits year 2007-current, all ages(65 and over), dansk, svensk, engelsk og norske artikler. Siden det var så få resultat av søket, utvidet jeg limits med year 2004-current. Det overraskende ved utvidelsen av søket, var at det var de samme to artiklene, som ble resultatet. Av disse to, var en kvantitativ og manglet sykepleieperspektivet, derfor valgte jeg å ekskludere den. Det viser seg, etter database søkene jeg har gjort, at det er lite skrevet om tema som omhandler min problemstilling, og det øker min interesse for å finne ut om bruk av palliativ plan kan heve kvaliteten på omsorg og pleie til alvorlig syke og døende.

Det er behov for mer forskning på sykepleier sine holdninger til palliativ plan. Forskning trengs for å belyse nytteverdi og betraktninger sykepleier har, i forhold til arbeidet med palliativ plan (Robinson et al. 2012).

Enkelte artikler som jeg har funnet, mangler etisk godkjenning. Dette gjelder spesielt artikler som er erfaringer fra kommunale prosjekt, eller erfaringer fra helsepersonell gjennom en årrekke. Men jeg går ut ifra, siden artiklene er publisert i kjente tidsskrifter, at er de pålitelige kilder som jeg kan bruke i min prosjektplan.

3.0 Metodebeskrivelse

I mitt forskningsprosjekt ønsker jeg å fokusere på palliative planer som blir brukt når det oppstår en endring i sykdomsforløpet til en alvorlig syk pasient. Jeg ønsker å fokusere på planer som kan bli gjeldende gjeldene i uker og måneder, og ikke bare de siste dager og timer.

Det jeg ønsker å belyse i studien er erfaringer fra sykepleiere i kommunehelsetjenesten, både hjemmetjeneste og sykehjem, som har brukt palliativ plan i minst to år og gjort seg erfaringer ved bruk av den. Sykepleierne i prosjektet vil ha ulik erfaring og kompetanse. Dette synes jeg er viktig, da det vil gi ny kunnskap ut fra de ulike erfaringer sykepleier har gjort seg. Prosjektet vil ønskelig bidra til kvalitetsforbedret praksis.

3.1 Kvalitativt design

Kvalitativ metode er forskningsstrategi som har til hensikt å beskrive og analysere kvaliteter, egenskaper eller karaktertrekk ved de fenomenene en ønsker å studere

(Malterud 2011). Problemstillingen er styrende for valg av metode. Metoden vil være å få frem nyansert data og gå i dybden av et fenomen ved å bruke få enheter (Jacobsen 2005). Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelig fortolkning og erfaring, henholdsvis hermeneutikk og fenomenologi (Malterud 2011). Hermeneutikk søker å redegjøre for hva forståelse er. Den søker å forstå samspillet mellom det å forstå og å kunne forklare (Thomassen 2006). Meningsinnholdet i kulturelle og sosiale fenomener utforskes slik de oppleves av subjektet selv, i dens kontekst (Malterud 2011).

Ved å bruke fenomenologien som tilnærming i forskningen tar en utgangspunkt i praksis og praksisens egenart (Thomassen 2006).

I et innenfra perspektiv i fenomenologiens forskning tar man utgangspunktet i fenomenet slik personen erfarer det. Det forskes på opplevelse og erfaringer. Praksissituasjoner løftes frem gjennom beskrivelse av opplevelse, erfaringer og refleksjoner som personen har (Thomassen 2006).

En fenomenologisk tilnærming i forskningsprosessen vil utforske praksisen. En hermeneutisk tilnærming i metoden vil forstå mennesket slik det opptrer i ulike kontekster.

I et fenomenologisk-hermeneutisk perspektiv vil det vitenskapelige metodiske arbeid reflektere sammenhengen og samspillet mellom det å forklare, forstå og fortolke (Thomassen 2006).

Kvalitativ metode kan åpne for forskning når grunnlaget av kunnskap er tynt. Forsker åpner for det store mangfoldet som finnes i svarene en får. Den kvalitative metoden vil bidra til utvikling av nye begreper, beskrivelser eller teoretiske modeller (Malterud 2011).

Det vil være av stor betydning å bruke en kvalitativ metode når jeg som forsker skal innhente erfaringer fra sykepleiere om bruk av palliativ plan. Erfaringene sykepleierne har av bruk av palliativ plan, vil forhåpentligvis si noe om kvaliteten på pleie og omsorg til alvorlig syke og døende eldre pasienter. Erfaringene sykepleierne sitter inne med, vil forhåpentligvis også kunne fortelle noe om forbindelsen mellom palliativ plan, kvalitet, kontinuitet og gi svar om opplevelse og erfaring fra praksis. Jeg som forsker vil få en dypere forståelse av sykepleiernes opplevde erfaringer, og vil kunne se dette i sammenheng med sykepleiepraksis. Funnene i studien vil fortelle meg som forsker hvordan palliativ plan kan brukes og faktorer som påvirker om planen fungerer eller ikke fungerer i praksis. Studien vil forhåpentligvis bidra til en forbedret praksis, til gagn for de eldre alvorlig syke og døende.

3.2 Fokusgruppeintervju

Datainnsamlingen i prosjektet skal skje ved bruk av fokusgruppe intervju. Fokusgrupper egner seg godt når målet er å lære om erfaringer, holdninger eller synspunkter (Malterud 2012). Fokusgruppeintervju krever mye egeninnsats. Forberedelse er nødvendig for et vellykket fokusgruppeintervju. Det er mye som skal legges til rette; praktiske løsninger, teoretiske spørsmål og den tekniske delen av fokusgruppeintervjuet (Malterud 2012). Som forsker ønsker jeg å ha fire fokusgrupper, der to grupper er sykepleiere fra sykehjem og to grupper fra hjemmetjenesten. Ved å bruke flere grupper av fokusgrupper, vil jeg dekke temaet i større grad (Malterud 2012). Hver gruppe vil bestå av 4-6 respondenter. Sykepleierne er respondenter, dvs representanter fra gruppen jeg ønsker å undersøke (Jacobsen 2005). Ved å rekruttere 6 deltakere i hver gruppe, kan jeg som forsker tåle at noen faller fra (Eines and Thylèn 2012). Intervjuene vil foregå i et egnet lokale, på respondentenes arbeidsplass. Det er viktig at omgivelsene der fokusgruppeintervjuet skal foregå, er trivelige og trygge (Lerdal and Karlsson 2008). Det må legges til et egnet sted der det er liten sjanse for forstyrrelse (Eines and Thylèn 2012).

Forsker er leder i fokusgruppen, en moderator. Moderator er mer styrende i en fokusgruppe enn i et individuelt intervju (Malterud 2011). Fokusgruppeintervjuet tas opp med lydopptaker. Opptakene skrives ut i tekst, som blir brukt i analysen (Malterud 2012). Et fokusgruppeintervju pågår i ca 1-2 timer, og før intervjuet starter, er det viktig at jeg som moderator gjennomgår kjørereglene, forteller hvordan gruppediskusjonen bør foregå (Malterud 2012). Å ha en intervjuguide kan være nyttig, da jeg kan innlede fokusgruppen med spørsmål som leder til nøkkelspørsmålene. Nøkkelspørsmålene er spørsmålene vi stiller for å gi svar på det vi ønsker å forske på (Eines and Thylèn 2012).

Intervjusituasjonen i fokusgruppeintervjuet er helt avhengig av god dialog og samhandling mellom deltakerne, for å kunne få gode data fra tema. Som moderator må jeg forsøke å få deltakerne til å dele sine erfaringer og kunnskap om tema. Studien vil påvirkes hvordan samhandlingen mellom deltakerne er i fokusgruppeintervjuet (Malterud 2012).

Temaet blir gitt av forskeren og fokusgruppeintervjuet egner seg godt når jeg vil få inn data som kan utvikle praksis. I fokusgruppe- intervjuet samtaler deltakerene, og dataskapning skjer i denne interaksjonen (Lerdal and Karlsson 2008).

Samtalen er grunnleggende og muligens den mest gyldige form for kunnskapsutvikling som vi har kjennskap til (Drageset and Ellingsen 2010).

3.2.1 Forskers rolle

Det er viktig å være klar over hvordan jeg som forsker kan påvirke forskningsprosessen.

Forforståelsen er viktig fordi det er den som ofte motiverer meg til å gjøre en studie.

Forforståelsen er det forsker har med seg inn i forskningsprosjektet, og som kan påvirke alle delene ved studiet. Som regel vil forforståelsen være nyttig for prosessen, men den kan også virke negativt inn på studien. Forsker kan innta skylapper, eller være snever i sin horisont. Det er viktig før jeg starter med en studie, å finne ut av hvor jeg som forsker står, for å unngå en forforståelse som påvirker prosjektet negativt (Malterud 2011).

Det er viktig for kvalitative studier at forsker har et kritisk blikk på eget ståsted, sin rolle, i møtet med informantene, tolkningen og bruken av metoder, for å sikre studien troverdighet (Drageset and Ellingsen 2010).

Det er i samspillet mellom egen forforståelse og det valgte teoretiske grunnlag den nye kunnskapen vil vokse frem mellom empirisk data og teoretisk perspektiv.

Uansett hvilken forskningsmetode en bruker, vil alltid forsker på en eller annen måte påvirke forskningsprosessen.

I kvalitativ forskning er målet at de empiriske data skal reflektere deltakerens mening og erfaring best mulig (Malterud 2011).

3.2.2 Utarbeiding av intervjuguide

Det er viktig med planleggingen av intervjuet. I fokusgruppeintervjuet er det viktig at arbeidet med intervjuguiden starter tidlig. Det er viktig at det jobbes grundig med denne, slik at det er sammenheng mellom intervjuguiden og problemstillingen.

Forskningsfokuset blir stadig skjerpet når en tidlig i prosessen starter jobben med utformingen av intervjuguiden (Malterud 2012).

Som forsker må jeg klargjøre formålet med studien. Det må også innhentes forhåndskunnskap om emnet jeg ønsker å undersøke. I tillegg må jeg tilegne meg kunnskap om hvordan intervju og analyseteknisk arbeid innebærer og foregår. Når jeg velger fokusgruppeintervju som datainnsamling, er det nødvendig å tenke igjennom hvor lang tid og hvor mye ressurser denne metoden krever. Ved gjennomføring av fokusgruppeintervju og analyse, tid til transkribering, må også tas med i planleggingen. For å ha refleksjon over forskningsprosessen vil det være nyttig med en dagbok som

arbeidsverktøy. I dagboken vil jeg beskrive mitt arbeid, mine erfaringer og min innsikt som jeg har og får, fra dag til dag i prosessen (Kvale and Brinkmann 2010).

Ved stort engasjement, er det lurt å innhente råd fra andre for å korrigere intervjuguide, slik at ikke mine egne meninger påvirker det virkelige materiale. Tidlig i prosessen er det viktig å gjennomgå intervjumaterialet sammen med andre.

Intervjuguiden vil fungere som et hjelpemiddel for å kunne holde fokus på det som det forskes på. Fenomenet skal kunne belyses fra flere vinkler og perspektiv, da er det viktig at spørsmålene i intervjuguiden åpner opp for samtalen (Malterud 2012). Åpne spørsmål gir oftest utfyllende beskrivelser og forklaringer, ifølge Krueger og Casey (Malterud 2012). Forskningsspørsmålene kan gjengis i et teoretisk språk. Intervjuspørsmålene må bestå av et språk intervjupersonen kjenner, i dagligspråket.

Et forskningsspørsmål kan undersøkes via mange intervjuspørsmål, men intervjuspørsmålet kan også gi svar på mange forskningsspørsmål (Kvale and Brinkman 2010).

Ved utarbeiding av intervjuprosjekt bør hvorfor og hva spørsmål stilles og besvares før spørsmålet om hvordan.

Men i intervjusituasjonen er det viktigst at deskriptive hovedspørsmål som; Hva skjedde, hvordan skjedde det stilles først. Formålet er å få spontane beskrivelser av tema (Kvale and Brinkman 2010).

Intervjuer som vet hva det skal spørres om og hvorfor det spørres om, vil under intervjuet forsøke å avklare de meningene som er relevant for prosjektet.

Intervjuspørsmål:

Introduksjonsspørsmål: Kan du fortelle meg om..? Kan fremkalle spontane, rike beskrivelser av intervjuers erfaringer.

Oppfølgingsspørsmål: Svaret kan utdypes ved at intervjueren inntar en interessant, kritisk og velholdende holdning. Evne til å lytte etter hva som er viktig for intervjupersonene, og samtidig å ha forskningsspørsmålet klart for seg. Kunsten å stille oppfølgende spørsmål krever aktiv lytting av intervjuer, og det er like viktig som spørreteknikken. Det er viktig å lytte til hva som blir sagt og hvordan det blir sagt (Kvale and Brinkman 2010).

Inngående spørsmål som, ”Kan du si noe mer om det...”, vil gi forsker en mer detaljert beskrivelse av tema.

Intervjuguiden vil inneholde introduksjonsspørsmål, deretter overgangsspørsmål og så nøkkelspørsmål (vedlegg nr 3).

3.3 Utvalg og rekruttering

For å gjøre et utvalg, på grunnlag av min problemstilling, vil kriteriene for å delta være;

- sykepleiere med ulik kompetanse og ansiennitet.
- sykepleierne har til felles at de jobber i kommunehelsetjenesten, der sykehjemmene og hjemmetjenesten har brukt palliativ plan i minimum 2 år.
- den palliative planen som sykepleierne har erfaring med, er en palliativ plan som starter er når det skjer en endring i den alvorlig syke og døende eldre pasient sin tilstand. Planen kan gjelde i uker eller måneder.
- sykepleierne må ha interesse og engasjement for palliativt arbeid.
- Sykepleierne kan ha ulik stillingsprosent og ulike roller på arbeidsplassen. Noen sykepleiere kan ha kurs eller videreutdanning innen palliasjon eller kreftomsorg, mens andre har grunnutdanning i sykepleie. Utvalget er strategisk og er sammensatt slik at det best mulig kan belyse problemstillingen. Enkelte sykepleiere jobber for det meste alene i utøvelse av pleie og omsorg, som en ofte gjør i hjemmetjenesten. Andre sykepleiere jobber tett sammen og i team, i utøvelsen av omsorg og pleie til den alvorlig syke og døende. Som oftest på sykehjem jobber sykepleiere tett med andre.

Dette vil gi meg som forsker kunnskap fra erfaringer som belyser samme tema, der den subjektive opplevelsen kommer frem.

Området forskningen skal finne sted, er i Møre og Romsdal. For å rekruttere deltakere til prosjektet vil jeg benytte en kontaktperson, som vil være avdelingsleder på de ulike forskningsstedene jeg velger. For å få tilgang til deltakere vil jeg skrive et brev til avdelingsleder ved aktuelle forskningssted. I brevet informerer jeg kortfattet om prosjektet, og om hvilke kriterier som må være oppfylt (Malterud 2012). I tillegg informerer jeg om at prosjektet er frivillig og krever informert samtykke fra deltakerne som ønsker å være med i prosjektet. Det må også opplyses om fokusgruppeintervju som metode og hvor lang tid intervjuet vil ta. Det er viktig at jeg som forsker bruker dagligdagse ord, beskriver prosjektet, om hvorfor dette er viktig og hvorfor det er viktig å få forske på sykepleieren sine erfaringer. Brevet til rekrutteringssted ligger som vedlegg nr 4.

Avdelingsleder plukker ut sykepleiere som innfrir kriteriene for å delta. Ved å la andre ta utvelgelsen av et eventuelt utvalg, slipper jeg som forsker å påvirke til deltakelse, som kan ha betydning for forskningsprosessen.

Interesserte deltakere får utlevert et informasjonsskriv, med samtykkeskjema, der jeg forteller kort om prosjektet, og hva det innebærer å være med som deltaker (vedlegg nr 5). Deretter tar jeg kontakt med hver enkelt deltaker, og avtaler tid og sted for gjennomføringen av fokusgruppeintervjuet.

3.4 Tilrettelegging av fokusgruppeintervjuet - praktisk og teknisk

Jeg velger å gjøre fokusgruppeintervjuet på deltakernes arbeidsplass. Det jeg som forsker må tenke på er hvor intervjulokalet ligger i forhold til hvor personalet og pasienter oppholder seg. Jeg vil forsøke å få et lokale som ligger for seg selv, der deltakerne slipper å gå gjennom ganger, møte kollegaer og pasienter på vei til intervjuet. Da vil jeg, i større grad, bedre beholde anonymiteten til deltakerne.

Lokalet der fokusgruppeintervjuet skal foregå må være egnet for samtale. Jeg må velge et lokale som ligger skjermet for forstyrrende elementer, som bilstøy, andre stemmer, mennesker som kommer innom etc.

Glass, kopper og flasker rundt intervjubordet, kan påvirke kvaliteten på båndopptaket (Malterud 2012). Transkriberingen kan bli krevende om enkelte deler av opptaket ikke er optimalt pga utydelig tale eller støy. Om jeg velger å servere mat og drikke, kan dette gjøres når deltakerne kommer og før intervjuet starter. Deltakerne bør helst sitte rundt det samme bordet og båndopptakeren må ligge på et underlag som fanger opp stemmene i samtalen. Den kan gjerne ligge på en bok eller et mykere underlag, i stedet for direkte på bordet.

For å lagre samtalen, brukes båndopptakere, og de bør være lettbetjent. Det er viktig på teste utstyret før intervjuet begynner (Malterud 2012). Det kan være lurt å bruke to båndopptakere, slik at om den ene ikke fungerer optimalt, vil den andre kunne supplere. Det kan være lurt å sjekke båndopptakerne underveis, slik at jeg er sikker på at alt fungerer slik det skal. Nye batteri i lydopptakerne, før fokusgruppeintervjuet starter, kan være en trygghet (Malterud 2012).

3.5 Gjennomføring av intervjuene

Når deltakerne kommer, vil jeg ta imot alle og ønske velkommen. Jeg setter av litt tid til ankomst. Jeg setter frem lett mat, te og kaffe, som deltakerne kan forsyne seg av, før intervjuet starter. Deltakerne får utdelt et skjema der de fyller ut personopplysninger. De får også utlevert et skilt der de kan få skrive navnet sitt, til bruk under intervjuet. Jeg trenger da ikke å bruke tid og krefter til å komme på navnene til de enkelte deltakerne (Malterud 2012). Deltakerne setter seg rundt bordet, det er akkurat med plasser, slik at alle sitter rundt det samme bordet, og har samme mulighet for å bli sett og hørt. Jeg plasserer meg slik at jeg ser alle. Jeg bruker da deltakernes navn under intervjuet. I fokusgruppeintervju er det ofte en fordel å ha en assistent. Det er en assistent som beskriver hva som kommer til uttrykk og hjelper til med å notere hva som blir sagt og gjort (Malterud 2012). I mitt forskningsprosjekt vil jeg bruke en medstudent som assistent. Det er viktig at assistenten kjenner sin rolle og vet hva som skal noteres under fokusgruppeintervjuet. En assistent skal ikke være delaktig i intervjuet, og kan med fordel sitte et stykke fra moderator (Eines og Thylen 2012).

Før intervjuet starter presenterer jeg meg selv og assistenten. Jeg beskriver kort hva assistenten sine oppgaver er og informerer om tidsplanen som er bestemt. Dette kan gi meg som forsker en gyldig grunn, om jeg må begrense eller lede til tema (Malterud 2012). Det er viktig at det blir gitt god informasjon om hvordan intervjuet skal foregå. Og språket jeg bruker er dagligdags, og lett forståelig. Under intervjuet holder moderator seg så nøytral som overhodet mulig. Bekreftende blick eller støttende kommentarer må unngås (Malterud 2012).

Moderator skal sørge for at alle i fokusgruppen skal få komme til orde. Om enkelte i gruppen er veldig aktiv i samtalen, kan moderator på en fin måte avlede, slik at andre kommer til orde. Når samtalen blant informantene kommer ut av tema, er det viktig at moderator konkretiserer, slik at tema blir belyst (Malterud 2011). Det kan være til god hjelp å sette opp antall minutt en ønsker å bruke til hvert spørsmål (Malterud 2012). Om moderator og assistent er usikker på om et utsagn ble oppfattet korrekt, kan en spørre om bekreftelse, for eksempel; «forstod jeg deg riktig...?»

Det er viktig å tenke på at en i slike tilfeller er bevisst på forforståelsen min, og ikke lede til ønsket svar. Det er viktig at jeg som forsker ikke har ledende spørsmål som; «Er du ikke enig i at...». Ved å være bevisst dette, styrkes validiteten i funnene (Eines og Thylen 2012).

3.6 Transkripsjon

Etter fokusgruppeintervjuet lagrer, krypterer og sikkerhetskopierer jeg lydopptakene. Dette skal gjøres umiddelbart, for å sikre data og verne om deltakerne sine meddelelser (Malterud 2012). Jeg sjekker at begge opptak er tilfredsstillende, når jeg fortsatt har intervjuet friskt i minne.

Data må bearbeides, transkriberes og analyseres før det kan kalles vitenskaplig (Malterud 2011).

Jeg lagrer opptakene på egen pc, med dato som filnavn, deretter krypteres lydfilene, slik at forskningsdataene sikres mot innsyn, og for å hindre at personopplysninger kommer til uvedkommende (Malterud 2012). Jeg kan også velge å sikkerhetskopiere lydfilene utenfor min datamaskin, slik at ikke prosjektet er ødelagt om min datamaskin krasjer (Malterud 2012).

Moderator og assistent går sammen om oppsummeringen av fokusgruppeintervjuet. Det er en fordel, da begge har vært til stede, og har hørt det samme.

Det kan være smart å anskaffe seg en fotpedal til transkriberings-arbeidet. Fotpedalen kobles til egen pc med en programvare som håndterer lydfilene. Med fotpedalen kan jeg bestemme hastighet på avspillingen og kunne lett gå tilbake for repetisjon av lyd.

Intervjuet analyseres fra lyd til tekst, ord for ord.

Transkripsjonen er konsentrasjonskrevende og tidkrevende prosess, og det er viktig å jobbe grundig i analyseringen av notater og observasjoner (Malterud 2012).

En må påberegne 8-10 timer til transkribering pr time fokusgruppeintervju (Eines og Thylèn 2012).

3.7 Analyse

I analysen av fokusgruppeintervjuet vil det skapes en bro mellom rådata og resultater i analysen. Materialet blir fortolket, organisert og sammenfattet. Arbeidet med analysen er krevende og jeg tenger en mer sammenhengende konsentrasjon i arbeidet, enn tidligere i studien (Malterud 2012).

En sentral del av forskningsprosessen, er å tolke materiale i lys av teoretiske perspektiver (Malterud 2011).

Det er viktig i analyseringen av datamaterialet jeg har fått, at det kommer frem både det som blir sagt, verbalt og nonverbalt, i fremtoning og i taushet. Det er mye mer enn det som blir sagt og tatt opp på båndopptaker, som skaper datamaterialet (Malterud 2012).

Analyse av kvalitative data kan gi flere gyldige tolkninger samtidig. Teorigrunnlaget vil gi støtte til hvilke tolkninger som gir mest relevante funn.

Analysen skal foregå på en måte slik at andre skal kunne følge prosessen og forstå forskers systematikk. Dermed vil andre også kunne forstå forskers konklusjoner. Analyseprosessen skal kunne formidles og gjennomføres (Malterud 2011). Det er viktig at forsker stiller seg selv kritiske spørsmål, til forskningsprosessen, for å identifisere utgangsposisjonen som forsker (Malterud 2011).

Hermeneutiske spiral

Den hermeneutiske spiral har til hensikt å beskrive materiale vi har fått inn gjennom fokusgruppen. Deretter vil materialet bli systematisert og kategorisert. Det vil foregå en utsiling og forenkling av informasjon. Dette er nødvendig for å få oversikt over materialet. Når opplysninger er systematisert kan forsker starte fortolkning av data. En sammenbinder ved å se etter meninger, årsaker, få en orden inn i data (Jacobsen 2005).

Tematisk analyse

For å beskrive analysen av datamaterialet, har jeg valgt å bruke Braun og Clarke sine trinn i tematisk analyse.

Å bruke en tematisk analyse i analyseprosessen hjelper meg til å systematisere funnene.

Jobben med analyseprosessen deles inn i ulike faser,

Fase 1; Jeg gjør seg kjent med data. Det er viktig at jeg gjør seg kjent med alle sidene av det innhentede datamaterialet. Bruk lydopptaker og se over notatene flere ganger, og allerede i denne fasen kan jeg starte kodingen (Braun and Clarke 2006).

Fase 2; Danne nye koder. Når jeg har gjort meg kjent med datamaterialet, starter kodingen og organiserer funnene i meningsfulle enheter. Ta del for del og analyser små enheter for så å sette de inn i større sammenhenger. Kodingen vil hjelpe meg til systematikk og organisering av arbeidet (Braun and Clarke 2006).

Fase 3; Finne tema. Tar jeg alle kodinger, ser på likheter og ulikheter og grupperer funnene. Jeg ser på hva som nå er relevant, hva som skal tas med og hvilke funn som kan elimineres (Braun and Clarke 2006).

Fase 4; Gjennomgå tema. Finne meningsfulle sammenhenger ut i fra funnene i intervjuprosessen.

Fase 5; Definere og navngi tema. Identifisere og beskrive viktige funn. Se på temaer som kom frem og hvordan de ulike temaene påvirker hverandre. Funnene skal kunne beskrives kortfattet (Braun and Clarke 2006).

Fase 6; Konklusjon. Konkludere funnene av forskningsprosessen, kortfattet og lettlest, slik at leser forstår hva jeg som forsker har oppnådd av ny viten. Viktig at konklusjonen svarer på problemformuleringen (Braun and Clarke 2006)

Forsker styrker troverdigheten ved å beskrive og detaljert gjengi forskningsprosessen, og beskrive konteksten. Overførbarhet i kvalitativ forskning dreier seg om funnene har gyldighet og at de er relevant og kan anvendes av andre (Drageset and Ellingsen 2010).

4.0 Ethiske overveielser

Ethiske utfordringer ved kvalitative studier

Helsinkideklarasjonen sammenfatter etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker. Helsinkideklarasjonen omfatter pasienter og ikke i like stor grad helsepersonell (Malterud 2011).

Forskning reguleres også av regler og forskrifter i helseforskningsloven og forskningsetikkloven. Forskere skal kjenne og forstå disse forskningsetiske prinsippene og reglene (Malterud 2011).

Når jeg skal gjennomføre et forskningsprosjekt, må jeg først snakke med min leder og legge frem min prosjektplan. Hensikten med prosjektet, informasjon om gjennomføring og fremdriftsplan, inkludert kostoverslag må komme frem.

Ved rekruttering av deltakere til forskningsprosjektet, gjøres det via kontaktpersoner (Malterud 2012). I prosjektet vil jeg bruke avdelingsledere til å gjøre utvalget. Som forsker må jeg bruke skjønn og bruke en ansvarlig forskningsetikk i forhold til helsepersonell som gir meg informasjon og kunnskap om sin arbeidshverdag (Malterud 2011).

Prosjekter som kommer inn under helseforskningsloven, skal meldes til NSD. Siden jeg velger å bruke båndopptaker for å lagre data, må jeg søke NSD, Personvernombudet for forskning Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste. Grunnen til det er at fokusgruppeintervjuet krever at forsker samler, registrerer og lagrer personopplysninger på en datamaskin (Malterud 2012). Prosjektet mitt er meldepliktig til NSD fordi at det vil inneholde personopplysninger.

For å få prosjektet i gang må jeg søke om tilrådning fra REK, Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. For å sende en søknad til REK, kreves det en hel del forhåndsarbeid. Skjemaet REK bruker, er lett og fyller ut, dersom jeg har en god prosjektbeskrivelse og plan for gjennomføringen. Ved å bruke dette skjema sikrer jeg at all nødvendig informasjon som kreves, blir beskrevet.

Søknaden sendes til REK elektronisk, og søknaden sendes fra forskningsansvarlige institusjonen og signaturen skrives av en person med forsvarlig kompetanse, som gjerne kan være veileder under prosjektet (Malterud 2012).

Alle medisinske og helsefaglige forskningsprosjekt, herunder kvalitative studier, skal forhåndsgodkjennes av REK (Malterud 2011).

Søknaden skal inneholde informasjon om forskningsprosjektet. Beskrivelse av metode og utvalget som er med. I tillegg skal det legges ved informasjonsskriv og samtykkeskjema. Det er strenge krav til informert samtykke og prosjektet skal være kjent for deltakeren (Malterud 2011). Deltakerne skal under hele prosjektet ha mulighet til og trekke seg, og dette skal det informeres om i informasjonsskrivet til deltakerne (Malterud 2012). Plan for forskningsarbeidet, forskningsetiske utfordringer og beskrivelse av gjennomføring fremlegges. I tillegg skal intervjuguiden legges ved.

5.0 Fremdriftsplan

Oversikt over fremdriftsplan

Mai 2014

Leverer prosjektplan

August - desember 2014

Ferdigstille: Prosjektplan;

Intervjuguide

Søknad REK

Søknad NSD

Rekrutteringsbrev

Informasjonsbrev

- Forberede til fokusgruppeintervju

Januar 2015

- Prosjektplan godkjent
- Søknader til NSD og REK
- Sende rekrutteringsbrev og informasjonsbrev
- Informasjonsmøte, til rekrutteringsansvarlig om prosjektet, om det ønskes
- Utprøving av intervjuguiden

Februar –mars 2015

- Svar foreligger fra REK og NSD
- Utvalg klarert
- Gjennomføring fokusgruppeintervju

April – Juni 2015

- Bearbeiding av data
- Transkribering

Juli – august 2015

- Ferie

September - desember 2015

- Analyse
- Presentasjon av funn
- Diskusjon av funn og metode

Januar – april 2016

- Skrive oppgaven
- Levere oppgaven til gjennomlesning, veileder
- Forstsette skriving etter veiledning

Mai 2016

- Leveres masteroppgaven

Juni 2016

- Forsvare masteroppgaven muntlig

Kostnadsberegning:

Reiser fokusgrupper i Møre og Romsdal:	17000
Bøker	4000
Veiledning reise	10000
Veiledning telefon	1000
Lån - Båndopptaker	2000
Utstyr til båndopptaker	1000
Lån pedal –transkribering	5000
Tapt inntekt	250000
	= 290000

6.0 Rapportering

Siste leddet i forskningsprosessen skal vi sammenfatte og formidle det vi har gjort og funnet.

Jeg vil velge å publisere studien som artikkel i et tidsskrift. Det er nå vi finner ut om vi har en rød tråd i arbeidet og at det henger sammen (Malterud 2011).

I den ferdige artikkelen finnes en innledning som leder til problemformulering. Deretter kommer en beskrivelse av fremgangsmåten, deretter funnene og til slutt; drøfting av prosess og resultater. Jeg ønsker å bruke IMRAD, som står for; introduction, method, results, and discussion. Har artikkelen god konsistens, vil den interne validiteten i artikkelen styrkes (Malterud 2011).

Skrivearbeidet lettes om denne rekkefølgen følges:

- Vi starter med artikkelens kjerne, deretter skal problemstillingen, altså spørsmålene som resultatene har gitt svar på, bli formidlet i en kortversjon via artikkelens tittel.
- Metoden - jeg beskriver veien jeg gikk for å belyse problemstillingen min.
- Diskusjonsdelens metodeavsnitt, der beskriver jeg styrker/svakheter i denne prosessen.
- Diskusjonsdelens resultatavsnitt der vil jeg løfte frem det som er nytt sammenlignet med foreliggende kunnskap og vurderer ulike tolkninger.
- Innledningen skal presentere prosjektets spesifikke plattform, som kanskje er blitt tydeligere når jeg har diskutert resultatene.
- Referanselisten skal suppleres under skriving og gjennomgås nøye til slutt.
- Sammendraget er det aller siste jeg skriver, når jeg vet hva artikkelen faktisk handler om (Malterud 2011).

7.0 Vedlegg

Oversiktstabell i forhold til søkehistorikk

Vedlegg nr 1

#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	(((((pub-date >2007 and nurse and(palliativeplan)) and Palliative care) and Quality of end of life care) and experience AND LIMIT-TO(yearnav,"2014,2013, 012")) and systematic care AND LIMIT-TO(topics, "palliative care")) and Quality research	14.01.2014	Scencedirect	61			
2	And nurse perspective	14.01.201	ScienceDirect	41	20	6 av disse var; 4 – kvantitative 2 - kvalitative	2
	Søk nr 2						
#	Søkeord	Dato	Database	Antalltreff	Lesteabstakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	nurse	15.01.2014	SweMed+	8564			
2	Palliative plan	15.01.2014	SweMed+	25			
3	Palliative plan Limits:granskning:"peer reviewed"	15.01.2014	SweMed+	12			
4	#1 AND #2 AND #3	15.01.2014	SweMed+	3	3	2	1
	Søk nr 3						

#	Søkeord	Dato	Database	Antalltreff	Lesteabstakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	Palliative plan	15.01.2014	SveMed+	25	7	5	2
	Søk nr 4						
#	Søkeord	Dato	Database	Antalltreff	Lesteabstakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	Advanced care plan	11.02.2014	SveMed+	12			
2	Palliative plan	11.02.2014	SveMed+	25			
3	Quality of end of life care	11.02.2014	SveMed+	92			
4	nurse perspective	11.02.2014	SveMed+	179			
5	Nurse perspective limits:granskning:"peer reviewed"	11.02.2014	SveMed+	107			
6	#1 OR #2	11.02.2014	SveMed+	34			
7	#3 AND #6	11.02.2014	SveMed+	3	3	2	2 brukes i bakgrunnst eori
	Søk nr 5						
#	Søkeord	Dato	Database	Antalltreff	Lesteabstakt	Lesteartikler	Inkluderte artikler
1	Nurse clinicians/ or nurse*.mp.	11.02.2014	OvidMedline	256619			
2	Palliative care/ or Advance Care Planning/ or Patient Care Planning/ or Aged/ or Advanced care plan*.mp.	11.02.2014	OvidMedline	2296775			
3	Aged/ or Terminal Care/ or Advance care planning/ or Quality of end of life care.mp. or "Quality of life"/	11.02.2014	OvidMedline	2346669			

	or Palliative care/						
4	Home care.mp. or Home Care Services/	11.02.2014	OvidMedline	39337			
5	Homes for the Aged/ or Nursing homes/ or nursing home*.mp. or Aged/	11.02.2014	OvidMedline	2256340			
6	Palliative care.mp. or Palliative Care	11.02.2014	OvidMedline	41779			
7	Nursing Staff/ or nurses/ or nurse experience*.mp.	11.02.2014	OvidMedline	45457			
8	1 and 2 and 3 and 4 and 5 and 6 and 7	11.02.2014	OvidMedline	10			
9	Limit 8 to (yr="2009 – current" and "all ages (65 and over)" and (danish or english or norwegian or swedish))	11.02.2014	OvidMedline	2			
10	Limit 9 to (yr="2004 – Current" and "all aged (65 and over)" and (Danish or English or Norwegian or Swedish))	11.02.2014	OvidMedline	2	2	1	1
	Søk nr 6						
#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	Individualized plan or palliative plan and	11.02.2014	Science Direct	3170			
2	Advanced care plan and	11.02.2014	Science Direct	1509			
3	Palliative care and	11.02.2014	Science Direct	1022			
4	Quality of end of life care and	11.02.2014	Science Direct	668			
5	Nursing home and	11.02.2014	Science Direct	423			
6	Home care services and	11.02.2014	Science Direct	353			
7	Nurse perspective and	11.02.2014	Science Direct	245			

8	Qualitative research and	11.02.2014	Science Direct	170			
9	Limit to cids,"271253", "international Journal of Nursing studies" and limit to topics, "palliative care, end-of-life care" and limit to yearnav, "2014,2013,2012,2011,2010"	11.02.2014	Science Direct	1	1	1	1
	Søk nr 7						
#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	Advanced care plan*. Mp	10.04.14	OvidNursing	33			
2	exp Aged/or exp terminal care/ or Quality of end of life care.mp. or exp "quality of life"/	10.04.14	OvidNursing	132225			
3	Exp Home Health Care/ or Home care service*.mp	10.04.14	OvidNursing	16217			
4	Exp Nursing Homes(or Nursing home*.mp. or exp Nursing Home Patients/	10.04.14	OvidNursing	11688			
5	Palliative care.mp. or exp Palliative care/	10.04.14	OvidNursing	7296			
6	Nurse experience.mp.	10.04.14	OvidNursing	35			
7	1 or 5	10.04.14	OvidNursing	7317			
8	2 and 7	10.04.14	OvidNursing	7273			
9	3 and 4	10.04.14	OvidNursing	587			
10	6 and 8	10.04.14	OvidNursing	1			0
	Søk nr 8						
#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	Quality of care	10.04.14	Ovid Nursing	7174			
2	Palliative patient*.mp./or Palliative care exp	10.04.14	Ovid Nursing	7243			
3	Patient* perspective.mp.	10.04.14	Ovid Nursing	753			
4	1 and 2 and 3	10.04.14	Ovid Nursing	5	5	1	1

Vedlegg nr 2

Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler

Tittel	Hensikt	Metode/ Instrument	Deltakere/ frfall	Hovedfu nn	Etisk vurdering	Kvalitet
Courage, Leadership, and end of life care: When Courage Counts	Sykepleier ledere som har mot til å snakke sykepleier, pasienter og pårørendes sak, vil kunne bidra til bedre pleie og omsorg til alvorlig syke	Artikkel				NSD: Nivå 1 Kunnskapssenteret: God. Forteller om sykepleierledere og deres mulighet for å legge til rette for en verdig død. Kvalitet avhenger av det å være forberedt. Være modig i rollen som sykepleier og være pasientens advokat.

	<p>og døende. Tenke nytt og iverksette tiltak, selv om det i helsesystemet finnes mange hinder. Forberedelse er en viktig faktor for å hjelpe betjeningen, til å yte et høyere nivå av kvalitet på omsorgen til alvorlig syke og døende.</p>					
Tittel	Hensikt	Metode/ Instrument	Deltakere/ frfall	Hovedfu nn	Etisk vurdering	Kvalitet

<p>A qualitative study: Professionals' experiences of advance care planning in dementia and palliative care, "a good idea in theory but..."</p>	<p>Nøkkelspørsmål: 1)Verdien og nytten av ACP, 2)Definisjon og komponenter og rettslig status av ACP, 3) Praktiske gjennomføringer av ACP.</p>	<p>Kvalitativ studie Fokus grupper og intervju. For de som ikke kunne delta i fokusgruppe r, ble det gjennomført individuelle intervju.</p>	<p>Deltakerne var fra ett sykehjem, to akutt sykehus, en abulanse tjeneste, lokal myndighet, frivillige organisasjoner, og fra rettslig sektor. Totalt 94 deltakere og de var sykepleiere innen palliasjon</p>	<p>Erfaringer av advanced care planning (ACP) i bruk til demente og palliative pasienter. Sykepleierne syntes ideen om ACP var god, men erfarte mange faktorer</p>	<p>Søknad for prosjektet om etisk godkjenning ble sendt til Newcastle and North Tyneside 1 Research Ethics Comitee, og prosjektet ble innvilget og godkjent</p>	<p>NSD: Nivå 1 Kunnskapssenteret: God, Belyser mange deltakere sine erfaringer med ACP, men jeg tar utgangspunkt i erfaringene fra sykepleierne.</p>
---	--	---	--	--	---	--

			og demens, familieterapeuter geriatrisk psykiatri, assistenter, ambulansepersonell, advokater, og personer fra frivillighetssektoren.	ved det å sette ACP ut i praksis. Uklart, Hvem tar ansvar? Behov for rollefordeling. Behov for mer kompetanse.		
Tittel	Hensikt	Metode/ Instrument	Deltakere/ frfall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Kvalitet
Organisering av palliasjon i og utenfor sykehus	Anbefalinger fra Standard for palliasjon,	Artikkelen er skrevet for å				NSD: Nivå 1 Kunnskapssenteret: God

	av organisering av palliasjon på ulike nivåer.	redegjøre for anbefalingene for organisering av helsetilbudet til alvorlig syke og døende. Organisering er viktig for fremme god livskvalitet, som er målet med all palliasjon.				
Tittel	Hensikt	Metode/	Deltakere/	Hovedfu	Etisk	Kvalitet

		Instrument	frafall	nn	vurdering	
En plan for å se den lidende	<p>Hovedmål: At palliative kreftpasienter og deres pårørende får et best mulig liv tross for livstruende sykdom.</p> <p>Delmål: -Avklare koordinatorrollen -Gi sykepleier økt trygghet og mestring i arbeidet -styrke</p>	<p>Prosjekt Koordinert hjelp til palliative kreftpasienter og deres pårørende. Samarbeid mellom skien kommune og Sykehuset Telemark HF. To spørreundersøkelser om pasienten</p>	<p>20 sykepleiere fra kommune helsetjenesten og spesialitshelsetjenesten 3 veiledere 2 tilretteleggere, 30 pasienter</p>	<p>Prosjektet viser at individuelle planer og bruk av en kontaktsykepleier gir bedre samhandling, sikrer kartlegging og øker pasient og pårørendes</p>	<p>Nei, foreligger ikke. Kommunalt prosjekt</p>	<p>Kunnskapsenteret: God Erfaringer fra sykepleiere er viktig for min prosjektplan</p>

	<p>arbeidet med individuell plan til palliative kreftpasienter . Etablere gode kommunikasjonslinjer og overføringsrutiner ved overføring av pasienter.</p>	<p>og pårørendes erfaringer. Sykepleierne fylte ut sjekkliste for egen oppfølging og koordinering.</p>		<p>tilfredssett med tilbudet. Sykepleierne uttrykker bl.a mer helhetlig tenkning og fremtidsrettet pasientfokus. Bedre samarbeid for pasientens beste, og større forståelse</p>		
--	--	--	--	---	--	--

				e for hverandr es arbeidssi tuasjon.		
Tittel	Hensikt	Metode/ Instrument	Deltakere/ fracfall	Hovedfu nn	Etisk vurdering	Kvalitet
Prosjekt palliasjon i Nyborg kommune på Fyn i Danmark – om utvikling af den kommunale palliative innsats	Prosjektets hensikt var å skape og styrke sammenheng en i den kommunale palliative innsats. Fire delmål: 1)Utvikle/prø	Prosjektet design var inspirert av actionsforsk ningstradisj onen. Kompetanse utvikling, organisatori ske tiltak og lokale	Aktørene bestod av 20 prakti, leger(PL) fra sju legekontor , Et hjemmesy kepleie- og	Undersø kelsen viste det at det var behov for utvikling av organisat oriske rammer	Nei, er ikke beskrevet. Kommunalt prosjekt.	NSD: Nivå 1 Kunnskapssenteret: God. Kommunalt prosjekt som kan overføres til andre kommuner. Erfaringer fra sykepleiere i prosjektet, er viktig for min prosjektplan.

	<p>ve metoder som hever kompetansen</p> <p>2)Utvikle/prøve strukturelle og organisatoriske rammer</p> <p>3) med mål 1 og 2 utvikle/prøve en sammenhengende tverrfaglig samarbeid, på tvers av nivåer, etter nasjonale anbefalinger.</p>	<p>aktører på det palliative nivå.</p> <p>Spørreskema, som ble fulgt opp av utdypende fokusgrupper.</p>	<p>hjemmepleiedistrikt bestående av 51 pleiepersonell, fordelt assistenter (ASS), hjelpepleiere(HJ) og sykepleiere(SPL), 2 sykehjem med 68 pleiepersonell fordelt på SPL, HJ og ASS.</p>	<p>og strukturer, for å fremme tverrfaglig samarbeid og bedre kommunikasjon. Dermed heve kvaliteten og bidra til større sammenheng. Oppgavefordeling</p>		
--	---	---	--	--	--	--

	4) Evaluere delmål 1,2 og 3.			viktig. Kompetanseheving nødvendig. Prosjektet bidro til en del utfordringer både i forhold til organisering, implementeringen, ulike ledere, travel hverdag,		
--	------------------------------	--	--	---	--	--

				stor innsats for å holde prosjektet i gang.		
Tittel	Hensikt	Metode/ Instrument	Deltakere/ fracfall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Kvalitet
Gamle – og pasienter med demens – Omsorg ved livets slutt	Drøfting av utfordringer og muligheter. Grunnlaget for nødvendig kompetanse Etikk, forberedende samtaler,	Erfaringer gjennom klinisk virksomhet i 32 år.				NSD: Nivå 1 Kunnskapssenteret: God. Artikkel skrevet etter mange års erfaring. Ikke sykepleierperspektiv. Brukes i bakgrunnsteori, da en understøtter palliativ plan.

	organisering og samhandling.					
Tittel	Hensikt	Metode/ Instrument	Deltakere/ frfall	Hovedfu nn	Etisk vurdering	Kvalitet
Early support visits by district nurses to cancer patients at home: A multi-perspective study	Studien vil presentere funn som kan beskrive ulike perspektiv av erfaringer av hvordan tidlig støtte fra hjemmesykepleien kan beskrives og gjennomføres	Focusgrupper	Fire sykehjem i nord-vest England (by) og to sykehjem i sør-øst England (distrikt) 58 district nurses 10 palliative pasienter	Sykepleierne hadde vanskelig for å beskrive sin rolle og si hvor viktig det var med å ha tidlig støtte	Etisk godkjenning Av Local and university Research Ethics Committees	NSD: Nivå 1 Kunnskapssenteret: God Studien beskriver ulike synspunkter. Det er lite forskning på hva sykepleierrollen innebærer i utøvelsen av forberdende/tidlig støtte besøk i hjemmebasert omsorg. Hvilke tiltak som påvirker til bedre praksis. Nyttig med sykepleierperspektivet for min prosjektplan.

	i en palliativ fase for hjemmeboende kreftpasienter		9 omsorgsyttere	besøk. Pasienter og pårørende i studien ga svar på hvor viktig rolle sykepleier har. De følte seg ivaretatt, sett og følte støtte av sykepleier.		
Tittel	Hensikt	Metode/	Deltakere/	Hovedfu	Etisk	Kvalitet

		Instrument	frafall	nn	vurdering	
District nurses` role in palliative care provision: a realistic review	Ved å gjennomgå denne litteraturen var målet å finne ut av om og hvordan sykepleiere har forutsetning for å utøve palliasjon til pasienter som er hjemmeboende og undersøke	Realistic Review of literature 46 artikler		De fleste artiklene hadde focus på hvordan district nurses syn på sin rolle I palliative care. Lite er forsket på av den praktiske siden av		NSD: Nivå 2 Kunnskapssenteret: God. Forteller om hva som trengs av videre forskning, og det gjør denne viktig for min prosjektplan

	om funnene i reviewen er anvendbar.			hva sykepleier utøver i palliativ omsorg. Det finnes lite forskning på hvordan det kan gjøres forbedringer i palliativ omsorg i praksis.		
Tittel	Hensikt	Metode/ instrument	Deltakere/ frfall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Kvalitet
Patient work in end-	Å få innsikt	Kasus	31	Fokus på	Etisk	NSD: Nivå 1

stage heart failure: a prospective longitudinal multiple case study	og større forståelse om hva hjertesyke pasienter opplever som god kvalitet på palliativ omsorg.	studie, gjort over lengre tid. Bruk av kvalitativ intervju teknikk.	pasienter fra to sykehus som oppfylte minst en av kriteriene NYHA III, hjertekam merets sammentrekningshyp pighet mindre enn 25 % eller minst en innleggelse for hjertesvikt	at pasienten e hadde et mest mulig aktivt liv, etter eget ønske, fremmet livskvalitet . Å leve med alvorlig sykdom men, kunne utføre daglige gjøremål og leve	godkjenning Medical Ethical Committee, Of the VU Medical Senter	Kunnskapssenteret: God. Aktuell i oppgaven fordi det understøtter kvalitet i palliativ omsorg, sett fra et pasient perspektiv.
---	---	---	--	---	---	--

				mest mulig som normalt virker livsforle ngende, og bidro til god kvalitet i palliativ omsorg, sett fra pasienten e sitt perspekti v.		
--	--	--	--	--	--	--

Spørsmål	Spørsmålsformulering	Tid
Introduksjonsspørsmål:	<p>1) Kan dere fortelle meg om hva du legger i begrepet kvalitet i pleie og omsorg til alvorlig syke og døende eldre pasienter?</p> <p>2) Kan dere fortelle meg om hva dere legger i begrepet palliativ omsorg og pleie?</p> <p>- Hva innebærer palliativ omsorg i praksis?</p>	10 minutt
Overgangsspørsmål:	Kan dere beskrive hvordan arbeidet med palliativ plan fungerer på deres arbeidsplass?	5 minutt
Nøkkelspørsmål:	<p>1) Hvilken erfaring har dere palliativ plan og kvalitet i tjenesten dere utøver?</p> <p>- Erfarer dere at palliativ plan hever kvalitet på omsorg og pleie til alvorlig syke og døende eldre pasienter?</p> <p>- Erfarer dere at palliativ plan bidrar til å øke livskvaliteten til den eldre alvorlig syke og døende?</p> <p>- Erfarer dere god kontinuitet og effektivitet i pleie og omsorg til alvorlig syke og døende eldre pasienter, ved å bruke palliativ plan?</p> <p>- Erfarer dere at kompetansen innen palliativ omsorg og pleie er optimal på deres arbeidsplass?</p> <p>2) Hvilken erfaring har dere med palliativ plan og likhet i pleie og omsorg til alvorlig syke og døende eldre pasienter?</p> <p>- Erfarer dere at palliative pasienter med ulike diagnoser, får likt tilbud i tjenesten ved å bruke palliativ plan?</p> <p>- Erfarer dere at palliativ plan er et verktøy som fremmer likhet i pleie og omsorg til alvorlig syke og døende eldre?</p> <p>- Erfarer dere noen form for utfordringer i forhold til palliativ plan og likhet i palliativ omsorg og pleie?</p> <p>3) Hvilken erfaring har dere med palliativ plan og implementeringen av planen på deres arbeidsplass?</p> <p>- Hvilke erfaringer har dere i forhold til organiseringen rundt bruken av palliativ plan?</p> <p>- Erfarer dere noen form for utfordringer i forhold til å ta i bruk palliativ plan på deres arbeidsplass? Ansvarsfordeling? Rolleavklaring? Koordinasjon?</p>	30 minutter
Avslutningsspørsmål:	<p>1) Hvilke råd vil dere gi til andre sykepleiere som ønsker å ta i bruk palliativ plan på sin arbeidsplass?</p> <p>2) Hvilke råd vil dere gi for å fremme kvalitetsforbedring i palliativ pleie og omsorg?</p> <p>3) Etter erfaringene dere har gjort dere, vil dere anbefale bruk av palliativ plan i fremtidig palliativ omsorg og pleie?</p>	15 minutt

Mona Iversen
Hostadmarka 28
6430 Bud

Dato

Til enhetsleder ved.....

Henvendelse angående rekruttering av deltakere til forskningsprosjektet;

Hvordan kan sykepleier bidra til at palliativ plan gir økt kvalitet i pleie og omsorg til alvorlig syke og døende eldre pasienter?

Hensikten med forskningsprosjektet er å innhente sykepleiere sine erfaringer av bruk av palliativ plan. Erfaringene som sykepleierne har, vil gi ny kunnskap om temaet og bidra til kvalitetsforbedring i pleie og omsorg til alvorlig syke og døende eldre pasienter.

Håpet er at du som enhetsleder kan plukke ut 6 sykepleierne som oppfyller kriteriene for å kunne delta.

Kriteriene for deltakerne i forskningsprosjektet er ,

- Sykepleierne har jobbet og gjort seg erfaring i bruk av palliativ plan, i mer enn to år.
- Den palliative planen som sykepleierne har erfaring med, er en palliativ plan som starter er når det skjer en endring i den alvorlig syke og døende eldre pasient sin tilstand. Planen kan gjelde i uker eller måneder.
- Sykepleierne har offentlig godkjenning som sykepleier og kan gjerne ha videreutdanning/kurs i palliasjon, men det er ikke et krav.
- Sykepleierne kan ha ulik ansiennitet.

Forskningsmetoden er kvalitativ og vil basere seg på fokusgruppeintervju, gruppediskusjon, der jeg som forsker vil stille aktuelle spørsmål i forhold til tema. Fokusgruppeintervjuet vil ta 1-2 timer. Fokusgruppeintervjuet vil bli tatt opp på lydopptaker. Det vil også være med en assistent, som vil notere underveis i intervjuet.

Prosjektet er godkjent i NSD, Personvernombudet for forskning Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste. Informasjon som kommer frem under fokusgruppeintervjuet, vil bli behandlet konfidensielt og sykepleierne erfaringer behandles anonymt.

Det er mulighet for sykepleierne som ønsker å delta, å stille spørsmål om forskningsprosjektet. Sykepleierne har også anledning til å trekke seg når som helst i prosessen, og det skal være 100% frivillig å delta.

Sykepleierne som ønsker å delta, får et informasjonsskriv om prosjektet. De skal sende tilbake svarslipp på samtykkeerklæringen, som ligger ved informasjonsskrivet.

Dette forskningsprosjektet vil foregå over en 2- års periode, og inngår i en Master i helse- og sosialfag, kliniske hjelperelasjoner overfor sårbare grupper, ved Høgskolen i Molde.

Fokusgruppeintervjuet vil foregå januar/februar 2015.

Når funnene i forskningen foreligger, vil opptak på bånd og lagret informasjon bli slettet, senest i april 2016. Masteroppgaven skal leveres mai/juni 2016.

Når forskningsprosjektet er ferdig vil studien publiseres.

Arbeidsstedet vil få et eksemplar av masteroppgaven. Om det er ønskelig kan jeg presentere funnene i studien med deltakerne.

Jeg vil ta kontakt med deg etter en stund, for å høre hvordan arbeidet med rekrutteringen av deltakere til forskningsprosjektet går.

Veileder;

Mvh

Mona Iversen

HIMolde

Tlf 917 07 817

”/Hvordan kan sykepleiere bidra til at palliativ plan hever kvaliteten på pleie og omsorg til eldre alvorlig syke og døende pasienter./”

Bakgrunn og formål

Hensikten med forskningsprosjektet er å innhente sykepleiere sine erfaringer av bruk av palliativ plan. Erfaringene som sykepleierene har, vil gi ny kunnskap om temaet og bidra til kvalitetsforbedring i pleie og omsorg til alvorlig syke og døende eldre pasienter. Dette forskningsprosjektet vil foregå over en 2- års periode, og inngår i en Master i helse- og sosialfag, kliniske hjelperelasjoner overfor sårbare grupper, ved Høgskolen i Molde.

Avdelingsleder ved forskningsstedet rekrutterer sykepleiere til å delta i studien. Studien skal innhente erfaringer fra sykepleiere.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Forskningsmetoden er kvalitativ og vil basere seg på fokusgruppeintervju, gruppediskusjon, der jeg som forsker vil stille aktuelle spørsmål i forhold til tema. Fokusgruppeintervjuet vil ta 1-2 timer. Fokusgruppeintervjuet vil bli tatt opp på lydopptaker. Det vil også være med en assistent, som vil notere underveis i intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Veileder, assistent og jeg som forsker vil ha tilgang til personopplysninger. Etter fokusgruppeintervjuet lagrer, krypterer og sikkerhetskopierer jeg lydopptakene. Dette skal gjøres umiddelbart, for å sikre data og verne om deltakerne sine meddelelser. Jeg lagrer opptakene av på egen pc, med dato som filnavn, deretter krypteres lydfilene, slik at forskningsdataene sikres mot innsyn, og for å hindre at personopplysninger kommer til uvedkommende [

Deltakerene vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon.

Prosjektet skal etter planen avsluttes **april** 2016. Når funnene i forskningen foreligger, vil opptak på bånd og annet datamateriale bli slettet, senest i april 2016

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien

, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med

Mona Iversen tlf 917 07 817. Veileder;

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg samtykker til å delta i intervju

PALLIATIV PLAN

Vedlegg nr 6

<p>Namn: Fødselsdato:</p>	<p>Plan for palliative tiltak:</p> <p>Evt. Palliativt skrin; forsegling åpnes av sykepleier ved:</p>
<p>Diagnoser:</p>	<p>Symptomlindring: Ved Smerter:</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p>
<p>Almennfunksjon:</p>	<p>Ved tungpust:</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p>
<p>Aktuelt:</p>	<p>Ved kvalme.</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p>
<p>Ressursar/livshistorie:</p>	<p>Ved angst/uro:</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p>

Referanser

- Braun, V, and V Clarke. 2006. "Using thematic analysis in psychology." *Qualitative Research in Psychology* 3 (2):77-101.
- Drageset, Sigrunn, and Sidsel Ellingsen. 2010. "Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju." *Sykepleien Forskning* 5 (4):332-335.
- Eines, Trude Fløystad, and Ingela Thylèn. 2012. "Metodologiske og praktiske utfordringer ved bruk av fokusgrupper som forskningsmetode - med fokus på pårørende som informanter." *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 8 (1):94-107.
- Griffiths, Jane, Gail Ewing, and Margaret Rogers. 2012. "Early support visits by district nurses to cancer patients at home: A multi-perspective qualitative study." *Palliative medicine* 27 (4):349-357.
- Haugen, D F, M S Jordhøy, P Engstrand, S E Hessling, and H Gåråsen. 2006. "Organisering av palliasjon i og utenfor sykehus." *Tidsskrift for den norske legeforening* 126 (3):329-32.
- Helse og omsorgsdepartementet. 2010. Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) Verdighetsgarantiforskriften.
- Helsedirektoratet. 2013. *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen: 2013: IS-2102*. Oslo: Helsedirektoratet.
- helsedirektoratet, Sosial- og. 2005. *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ...Og bedre skal det bli! (2005-2015)*. Oslo.
- Henriksen, Jan-Olav, and Arne Johan Vetlesen. 2011. *Nærhet og distanse: Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Husebø, Stein, and Bettina Husebø. 2011. "Eldreomsorg - Palliativ Plan forberedende samtaler og planlegging av omsorg ved livets slutt." *OMSORG Nordisk Tidsskrift for palliativ medisin* (2).
- Husebø, Stein, and Bettina S Husebø. 2012. "Gamle - og pasienter med demens - omsorg ved livets slutt." *Norsk Epidemiologi* 22 (2):271-274.
- Jacobsen, Dag Ingvar. 2005. *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Kaasa, Stein. 2008. *Palliasjon: Nordisk lærebok*. Vol. 2. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kerfoot, Karlene M. 2012. "Courage, Leadership, and End-of-Life Care: When Courage Counts." *Nursing Economics* 30 (3):176-178.
- Kvale, Steinar, and Svend Brinkmann. 2010. *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lerdal, Anners, and Bengt Karlsson. 2008. "Bruk av fokusgruppeintervju." *Sykepleien Forskning* 3 (3):172-175.
- Malterud, Kirsti. 2011. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, Kirsti. 2012. *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: universitetsforlaget.
- NFPM. 2004. *Standard i palliasjon: Norsk forening for palliativ medisin*
- Nordtvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim, and Liv Merete Reinart. 2012. *Jobb kunnskapsbasert!* Oslo: Akribes AS.
- omsorgsdepartement, Helse- og. 2009. *Samhandlingsreformen Rett behandling - på rett sted - til rett tid: St. meld.nr 47(2008-2009)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartement.

- omsorgsdepartementet, Helse- og. 1999a. "Lov av 2.juli 1999 om pasient- og brukerrettigheter." Accessed 14.06. <http://www.lovdata.no>.
- omsorgsdepartementet, Helse- og. 1999b. Lov om helsepersonell Oslo.
- omsorgsdepartementet, Helse- og. 2003. "Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 1982
" Accessed 27.06. <http://www.lovdata.no>.
- omsorgsdepartementet, Helse og. 2011. *Nasjonal helse- og omsorgsplan, (2011-2015):* St.meld. nr 16(2010-2011). Oslo:Helse-og omsorgsdepartementet.
- Raunkiær, Mette, Karen Tind Nielsen, and Christel Nøhr Kronborg. 2012. "Prosjekt Palliasjon i Nyborg kommune på Fyn i Danmark - om utvikling af den kommunale palliative innsats." *OMSORG Nordisk Tidsskrift for palliativ medisin* 3:32-38.
- Robinson, Louise, Claire Dickinson, Claire Bamford, Alexa Clark, Julian Hughes, and Catherine Exley. 2012. "A qualitative study: Professionals`experiences of advance care planning in dementia and palliative care, "a good idea in theory but..."." *Palliative medicine* 27 (5):401-408.
- Rykkje, Linda. 2010. "Gi eldre en verdig død." *Sykepleien* 98 (02):70-73.
- Skarholt, Sigrid. 2005. "En plan å se den lidende." *Sykepleien* 93 (17):38-39.
- Thommassen, Magdalene. 2006. *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Walshe, Catherine, and Karen A Luker. 2010. "District nurses`role in palliative care provision: A realist review." *International Journal of Nursing Studies* 47:1167-1183.
- Willems, DL, A Hak, Visser FC, J Cornel, and G van de Wal. 2006. "Patient work in end-stage heart failure: a prospective longitudinal multiple study." *Palliative medicine* (20):25-33.