



Fordypningsoppgave

VAK706 Avansert klinisk sykepleie

**Palliasjon i hjemmet - en prosjektplan/ Palliative care
at home - a project plan**

Anette Lilleidet Stenløs/ Kandidatnummer: 11

Totalt antall sider inkludert forsiden: 61

Molde, 12.05.20



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 URKUND, 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"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Anne Marie Rokstad

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

Dato: 12.05.20

Antall ord: 4499

«Du betyr noe fordi du er du,
og du betyr noe til slutten av livet ditt.

Vi vil gjøre alt vi kan
ikke bare for å hjelpe deg å dø fredelig,
men også for å leve til du dør.»

Cicely Saunders (1918- 2005)

Sammendrag

Denne fordypningsoppgaven i avansert klinisk sykepleie er en prosjektplan for et fremtidig arbeid til en masteroppgave med temaet; palliasjon i hjemmet.

Bakgrunn: Prosjektets tema er basert på min erfaring og teoretiske bakgrunn. Har erfart det utfordrende og at en ofte blir stående alene.

Pasienten skal selv bestemme hvor han vil være i den delen av livet hvor han trenger palliasjon. Befolkningen blir eldre og behovet for palliasjon vil øke. Eldre har ofte sammensatte sykdomsbilder og hjelpen som kreves blir mer krevende og sammensatt. Omfanget og kvaliteten på palliasjon vil øke, og dermed øker også behovet for palliativ forskning.

Hensikt: Å utforske hvilke erfaringer sykepleiere i hjemmesykepleien har med å gi palliativ behandling, pleie og omsorg til pasient og deres pårørende. Systematisk innhenting av erfaringer vil kunne bidra til økt kompetanse og bedre kvalitet på det palliative arbeidet som utføres av sykepleiere i hjemmet.

Metode: Kvalitativt design med semistrukturert dybdeintervju som datainnsamlings metode. En fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming på prosjektet. Intervju av 6 hjemmesykepleiere med erfaring med palliasjon til pasient og pårørende. Til analysering vil jeg bruke en tverrgående analyse med systematisk tekstkondensering.

Etiske overveielser og nødvendige tillatelser: Informantene mottar et skriftlig informasjonsskriv til forskningsfeltet og et skjema for samtykkeerklæring for deltagelse i forskningsprosjektet. Sikker oppbevaring av datamateriale og anonymisering blir ivaretatt gjennom hele forskningsprosjektet. Før igangsetting vil det bli innhentet godkjennelse fra Norsk senter for forskningsdata (NSD). Prosjektet kvalifiseres ikke til innhenting fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

Nøkkelord: Hjemmesykepleie, erfaring, palliasjon, pasient, pårørende.

Abstract

This depthstudy in advanced clinical nursing is a projectplan for a future work on a master-study with the theme; palliative care at home.

Background: The theme is based on my experience and theoretical background. I have experienced that it can be challenging.

The patient can decide where he wants to be in the part of life where he needs palliation. The population is getting older and the need for palliation will increase. Elderly people often have complex illness and the help required becomes more demanding and complex. The scope and quality of palliation will increase, and so will the need for palliative research.

Purpose: To explore what experiences homenurses have in providing palliative treatment and care to the patient and their relatives. Systematic acquisition of experience can contribute to increased competence and better quality of the palliative work.

Method: Qualitative design with semi-structured in-depth interview as data collection method. A phenomenological and hermeneutic approach to the project. Interview of 6 homenurses with experience in palliation. For analysis, I will use a cross-sectional analysis.

Ethical considerations and necessary permits: The informants receive a written informationletter to the research field and a form for consent declaration for participation in the project. Safe storage of data and anonymization is maintained throughout the project. Approval will be obtained from the Norwegian Center for Research Data (NSD). The project does not qualify for collection from Regional Committees for Medical and Health Research Ethics (REK).

Keywords: Home nursing, experience, palliation, patient, next of kin.

Innhold

1.0	Bakgrunn for prosjekt og tema	1
1.1	Palliasjon i Norge	1
1.2	Palliativ forskning	1
1.3	Egen erfaring fra klinisk praksis	2
2.0	Tidligere forskning.....	3
2.1	PICO-skjema.....	3
2.2	Databasesøk	3
2.3	Inklusjon og eksklusjon	3
2.4	Kvalitetsvurdering	4
2.5	Funn.....	4
2.5.1	Samarbeid med kollegaer og leger	4
2.5.2	Erfaring og kompetanse.....	5
2.5.3	Planlegging og bruk av ressurser	5
2.5.4	Samarbeidet mellom sykepleier og pasient og pårørende	6
2.6	Aktuelle utfordringer og behov for videre forskning	6
3.0	Prosjektets tema og hensikt	7
3.1	Problemstilling	7
4.0	Teoretisk referanseramme.....	8
4.1	Begrepsavklaring og definisjoner.....	8
4.1.1	Palliasjon.....	8
4.1.2	Pårørende	8
4.1.3	Hjemmebasert palliativ omsorg	8
4.2	Palliasjon i hjemmesykepleien.....	9
4.2.1	Forutsetninger for et godt palliativt tilbud i hjemmet	9
4.2.2	Faglige forutsetninger.....	9
4.2.3	Pasientens behov	9
4.2.4	Pårørendes behov	10
5.0	Metodebeskrivelse.....	11
5.1	Design	11
5.1.1	Kvalitativ design	11
5.2	Vitenskapsteoretisk ståsted	11
5.2.1	Fenomenologisk og hermeneutisk.....	11
5.3	Metode for datainnsamling	12

5.3.1	Intervju.....	12
5.3.2	Semistrukturert.....	12
5.3.3	Dybdeintervju	12
5.4	Utvalget.....	12
5.4.1	Strategisk utvalg med god informasjonsstyrke	12
5.4.2	Deltakere og utvalgets størrelse	13
5.5	Forforståelse.....	13
5.5.1	Min forforståelse	13
5.6	Datainnsamling	14
5.6.1	Utforming av intervjuguide	14
5.6.2	Gjennomføring av intervju	14
5.7	Analyse	14
5.7.1	Transkribering.....	14
5.7.2	Analyse av transkribert tekst.....	15
6.0	Etiske overveielser og nødvendige tillatelser	16
6.1	Tilgang til forskningsfeltet.....	16
6.2	Nødvendige godkjenninger.....	16
6.3	Informert samtykke	16
6.4	Konfidensialitet.....	17
6.5	Konsekvenser	17
6.6	Forskerrollen	17
7.0	Fremdriftsplan	18
8.0	Konklusjon og prosjektets relevans	18
9.0	Litteraturliste	19
10.0	Vedlegg.....	22

1.0 Bakgrunn for prosjekt og tema

1.1 Palliasjon i Norge

Pasient- og brukerrettighetsloven (§ 1-1, 2019) skal sikre befolkningen god kvalitet overfor helse- og omsorgstjenesten. I kommunene rettes tjenesten mot pasient og pårørende. Palliativ behandling, pleie og omsorg (palliasjon) er en del av tjenesten og målet er livskvalitet for pasient og pårørende (Det kongelig helse og omsorgsdepartement 2009). En av tjenestens prioriteringer er å gi pasienten muligheten til å være hjemme så lenge så mulig (hjemmetid) eller muligheten til å dø hjemme (hjemmedød). Da kreves kompetanse og trygghet av kommunens helsepersonell. I størst mulig grad skal pasienten selv få bestemme hvor han vil være i den delen av livet hvor han trenger palliasjon (NOU 2017: 16, 106-107). Fra primærdiagnosen stilles til livets slutt bør pasienten ha tilgang på god palliasjon (NOU 2017: 16, 61). De som utfører palliasjon i hjemmene er hjemmesykepleiere i samarbeid med fastlege og annet helsepersonell (NOU 2017: 16, 96). Statistikk fra Folkehelseinstituttet (2019) viser at av alle dødsfall i Norge i 2017 døde 15 prosent i hjemmet. Det forteller at det foregår en del palliasjon i hjemmesykepleien, både ved hjemmetid og hjemmedød. Den alvorlige syke og døende har rett til en verdig livsavslutning i eget hjem. Å utøve palliasjon i livets slutfase krever omfattende faglig kompetanse og tilgjengelighet må til for at det skal oppleves trykt for pasient og pårørende. Kompetanse, faglig støtte og tilstrekkelig tid er noen av utfordringene som ofte kommer på banen (Glavin og Gjevjon 2016).

1.2 Palliativ forskning

Befolkningen blir eldre og behovet for palliasjon øker. Eldre har ofte sammensatte sykdomsbilder og hjelpen som kreves fra helse- og omsorgstjenesten blir mer krevende og sammensatt. Omfanget og kvaliteten på palliasjonen øker, og dermed øker også behovet for palliativ forskning (NOU 2017: 16, 77).

1.3 Egen erfaring fra klinisk praksis

Jeg har jobbet i hjemmesykepleien siden endt sykepleierutdanning og under videreutdanningen i avansert klinisk sykepleie (AKS). Jeg har dermed utøvd palliasjon til pasienter og pårørende og har erfart en del utfordrende situasjoner og at en blir stående mye alene. Jeg ønsker derfor å utforske hvordan andre sykepleiere erfarer dette, og bruke resultatet til å gjøre sykepleiere tryggere i jobben med palliasjon.

2.0 Tidligere forskning

For å få oversikt over hva som finnes av tidligere forskning og for å se om det er grunnlag for videre forskning på temaet utførte jeg en systematisk søkeprosedyre. Den skal forebygge skjevheter i utvelgelsen av studier, slik at jeg ikke ender opp med funn som kun bekrefter mine forestillinger om temaet (Malterud 2017).

2.1 PICO-skjema

Jeg benyttet rammeverket PICO i søkeprosessen for systematisk å dele søkeordene på en strukturert og hensiktsmessig måte (vedlegg 1). Hver av bokstavene representerer elementer som ofte er med i kliniske spørsmål:

- **P**asient/Problem
- **I**ntervention
- **C**omparison
- **O**utcome

Mitt spørsmål inneholder ingen sammenligning, så velger kun å benytte meg av elementene i PIO (Nortvedt et al. 2016). Søkeordene er oppført på norsk og engelsk.

2.2 Databasesøk

Hos Høgskolens bibliotekar hadde jeg veiledning i PICO-skjema og databasesøk. Databasesøkene ble gjennomført i tidsperioden januar-mars 2020. Databasene som ble benyttet var Ovid Medline, Ovid Nursing, Svemed og Google Scholar. Søkehistorikk finnes i vedlegg 2. Svemed ble brukt til å søke opp Meshtermer. Første søk i Ovid Medline og Ovid Nursing ble gjort før jeg endret problemstillingen, men velger å ta de med da de relevante artikler ble funnet der. Søkene i Ovid Medline og Ovid Nursing fikk samme resultat.

2.3 Inklusjon og eksklusjon

Jeg søkte etter artikler fra hele verden, men la inn begrensning på språk, der norsk, svensk, dansk og engelsk ble inkludert. La inn begrensning på søk kun de siste ti årene i Ovid Medline. Søkte etter alle typer artikler. De ti inkluderte artiklene er kvalitative. En av dem var kombinert kvalitativ og kvantitativ, men valgte kun å inkludere de kvalitative dataene.

Den største ekskluderingen av artikler ble gjort ved å lese overskrifter og abstrakt og finne ut at de hadde feil perspektiv eller lokalisasjon.

2.4 Kvalitetsvurdering

Brukte Norsk Senter for forskningsdatas (NSD) søkemotor, Publiseringskanaler, for å undersøke om artiklenes tidsskrift var fagfellevurdert og om de var vurdert til nivå 1 eller 2 (NSD 2019). Alle tidsskriftene var fagfellevurdert og ni av ti var vurdert til nivå 1.

Tidsskriftet fra Singapore var fagfellevurdert, men ikke vurdert nivå. Valgte å ta den med da den var relevant. For å vurdere metodisk kvalitet på artiklene ble «Sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie» benyttet (Helsebiblioteket 2017). Alle artiklene ble vurdert til å være av god kvalitet. Kvalitetsvurderingen finnes i vedlegg 3.

2.5 Funn

Av tjuefire leste artikler inneholdt ti av dem tema som var beslektet med mitt forskningstema. Oversiktstabell over artiklene finnes i vedlegg 3.

Valgte å sammenfatte resultatene fra artiklene ved å først sette opp artiklenes resultat hver for seg. Kodet med farger de resultatene som hadde likhetstrekk i de forskjellige artiklene og sammenfattet dem til fire tema:

2.5.1 Samarbeid med kollegaer og leger

I artiklene (Danielsen et al. 2018, Zadeh et al. 2019, Karlsson et al. 2012, Pusa et al. 2014, Wallerstedt og Andershed 2007, Smith og Porock 2009, Arnaert og Wainwright 2008, Spelten et al. 2019, Chong og Poon 2011) mente sykepleierne at tett samarbeid og dialog mellom hjemmesykepleierne og leger var nødvendig for optimal palliasjon. Regelmessig støtte og tilstedeværelse fra sykepleierkollegaer og leger, samt bekreftelse og anerkjennelse lettet følelsen av usikkerhet og bidro til høyere kvalitet på palliasjonen (Pusa et al. 2014, Wallerstedt og Andershed 2007). God kommunikasjon var også viktig for kvaliteten (Goodbridge og Duggleby 2010). Muligheten for å diskutere lindrende behandling og følelsesmessige situasjoner gjorde jobben lettere for sykepleierne (Wallerstedt og Andershed 2007, Spelten et al. 2019). I fem artikler hadde de opplevd dårlig samarbeid og støtte fra legene (Karlsson et al. 2012, Pusa et al. 2014, Wallerstedt og Andershed 2007, Smith og Porock 2009, Chong og Poon 2011). Sykepleierne opplevde

legene som utilgjengelige, noe som medførte forsinket palliasjon. Sykepleierne følte seg maktesløs og frustrert (Pusa et al. 2014, Chong og Poon 2011).

2.5.2 Erfaring og kompetanse

I åtte artikler (Danielsen et al. 2018, Zadeh et al. 2019, Goodbridge og Duggleby 2010, Karlsson et al. 2012, Pusa et al. 2014, Wallerstedt og Andershed 2007, Arnaert og Wainwright 2008, Chong og Poon 2011) mente sykepleierne at for å oppnå palliasjon av høy kvalitet krevdes det erfaring, opplæring og kompetanse. For å evaluere og forstå pasienten og deres familie burde sykepleieren ha ferdigheter som verdighet, aksept, ømhet, medfølelse og empati (Zadeh et al. 2019). Erfaring gav dem ro og trygghet som beskyttet mot den emosjonelle delen av jobben (Pusa et al. 2014). Flere ønsket mer kunnskap, særlig om smerte- og symptomlindring, og de så at utdanning hadde innvirkning på kvaliteten og sikkerheten (Goodbridge og Duggleby 2010). Noen følte på stress og usikkerhet når de jobbet på egenhånd. De følte på høye forventinger på palliasjonen som skulle gis (Chong og Poon 2011). Mangel på opplæring og mengdetrening påvirket selvtilliten og tilnærmingen til de døende, spesielt for nyutdannede sykepleiere (Smith og Porock 2009). Mangel på kunnskap skapte usikkerhet (Karlsson et al. 2012). I etterkant av palliasjon opplevde sykepleierne tilfredshet gjennom ny kunnskap, erfaring og personlig vekst (Wallerstedt og Andershed 2007).

2.5.3 Planlegging og bruk av ressurser

En god start var ifølge sykepleierne avgjørende for gode resultat. Uklare mål og beslutninger gjorde palliasjonen vanskelig. De hadde behov for trygge prosedyrer og bedre planlegging, særlig ved utskrivelse fra sykehuset (Danielsen et al. 2018, Karlsson et al. 2012, Smith og Porock 2009). Hyppig medisingjennomgang gjorde jobben tryggere. Kontinuitet i personalet og at arbeidsstedet måtte tåle ineffektivitet var viktig, de mente pasientkomfort måtte prioriteres fremfor arbeidsrutiner (Zadeh et al. 2019). Sykepleierne opplevde misnøye med utilstrekkelig samarbeid, tid og ressurser (Wallerstedt og Andershed 2007, Smith og Porock 2009). Sykepleierne tok på seg for stort ansvar da legen ikke hadde tilstrekkelig erfaring (Karlsson et al. 2012). Å lære å «skru av» når de gikk hjem og å forbli «følelsesmessig løsrevet» var nyttig for å klare å stå i de ulike situasjonene (Chong og Poon 2011). Å være utilgjengelige i pausene reduserte stress (Zadeh et al. 2019). Det var viktig å planlegge anskaffelse av utstyr så de fikk det tidsnok, slik at det ikke gikk ut over pasient og pårørende (Goodbridge og Duggleby 2010).

2.5.4 Samarbeidet mellom sykepleier og pasient og pårørende

Ifølge sykepleierne var familien grunnleggende for at pasientene skulle ha sjans til hjemmetid og hjemmedød. Tett samarbeid, dialog og åpenhet mellom pasienten, familien, hjemmesykepleien og legen var viktig for optimal palliasjon, samt for å hjelpe pasienten og familien å takle døden (Danielsen et al. 2018, Zadeh et al. 2019, Goodbridge og Duggleby 2010). Inkludering av pårørende i planleggingen og gjennomføringen av omsorgsplanen var viktig (Goodbridge og Duggleby 2010, Pusa et al. 2014). I to artikler (Karlsson et al. 2012, Smith og Porock 2009) fortalte sykepleierne om tilfeller der hjemmedød ikke hadde latt seg gjennomføre på grunn av mangel på god kommunikasjon og tillitt mellom pasient, pårørende og hjemmesykepleie. De så viktigheten av å etablere tillitt, gjensidig forståelse og utvikle og opprettholde et nært forhold til pasient og pårørende (Zadeh et al. 2019, Pusa et al. 2014). For å forstå familiens opplevelse måtte sykepleierne se familiene som helhet og respektere dem. De måtte bruke tiden godt, lytte og aldri fremstå som stresset. Å gi pårørende pusterom og bygge opp deres styrke, var med på å gjøre hjemmedød mulig (Pusa et al. 2014). Sykepleierne mente at hjemmets fred og ro ble negativt påvirket ved å ta med nødvendig utstyr inn i hjemmet (Karlsson et al. 2012). Uenigheter og mangel på samarbeid skapte etiske problemer og misfornøyde pårørende var frustrerende og utfordrende (Karlsson et al. 2012, Pusa et al. 2014). Det var viktig å holde seg på et profesjonelt nivå, ikke bli for nær, da det ble vanskelig å dele dårlige nyheter og frykten for skyld ble større (Pusa et al. 2014, Chong og Poon 2011).

2.6 Aktuelle utfordringer og behov for videre forskning

I artiklene (Danielsen et al. 2018, Zadeh et al. 2019, Goodbridge og Duggleby 2010, Karlsson et al. 2012, Pusa et al. 2014, Wallerstedt og Andershed 2007, Smith og Porock 2009, Arnaert og Wainwright 2008, Spelten et al. 2019, Chong og Poon 2011) kom det frem hva sykepleierne hadde behov for under jobben med palliasjon og at å utøve palliasjon til pasient og pårørende var utfordrende på forskjellige områder. Jeg ønsker å forske videre på dette temaet for å høre hva flere sykepleiere erfarer ved palliasjon i hjemmet.

3.0 Prosjektets tema og hensikt

Tema for prosjektet er palliasjon i hjemmet. Studiens hensikt er å utforske hvilke erfaringer sykepleiere i hjemmesykepleien har med å gi palliativ behandling, pleie og omsorg til pasienter og deres pårørende. Systematisk innhenting av denne typen erfaringer vil kunne bidra til økt kompetanse og bedre kvalitet på det palliative arbeidet som utføres av sykepleiere i hjemmet.

3.1 Problemstilling

Hvordan erfarer sykepleiere i hjemmesykepleien å gi palliativ behandling, pleie og omsorg til hjemmeboende pasienter og deres pårørende?

4.0 Teoretisk referanseramme

De brillene vi har når vi leser og identifiserer mønsteret i materialet beskrives som en teoretisk referanseramme. Den skal brukes for å forstå meningen og strukturere funn og materialet. Teorien er en integrert del av en forskningsmetode og har størst betydning i analysedelen av prosjektet, da teoretiske perspektiv fungerer som støtte for tolkningen (Malterud 2017).

4.1 Begrepsavklaring og definisjoner

4.1.1 Palliasjon

Norsk palliativ forening definerer *palliasjon* som:

Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnæringsmåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved hjelp av tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art (NPF og NFPM, 2016).

4.1.2 Pårørende

Definisjonen av *pårørende* er beskrevet i Pasient og brukerrettighetsloven §1-3 (2019).

Loven beskriver pårørende og nærmeste pårørende som den pasient oppgir. Er ikke pasienter i stand til det, skal nærmeste pårørende være den som har hatt mest kontakt med pasienten.

4.1.3 Hjemmebasert palliativ omsorg

Begrepet *hjemmebasert palliativ omsorg* forklares som behandlingen, pleien og omsorgen som pasienten og pårørende trenger når pasienten skal tilbringe hele eller deler av den siste tiden av livet i hjemmet (NPF og NFPM, 2016).

4.2 Palliasjon i hjemmesykepleien

4.2.1 Forutsetninger for et godt palliativt tilbud i hjemmet

God palliasjon krever *personellressurs*, med hensyn til kompetanse og antallet omsorgsytere. *Tverrfaglig og tverretatlig samhandling* er en forutsetning da mange yrkesgrupper og omsorgsnivå er involvert. *Koordinering og fleksibilitet* er viktig når arbeidspresset varierer og oppgavene utføres over spredte geografiske områder til alle døgnets tider. Ved palliasjon skal pasient og pårørende oppleve trygghet og tilgang til kvalifisert hjelp til enhver tid, noe som ivaretas gjennom *kontinuitet, planlegging og forutsigbarhet*. Når pasienten er hjemme er det lett å få et *helhetlig perspektiv* av pasientens totale situasjon. En får god kjennskap til pasienten og familien, og det kan være vanskelig å beholde den *profesjonelle avstanden* (Kaasa 2008).

4.2.2 Faglige forutsetninger

Grunnsteiner i *palliativ sykepleierkompetanse* er solid medisinsk kunnskap, tilstrekkelig instrumentelle ferdigheter, observasjonskompetanse og å kjenne sine begrensninger og kunne skaffe annen informasjon eller kompetanse om nødvendig. Det settes krav om *kommunikasjonsferdigheter* på et profesjonelt og personlig plan. Sykepleier har ansvar for *systematisk kartlegging* av pasientens grunnleggende behov, problemer og ressurser. Jobben med palliasjon er både givende og krevende og et *støttesystem for personalet* er nødvendig (Kaasa 2008).

4.2.3 Pasientens behov

Sykepleier skal sørge for *livshjelp* gjennom god behandling, pleie og omsorg, slik at pasienten opplever livet meningsfullt og verdifullt til tross for begrenset levetid og endringer i funksjon. *Optimal smertelindring* av fysiske og psykiske smerter skal prioriteres. For å gi et stell preget av omsorg og smertefrihet kreves *kunnskap, ferdigheter og holdninger*. En *primærsykepleier* vil kunne være en *koordinator* mellom ulike nivåer og hjelpere. For å oppfylle pasientens ønske om hjemmetid eller hjemmedød, handler det mye om motivasjon og trygghet hos pasient og pårørende. Sykepleier må etablere en *felles plattform* av informasjon og mål og de må opparbeide et gjensidig *tillitsforhold* til pasient og pårørende (Kaasa 2008).

4.2.4 Pårørendes behov

En forutsetning for hjemmetid er pårørende med evne, kraft og vilje til å bidra i hjemmeomsorgen. Det er en stor fysisk og emosjonell påkjenning for pårørende, og deres behov trenger *hjemmesykepleierens oppmerksomhet*. Sykepleier vil kunne finne løsninger for *avlastning*. *Planlagte familiemøter* med fastlege, hjemmesykepleier, pasient og pårørende der hensikten er å planlegge mål for palliasjon vil skape tillit og trygghet for alle parter. *Ettersamtale* mellom pårørende og hjemmesykepleier kan være viktig for pårørendes sorgarbeid (Kaasa 2008).

5.0 Metodebeskrivelse

5.1 Design

5.1.1 Kvalitativ design

Jeg velger å ha et kvalitativt design på prosjektet da det i problemstillingen spørres etter erfaringer. Gjennom et kvalitativt design vil jeg styrke forståelsen av hvorfor mennesker gjør som de gjør, og kan spørre om meninger, betydninger og nyanser av hendelser og atferd. Ved å inngå i de sammenhenger det gjelder, kan jeg lete etter levende kunnskap i sin naturlige sammenheng. Designet er godt egnet for å få vite mer om menneskers egenskaper som erfaring, tanker, opplevelser, forventninger, holdninger og motiv i forhold til temaet. Kvalitativt design gjør medisinske problemstillinger tilgjengelig for utforskning og forståelse (Malterud 2017).

5.2 Vitenskapsteoretisk ståsted

5.2.1 Fenomenologisk og hermeneutisk

Jeg velger å ha en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming på prosjektet, da kvalitativt design representerer kunnskapsutvikling som har røtter i hermeneutisk og fenomenologisk filosofi (Malterud 2017).

Ved å ha en fenomenologisk tilnærming på intervjuene vil jeg finne mer ut av menneskelige opplevde erfaringer (Nordtvedt et al. 2016). Spørsmålsstilling og problemtenkning er sentralt i fenomenologien og rettes mot den naturlige sansede erfaring, som de konkrete situasjoner vi handler i og for livsverden som vi er felt inn i (Kari Martinsen 2003). Fenomenologiens oppmerksomhet rettes altså mot verden slik den erfares av subjektet, ikke på verden uavhengig av subjektet (Thornquist 2018).

Hermeneutikken handler om å bruke forståelse og fortolkning i spørsmålet om problemet, og om hvordan jeg som forsker skal gå frem for å oppnå fruktbare fortolkninger og gyldighet i materialet som skal fortolkes. Hermeneutikkens objekt er tekst (Thornquist 2018) og legger vekt på forholdet mellom deler og helheter i tolkning av tekst, og betydning av kontekst og selvrefleksjon (Malterud 2017).

Til sammen leverer de to et sentralt teoretisk grunnlag for kvalitativt design, der forståelse og utforskning av menneskelige subjektivitet og samhandling står i fokus (Malterud 2017).

5.3 Metode for datainnsamling

5.3.1 Intervju

Jeg velger å bruke intervju som metode for datainnsamling, da intervju er en egnet metode for innsamling av kvalitative data. Intervju gir mulighet til å få inngående informasjon om et relativt avgrenset tematisk område (Svartdal 2017) og menneskelige opplevde erfaringer kommer godt frem ved intervju (Nordtvedt et al. 2016).

5.3.2 Semistrukturert

Jeg har forhåndsbestemte tema som skal belyses og velger derfor at intervjuene skal være semistrukturerte. Ved semistrukturert intervju har jeg mulighet til å improvisere der temaene kan utbroderes og rekkefølgen på temaene kan variere. Semistrukturert intervju er den vanligste intervjuformen å velge i forskningssammenheng (Svartdal 2017).

5.3.3 Dybdeintervju

Jeg velger at intervjuene skal utføres individuelt, ved dybdeintervju, for at deltakerne skal få tid og rom til å hente frem erfaringer og overveielser som krever trygghet og ettertanker for å deles (Malterud 2017).

5.4 Utvalget

All forskning krever utvalgsstrategier for at dataens materiale skal inneholde det fenomenet en vil utforske. Forskning krever overveielser om kunnskapens gyldighet og rekkevidde. I kvalitative studier er det vanlig å beskrive og analysere karaktertrekk og egenskaper ved fenomenene som skal studeres (Malterud 2017).

5.4.1 Strategisk utvalg med god informasjonsstyrke

Som utvelgelsesstrategi velger jeg å ha et strategisk utvalg på deltakerne. Utvalget blir da satt sammen ut ifra en målsetting om at materialet best mulig skal kunne belyse min problemstilling. Jeg vil også sørge for at utvalget har god informasjonsstyrke for å kunne belyse problemstilling fra ulike vinkler, ved å sette sammen utvalget slik at materialet

inneholder tilstrekkelig rike og varierte data. For et kvalitativt utvalg er informasjonsstyrke et bedre kriterium enn representativitet (Malterud 2017).

5.4.2 Deltakere og utvalgets størrelse

Deltakerne skal være autoriserte sykepleiere i hjemmesykepleien. De må ha erfaring med å utøve palliasjon i hjemmet. Antall deltakere bestemmes ut ifra informasjonsstyrken i utvalget, jo høyere informasjonsstyrke dess færre deltakere. Hvor fokusert problemstillingen er, hvor mye deltakerne formidler og hvor relevant teorigrunnlaget er, er med å bestemme antall deltakere det er behov for (Malterud 2017). På det grunnlaget anses det i utgangspunktet at seks informanter vil være tilstrekkelig. Hvis informasjonsstyrken viser seg å være lav, kan jeg intervjuer to til. For spredning i utvalget er det ønskelig å inkludere sykepleiere fra forskjellige hjemmesykepleiedistrikt, fra både by og land, begge kjønn, varierende alder og erfaring, både med og uten videreutdanning. Informantene bør snakke godt norsk. Ut over dette er det ingen eksklusjonskriterier. Personkarakteristika uten personidentifiserende opplysninger vil bli registrert i egen tabell (vedlegg 4).

5.5 Forforståelse

Alle nærmer seg verden ut ifra en erfarings- og kunnskapsbakgrunn som er med å bestemme hvordan en ser og oppfatter det rundt seg (Thornquist 2018). Min forforståelse var en viktig side ved valg av tema. Forforståelsen består av erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og den teoretiske referanserammen. Forforståelsen kan påvirke måten jeg skal samle, lese og tolke data. Det kan gi styrke til prosjektet, men kan også sette begrensninger for data som kommer frem. For å forebygge dette må jeg som forsker ha et aktivt og bevisst forhold til min forforståelse. Ved å stille spørsmål om erfaringer og forventinger innenfor temaet vil jeg finne ut av min forforståelse (Malterud 2017).

5.5.1 Min forforståelse

Forforståelsen min baseres på erfaringen som sykepleier og på kunnskapen jeg har tilegnet meg gjennom bacheloren og videreutdanningen. Forforståelsen sier at datamaterialet kommer til å handle om å stå mye alene om palliasjonen og en del utfordringer vil komme frem, da alle situasjoner og familier har forskjellige meninger og behov. Tenker at åpenhet, god kommunikasjon, samarbeid og planlegging er noen av de punktene som vil komme frem som nødvendig for god kvalitet på palliasjonen.

5.6 Datainnsamling

5.6.1 Utforming av intervjuguide

Før jeg starter med semistrukturerte dybdeintervjuene må det utarbeides en intervjuguide. For å utforme intervjuguiden (vedlegg 5) har jeg brukt teoretiske referanserammer, funn fra tidligere forskning og egen kunnskap om temaet. Temaene har sitt utspring fra tidligere forskning. Intervjuguiden skal i stikkordsform minne meg om temaene jeg ønsker data om. Har ikke gjort den for detaljert eller slavisk, da jeg vil åpne for nye spørsmål gjennom intervjuet. Har med både hovedspørsmål og mulige oppfølgingsspørsmål. Intervjuguiden kan revideres underveis i datainnsamlingen da jeg etter hvert vil se hvor fokuset bør ligge (Malterud 2017).

5.6.2 Gjennomføring av intervju

Dybdeintervju krever ro og tid så jeg setter et tidsestimat på intervjuet til 1-2 timer (Malterud 2017). Intervjuene gjennomføres på egnet rom hos informantens hjemmesykepleiedistrikt. Jeg velger lydopptak som teknikk for innsamling av rådata, da det er velegnet når materialet består av samtaledata. Dyrt og avansert utstyr er ikke nødvendig, men jeg må sikre at opptaket vil gå som planlagt og må huske ekstra batteri. Viktig å på forhånd teste hvordan utstyret skal plasseres for optimal lydgjengivelse (Malterud 2017).

5.7 Analyse

Analysen handler om å stille spørsmål til det empiriske materialet, lese og organisere data systematisk med støtte fra relevant teori og gjenværende svarene på en relevant og forståelig måte. Analysen pågår frem til prosjektproduktet er ferdig og endepunktet er resultatavsnittet og diskusjonen (Malterud 2017).

5.7.1 Transkribering

Etter datainnsamlingen må jeg organisere materialet og gjøre det tilgjengelig og håndterbart for analyse. Det vil jeg gjøre gjennom å transkribere materialet fra lydopptakene over til tekst. Transkripsjonen skal være lojal mot det opprinnelige materialet, slik deltakerne uttrykte sine meninger og erfaringer under intervjuet. Det kan

være riktig å redigere teksten forsiktig for å forebygge latterliggjøring av deltakernes uttrykk, da det kan høres annerledes ut i tekstform (Malterud 2017).

Selv om transkripsjon er tidkrevende og fører til omfattende skriftlig materiale, finnes det gode grunner for at jeg som forsker bør gjøre dette selv. Det er jeg som skal delta i samtalene og det gjør at jeg kan huske momenter som kan oppklare uklarheter eller som har betydning for meningen i teksten. At jeg transkriberer selv vil styrke validiteten av analysematerialet. Å gjøre det selv vil det kunne øke oppdagelsen av svakhet i materialet og jeg kan justere utallige sider ved å justere rekruttering eller intervjustrategi (Malterud 2017).

5.7.2 Analyse av transkribert tekst

Til analysing av transkribert materiale vil jeg bruke en tverrgående analyse med systematisk tekstkondensering (STC). STC består av fire analysetrinn og gir en enkel innføring i hvordan analyseprosessen kan gjennomføres på en systematisk og overkommelig måte, og som dermed passer meg som nybegynner. De fire analysetrinnene kort forklart: 1) å få et helhetsinntrykk, 2) å identifisere meningsbærende data, 3) å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannede enhetene og 4) sammenfatte betydninger av dette. Jeg må gjennom hele analyseprosessen ha et reflektert forhold til min egen innflytelse på materialet og forsøke å legge forforståelsen til side, for at jeg på best mulig måte skal kunne gjenfortelle deltakernes livsverden og erfaringer. Jeg vil bruke innholdet i de teoretiske referanserammene for inspirasjon og bakteppe og for å få et faglig perspektiv på det som blir analysert (Malterud 2017).

6.0 Etiske overveielser og nødvendige tillatelser

6.1 Tilgang til forskningsfeltet

Rekruttering vil skje ved at jeg lager en oversikt over nærliggende kommuner, ringer dem og gir muntlig informasjon om forskningsprosjektet. Dermed sender jeg informasjonsskrivet (vedlegg 6) per epost til den jeg får oppgitt kontaktinformasjonen til i kommunen og hjemmetjenestedistriktet. Her gis eventuelt en godkjenning til forskning i kommunen. Jeg vil etablere kontakt per telefon med de lederne for hjemmesykepleiedistriktene kommunen sier kan delta. Lederne fremlegger forespørsel for sykepleierne de mener er aktuelle. Får tilbakemelding innen en avtalt tidsfrist om noen ønsker å delta. Avtaler tid og sted for intervju og sender skjema for formalisering av samtykke til deltakelse i forskningsprosjektet (vedlegg 7) til deltakerne.

6.2 Nødvendige godkjenninger

Høgskolen i Molde har avtale med NSD og jeg må som forsker ved Høgskolen i Molde melde mitt forskningsprosjekt til NSD, da jeg skal behandle personopplysninger og bruke lydopptaker i mitt prosjekt. Jeg vil anvende NSDs elektronisk «Meldeskjema» (NSD 2020).

Prosjektet kvalifiseres ikke til godkjenning hos REK da det ikke går under medisinsk og helsefaglig forskning (De nasjonale forskningsetiske komiteene 2009).

6.3 Informert samtykke

Informert samtykke betyr at deltakerne må få informasjon om prosjektets formål og hovedtrekk, samt fordeler og risikoer ved deltakelse (Kvale og Brinkmann 2015). Skriftlig samtykke er en forutsetning ved forskning som omfatter mennesker og kreves ved bruk av lydopptak (Malterud 2017). Samtykket skal være frivillig, spesifikt, informert og utvetydig. Deltakerne må forstå hva samtykket innebærer og at de kan trekke seg uten å oppgi grunn. Bruker skriftlig informasjon og samtykke for å kunne dokumentere at samtykke er innhentet. Tar utgangspunkt i «veiledende mal for informasjonsskriv» (vedlegg 7) (NSD 2020).

6.4 Konfidensialitet

Konfidensialitet er en enighet med deltakerne om hva som skal gjøres med datamaterialet for å beskytte deres privatliv (Kvale og Brinkmann 2015). Deltakerne skal være trygge på at anonymitet og personvern blir ivaretatt, uten risiko for gjenkjenning, særlig hvis historiene er underlagt taushetsplikten. Jeg kan styrke personvernet ved å forandre på informasjonen i presentasjonen, så lenge det ikke forstyrrer resultatet. Deltakerne vil bli tildelt pseudonymer i transkripsjonsfasen for å etablere et skille mellom tekst for analyse og persondata. Papirmateriale og digitale data skal oppbevares nedlåst og utilgjengelig for utenforstående. Kryptering av lydfiler og tekstfiler med passordbeskyttelse vil bli brukt. Hvordan anonymitet og personvern skal ivaretas er beskrevet i Samtykkeerklæring for deltagelse i forskningsprosjektet (vedlegg 7) (Malterud 2017).

6.5 Konsekvenser

Jeg må være forberedt på at deltakerne kan trekke seg eller noe av datamaterialet. Intimitet og åpenhet kjennetegner kvalitativ forskning og kan virke forførende og kan få deltakere til å komme med data de senere vil angre på (Kvale og Brinkmann 2015). Det kan komme data om kritikkverdige forhold og jeg må forsikre deltakerne om at dataene vil bli behandlet på en nøktern måte som skal lede til pålitelig og gyldige data. Siden utvalget er lite kan deltakerne holde igjen data da de er redd for gjenkjenning og reaksjoner (Malterud 2017).

6.6 Forskerrollen

Jeg må være bevist på min forskerrolle og at å forske i eget felt kan være utfordrende. Det kan påvirke resultatene, da det kan hindre meg i å være åpen for informantenes perspektiv. Jeg må ha et åpent sinn med plass for tvil, ettertanke og uventede konklusjoner (Malterud 2017). Hvordan jeg i forskerrollen er som person og min integritet vil kunne påvirke kvaliteten på forskningsprosjektet. Betydningen av integriteten øker gjennom intervjuene, da jeg som intervjuer er det viktigste redskapet til datainnsamlingen (Kvale og Brinkmann 2015).

7.0 Fremdriftsplan

Fremdriftsplan med gjøremål og frister finnes i vedlegg 8.

8.0 Konklusjon og prosjektets relevans

Lovverk, Norsk offentlig utredning og Stortingsmelding legger til rette for at pasienter skal kunne få gjennomført hjemmetid eller hjemmedød med palliative tjenester. For at dette skal gjennomføres med en høy kvalitet på tjenesten må sykepleierne være kompetente og trygge i det de skal utføre. Gjennom søket etter tidligere forskning fant jeg ut at det er en del forskning på temaet, men at forskningen viser at hjemmesykepleierne fortsatt erfarer det utfordrende å utføre palliativ behandling, pleie og omsorg til pasienter og pårørende. Som sykepleier og ikke minst som AKS står jeg i god posisjon til å kunne være med å bistå nettopp her. Forskningsprosjektet vil gi praksisfeltet ny og økt kunnskap, som kan skape trygghet og kompetanse hos hjemmesykepleierne i jobben med palliasjon.

9.0 Litteraturliste

- Arnaert, Antonia og Megan Wainwright. 2008. «Providing care and sharing expertise: Reflections of nurse-specialists in palliative home care.» *Palliative and Supportive Care* (2009), 7, 357–364.
https://www.mcgill.ca/wholepersoncare/files/wholepersoncare/ProvidingCare_2009.pdf
- Chong P H og Poon W H. 2011. «The lived experience of palliative homecare nurses in Singapore.» *Singapore Medical Journal* 2011; 52(3):151.
<http://smj.sma.org.sg/5203/5203a1.pdf>
- Danielsen, Britt Viola, Anne Marit Sand, Jan Henrik Rosland og Oddvar Førland. 2018. «Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in homebased palliative care – a qualitative study.» *BMC Palliative Care* 2018 (17:95). <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12904-018-0350-0>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. 2009. «Helseforskningsloven.» Oppdatert 31. august, 2009. <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helseforskningsloven/>
- Det kongelig helse- og omsorgsdepartement. «Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid.» St. meld. nr. 47 (2008- 2009). Oslo: Det kongelig helse- og omsorgsdepartement, 2009.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Folkehelseinstituttet. 2019. «De fleste dør på sykehjem, få dør hjemme.» Oppdatert: 24. januar, 2019. <https://www.fhi.no/nyheter/2018/de-fleste-dor-pa-sykehjem/>
- Glavin, Kari og Edith Roth Gjevjon. 2016. *Sykepleie i kommunehelsetjenesten. Helsesøstertjenesten og hjemmesykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Goodridge, Donna og Wendy Duggleby. 2010. «Using a Quality Framework to Assess Rural Palliative Care.» *Journal of Palliative Care* 2010; 26, 3; ProQuest pg. 141.
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/082585971002600302>
- Helsebiblioteket. 2017. «Sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie.» Oppdatert: 23.november 2017.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>

- Helseforskningsloven. *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven)* av 20. juni 2008 nr.44. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL_3
- Kaasa, Stein. 2008. *Palliasjon. Nordisk lærebok*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Karlsson, Margareta, Christina Karlsson, António Barbosa da Silva, Ingela Berggren og Maud Söderlund. 2012. «Community nurses' experiences of ethical problems in end-of-life care in the patient's own home.» *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2013; 27; 831–838.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-6712.2012.01087.x>
- Kvale, Steinar og Svend Brinkmann. 2015. *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Malterud, Kirsti. 2017. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, Kari. 2013. *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nordvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena V. Nordheim og Liv Merete Reitan. 2016. *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Norsk Palliativ Forening (NPF) og Norsk forening for palliativ medisin (NFPM). 2016. «Begrep med tilknytning til palliasjon.» Oppdatert september, 2016.
https://palliativ.org/wordpress/wp-content/uploads/2016/09/Begrepsliste_september2016.pdf
- Norsk senter for forskningsdata (NSD). 2019. «Register over vitenskapelige publiseringskanaler.» Oppdatert: 2019.
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Norsk senter for forskningsdata (NSD). 2020. «Meldeskjema.» Oppdatert: 2020.
https://sso.nsd.no/authorize?redirect_uri=https%3A%2F%2Fmeldeskjema.nsd.no%2F&nonce=VuEkLHP9v56xaLaLVFj4&client_name=Meldeskjema
- Norsk senter for forskningsdata (NSD). 2020. «Samtykke.» Oppdatert: 2020.
<https://nsd.no/personvernombud/hjelp/samtykke.html>
- Norsk senter for forskningsdata (NSD). 2020. «Våre brukere.» Oppdatert: 2020.
<https://nsd.no/personvernombud/brukere.html>
- NOU 2017: 16 *På liv og død - Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Oslo: Helse og

- omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/ed91baf5d25945b1a0b096c0ce376930/no/pdfs/nou201720170016000dddpdfs.pdf>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) av 2. juli 1999 nr.63.*
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pusa, Susanna, Katharina Hagglund Maria Nilsson og Karin Sundin. 2014. «District nurses lived experiences of meeting significant others in advanced home care.» *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2015; 29; 93–100.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/scs.12134>
- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). 2020. «Mal for informasjonsskriv og samtykke.» Oppdatert: 2020.
<https://rekportalen.no/#hjem/informasjonskriv>
- Smith, Robert og Davina Porock. 2009. «Caring for people dying at home: a research study into the needs of community nurse.» *International Journal of Palliative Nursing* 2010.15.12.45864.
https://www.researchgate.net/publication/41041391_Caring_for_people_dying_at_home_A_research_study_into_the_needs_of_community_nurses
- Spelten, Evelien, Jenny Timmis, Simone Heald og Saskia F. A. Duijts. 2009. «Rural palliative care to support dying at home can be realised; experiences of family members and nurses with a new model of care.» *The Australian journal of rural health* 2019; 27:336–343.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ajr.12518>
- Svartdal, Frode. 2017. *Psykologiens forskningsmetoder. En introduksjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, Eline. 2018. *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Wallerstedt, Birgitta og Birgitta Andershed. 2007. «Caring for dying patients outside special palliative care settings: Experiencec from a nursing perspectiv.» *The Authours. Journal compilation* 2007; 21; 32–40.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1471-6712.2007.00430.x>
- Zadeh, Rana Sagha, Paul Eshelman, Judith Setla og Hessam Sadatsafavi. 2019. «Strategies to Improve Quality of Life (QOL) at the End of Life: Interdisciplinary Team Perspective.» *HHS Public Access* 2018 35(3): 411–416.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5866728/pdf/nihms951279.pdf>

10.0 Vedlegg

Vedlegg 1 – PI(C)O skjema.

Vedlegg 2 – Oversiktstabell søkehistorikk

Vedlegg 3 – Oversiktstabell over artiklene

Vedlegg 4 – Oversiktstabell over personkarakteristikk

Vedlegg 5 – Intervjuguide

Vedlegg 6 – Informasjonsskriv til forskningsfeltet

Vedlegg 7 - Samtykkeerklæring for deltagelse i forskningsprosjektet

Vedlegg 8 - Fremdriftsplan

Vedlegg 1

PI(C)O- skjema

Språk	P (Population/Problem)	I (Intervention)	O (Outcome)
N O R S K	Sykepleie* Hjemmesykepleie*	Pallia* Terminal* Slutt* Dø*	Erfaring Opplevelse
E N G E L S K	Nurs* Homecare nurs* District nurses Homes for the aged	Palliati* Terminal* End-of-life End of life «end of life» Death Dying Die Quality of life	Experience Safe

Søkeordene som står en linje under de andre i skjemaet ble benyttet i søk før problemstillingen ble endret til slik den er i dag.

Vedlegg 2

Oversiktstabell søkehistorikk

Søk 1:

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste overskrifter	Leste abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler
1 nurs*.mp.	24.02.20	Ovid Medline	680976	0	0	0	0
2. homecare*.mp	24.02.20	Ovid Medline	964	0	0	0	0
3. 1 or 2	24.02.20	Ovid Medline	681538	0	0	0	0
4. Palliative Care/ or Terminal Care/ or palliati*.mp.	24.02.20	Ovid Medline	101996	0	0	0	0
5. end-of-life.mp.	24.02.20	Ovid Medline	19336	0	0	0	0
6. quality-of-life.mp. or "Quality of Life"/	24.02.20	Ovid Medline	289577	0	0	0	0
7. 4 or 5 or 6	24.02.20	Ovid Medline	384086	0	0	0	0
8. 3 and 7	24.02.20	Ovid Medline	35326	0	0	0	0
9. experience*.mp.	24.02.20	Ovid Medline	904619	0	0	0	0
10. 8 and 9	24.02.20	Ovid Medline	7120	0	0	0	0
11. limit 10 to (yr="2009 - Current" and (danish or english or norwegian or swedish))	24.02.20	Ovid Medline	3942	0	0	0	0
12. 10 and 11	24.02.20	Ovid Medline	3942	0	0	0	0
13. nurs*.mp.	24.02.20	Ovid Medline	680976	0	0	0	0
14. homecare nurs*.mp.	24.02.20	Ovid Medline	81	0	0	0	0
15. 13 or 14	24.02.20	Ovid Medline	680976	0	0	0	0
16. home.mp.	24.02.20	Ovid Medline	213041	0	0	0	0
17. homes for the aged.mp. or Homes for the Aged/	24.02.20	Ovid Medline	13880	0	0	0	0
18. 16 or 17	24.02.20	Ovid Medline	220988	0	0	0	0

19. 15 and 18	24.02.20	Ovid Medline	62597	0	0	0	0
20. limit 19 to yr="2009 - Current"	24.02.20	Ovid Medline	21607	0	0	0	0
21. limit 20 to ("middle aged (45 plus years)" and (danish or english or norwegian or swedish))	24.02.20	Ovid Medline	11995	0	0	0	0
022. P0alliative Care/ or palliati*.mp. or Terminal Care/	24.02.20	Ovid Medline	101996	0	0	0	0
23. terminal*.mp. or Terminal Care/	24.02.20	Ovid Medline	460448	0	0	0	0
24. end of life.mp.	24.02.20	Ovid Medline	19336	0	0	0	0
25. end-of-life.mp.	24.02.20	Ovid Medline	19336	0	0	0	0
26. death.mp. or Death/	24.02.20	Ovid Medline	704128	0	0	0	0
27. (dying or die).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms]	24.02.20	Ovid Medline	241265	0	0	0	0
28. 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27	24.02.20	Ovid Medline	1401627	0	0	0	0
29. 21 and 28	24.02.20	Ovid Medline	1965	0	0	0	
30. safe*.mp.	24.02.20	Ovid Medline	763520	0	0	0	0
31. 29 and 30	24.02.20	Ovid Medline	94	94	14	6	2

Søk 2:

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste overskrifter	Leste abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler
1 nurs*.mp.	24.02.20	Ovid Nursing	680976	0	0	0	0
2. homecare*.mp	24.02.20	Ovid Nursing	964	0	0	0	0
3. 1 or 2	24.02.20	Ovid Nursing	681538	0	0	0	0
4. Palliative Care/ or Terminal Care/ or palliati*.mp.	24.02.20	Ovid Nursing	101996	0	0	0	0
5. end-of-life.mp.	24.02.20	Ovid Nursing	19336	0	0	0	0
6. quality-of-life.mp. or "Quality of Life"/	24.02.20	Ovid Nursing	289577	0	0	0	0
7. 4 or 5 or 6	24.02.20	Ovid Nursing	384086	0	0	0	0
8. 3 and 7	24.02.20	Ovid Nursing	35326	0	0	0	0
9. experience*.mp.	24.02.20	Ovid Nursing	904619	0	0	0	0
10. 8 and 9	24.02.20	Ovid Nursing	7120	0	0	0	0
11. limit 10 to (yr="2009 - Current" and (danish or english or norwegian or swedish))	24.02.20	Ovid Nursing	3942	0	0	0	0
12. 10 and 11	24.02.20	Ovid Nursing	3942	0	0	0	0
13. nurs*.mp.	24.02.20	Ovid Nursing	680976	0	0	0	0
14. homecare nurs*.mp.	24.02.20	Ovid Nursing	81	0	0	0	0
15. 13 or 14	24.02.20	Ovid Nursing	680976	0	0	0	0
16. home.mp.	24.02.20	Ovid Nursing	213041	0	0	0	0
17. homes for the aged.mp. or Homes for the Aged/	24.02.20	Ovid Nursing	13880	0	0	0	0
18. 16 or 17	24.02.20	Ovid Nursing	220988	0	0	0	0
19. 15 and 18	24.02.20	Ovid Nursing	62597	0	0	0	0

20. limit 19 to yr="2009 - Current"	24.02.20	Ovid Nursing	21607	0	0	0	0
21. limit 20 to ("middle aged (45 plus years)" and (danish or english or norwegian or swedish))	24.02.20	Ovid Nursing	11995	0	0	0	0
022. P0alliative Care/ or palliati*.mp. or Terminal Care/	24.02.20	Ovid Nursing	101996	0	0	0	0
23. terminal*.mp. or Terminal Care/	24.02.20	Ovid Nursing	460448	0	0	0	0
24. end of life.mp.	24.02.20	Ovid Nursing	19336	0	0	0	0
25. end-of-life.mp.	24.02.20	Ovid Nursing	19336	0	0	0	0
26. death.mp. or Death/	24.02.20	Ovid Nursing	704128	0	0	0	0
27. (dying or die).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms]	24.02.20	Ovid Nursing	241265	0	0	0	0
28. 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27	24.02.20	Ovid Nursing	1401627	0	0	0	0
29. 21 and 28	24.02.20	Ovid Nursing	1965	0	0	0	
30. safe*.mp.	24.02.20	Ovid Nursing	763520	0	0	0	0
31. 29 and 30	24.02.20	Ovid Nursing	94	20	0	0	2

Søk 3:

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste overskrifter	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
1. nurs*.mp	02.03.20	Ovid Medline	678511	0	0	0	0
2. homecare nurs*.mp.	02.03.20	Ovid Medline	80	0	0	0	0
3. 1 or 2	02.03.20	Ovid Medline	678511	0	0	0	0
4. home.mp. or Home Health Nursing/	02.03.20	Ovid Medline	211614	0	0	0	0
5. 3 and 4	02.03.20	Ovid Medline	57481	0	0	0	0
6. limit 5 to (yr="2009 -Current" and (danish or english or norwegian or swedish))	02.03.20	Ovid Medline	17692	0	0	0	0
7. Palliative Care/ or palliati*.mp.	02.03.20	Ovid Medline	82782	0	0	0	0
8. terminal*.mp	02.03.20	Ovid Medline	458842	0	0	0	0
9. end of life.mp.	02.03.20	Ovid Medline	19085	0	0	0	0
10. Terminal Care/ or end-of-life.mp.	02.03.20	Ovid Medline	36247	0	0	0	0
11. death.mp. or Death/	02.03.20	Ovid Medline	699469	0	0	0	0
12. dying.mp.	02.03.20	Ovid Medline	30652	0	0	0	0
13. die.mp	02.03.20	Ovid Medline	212858	0	0	0	0
14. 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13	02.03.20	Ovid Medline	1394611	0	0	0	0
15. 6 and 14	02.03.20	Ovid Medline	2623	0	0	0	0
16. experience.mp	02.03.20	Ovid Medline	555385	0	0	0	0
17. 15 and 16	02.03.20	Ovid Medline	338	338	17	11	6

Søk 4

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste overskrifter	Leste abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler
nurs, homecare, palliative, dying, experience	02.03.20	Google scholar	106 000 sider med 10 artikler på hver side	100	13	3	1

Søk 5

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste overskrifter	Leste abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler
district nurses, palliative care, experience	04.03.20	Google Scholar	17000 sider med 10 artikler på hver side	100	13	4	1

Vedlegg 3

Oversiktstabell over artiklene

Artikkel nr. 1

Forfattere	Arnaert, Antonia og Megan Wainwright.
År	2008
Land	Canada
Tidsskrift	Palliative and Supportive Care
Tittel	Providing care and sharing expertise: Reflections of nurse-specialists in palliative home care
Hensikt/ mål	Målet med denne studien var å undersøke erfaringene, perspektivene og refleksjonene til fem spesial sykepleiere som er i palliativ hjemmesykepleie.
Metode/ instrument	Kvalitativ studie. Semistrukturert dybdeintervju med åpne spørsmål.
Deltakere/ frafall	5 spesial sykepleiere som jobber med palliasjon i hjemmesykepleie.
Hovedfunn	Resultat ble delt inn i 3 hovedtema med flere undertema: Erkjenne ens egne begrensninger og menneskehet: <ul style="list-style-type: none">- etterlyser sikkerhetskopiering- læring mens vi går sammen- å takle følelsesmessige krav- samhandling med familiemedlemmer Bygge et samarbeidspartnerskap: <ul style="list-style-type: none">- samarbeide- dele informasjon- veilede sykepleiere i hjemmet- være ikke-dømmende Teamarbeid og implementering av palliative hjemmetjenestetteam.
Etisk vurdering	Etisk godkjenning ble innhentet fra NOVA-Montreal Board og University Review Committee.
Kvalitet	Fagfellevurdert. Nivå 1. God kvalitet.
Søk	Søk 3.

Artikkel nr. 2

Forfattere	Chong, P. H. og W. H. Poon.
År	2011
Land	Singapore
Tidsskrift	Singapore Medical Journal
Tittel	The lived experience of palliative homecare nurses in Singapore
Hensikt/ mål	Målet var å avdekke den levde opplevelsen fra palliative sykepleiere i hjemmetjenesten for å forstå betydningen og tolkningen av deres opplevelse av å være sykepleiere.
Metode/ instrument	Kvalitativ studie.
Deltakere/ frafall	To fokus- gruppeintervju med sykepleiere fra forskjellige distrikt som tilbyr palliativ pleie i hjemmet. Fire sykepleiere i det ene intervjuet og seks i det andre.
Hovedfunn	<p>Temaene som dukket opp var: Introduksjon til palliativ omsorg, innledende opplevelser, utfordringer, å jobbe i team, arbeidet med legen og støtte.</p> <p>De hadde lite kunnskap om palliasjon før de startet å jobbe med det. Noen følte seg stresset og usikre når de jobbet på egenhånd, og det var en annerledes måte å jobbe på i forhold til på sykehus. De følte at de var høye forventninger om høy kvalitet på den palliative behandlingen de skulle gi. I perioder når det sto på som verst hadde noen av sykepleierne lyst å gi opp.</p> <p>Utfordringer i forhold til lege; lite tillitt i fra legen og når en konkret lege ikke er oppgitt. Følelsen av maktesløshet og frustrasjon når en ikke får svar fra lege og pasienten trenger behandling.</p> <p>Emosjonell belastning da en blir mer knyttet til pasienten og deres familie, enn på sykehus der noen av sykepleierne tidligere hadde jobbet. En bruker da mer av seg selv. På et personlig nivå synes noen av dem at det var vanskelig å dele dårlige nyheter pga det spesielle forholdet mellom dem og pasient/familien. Frykten for å få skyld.</p> <p>Å lære å «skru av» når en går hjem fra jobb var viktig. «Å få en delikat balanse», «være tøff» eller og forbli «følelsesmessig løsrevet» var faktorer som de fleste mente var avgjørende for å overleve jobben</p>
Etisk vurdering	Studien ble godkjent av NHG Domain Specific Review Board
Kvalitet	Den er fagfelle- vurdert, men har ikke blitt satt på et nivå av NSD. God kvalitet
Søk	Søk 3.

Artikkel nr. 3

Forfattere	Danielsen, Britt Viola, Anne Marit Sand, Jan Henrik Rosland og Oddvar Førland.
År	2018
Land	Norge
Tidsskrift	BMC Palliative Care
Tittel	Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in homebased palliative care – a qualitative study
Hensikt/ mål	Målet med studien var å oppnå mer innsikt gjennom hjemmesykepleiere og allmennleger, om forhold som letter eller hemmer mer tid hjemme og flere dødsfall i hjemmet for pasienter med en terminal sykdom og kort forventet levetid.
Metode/ instrument	Kvalitativt forskningsdesign. Semistrukturert spørsmåls guide. Dataene ble behandlet ved systematisk tekstkondensering og omfattet tematisk analyse av betydningen og innholdet av data på tvers av tilfeller, som inkluderte fire analysetrinn
Deltakere/ frafall	19 deltakere. Av de 11 sykepleiere og 8 allmennleger.
Hovedfunn	Tett samarbeid og dialog mellom pasient, familie, hjemmesykepleien og fastlegen for optimal lindrende pleie i hjemmet. Behov for tryggere utskrivnings og planleggingsprosedyrer når pasienten skrives ut til hjemmet. En god start er avgjørende for godt resultat. Familien er grunnleggende for at pasienten skal få mer tid hjemme og for at pasienten skal få en sjanse til å dø hjemme. Hjemmebasert palliativ omsorg krever erfaring og kompetanse, samt regelmessig støtte.
Etisk vurdering	Etikkgodkjenning henholdt til norsk forsknings lov og forskrift. Hver deltaker mottok skriftlig informasjon om forskningsprosjektet på forhånd og ga informert samtykke før fokusgruppene ble gjennomført. Forskningsprosjektet ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) Deltakerne ble informert skriftlig og muntlig om konfidensialitet og anonymitet
Kvalitet	Fagfellevurdert. Nivå 1. God kvalitet.
Søk	Søk 3

Artikkel nr. 4

Forfattere	Goodridge, Donna og Wendy Duggleby
År	2010
Land	Canada
Tidsskrift	Journal of Palliative Care
Tittel	Using a Quality Framework to Assess Rural Palliative Care
Hensikt/ mål	Hensikten med studien var å utforske mulighetene og problemene som påvirker tilbudet av lindrende behandling av høy kvalitet fra perspektivet til sykepleiere i hjemmetjeneste.
Metode/ instrument	Kvalitativt forskningsdesign. Fokusgruppe og dyptgående individuelle intervjuer.
Deltakere/ frafall	44 sykepleiere fra to hjemmetjeneste distrikt på landsbygda.
Hovedfunn	<p>Effektivitet og sikkerhet – Kompetanse er viktig for å oppnå høy kvalitet på helsehjelpen. På grunn av få ansatt i regionene ble effektiviteten og sikkerheten til palliativ omsorg til tider opplevd å bli kompromittert. En begrensning i personalets kunnskap, interesse og ferdighet. Flere ønsket med kunnskap. Smerte- og symptomlindring trengte forbedring. Utdanning av helsepersonell har stor innvirkning på kvaliteten og sikkerheten til omsorgen. Unngå ineffektiv kommunikasjon. God kommunikasjon med sykehus, kollegaer, andre samarbeidspartnere, pårørende og pasienten er viktig for god kvalitet. De opplevde store hindringer for å støtte hjemmedød.</p> <p>Pasient sentrert omsorg – Å kjenne pasienten og familiene før de trenger palliativ behandling er gunstig. Mangel på anonymisering er utfordrende på landsbygda. Noen opplevde ubehag ved å møte på pårørende privat. Hjemmesykepleie er avgjørende for å gjøre det mulig for eldre pasienter å forbli i sine hjem og opprettholde QOL. Mangel på tilgjengelig hjemmesykepleie var en bekymring for sykepleierne. Sykepleierne fremhever viktigheten av å inkludere pasientens familie i planlegging og gjennomføring av omsorgsplanen. Familiekonflikter kan påvirke den palliative omsorgen.</p> <p>Effektivitet og aktualitet – Å skaffe nødvendig utstyr og medisin til landsbygda er vanskelig, det blir ventetid og nødvendig utstyr er ikke på plass. Det er kostbart å effektivisere på landsbygda og en får begrensede tilbud fra leverandører.</p>
Etisk vurdering	Etisk godkjenning ble gitt av forskernes tilknyttede universitets atferdsetiske forskningsetiske styre og de deltagende i helseregionene.
Kvalitet	Fagfellevurdert. Nivå 1. God kvalitet.
Søk	Søk ½

Artikkel nr. 5

Forfattere	Karlsson, Margareta, Christina Karlsson, António Barbosa da Silva, Ingela Berggren og Maud Söderlund
År	2012
Land	Sverige
Tidsskrift	Scandinavian Journal of Caring Sciences
Tittel	Community nurses' experiences of ethical problems in end-of-life care in the patient's own home
Hensikt/ mål	Målet med studien var å få en dypere forståelse av sykepleieres opplevelser av etiske problemer i utrangeringen i pasientens eget hjem.
Metode/ instrument	Kvalitativt forskningsdesign. Ti kvalitative intervju.
Deltakere/ frafall	10 kvinnelige sykepleiere fra fem forskjellige lokalsamfunn med erfaring med omsorg ved livets slutt
Hovedfunn	<p>Ubehagelige følelser: Ikke støtte fra legen da pasient trenger mer smertelindring. Føltes ukomfortabelt å negativt påvirke pasientens integritet ved å ta med nødvendig utstyr inn i hjemmet. Fred og ro blir forstyrret av sykepleierne, påvirker pasient og pårørende. Etiske problemer når ansvarlig lege ikke har erfaring med omsorg ved livets slutt. Sykepleierne tar på seg for stort ansvar.</p> <p>Mangel på samarbeid: Uenigheter og mangel på samarbeid med både kollegaer og pasienten gjør kvaliteten dårligere og det kan skape etiske problemer for pasient og pårørende. Pårørende hindrer mer hjelp utenifra selv om det var nødvendig, etisk problem for sykepleier. Pårørende blir sliten av å ha mange i huset. Pårørende nekter at pasienten er alvorlig syk.</p> <p>Mangel på sikkerhet: Sykepleierne klarte ikke å opprette og opprettholde tilliten til pasient og pårørende, usikkerhet begge veier, pasienten døde da på sykehuset. Sykepleierne hadde ingen å henvende seg til for støtte. Pårørende og pasienten kommuniserer ikke åpent med hverandre. Mangel på kunnskap hos sykepleierne skaper usikkerhet. Uklare mål og beslutninger gjør det vanskelig.</p>
Etisk vurdering	Etikkomiteen ved University West i Sverige ga tillatelse til studien og de etiske retningslinjene i Helsingforserklæringen ble fulgt
Kvalitet	Fagfellevurdert. Nivå 1. God kvalitet.
Søk	Søk 3

Artikkel nr. 6

Forfattere	Pusa, Susanna, Katharina Hagglund Maria Nilsson og Karin Sundin
År	2014
Land	Sverige
Tidsskrift	Scandinavian Journal of Caring Sciences
Tittel	District nurses lived experiences of meeting significant others in advanced home care.
Hensikt/ mål	Målet var å belyse betydningen av distriktssykepleieres opplevelser av å møte viktige andre i hjemmet når de ga avansert hjemmesykepleie til pasienter
Metode/ instrument	Kvalitativ forskningsdesign. Fokusgruppeintervju.
Deltakere/ frafall	36 sykepleiere
Hovedfunn	<p>Sykepleierne streber sammen etter å utvikle og opprettholde et nært forhold til pårørende, en gjensidig forståelse og tillit. Oppmerksomheten til den syke og familien gjør det mulig å harmonisere og tilpasse omsorgen for hver person og familie. Ved å være bevisst på familiestruktur og se familien som helhet øker sykepleierens forståelse av hva familien opplever. Å involvere de i erfaringer og beslutninger anses som viktig. Å gi de pusterom hvis de har behov for det. Å møte pårørende i hjemmesykepleien kan være utfordrende og frustrerende hvis familien uttrykker misnøye, men derimot en følelse av å bli verdsatt og meningsfull hvis de viser takknemlighet.</p> <p>Å være tilgjengelig, at pårørende alltid har et nummer de kan ringe og vet de vil få svar. Da her de en sikkerhet når de vet de kan kontakte sykepleierne når som helst. Viktig å formidle at de alltid kan ta kontakt og at det ikke blir oppfattet som en plage.</p> <p>Sykepleierne opplevde at legen ofte var utilgjengelig og manglende samarbeid, noe som medførte forsinket omsorg til pasient og familien.</p> <p>Deling av forståelse, å nå en gjensidig forståelse. Sykepleierne var med på møter og når kommunikasjonen var følsom for familien. Sykepleierne bekrefter og respekterer familien. Ved å anerkjenne, akseptere og validere familiens behov og ønsker, dannes en dypere forståelse. Sykepleierne må bruke tiden, virkelig lytte og aldri fremstå stresset. Familien krever i noen tilfeller mer ressurser og tid enn pasienten. Det må holdes på et profesjonelt nivå, ikke bli for nær, for å muliggjøre en så god omsorg som mulig.</p> <p>Være klar over, å ha familiens opplevelse i fokus. Når sykepleieren er klar over familiestrukturen kan sykepleieren forstå sin egen rolle i samspillet</p>

	<p>med familien. Sykepleieren ser viktigheten av å forstå at enhver pasient er unik og streber etter å bli kjent med dem.</p> <p>Å være en ressurs, betyr å hjelpe familiens med å øke sin selvtillit og styrke. Sykepleierne er en ressurs for medisinsk kunnskap og skal være støttende og informativ når det gjelder medisinsk behandling og daglig pleie for å tilrettelegge hverdagen for familien og den syke. Støtte familien slik at de har styrken til å håndtere ting hjemme, slik at pasienten har mulighet til å være hjemme. Tilby pusterom hvis familie føler seg belastet.</p> <p>Deling av tillit. De forsøkte å vise at de satte pris på familiens engasjement i omsorgen og at den var nyttig, både for sykepleierne og for pasienten. Erkjenne og involvere familien er viktig, slik at ingen føler seg utelatt.</p> <p>Opplever følelsesmessig nød, betyr å bli negativt påvirket av stressende følelse i sykepleiernes rolle i avansert hjemmesykepleie. Sykepleierne opplevde følelser av frustrasjon og å bli undervurdert når familiens frykt og angst noen ganger ble avslørt som misnøye i omsorgen. De syntes det var vanskelig å håndtere og følelsesmessig urovekkende når de følte seg feiltolket og når omsorgen ble oppfattet som utilstrekkelig. Å motta støtte ved å få bekreftelse og anerkjennelse fra medarbeidere lettet følelsen av å være usikker. Avhengighet av fortiden og hvordan de klarte å takle tidligere situasjoner ga videre en ro og trygghet som kunne beskytte dem mot emosjonell nød.</p> <p>Å oppleve følelsesmessig takknemlighet betyr å føle seg verdsatt. Sykepleierne verdsatte familiens engasjement og verdsatte det som sentralt for at hjemmesykepleien kunne fungere tilstrekkelig.</p>
Etisk vurdering	Etisk godkjent av Etisk komite, Umeå University, Dno 01- 386.
Kvalitet	Fagfellevurdert. Nivå 1. God kvalitet.
Søk	Søk 5.

Artikkel nr. 7

Forfattere	Smith, Robert og Davina Porock
År	2009
Land	Storbritannia
Tidsskrift	International Journal of Palliative Nursing
Tittel	Caring for people dying at home: a research study into the needs of community nurse
Hensikt/ mål	Denne studien hadde som mål å avdekke holdningene til sykepleierne til omsorgen for den døende pasienten og faktorene som påvirker disse holdningene, inkludert opplæring og utdanning.
Metode/ instrument	Kvantitativ og kvalitativt forskningsdesign.
Deltakere/ frafall	667 registrerte sykepleiere i hjemmetjeneste i to engelske fylker. Av 667 spørreskjemaer som ble distribuert, ble 158 returnert og ga en svarprosent på 24%.
Hovedfunn	<p>Analyse av total score 62% av respondentene hadde positive holdninger, og 38% viste negative holdninger til den totale omsorgen for den døende pasienten.</p> <p>Nesten halvparten av de spurte mente det ikke er nok ressurser tilgjengelig for å gjøre det lettere å dø hjemme. I underkant av halvparten av de spurte (44%) mente at mangel på kommunikasjon er en hovedårsak til innleggelse på sykehus, og 25% av de spurte oppga at de manglet støtte eller tilsyn når det gjaldt å håndtere urovekkende situasjoner</p> <p>Respondentene rapporterte om behov for tidligere støtte og anerkjente viktigheten av tidlig intervensjon og forebyggende planlegging. Når dette mislyktes rapporterte mange om ikke-oppfylte forventninger, spesielt om mangel på omsorgstjenester i samfunnet.</p> <p>Mange respondenter rapporterte om mangel på opplæring og oppfattet opplæring som hovedsakelig var tilgjengelig gjennom kolleger. Mangel på formell trening, særlig når det gjelder tilgang til trening, påvirket deres selvtillit og deres tilnærming til omsorg for de døende. Dette så ut til å være et spesielt problem for nyutdannede sykepleiere.</p>
Etisk vurdering	Etisk godkjenning ble innhentet fra Nottingham Research Ethics Committee
Kvalitet	Fagfellevurdert. Nivå 1. God kvalitet.
Søk	Søk 3

Artikkel nr. 8

Forfattere	Spelten, Evelien, Jenny Timmis, Simone Heald og Saskia F. A. Duijts
År	2019
Land	Australia
Tidsskrift	The Australian journal of rural health
Tittel	Rural palliative care to support dying at home can be realised; experiences of family members and nurses with a new model of care
Hensikt/ mål	Målet med denne studien var å beskrive opplevelsen til familier og sykepleiere med utvidet palliativ pleie på landsbygda for å støtte døende hjemme.
Metode/ instrument	Kvalitativ studie.
Deltakere/ frafall	Semistrukturerte intervjuer ble gjennomført med familiemedlemmer og sykepleiere.
Hovedfunn	Alle pasienter i prosjektet døde hjemme. Familiene var veldig positive til den utvidede palliative omsorgen; det økte deres fortrolighet med at deres kjære skulle dø. Sykepleierne var like positive, men kommenterte også behovet for debrifing og om den tunge følelsesmessige prosessen arbeidet tar.
Etisk vurdering	Etisk godkjenning av La Trobe Human Ethics Committee
Kvalitet	Fagfellevurdert. Nivå 1. God kvalitet.
Søk	Søk 3.

Artikkel nr. 9

Forfattere	Wallerstedt, Birgitta og Birgitta Andershed
År	2007
Land	Sverige
Tidsskrift	The Authours. Journal compilation
Tittel	Caring for dying patients outside special palliative care settings: Experiencec from a nursing perspectiv
Hensikt/ mål	Målet var å beskrive sykepleieres erfaringer med å ta vare på alvorlig syke og døende pasienter utenfor spesielle palliative omsorgsinnstillinger.
Metode/ instrument	Kvantitativ forskningsdesign.
Deltakere/ frafall	9 sykepleiere i primær hjemmesykepleie, samfunns-omsorg og sykehus.
Hovedfunn	Resultatene beskriver sykepleiernes høye ambisjoner om å gi døende pasienter og deres pårørende omsorg av høy kvalitet. Til tross for dette opplevde de større eller mindre grad av misnøye på grunn av utilstrekkelig samarbeid, støtte, tid og ressurser. De opplevde tilfredshet gjennom kontakt med pasienter og pårørende, fungerende kollegialt samarbeid, og kunnskapen, erfaringen og personlig veksten omsorgen hadde gitt dem. Resultatene indikerer at sykepleiere trenger ressurser som tid, forbedrede metoder for kommunikasjon og samarbeid, samt mer støtte for å gi palliativ kvalitet og oppnå tilfredshet med resultatet. Behovet for diskusjon om betingelsene for å gi lindrende behandling utenfor sykehusene og andre spesielle palliative omsorgsinnstillinger blir også belyst.
Etisk vurdering	Finner ikke etisk godkjenning i artikkelen, velger å ta den med da den var relevant.
Kvalitet	Fagfellevurdert. Nivå 1. God kvalitet.
Søk	Søk 4.

Artikkel nr. 10

Forfattere	Zadeh, Rana Sagha, Paul Eshelman, Judith Setla og Hessam Sadatsafavi.
År	2019
Land	Upstate New York, USA
Tidsskrift	HHS Public Access
Tittel	Strategies to Improve Quality of Life (QOL) at the End of Life: Interdisciplinary Team Perspective
Hensikt/ mål	Studiens mål er å se på erfaringene fra medlemmer av tverrfaglige omsorgsteam som jobber med pasienter som er i sin siste del av livet for å identifisere strategier for å forbedre livskvaliteten gjennom omsorgspraksis
Metode/ instrument	Kvalitativt forskningsdesign. Etnografisk studie.
Deltakere/ frafall	131 av 133 ansatte og frivillige (leger, legeassistenter, sykepleierutøver, registrerte sykepleiere, sosialarbeidere, administratorer og frivillige) som gir omsorg til pasienter i både hjemme- og institusjonsmiljøer.
Hovedfunn	Organisatorisk tilnærming som fremmer pasient/familiens tro og kultur. Tilpasse løsninger etter individuelle behov. Systemet må tåle ineffektivitet, prioritere pasientkomfort fremfor arbeidsrutiner. Behov for stress-lindrende program for personalet, få være utilgjengelig i pausene. Kontinuitet i personalet, ikke for mange mennesker. Etablere tillitsfulle forhold er viktig for QOL. Godt erfart personalet med ferdigheter som verdighet, aksept, ømhet, medfølelse og empati. Personalet trenger de for å evaluere og forstå pasient/familieønsker. God kommunikasjon og åpenhet er viktig. Hjelp pasient/familie til å takle døden. Hyppig gjennomgå og justere medisiner Tilstedeværelse hos personalet. Holde ting i orden rundt pasienten. Gi pasienten positive opplevelser. Snakk med dem og gjør noe sammen med dem.
Etisk vurdering	?
Kvalitet	Fagfellevurdert. Nivå 1. God kvalitet.
Søk	Søk 1/2

Vedlegg 4

Personkarakteristikk

Sykepleier	Kjønn	År erfaring	Alder	By/land	Videreutdanning
Intervju 1					
Intervju 2					
Intervju 3					
Intervju 4					
Intervju 5					
Intervju 6					
Evt. intervju 7					
Evt. intervju 8					

Vedlegg 5

Intervjuguide

Før intervjustart, si noe om:

- Meg selv.
- Takke for at vedkommende stiller opp på intervjuet.
- Informasjon om prosjektet. Gjenta hensikt og problemstilling.
- Informasjon om hva som skjer med datamaterialet.
- Gjenta at intervjuet blir tatt opp på bånd.
- Presiser anonymiteten og rett til å avbryte intervjuet.
- Antatt varighet for intervju.

Tema	Spørsmål	Mulige oppfølgingsspørsmål	Kommentar
Bakgrunnsinformasjon	Hvem er du i forhold til jobben og hvilken erfaring har du med palliativt arbeid?	<ul style="list-style-type: none">• Navn, alder, kjønn, lang erfaring, hvilken erfaring, videreutdanning?• Hvilken erfaring har du i forhold til å gi palliativ behandling og omsorg til pasient og pårørende?	
Erfaring, ferdigheter, opplæring og kompetanse	Hvordan erfarer du at erfaring, ferdigheter, opplæring og kompetanse spiller en rolle i det palliative arbeidet?	<ul style="list-style-type: none">• Hvordan hjelper din erfaring og kompetanse deg?• Hvordan påvirker andres erfaring og kompetanse deg?• Hvordan opplæringen på forskjellige prosedyrer er? Særlig avanserte prosedyrer som en sjelden er borti.• Er det noe du tenker at du savner eller som kunne gjort situasjonene bedre?	
Planlegging, ressurser, tid, prosedyrer, utstyr, usikkerhet og stå alene	Hvordan planlegger dere arbeidshverdagen når dere har pasienter og pårørende som skal ha palliativ behandling og omsorg? Fortell hvordan dere bruker ressurser og tiden?	<ul style="list-style-type: none">• Hvordan disponerer dere tiden? Blir den brukt riktig?• Hvordan blir ressursene brukt? Blir de brukt riktig?• Har planlegger dere nødvendige prosedyrer?• Blir dere stående mye alene? Hvordan synes du det er? Er ting godt planlagt i forhold til at en skal være alene?	

		<ul style="list-style-type: none"> • Føler du deg noen gang usikker? Hvis både ja og nei; kan du utdype hvorfor? Hva gjør at du er/ikke er usikker? • Hvordan er det å få tak i riktig utstyr/medisin? Hvordan påvirker dette? 	
Støtte, samarbeid og kommunikasjon mellom sykepleierne og kollegaer og leger	<p>Hvordan er samarbeidet mellom sykepleierne?</p> <p>Hvordan er samarbeidet mellom sykepleierne og andre kollegaer på arbeidsplassen er (ledelse, helsefagarbeidere og assistenter)?</p> <p>Hvordan er samarbeidet mellom sykepleierne og legene, både fastleger og leger på sykehuset?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan samarbeider dere sykepleierne? Hva er viktig for å få til et godt samarbeid? Hvordan er støtten dere imellom? Hvordan er kommunikasjonene? Er det åpenhet for diskusjoner, på hvilken måte gjør dere det? • Hvordan er samarbeidet mellom sykepleierne og andre kollegaer? Hvordan er støtten? Forståelse av dem? Aksept av dem? Fortell hvordan dette skjer. • Hvordan er samarbeidet mellom sykepleierne og fastlegene/legene på sykehuset? Hva er viktig/hva skal til for et godt samarbeid? Har de nok informasjon? Hvordan tar de vurderinger? Hvordan vurderer de medisin? Hjemmebesøk? Tilgjengelighet? Har de forståelse? Er de støttende? 	
Pasient, familie, kommunikasjon, samarbeid, hjemmet	Hvordan er det å gi palliativ behandling og omsorg til pasienten og pårørende?	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan samarbeider dere med pasienten og pårørende? • Hvordan påvirker samarbeidet? • Hva er viktig for å oppnå et godt samarbeid? 	

	<p>Hva er viktig for å få til et godt samarbeid med pasient og pårørende?</p> <p>Hvordan er det å gi palliativ behandling og omsorg i et privat hjem?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan erfarer du at de trenger deg, både som pasient og pårørende? Stor forskjell? Kan du komme med eksempler. • Personsentrert omsorg, hvordan er det å skulle utøve det både ovenfor pasient, men også til de enkelte i familien? • Hvordan tilbyr dere deres hjelp? (tilgjengelighet, telefon). • Hvordan kommuniserer du med dem? Gi eksempel. • Hvordan er det å ta opp vanskelige tema? Både med pasient og pårørende. • Hvordan opplever du å skulle være pasientens og pårørendes trygghet? • Kjenner du dem fra før gjennom jobben, fortell hvordan det er hvis du har erfaring med det. Gjerne både positivt og negativt. • Kjenner du dem fra før gjennom privaten, fortell hvordan det er hvis du har erfaring med det. Gjerne positivt og negativt. • Hvordan erfarer du å måtte gjøre hjemmet om til «hjemmesykehus»? Har de forståelse? 	
<p>Avslutnings-spørsmål</p>	<p>Oppsummere hovedtema. Er det noe viktig for deg som vi ikke har fått belyst her i dag?</p>		

Etter intervjuet:

Skru av båndopptaker.

Spørre deltaker om hvordan hun/han syntes det var å være med.

Takk igjen for at han/hun stilte opp på intervjuet.

Vedlegg 6

Informasjonsskriv til forskningsfeltet

Til (*Kommunen og hjemmesykepleiedistriktet jeg ønsker kontakt med*)

Informasjonsskriv til forskningsfeltet

Takk for hyggelig samtale per telefon den Her kommer informasjonsskrivet som vi avtalte at jeg skulle sende dere.

Jeg, Anette, tar en master i Avansert Klinisk sykepleie ved Høgskolen i Molde ved siden av jobben min i hjemmesykepleien. Min masteroppgave har temaet «palliasjon i hjemmet». Har valgt nettopp dette temaet da jeg som sykepleier synes det er utfordrende å stå i slike situasjoner, og ønsker å finne mer ut av hvordan andre sykepleiere erfarer det, både på godt og vondt. Forskning viser også til store utfordringer og ulike erfaringer. Erfaring, kunnskap, tid, ressurser, støtte, kommunikasjon, samarbeid er noen av de områdene som blir beskrevet som viktige, men som det er for lite av. Studiens hensikt er å utforske hvilke erfaringer sykepleiere i hjemmesykepleien har med å gi palliativ behandling, pleie og omsorg til pasienter og deres pårørende. Systematisk innhenting av denne typen erfaringer vil kunne bidra til økt kompetanse og bedre kvalitet på det palliative arbeidet som utføres av sykepleiere i hjemmet.

Gjennom dette brevet ønsker jeg å få lov til å ta kontakt med avdelingsledere for hjemmesykepleien i deres kommune, slik at de kan hjelpe meg med å rekruttere aktuelle informanter til mitt forskningsprosjekt. Har planlagt å intervju til sammen seks sykepleiere angående temaet, og ønsker å ha med en eller to sykepleiere fra hvert distrikt jeg kontakter. Sykepleierne som skal delta må ha erfaring med å gi palliativ behandling, pleie og omsorg til både pasient og pårørende. Informantene bør snakke godt norsk. Intervjuene kommer til å skje en til en og vil vare fra en til to timer. Intervjuene vil finne sted på sykepleierens arbeidssted på et egnet rom og dato vil jeg avtale med avdelingsleder eller deltaker. Intervjuene vil bli tatt opp med lydopptaker. Opptak og tekstmaterialet på minnepenn vil oppbevares i et låst skrin hjemme hos meg. Når oppgaven blir levert vil lydopptaker destrueres. All informasjon i oppgaven skal anonymiseres. På forhånd av intervjuene vil informantene få tilsendt et informasjonsskriv om samtykkeerklæring i

deltakelse av prosjektet. Disse må signeres hvis de takker ja til å delta. De vil få informasjon om at de kan trekke seg når som helst i prosessen.

Vedlagt dette skrivet er prosjektskissen, godkjenninger fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) og informasjonsskriv om samtykkeerklæring om deltakelse av prosjektet.

Håper på positiv tilbakemelding.

Med vennlig hilsen Anette Lilleidet Stenløs

Adresse: Skulesvingen 5, 6453 Kleive

Epost: anette.stenlos@molde.kommune.no

Mobil:

Vedlegg:

Prosjektskisse

Vurdering/godkjenning av NSD

Samtykkeerklæring for deltagelse i forskningsprosjektet

Vedlegg 7

Samtykkeerklæring for deltagelse i forskningsprosjektet

Vil du delta i forskningsprosjektet «Palliasjon i hjemmet»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor hensikt er å utforske hvilke erfaringer sykepleiere i hjemmesykepleien har med å gi palliativ behandling, pleie og omsorg til pasienter og deres pårørende. Systematisk innhenting av denne typen erfaringer vil kunne bidra til økt kompetanse og bedre kvalitet på det palliative arbeidet som utføres av sykepleiere i hjemmet. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Studiens hensikt er å utforske hvilke erfaringer sykepleiere i hjemmesykepleien har med å gi palliativ behandling, pleie og omsorg til pasienter og deres pårørende. Systematisk innhenting av denne typen erfaringer vil kunne bidra til økt kompetanse og bedre kvalitet på det palliative arbeidet som utføres av sykepleiere i hjemmet.

Denne masteroppgaven i Avansert klinisk sykepleie har følgende problemstilling:

«Hvordan erfarer sykepleiere i hjemmesykepleien å gi palliativ behandling, pleie og omsorg til hjemmeboende pasienter og deres pårørende?»

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Ansvarlig for prosjektet: Høgskolen i Molde.

Forsker: Anette Lilleidet Stenløs

Veileder for prosjektet: N.N

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Ønsker å intervju seks hjemmesykepleiere med lang og kort erfaring innenfor temaet, og gjerne med både med og uten videreutdanning. Har kontaktet din kommune per epost og etter godkjennelse av dem til å delta i forskningsprosjektet, kontaktet jeg videre din leder.

Har hatt telefonsamtale med din leder som kom med anbefaling om deg og jeg fikk dermed oppgitt din epostadresse etter ditt samtykke.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at du deltar i et individuelt intervju, med meg som intervjuer. Intervjuet vil omhandle spørsmål rundt erfaringen du har med å gi palliativ behandling, pleie og omsorg til pasient og pårørende i hjemmet. Det vil ta deg ca. 1-2 timer å delta på intervjuet. Jeg tar lydopptak og notater fra intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- De som vil ha tilgang til datamaterialet som omhandler deg vil være jeg som forsker og min veileder ved Høgskolen i Molde.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Lagret datamaterialet vil jeg ha på en minnepenn som er innlåst i et låsbart skap hjemme hos meg.
- Beskrivelser av deg som deltaker skal ikke kunne gjenkjennes når masteroppgaven publiseres, den vil bli anonymisert og skal ikke kunne spores tilbake til deg.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er juni 2022. Personopplysninger, lydopptak og notater distribueres ved prosjektslutt.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen i Molde har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Forsker:

Anette Stenløs

Mobil:

Epost: anette.stenlos@molde.kommune.no

Veileder

N.N

Epost:

Personvernombud ved Høgskolen i Molde

Epost: personvernombud@himolde.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Anette Lilleeidet Stenløs

(Forsker)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Palliasjon i hjemmet*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i individuelt intervju med lydopptak.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 8

Fremdriftsplan

Gjøremål	Frist
Ferdigstilling av prosjektplan og innlevering	12. Mai 2020
Poster presentasjon av prosjektplan	5. Juni 2020
Søke om midler	Høst 2020
Innhente tillatelser fra NSD	Høst 2020
Kontakte kommunene per telefon og sende «informasjonsskriv til forskningsfeltet»	Høst 2020
Kontakte ledere i hjemmesykepleien og sende informasjonsskriv om deltakelse og samtykke	Høst 2020
Rekruttere informanter og avtale tidspunkt for intervju	Høst 2020
6 dybdeintervju	Høst 2020/ Vår 2021
Transkripsjon mellom intervjuene	Høst 2020/ Vår 2021
Starte analyse	Vår 2021
Evt. 1- 2 dybdeintervju ved behov	Høst 2021
Evt. Transkripsjon	Høst 2021
Fortsette analysen	Høst 2021
Ferdigstilling av masteroppgave	Vår 2022
Innlevering	Juni 2022