



BACHELOROPPGAVE:

LUNGEKREFT
– HVORDAN KAN SYKEPLEIEREN
FREMME TRYGGHET HOS DEN
PALLIATIVE PASIENTEN?

FORFATTER(E): Guro Skavhaug
Nathalie Kristin Bremnes

Dato: 07.05.2012

Høgskolen i Gjøvik,
Avdeling helse, omsorg og sykepleie
Seksjon for sykepleie

SAMMENDRAG:

Tittel

Lungekreft - Hvordan kan sykepleieren fremme trygghet hos den palliative pasienten?

Introduksjon

Lungekreft er en av de hyppigste kreftsykdommene i Norge og mange av pasienttilfellene går over til å bli palliative pasienter

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å gjøre sykepleiere forberedt til å møte en palliativ pasient med lungekreft som er plaget med angst, og hva sykepleieren kan gjøre for å få pasienter med lungekreft til å føle trygghet.

Metode:

Oppgaven er basert på litteraturstudie og det er benyttet forskningsartikler, pensumlitteratur og egenvalgt litteratur. Vi har benyttet oss av søkeordene; Palliative care, nursing, cancer, lung cancer, physiotherapy, breathlessness, end of life, communication og palliative treatment.

Diskusjon

Kommunikasjonsferdigheter, nærhet og åpenhet er viktig for å lindre angst. Sykepleieren trenger ferdighetstrening i dette. Pasienter kan lære seg mestringsteknikker for angst. Lindring av dyspné kan føre til lindring av angst. Informasjon kan medføre både trygghet og angst.

Nøkkelord

Lungekreft, trygghet, kommunikasjon.

ABSTRACT:

Title

Lung cancer - How can nurses promote safety in the palliative care patient?

Introduction

Lung cancer is one of the most common type of cancer in Norway and often the patients become palliative care patients.

Purpose

The purpose of this thesis is to prepare nurses to meet a palliative care patient with lung cancer, who suffers from anxiety, and how to make these patients feel secure.

Methodology

This thesis is based on a literature study, where research papers, curriculum literature and self-selected literature have been employed. We have used the search queries; palliative care, nursing, cancer, lung cancer, physiotherapy, breathlessness, end of life, communication and palliative treatment.

Discussion

Communication skills, closeness and openness are important to alleviate anxiety. Nurses need training in these skills. Patients can learn coping techniques for anxiety. Relief of dyspnea can lead to relief of anxiety. Information can lead to both safety and anxiety.

Keywords

Lung cancer, safety, communication

Innholdsfortegnelse:	Side:
1. Innledning	6
1.1. Bakgrunn	6
1.2. Problemformulering	6
1.3. Avgrensing	6
1.4. Egenerfaring	8
1.5. Hensikt	8
1.6. Overordnet teori	9
1.6.1. Lungekreft	9
1.6.2. Palliasjon	10
1.6.3. Ida Jean Orlando	11
1.6.4. Trygghet	12
1.6.5. Informasjon til pasienten	12
1.6.6. Dyspné	13
1.6.7. Angst	14
1.6.8. Relasjon og kommunikasjon	15
1.6.9. Livskvalitet	15
1.7. Sykepleiefaglig relevans	16
2. Metode	18
2.1. Søk/fremgangsmåte	18
2.1.1. Litteraturstudie	18
2.1.2. Ord og kombinasjoner	18
2.2. Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier	19
2.2.1. Etisk godkjenning	20
2.3. Artikkelmatrise	20
2.4. Kildekritikk	24
2.4.1. An exploration of the concerns of patients with inoperable lung cancer	24
2.4.2. What areas of cancer care do Norwegian nurses	

experience as problems?	24
2.4.3. An evaluation of physiotherapy led non-pharmalogical breathlessness programme for patients with intrathoracic malignacy	25
2.4.4. Patients perceptions of helpful communication in context of advanced cancer	25
2.4.5. Patient evaluation of end-of-life care	26
2.4.6. Breathlessness clinics within specialist palliative care settings can improve the quality of life and functional capacity of patients with lung cancer	26
3. Resultat	27
3.1. Angst og bekymringer	27
3.2. Informasjon og kommunikasjon	27
3.3. Ikke-medisinsk behandling	28
3.4. Kommunikasjonsferdigheter	28
3.5. Tillit til helsepersonell	29
4. Diskusjon	30
4.1. Angst og bekymringer	30
4.2. Informasjon og kommunikasjon	34
4.3. Ikke-medisinske tiltak	36
4.4. Kommunikasjonsferdigheter	37
4.5. Tillit til sykepleier	39
4.6. Kritisk vurdering til egne valg	40
5. Konklusjon	42
6. Etterord	43
7. Litteraturliste	44
Vedlegg 1 – Søkeordsmatrise	48

1.0 INNLEDNING

1.1 BAKGRUNN

I vår bacheloroppgave vil vi skrive om sykepleie til den palliative pasient. Sykepleierens rolle i møte med pasienter har vært sentralt gjennom hele studiet, og den rollen er viktig i møte med palliative pasienter for å skape kontinuitet i sykepleien, og trygghet for både pasienten, pårørende og sykepleieren selv.

Det finnes flere diagnoser en kan ta for seg i forhold til palliasjon. Vi har valgt å ta for oss diagnosen lungekreft. Dette har vi valgt fordi diagnosen er svært aktuell, grunnet at den er en av de mest utbredte kreftdiagnosene vi har per i dag. Lungekreft er også en utfordrende diagnose, som ofte medfører angst på grunn av respiratoriske plager (Jacobsen 2009). I 2009 var det 2648 tilfeller av lungekreft (Kreftforeningen 2011). Gjennom sykepleiestudiet har vi begge møtt på pasienter med diagnosen lungekreft og vi vet at en sykepleier møter disse pasientene på flere ulike arenaer.

Høgskolen i Gjøvik har tre forskningsområder i avdeling helse og omsorg. Disse områdene er kvalitet i sykepleie, utdanningskvalitet og helse i dagliglivet. Vi ser at vi kunne ha knyttet oppgaven mot helse i dagliglivet, da en kommer tett inn i pasientens hverdag i en palliativ fase. Likevel velger vi å knytte oppgaven opp i mot skolens forskningsområde kvalitet i sykepleie. Kvaliteten på den kliniske sykepleien rundt alvorlige syke er viktig, og det er et krav om at sykepleiere skal holde seg faglig oppdatert. Dette vil denne oppgaven være med å bidra til (Norsk sykepleierforbund 2011).

1.2 PROBLEMFORMULERING

Lungekreft

- Hvordan kan sykepleieren fremme trygghet hos den palliative pasienten?

1.3 AVGRENSING

Formålet med denne bacheloroppgaven er å bevisstgjøre sykepleiere om deres rolle i møte med pasienter med en diagnose som ikke er kurativ, som i vårt tilfelle er lungekreft. Vi ser at dette vil bli en stor oppgave, og det vil være nødvendig å avgrense den.

Vi ønsker å skrive om en pasient som ikke er i en terminal fase. Bakgrunnen for dette er at det er i den palliative fasen en kan sette i gang tiltak for å lindre symptomer som kan være

plagsomme for pasienten. I følge Kaasa (2007) må tiltak for å lindre pasientens plager iverksettes før pasienten er døende, altså før den terminale fasen starter. Det er derfor viktig å skille mellom disse to fasene.

For å avgrense videre har vi valgt å knytte oppgaven opp mot diagnosen lungekreft, også kjent som cancer pulm. I vår oppgave kommer vi til å benytte begrepet lungekreft, da det er dette begrepet faglitteraturen vi har lest og artiklene vi har funnet benytter. Vi har erfart at pasienter med lungekreft ofte er engstelige på grunn av respiratoriske symptomer og ubehag. Vi vil derfor se nærmere på hvordan sykepleierens funksjon kan være med på å skape en følelse av trygghet hos pasienten. I følge Jacobsen (2009) kan mange av disse pasientene ikke bli friske og får derfor palliativ behandling.

Vi har erfart at på sykehusavdelinger er det ofte et mer hektisk miljø enn hva det er på en lindrende enhet i sykehjem. Dette kan ha med bemanning å gjøre, da det er færre pasienter per pleier på en lindrende enhet enn det er på en vanlig sykehusavdeling. På grunnlag av dette vil den tetteste oppfølgingen til pasienten være i en lindrende enhet i sykehjem (Haugen 2007). Forfatteren benytter begrepet palliativ enhet om lindrende enhet. Vi anser disse to begrepene som likeverdige og vil derfor bruke begrepet lindrende enhet i vår oppgave (ibid).

Hovedsakelig er det kreftpasienter som blir innlagt i lindrende enheter, og vi har erfart at fokuset ofte er at pasienten skal ha god livskvalitet. Hensikten med et opphold på lindrende enhet er å lindre og behandle symptomer som følger sykdommen, som for eksempel å fremme trygghet. Liggetiden i en slik enhet blir ofte satt til 7-14 dager, men erfaringsmessig hender det at pasienter blir liggende lenge over den først satte tidsbegrensningen, da en del av pasientene kan ha rask progresjon i sykdom og bli dårligere. På grunnlag av dette velger vi å skrive om pasienter i lindrende enhet i sykehjem.

For å skape trygghet hos pasienter med lungekreft er det mange tiltak. Vi har valgt å fokusere på symptomene angst og dyspné da disse ofte henger sammen (Davidsen 2004). Vi har også valgt å ta for oss hvordan sykepleier kan informere og kommunisere godt med pasienten. Dette har vi valgt å ta med fordi vi mener det er viktige ferdigheter sykepleiere må ha for å skape trygghet hos pasienten. Vi har valgt å ikke trekke inn pårørende fordi fokuset vårt er rettet mot sykepleier – pasient relasjonen.

Livskvalitet er en målsetning i seg selv i sykepleie rettet mot palliative pasienter og blir derfor nevnt i oppgaven ved flere anledninger. Dette er ikke et fokus i diskusjonen, men at det bør nevnes i bakgrunnen med tanke på at det er en naturlig del av palliasjon, og at trygghet vil øke livskvaliteten.

1.4 EGENERFARING

Vi har tidligere erfart at pasientene som har diagnosen lungekreft ofte er dårlige og har et stort behov for å ha noen rundt seg for å føle seg trygg. Vi vet også at angst og dyspné henger sammen. Dyspné fører i seg selv til angst, og angst kan forverre dyspné. På bakgrunn av tidligere praksisperioder og arbeidserfaringer ser vi at hvordan sykepleieren klinisk møter pasienten har stor betydning for pasientens trygghetsfølelse. Vi har sett at gode kommunikasjonsferdigheter er helt grunnleggende og nødvendig for å møte pasienter som er alvorlig syke og har dårlig prognose. Vi har også sett at pasienter som møter sykepleiere som mangler disse kommunikasjonsferdighetene har vanskelighet for å etablere et tillitsforhold, slik at de kan åpne seg for sykepleieren.

Fra før vet vi at lungekreft er en diagnose som ofte skyldes røyking og sykdommen tar mange liv. Dette vet vi fordi vi har vokst opp med anti røykekampanjer på tv og andre medier. Vi har selv opplevd at det kan være vanskelig å møte pasienter med diagnosen lungekreft fordi pasientene er ofte preget av angst og det har vært vanskelig å tilnærme seg pasienten på en god måte. Vi håper denne oppgaven kan bidra til mer kunnskap, slik at vi blir mer forberedt til å møte pasienter med lungekreft i fremtiden.

1.5 HENSIKT

Hensikten med oppgaven er å gjøre sykepleiere forbredt på å møte en palliativ pasient med lungekreft som er plaget med angst, og hva sykepleieren kan gjøre for å få pasienter med lungekreft til å føle trygghet. For å nå målet om trygghetsfølelse for pasienten, er sykepleieren nødt til å ha kunnskap om diagnosen lungekreft, grunnleggende ferdigheter rundt kommunikasjon og hva palliasjon innebærer. Gjennom denne oppgaven ønsker vi å bidra til dette.

1.6 OVERORDNET TEORI

1.6.1 Lungekreft

Lungekreft er en sykdom som hovedsaklig kan forebygges, likevel dør det flere av denne sykdommen hvert år. En av hovedårsakene til lungekreft er tobakkrøyking, og en vet at risikoen for å få lungekreft øker med antall sigaretter som røykes hver dag (Gulsvik og Bakke 2004). En mener at tobakkrøyk er ansvarlig for ca 80% av tilfellene av lungekreft (Brunsvig 2004). Etter røykeslutt reduseres risikoen med ca. femti prosent hvert femte år (Gulsvik og Bakke 2004). Passiv røyking er også en stor risiko med tanke på utvikling av lungekreft. Med passiv røyking menes inhalasjon av andres røyk, og en har 30% større sjanse for å utvikle lungekreft enn en som ikke er passiv røyker. Det er mindre enn 5% av pasientene med lungekreft som aldri har røyket (Gulsvik og Bakke 2004). Personer som er utsatt for nikkel, krom, asbest og radon (ioniserende stråler) i sin hverdag er også utsatt for å utvikle kreft i lungene (Gulsvik og Bakke 2004, Brunsvig 2004). I følge Gulsvik og Bakke (2004) er det ikke påvist at arvelige gener disponerer for å få denne diagnosen, men en antar at det spiller en rolle.

Når en skal utrede en pasient for lungekreft tar en sikte på om kreften kan være operabel eller ikke. Den eneste sjansen pasienten har til å overleve er hvis kreften kan opereres ved at hele tumoren fjernes. Dette betyr at sykdommen må oppdages i et tidlig stadium. Det er ca 17 % av alle pasienter med lungekreft som blir oppdaget tidlig nok, som opereres i Norge i dag (Brunsvig, 2004).

Hos pasienter med lungekreft er de vanligste symptomene hoste, dyspnè og smerter, vekttap eller infeksjoner i luftveiene, som for eksempel pneumonier. Dette er symptomer som røykere er kjent med og som ofte kan føre til at pasientene sent oppsøker legen ved forverring av for eksempel hoste. Når pasienten først oppsøker lege har sykdommen ofte rukket å utvikle seg mye. Hjernemetastaser kan ses som første symptomet hos noen pasienter og kan da debutere med for eksempel hodepine og eventuelt krampeanfoll. Hjernemetastaser forekommer hos ca 25% av tilfellene (Brunsvig 2004).

Det er flere av lungekrefttypene som ikke lar seg operere. En av grunnene til dette er at det foreligger en systemsykdom allerede ved diagnosetidspunktet. Mange pasienter har ved diagnostisering allerede metastaser til benmarg, blod eller skjelettet (Brunsvig 2004, Bremnes

og Aasebø 2005). Lungekreft sprer seg normalt sett hyppigst til lymfeknuter, skjelett, binyrer og hjerne (Brunsvig, 2004).

Prognosene til pasienter med lungekreft er dårlige da behandlingen i liten grad er kurativ. Det ses at ca 13% har en overlevelse på fem år med livsforlengende behandling (Brunsvig, 2004). I følge Bremnes og Aasebø (2005) er gjennomsnittlig overlevelse med lungekreftdiagnosen 6-14 måneder. Det er opp til 65% sjanse for fem års overlevelse for pasienter som er operert i et tidlig stadium, mens kun 1% overlevelse på fem år for pasienter med metastatisk sykdom. Gulsvik og Bakke (2004) forteller at overlevelsen på fem år har vært på mindre enn 10 % de siste førti årene, uavhengig av kjønn. Til tross for tidlig diagnostisering hos pasienter uten symptomer, kan en ikke se at det reduserer dødeligheten.

1.6.2 Palliasjon

Verdens helseorganisasjon (WHO) og European Association for Palliative Care (EAPC) har laget en definisjon på palliasjon. Helsedirektoratet har oversatt denne til norsk:

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet

(Helsedirektoratet 2010)

Ut i fra denne definisjonen forstår vi at palliasjon er behandling på lik linje med kurativ behandling, men har som mål å øke pasientens livskvalitet ved å prøve å lindre symptomer i sykdomsforløpet som reduserer livskvalitet hos pasienten. Fokuset bør være å bedre, opprettholde eller tilrettelegge for så god livskvalitet som mulig for pasienten og hans pårørende i den levetiden som er igjen. For å oppnå dette kreves det tverrfaglig samarbeid mellom flere ulike profesjoner i helsevesenet. For å oppnå optimal behandling innenfor palliasjon er det viktig at aktuelle tiltak planlegges og iverksettes på riktig tidspunkt i sykdomsforløpet (Kaasa 2007).

Tidligere var det et tydeligere skille mellom kurativ og palliativ behandling. I dag er det en mer glidende overgang fra kurativ behandling ikke lenger er aktuelt til den palliative

behandlingen. En slik overgang vil gjøre at palliasjon synliggjøres som et eget fagfelt, som er viktig for å kunne tilby pasientene behandling med god kvalitet. Palliativ behandling består blant annet av symptomforebyggende og symptomlindrende behandling.

Symptomforebyggende behandling vil si at en prøver å forebygge eller utsette symptomer som er forventet at skal komme raskt i sykdomsforløpet. Symptomlindrende behandling har som mål å lindre symptomer som gir plager for pasienten (ibid).

I følge Kaasa (2007) er effekt av behandling og forventet levetid sentralt i all planlegging av behandlingen. Derfor er det en stor utfordring å tilby behandling som en vet pasienten har best nytte av. Pasienter som har palliativ behandling kan være plaget av mange symptomer. Disse kan skyldes sykdommen selv, for eksempel dyspné på grunn av tumor i lungene, eller indirekte plager til sykdommen, som angst og depresjon (ibid).

Det stilles andre krav til en lindrende enhet i sykehjem, enn andre vanlige avdelinger i sykehjem. Noen forutsetninger for å kunne drive en slik avdeling er høyt kompetent personell, vanligvis sykepleiere med videreutdanning innen fagfeltet. I tillegg til dette trengs det mer legetjenester enn i en vanlig avdeling, og tilgang til flere tjenester fra andre yrkesgrupper som for eksempel prest, fysioterapeuter, sosionom og så videre (ibid). Det er også viktig at enheten har et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten, da spesielt palliativ enhet eller team på sykehuset. Dette kan gi sykepleierne i den lindrende enheten på sykehjemmet økt trygghet og gjør at avansert palliativ behandling er mulig utenfor sykehuset (Haugen 2007).

1.6.3 Ida Jean Orlando

Av sykepleieteoretikerne har vi valgt amerikaneren Ida Jean Orlando. Hun mener målet for sykepleien er å lindre eller fjerne fysiske og psykiske ubehag og fremme velvære i her og nå situasjoner (Kristoffersen 2008). For å fremme velvære hos pasienten, må sykepleieren møte de behovene pasienten selv ikke klarer å dekke. I denne oppgaven kan et slikt behov være å dekke trygghet.

For å kunne hjelpe pasienten med dette, må sykepleieren bruke sine kunnskaper og sanser for å forstå pasientens behov for hjelp (Orlando 1995). Sykepleieren må kartlegge hvordan situasjonen oppleves for pasienten og finne ut hvorfor pasienten føler det slik. For å oppnå god kvalitet i sykepleien, er det en forutsetning at det er god samhandling mellom sykepleier og pasient. Dette kreves for at sykepleieren skal kunne ivareta pasientens behov for sykepleie

(Kristoffersen 2011). Sykepleieren må da kunne kommunisere godt med pasienten. Siden pasientens situasjon stadig endrer seg, mener Orlando at sykepleieren må vurdere pasientens situasjon ofte. På denne måten kan en til hver tid identifisere pasientens behov for hjelp (Orlando 1995).

1.6.4 Trygghet

Begrepet trygghet er vanskelig å definere fordi hvert menneske har sin formening og sin subjektive opplevelse på hva trygghet er. En måte en kan tenke seg hva trygghet kan være, er å se på hva det motsatte av trygghet er. Det motsatte av trygghet kan være utrygghet, usikkerhet og risiko (Thoresen 2011). Innenfor sykepleie blir trygghet ofte sett på som et behov mennesker har. Den subjektive opplevelsen beskriver en relasjon til noe. Det finnes ulike dimensjoner av trygghet, for eksempel relasjonstrygghet, det å kunne stole på trygghet og kunnskap og kontrolltrygghet (Thoresen 2008).

Som tidligere nevnt er trygghet en relasjon, og relasjoner skapes i møte med andre mennesker. Vi kan derfor legge forholdene til rette for at pasienten skal kunne føle trygghet i relasjonen som oppstår mellom sykepleier og pasienten. For at pasienten skal bli trygg på sykepleieren, er det viktig at sykepleieren viser at hun er trygg på seg selv. For å være det, er det viktig med gode faglige kunnskaper (Thoresen 2008). Kristoffersen og Nordtvet (2008) skriver at sykepleieren må være til å stole på og at hun er fleksibel, noe som kan føre til at pasienten føler en trygghet. Et eksempel er at sykepleieren kommer til avtalt tid, eller at hun er lett å få tak i når det er behov for dette.

I en svensk undersøkelse av sykepleiere på en hospice avdeling, kom det frem at det å ha god tid, det å være tilgjengelig og det å bli kjent med pasienten var viktig for å kunne gi palliative pasienter en god pleie. Videre kom det frem at tålmodighet, respekt og det å tilrettelegge sykepleien var viktig slik at pasienten og pårørende kan leve som normalt (Mathisen 2008).

1.6.5 Informasjon til pasienten

Det er mange ting sykepleieren må tenke på når det kommer til å informere pasienter. Ulike pasienter har ulikt informasjonsbehov og det er flere faktorer som påvirker dette (Lorentsen og Grov 2010). Noen pasienter ønsker informasjon om alt, andre ønsker ikke noe i det hele tatt. Det er viktig at det blir tatt hensyn til pasientens ønske og behov (Reitan 2004). I noen tilfeller kan også pasienter med lungekreft benekte sin sykdom eller føle stor skam og skyldfølelse over å ha fått sykdommen. Dette kan være med på å gjøre pasienten mindre

mottakelig for informasjon og veiledning (Almås 2010).

Mange pasienter kommer og etterspør informasjon, men i noen tilfeller kan det være at pasienten ikke klarer å direkte uttrykke sitt behov for informasjon. Ved at sykepleieren spør om hvordan han har det, kan pasienten fortelle om sin egen situasjon med sine egne ord og hvordan han oppfatter sin situasjon. På denne måten kan sykepleieren avdekke hvilke behov for informasjon pasienten har (Eide og Eide 2007, Orlando 1995). Hvilken måte en velger å informere pasienten på kan ha noe å si for hvordan pasienten mottar informasjonen. Det er viktig at sykepleieren ikke ødelegger pasientens håp, men samtidig er realistisk. Hva pasienten håper på forandrer seg gjennom sykdomsforløpet (Reitan 2004).

1.6.6 Dyspné

Dyspné er beskrevet som et av de mest ubehagelige symptomene hos pasienter med kreftdiagnoser (Lorentsen og Grov 2010). En definisjon på tungpust er "Tungpust er en ubehagelig bevissthet om respirasjon" (Fürst og Starlander 2007, s. 509). Hos pasienter med lungekreft oppstår dyspné som regel på grunn av at tumorens plassering i lungene, atelektase, store mengder ekspektorat eller økende pleuravæske. Når pasienten er plaget av dyspné er det viktig å ha et godt tverrfaglig samarbeid med lege og fysioterapeut (Davidsen 2004).

Opplevelsen av å ikke få puste nok, er en ubehagelig opplevelse og kan påvirke pasientens psykiske tilstand. De som er plaget av alvorlig dyspné vil naturlig kjenne en sterk angst for å dø (Davidsen 2004). For å redusere pasientens angst, kan sykepleieren gi god informasjon om hva pasienten selv kan gjøre for å redusere dyspné. Informasjon om ulike behandlingsmetoder som kan igangsettes ved behov, kan også være beroligende for pasienten (Mathisen 2008).

Når pasienten har dyspné og er urolig på grunn av dette, bør sykepleieren være sammen med pasienten og sørge for at pasienten har frisk og god luft i rommet. Det er viktig at de som befinner seg i rommet holder seg rolig (Almås 2010). Pasienten bør ligge med halvhøyt ryggleie og hevede armer, slik at han får utnyttet lungekapasiteten på best mulig måte. Om det er noe som strammer over brystkassen, for eksempel en tung dyne, bør dette fjernes (Davidsen 2004).

Om pasienten puster ukontrollert, kan sykepleieren prøve å dirigere pusten ved å fortelle pasienten hvordan han skal puste. Det er viktig at pasienten får nok tid både til innpust og

utpust. Sykepleieren bør snakke med en behagelig og rolig stemme, slik at hennes ro kan overføres til pasienten.

Ekspektorat er et symptom som er vanlig og plagsomt hos pasienter med lungekreft. Hvis pasienten ikke blir kvitt slim i lungene, kan dette være med på å forverre dyspneen (Almås 2010). Mange kan ha god nytte av fysisk aktivitet for å få sekretet til å løsne, slik at en kan få det ut. Hos pasienter som har overskudd til å drive med fysisk aktivitet, er dette anbefalt. Mange kan og ha god nytte av å gå til fysioterapeut (Davidsen 2004). Å tilby pasienten mye drikke, for eksempel vann, er også et godt tiltak for å løse opp slimet i lungene (Almås 2010).

1.6.7 Angst

Angst i forbindelse med alvorlig somatisk sykdom kan ses på som en grunnstemning i menneskets liv. Denne stemningen påvirkes situasjoner i livet, som en ikke selv har kontroll over. Angst forverres når en vet at døden raskt nærmer seg og en ikke kan gjøre noe med dette (Mathisen 2008). Respirasjon er noe som vi vanligvis ikke tenker så mye på, men når det blir et problem med den, snur det fort til å bli det eneste vi tenker på. Det er ikke unormalt å oppleve angst i forbindelse med respiratoriske problemer, da det er vanlig å oppleve kvelingsfølelser og en blir engstelig for å dø. Om pasienten er eller ikke er i livsfare er ikke viktig, da situasjonen er reell og skremmende for pasienten. Angst og pustebesvær henger sammen. Det er like viktig å behandle angsten, som pustebesværet i seg selv, da dette ofte forsterker hverandre. Angst hos pasienten på grunn av dyspné kan vise seg som blant annet frustrasjon og sinne. Pasientene føler seg ofte sårbare i perioder med dyspné, fordi de føler de har lite kontroll over situasjonen. Det er viktig å snakke med pasienten om angsten og hva han er redd for. Det er videre viktig med god opplæring til både pasienten og pårørende om sykdommen og behandlingen. Med å hjelpe pasienten til å forstå hva som skaper angst, kan en bidra til at angsten blir til frykt. Frykt er ofte lettere å håndtere enn angst (Almås 2010).

Lungekreft er en sykdom som har en dårlig prognose (Brunsvig 2004). Det at pasienter føler angst i forbindelse med at livet nærmer seg slutten er ikke uvanlig. Hvis angsten og redselen er knyttet til praktiske forhold rundt sykdommen, må sykepleieren gjøre noe med dette for å bedre situasjonen for pasienten. Hvis pasienten lærer seg angstmestring og avslappingsteknikker, kan dette gi økt opplevelse av livskvalitet (Mathisen 2008).

For å hjelpe pasienten med å håndtere sin angst, er det viktig at sykepleieren forteller at det er naturlig å ha angst når en føler åndenød, eller når en er alvorlig syk. En kan gjøre pasienten i stand til å iverksette behandling selv, ved å være med på å gi pasienten kontroll over sin egen situasjon. For noen pasienter vil dette gi en følelse av trygghet (Almås 2010).

1.6.8 Relasjon og kommunikasjon

Relasjonen mellom sykepleier og pasient, blir i palliativ omsorg beskrevet som en tillitsrelasjon av pasienter. Det å få god kontakt mellom pasienten og sykepleieren er av stor betydning for at pasienten skal oppleve livskvalitet og helse. Flere pasientstudier har vist at pasientene må møtes med respekt, empati og mot av sykepleieren for å kunne opprette en god relasjon. Det er også viktig at sykepleieren har gode kommunikasjonsferdigheter (Lorentsen og Grov 2010).

Det ses på som kvalitetssikring når sykepleieren har gode kommunikasjonsferdigheter. Noen grunner til dette er at sykepleieren på den måten kan forstå pasienten som person og også forstå relasjonen dem imellom. Det kan gjennom god relasjon og kommunikasjon bli lettere for pasienten å ta gode valg i samarbeid med sykepleieren, for eksempel i forhold til den palliative behandlingen (Eide og Eide 2007). For å ha god kommunikasjon med pasienten er det nødvendig å kunne lytte til pasienten og observere signalene pasienten har, både verbalt og nonverbalt. Informasjon må gis på en forståelig og klar måte. Sykepleieren må tåle å være åpen for vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål pasienten kan komme med (ibid).

1.6.10 Livskvalitet

Livskvalitet er et sentralt begrep innenfor palliasjon. Til tross for sin sykdom oppgir mange kreftpasienter at de har god livskvalitet (Lorentsen og Grov 2010). Det finnes mange ulike definisjoner på hva livskvalitet er, da begrepet tolkes på ulike måter. Det de fleste er enige om, er at livskvalitet er subjektivt og et flerdimensjonalt begrep som rommer både fysiske, psykiske og sosiale aspekter ved livet (Rustøn 2004). På bakgrunn av dette har vi valgt ut to definisjoner som vi synes beskriver godt hva livskvalitet er.

Psykologen Siri Næss har jobbet med begrepet livskvalitet både teoretisk og empirisk. Hun beskriver livskvalitet slik:

Livskvalitet knyttes av Næss til enkeltmenneskers *indre opplevelser* og betegnes som

psykisk velvære. Livskvalitet forstått som psykisk velvære omfatter *menneskets subjektive opplevelse av ulike sider ved livssituasjonen*, Livskvalitet er å ha det godt. Å ha det godt er å ha gode følelser og positive vurderinger av sitt eget liv.

(Kristoffersen 2008, s. 48)

Sosial og helsedepartementet (1999) beskriver også begrepet livskvalitet. De legger vekt på at begrepet livskvalitet må betraktes som en subjektiv opplevelse, noe som gjør at en ikke kan observere livskvalitet.

I det meste av sosialvitenskapen – der livskvalitetsforskningen startet – har en definert livskvalitet som et overordnet begrep. Det er definert som en persons egenopplevelse av positive og negative sider ved livet i sin alminnelighet. Det kan ses på som en syntese av positive og negative opplevelser, ubehag, glede og nedstemthet, og av vonde og gode følelser.

(NOU:2 Sosial og helsedepartementet 1999)

For at pasienten skal kunne oppnå best mulig livskvalitet, er det viktig at han får veiledning på det han kan klare selv, og at en fokuserer litt mindre på det pasienten ikke vil klare. Det er også viktig å snakke åpent med pasienten om hva som betyr mest i hans liv, og jobbe mot at dette skal bevares for å øke livskvaliteten (Almås 2010).

1.7 SYKEPLEIEFAGLIG RELEVANS

Det å utøve sykepleie til pasienter som skal dø, er en krevende oppgave. Til disse pasientene er det viktig å gi en helhetlig og god sykepleie. Det finnes ulike behov pasientene trenger hjelp til for å få dekket, dette kan være åndelige, følelsesmessige, fysiske, praktiske og sosiale behov(Mathisen 2008).

Respiratoriske sykdommer som lungekreft, kan ofte medføre plager og symptomer som går utover pasientens livskvalitet. Dette gjør pasienter med lungekreft til en sykepleiefaglig utfordring (Almås 2010). Hvert år øker antall nye tilfeller av kreft, samtidig som befolkningen blir eldre. Dette vil føre at det blir stilt større krav til sykepleiertjenesten i fremtiden (Lorentsen og Grov 2010).

I følge Bjørø og Kirkevold (2008) er det flere grunnleggende kjennetegn på god kvalitet i sykepleie. Et av de første kjennetegnene er tilgjengelighet. Det at sykepleieren er lett å få tak i er en sikkerhet for pasientene. Videre er det viktig å være lydhør ovenfor pasienten. Når

pasienten gir uttrykk for udekkede behov, som for eksempel når pasienten har dyspné, må sykepleieren ta dette på alvor. Det er viktig å huske på at det er pasienten som opplever ubehaget, og det er derfor reelt for pasienten (ibid).

Bjæro og Kirkevold (2008) skriver videre at god sykepleie preges av faglighet. Orlando er enig i dette med at sykepleieren skal bruke sine kunnskaper og sanser til å oppdage pasientens udekkede behov. Kristoffersen (2008) deler sykepleie inn i fire rammer: helsefremmende og forebyggende funksjon, lindrende funksjon, behandlende funksjon og rehabiliterende funksjon. De beskriver den lindrende sykepleien som sykepleie med mål om å begrense omfanget av ulike typer belastninger pasienten har. Dette kan påvirke pasienten på ulike måter, blant annet med angst, smerter, ubehag og vonde opplevelser.

2.0 METODE

2.1 SØK/FREMGANGSMÅTE

Da hensikten med oppgaven var avklart, begynte vi å se på pensumlitteraturen vår med tanke på å finne godt bakgrunnsstoff. Da denne litteraturen var funnet, jobbet vi videre med å finne stoff via biblioteket på skolen og i byen. For å finne litteratur på spesielle fagfelt i forhold til problemstillingen, benyttet vi oss av litteratursøk via skolebiblioteket sine hjemmesider.

Vi har også benyttet oss av litteratur som vi har funnet gjennom arbeidsplassene våre.

Veileder har også vært behjelpelig med å finne god litteratur til oppgaven. Da vi søkte i databaser, så vi på hvilke søkeord andre artikler vi fant brukte. Vi undersøkte også om deres referanser kunne være forskning vi kunne bruke.

2.1.1 Litteraturstudie

I følge Forsberg og Wengtrøm (2008) er litteraturstudium definert som å systematisk søke, kritisk granske og sammenfatte litteratur innenfor valgt emne eller problemområde. I et litteraturstudie har en et problemområde en skal utforske gjennom å analysere aktuell litteratur, samt gjøre en kritisk vurdering. Fordelen med et litteraturstudie er at det finnes flere studier som har satt seg inn i emnet og gjort forskning på det vi skriver om og vi kan sette disse opp mot hverandre for å se om de forteller oss det samme.

2.1.2 Ord og kombinasjoner

Når en søker i databaser, er det viktig med gode og relevante søkeord. Søkeordene har vi funnet via pensumlitteraturen og igjen oversatt disse til engelsk. Å søke i databaser kan være krevende, da fremgangsmetodene i de ulike databasene er litt forskjellig. Vi valgte derfor å søke i databasene Academic Search Elite og Cinahl, da dette er kjente databaser som vi har brukt til å finne forskning til tidligere oppgaver. En av de sterke sidene til databasen Cinahl er at den har mye sykepleievitenskaplig forskning. Academic Search Elite er positivt å bruke fordi det er en fulltekstdatabase. Dette gjør at vi raskere kan åpne artikler, uten å måtte gå inn i selve tidsskriftet for å finne den.

Valg av søkeord har stor betydning for resultater i søkene av artikler. For å finne artikler om palliativ sykepleie, valgte vi å søke palliative care og palliative treatment. På norsk blir dette direkte oversatt med palliativ pleie og palliativ behandling. Begge disse begrepene kan en koble til sykepleie. Ordet nursing ble brukt, da dette direkte oversettes med sykepleie. Dette

ordet ble brukt i kombinasjon med palliative care og treatment. Lung cancer og cancer ble brukt, da disse ordene er sentrale i forhold til at temaet vårt er lungekreft.

Istedenfor dyspné, brukte vi ordet breathlessness. Årsaken til dette er at vi ikke fant noen artikler om dyspné som kunne lenkes til problemformuleringen vår. Ordet breathlessness kan direkte oversettes til tungpustet og åndenød, noe som er aktuelt for pasienter med lungekreft. Vi koblet ordet breathlessness med physiotherapy, da vi ikke har fokus på medisinske tiltak i forhold til pustebesvær som også er knyttet til angst.

Fordi vi vet at kommunikasjon har mye å si i møte med pasienter som er alvorlig syke, søkte vi på ordet communication og satte dette søkeordet sammen med end of life. Dette gjorde vi for å finne en artikkel som fortalte oss om hvordan kommunikasjon bør utføres til pasienter i palliativ fase.

Vi søkte på Rustøen, da det var referert til en annen studie denne forskeren har utført, i en av pensumbøkene våre. Vi søkte på denne forskeren for å finne et norsk studie vi kunne inkludere i oppgaven.

Ved å bruke "and" kunne vi kombinere ordene slik at vi fikk færre treff som var relevant for hensikten av oppgaven. I tillegg til dette, benyttet vi oss av å søke med "or" for å åpne for flere treff. Kombinerte en disse erfarte vi at en kunne få gode treff.

2.2 INKLUSJONSKRITERIER OG EKSKLUSJONSKRITERIER

Forskning utvikler seg mye på kort tid, derfor har et inklusjonskriterie vært at artikkelen har vært utgitt innen de siste ti årene. Siden vi håper at oppgaven skal være med på å gjøre sykepleiere faglig oppdaterte, trenger vi også et innhold i oppgaven som er oppdatert i forhold til forskning. For å forsikre oss om at artiklene vi har brukt er fagfelleurdert, har vi haket av "peer reviewed" under søkingen.

Siden kulturer i ulike deler av verden er forskjellig, har vi valgt forskning som er utført i vestlige verden som inkluderer nord Amerika og vest Europa. Dette har vi valgt for å finne forskning som er utført i helsevesener som vi tror er mest mulig likt som det helsevesenet vi har i Norge i dag.

2.2.1 Etisk godkjenning.

Et av inklusjonskriteriene vi har valgt ut er at forskningen vi bruker skal være etisk godkjent av en etisk komité. Dette er viktig for at studien skal være etisk forsvarlig å utføre på pasienter. Det at den skal godkjennes av en etisk komité vil si at det er en komité med skolert spisskompetanse i etikk som har vurdert studien (Forsberg 2003). En av studiene som er brukt i denne oppgaven har ikke etisk godkjenning. Årsaken til dette er at studien er utført anonymt på ansatte. Når studier er utført på ansatte og er anonymt, er det ikke krav om at studien skal etisk godkjennes (Rustøen 2003).

2.3 ARTIKKELMATRISE

Referanse	Hensikt, problemstilling, og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat Diskusjon	Kommentarer/ Relevans
An exploration of the concerns of patients with inoperable lung cancer Dale, Moira J., Bridget Johnston International Journal of Palliative Nursing 2011, vol 17, no 6	Hensiktet er å utforske hvilke bekymringer pasienter med inoperabel lungekreft har og tolke disse bekymringene, og informere spesialsykepleiere i palliativ praksis om disse bekymringene.	Semistrukturerte intervjuer 6 pasienter Kvalitativ	Viktig å etablere god kontakt med pasienten tidlig i sykdomsforløpet. Viktig for pasienten å kunne stole på helsepersonell. Viktig å formidle informasjon slik at pasienten forstår den. Viktig å være tilgjengelig for pasienten. Helsepersonell i palliativ pleie bør få mer trening på kommunikasjonsferdigheter	Det er få pasienter, noe som gir dybde. Noe fokus ligger på tillit gjennom å skape god kommunikasjon med helsepersonell og pasient. Tar for seg pasientens syn på tanker og opplevelser og sine erfaringer i møte med helsepersonell Relevant for å fremme trygghet hos pasienten.
What areas of cancer care	Hensikten er å beskrive	Spørreskjema	Sykepleierne opplevde pasientens	Norsk studie på

<p>do Norwegian nurses experience as problems?</p> <p>Rustøen, Tone, Tore K. Schjølberg og Astrid K Wahl</p> <p>Blackwell Publishing Ltd. 2003, Journal of Advanced Nursing, 41(4), 342-350</p>	<p>problemer hos pasienter, som sykepleiere i kreftomsorgen møter i sin hverdag og bruke denne informasjonen til å forbedre kvaliteten i sykepleie.</p>	<p>½ av faggruppa til kreftsykepleiere i NSF (Norsk sykepleierforbund) ble spurt om å delta, 43% valgte å delta.</p> <p>80 forskjellige områder som er relevant for kreftsykepleie ble vurdert for å finne hvilke område sykepleierne opplevde som problematiske i klinisk praksis.</p> <p>kvantitativ</p>	<p>angst som det største problemet i sin kliniske praksis.</p> <p>Av de ti største problemområdene, var flertallet psykologiske problemer.</p> <p>Det er forskjell på hva sykepleierne vurderer som problemområder med tanke på innstilling til arbeidet, antall år i praksis og utdanningsnivå.</p>	<p>kreftsykepleiere</p> <p>Tar for seg sykepleierens perspektiv fremfor pasienten sitt perspektiv</p> <p>Tar for seg angst som problemområde hos pasienter med avansert kreft.</p> <p>Støttegrupper ledet av en sykepleier har vist seg å ha god effekt på angstpasienter</p>
<p>An evaluation of a physiotherapy led non-pharmacological breathlessness programme for patients with intrathoracic malignancy</p> <p>Connors, Sonia, Shelia Graham og Tim Peel</p> <p>Palliative Medicine 2007 21: 285-287</p>	<p>Evaluerer et ikke-medisinsk program for pustebesvær hos pasienter med malignitet i thorax utført av fysioterapeut.</p>	<p>169 pasienter med pustebesvær fikk spørreskjema</p> <p>Kvantitativ</p> <p>CRQ scores (Chronic respiratory disease questionnaire)</p> <p>VAS (Visual analogue score)</p>	<p>14 pasienter fullførte, disse rapporterte bedring i noen målte parametere.</p> <p>Pasientene som fullførte hadde dyspné som ikke var forårsaket av kreften i seg selv.</p> <p>Studien konkluderte med at noen pasienter kunne ha god effekt, mens de mer dårligere pasienten trenger individuell og mer fleksibel behandling.</p>	<p>Tar for seg et ikke-medisinsk program for pasienter med malignitet i thorax.</p> <p>Pasientene har pustebesvær som problem</p> <p>Ulike tiltak/teknikker som pusteteknikk, spare på energi og mestring angst-symptomer</p> <p>Målsetninger i pasientens hverdag og livsstilsendringer.</p>

<p>Patient preceptions of helpful communication in the context of advanced cancer</p> <p>Stajduhar, Kelli I. Sally E. Thorne, Liza McGuinness og Charmaine Kim-Sing</p> <p>2010 Blackwell Publishing Ltd. Journal of Clinical Nursing, 19, 2039 - 2047</p>	<p>Hensikten er å finne ut hva pasienter med fremskreden kreft vurderer som ikke nyttig i sin kommunikasjon med helsepersonell.</p> <p>Problemformulering: Hva identifiserer pasienter med avansert kreft som nyttig i sin kommunikasjon med helsepersonellet?</p>	<p>Sekundæranalyse av kvalitative data</p> <p>34 pasienter ble intervjuet: 18 individuelle intervjuer 16 gruppedeltakerintervjuer</p>	<p>Viktig å ta seg god tid til pasientene og vise dette med kroppsspråket.</p> <p>Empati og fysisk kontakt ble sett på som et tegn på god omsorg.</p> <p>Viktig å gi rom for å snakke om angst.</p>	<p>Forteller hvor viktig det er med god kommunikasjon med pasienter med alvorlige kreftdiagnoser</p> <p>Viktig at sykepleier tenker over non verbalt og verbalt språk.</p> <p>Forteller hva pasientene synes er viktig med tanke på kommunikasjon</p>
<p>Patient evaluation of end-of-life care</p> <p>De Vogel-Voogt, Elsbeth, Agnes van der Heide, Anna F. van Leeuwen, Adriaan P Visser, Carin CD van der Rijt og Paul J van der Maas</p> <p>Palliative Medicine 2007; 21: 243-248</p>	<p>Hensikten med denne artikkelen er å kartlegge hva pasienter med kreft i Nederland savner i sin palliative omsorg.</p>	<p>128 pasienter svarte</p> <p>Spørreskjema + intervju</p>	<p>Få personer har oppgitt at de savner mer psykososial støtte/omsorg, men flere oppga at de ville ha mer omsorg fra sykepleiere og medisinerere.</p> <p>Pasientene var bekymret for å ikke få akutthjelp når de trenger det. 31% av pasienten syns kommunikasjonen kunne vært bedre.</p> <p>Måten en gir informasjon på kunne bli bedre.</p> <p>Helsepersonell kunne bli flinkere på å</p>	<p>Artikkelen støtter og motsier annen forskning vi har funnet.</p> <p>Det kommer frem hva helsepersonell kan bli flinkere på i forhold til kommunikasjon med kreftsyke pasienter som er i palliativ fase.</p>

			respekttere pasientene og ha mer medfølelse med dem.	
<p>Breathlessness clinics within specialist palliative care setting can improve the quality of life and functional capacity of patients with lung cancer.</p> <p>Hately, Juliet, Virginia Laurence, Ann Scott, Roger Baker og Peter Thomas.</p> <p>Palliative Medicine 2003; 17: 410-417</p>	<p>Hensikten med artikkelen er å bevise at ikke medisinske teknikker kan være med på å styre åndenødproblematikk hos pasienter med lunge kreft</p>	<p>Dataene er hentet inn av de 30 pasientene som fullførte studiet.</p> <p>3 møter på opptil 90 min</p> <p>Kvalitativ og kvantitativ</p> <p>RSQ (respiratory symptoms questionnaire)</p> <p>DS (Dyspnea scale)</p> <p>VAS</p> <p>Functional capacity scale</p> <p>Sputum production scale</p> <p>Rotterdam symptom checklist</p> <p>Quality of life questionnaire</p>	<p>19 pasienter hadde bedring, ni pasienter hadde ingen forandring og to pasienter ble dårligere på skalaen som målte frekvens på respiratoriske symptomer.</p> <p>På utholdenhetstesten var det 21 pasienter som hadde bedring, sju var uforandret og to hadde dårligere resultat når studiet var over.</p> <p>18 pasienter har bedring, åtte pasienter ble verre og fire hadde ingen endring på resultatet av psykologiske lidelser</p> <p>Ingen endringer ble påvist i slimproduksjonen.</p> <p>På undersøkelsene som viste grad av dyspné, var det bedringer på alle tre parameterne.</p> <p>Alle teknikker var til hjelp for pasientene, utenom bronkodilaterende legemidler, massasje og det å gi opp.</p>	<p>Tar for seg ikke-medisinsk behandling av pasienter med lungekreft.</p> <p>Øvelser av fysioterapeut som sykepleiere kan lære seg å utføre på/med pasienter, med opplæring.</p> <p>Oppnådd gode resultater i pasientenes dyspné - problematikk</p>

2.4 KILDEKRITIKK

2.4.1 An exploration of the concerns of patients with inoperabel lung cancer

Studien i denne artikkelen er en kvalitativ studie som kun er utført på seks pasienter på et lite geografisk område i Skottland. Det at det er få pasienter kan på den ene siden gi god dybde da forskerne får bedre tid på hvert enkelt intervju. På den andre siden kan ikke denne lille gruppen pasienter presentere et stort mangfold. Den kan likevel gi en indikasjon på hvordan pasienter kan ha det i en palliativ fase. Et lite geografisk område kan være negativt fordi studiet kan være påvirket av den lokale kulturen, i motsetning til hvis pasientene hadde vært valgt ut fra et større område.

De deltakerne som ble valgt ut, hadde vært hos en kreftsykepleier som var spesialist i lungekreft før de ble inkludert i studien. De måtte være fysisk og psykisk friske nok til å kunne delta. Et annet kriterium var at deltakerne måtte kunne lese og skrive på engelsk. På grunn av kort prognose fikk ikke alle pasientene fullført studiet, som kan påvirke utfallet slik at noen pasienter får uttale seg mer enn de pasientene som gikk bort. En bør likevel forvente at frafall i et studie som er utført på pasienter, som har en diagnose med så dårlig prognose som lungekreft kan skje. Selv om ikke alle pasientene fikk fullført studiet, er likevel de intervjuene de klarte å fullføre tatt med.

Det er spesialsykepleiere og ikke forskerne selv som har valgt ut intervjuobjektene. Dette er positivt med tanke på at de ikke har funnet objekter som vil gi de svarene de forventer i et intervju. Studien ble utført med semistrukturerte intervjuer, som betyr at intervjueren har et oppsett som han nødvendigvis ikke følger slavisk. Dette gir et mer åpent intervju hvor det gis rom for digresjoner og respondenten får mulighet til å utbrodere svarene sine (Langdridge 2006). Ved bruk av semistrukturerte intervjuer kommer det frem pasientenes egne meninger og de får sagt noe om hva som er viktig for den enkelte.

2.4.2 What areas of cancer care do Norwegian nurses experience as problems?

Studien er utført på norske kreftsykepleiere fra norsk sykepleierforbunds faggruppe for kreftsykepleie. De valgte ut halvparten av medlemmene i denne gruppen, og det ble bestemt at hvert andre medlem skulle få spørreskjemaet. Dette utgjorde 464 kreftsykepleiere. Av disse var det 199 (43%) som valgte å svare på spørreskjemaet. På grunnlag av at ikke alle har svart kan det ha påvirket resultatet fordi ikke alle deltakernes svar kommer frem i resultatet. Det at 199 har svart indikerer likevel på at resultatet er troverdig.

Spørreskjemaet som ble brukt hadde fire ulike svaralternativ på hvert område som skulle vurderes. Disse var: ikke noe problem (0), noen ganger et problem (1), ofte et problem (2) og alltid et problem (3). En negativ side ved dette er at deltakerne ikke får sagt noe om hvorfor det er eller ikke er et problem. På slutten av spørreskjemaet skulle deltakerne rangere de fem problemområdene de så på som viktigst fra 1-5. En positiv side ved denne metoden er at en kan sammenligne hva de ulike deltakerne har valgt ut som de vanskeligste områdene. Hvis mange velger de samme områdene, kan resultatet ses på som troverdig.

Det at studien er publisert i 2003 kan være negativt, da dette er flere år siden og forskning går fort fremover. På den andre siden har ikke vi lyktes i å finne nyere studier innenfor dette feltet i Norge i dag.

2.4.3 An evaluation of a physiotherapy led non-pharmalogical breathlessness programme for patients with intrathoracic malignancy

I utgangspunktet skulle studiet utføres på 169 pasienter. Av flere forskjellige grunner var det kun 14 pasienter som fullførte alle fire ukene. Siden det er få som har gjennomført hele programmet, er det en mulighet for at resultatet er tilfeldig. Dette gjør at studien ikke kan gjelde for alle, men den gir en indikasjon på noen tiltak som kan fungere for noen pasienter med lungekreft. Samtidig indikerer studien at det ikke passer for alle, på grunnlag av at så mange pasienter ikke fullførte.

Gjennom artikkelen henviser de blant annet til hvor vi skal finne tabeller med opplysninger om målinger av parametere i forhold til åndenød, hva slags diagnoser pasientene har og hvor mange som har hver diagnose. Det er også tabeller som forteller hvorfor pasienter ikke klarte å fullføre, blant annet dødsfall. Det er med flere tabeller som gjør at en får en god oversikt over hvordan studiet er gjennomført, men forfatterne kunne fortalt mer om de ulike øvelsene pasientene var igjennom i løpet av programmet.

2.4.4. Patients perceptions of helpful communication in context of advanced cancer

Forskerne har brukt sekundæranalyse av kvalitative intervjudata som metode. Det vil si at de har brukt data som er innhentet tidligere og analysert disse på nytt med et annet fokus.

Dataene er innhentet fra 18 pasienter som er intervjuet individuelt og 16 gruppedeltakere. Til sammen var det 34 pasienter med avansert kreft som deltok. Disse ble plukket ut av de 200

pasientene som var med i det originale studiet. Dette kan være negativt fordi forskere kan ha plukket ut de som passet til formålet i det nye studiet og dermed påvirke resultatet. På den andre siden gir få pasienter bedre mulighet for fordypning i å tolke intervjuene.

I første omgang ble dataene samlet inn i forbindelse med et program for å finne ut noe om sykepleier- pasient relasjonen med fokus på kommunikasjon, mens i denne artikkelen har de fokusert på hva som er hjelpsomt for pasientene i kommunikasjonen til helsepersonell.

2.4.5 Patients evaluation of end-of-life care

I dette studiet var det 200 pasienter som fikk spørreskjemaet og 128 av disse besvarte dette. I utgangspunktet var spørreskjemaet sendt ut hver tredje måned, men forfatterne har valgt å kun bruke spørreskjemaene fra hver sjette måned. Noen kreftdiagnoser har en dårlig prognose, derfor kan det være en ulempe å ikke ha brukt alle spørreskjemaene. I løpet av studiet døde 100 pasienter. Hadde forskerne brukt alle spørreskjemaene hadde kanskje datasamlingen vært mer troverdig.

For å få være deltaker i dette studiet måtte pasientene også samtykke skriftlig. Hvis en pasient skriver under et slikt samtykke, kan det indikere på at han er motivert til å delta og vil svare ærlig på spørreskjemaene. Pasientene har også blitt intervjuet hjemme. Personlige intervjuer kan bidra til å gi inntrykk på hvordan pasientene har det. Det gir også mulighet for pasienten å utdype svarene sine, fremfor et spørreskjema med svaralternativer.

2.4.6 Breathlessness clinics within specialist palliative care settings can improve the quality of life and functional capacity of patients with lung cancer

Studien er utført på 30 pasienter på en klinikk for pasienter med lungekreft. I utgangspunktet var det 68 pasienter med i studien, men de har valgt å ikke inkludere de som ikke fullførte hele. Datasamlingen er utført på tre møter over en periode på fire til seks uker. Hvert møte varte opp til 90 minutter. På hvert møte ble det utfyllt flere ulike skjemaer og skalaer. Dette gjør at forskerne får en god oversikt over pasientenes dyspné og hvordan disse utvikler seg. Fysioterapeuten noterte seg pasientenes kommentarer og dette ble tatt med i analysen. Det kan være positivt da disse kan være med på å gi litt mer utfyllende svar til de ulike skjemaene og skalaene. På den andre siden kan det hende at fysioterapeuten tolker kommentarene til pasientene på sin egen måte og får utslag for resultatet.

3.0 RESULTAT

3.1 ANGST OG BEKYMRINGER

Det kommer frem i studien til Rustøen (2003) at samtalegrupper hvor pasienter kan samles for å snakke om sin diagnose eller situasjon, har god effekt for å dempe angst. Disse gruppene er ledet av en sykepleier. Dette er også med å øke pasientens følelse av livskvalitet. Hvis angsten vedvarer vil dette i stor grad påvirke pasientens livskvalitet.

I forskningen til Stajduhar (2010) mener pasientene at det er viktig at sykepleieren tar seg tid til å snakke med dem om deres bekymringer. De fleste pasientene uttrykket at empati og noe fysisk kontakt som å sette seg ned på sengekanten eller å holde hånden, ble satt pris på, spesielt i perioder hvor pasienten hadde opplevelse av angst .

Et studie som sier noe annet enn Rustøen sin studie er Vogel-Voogt (2007), som viser at pasientene hovedsakelig har behov for økt omsorg, men at få pasienter rapporterte at de hadde behov for psykososial støtte. Det står videre at det er en mulighet for at ikke alle pasientene som trenger slik støtte har fått tilbudet.

Pasientene i studien til Dale og Johnston (2011) har lite fokus på døden til tross for den dårlige prognosen. De hadde heller fokus på å leve selvstendig så lenge dette var mulig. Dette er en motsetning til Stajduhar (2010) som forteller at pasienter frykter døden.

Pasienter er også opptatt av hvordan frykt arter seg. Noen pasienter assosierer frykt med sin diagnose og føler at det hjelper når de får lov til å legge frem sine bekymringer, men at det er viktig å møte pasienten der han er. For noen er det nyttig å skjule frykten sin inn i humor og godt humør, men at helsepersonell må vurdere hver enkelt situasjon og være forsiktig med å bruke humor da dette ikke alltid passer seg (Stajduhar 2010). I studiet til Vogel-Voogt (2007) nevnte pasienter ofte at de var bekymret for å ikke få akutt hjelp når det var nødvendig. Det kom også frem at de var bekymret i forhold til koordinasjon mellom ulike helsetjenester.

3.2 INFORMASJON OG KOMMUNIKASJON

Det kommer frem i Dale og Johnston (2011) at pasientene trenger informasjon på et forståelig språk, uten vanskelige fagbegreper. Når sykepleieren skal gi informasjon til pasienten er det viktig at hun er ærlig, samtidig som hun ikke tar fra pasienten håpet. Det er også viktig å

tenke over tidspunktet informasjon blir gitt på (Stajduhar 2010). Pasientene i det samme studie ønsker at sykepleieren viser at de tar seg tid til dem med sitt kroppsspråk og pasientene mener de viser dette ved å sette seg ned, bruke direkte øyekontakt og utføre aktiv lytting. Sykepleierne må heller ikke vise på noen måte at de har det travelt, med sitt kroppsspråk og væremåte (ibid).

I studien til Vogel-Voogt (2007) nevnte 31% av pasientene at det var mangel på kommunikasjonsferdigheter blant sykepleiere og de mener derfor flere aspekter ved kommunikasjon kan forbedres. Noe av det som kan forbedres er måten informasjon blir gitt på og mer medfølelse og respekt for pasientene.

3.3 IKKE MEDISINSKE TILTAK

Studien til Connors (2007) viser noe forbedring i pustebesværet hos de 14 av 169 pasientene som fullførte programmet. Studien konkluderer med at et ikke medisinsk program kan være nyttig for noen pasienter, men de dårligste pasientene vil ha mer nytte av et individuelt og fleksibel behandling ut i fra deres situasjon.

Pasientene som fullførte dette programmet hadde en diagnose som ikke var veldig aggressiv og forfatterne skriver derfor at pustebesværet deres kan komme av andre årsaker enn kreften i seg selv. Pasientene som ikke klarte å fullføre hadde kort overlevelsestid. Flere av dem døde under den tidsperioden programmet ble utført i (ibid).

Hately (2003) sitt studie viser at alle deltakere har bedring i sin problematikk med pustebesvær, med unntak av målingene på slimproduksjon. Alle teknikker som ble benyttet har vist bedring hos pasientene, med unntak av massasje, bronkodilaterende legemidler og det å gi opp. Noen pasienter hadde positiv effekt på sine psykologiske lidelser etter programmet ble gjennomført.

3.4 KOMMUNIKASJONSFERDIGHETER

Spesialsykepleiere i kreftomsorgen må få undervisning og trening i avanserte kommunikasjonsferdigheter (Dale og Johnston 2011). I følge norske kreftsykepleiere er angst et av de problemene de ser på som mest problematisk i møte med pasienter med kreft i sin kliniske praksis. Samme undersøkelse viste at av de ti største problemområdene til pasienter som kreftsykepleierne møtte, var de fleste av dem psykologiske, og at det er stor sammenheng mellom disse problemene (Rustøen 2003). Sykepleiere med lite praktisk erfaring viser seg å

ha større problemer med å møte pasienter med angst enn sykepleiere med lengre praktisk erfaring. Innstilling til arbeidet og utdanningsnivå påvirker hva sykepleierne ser som problem hos pasientene (ibid).

Pasienter forventer at sykepleiere som jobber med pasienter med kreft bør være komfortable og har empati rundt problemstillinger som pasienter har i forhold til sin livstruende sykdom (Stajduhar 2010).

3.5 TILLIT TIL HELSEPERSONELL

I Dale og Johnston (2011) sine studier kommer det frem at pasientene synes det er viktig at de kan stole på de som yter helsehjelpen. Tilgjengeligheten spiller en viktig rolle for at pasientene skal etablere tillit til sykepleierne. Det at pasientene vet hvordan de kan få tak i helsepersonell og at helsepersonellet kan respondere på kort tid, bidrar til økt trygghet og tillitt hos pasientene.

Ved første møte er det viktig å ta seg god tid til pasienten. Det er under dette møtet pasienten danner seg et førsteinntrykk av sykepleierne. Pasienter som har opplevd at sykepleierne ikke har hatt tid til dem, føler seg avvist (Stajduhar 2010).

4.0 DISKUSJON

4.1 ANGST OG BEKYMRINGER

Angst forekommer sjeldent alene og må derfor ses sammen med andre symptomer og lidelser pasienten har (Rustøen 2003). Hos pasienter med lungekreft er dyspné et hyppig problem. Dette er ofte forbundet med angst fordi pasientene vet at ved progresjon i sykdommen vil pustebevisværet øke, og de kan være redde for å bli kvalt (Davidsen 2004). I seg selv er det å ikke få puste en opplevelse som kan virke skremmende på de fleste. Denne skremmende opplevelsen forsterker ofte angsten ved at pasienten får frykt for å dø (Davidsen 2004). Når pasienten får angst på grunn av dyspné, øker respirasjonsfrekvensen og gjør at pasienten vil hyperventilere og puste overfladisk. Dette forsterker følelsen av dyspneen og vil føre til ytterligere angst. Disse symptomene har negativ innvirkning på hverandre og fører til en ond sirkel, som det kan være vanskelig å komme ut av (Fürst og Starlander 2007). Det at angst og dyspné henger sammen, gjør det viktig å behandle begge symptomene (Almås 2010), men hva bør en egentlig fokusere på først for å fremme trygghet?

Når pasienten føler at han ikke får puste, vil det føre til at pasienten får angst. Dette får hele kroppen til å arbeide mot et mål om nok oksygen. Energien pasienten bruker på grunn av angsten, fører til at kroppen får et økt behov for opptak av oksygen. Ut i fra dette kan en tenke seg at angsten er det en bør behandle først, slik at pasienten får redusert sitt behov for opptak av oksygen. For å dempe denne angsten kan sykepleier hjelpe pasienten ved å rolig dirigere pusten. For at dette skal ha effekt, er det viktig at sykepleieren virker trygg på seg selv og opptrer rolig i rommet. Pasienten skal aldri forlates når han har et slikt besvær. Når angsten til pasienten dempes, vil han føle at pusten er roligere. Kroppen vil ikke da ha like stort behov for oksygen, og pasienten vil føle seg tryggere, til tross for at tumoren i lungene fortsatt er tilstede og skaper noe dyspné (Davidsen 2004).

Pasienten vil føle dyspneen som svært skremmende og det vil derfor være vanskelig å kun behandle angsten, når pasienten vil ha et stort fokus på sitt pustebevisværet (Davidsen 2004). Dette er en situasjon pasienten selv ikke kan styre og kan medføre opplevelse av hjelpeløshet og fortvilelse. I følge Orlando er det derfor viktig at sykepleier imøtekommer pasienten i hans situasjon, og fremmer trygghet når pasienten ikke selv klarer å ivareta dette behovet i denne situasjonen (Kristoffersen 2011). Det sykepleiere kan gjøre i forhold til selve dyspneen er at pasientens seng kan plasseres nærmest vindu, slik at en unngår varm, tung og tørr luft i

rommet. En kan heve ryggen på sengen, og benytte halvhøyt ryggleie. Dette gjør at pasienten får benyttet lungekapasiteten maksimalt uten press fra bukorganene (Davidsen 2004). Sykepleier kan da i etterkant sette seg ved sengen og roe ned pasienten. Siden disse symptomene er sterkt knyttet sammen, kan tiltak rettet mot begge symptomene være nødvendig å lindre samtidig i en fase ved akutt forverring. Et eksempel kan være at en både hjelper pasienten til halvhøyt ryggleie og at en sykepleier kan holde pasientens hånd, hvis han synes dette er greit. Slike tiltak har vi selv erfart at kan fungere i praksis. Et eksempel på dette var da vi fant en pasient som var svært engstelig på grunn av sitt pustebesvær og han pustet overfladisk. For å roe ned pasienten åpnet vi vinduet slik at frisk luft kunne komme inn i rommet. Vi sørget også for at pasienten fikk en god sittestilling i sengen ved å heve ryggen på sengen og holdt pasientens hånd. Kort tid senere roet pasienten seg ned og uttrykket at han var takknemlig for hjelpen.

For å kunne sette seg ned hos pasienter som er preget av angst og dyspné, krever det at en har ressurser og tid til å gjøre dette. I en lindrende enhet vet vi av erfaring at det er økt bemanning, og færre pasienter per sykepleier. Derfor kan det lettere la seg gjøre å sette seg ned ved siden av pasienten til han har roet seg ned i en slik enhet, fremfor travle sykehusavdelinger og hjemmesykepleie. Det kan likevel være liten tid til å sette seg ned for å roe ned pasienter på en slik lindrende enhet. Av erfaring er det også travelt på slike enheter hvis det er innlagt mange dårlige pasienter på samme tid og da må sykepleieren prioritere de som dårligst, samt rekke å ha tid til de andre pasientene.

I det Nederlandske studiet utført på pasienter i hjemmesykepleien kommer det frem at en av de største bekymringene deres er dårlig koordinasjon mellom ulike arenaer i helsetjenesten. De var også bekymret for at de ikke skulle få den hjelpen de trengte ved akutte situasjoner på grunnlag av dårlig koordinasjon (Vogel-Voogt 2007). Dette samsvarer med vår erfaring om at pasienter forteller at de i det tidsrommet de er innlagt i lindrende enhet får den hjelpen de trenger og ønsker seg, men at de bekymrer seg for hva som skjer når de må reise hjem. Vi vet at en i kommunehelsetjenesten må søke om vedtak for å få nytt opphold på lindrende enhet dersom dette skulle være nødvendig og at det ikke er mulighet for rulleringsopphold i en slik enhet. Skal pasienten ha rulleringsopphold, må dette foregå i en vanlig somatisk korttidsavdeling i sykehjemmet. Siden lungekreft er en diagnose med dårlig prognose, kan endringer skje raskt og pasientene kan bli akutt dårligere (Bremnes og Aasebø 2005), slik at bekymringer for hva som kommer til å skje etter et opphold i lindrende enhet kan være

normalt.

En grunn til at det kan være viktig å ta tak i angstproblematikk mens pasienten er på lindrende enhet, er at pasienten der vil ha en tettere oppfølging enn for eksempel i hjemmetjenesten. På en lindrende enhet har pasienten en liggetid på ca to uker. Her finnes det tverrfaglig team, som kan bestå av sykepleiere med og uten videreutdanninger, lege og fysioterapeuter, samt ergoterapeuter. Hver av disse profesjonene kan på hver sin måte foreberede pasienten på hjemreise (Haugen 2007). Det at det er tett oppfølging i en slik enhet, gjør at dette er en fin arena å lære pasienten teknikker for å mestre angsten sin. Hvis pasientene lærer seg disse teknikkene, blir det kanskje tryggere og lettere å takle forverringer i sykdommen etter de har kommet hjem og gjør hjemreisen mindre skremmende.

En utfordring i forhold til å komme hjem fra et opphold på en lindrende avdeling er at pasientene har blitt vant med å ha mange rundt seg. Det at en hele tiden vet at det er noen som kommer når pasienten trenger det, virker betryggende. Denne tryggheten vil ikke finnes i like stor grad hjemme med kun hjemmesykepleie. Her blir det viktig å forberede pasienten så mye som mulig og det er mange tiltak som kan settes i gang for å gjøre overgangen lettere for pasienten. Det kan for eksempel søkes om trygghetsalarm dersom pasienten ikke tidligere har hatt hjemmesykepleie. En kan også fortelle at pasienten kan ringe enheten etter hjemreise, hvis dette hjelper for å trygge pasienten (Almås 2010).

Et annet angstområde som må belyses i forhold til pasienter med lungekreft, er dødsangst. Vi har erfart at pasienter har opplevd dødsangst i forbindelse med sin dyspné. Denne pasienten hadde lungekreft med rask progresjon og var svært tungpusten. Pasienten turte ikke å sove, spesielt ikke i en seng siden han var redd for å våkne av kvelningsfølelser som ville ta livet av ham. Dette resulterte i at han sov i en lenestol han kunne vippe litt bakover, da det følte mer betryggende enn å ligge i sengen. Selv da ble det problematisk for han å sove. I tillegg måtte han ha vinduet oppe, og nattevakten måtte komme innom ofte for at han skulle føle seg trygg.

De fleste mennesker reagerer med angst og frykt når livet nærmer seg slutten og spesielt når vedkommende har en dårlig prognose (Mathisen 2008). I Dale og Johnstons (2011) studie var det få pasienter som har fokus på døden. Isteden fokuserte de på å leve så selvstendig som mulig den siste tiden. I motsetning til dette viser studien til Stajduhar (2010) at de fleste

pasientene fryktet døden. Vogel- Voogt (2007) skriver at det er en økning i pasientens symptomer når det nærmet seg døden.

Det kan være flere grunner til at pasientene i Dale og Johnstons (2011) studie ikke fokuserer så mye på døden. Det kan være at det er seks pasienter i studien og det er ikke sikkert at alle pasientene der har nevnt behov for å prate om døden for helsepersonellet de har hatt kontakt med. En annen grunn kan være at pasientene forneker sykdommen sin og heller vil fokusere på andre aspekter ved livet enn sykdommen (Almås 2010). Pasienten kan også føle tap av kontroll ved å ha fokus på døden og derfor fokusere på andre aspekter ved livet (Reitan 2010).

Erfaringsmessig har vi sett at mange pasienter som vet de snart skal dø bekymrer seg for hva som skjer etter døden, med tanke på blant annet familie og venner. De har også lurt på hva skjer med sjelen etter døden. Derfor kan det ses på som underlig at pasientene i studien til Dale og Johnston (2011) fokuserer lite på døden når en i denne tiden får flere plager forbundet med sykdommen sin. Mathisen (2008) og Vogel-Voogt (2007) er enig i at det oppstår økt lidelse når døden nærmer seg.

For pasienter som sliter med angstproblematikk på grunn av sin diagnose, kan det være et tiltak å arrangere støttegrupper for pasienter i lignende situasjoner. I følge Rustøen (2003) har flere pasienter vist god effekt, med reduksjon av angstnivåer og økning av livskvalitet. Pasientene i Stajduhar (2010) sin studie hadde også god effekt av å snakke om sin dødsangst. Støttegrupper som dette, hvor pasientene kan snakke sammen om sin situasjon, kan føre til økt støtte og tilhørighet (Rustøen 2003).

Et punkt som var overraskende i studien til Vogel-Voogt (2007) var at pasientene ga uttrykk for at de trengte økt omsorg, men ikke psykososial støtte. Dette oppfatter vi som merkelig fordi det er en motsetning til flere av de andre studiene og faglitteratur vi har satt oss inn i. I følge Kristoffersen (2011), mener Orlando at sykepleieren skal bidra til å fjerne psykiske og fysiske ubehag hos pasienten. Ut i fra det vil det være behov for at sykepleierne behandler angsten hos pasientene. Rustøen (2003) skriver at pasienter med angst har god effekt av støttegrupper ledet av en sykepleier, hvor pasientene kan få snakke sammen om sin angst med andre pasienter i lik situasjon. Stajduhar (2010) er enig i dette, ved å si at pasientene har økt behov for muligheten til å snakke åpent om sin angst og at de trenger nærhet. Davidsen (2004) legger vekt på fysisk kontakt, for eksempel å holde hånden og eller en hånd på

skulderen, hvis pasienten tillater det. I tilfeller sykepleier bruker slik berøring av pasienten, må hun bruke sin kunnskap om kroppen og være klar over at pasienter kan reagere ulikt på dette (Reitan 2010). Derfor må dette også vurderes nøye i hver enkelt situasjon.

4.2 INFORMASJON OG KOMMUNIKASJON

I Dale og Johnstons (2011) studie var det en av pasientene som fortalte om en vond opplevelse i møte med sin lege. Pasienten hadde ikke forstått informasjonen legen hadde gitt henne, og hun følte at legen ikke ga henne noen støtte. Pasientene i studien til Vogel-Voogt (2007) mener at helsepersonell har stort forbedringspotensial når det gjelder å gi informasjon til pasienter i livets slutfase.

I studien til Stajduhar (2010) sier noen av pasientene at de ønsker at informasjonen de får skal være ærlig. Samtidig som informasjonen skal være ærlig, skal en ikke ta fra pasienten håpet og livsgnisten som er igjen. På grunnlag av dette kan det være vanskelig for sykepleiere å overlevere informasjon som omhandler forverringer i pasientens livssituasjon eller diagnose (Eide og Eide 2007). For noen pasienter kan det være tøft å motta informasjon når helsetilstanden endrer seg. Dette gjør at sykepleieren bør tenke over sine egne holdninger, adferd og hvordan hun ordlegger seg når hun skal gi informasjonen. Hvis sykepleieren ikke tenker over dette, kan håpet bli tatt fra pasienten og angstsymptomene forverres (Lorentsen og Grov 2010). Sykepleieren må også se an når informasjonen skal gis og om pasienten er i stand til å takle det (Eide og Eide 2007).

Pasientene i studiet til Stajduhar (2010) forteller noe om at hvis de føler at helsepersonell holder igjen informasjon fordi de mener at pasientene er for syke, eller at informasjonen vil gjøre dem dårligere, føler de at de ikke blir inkludert fordi personalet "vet" bedre. Selv om informasjonen skal være så fullstendig som mulig, er det nødvendig for sykepleiere å vurdere om pasienten evner å ta imot det som skal sies, før hun overlesser pasienten med informasjonen. Det er lite nødvendig å gi informasjon dersom pasienten ikke er i stand til å huske hva som blir sagt. I noen tilfeller kan skriftlig informasjon benyttes, for eksempel ved timeavtaler (Eide og Eide 2007).

På den andre siden har pasienten rettigheter gjennom pasientrettighetsloven til å få informasjon som gjelder endringer i sin situasjon (Moelven 2009) og dette synes også pasientene i studien til Dale og Johnston (2011) er viktig at de får. Informasjonen skal gis slik

at pasienten får innsikt i sin helsetilstand og innholdet i behandlingen (Reitan 2010). Informasjonsbehovet vil være forskjellig fra pasient til pasient. Ut i fra dette konkluderer vi med at sykepleierne bør snakke med pasientene om hvor mye eller lite informasjon pasienten trenger, slik at dette er avklart på forhånd. De fleste pasientene ønsker å få all informasjon om sin tilstand. Hvis pasienten under denne kartleggingen forteller at han ikke ønsker informasjon eller kun begrenset informasjon, skal vi ikke tvinge pasienten til å få all informasjon (Reitan 2010). For å finne ut hvilket behov pasienten har i forhold til informasjon, mener Orlando at det er viktig at en ikke bare spør ja og nei spørsmål. Da får ikke pasienten utdype det som han føler det mangler informasjon om og sykepleieren får ikke undersøkt om hun har rett i at pasienten mangler noe (Eide og Eide 2007, Orlando 1995).

Det er ikke alltid pasienter med respiratoriske plager har evne til å formidle når det er behov for informasjon (Almás 2010) En kan tenke seg at pasienter ønsker å få informasjon etter perioder de har fått slappet av, og ikke rett etter for eksempel morgenstell eller måltider hvor de har brukt mye energi på å anstrenge seg og har et økt oksygenbehov. Det kan også være slitsomt for pasienten å snakke når han er plaget med dyspné. Dette kan sammenlignes med når vi er andpusten etter en treningsøkt. Da er det også slitsomt å prate. Forskjellen er at disse pasientene er plaget med pustebesværet over tid, mens det hos oss går over raskt.

Vurderingen av hvor mye informasjon sykepleieren skal gi kan være vanskelig. Selv om pasienter ønsker full informasjon, må sykepleieren likevel vurdere situasjonen her og nå. I følge Orlando kan her og nå situasjonen endre seg raskt og det krever at en hele tiden må gjøre vurderinger av pasienten (Orlando 1995). Mye av informasjonen kreftpasienter får av sine leger og sykepleiere, er informasjon som kan utløse angst og andre emosjonelle reaksjoner, for eksempel i forhold til forverring i prognosen. Derfor kan en konkludere med at en må vurdere informasjonsbehovet til pasientene ofte, selv om de i utgangspunktet ønsker all informasjon og at relasjonen mellom pasienten og sykepleieren her blir viktig (Reitan 2010).

Sykepleieren må huske på at det er pasienten som lever med sykdommen og at deres opplevelse av sykdommen kan være annerledes enn hva sykepleierens oppfatning er (Dale og Johnston 2011). Hva sykepleiere kan om sykdommen er noe annet enn hva pasienten opplever rundt sin egen diagnose. Pasienten nevnt tidligere kom senere tilbake til legen. Denne gangen fikk hun informasjon uten vanskelige fagterminologier og brukte god tid, slik at hun nå forstod all informasjonen som ble gitt (ibid).

4.3 IKKE MEDISINSKE TILTAK

I Connors (2007) studie er det noen pasienter som har hatt god effekt av et ikke-medisinsk program med fysioterapi, men nesten ingen av de som i utgangspunktet deltok i undersøkelsen klarte å gjennomføre programmet. Av de som klarte å gjennomføre programmet, var det ingen som hadde dyspné på grunn av selve kreften. Deres dyspné var forårsaket av behandlingen eller andre årsaker (ibid). Dyspné kan være en subjektiv opplevelse som ikke alltid oppstår med hypoksi (Fürst og Starlander 2007).

Hately (2003) gjorde et studie på en klinikk for pasienter med lungekreft og hvilken nytte pasientene hadde av denne. Det var en fysioterapeut som ledet programmet på klinikken. 45 pasienter ble med i studien, 30 av dem fullførte programmet. De som ikke klarte å fullføre ble for syke eller døde. I denne studien brukte noen av pasientene medisiner i tillegg til behandlingen med fysioterapeut. Flertallet hadde bedringer.

Det ikke-medisinske programmet som Connors (2007) tester ut er det 14 pasienter som fullfører mot 155 som ikke klarer å fullføre på grunn av død eller langt kommet sykdom. De som fullførte testen hadde lenger overlevelsestid enn de som ikke fullførte. Dette kan være en indikasjon på at et slikt program med fysioterapeut kan passe for dem som er i et tidlig stadium, mens hos pasientene som er langt i sykdomsforløpet er dette kanskje ikke like egnet. Forfatterne foreslår at en for eksempel kan bruke programmet sammen med bruk av medikamenter hos de som er sent i sykdomsforløpet. Hvis vi sammenligner studiene til Hately mot Connors kan dette være et godt poeng, fordi prosentandelen av de som fullførte studien er langt større i Hately (2003) enn i Connors (2007). Selv om programmet ikke var det samme, var det mye likt fokus i de to programmene. Da den ene pasientgruppen sto på noe medisiner mot dyspné, mens de andre ikke hadde det, kan det indikere på at et ikke-medisinsk program kan ha nytte sammen med medikamentell behandling mot dyspné.

Hatelys (2003) studie viser at pasientene hadde et godt utbytte av å lære ulike pusteteknikker og psykososiale strategier. Denne teorien støtter Fürst og Starlander (2007). De skriver at det kan hjelpe for pasienter å få sette ord på situasjoner som er vanskelig i forhold til økende pustebesvær. Helsepersonell kan også bidra til å hjelpe pasienten med å takle dette ved å benytte avslappingsteknikker og pusteteknikksøvelser. Disse teknikkene lærer ikke sykepleiere i studiet, men ved hjelp av tverrfaglig team kan sykepleiere lære dette fra fysioterapeuter. I tillegg til disse tiltakene er psykososial støtte også viktig (ibid). I motsetning til dette kommer det frem i studiet til Vogel-Voogt (2007) at det er lite behov for psykososial

støtte, men de utelukker ikke at tilbudet for dette kan ha vært for dårlig.

Erfaringsmessig forteller ikke alle pasientene at de har angst. I mange tilfeller må en sykepleier se på andre symptomer pasienten har som kan indikere på at pasienten er plaget med dette. Dette er ikke bestandig like lett, da angstsymptomer kan arte seg på mange ulike vis. For noen utarter det seg som frustrasjon og sinne, for andre synes en sårbarhet utad fordi de føler de ikke har kontroll over egen situasjon (Almås 2010).

4.4 KOMMUNIKASJONSFERDIGHETER

I følge studiet til Rustøen (2003) mener norske kreftsykepleiere at angst er et av de største problemene i deres kliniske praksis i møte med pasienter med alvorlige kreftdiagnoser. Angst er også hyppig beskrevet som et vanlig felles psykologisk problem hos disse pasientene. I undersøkelsen kommer det frem at av de problemområdene sykepleiere synes er vanskeligst å møte i sin praksis, er de fleste av dem ulike psykologiske reaksjoner hos pasientene.

Tidligere møtte sykepleiere stort sett pasienter med kreft i institusjoner. I dagens samfunn, spesielt med tanke på samhandlingsreformen som nå er innført, vil en sykepleier møte denne pasientgruppen uavhengig av hvilken arena hun jobber i (Rustøen 2003, Lorentsen og Grov 2010). I tillegg til at en nå møter pasienter med kreft i flere arenaer, øker tilfellene med lungekreft betraktelig hvert år. Bare i 2009 var det 2648 tilfeller av lungekreft (Kreftforeningen 2011), mot litt over 2000 tilfeller i 2005 (Statistisk sentralbyrå 2007). Det at en nå vil møte disse pasientene i flere arenaer vil kreve at det vil stilles større krav til sykepleiere fremover i tid når det gjelder kommunikasjon og kunnskaper om de ulike alvorlige diagnosene.

I en studie utført på pasienter med lungekreft, kom det tydelig frem at pasientene stiller krav til helsepersonell som skal jobbe med kreftdiagnoser. De mener at siden sykepleiere selv har valgt å jobbe innen dette fagfeltet, bør de være komfortable og empatiske rundt problemstillinger og samtaler rundt pasientens livstruende sykdom og angst for døden (Stajduhar 2010). Dale og Johnston (2011) og Hatlely (2011) mener at spesialsykepleiere som jobber innenfor palliativ kreftomsorg derfor bør få trening i avanserte kommunikasjonsferdigheter. Bør dette kun gjelde spesialsykepleiere, når alle sykepleiere i en eller annen form møter denne pasientgruppen?

I følge Rustøen (2003) har sykepleiere med kort arbeidserfaring større vanskeligheter med

pasienter med angst enn sykepleiere som har lenger erfaring. Dette kan skyldes at det tar tid å opparbeide seg klinisk erfaring. For de fleste sykepleiere vil det ta litt tid å opparbeide seg kommunikasjonsferdigheter som er gode nok for å møte pasienter med palliative sykepleiebehov.

For å trene opp gode kommunikasjonsferdigheter holder det ikke å bare lese teori. En trenger i tillegg praktisk øvelse (Eide og Eide 2007). Det er kanskje ikke så rart at dette tar tid, da vi har lite fokus på å praktisk øve på kommunikasjonsferdigheter i sykepleiestudiet vårt. I løpet av et studie på tre år, er det ikke alle studenter som møter mange pasienter som har en dødelig diagnose og ikke alle får mulighet for mengdetrening i disse pasientsituasjonene i praksisperiodene. Det kommer an på hvilke praksisplasser hver enkelt student får tildelt i løpet av studiet. Dette kan være et godt argument for å få inn mer praktisk ferdighetstrening i kommunikasjon i studiet, hvor studenten får tilbakemeldinger og mulighet til å reflektere i ettertid, på lik linje med simulering i andre caseoppgaver i praktiske ferdigheter. I følge Eide og Eide (2007) er det bevist at etter systematisk kommunikasjonsferdighetstrening, blir en bedre til å stille åpne spørsmål, lettere kan uttrykke empati og sette ord på følelser.

I møte med pasienter er det viktig at sykepleieren har gode kommunikasjonsferdigheter. Slike ferdigheter vil bidra til å forstå pasienten og gi god støtte (Eide og Eide 2007). Ofte har sykepleieren liten tid til å opprette god kontakt og et helhetlig bilde av situasjonen pasienten og pårørende er i. Aktiv lytting og tydelig kommunikasjon vil bidra til kvalitetssikring av helsefaglig arbeid, for på den måten kan en unngå valg med uheldig utfall og dårlige løsninger. Ida Jean Orlando knytter "sykepleierprosess" mot tre grunnleggende elementer. Disse er pasientenes utsagn og atferd, sykepleierens reaksjon og sykepleierens handlinger som er til fordel for pasienten. Hun mener det er viktig å bevisstgjøre og reflektere over sykepleierens kommunikasjon med pasientene (Eide og Eide 2007). Sykepleierens forståelse og følelsesmessige reaksjoner kan være til nytte for eller skade pasienten og derfor må bevisstheten og handlingene til sykepleierne skjerpes (ibid).

I følge Eide og Eide (2007) viser forskning at mennesker som jobber i helsesektoren blir utsatt for mye arbeidsstress og utbrenthet. En tror at manglende evne til å gi støtte og behandling, som det forventes at en sykepleier skal kunne gi, er en årsak til dette. Vi tenker at dette kan skyldes mangel på ressurser og liten tid til hver enkelt pasient, og at det i stedet for blir fokus på å gjøre mest mulig på kortest mulig tid. En tidligere studie som Stajduhar (2010) nevner i sin artikkel, er at sykepleiere distanserer seg og unngår situasjoner som de oppfatter

som stressende, og at dette kan ha negativt utfall for pasientene som trenger psykososial støtte. Når sykepleieren trekker seg unna på denne måten kan det gi kommunikasjonsutfordringer (Stajduhar 2010, Dale og Johnston 2011). Noen årsaker til at sykepleiere kan distansere seg fra slike situasjoner er at situasjonen kan vekke vonde minner, utløse negative følelser og kroppslige reaksjoner. Samtidig kan det utløse etiske, åndelige og eksistensielle spørsmål som kan være vanskelig for sykepleiere (Kalfoss 2010). Dette understreker nok en gang at sykepleiere trenger mer trening i kommunikasjonsferdigheter slik at de kan takle disse pasientsituasjonene bedre.

4.5 TILLIT TIL SYKEPLEIER

Dale og Johnston (2011) sin artikkel legger frem at prognosen til lungekreft er dårlig og at det derfor er viktig å etablere en god relasjon mellom sykepleier og pasient så tidlig som mulig. For å oppnå dette er det nødvendig for pasienten å kunne stole på sykepleieren. Pasienten skal kunne merke at sykepleieren har lest seg opp og har forberedt seg, før hun møter pasienten. Dette gjelder spesielt før det første møtet, siden det er da pasienten etablerer et førsteinntrykk og et tillitsforhold med sykepleieren. Dette tillitsforholdet vil påvirke hvor fort pasienten klarer å bli trygg i en relasjon til sykepleieren og har påvirkning for resten av oppholdet på enheten.

Pasienter har fortalt at det ofte kommer tydelig frem når sykepleieren ikke har forberedt seg og at dette svekker et tidlig etablering av en god sykepleier -pasient relasjon. Når denne tillitten ikke etableres tidlig, er det vanskelig å bygge den opp igjen senere. En annen ting som er viktig for å bygge opp denne relasjonen, er at sykepleierne skal være ærlige på områder de ikke kan så mye om (Stajduhar 2010). En kan tenke seg at det er logisk å ikke klare å stole på noen som en ser mangler kunnskap, og som ikke innrømmer det. En kan se at pasientene foretrekker at sykepleierne er ærlig om områder de ikke kan så mye om, fordi da kan sykepleieren få tak i noen andre som kan svare på pasientens spørsmål (Stajduhar 2010).

På den andre siden kan manglende kunnskaper hos sykepleiere føre til at pasientene blir mer engstelige enn de var i utgangspunktet, med tanke på at lungekreft er en alvorlig diagnose. Likevel velger mange pasienter å stole på sykepleierne som yter helsehjelp, da det er de som er eksperter på fagområdet og pasienten kanskje ikke hadde så mye kunnskap om diagnosen før han ble syk (Dale og Johnston 2011).

Det er viktig for pasienter som er alvorlig syke at de blir godt kjent med personalet som er

rundt dem. For å få til dette kan det være lurt at pasientene har primærkontakter og et tett team rundt seg, slik at de får tillit til å kontakte personellet når de har behov for dette (Dale og Johnston 2011). Denne tillitten oppstår lettere når personellet viser at de tar seg god tid til pasienten og lytter aktivt og viser at de bryr seg om han, selv om det ofte er et travelt miljø i avdelingen (Stajduhar 2010). Pasienter trenger å føle at de blir tatt på alvor (Dale og Johnston 2011). Pasientene legger merke til om sykepleierne tar seg tid til dem, ved at de for eksempel setter seg ned med pasientene. De må også vise dette med sitt kroppsspråk. Sykepleiere må vise at de er der for pasientene, og at de har en like viktig rolle for disse pasientene som de pasientene som har et kurativt mål. Dette er viktig for pasienten når han er i en palliativ fase. Pasientene er redde for at det ikke finnes tiltak når de går over i denne fasen og at sykepleierne ikke vil stille opp for dem når de ikke kan kureres (Stajduhar 2010).

4.6 KRITISK VURDERING AV EGNE VALG

To av artiklene vi har valgt omhandler ikke medisinske behandlingsmetoder på dyspné. Dette har vi valgt fordi dyspné er et symptom som skaper redusert trygghetsfølelse hos pasienter med lungekreft og vi ønsket å få frem i oppgaven vår hvilke ikke medisinske tiltak en sykepleier kan iverksette for å dempe dette symptomet. Dette kan ha påvirket resultatet på oppgaven vår, fordi det er fysioterapeuter som har ledet disse programmene og ikke sykepleiere.

Vi har ikke funnet noen direkte artikkel som omhandler lindrende enhet, men vi har funnet en som omhandler hjemmesykepleie. I denne kan vi se hva som skaper angst hos denne pasientgruppen når de er hjemme, slik at en på den måten kan finne ut hva et tverrfaglig team kan benyttes til i en lindrende enhet. I tillegg til dette har vi funnet god litteratur om hva lindrende enheter har fokus på og hvordan de bemannes.

I løpende tekst har vi benyttet ”han” om pasienten og ”hun” om sykepleieren. Vi kan se at dette kan virke diskriminerende ovenfor for eksempel mannlige sykepleiere, men det har vært et bevisst valg, da faglitteraturen vår gjør det samme og det blir mer oversiktlig. Unntak av dette er der det er spesifikke pasientsituasjoner.

På grunn av grunnleggende forståelse, har vi valgt å inkludere noe teori som ikke er benyttet i stor grad i diskusjonen. Dette har vi gjort på grunn av at hensikten i oppgaven er å forberede sykepleiere til å møte en palliativ pasient med lungekreft, som er plaget med angst og dyspné og vi ser det som nødvendig å ha grunnleggende forståelse for lungekreft og palliasjon for å

nå målet med hensikten.

Det at vi underveis i oppgaven endret fokus har påvirket arbeidsprosessen. Hadde vi hatt fokuset slik det nå foreligger, ville vi kanskje startet opp med andre søkeord enn de vi har benyttet. Vi har likevel kunnet benytte teorien vi startet opp med og artiklene vi fant.

5.0 KONKLUSJON

For å fremme trygghet hos den palliative pasienten, er noe av det viktigste at det etableres en god relasjon mellom pasienten og sykepleieren. Dette kan gjøres ved at sykepleieren har gode kommunikasjonsferdigheter, slik at det oppstår tillit. For å nå målet med gode kommunikasjonsferdigheter, bør sykepleieren i samarbeid med andre på avdelingen øve på dette og få tilbakemeldinger og reflektere over egen holdning, måten kommunikasjon foregår på og åpenhet rundt samtaletemaer.

Angst er et viktig problem å forebygge og behandle når det kommer til trygghetsfølelse. Pasienten kan ved hjelp av helsepersonell lære seg teknikker på hvordan han skal mestre angst, da dette har sterk tilknytning til dyspné. Disse plagene henger nøye sammen og bør derfor behandles samtidig med både medikamentelle og ikke medikamentelle tiltak.

Mange pasienter vil ha god nytte av å snakke åpent om sin angst. Sykepleieren må derfor tilrettelegge for dette ved for eksempel å arrangere støttegrupper, eller ta seg god tid til å snakke med pasienten om disse bekymringene. Flere pasienter har hatt god effekt av nærhet og fysisk kontakt, for eksempel i form av å ha en hånd å holde i.

Til slutt spiller informasjon en viktig rolle. En må kartlegge pasientens behov for informasjon, og være sikker på at informasjonen som skal overleveres til pasienten, blir forstått. Det er viktig å unngå fagterminologier, da disse kan være vanskelig å forstå for en som ikke har utdanning i faget. I tillegg må sykepleieren vurdere om pasienten er i stand til å takle eventuell informasjonen som skal bli gitt.

6.0 ETTERORD

Vi har vært to studenter i arbeidet med denne bacheloroppgaven som har blitt godt kjent gjennom de siste tre årene. Vi har ikke skrevet oppgave sammen tidligere, men siden vi går godt overens, har gruppearbeidet vårt likevel fungert bra. Vi har fra starten av vært enige om at begge skulle kunne ytre sine meninger, og at vi gjennom diskusjon skulle komme frem til løsninger sammen.

Etter vi hadde bestemt oss for problemstilling, ble vi enige om hvilke temaer som skulle inkluderes i bakgrunnsdelen. Disse temaene ble fordelt mellom oss, slik at vi skrev litt hver. Etter dette gikk vi gjennom den ulike teorien sammen, før vi satt det inn i oppgaven. Vi fant mye fagstoff som gjorde det vanskelig å velge ut det som var best.

Vi søkte på artikler både sammen og hver for oss. Det viste seg at det har blitt gjort lite forskning på området vi var ute etter de siste ti årene, noe som gjorde at det var vanskelig å finne relevante artikler for vår oppgave. Da vi hadde funnet de artiklene vi trengte, tok oppgaven en litt ny vending, fra å handle om dyspné hos pasienter med lungekreft, til å handle om det å skape trygghet ved å lindre dyspné og angstsymptomer.

Vi har lært at det er viktig med åpenhet og nærhet rundt pasienter med angst og dyspné, og at sykepleiere må være bevisst på sine holdninger i møte med alvorlig syke. Det er viktig å ikke bare tenke over det verbale, men også kroppsspråket vårt. Dette kommer ofte frem uten at vi vet om det selv, noe som pasienter kan reagere på. Vi har også blitt mer bevisst på at vi som sykepleiere må vurdere pasientens situasjoner nøye og ofte. Pasienter er forskjellige og situasjoner kan endre seg raskt, for eksempel pasientens informasjonsbehov og om han ønsker nærhet eller ikke.

Denne oppgaven har bidratt til at vi nå er mer forberedt til å møte pasienter med lungekreft. Vi har lært at vi trenger gode kommunikasjonsferdigheter, og at vi må få disse gjennom praktisk erfaring, like mye som gjennom teori. Selv om oppgaven ikke har gitt oss praktisk erfaring innenfor dette området, føler vi at kunnskapen vi har tilegnet oss gjør oss litt mer modig til å tørre å gå inn i de vanskelige samtalene i fremtiden, slik at vi kan få den praktiske erfaringen som skal til.

På bakgrunn av at vi har funnet lite ny forskning i forhold til lungekreft og behandling av dyspné, kan dette være et område det er behov for å forske mer på i fremtiden.

7.0 LITTERATURLISTE

Almås, Hallbjørg, Jon Bakkelund, Bernt H. Thorsen og Anne D. Sorknæs (2010) Sykepleie ved lungesykdommer. I: Almås, Hallbjørg, Dag-Gunnar Stubberud og Randi Grønseth (red.). *Klinisk sykepleie 1*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 107-163.

Bjørø, Karen og Marit Kirkevold (2008) Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie I: Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt, Eli-Anne Skau (red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 4*. 1. utg. Oslo: Gyldendal, s. 149-183.

*Bremnes, Roy M og Ulf Aasebø (2005) Svulster i luftveiene I: Kåresen, Rolf og Erik Wist (red.). *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 200-217.

* Brunsvig, Paal Fr. (2004) Lungekreft (cancer pulm). I: Reitan, Anne Marie og Tore Kr. Schjølberg (red.). *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling*. 2 utg. Oslo: Akribe Forlag AS, s. 331-335.

* Connors, Sonia, Sheila Graham og Tim Peel (2007) An evaluation of a physiotherapy led non-pharmacological breathlessness programme for patients with intrathoracic malignancy. I: *Palliative Medicine*, 21, s. 285-287.

* Dale, Moria J og Bridget Johnston (2011) An exploration of the concerns of patients with inoperable lung cancer. I: *International Journal of Palliative Nursing*, 17(6), s. 285-290.

*Davidsen, Laila (2004) Sykepleieutfordringer ved lungekreft. I: Reitan, Anne Marie og Tore K. Schjølberg (red.). *Kreftsykepleie – pasient, utfordring, handling*. 2. utg. Oslo: Akribe forlag, s. 336-342.

Eide, Hilde og Tom Eide (2007) *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademiske.

* Forsberg, Christina og Yvonne Wengstrøm. (2008) *Ulike typer av litteraturstudier – Å gjøre systematiske litteraturstudier*. 2. utg. Stockholm: Natur och kultur.

* Forsberg, Ellen-Marie (2003) Verktøykasse for etiske vurderinger. I: Ruyter, Knut W (red.). *Forskningsetikk – Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 61-74.

* Gulsvik, Amund og Per Sigvald Bakke (2004) *Lungesykdommer - En basal innføring*. 1. utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.

* Hately, Juliet, Virginia Laurence, Ann Scott, Roger Baker og Peter Thomas (2003) Breathlessness clinics within specialist palliative care settings can improve the quality of life and functional capacity of patients with lung cancer. I: *Palliative Medicine*. 17, s. 410-417.

* Haugen, Dagny Faksvåg, Marit S. Jordhøy og Marianne Jensen Hjemstad (2007) Organisering av palliative tilbud. I: Kaasa, Stein (red.). *Palliasjon – nordisk lærebok*, 2 utg, Gyldendal akademisk, s. 197-212.

* Helsedirektoratet 2010. *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. [Online] URL: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen-/Publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen.pdf> (lest 29.2.2012).

*Helse og omsorgsdepartementet (1999) *Livshjelp - Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*. NOU 1999:2. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Statens trykning.

Jacobsen, Dag, Sverre Eriksen Kjeldsen, Baard Ingvaldsen m.fl. (2009) *Sykdomslære, indremedisin, kirurgi og anestesi*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Kaasa, Stein (2007) Palliativ medisin – en introduksjon. I: Kaasa, Stein (red.). *Palliasjon – nordisk lærebok*, 2 utg, Gyldendal akademisk, s. 31-47.

* Kreftforeningen (2011) *Lungekreft/Cancer pulm*. [Online] URL: http://www.kreftforeningen.no/portal/page?_pageid=37,83296&_dad=portal&_schema=PORTAL&navigation1_parentItemId=2448&navigation2_parentItemId=2448&navigation2_selectedItemId=2017&_piref37_88109_37_83296_83296.sectionId=246&gclid=CPLkwLXhyK8CFeJYmAodhB5iXg (lest 22.04.2012).

Kristoffersen, Nina Jahren (2008) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skau (red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 4* 1.utg. Oslo: Gyldendal, s 13-99.

Kristoffersen, Nina Jahren og Finn Nortvedt (2008) Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I: Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skau (red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. 1.utg. Oslo: Gyldendal, s. 137-183.

Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug (2008) Om sykepleie. I: Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skau (red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. 1.utg. Oslo: Gyldendal, s. 13-27.

Kristoffersen, Nina Jahren (2011) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skau (red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. 2.utg. Oslo: Gyldendal, s. 205-280.

* Langdridge, Darren (2006) *Psykologisk forskningsmetode – en innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger*. 1. utg. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

Lorentsen, Vibeke Bruun og Ellen Karine Grov (2010) Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I: Almås, Hallbjørg, Dag-Gunnar Stubberud, Randi Grønseth (red.). *Klinisk sykepleie 2*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 401-437.

Mathisen, Jorunn (2008) Livets avslutning. I: Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skau (red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 3* 1.utg. Oslo: Gyldendal, s. 271-317.

Moelven, Olav (2009) *Helse og jus – En innføring for helsepersonell*. 6.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norsk Sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* [Online] URL: https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (lest 27.04.2012).

*Orlando, Ida Jean. (1995) *Det dynamiske forhold mellem sygeplejerske og patient*. 1. utg. København: Munksgaard.

* Reitan, Anne Marie (2004) Kommunikasjon. I: Reitan, Anne Marie og Tore Kr. Schjølberg (red.). *Kreftsykepleie, pasient - utfordring - handling*. 2. utg. Oslo: Akribe forlag, s. 65-83.

*Reitan, Anne Marie (2010) Kommunikasjon. I: Reitan, Anne Marie og Tore Kr. Schjølberg

(red.). *Kreftsykepleie – pasient – utfordring – handling*. 3. Utg. Oslo: Akribe forlag, s. 102-119.

* Rustøen, Tone (2004) Livskvalitet I: Reitan, Anne Marie og Tore K. Schjølberg (red.). *Kreftsykepleie – pasient, utfordring, handling*. 2. utg. Oslo: Akribe forlag.

* Rustøen, Tone, Tore K. Schjølberg og Astrid K. Wahl (2003) What areas of cancer care do Norwegian nurses experience as problems? I: *Blackwell Publishing Ltd, Journal of Advanced Nursing* 41(4), s. 342-350.

* Stajduhar, Kelli I., Sally E. Thorne, Liza McGuinness og Charmaine Kim-Sing (2010) Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer. I: *Journal of Clinical Nursing*, 19, s. 2039-2047.

* Statistisk Sentralbyrå (2007) *Dødsårsaker 2005*. [Online] URL: <http://www.ssb.no/dodsarsak/arkiv/art-2007-10-19-01.html> (Lest 23.04.2012).

Thoresen, Rolf. (2008) *Trygghet*. I: Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skau (red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 3*. 1.utg. Oslo: Gyldendal, s. 13-38.

Thoresen, Rolf (2011) *Trygghet*. I: Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skau (red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 3*. 2.utg. Oslo: Gyldendal, s. 105-131.

* Vogel-Voogt, Elsbeth de, Agnes van der Heide og Anna F. van Leeuwen, Adriaan P. Visser, Carin CD van der Rijt og Paul J. van der Maas (2007) Patient evaluation of end-of-life care. I: *Palliative Medicine*. 21, s. 243-248.

Vedlegg 1 – Søkeordsmatrise**Artikkel 1- An exploration of the concerns of patients with inoperable lung cancer**

Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Fremgangsmåte
Palliative care		13204	Cinahl utgitt etter 2002
Nursing		181956	
Lung cancer		5198	
	Nursing AND lung cancer	233	Peer reviewed
	Palliative care AND nursing AND lung cancer	22	

Artikkel 2 - What areas of cancer care do Norwegian nurses experience as problems?

Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Fremgangsmåte
Rustøen		13	Academic search elite utgitt etter 2002
Cancer		125848	
	Rustøen AND cancer	6	Peer reviewed

Artikkel 3 - An evaluation of physiotherapy led non-pharmacological breathlessness programme for patients with intrathoracic malignancy

Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Fremgangsmåte
Physiotherapy		4539	Cinahl Utgitt etter 2002
Breathlessness		375	
	Physiotherapy AND breathlessness	6	Peer reviewed

Artikkel 4 - Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer

Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Fremgangsmåte
Palliative care		2891	Academic search elite
End of life		2706	
Communication		69216	
	Palliative care OR end of life	4956	Peer reviewed
	(Palliative care OR end of life) AND communication	433	Full text Utgitt etter 2002.

Artikkel 5 - Patient evaluation of end-of-life care

Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Fremgangsmåte
Lung cancer		6216	Academic search elite
End of life		39427	
Palliative treatment		3769	
	Lung cancer AND palliative treatment	79	utgitt etter 2002
	Lung cancer AND palliative treatment AND end of life	22	Peer reviewed

Artikkel 6 - Breathlessness clinics within specialist palliative care setting can improve the quality of life and functional capacity of patients with lung cancer

Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Fremgangsmåte
Lung cancer		3028	Academic Search Elite
Palliative treatment		2215	

	Lung cancer AND palliative treatment	48	utgitt etter 2002 Peer Reviewed Full text
--	---	----	---