



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Sykepleie til pasienter med KOLS i palliativ fase/
Nursing care to patients with COPD in palliative phase**

Marthe N. Madsen og Mathilde Gården

Totalt antall sider inkludert forsiden: 70

Molde, 15.04.2016



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

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

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Else Jørgensen

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

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

Dato: 16.03.16

Antall ord: 12 077

Sammendrag

Bakgrunn:

Stadig flere får diagnosen kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og innen 2020 vil KOLS være den tredje største dødsårsaken i verden. Rundt 250 000 – 350 000 mennesker lider av sykdommen i Norge. Dette vil føre til at sykepleiere vil møte på flere pasienter med KOLS med behov for palliativ omsorg.

Hensikt:

Hensikten med litteraturstudie var å undersøke sykepleieres erfaring med palliativ omsorg til pasienter med KOLS.

Metode:

En systematisk litteraturstudie basert på ti forskningsartikler, åtte kvalitative, en kvantitativ og en med både kvalitativ og kvantitativ tilnærming.

Resultat:

Resultatene fra forskningsartiklene viste flere områder sykepleierne erfarte som viktig ved den palliative omsorgen, blant annet informasjon, kommunikasjon og nærhet, håp og behandling av utfordrende symptom. Sykepleierne erfarte også manglende kunnskap i forhold til palliativ omsorg til pasienter med KOLS.

Konklusjon:

Sykepleierne erfarte at informasjon, kommunikasjon og håp spilte en viktig rolle i den palliative omsorgen til pasienter med KOLS. I litteraturstudiet kom det også frem forhold som sykepleierne synes var utfordrende relatert til den palliative behandlingen. Dette var forhold som utfordrende symptom og manglende kunnskap.

Nøkkelord:

Sykepleier, kronisk obstruktiv lungesykdom, KOLS, palliativ omsorg, erfaring

Abstract

Background:

More and more people are diagnosed with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and by 2020 COPD will be the third leading cause of death in the world. Around 250 000 – 350 000 people is suffering of this condition in Norway. This will lead to that nurses encounter more patients with COPD in need of palliative care.

Purpose:

The purpose of this literature study was to examine the nurse's experience with palliative care to patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

Method:

A systematic literature review based on ten research articles, eight qualitative, one quantitative and one mix-method.

Results:

The results of the research articles show several areas that nurses experienced as important for the palliative care, including information, communication and proximity, hope and treatment of challenging symptom. The nurses also experienced lack of knowledge in relation to palliative care to patients with COPD.

Conclusion:

Nurses experienced that information, communication and hope plays an important role in palliative care to patients with COPD. Further, the literature study revealed conditions that the nurses considered to be challenging related to the palliative treatment. These where aspects as challenging symptom and lack of knowledge.

Keywords:

Nurse, chronic obstructive pulmonary disease, COPD, palliative care, experience

1.0 Innledning	2
1.1 Bakgrunn for valg av tema	2
1.2 Hensikt	2
2.0 Teoribakgrunn	3
2.1 Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)	3
2.1.1 Årsaker til KOLS	4
2.1.2 Symptomer	4
2.2 Palliativ omsorg	5
2.2.1 Definisjon palliativ omsorg	5
2.2.2 Behandling ved palliativ omsorg	5
2.2.3 Sykepleie til pasienter med KOLS i palliativ fase	6
3.0 Metodebeskrivelse	8
3.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier	8
3.2 Datainnsamling	9
3.2.1 Litteratursøkestrategi	9
3.2.2 Database	9
3.3 Kvalitetsvurdering	10
3.4 Ethiske hensyn	11
3.5 Analyse	12
4.0 Resultat	14
4.1 Informasjon – en sentral del av sykepleiernes rolle	14
4.2 utfordringer knyttet til kommunikasjon og nærhet	15
4.3 utfordrende symptom sykepleierne måtte håndtere	17
4.4 Sykepleiernes erfaring med betydningen av håp	18
4.5 Sykepleiernes opplevelse av mangel på kunnskap	19
5.0 Diskusjon	21
5.1 Metodediskusjon	21
5.1.1 Vurdering av inklusjon- og eksklusjonskriterier	21
5.1.2 Datainnsamling	22
5.1.3 Kvalitetsvurdering	23
5.1.4 Ethiske overveielser	23
5.1.5 Analyseprosessen	24
5.2 Resultatdiskusjon	24
5.2.1 Sykepleiernes erfaring med informasjon	25
5.2.2 Sykepleierne opplevelse av kommunikasjon og nærhet	27
5.2.3 Sykepleiernes erfaring med utfordrende symptom	29
5.2.4 Viktigheten av å opprettholde håp	31
5.2.5 Mangel på kunnskap var en utfordring blant sykepleierne	32
6.0 Konklusjon	35
6.1 Forslag til videre forskning	36
Litteraturliste:	37

Vedlegg 1 - PICO-skjema

Vedlegg 2 - Søkehistorikk

Vedlegg 3 - Sjekkliste for survey-studie

Vedlegg 4 - Oversiktstabell over inkluderte artikler

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Stadig flere får diagnosen kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og innen 2020 vil KOLS være den tredje største dødsårsaken i verden. Grunnen til dette er at en stadig større andel av befolkningen røyker, flest kvinner, samt at den eldre befolkningen er økende. (Almås et al. 2010). I 2012 var det mer enn 3 millioner mennesker som døde av KOLS på verdensbasis (WHO 2015). Rundt 250 000 – 350 000 har diagnosen KOLS i Norge. Sykdommen har ingen kjønnsforskjell, men rammer flest eldre. KOLS kan også forekomme hos yngre og det antas at ca. 2000 personer dør av KOLS i Norge hvert år (Gulsvik et al. 2012).

Den økende forekomsten av KOLS vil føre til at vi som sykepleiere stadig vil møte på flere pasienter med KOLS som har behov for palliativ behandling og omsorg. Vi synes vi har lite kunnskap om palliasjon da vi gjennom sykepleierutdanningen har fått lite undervisning på dette området. Det er ikke sikkert at man som student møter døende pasienter ute i praksis og de kan derfor risikere å ha med seg lite erfaring ut i arbeidslivet. Palliativ omsorg er en stor del av yrke og dette er noe vi som framtidige sykepleiere kommer til å møte, det er derfor noe vi ønsker å lære mer om. Mange mener at KOLS er selvforskyldt og sykdommen blir derfor ofte stigmatisert som en livsstilssykdom. Dette kan føre til at pasienter med KOLS i palliativ fase blir mindre prioritert enn andre pasientgrupper som f.eks. kreft. Pasienter med alvorlig og svært alvorlig KOLS har ofte større symptombelastning enn de med lungekreft, men likevel får de med KOLS ikke tilsvarende hjelp fra palliativ team (Plessen et al. 2011). Vi har hørt mye om palliativ omsorg til pasienter med kreft, vi har derfor valgt å fokusere på palliativ omsorg til pasienter med KOLS i dette studiet.

1.2 Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke sykepleiernes erfaring med palliativ omsorg til pasienter med KOLS.

2.0 Teoribakgrunn

2.1 Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)

KOLS er en fellesbetegnelse på sykdommer som kjennetegnes av økt luftveismotstand. Kronisk obstruktiv bronkitt, simpel kronisk bronkitt, emfysem og blandet sykdomsbilde som f.eks. astma kommer inn under begrepet KOLS (Bakkeland og Thorsen 2005).

Pasienter som lider av KOLS har enten bronkitt, emfysem eller en kombinasjon av disse. Sykdommen er kronisk og kan ikke reverseres. KOLS deles inn i fire stadier, fra grad 1 til 4, hvor 4 er alvorligst. Sykdommen rammer flest eldre og forverres med tiden (Brodtkorb 2008).

Grad	Kriterier	Sykdomsgrad
Grad 1	Mild luftstrømsobstruksjon. Lungekapasitet: Under 80%	Mild KOLS
Grad 2	Økende luftstrømsobstruksjon. Lungekapasitet: 50-80%	Moderat KOLS
Grad 3	Alvorlig luftstrømsobstruksjon. Lungekapasitet: 30-50%	Alvorlig KOLS
Grad 4	Alvorlig luftstrømsobstruksjon. Lungekapasitet: Under 30%	Svært alvorlig KOLS

Tabellen viser de ulike gradene av KOLS. (Almåset al. 2010)

Ved KOLS mister lungene sin elastisitet og vevet i alveolene og de minste bronkiolene blir ødelagt. På grunn av langvarig eksponering av f.eks. tobakksrøyk ødelegges alveoleveggene og fører til færre og større alveoler. Dette fører til redusert ventilasjonsflate og kapillærsirkulasjon i lungene og gassutvekslingen blir gradvis dårligere. Obstruksjon er innsnevring av luftveiene som skyldes irritasjon av den glatte muskulaturen i luftveiene. Dette gir økt luftveismotstand og gjør at pasienten må bruke ekstra muskelkraft for å puste ut (Brodtkorb 2008). Pasienter med KOLS har også kronisk inflammasjon av luftveiene, noe som fører til vedvarende hoste og økt produksjon av ekspektorat (Skjønnsberg 2010).

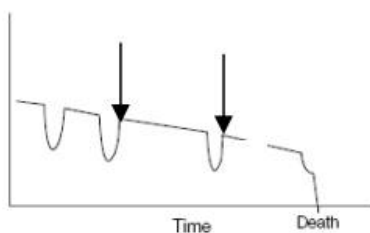
2.1.1 Årsaker til KOLS

Røyking er den viktigste årsaken til KOLS, hvor 2 av 3 tilfeller skyldes dette. Arv, forurensing, yrkeseksponering av kjemikalier og støv, hyppige lungeinfeksjoner som barn og astma er også risikofaktorer for utvikling av KOLS (Almås et al. 2010).

2.1.2 Symptomer

Typiske symptomer på KOLS er hoste med ekspektorat, respirasjonslyder, cyanose, dyspne, bruk av hjelpemuskulatur, fatigue og søvnforstyrrelser. Pasienter med mindre alvorlig KOLS er plaget med dyspne under aktivitet, mens pasienter med alvorlig KOLS også er påvirket i hvile. Pasienter med KOLS er ofte preget av angst, depresjon, isolasjon, irritabilitet, følelse av håpløshet og nedsatt ernæringsstatus (Skjønsberg 2010, Bakkelund og Thorsen 2005).

Ved forverring av KOLS kan man se ett eller flere av disse symptomene: forverring av dyspne, mer purulent ekspektorat og økt mengde ekspektorat. Dersom et av disse symptomene oppstår blir det sett på som en lettere forverring. Ved alvorlig forverring oppstår alle tre symptomene, i tillegg vil minst ett av disse symptomene oppstå: øvre luftveisinfeksjon de siste fem dagene, feber uten kjent årsak, økende hoste, økt respirasjonsfrekvens og økt pulsfrekvens på ca. 20% over normalen. Det kan også oppstå nedsatt bevissthet, irritabilitet, uklarhet, hodepine, store og utartede respirasjonsbevegelser, halsvenestuvning og ankelødem. (Bakkelund og Thorsen 2005).



Her ser man hvor uforutsigbart sykdomsforløpet til en pasient med KOLS er (Gulsvik et al. 2012).

2.2 Palliativ omsorg

Palliativ omsorg er en prosess som settes i gang når en pasient går mot livets slutt, enten det skyldes uhelbredelig sykdom eller naturlige årsaker. Palliativ fase starter når pasientens forventede levetid er kortere enn 9-12 måneder og avsluttes når pasienten dør. Hos en pasient som er døende kan lengden på forløpet variere. Det viktigste i denne prosessen er å lindre fysiske smerter og ivareta fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. Målet med denne behandlingen er å ivareta pasientens livskvalitet og verdighet, og lytte til pasientens og pårørendes ønsker (Grov 2014). I palliativ omsorg ser man på døden som en del av livet, hvor behandlingen verken framskynder eller forlenger dødsprosessen. Har pasienten kommet til et stadie hvor han ikke lengre kan uttrykke hva han ønsker eller føler er det viktig at det er laget en videre behandlingsplan og at helsepersonell er flinke til å observere kroppsspråket til pasienten. Pårørende kan også være til god hjelp (Mathisen 2011).

2.2.1 Definisjon palliativ omsorg

I følge European Association for Palliative care og Verdens helse organisasjon blir palliativ omsorg definert slik:

Palliasjon: Aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerte og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykisk, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet (Mathisen 2011, 300).

2.2.2 Behandling ved palliativ omsorg

Under palliativ omsorg blir det brukt både medikamentell og ikke-medikamentell behandling. De vanligste medikamentene som blir brukt er Morfin mot smerter og dyspne, Midazolam mot angst og uro, Haldol mot kvalme, uro, agitasjon og hallusinasjoner og Robinul mot surkling i øvre luftveier, ileus og kolikk. Medisinene forordnes av lege og administreres av sykepleier. Når pasienten ikke lenger klarer å ta medisiner per oralt, administreres medikamentene enten subkutan eller intravenøst. Sykepleieren må observere virkning og bivirkninger av medikamentene som er gitt. Oksygen er også en

viktig del av behandling, særlig hos pasienter med KOLS (Grov 2014). For å finne ut om en pasient har behov for oksygenbehandling kan oksygenmetningen måles ved hjelp av et pulsoksymeter eller blodgass. Som sykepleier er det også viktig å observere vitale tegn i forhold til respirasjon, sirkulasjon og bevissthet. Sliter pasienten med ekspektorat kan det være nødvendig å ta i bruk sug (Almås et al. 2010).

2.2.3 Sykepleie til pasienter med KOLS i palliativ fase

Sykepleierens oppgave er å utføre praktiske behandlingstiltak som administrering av legemidler, oksygen og kliniske observasjoner, i tillegg er en viktig del av sykepleiernes rolle å ivareta pasientens psykiske behov. Behandling som berøring, samtale og fysisk nærvær kan virke lindrende. Mange palliative pasienter ønsker å snakke om ting som har skjedd tidligere i livet, mens andre synes fysisk berøring og tilstedeværelse er nok (Grov 2014). Kommunikasjon er avgjørende for hvor nær sykepleieren kommer pasienten. Det å snakke med pasienten om vanskelige følelser og reaksjoner relatert til døden er viktig, men mange sykepleiere synes dette er utfordrende (Kalfoss 2010). Så lenge pasienten er bevisst kan tilførsel av drikke være et alternativ dersom pasienten ønsker dette. Etter hvert vil pasienten bli mer sløv og andre tiltak som fukting av munnen og smøring av leppene må settes i gang. Det er også viktig å følge med på pasientens hud. Dersom den er tørr kan en påføre fuktighetskrem (Grov 2014).

Som sykepleier opplever man en rekke utfordringer i møte med pasientens og ens egen sårbarhet i palliativ fase. Hvordan man ordlegger seg som sykepleier er viktig da dette kan føre til misforståelser der pasienten ikke får den hjelpen han trenger. Dette kan føre til at pasienten mister tillit til sykepleieren. Håp er en sentral del i den palliative behandlingen til pasienter med KOLS. Har pasienten et ønske og behov for håp er det viktig at sykepleieren lytter til pasienten og støtter det så langt det er mulig (Mathisen 2011).

Hjelp til riktig sengeleie og sikre frie luftveier hos pasienten er en viktig oppgave sykepleierne har da dette kan gjøre det enklere for pasienten å puste og gjøre døden mindre smertefull. Hos pasienter med KOLS oppstår ofte angst i forbindelse med pustebesvær, derfor er det viktig at sykepleieren opptrer rolig og forbereder pasienten på det som skal skje. I en slik situasjon er det viktig at sykepleieren er tilstede hos pasienten, og tar hensyn til at all bevegelse av pasienten og ting omkring han som kan forverre symptomene. Angst

i forbindelse med åndenød er naturlig for pasienter med KOLS, derfor er det viktig at sykepleieren informerer pasienten om dette. Sykepleieren må hjelpe pasienten til å mestre pustebesvær slik at angsten dempes og det blir lettere for pasienten å håndtere (Almås et al. 2010).

Sykepleieren må legge til rette for at pasienten oppnår best mulig livskvalitet ved livets slutt og får en verdig død. Dette gjøres med medisinsk behandling og ved å legge omgivelsene til rette rundt pasienten, f.eks ved å ha sine nærmeste rundt seg, dempet belysning og sette på musikk pasienten liker (Kristoffersen, Breievne og Nortvedt 2011).

3.0 Metodebeskrivelse

Metode er et verktøy som forteller oss noe om hvordan vi bør gå fram for å innhente kunnskap. Det er en framgangsmåte som hjelper oss å løse problemer og finne ny kunnskap, altså ved å samle inn nødvendig data til vår studie (Dalland 2012). Vi har tatt i bruk artikler med både kvalitativ og kvantitativ metode. Ved kvalitativ metode blir data samlet inn ved hjelp av ord, setninger og uttrykk. Dette blir gjort via samtale med mennesker både muntlig og skriftlig, f.eks. ved intervju. Ved kvantitativ metode blir innsamlede data omgjort til tall. Det kan gjøres ved at deltakerne rangerer noe på en skala fra 1 til 10. Før en slik undersøkelse må man vite hvilke data og svaralternativer man er ute etter (Jacobsen 2010). Begge metodene bidrar på ulik måte til å forstå hvordan enkeltpersoner, grupper og institusjoner samarbeider og handler, og til å forstå det samfunnet vi lever i (Dalland 2012).

3.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke sykepleierens erfaring med palliativ omsorg til pasienter med KOLS. For å finne relevante artikler satte vi opp kriterier på hva vi skulle inkludere og ekskludere.

Inklusjon:

- Sykepleieperspektiv
- Pasienter med KOLS i palliativ fase
- Behandling hjemme og på sykehus
- Artikler på engelsk, norsk, svensk og dansk
- Fagfellevurderte artikler
- Etisk godkjente artikler
- Artikler fra 2005 to current

Eksklusjon:

- Leger og annet helsepersonell
- Pasientperspektiv
- Pårørendeperspektiv
- Kreft og andre sykdommer

3.2 Datainnsamling

3.2.1 Litteratursøkestrategi

I følge retningslinjene til Høyskolen i Molde skal det være inkludert 10-15 originale forskningsartikler i bacheloroppgaven (Jørgensen og Michalsen 2015). For å finne disse måtte vi gjennomføre et systematisk litteratursøk hvor vi satte opp et PICO-skjema med relevante søkeord til vår hensikt. Deretter fikk vi hjelp av en bibliotekar i søkeprosessen. Han anbefalte oss å kutte ut noen søkeord slik at vi fikk flere treff. Prosessen endte opp med et PI-skjema, hvor P står for problem, I for intervensjon, C står for sammenligning (comparison) og O står for utfall (outcome). Vi valgte å utelukke C i vårt PICO-skjema da vi ikke ønsket å sammenligne noe og O da ønsket utfall som en verdig død og smertelindring begrenset vårt søk (Nortvedt et al. 2012). Vi benyttet derfor et PI-skjema i den videre søkeprosessen.

3.2.2 Database

Det å søke i en database handler om å søke på relevante søkeord ut ifra en bestemt problemstilling eller hensikt. En kan begrense søket ut i fra hvor gammelt arbeidet skal være, hvilken type studie og hvilket språk som er ønsket (Forsberg og Wengström 2008). Valg av database gjøres ut i fra hvilket fagområde man ønsker å jobbe med. Vi benyttet oss av flere databaser i søk etter artikler. Databasene vi brukte var Ovid Medline, ProQuest, SveMed+, Cinahl og PubMed. I tillegg benyttet vi oss av nettstedet Idunn.

Vårt første søk gjennomførte vi alene ved hjelp av et PIO-skjema, men det resulterte i null treff. Høsten 2015 søkte vi derfor hjelp hos bibliotekar som hjalp oss videre i søkeprosessen. Bibliotekaren anbefalte oss å ta vekk Oén i PIO-skjemaet for å få flere treff, og vi endte derfor opp med et PI-skjema (Vedlegg 1). Videre fikk tips om å bruke "chronic obstructive lung disease" og "chronic obstructive airways disease" som synonym for ordet "chronic obstructive pulmonary disease", for å se om det kunne hjelpe oss å få flere treff. For å begrense søket vårt benyttet vi "avansert søk" der vi kunne begrense hvilket språk og årstall vi ønsket. Vi benyttet søkeordene: "Chronic obstructive pulmonary disease" or "chronic obstructive lung disease" or "chronic obstructive airways disease" and "nurs*" and "palliat*" or "terminal*" or "end of life" or "dying". I tillegg prøvde vi ut søkeord som "challange", "experience" og "healthcarer, for å se om dette

kunne hjelpe oss til å få flere treff. Vi brukte ”or” mellom søkeord som hadde samme betydning for å få flere treff. Ved å bruke ”and” kombinerte vi de ulike søkeordene for å begrense søket til artikler som var relevante for vår hensikt. Vi begrenset søket til språkene engelsk, norsk, svensk og dansk og utvidet noen av søkene til årstall fra 2005 til current, etter avtale med veileder. I noen av søkene hadde vi ikke begrensning på årstalls og språk siden vi fikk så få treff. På grunn av få treff benyttet vi oss av manuelt søk i litteraturlistene på artikler vi allerede hadde funnet, i tillegg til gamle bacheloroppgaver. I litteraturlisten til Andersen, Ytrehus og Grov (2011) fant vi en artikkel.

Underveis i studiet oppdaget vi at det var en artikkel vi ikke kunne bruke. Vi forsøkte derfor å foreta nye søk for å finne en ny artikkel, hvor vi benyttet manuelt søk og fikk hjelp av bibliotekar. Ved hjelp av manuelt søk i litteraturlistene på de artiklene vi allerede hadde inkludert fant vi en artikkel vi kunne bruke, også denne fant vi i artikkelen til Andersen, Ytrehus og Grov (2011). Vi har presentert alle søkene i en egen tabell for søkehistorikk (vedlegg 2).

3.3 Kvalitetsvurdering

Vi sjekket først at alle tidsskriftene artiklene var publisert i var fagfelleurdert til nivå 1 eller 2, ved hjelp av publiseringskanalen for Norsk senter for forskningsdata (NSD 2016). Ni av artiklene våre ble publisert i tidsskrift fagfelleurdert til nivå 1, og en til nivå 2. Vi har presentert kvalitetsvurderingene av artiklene i oversiktstabellen (Vedlegg 4).

Åtte av våre artikler er kvalitative, en er kvantitativ og en er mix-metod study. Vi har kritisk vurdert de 10 artiklene vi har valgt å inkludere i vårt studie ved hjelp av RCT og kvalitative sjekklister lastet ned fra Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet (Kunnskapssenteret 2014), i tillegg benyttet vi oss av en sjekklister for survey-studier (vedlegg 3). I sjekklister var det mellom 10 og 12 spørsmål angående kvaliteten på forskningsartiklene som skulle besvares med enten ”ja”, ”nei” eller ”uklart” med begrunnelse. Dette var for å sjekke artiklens vitenskapelige nivå. I den ene artikkelen var det brukt to ulike metoder for å samle inn data (mix-metod study). Vi valgte derfor å bruke både kvantitative og kvalitative sjekklister for å vurdere kvaliteten på beste mulig måte. Vi rangerte alle artiklene og inkluderte kun de som var av middels og høy kvalitet, hvor middels måtte oppfylle minimum 7 til 10 spørsmål mens høy måtte oppfylle 9 til 12.

Fem av artiklene ble vurdert til middels kvalitet og fem til høy. Alle våre 10 artikler svarte ”ja” på minimum 7 av spørsmålene, derfor ble ingen ekskludert.

3.4 Etiske hensyn

Etiske hensyn handler om å ivareta personvernet til deltagerne i studien og sikre at forskningsresultatene er troverdige (Dalland 2012). Uansett fagområde bør alle undersøkelser gjort på mennesker tilfredsstillende tre grunnleggende krav: informert samtykke, krav til å bli korrekt gjengitt og krav til privatliv. Den som undersøkes bestemmer selv om han ønsker å delta på undersøkelsen og kan trekke seg når som helst. Informert samtykke innebærer at den som deltar i undersøkelsen skal ha fått full informasjon om hensikt, hvordan innsamlet data skal benyttes og fordeler og ulemper undersøkelsen kan medføre. Det er også viktig at man forsikrer seg om at informasjonen som er gitt er blitt forstått. Det er ingen klare regler for hva som er tiltatt og ikke, det er derfor svært viktig at man kritisk vurderer dette (Jacobsen 2010). For oss var det viktig at deltakelsen var frivillig og all data var anonymisert. Åtte av de inkluderte artiklene er godkjent av etisk komité, mens i to av artiklene er dette ikke gjort rede for. Vi valgt derfor å stille noen kontrollspørsmål beskrevet i Dallands bok om metode og oppgaveskriving (Dalland 2012).

- Er prosjektets mål og metode innenfor fagets normer og begrensinger?
- Er informert samtykke fra deltagerne innhentet på forsvarlig måte?
- Er det klart at det ikke foreligger avhengighetsforhold som kan tenkes å påvirke intervjupersonenes samtykke?
- Er alle persondata tilstrekkelig anonymisert?
- Hvilke rettigheter til de berørte parter – deltakerne, undersøkeren og samfunnet som helhet – kan bli berørt av undersøkelsen? (Dalland 2012, 109)

I artikkelen til Andersen, Ytrehus og Grov (2011) kommer det fram at studiet er meldt inn til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS. Deltagelsen i studiet var frivillig og all data ble anonymisert, dermed oppfyller den våre etiske krav. I artikkelen av Philip et al. (2011) er det ikke gjort rede for etisk godkjenning, men det kommer fram i en tabell i artikkelen at pasientene kan trekke seg når som helst og at deltagelsen i studien er frivillig.

Det er ikke nevnt noe om dette i forhold til sykepleierne som deltar i studiet, men vi antar at det samme gjelder for dem.

3.5 Analyse

Gjennom analyse gransker vi hvilket materiale studien har å formidle (Dalland 2012). Vi har valgt å ta utgangspunkt i Evans fire faser som metode for å analysere våre funn.

- Fase 1: Samle inn relevant data
- Fase 2: Identifisere hovedfunn
- Fase 3: Relatere funnene på tvers av studiene
- Fase 4: Beskrive funnene (Evans 2002)

I Evans første fase samlet vi inn relevant data ved hjelp av ulike databaser. Vi benyttet avansert søk for å søke etter nøkkelord relevant til vår hensikt. Etter flere søk endte vi opp med mange artikler som vi gikk igjennom, men flere av disse ble ekskludert fordi de inneholdt kun pasientperspektiv eller pårørendeperspektiv. Vi var ute etter sykepleierperspektiv i artiklene våre. Etter endt gjennomgang satt vi igjen med ti artikler, der tre av artiklene inneholdt både sykepleie-, pasient- og pårørendeperspektiv. Vi har derfor valgt å trekke ut sykepleierperspektivet i disse artiklene da innholdet var relevant for vår studie. Vi har også inkludert artikler som omhandler både KOLS og kreft, da det var vanskelig å finne nok artikler som kun handlet om palliativ behandling til pasienter med KOLS. Vi valgte derfor kun å trekke ut de resultatene som omhandlet KOLS.

I følge fase to i Evans metode leste vi i gjennom alle artiklene. Dette gjorde vi hver for oss og markerte det vi synes var relevant for vår studie. Vi oversatte resultatdelen i hver artikkel til norsk for å få en bedre forståelse av funnene. Deretter gikk vi sammen og analyserte våre funn og satt artiklene inn i en oversiktstabell (Vedlegg 4). Vi skrev ned hovedfunnene til hver artikkel i et eget dokument for å bedre kunne sammenligne funnene i fase tre.

Lik Evans tredje fase sammenlignet vi funnene i de inkluderte artiklene og sammenfattet de på tvers av studiene. I dokumentet hvor vi skrev ned hovedfunnene i hver artikkel plukket vi ut de funnene som gjentok seg i flere av artiklene og utarbeidet fem hovedtema.

I Evans siste fase skulle vi beskrive funnene vi fant. Vi syntetiserte hovedfunnene i fem hovedtema for å få en mer helhetlig presentasjon av alle funnene i artiklene. Disse var informasjon – en sentral del av sykepleierens rolle, utfordringer knyttet til kommunikasjon og nærhet, utfordrende symptom sykepleieren måtte håndtere, sykepleierens erfaring med betydningen av håp og sykepleierens opplevelse av mangel på kunnskap. Ved hjelp av Evans fire faser ble det enklere å analysere artiklene på en strukturert måte og plukke ut relevante funn.

4.0 Resultat

Hensikten med vår studie var å undersøke sykepleiernes erfaring med palliativ omsorg til pasienter med KOLS.

4.1 Informasjon – en sentral del av sykepleiernes rolle

I fire av artiklene (Reinke^a et al. 2010, Spence et al. 2009, Philip et al. 2011, Andersen, Yrtehus og Grov 2011) kom det frem hvor viktig informasjon var for ulike aspekter ved utøvelse av sykepleie. I artikkelen til Spence et al. (2009) synes sykepleierne det var vanskelig å vite når og hvordan de skulle gi informasjon til pasienten om palliativ omsorg da pasienter med KOLS ofte har en lengre slutt fase sammenlignet med andre pasientgrupper. En sykepleier uttrykte følgende:

Getting the right information to the right people at the right time is much more difficult than we sometimes imagine. Because if you give information to people at the wrong time they ignore it or if it's inappropriate, it can frighten them or raise their anxiety unnecessarily, so it's much more delicate and difficult operation than we sometimes give credit for. (Spence et al. 2009, 129)

I en artikkel (Reinke^a et al. 2010) kom det fram viktigheten av et godt faglig samarbeid mellom sykepleier og lege i forhold til hvilken informasjon som var blitt gitt. Legen informerte om den palliative behandlingen og diagnosen til pasienten (Reinke^a et al. 2010). Sykepleierne i artikkelen til Philip et al. (2011) og Reinke^a et al. (2010) mente at all diskusjon om palliativ behandling skulle avklares med lege og at det burde skje på et fast tidspunkt. De rapporterte også at de ikke skulle stå ansvarlig for kritisk informasjon som ble gitt til pasienten, og de synes det var utfordrende når slik informasjon ikke var gitt. Sykepleierne rapporterte at det burde være faste rutiner for slike samtaler, da pasienten synes det var vanskelig å ta opp slike tema selv. En av sykepleierne sa:

I think it is a challenge to sort out how much information about their disease they want, so I always let the patient and family guide me on what they want and to what degree. I ask them, ‘‘How much information do you want me to share with you? Do you want all of the details or just the big picture?’’ (Reinke^a et al. 2010, 987)

I Reinke^a et al. (2010) kom det fram viktigheten av at sykepleierne visste hvilken informasjon legen hadde gitt, slik at de kunne møte pasienten på en profesjonell måte. Det at sykepleierne vurderte hva pasienten allerede visste om sin sykdom, anses som en kommunikasjonsferdighet for å vurdere informasjonsbehovet til pasienten. Sykepleierne rapporterte at de gjerne ville delta på samtaler mellom lege og pasient slik at de kunne observere og vurdere om pasienten hadde fått med seg informasjonen som var blitt gitt, og være tilgjengelig til å gjenta informasjon og svare på spørsmål i etterkant. De uttrykte også bekymring for at feilinformasjon og misforståelser skulle føre til mistillit. En sykepleier uttrykte:

When you haven't been given the info and you don't know what's going on with the patient, it's not a team approach; it makes it very difficult. I had no idea that he was just given bad news and I went in and my approach was inappropriate for the situation. I think if I hadn't built a relationship with the patient, he would have thought "Here's a team of people that don't communicate" and that could destroy his trust in us. (Reinke^a et al. 2010, 987)

Sykepleierne i studiet til Andersen, Ytrehus og Grov (2011) ønsket at pasientene hadde fått bedre informasjon og opplæring om sin sykdom i forkant av innleggelsen. Flere av sykepleierne i studiet mente de kunne se hvilke pasienter som hadde fått opplæring og deltatt på KOLS-skole tidligere, da pasienten hadde bedre sykdomsinnsikt og var derfor enklere å hjelpe.

4.2 utfordringer knyttet til kommunikasjon og nærhet

Syv av artiklene, (Andersen, Ytrehus og Grov 2011, Hynes et al. 2015, Reinke^a et al. 2010, Crawford 2010, Reinke^b et al. 2011, Kvangarnes et al. 2012, Spence et al. 2009), omhandlet utfordringer knyttet til kommunikasjon og nærhet. I tre av artiklene kom det fram at kommunikasjon var viktig for et godt samarbeid mellom sykepleier og pasient. Tverrfaglig kommunikasjon mellom sykepleiere og annet helsepersonell var også viktig for å skape trygghet og tillit til pasienten. Sykepleierne uttrykte at kommunikasjonsvansker kunne føre til forverring av symptomer som dyspne, fatigue og stress hos pasienten. Kommunikasjon er en sentral del for å kunne skape tillit og opprette god kontakt med

pasienten. Både verbal og non-verbal kommunikasjon gir trygghet til pasienten under angst- og dyspneanfall. Mangel på tid og ressurser førte til at sykepleierne bare kunne behandle de symptomene som var mest uttalt. Sykepleierne mente det var viktig å diskutere sykdomsprogresjon, behandling og prognose på et tidlig stadie, men mange unngikk dette for å unngå bekymring hos pasienten (Andersen, Ytrehus og Grov 2011, Reinke^a et al. 2010, Spence et al. 2009).

Kvangarnes et al. (2012) og Hynes et al. (2015) skriver at det å dele erfaringer om palliativ omsorg og hvordan pasienten kunne få en verdig død var viktig. Dette for å kunne forbedre den palliative behandlingen. En utfordring var når palliativ behandling ikke var diskutert på forhånd med pasienten slik at sykepleierne ikke visste hvilken behandling de skulle sette i gang ved en akutt forverring av sykdommen.

I Crawfords (2010) studie kom det fram at noen pasienter med KOLS har et langt palliativt forløp, mens andre har et kortere forløp. Derfor kan det være vanskelig å vite når man som sykepleier skal ta opp tema som livets slutt og palliativ behandling. En sykepleier som deltok i studien sa: "COPDs have nine lives...you see them sick and think they won't get through this and suddenly they do." (Crawford 2010, 1165). Sykepleierne synes det var utfordrende å engasjere seg i vanskelige tema som døden, selv om sykepleieren hadde et nært forhold til pasienten. Det kom frem sju tema som omhandlet kommunikasjon ved livets slutt. Disse temaene handlet om å involvere pasienten i avgjørelsen om ønsket behandling dersom pasienten ble for syk til å snakke, snakke om hvor lenge pasienten har igjen å leve, hvordan det oppleves å dø, om hans bekymringer og detaljer rundt forverring av sykdommen, spørre om pasientens religiøse behov og om ting som var viktig i livet. Fire av temaene visste seg å være svært utfordrende for sykepleierne. Disse omhandlet det å snakke om hvordan det oppleves å dø, snakke om hvor lenge pasienten har igjen å leve, involvere pasienten i planlegging av videre behandling og spørre om pasientens religiøse behov. Selv om dette var vanskelige tema for sykepleierne, satte pasientene pris på å bli spurt. Sykepleierne må ha erfaring med å observere og tolke signalene pasienten gir og ha ferdigheter til å "lese mellom linjene", da sykepleierne erfarer at mange pasienter kvier seg for å snakke om vanskelige tema. (Hynes et al. 2015 Reinke^b et al. 2011, Crawford 2010).

I tre av studiene la sykepleierne vekt på nærhet og det å ta seg tid til pasienten.

Underbemanning og mangel på tid ble sett på som en utfordring og kunne føre til at

sykepleierne ble oppfattet som travel. Mangel på tid formidlet stress og hadde dårlig innvirkning på pasienter med KOLS da dette kunne føre til symptomforverring. På grunn av mangel på tid og underbemanning førte dette til at den medisinske behandlingen ble prioritert, selv om de av erfaring visste at nærhet og tilstedeværelse hadde minst like god effekt. Det å hjelpe en pasient med KOLS tar tid og man kan ikke la seg påvirke av at man har det travelt (Andersen, Ytrehus og Grov 2011, Hynes et al. 2015, Spence et al. 2009). Det er også viktig at man som sykepleier klarer å holde følelsene sine i sjakk slik at det ikke påvirker og forverrer pasientens situasjon. Som sykepleier må man tenke over hvilke non-verbale uttrykk man sender ut slik at det ikke virker negativt inn på behandlingen (Crawford 2010).

4.3 Utfordrende symptom sykepleierne måtte håndtere

I fem artikler (Goodridge et al. 2008, Hynes et al. 2015, Andersen, Ytrehus og Grov 2011, Philip et al. 2011, Spence et al. 2009) belyses utfordrende symptom sykepleierne må håndtere ved palliativ behandling til pasienter med KOLS. I to studier kom det fram at sykepleierne mente KOLS er underdiagnostisert og underbehandlet. Sykepleierne synes utfordrende symptom som dyspne, fatigue, smerter, hoste, angst og panikkanfall var vanskelig å håndtere. De mest uttalte symptomene var angst og dyspné. Sykepleierne mente også at pasientene hadde mer behov mer psykisk støtte. Sykepleierne synes det var vanskelig å møte pasienten i slike situasjoner hvor de følte de ikke kunne hjelpe (Goodridge et al. 2008, Spence et al. 2009).

Sykepleierne i en studie formidlet at det var viktig å behandle symptomene på et tidlig stadié (Hynes et al. 2015). Når praktiske tiltak som pusteteknikker og samtale med pasienten ikke fungerte, følte sykepleierne seg tvunget til å ta i bruk medisinsk behandling for å klare å roe pasienten, men de var også redde for at dette ville ta livet av pasienten. Når tiltak som forstøverapparat, oksygen, beroligende medikamenter og bipapbehandling ikke var tilstrekkelig, var sykepleiernes evne til å beholde roen nøkkelen til å håndtere utfordrende symptom. Sykepleierne formidlet viktigheten av å ta seg tid til å sette seg ned og snakke med pasienten. Særlig under et angst- og dyspneanfall kunne dette føre til bedring. Det kom det fram flere eksempler hvor sykepleierne brukte seg selv for å demonstrere ulike behandlingsmetoder for pasienten (Andersen, Ytrehus og Grov 2011, Goodridge et al. 2008).

Sykepleierne hadde ulike syn på bruken av morfin for å lindre symptom i den palliative fasen. Noen mente at morfin kun skulle brukes dersom all livsforlengende behandling var prøvd, mens andre brukte morfin til å lindre dyspnesyndrom i tillegg til livsforlengende behandling (Philip et al. 2011).

Sykepleierne i Philip et al. (2011) synes det var flere aspekter ved den palliative behandlingen som var utfordrende, blant annet at palliativ behandling er begrenset til de siste dagene før livets slutt, at behandlingen kan virke livsforlengende og at pasienter med KOLS har behov for lengre palliativ behandling sammenlignet med andre pasientgrupper. Sykepleierne kom derfor med flere forslag til hvordan de kunne forbedre den palliative omsorgen til pasienter med KOLS. Hjelp til å kontrollere utfordrende symptom, tilgang til hjelp hjemme 24 timer i døgnet, at pasienten selv kan velge behandlingssted og tettere samarbeid mellom kommuner og sykehus.

4.4 Sykepleiernes erfaring med betydningen av håp

I tre artikler (Philip et al. 2011, Crawford 2010 og Reinke^a et al 2010) kom det fram at håp spilte en sentral rolle i den palliative behandlingen til pasienter med KOLS. Sykepleierne brukte mye tid på å snakke med pasienter om deres håp og ønsker. De respekterte pasientens håp, men var tydelig på å ikke gi falske forhåpninger da de visste at pasientens mulighet for bedring var liten. Sykepleierne mente det var viktig å finne en balanse mellom håp og sannhet, og opprettholde håpet om bedring selv om sannheten var en annen. Dersom håpene var realistiske var de villig til å hjelpe pasienten. Dette var med på å skape tillit mellom sykepleier og pasient. En av sykepleierne uttalte:

Nurses are the first people the patient sees, so there are a lot of things they tell us that they don't tell the physician. This helps us establish a relationship, which helps us support their sense of hope. (Reinke^a et al. 2010, 986)

I to av studiene kom det fram at det å motta dårlige nyheter fra legen kan føre til at pasienten mister alt håp. Sykepleierens oppgave er da å opprettholde pasientens håp og hjelpe dem til å takle de tunge nyhetene. Klarer ikke sykepleierne denne oppgaven kan det føre til økt dødsangst for pasienten (Crawford 2010, Reinke^a et al. 2010). Dette kommer godt frem i et eksempel fra artikkelen til Reinke^a et al.:

I consider my job to reinforce and give the patient information in a way that leaves them with hope. Like providing them with resources to help them cope. I can't tell them how to respond to the bad news, there is no right or wrong way. (Reinke^a et al. 2010, 988)

4.5 Sykepleiernes opplevelse av mangel på kunnskap

I flere studier (Hynes et al. 2015, Andresen, Ytrehus og Grov 2011, Crawford 2010, Spence et al. 2009, Disler og Jones 2010) kom det fram at det er mangel på kunnskap hos sykepleiere i forhold til palliativ behandling til pasienter med KOLS. I studiet til Spence et al. (2009) følte sykepleierne at de ikke hadde nok kunnskap til å utføre tilstrekkelig palliativ omsorg til denne pasientgruppen. Sykepleierne i Andersen, Ytrehus og Grov (2011) mente at kunnskap og erfaring spilte en stor rolle i hvordan de kunne hjelpe pasienten. De fremhevet også viktigheten av palliativ tilnærming til pasienter med KOLS, og at økt kunnskap om KOLS og palliasjon bidro til bedre behandling. Sykepleierne i Crawford (2010) mente at KOLS bare blir sett på som en medisinsk diagnose og ikke som en tilstand i terminal fase. Informasjonen sykepleiere ga til pasienter med KOLS ble ofte begrenset i forhold til andre pasientgrupper. Sykepleierne følte på angst og ubehag på grunn av mangel på kunnskap og informasjon, og de følte seg uforberedt når pasienter stilte spørsmål om døden og den palliative behandlingen.

Sykepleierne mente de kunne bli flinkere til å engasjere seg i samarbeidet med palliativt team slik at den palliative omsorgen ble mer spesialisert. Mange av sykepleierne mente de hadde behov for mer informasjon og opplæring rundt bruk av tekniske hjelpemidler ved livets slutt (Hynes et al. 2015).

I studien til Disler og Jones (2010) hadde sykepleierne liten tillit og tro på sine egne evner til å utføre palliativ omsorg til pasienter med KOLS. Hovedårsaken var at sykepleierne hadde manglende kunnskap rundt dette temaet. Alle sykepleierne rangerte sin egen evne til å utføre palliativ omsorg til pasienter med KOLS på en skala fra 1 til 10, hvor 10 var rangert som høyest. Resultatet viste at alle sykepleierne hadde lav selvtillit når det kom til dette området, da gjennomsnittet ble 4. Flere av sykepleierne mente at den palliative behandlingen ville vært bedre dersom de hadde fått opplæring og hadde hatt større erfaring

med pasienter med KOLS i palliativ fase. Sykepleierne hadde vanskeligheter med å skille om pasienten var i palliativ fase eller ikke ut i fra symptombildet til pasienten.

Sykepleierne i Spence et al. (2009) mente at introduksjonen av palliativ omsorg skulle gjøres av et tverrfaglig team. Usikkerheten og uforutsigbarheten rundt KOLS førte til at sykepleierne ikke visste når de skulle starte den palliative behandlingen, og valgte derfor å fortsette behandlingen som tidligere.

5.0 Diskusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke sykepleiernes erfaring med palliativ omsorg til pasienter med KOLS. I følge retningslinjene for bacheloroppgave i sykepleie ved Høgskolen i Molde skal vi i diskusjonsdelen drøfte de ulike delene av metoden og resultatene benyttet i vår studie (Jørgensen og Michalsen 2015).

5.1 Metodediskusjon

I metodediskusjonen diskuteres litteraturens framgangsmåte, styrker og svakheter ved søkestrategi, kvalitetsvurdering og analyse (Jørgensen og Michalsen 2015).

5.1.1 Vurdering av inklusjon- og eksklusjonskriterier

I vårt litteraturstudie var vi ute etter å belyse sykepleiernes erfaring med palliativ omsorg til pasienter med KOLS. Vi lagde en liste over inklusjon og eksklusjon kriterier for å finne relevante artikler, noe som hjalp oss å avgrense søkene. Flere av de inkluderte artiklene omhandlet både sykepleiere, leger og annet helsepersonells erfaringer, samt sykepleie-, pasient- og pårørendeperspektiv. Siden vi har valgt å fokusere på sykepleieperspektivet i litteraturstudien vår har vi kun valgt ut det som er relevant for sykepleierne i hver artikkel. Da vi søkte etter artikler fikk vi opp en del artikler som omhandlet både KOLS og kreft. Siden vi har valgt å fokusere på pasienter med KOLS har vi derfor valgt å ekskludere pasienter med kreft, da den palliative behandlingen er ulik. Vi anser det som en styrke i vår studie at vi har jobbet grundig og systematisk for å trekke ut sykepleieperspektivet, samt data som kun omhandler pasienter med KOLS i palliativ fase. Vi valgte å inkludere både sykepleiere som jobbet med hjemmeboende og pasienter innlagt i institusjon. Dette mener vi styrker vår studie, da vi får fram erfaringer både fra sykepleiere som jobber på sykehus, sykehjem og i hjemmesykepleien.

All innhentet forskning benyttet i vårt studie er fra vestlige land som Norge, Danmark, Irland, England, USA og Australia. Litteraturstudiet vårt representerer forskning kun fra en liten del av verden. Man må derfor ta hensyn til at palliativ omsorg til pasienter med KOLS utføres ulikt i forskjellige deler av verden. Vi kan derfor ikke garantere at funnene i vår studie kan overføres til praksis i ikke-vestlige land. Dette kan være en mulig svakhet ved vår studie.

5.1.2 Datainnsamling

I første del av søkeprosessen benyttet vi et PIO-skjema og de søkeordene som vi mente var relevante for vår hensikt, men dette resulterte i null treff. Etter møte med bibliotekar viste det seg å være hensiktsmessig å bruke færre søkeord for å komme fram til relevant forskning. Vi benyttet flere databaser i vårt søk i tillegg til manuelt søk. Grunnen til at vi benyttet oss av manuelt søk var fordi det var vanskelig å finne relevant forskning knyttet til vår hensikt. Dette ser vi på som en styrke, da det er mindre sannsynlighet for at vi har gått glipp av relevant forskning. Underveis oppdaget vi ut at det var en artikkel vi ikke kunne bruke og måtte derfor foreta oss nye søk. Ved enda et manuelt søk fant vi en artikkel, men var usikker på om den var god nok da det kun er nevnt to sykepleiere i studien. Det kom fram i studien at palliativ- og respiratorisk team var med i studien, så vi valgt å inkludere artikkelen da vi av erfaring vet at det er sykepleiere med i palliativt og respiratorisk team. Vi konkluderte derfor med at det var mer enn to sykepleiere med i studiet. Vi valgte å søke hjelp hos bibliotekar for å se om vi fant en artikkel som inkluderte flere sykepleiere. De nye søkene resulterte i at vi kun fikk opp artikler som vi hadde gått igjennom tidligere og som ikke var relevante. Det at vi igjen søkte hjelp hos bibliotekar ser vi på som en styrke, da vi har funnet det som er av artikler knyttet til vår studie.

Det er anbefalt at artiklene ikke skal være eldre enn 5 år, men vi har valgt å utvide søket vårt til 2005 siden det var utfordrende å finne relevante forskningsartikler til vårt tema. Vi inkluderte to artikler som var eldre enn 5 år, hvor den ene var fra 2008 og den andre fra 2009. Bakgrunnen for dette var at vi mente artiklene var av god kvalitet og kunne knyttes opp mot nyere funn. Eldre forskning er en mulig svakhet ved vår studie da nyere forskning gir et bedre bilde av hvordan palliativ omsorg utøves i dag.

Vi har en kvalitativ hensikt og vi har derfor valgt å inkludere flest kvalitative artikler, men også noen kvantitative i vår studie. Ved å bruke kvalitative artikler fikk vi fram sykepleierens egne erfaringer med palliativ omsorg til pasienter med KOLS. Mens ved bruk av kvantitative artikler fikk vi bekreftet de samme funnene med en større mengde data (Jacobsen 2010). Grunnen til at vi valgte å inkludere kvantitativ forskning i vår studie var for å underbygge våre funn, i tillegg til at vi hadde vansker med å finne nok artikler.

5.1.3 Kvalitetsvurdering

Først valgte vi å sjekke om alle artiklene var publisert i tidsskrifter fagfelle-vurdert til nivå 1 eller 2 ved publiseringskanalen for Norsk senter for forskningsdata (NSD 2016). For å kritisk vurdere kvaliteten på de ti inkluderte forskningsartiklene benyttet vi oss av to ulike sjekklister fra kunnskapssenteret (2014). Vi benyttet sjekklister for kvalitativ forskning og RCT- studier, samt en sjekklister for survey-studier da de inkluderte artiklene hadde benyttet disse metodene i sin studie. En mulig svakhet ved dette er at vi har liten erfaring ved bruk av slike sjekklister fra tidligere, men vi har gått nøye gjennom hver artikkel og forsikret oss om at de inkluderte artiklene var av god nok kvalitet. Vi valgte å lage vårt eget rangeringssystem for å vurdere om artiklene var av lav, middels eller høy kvalitet. Oppfylte artiklene 7 eller flere av kriteriene i sjekklisten ble kvaliteten vurdert som middels, om artiklene oppfylte 9 eller flere kriterier anså vi kvaliteten som høy. Vi hadde ingen artikler som ble vurdert til lav kvalitet, derfor ble ingen ekskludert. Dette anser vi som en styrke. En mulig svakhet var at vi kun fant ti artikler, noe som gjorde at vi ikke kunne ekskludere artikler av middels kvalitet gjennom denne kvalitetsvurderingen. Dette fordi vi ikke fant flere artikler. Den ene artikkelen omhandlet både sykepleiere og helsepersonell, og det var ikke mulig å trekke ut hva sykepleierne hadde svart. Vi valgte likevel å inkludere artikkelen da den svarer godt på vår hensikt, men det kan være en svakhet da det ikke er mulig å skille sykepleierne fra annet helsepersonell. I eksklusjons kriteriene har vi valgt å ekskludere leger og annet helsepersonell. Det er derfor litt motsigende da vi likevel har valgt å inkludere en artikkel som omhandler helsepersonell, men dette var på grunn av det uklare skille. Vi har valgt å betegne de som sykepleiere i oppgaven. I følge sjekklister fra kunnskapssenteret (2014) er artikkelen av høy kvalitet, men vi anser den som middels da det er få sykepleiere med i studie.

Ni av våre artikler var publisert på engelsk og en på norsk. I og med at vi ikke har noe særlig erfaring med å lese engelske forskningsartikler, kan vi derfor ikke garantere at vi har forstått innholdet i artiklene korrekt. Dette kan dermed være en svakhet ved vår studie.

5.1.4 Etiske overveielser

Når en skal utføre en litteraturstudie er det viktig å ta hensyn til deltakernes personvern og sikre at funnene er troverdige (Dalland 2012). Etiske aspekt som vi tok hensyn til i vår studie var å kontrollere at alle artiklene var godkjent av en etisk komité eller at det kom

klart fram at all data var anonymisert og at deltakelsen var frivillig. I følge Jacobsen skal alle undersøkelser utført på mennesker tilfredsstillende visse krav. Disse kravene omfatter informert samtykke, krav til å bli korrekt gjengitt og krav til privatliv (Jacobsen 2010). Åtte av våre inkluderte artikler er godkjent av en etisk komité, mens i de to andre er dette ikke gjort rede for. Det er ingen klare regler for hva som er tillatt og ikke, vi har derfor valgt å stille noen kontrollspørsmål fra Dalland (2012) for å finne ut om de to artiklene oppfylte kriteriene for etisk hensyn. For oss var det viktig at sykepleierens deltakelse var frivillig og anonymisert. Vi undersøkte om deltakelsen i studiene var frivillig og at all data var anonymisert før vi bestemte oss for å bruke de. Dette ble overholdt i alle artiklene og vi anser det som en styrke ved vår studie.

5.1.5 Analyseprosessen

Analyse er et verktøy for å granske hva studiet har å formidle (Dalland 2012). Vi tok i bruk Evans fire faser som metode for å analysere våre funn. Dette gjorde prosessen lettere og mer oversiktlig da vi hadde et hjelpemiddel å se etter underveis. Vi leste først artiklene hver for oss og markerte det vi mente var relatert til vår studie. Deretter gikk vi sammen og sammenlignet funnene. Dette mener vi er en styrke for vår studie, da det er lettere å oppdage viktige funn om man først jobber individuelt for deretter å gå sammen. En svakhet ved vår litteraturstudie kan være at vi har brukt vår egen språkerfaring da vi oversatte artiklene fra engelsk til norsk. Vi må derfor ta forbehold om at vi kan ha feiltolket data i artiklene. Vi syntetiserte deretter hovedfunnene på tvers av studiene. I artiklene kom det fram flere funn som vi valgte å samle inn under fem hovedtema. Evans metode har vært et godt hjelpemiddel i prosessen, men med tanke på at vi har lite erfaring med analyse fra tidligere kan dette også være en svakhet ved vår studie.

5.2 Resultatdiskusjon

I følge retningslinjene til Høgskolen i Molde for bachelor i sykepleie skal studiets resultat diskuteres opp imot studiets hensikt, problemstilling, bakgrunnsteori og ny relevant forskning (Jørgensen og Michalsen 2015).

5.2.1 Sykepleiernes erfaring med informasjon

Våre funn viste at god informasjon til pasienten fra sykepleieren er viktig for å kunne gi god palliativ behandling (Reinke^a et al. 2010, Spence et al. 2009, Philip et al. 2011, Andersen, Yrtehus og Grov 2011). Det å gi informasjon og veiledning var en av de viktigste oppgavene til sykepleieren. Som sykepleier må man finne ut hvilken informasjon pasienten trenger og formidle informasjonen på en god måte (Eide og Eide 2012) I følge Mathisen er det å vite hva man skal si, hvor mye, hvordan og når man skal formidle informasjon en utfordring, både faglig, etisk og juridisk. I Pasientrettighetsloven kommer det fram at man må tilpasse informasjonen etter den enkeltes behov (Mathisen 2011). Et av funnene våre viste at sykepleierne synes det var utfordrende å vite når og hvordan de skulle gi informasjon til pasienter med KOLS i palliativ fase, da disse pasientene ofte har en lengre slutfase i forhold til andre pasientgrupper. Dette begrunnet de med at definisjonen og innføringen av palliativ omsorg var uklar. Sykepleierne var usikker på sin egen rolle og kommunikasjonsferdigheter knyttet til frykt for pasientens reaksjon. Dette førte til at den palliative omsorgen kom sent i gang (Spence et al. 2009). Sykepleierne i Andersen, Yrtehus og Grov (2011) mente at de pasientene som på forhånd hadde fått god informasjon om sin sykdom var enklere å hjelpe.

Sykepleierne i Spence et al. (2009) hadde ulike syn på hvordan de definerte palliativ omsorg. Palliativt team mente at det var viktig å introdusere palliativ omsorg tidlig i sykdomsforløpet, slik at pasienten var best mulig forberedt. De i respirasjonsteamet mente at dette ikke var nødvendig da det kunne føre til at pasienten ble opprørt. Andre igjen mente at det var symptomene til pasienten som avgjorde når den palliative omsorgen skulle starte. En av sykepleierne fremhevet at det er viktig å gi riktig informasjon til rett tid. Om man gir informasjon til en pasient på feil tidspunkt kan man risikere at unødvendig angst oppstår og at informasjonen ikke når fram, men dette er enklere sagt enn gjort. Mathisen (2011) skriver at man som sykepleier opplever en rekke utfordringer i møte med pasienter i palliativ fase. En av utfordringene kan være det å ikke lyve for pasienten, samtidig som man ikke skal være for ærlig da dette kan forverre pasienten situasjon. I følge Kristoffersen (2011) har man ingen garanti for innholdet i informasjon som er blitt gitt har blitt forstått. Av erfaring vet vi at pasienter i en sårbar fase av livet kan ha vansker med å ta til seg informasjon. Det er da viktig at vi som sykepleiere er tilgjengelig for å svare på spørsmål og eventuelt gjenta tidligere informasjon som er blitt sagt for å forsikre

oss om at det er forstått. Alle sykepleiere er klar over at det er slik det bør gjøres i praksis, men i en travel hverdag kan dette fort bli glemt. Det er derfor viktig at sykepleiere minner hverandre på dette.

Sykepleierne i Reinke^a et al. (2010) og Philip et al. (2011) fremhevet viktigheten av et godt faglig samarbeid mellom sykepleier og lege. De mente at all informasjon i forhold til den palliative behandlingen skal gis av lege og at de som sykepleiere ikke skulle stå ansvarlig for å gi kritisk informasjon. I følge Mathisen (2011) er det legens oppgave å informere pasienten om sykdommens forløp og prognose. Godt samarbeid mellom sykepleier og lege er viktig slik at sykepleieren er orientert om hvilken informasjon som er gitt til pasienten. I noen tilfeller ønsker legen å ha med sykepleier under samtale med pasienten. Etter legen har gitt pasienten informasjon er det sykepleierens oppgave å støtte pasienten. Et av funnene fremhever at det var sykepleierens oppgave å vurdere pasientens informasjonsbehov ut i fra hva pasienten allerede visste om sin sykdom. Som vi så i en av uttalelsen synes sykepleieren det var utfordrende å sortere ut hvor mye informasjon om sykdommen pasienten ønsket. Ved å spørre pasienten fant sykepleieren ut hvor mye og hvilken informasjon pasienten ønsket (Reinke^a et al. 2010).

Hvordan man som sykepleier ordlegger seg er viktig for å unngå misforståelser (Mathisen 2011). Funn visste at sykepleierne var bekymret for at feilinformasjon og misforståelser ville skape mistillit mellom pasient og sykepleier. En sykepleier synes det var vanskelig når hun ikke hadde fått informasjon om hva legen hadde snakket med pasienten om. Legen hadde gitt pasienten dårlige nyheter, noe sykepleieren ikke visste. Hun oppførte seg derfor normalt, noe som var upassende i denne situasjonen. Hadde det ikke vært for at sykepleieren hadde et godt forhold til pasienten kunne dette føre til at pasienten mistet tillitten til sykepleieren (Reinke^a et al. 2010). Feilinformasjon og misforståelser kan i praksis føre til at pasienter ikke får den informasjonen de har krav på, samtidig som det kan føre til feilbehandling da viktig informasjon mellom sykepleier og annet helsepersonell kan gå tapt.

I praksis har vi selv erfart at legen har gitt informasjon som pasienten ikke klarer å ta til seg. Pasienten bekrefter ofte ovenfor legen at informasjonen er blitt forstått, men virkeligheten er ofte det motsatte. Leger bruker ofte ord og uttrykk som er ukjent for pasienten, og vi som sykepleiere må derfor ofte gjenta det som er blitt sagt og forklare det

på en enklere måte. Dette er en utfordring da legen ofte informerer pasienten uten at sykepleieren er tilstede eller legen glemmer å videreformidle hva som er blitt sagt. Vår erfaring fra praksis er at man må tilpasse informasjonen til hver enkelt pasient, og at kort og enkel informasjon gitt over tid ofte er det beste. Vi synes at funnene i studiet bekrefter vår erfaring med manglende kommunikasjon mellom sykepleier og lege, og at dette kan påvirke pasienten negativt. For at dette skal bli bedre er det viktig at legen orienterer sykepleieren om hvilken informasjon som er gitt. Dersom dette ikke blir gjort er det sykepleierens oppgave å ta kontakt med ansvarlig lege. Vi ser at dette er noe vi i framtiden må være spesielt oppmerksom på når vi i praksis har ansvaret for denne pasientgruppen.

5.2.2 Sykepleierne opplevelse av kommunikasjon og nærhet

Syv av våre artikler belyser sykepleierens opplevelse av kommunikasjon og nærhet (Andersen, Ytrehus og Grov 2011, Hynes et al. 2015, Reinke^a et al. 2010, Crawford 2010, Reinke^b et al. 2011, Kvangarnes 2012, Spence et al. 2009). I følge Eide og Eide (2012) er god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient viktig for å hjelpe pasienten til å takle sin sykdom og bearbeide reaksjoner. Det er viktig at pasientens ønsker angående behandling blir vurdert, og det viser seg at pasienter med KOLS setter pris på slike samtaler, men at de ofte blir unngått (Gulsvik et al. 2012). Sykepleierens samtale, berøring og fysisk nærvær kan virke lindrende på pasienten (Grov 2014). Funnene våre visste at sykepleierne erfarte at både verbal og non-verbal kommunikasjon skapte trygghet og tillit hos pasienten. Ved samtale og nærvær opplevde mange av sykepleierne at pasienten var mer åpen om sine bekymringer og dette bidro til en god relasjon dem imellom. God tverrfaglig kommunikasjon er viktig for å skape trygghet og tillit til pasienten (Andersen, Ytrehus og Grov 2011, Reinke^a et al. 2010). Funnene viste også at sykepleierne delte sine erfaringer om palliativ omsorg og diskuterte vanskelige tema. Sykepleierne synes det var utfordrende når det ikke var diskutert palliativ behandling i forkant av en eventuell forverring. Alle sykepleierne var enige om at spørsmål om palliativ behandling ikke bør stilles i en akutt fase da pasienten ofte ikke tenker klart, men ønsker rask behandling for symptomene der og da (Kvangarnes et al. 2012).

Mathisen skriver at man ser på døden som en del av livet hvor den palliative behandlingen verken fremskynder eller forlenger dødsprosessen. Dersom pasienten ikke lenger kan uttrykke hva en ønsker eller føler må sykepleieren kunne observere pasientens kroppsspråk

for å kunne gi en god palliativ behandling (Mathisen 2011). Mange sykepleiere synes det er utfordrende å snakke med pasienten om følelser og reaksjoner relatert til døden (Kalfoss 2010). Sykepleierne i våre funn synes samtaler knyttet til døden var utfordrende (Reinke^b et al. 2011, Hynes et al. 2015). Andre funn viste at sykepleierne synes det var utfordrende å vite hva, hvordan og når man skal si ting til en pasient som er dødssyk. Det å vite når man skal introdusere palliativ omsorg til pasienter med KOLS kan være utfordrende da de har ulikt forløp (Crawford 2010). Har pasienten mindre enn 9-12 måneder forventet levetid starter den palliative fasen (Grovs 2014). Utviklingen av KOLS skjer gradvis over tid og døden er vanskelig å forutsi (Brodtkorb 2008). Det uforutsigbare sykdomsforløpet til en pasient med KOLS illustreres i Gulsvik et al. (2012) graf. En sykepleier uttrykte at pasienter med KOLS har ni liv, når du ser hvor syke de er tror man at de ikke vil klare seg, men så gjør de det likevel. Dårlige nyheter om sykdommen kan føre til følelsesmessige reaksjoner for pasienten, derfor er valg av tidspunkt og hvordan man ordlegger seg svært viktig. Det er også viktig å sette grenser for hva man tror pasienten vil høre og ikke (Crawford 2010).

Sykepleierne i et av funnene uttrykte viktigheten av å holde følelsene sine i sjakk for ikke å forverre pasientens situasjon. De måtte da tenke over hvilke non-verbale uttrykk de sendte ut slik at det ikke påvirket pasient negativt (Crawford 2010). I følge Eide og Eide (2012) kan nonverbale uttrykk avsløre ubevisste og spontane reaksjoner i form av ansiktsuttrykk, blick og kroppsspråk. I praksis har vi selv opplevd at det kan være vanskelig å holde følelsene sine tilbake i møte med pasienter i en sårbar fase av livet. Har vanskelige ting skjedd på jobben er det viktig å snakke om dette med kollegaer for å unngå å ta med seg dette hjem, men vi har selv erfart at det ofte blir glemt. Om det hadde vært faste rutiner på oppfølging etter vanskelige hendelser kan sykepleierne være bedre rustet til å takle slike situasjoner.

Sykepleierne i Andersen, Ytrehus og Grovs (2011), Spence et al. (2009) og Hynes et al. (2015) la vekt på nærhet og det å ta seg tid til pasienten. Kalfoss (2010) skriver at kommunikasjon er med på å styre hvor nær sykepleieren kommer pasienten. Alle sykepleierne i et av funnene la vekt på nærhet og det å ta seg tid pasienten, da stress kunne føre til symptomforverring hos pasienter med KOLS (Andersen, Ytrehus og Grovs 2011). Sykepleierne synes underbemanning og mangel på tid var utfordrende, da de ofte ble sett på som opptatt (Spence et al. 2009). De forklarte nærhet med støtte, tilstedeværelse og

legge til rette for at pasienten skulle ha det best mulig. Dette bidro til at pasienten ikke følte seg ensom og skapte trygghet til sykepleierne. Sykepleierne var opptatt av at pasientene hadde individuelle behov og tilrettela behandlingen etter dette (Andersen, Ytrehus og Grov 2011) Andre sykepleiere la mer fokus på den medisinske behandlingen, selv om de visste at nærhet og tilstedeværelse hos pasienten ofte hadde like god effekt. Grunnen til at sykepleierne prioriterte medisinsk behandling var tidspress og underbemanning (Hynes et al. 2015). Pasienter med KOLS sliter ofte med angst i forbindelse med dyspne, i slike situasjoner er det viktig at sykepleierne opptrer rolig og er hos pasienten (Almås et al. 2010). En av oss har selv opplevd at det å være tilstede og ta seg tid til pasienten hadde bedre effekt enn medisinsk behandling. En pasient med KOLS slet med dyspne og angst og det ble forsøkt med medisinsk behandling uten effekt. Det eneste som hjalp for å lette symptomene til pasienten var å sette seg ned og holde vedkommende i hånda. I praksis anbefaler vi at sykepleierne tar seg god tid og er til stede hos pasienten for å se om dette letter symptomene før en tar i bruk medisinsk behandling.

5.2.3 Sykepleiernes erfaring med utfordrende symptom

I våre funn kom det fram flere utfordrende symptom sykepleierne måtte håndtere hos pasienter med KOLS i palliativ fase (Phillip et al. 2009, Andersen, Ytrehus og Grov 2011, Goodridge et al. 2008, Hynes et al. 2015, Spence et al. 2009). I et av våre funn belyser sykepleierne utfordrende symptom som dyspne, fatigue, smerter, hoste, angst og panikkanfall, de mente også at det var behov for mer fysisk og psykisk støtte blant pasienter med KOLS i palliativ fase (Spence et al. 2009). Symptomer man ser hos pasienter med KOLS er hoste med ekspektorat, respirasjonslyder, cyanose, dyspne, bruk av hjelpemuskulatur, fatigue og søvnforstyrrelser. De er også ofte plaget med angst (Skjøsberg 2010). KOLS deles inn i fire grader, der grad 3, alvorlig KOLS, og grad 4, svært alvorlig KOLS, er mest aktuell for palliativ omsorg (Almås et al. 2010). Det å ivareta pasientens psykiske behov er også en viktig del av sykepleien (Grov 2014). Vi har begge erfart at slike symptomer kan være utfordrende å behandle. En av oss har opplevd å stå alene i en slik situasjon, noe som var ubehagelig både for henne og pasienten. Det å vite hva man skulle gjøre var utfordrende, hun diskuterte derfor med en kollega hvordan dette skulle håndteres. I praksis kan det være gunstig å ha noen å diskutere utfordrende situasjoner med, slik at man ikke står alene om vanskelige avgjørelser.

Ved KOLS-forverring kan man se symptomer som økt dyspne og ekspektorat, luftveisinfeksjon, feber, økt respirasjonsfrekvens, økt pulsfrekvens, nedsatt bevissthet, irritabilitet, uklarhet, hodepine, store og utartede respirasjonsbevegelser, halsvenestuvning og ankelødem (Bakkeland og Thorsen 2005). Sykepleiernes oppgave i forhold til behandling av pasienter med KOLS i palliativ fase er hovedsakelig administrering av legemidler, oksygen og kliniske observasjoner (Grov 2014). Sykepleierne mente at det var viktig å behandle symptomene på et tidlig stadie (Hynes et al. 2015). Dersom ikke tiltak som pusteteknikker og samtale med pasienten fungerte følte sykepleierne seg tvungen til å ta i bruk medisinsk behandling for å roe pasienten, men samtidig var de redde for at dette kunne ta livet av pasienten (Goodridge et al. 2008). Noen av sykepleierne benyttet ulike medisinske behandlingstiltak for å håndtere utfordrende symptom, men da dette ikke hjalp var nøkkelen å opptre rolig (Andersen, Grov og Ytrehus 2011). Pasienter som lider av KOLS har ofte nedsatt ernæringsstatus (Bakkeland og Thorsen 2005). Vi har selv opplevd at pasienter med KOLS er underernært da de ofte ikke har krefter til å spise og har dårlig matlyst. Dersom den palliative pasienten er i en fase der han fortsatt ønsker mat er det viktig at vi som sykepleiere tilrettelegger måltider som er lette å spise. På denne måten kan vi forebygge underernæring og øke pasientens livskvalitet.

Sykepleierne i Goodridge et al. (2008) synes at angst og dyspne var de meste utfordrende symptomene, da de følte at de ikke kunne hjelpe pasienten. I følge Almås et al. (2010) har pasienter med KOLS ofte angst i forbindelse med pustebesvær, det er da viktig at sykepleieren er tilstede, opptre rolig og forbereder pasienten på hva som vil skje. I ett av funnene uttalte sykepleierne at de av erfaring visste at det å ta seg god tid og snakke med pasienten kunne hjelpe på angst- og dyspneanfall. De strakte seg langt for å gi pasienten nødvendig hjelp og støtte. En sykepleier i studiet tok på seg en bipapmaske for å vise pasienten hvordan den fungerte og at det ikke var noe å være redd for. En annen sykepleier fortalte om hvordan hun brukte leppepust for å få pasienten til å roe seg. Økt kunnskap om KOLS og palliasjon gjorde at sykepleierne synes det var enklere å nærme seg pasienter med angst og dyspné. De fikk da en bedre forståelse for hvilken hjelp pasienten hadde behov for å kunne videreformidle kunnskap til pasienten (Andersen, Ytrehus og Grov 2011).

For at pasienten skal få en verdig død må sykepleieren administrere medisinsk behandling og legge omgivelsene til rette rundt pasienten (Kristoffersen, Breivne og Nortvedt 2011).

Ved palliativ omsorg blir det brukt både medikamentell og ikke-medikamentell behandling, der Morfin, Midazolam, Haldol og Robinul er de mest brukte medikamentene (Gro 2014). Morfin er mest brukt for å lindre smerter og tungpust hos pasienter med KOLS, og anbefales som førstevalg i Norge (Gulsvik et al. 2012). Funnene viste at sykepleierne hadde ulike meninger om bruken av Morfin i palliativ fase. Noen mente at Morfin ikke skulle brukes før all livsforlengende behandling var avsluttet, mens andre brukte Morfin i tillegg til livsforlengende behandling. Sykepleierne påpekte flere utfordrende aspekter ved den palliative behandlingen og kom derfor med forslag til hvordan den palliative omsorgen til pasienter med KOLS kan forbedres. De mente at hjelp til å kontrollere utfordrende symptom, tilgang til hjelp 24 timer i døgnet, tettere samarbeid mellom kommuner og sykehus og valg av behandlingssted var med på å bedre den palliative behandlingen (Philip et al. 2011). I forhold til dette er samhandlingsreformen svært aktuell. Samhandlingsreformen handler om å skape et bedre, mer koordinert og helhetlig helsetilbud der pasienten får rett behandling til rett tid på rett sted hvor behandlingen er tilpasset hver enkelt. For at dette skal være mulig må en sørge for et godt samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet 2016).

I forhold til palliativ omsorg har vi selv erfart at Morfin, Midazolam, Haldol og Robinul brukes hyppig for å dempe utfordrende symptom. I starten ber enkelte pasienter selv om smertelindring, men når de kommer lengre ut i forløpet blir det laget en plan for når og hvor mye de skal ha. Etter medikamentet er gitt er det viktig at vi som sykepleiere observerer pasienten for å finne ut om legemidlet hadde ønsket effekt. Medisinsk behandling for å behandle utfordrende symptom kan i enkelte tilfelle virke livsforlengende selv om ikke det var hensikten med behandlingen.

5.2.4 Viktigheten av å opprettholde håp

I tre av studiene belyser sykepleierne viktigheten av å opprettholde håp hos pasienten (Philip et al. 2011, Crawford 2010, Reinke^a et al. 2010). Mathisen (2011) skriver at håp er en sentral del i den palliative omsorgen til pasienter med KOLS. Dersom pasienten har et behov for håp er det viktig at vi som sykepleiere lytter og støtter pasienten så langt det er mulig. Sykepleierne i våre funn mente det var viktig å respektere pasientens håp, men av erfaring viste de at muligheten for bedring var liten og de var derfor tydelige på å ikke gi falske forhåpninger. Sykepleierne mente også at det var viktig å finne en balanse mellom

håp og sannhet. Likevel var det viktig å opprettholde håpet om bedring, selv om sannheten ofte var en annen (Crawford 2010, Philip et al. 2011, Reinke^a et al. 2010).

Sykepleierne i Reinke^a et al. (2010) brukte mye tid på å snakke med pasienter om deres håp og ønsker. Torbjørnsen (2014) skriver at håp er et viktig tema i livets slutfase og som sykepleier er det derfor viktig å snakke med pasienten om håp da dette fører til bedre mestring. I to av funnene var sykepleierne villig til å hjelpe pasienten dersom håpene var realistiske, noe som var med på å skape tillit til sykepleieren. En av sykepleierne uttalte at pasientene fortalte mer til sykepleierne enn til legen, da sykepleierne er de første menneskene de møter. Dette hjalp sykepleierne til å etablere et forhold til pasienten og bidro til å støtte pasientens håp. Dårlige nyheter fra legen kunne føre til at pasienten mistet alt håp. Som sykepleier var det da viktig å opprettholde pasientens håp noe som kan hjelpe dem å takle de dårlige nyhetene. Dersom sykepleierne ikke klarte dette kunne det føre til økt dødsangst hos pasienten (Reinke^a et al. 2010, Crawford 2010). Håp kan være små og store, som det å få god omsorg, ha mennesker rundt seg som en er glad i og et liv etter døden (Gro 2014). I en av uttalelsene sa en sykepleier at jobben hennes går ut på å gi informasjon på en måte som etterlater pasienten med håp. Hun forteller at det er vanskelig å forutsi hvordan en pasient kan reagere på dårlige nyheter, men ingenting er rett eller galt. Som sykepleier må man derfor hjelpe pasienten til å takle nyhetene på en god måte (Reinke^a et al. 2010). Vi har selv erfart at man som sykepleier må ha en positiv holdning i møte med pasienter i en sårbar fase av livet, slik at man opprettholder pasientens håp.

5.2.5 Mangel på kunnskap var en utfordring blant sykepleierne

I fem av artiklene belyste sykepleierne at mangel på kunnskap var en utfordring (Spence et al. 2009, Hynes et al. 2015, Andersen, Ytrehus og Gro 2011, Crawford 2010, Disler og Jones 2010). Palliativ omsorg til pasienter med KOLS blir ikke gitt like mye oppmerksomhet som palliativ omsorg til andre sykdomsgrupper, selv om de har lik prognose og symptombelastning. Heldigvis er det et økende fokus på dette, men likevel er det å lindre symptomer en utfordring. I Norge er vi fremdeles ikke godt nok forberedt til å behandle pasienter med KOLS i palliativ fase (Gulsvik et al. 2012). I et av funnene følte sykepleierne at de hadde for lite kunnskap til å kunne utføre god palliativ omsorg til pasienter med KOLS (Spence et al. 2009). Andre sykepleiere uttrykte at de hadde behov for mer kunnskap og informasjon om bruk av tekniske hjelpemidler ved livets slutt (Hynes

et al. 2015). I 2 av 3 tilfeller er KOLS forårsaket av røyking, men andre faktorer kan også spille inn (Almás et al. 2010). Sykepleierne i våre funn mente at pasienter med KOLS ofte blir underprioritert i forhold til andre pasientgrupper når det kommer til palliativ omsorg. De mente at pasienter med KOLS ikke blir tilbydd palliativ behandling på lik linje som andre pasienter fordi KOLS ofte blir stigmatisert som en livsstilssykdom. Sykepleierne uttrykte at kunnskap og erfaring hadde stor betydning for hvordan de kunne hjelpe pasienten, og at økt kompetanse om KOLS og palliasjon bidro til en bedre behandling (Andersen, Ytrehus og Grov 2011).

Sykepleierne i Crawford (2010) mente at KOLS ikke ble behandlet som en tilstand i terminal fase, men som en medisinsk diagnose. På grunn av sykepleiernes manglende kunnskap fikk pasienter med KOLS ofte begrenset informasjon i forhold til andre pasientgrupper. Noen av sykepleierne følte på angst og ubehag og følte seg uforberedt når pasienter stilte spørsmål om døden og den palliative behandlingen. Som studenter har vi selv kjent på dette ubehaget i praksis, da vi ofte ikke har nok kunnskap til å kunne svare på spørsmål fra pasienter og pårørende. Vi har da oppsøkt sykepleiere med mer erfaring for å ikke feilinformere pasienten. Et funn viste at mangel på kunnskap kunne føre til at sykepleierne hadde liten tillit og tro på sine egne evner til å utføre god palliativ omsorg og behandling. I en undersøkelse kom det frem at sykepleierne hadde lav selvtillit i forhold til palliativ behandling til pasienter med KOLS (Disler og Jones 2010). Sykepleierne synes at palliativ omsorg skulle presenteres av et tverrfaglig team, da de var usikker på når den palliative behandlingen til pasienter med KOLS skulle starte. Dette førte til at de fortsatte behandlingen som tidligere (Spence et al. 2009). Dersom flere av sykepleierne hadde fått bedre opplæring og hadde erfaring med pasienter med KOLS i palliativ fase, mente sykepleierne at den palliative behandlingen hadde vært bedre. Sykepleierne synes det var vanskelig å dømme ut ifra symptombilde til pasienten om han var i palliativ fase eller ikke (Disler og Jones 2010). Andre sykepleiere mente at den palliative behandlingen til pasienter med KOLS kunne bli mer spesialisert dersom sykepleierne hadde et tettere samarbeid med palliativt team (Hynes et al. 2015). Vi har selv ulike erfaringer med bruk av palliativt team. En av oss har erfart at sykepleierne hadde et godt samarbeid med palliativt team, hvor de hadde et møte med pasient og pårørende og sammen lagde en videre behandlingsplan. Den andre av oss har erfart at sykepleierne nølte med å ta kontakt da de var usikre på når de skulle koble inn palliativ team og rutineene på dette. Det å utarbeide gode rutiner på samarbeid med palliativt team er noe vi vil vektlegge i praksis.

I praksis har vi selv vært i situasjoner der vi har hatt manglende kunnskap i møte med palliative pasienter. De første gangene synes vi det var vanskelig å vite hva vi skulle gjøre og så da vi har fått for lite undervisning om palliasjon og døende pasienter. Det er ikke sikkert at man møter palliative pasienter i praksis, men vi har selv møtt en del og mener at vår erfaring har gjort oss bedre rustet til å takle slike situasjoner. Vi mener det burde vært mer undervisning om palliativ omsorg slik at man som nyutdannet sykepleier er bedre forberedt når en møter slike pasienter i praksis.

6.0 Konklusjon

Hensikten med litteraturstudien var å undersøke sykepleiernes erfaring med palliativ omsorg til pasienter med KOLS. I litteraturstudien vår kom det frem fem klare tema relatert til palliative pasienter med KOLS. Vi har innhentet kunnskap om sykepleiernes erfaring hvor de belyste viktige og utfordrende aspekter i forhold til palliativ omsorg til pasienter med KOLS.

Sykepleierne i vår studie erfarte at det var viktig å ha et godt tverrfaglig samarbeid med annet helsepersonell for å vite hvilken informasjon som var blitt gitt. De la også vekt på viktigheten av kommunikasjon og nærhet mellom sykepleier og pasient. Sykepleierne uttrykte at håp var en sentral del av den palliative omsorgen til pasienter med KOLS. Det at sykepleierne fant en balanse mellom håp og virkelighet hjalp pasienten til å opprettholde håpet. Informasjon, kommunikasjon, nærhet og håp bidro til å skape trygghet og tillit til sykepleierne.

Sykepleierne opplevde en rekke utfordrende symptom de måtte håndtere ved palliativ omsorg til pasienter med KOLS, der angst og dyspne var mest uttalt. I flere tilfeller strakte sykepleierne seg langt, men følte likevel at de ikke kunne hjelpe pasienten. Det å beholde roen og ta seg tid til pasienten var minst like viktig som administrering av medikamenter for å lette symptomer hos pasientene. I våre funn uttrykte sykepleierne at de hadde manglende kunnskap og erfaring med å hjelpe pasienter med KOLS i palliativ fase. Usikkerhet rundt KOLS som sykdom førte til at sykepleierne ikke visste når de skulle starte den palliative behandlingen. Mange av sykepleierne følte seg uforberedte i møte med palliative pasienter, og hadde liten tillit og tro på sine egne evner. Økt kunnskap om KOLS og palliasjon og mer erfaring blant sykepleierne ville ført til at den palliative behandlingen ble bedre.

I praksis har vi som sykepleiere et ansvar for å holde oss faglig oppdatert og tilegne oss nødvendig kunnskap. Dersom vi skal ha ansvar for en pasient med KOLS i palliativ fase er det viktig at man har kunnskap for å kunne hjelpe pasienten. Det å informere og snakke med pasienten om vanskelig tema som døden er viktig for å skape tillit mellom sykepleier og pasient. Tid og ressurser er en utfordring i sykepleieyrke, man må derfor være bevisst på at trygghet og ro kan bidra til å håndtere utfordrende symptom som angst og dyspne, i

like stor grad som medisinsk behandling. Man kan spare samfunnet for store økonomiske kostnader og ikke minst pasienten for mange unødvendige bivirkninger. Mangel på kunnskap og informasjon vil føre til at den palliative behandlingen blir dårligere. Misforståelser og dårlig kommunikasjon kan føre til feilbehandling og at pasienten mister tillitt til sykepleier og annet helsepersonell.

6.1 Forslag til videre forskning

I dette litteraturstudiet har vi erfart at det er lite forskning på sykepleiernes erfaringer angående palliativ omsorg til pasienter med KOLS. Det er mye forskning på palliativ omsorg til pasienter med kreft, vi ser derfor at det er et klart behov for mer forskning innenfor området sykepleie til pasienter med KOLS i palliativ fase. Manglende kunnskap og informasjon vil i praksis føre til at den palliative omsorgen til pasienter med KOLS blir dårligere. Vi ser derfor at behovet for mer undervisning og opplæring blant helsepersonell innen palliativ omsorg til pasienter med KOLS er stort. Vi forslår derfor at det bør forskes mer på hvordan kunnskap om dette temaet kan nå ut til helsepersonell som til daglig omgås denne pasientgruppen.

Litteraturliste:

- Andersen, Irene Harkinn, Siri Ytrehus og Ellen Karine Grov. 2011. "Palliativ sykepleie til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom" I *Klinisk sykepleie* vol. 25, no.1, 48-56
- Almås, Hallbjørg, Jon Bakkeland, Bernt Henrik Thorsen og Anne Dichmann Sorknæs. 2010. "Sykepleie ved lungesykdommer" I *Klinisk sykepleie 1*, red. Hallbjørg Almås, Dag-Gunnar Stubberud og Randi Grønseth, 108-164. 4.utg. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS
- Bakkeland, Jon og Bernt Henrik Thorsen. 2005. "Lungesvikt" I *Intensivsykepleie*, red. Tove Gullbrandsen og Dag Gunnar Stubberud, 187-271. 1.utg. Oslo: Akribe AS
- Brodtkorb, Kari. 2008. "Respirasjon og sirkulasjon" I *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*, red. Marit Kirkevold, Kari Brodtkorb og Anette Hylene Ranhoff, 319-332. 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Crawford, Anne. 2010. "Respiratory practitioners` experience og end-of-life discussions in COPD" I *British Journal of Nursing*, vol. 19, no.18, 1164-1169
- Dalland, Olav. 2012. "Ethiske overveielser og personvern" I *Metode og oppgaveskriving*. 94-109. 5.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Dalland, Olav. 2012. "Gangen i en undersøkelse – Hvordan gjør vi det?" I *Metode og oppgaveskriving*. 124-149. 5.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Dalland, Olav. 2012. "Hva er metode?" I *Metode og oppgaveskriving*. 110-122. 5.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Disler, Rebecca og Anne Jones. 2010. "District nurse interactions in engaging with end-stage chronic obstructive pulmonary disease patients: a mixed methods study" I *Journal og nursing and healthcare of chronic illness*, vol.2, no.4, 302-312

- Eide, Hilde og Tom Eide. 2012. "Informerende ferdigheter" I *Kommunikasjon i relasjoner – Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 291-308. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Eide, Hilde og Tom Eide. 2012. "Nonverbal kommunikasjon" I *Kommunikasjon i relasjoner – Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 197-216. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Evans, David. 2002. *Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data*. Australian Journal of Advanced Nursing: Vol.20, No.2.
- Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2008. "Den systematiske litteraturstudiens første steg" I *Att göra systematiske litteraturstudier*. 77-90. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur
- Goodridge, Donna, Wendy Duggleby, John Gjevre og Donna Rennie. 2008. "Caring for critically ill patients with advanced COPD at the end of life: a qualitative study" I *Intensive and Critical Care Nursing* vol. 24, 162-170
- Grov, Ellen Karine. 2014. "Pleie og omsorg ved livets slutt". I *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*, red. Marit Kirkevold, Kari Brodtkorb og Anette Hylen Ranhoff, 522-537. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Gulsvik, Amund, Jan Lund, Elise Austegard, Svein Høegh Henrichsen, Arnulf Langhammer, Olav Kåre Refvem, Nancy Maria Castle og Bente Frisk. 2012. "Forekomst, sosiale gradienter og risikofaktorer" I *KOLS – Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging*. 36-40. Oslo: Helsedirektoratet
- Gulsvik, Amund, Jan Lund, Elise Austegard, Svein Høegh Henrichsen, Arnulf Langhammer, Olav Kåre Refvem, Nancy Maria Castle og Bente Frisk. 2012. "Lindrende behandling av terminal KOLS" I *KOLS – Nasjonal faglig*

retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging. 115-122
Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet. 2016. "Samhandlingsreformen" (Lest: 14.03.16)

<https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>

Hynes, GERALYN, Fiona Kavanagh, Christine Hogan, Kitty Ryan, Linda Rogers, Jenny Brosnan og David Coghland. 2015. "Understanding the challenges of palliative care in everyday clinical practice: an example from a COPD action research project" I *Nursing Inquiry*, vol.22, no.3, 249-260

Jacobsen, Dag Ingvar. 2010. "Spørsmål og svar – Teori og empiri" I *Forståelse, beskrivelse og forklaring: Innføring i metode for helse-og sosialfagene.* 15-38.
2.utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Jacobsen, Dag Ingvar. 2010. "Undersøkelsens andre fase: valg av undersøkelsesdesign" I *Forståelse, beskrivelse og forklaring: Innføring i metode for helse-og sosialfagene.* 52-83. 2.utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Jørgensen, Else og Ragnhild Michaelsen. 2015. SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie, retningslinjer. Molde: Avdeling for helse- og sosialfag

Kalfoss, Mary Harris. 2010. "Møte med lidende og døende pasienter – Sykepleierens møte med seg selv" I *Klinisk sykepleie 2*, red. Hallbjørg Almås, Dag-Gunnar Stubberud og Randi Grønseth, 475-499. 4.utg. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

Kristoffersen, Nina Jahren. 2011. "Den myndige pasienten" I *Grunnleggende sykepleie: Bind 3*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 337-385.
2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen, Nina Jahren, Grete Breievne og Finn Nortvedt. 2011. "Lidelse, mening og håp" I *Grunnleggende sykepleie: Bind 3*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 245-293. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kunnskapsenteret. 2014. ”Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler” (Lest: 09.03.16)
<http://www.kunnskapsenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler>

Kvangarsnes, Marit, Henny Torheim, Torstein Hole og Lennart S. Öhlund. 2012. ”Intensive care unit nurses’ perceptions og patient participation in the acute phase of chronic obstructive pulmonary disease exacerbation: a interview study” I *Journal of Advanced Nursing*, vol.69, no.2, 425-434

Mathisen, Jorunn. 2011. ”Sykepleie ved livets avslutning” I *Grunnleggende sykepleie: Bind 3*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 295-335. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Nortvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. ”Spørsmålsformulering” I *Jobb kunnskapsbasert!* 29-39. 2 utg. Oslo: Akribe AS

Nortvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. ”Litteratursøk” I *Jobb kunnskapsbasert!* 41-64. 2 utg. Oslo: Akribe AS

NSD – Norsk senter for forskningsdata. 2016. ”Publiseringskanaler” (Lest: 09.03.16)
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Phillip, Jennifer, Michelle Gold, Caroline Brand, Jo Douglass, Belinda Miller og Vijaya Sundararajan. 2011. ”Negotiating hope with chronic obstructive pulmonary disease patients: a qualitative study of patients and healthcare professionals” I *Internal Medicine Journal*, vol.42, no.7, 816-822

Plessen, Christian Von, Thyge L. Nielsen, Ida E. Steffensen, Shuruk Al-Halwai Larsen og Ebbe Taudorf. 2011. ”Palliativ behandling af pasienter med terminal kronisk obstruktiv lungesygdøm” I *Ugeskr Læger*, vol.173, no.42, 2641-2644

Reinke^a, Lynn F., Sarah E. Shannon, Ruth A. Engelberg, Jessica P. Young og J. Randall

Curtis. 2010. "Supporting hope and prognostic information: nurses perspectives on their role when patients have life-limiting prognoses" I *Journal og Pain and Symptom Management*, vol. 39, no.6, 982-992

Reinke^b, Lynn F., Christopher G. Slatore, Jane Uman, Edmunds M. Udris, Brianna R. Moss, Ruth A. Engelberg og David H. 2011. "Patient-clinician communication about end-of-life care topics: Is anyone talking to patients with chronic obstructive pulmonary disease?" I *Journal of palliative medicine*, vol. 14, no. 8, 923-928

Skjønsberg, Ole Henning. 2010. "Lungesykdommer" I *Sykdomslære: Indermedisin, kirurgi og anestesi*, red. Dag Jacobsen, Sverre Erik Kjeldsen, Baard Ingvaldsen, Trond Buanes og Olav Røysem, 121-161. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Spence, Allison, Felicity Hasson, Mary Waldron, Wgeorge Kernohan, D. McLaughlin, Barbara Watson, B. Cochrane og AM. Marley. 2009. "Professionals delivering palliative care to people with COPD: qualitative study" I *Palliative Medicine*, vol. 23, 126-131

Torbjørnsen, Tor. 2014. "Ritualer og åndelig omsorg" I *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*, red. Marit Kirkevold, Kari Brodtkorb og Anette Høyen Ranhoff, 538-547. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

WHO – World Health Organization. 2015. "Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)" (Lest: 16.03.16) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/>

PICO-skjema

P	I	C	O
Kronisk obstruktiv lungesykdom KOLS Sykepleier	Palliativ omsorg Terminal* Døende		
Chronic obstructive pulmonary disease COPD Chronic obstructive lungdisease Chronic obstructive airways disease Nurs*	Palliat* Palliativ care Terminal* End of life Dying		

Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
Chronic obstructive pulmonary disease and nurs* and palliat* or end of life or dying and pain relief Limit to 2010 – current (Norwegian, swedish, danish or english)	29.09.15	Ovid Medline	0	0	0	0
Chronic obstructive pulmonary disease or chronic obstructive lung disease or chronic obstructive airways disease and nurs* and palliat* or end of life or dying Limit to 2010 – current (Norwegian, swedish, danish or english)	29.09.15	Ovid Medline	31	22	6	0
Chronic obstructive pulmonary disease or chronic obstructive lung disease or chronic obstructive airways disease and nurs* and terminal care or palliat*	29.09.15	ProQuest	84	44	7	1

Limit to 2010 – current (Norwegian, swedish, danish or english)						
Palliativ omsorg til kols	29.09.15	Idunn	2	1	1	1
Chronic obstructive pulmonary disease and palliative care and Nurs* Limit to 2005 to current	16.11.15	Cinahl	63	30	3	1
Chronic obstructive pulmonary disease or chronic obstructive lung disease or chronic obstructive airways disease and nurs* and Palliat* or terminal care or end of life and experience and challenge (Ingen begrensning)	26.11.15	Ovid Medline	0	0	0	0
Chronic obstructive pulmonary disease or chronic obstructive lung disease or chronic obstructive airways disease and Nurs* and Palliat* or end of life and experience (Ingen begrensning)	26.11.15	Ovid Medline	12	3	2	0
Chronic obstructive pulmonary	26.11.15	Ovid Medline	1	0	0	0

disease or chronic obstructive lung disease or chronic obstructive airways disease and Nurs* and Palliat* or terminal* or end of life and challenge (Ingen begrensning)						
Chronic obstructive pulmonary disease or chronic obstructive lung disease or chronic obstructive airways disease and Nurs* and Palliat* or terminal* or end of life and experience Limit to 2010 to current (Norwegian, swedish, danish or english)	26.11.15	ProQuest	23	12	9	0
Chronic obstructive pulmonary disease or chronic obstructive lung disease or chronic obstructive airways disease and Nurs* and Palliat* or terminal* or end of life and challenge and experience Limit to 2010 to current	26.11.15	ProQuest	3	1	1	0

(Norwegian, swedish, danish or english)						
Chronic obstructiv pulmonary disease or chronic obstructive lung disease or chronic obstructive airways disease and palliative care and nurse Limit to 2010 to current (Norwegian, swedish, danish or english)	26.11.15	ProQuest	896	116	10	0
Chronic obstructiv pulmonary disease or chronic obstructive lung disease or chronic obstructive airways disease and palliat* and healthcarer (Ingen begrensning)	26.11.15	ProQuest	3	2	1	0
Manuelt søk i litteraturliste	26.11.15					1
Chronic obstructiv pulmonary disease or chronic obstructive lung disease or chronic obstructive airways disease and palliat* and nurs* (Ingen begrensning)	27.11.15	PubMed	140	43	9	5
Chronic obstructiv pulmonary disease and palliative care	27.11.15	SveMed+	12	5	2	0

(Ingen begrensning)						
Manuelt søk i litteraturliste	08.03.16					1
Chronic obstructiv pulmonary disease or COPD or chronic obstructive lung disease or chronic obstructive airways disease and nurs* and palliat* or terminal care or end of life or dying or death Limits 2010 to curret (Norwegian, swedish, danish or english)	09.03.16	ProQuest	170	25	0	0
Chronic obstructiv pulmonary disease or COPD or chronic obstructive lung disease or chronic obstructive airways disease and nurs* and palliat* or end of life or dying or death Limits 2010 to curret (Norwegian, swedish, danish or english)	09.03.16	Ovid Medline	103	15	0	0
Totalt						10

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV FOREKOMSTSTUDIE

(Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse, survey)

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad MD, Hunskaar S. Urinary Incontinence after Vaginal Delivery or Caesarian Section. N Engl J Med 2003; 384 (10): 900-6.

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på spørsmålene.

Basert på EBMH Notebook. Guidelines for evaluating prevalence studies. May 1998, Vol 1, No 2 pp 37-9. URL: [http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1\(2\)/37-9.html](http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1(2)/37-9.html)

Cathryn Thomas, Sheila Greenfield and Yvonne Carter. Questionnaire design. Chapter 6 in "Research Methods in Primary Care" (1997) Oxford: Radcliffe Medical Press.

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er problemstillingen i studien klart formulert?	Ja <input type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>
2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?	Ja <input type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

3. Er befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none">• <i>Er det gitt opplysninger om befolkningsgruppen som alder, kjønn, språk, etnisk tilhørighet og sosio-økonomiske forhold?</i>• <i>Er det gjort rede for subgrupper i befolkningen som ikke dekkes av studien?</i>	Ja <input type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>
--	------------------------------------	--	-------------------------------------

<p>4. Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • En god studie inkluderer et utvalg som nøyaktig representerer en definert befolkningsgruppe. Dette sikres ved bruk av statistiske utvalgsmetoder og ved en vurdering av respondentenes karakteristika • Var utvalget representativt for en definert befolkningsgruppe? 	<p>Ja</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
---	---	---	--

<p>5. Er det gjort rede for om respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ikke-responderer er frafall i utvalget. 	<p>Ja</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
<p>6. Er svarprosenten høy nok?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • I spørreundersøkelser er det vanligvis OK med en svarprosent på >70, så lenge forfatterne viser at respondenter og ikke-responderer har like karakteristika som befolkningen de er utvalgt fra. 	<p>Ja</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>

<p>7. Bruker studien målemetoder som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det brukt spørreskjemaer som er valide, testet og anvendt i tidligere studier? • Ble spørreskjemaet pilottestet, evt validert? 	<p>Ja</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
<p>8. Er datainnsamlingen standardisert?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er datainnsamlingen identisk for alle utvalgte individer? Alle avvik fra en standard kan gi skjevhet når dataene samles inn. (F.eks intervjumetoder og personer) • Sikres ved opplæring av intervjuer, veiledning, metode for å sikre data fra respondenter, spørreundersøkelsens utforming (avkryssing, Liker- skala etc) • Standardiserte og valide målemetoder ved tester 	<p>Ja</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
<p>9. Er dataanalysen standardisert?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Analysen skal kunne skille individuelle forskjeller som er reelle fra forskjeller som er tilfeldige. • Se på hvordan "åpne spørsmål" er behandlet. Er analysering av data gjort av to uavhengige personer? 	<p>Ja</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>

HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p>10. Hva er resultatet i denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Hva er hovedkonklusjonen?</i> • <i>Kan du oppsummere resultatene i én setning?</i> <p>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Presenterer studien resultatene med konfidensintervall for statistiske estimater?</i> • <i>Er det oppgitt p-verdier?</i> 	
--	--

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

<p>11. Kan resultatene overføres til praksis?</p>	<p>Ja</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
<p>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Prevalensstudier gjøres for å bekrefte en eksisterende teori eller kunnskap, ikke for å lage en ny teori! Eksisterende kunnskap kommer fra kliniske og epidemiologiske studier som fokuserer på etiologi, prognose og effekt av tiltak.</i> 	<p>Ja</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>

Oversiktstabell over inkluderte artikler

Forfatter År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/ instrument	Deltagere/ frafall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Vurdering av kvalitet
Andersen, Irene Harkinn, Siri Ytrehus og Ellen Karine Grov 2011 Danmark Klinisk Sygepleje	Palliativ sykepleie til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)	Hensikten med denne studien var å beskrive sykepleieres erfaring og opplevelse med å utøve palliativ omsorg til pasienter med KOLS, som i tillegg er plaget med angst og dyspné, mens de er innlagt i sykehus.	Kvalitativ metode. Intervju ble brukt for data-innsamling.	7 sykepleiere i alderen 23-56 år som jobbet på sykehus ved en medisinsk lungeavd. 1 til 8 års erfaring.	Tre hovedfunn: 1) Sykepleierne stilte store krav til seg selv om å hjelpe. 2) Nærhet og tid hjalp mot angst og dyspné. 3) Solidaritet med KOLS-pasienten. 4) Pasientopplæring avlaster sykepleierne. Funnene viser at det er behov for mer kunnskap om palliativ omsorg til pasienter med KOLS.	Artikkelen ble meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS. Sykepleierne i studien har deltatt frivillig og data er anonymisert.	Nivå 1 Artikkelen vurderes til høy kvalitet.

Forfatter År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/ instrument	Deltagere/ frafall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Vurdering av kvalitet
Crawford, Anne 2010 England British Journal of Nursing	Respiratory practitioners` experience of end-of-life discussions in COPD	Hensikten med denne studien var å belyse utfordringer sykepleiere møter i daglig praksis i forhold til palliativ omsorg til KOLS- pasienter basert på deres tidligere erfaringer.	Kvalitativ studie. Intervju gjort over en 3 måneders periode ble brukt for datainnsamling.	2 lunge-spesialister, 3 lunge sykepleiere og 2 lungekreft sykepleiere som jobbet på sykehus i Nord-øst London deltok i studien.	I artikkelen kommer det frem 5 hovedfunn som sykepleierne synes var viktige. De omhandlet det å velge rett tidspunkt å snakke om livets slutt, ferdigheter til å observere og tolke signalene pasienten gir, bestemme hva, hvordan og når man skal si ting, viktig å få frem sammenhengen mellom håp og virkelighet og sette grenser for hva	Studien er etisk godkjent av en etiske komité i England og National Health Services (NHS) in England.	Nivå 1 Artikkelen vurderes til høy kvalitet.

					pasienten får vite og ikke, og som sykepleier klarer å holde følelsene sine i sjakk slik at det ikke forverrer pasientens situasjon og påvirker behandlingen.		
Forfatter År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/ instrument	Deltagere/ frafall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Vurdering av kvalitet
Disler, Rebecca og Anne Jones 2010 England Journal of Nursing and Healthcare of chronic illness	District nurse interactions in engaging with end-stage chronic obstructive pulmonary disease patients: a mixed methods study	Hensikten med studiet var å undersøke distrikts sykepleiernes rolle i omsorgen for terminale pasienter med KOLS i London.	Både kvantitativ og kvalitativ metode ble brukt i studie (mixed-method study). Intervju og spørreundersøkelse (survey) sendt ut på mail ble brukt for datainnsamling.	14 av 66 distrikt sykepleiere deltok i intervjuet og 29 sykepleiere svarte på spørreundersøkelsen. Deltakerne var fra 14 ulike institusjoner rundt om i London.	Distrikt sykepleierne mente deres mangel på kunnskap rundt palliativ omsorg til KOLS-pasienter påvirket deres evne til å kunne hjelpe.	Etisk godkjenning innvilget av en lokal etisk forskningskomité. Alle deltagerne ble informert og samtykket til deltagelse i studien.	Nivå 1 Artikkelen vurderes til middels kvalitet.
Forfatter År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/ instrument	Deltagere/ frafall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Vurdering av kvalitet

Goodridge, Donna, Wendy Duggleby, John Gjevre og Donna Rennie 2008 England Intensive and Critical Nursing	Caring for critically ill patients with advanced COPD at the end of life: A qualitative study	Hensikten med studiet var å undersøke sykepleiernes utfordringer og perspektiv på det å gi god palliativ omsorg til KOLS-pasienter på en intensiv avdeling.	Kvalitativ metode. Gruppeintervju ble brukt for datainnsamling.	15 sykepleiere og 2 respirasjons-terapeuter i alderen 27-57 år deltok i studien. 21 ansatte hadde opprinnelig sagt ja til å delta i studien, men 4 meldte frafall, så det var totalt 17 deltakere i studiet med mellom 5 til 36 års erfaring. Deltakerne var fordelt på 3 intensiv avdelinger i en by i Canada.	Tre tema som sykepleierne fant utfordrende: 1) Håndtere vanskelige symptom. 2) Sykepleierne stille spørsmål til behandling som kunne virke livsforlengende. 3) Hvilke prioriteringer sykepleierne gjør i forhold til palliativ behandling til KOLS-pasienter.	Etisk godkjent av forskere tilknyttet Universitetet Behavior Research Ethics Board og den lokale helseregionen.	Nivå 1 Artikkelen vurderes til høy kvalitet.
Forfatter År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/ instrument	Deltagere/ frfall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Vurdering av kvalitet
Hynes, Geralyn, Fiona Kavanagh, Christine Hogan, Kitty Ryan, Linda Rogers, Jenny	Understanding the challenges of palliative care in everyday clinical practice: an example from a COPD action	Hensikten med studiet var å informere og utvikle lungesykepleiere til å finne KOLS-pasienters behov for palliativ omsorg.	Kvalitativ metode. Sykepleierne møttes en gang hver måned og diskuterte erfaringer de hadde i forhold til palliativ	3 sykepleiere fra en lungeavdeling, 2 spesialist lungesykepleiere og 1 palliasjons sykepleier.	Sykepleierne diskuterte og delt erfaringer de hadde i forhold til palliativ omsorg og hva de kunne gjøre for å forbedre den palliative behandlingen. De	Etisk godkjent av Trinity Collage Dublins research committee og Naas General Hospital.	Nivå 1 Artikkelen vurderes til middels kvalitet.

<p>Brosnan og David Coghland. 2015 Irland Nursing Inquiry</p>	<p>research project</p>		<p>omsorg til KOLS-pasienter.</p>		<p>fokuserte mest på den medisinske behandlingen, selv om de av erfaring visste at nærhet og tilstedeværelse hos pasienten hadde minst like god effekt. Mangle på tid og personal førte til at medisinsk behandling ble prioritert. De mente også at de hadde for lite kunnskap og opplæring i bruk av tekniske hjelpemidler. Sykepleierne synes også det var vanskelig å engasjere seg i vanskelig tema som døden, selv om de hadde et nært forhold til pasienten.</p>		
---	-------------------------	--	-----------------------------------	--	---	--	--

Forfatter År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/ instrument	Deltagere/ frafall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Vurdering av kvalitet
Kvangarsnes, Marit, Henny Torheim, Torstein Hole og Lennart S. Öhlund 2012 Norge Journal of advanced nursing	Intensive care unit nurses' perceptions og patient participation in the acute phase of chronic obstructive pulmonary disease exacerbation: a interview study	Hensikten med studiet var å undersøke intensivsykepleiere oppfattelse av pasientenes deltagelse i den akutte fasen av KOLS.	Kvalitativ metode. Gruppeintervju med intensivsykepleiere med 10 års erfaring innen sykepleie og minst 2 års erfaring med KOLS-pasienter ble brukt for datainnsamlingen til denne studien. Intervjuene ble i etterkant analysert.	17 kvinnelige intensiv sykepleiere som jobber på sykehus i Vest-Norge deltok i studien. Deltagelsen var frivillig og deltagerne ble anonymisert.	Sykepleierne synes det var vanskelig når de ikke hadde diskutert med pasienten hva som skulle gjøres ved en akutt forverring av sykdommen. Men de synes også det var utfordrende når pasienten hadde bestemt seg for å ikke ta imot videre behandling.	Studie var en del av et større forskningsprosjekt godkjent av the regional committee for health research ethics.	Nivå 2 Artikkelen vurderes til middels kvalitet.
Forfatter År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/ instrument	Deltagere/ frafall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Vurdering av kvalitet
Phillip, Jennifer, Michelle Gold, Caroline	Negotiating hope with chronic obstructive pulmonary	Hensikten med studiet var å undersøke sykepleiernes fokus på	Kvalitativ studie. Sykepleierne og annet helsepersonell deltok i	18 sykepleiere og 13 andre helsepersonell deltok i studien. De ble delt inn i 5 fokusgrupper.	Sykepleierne respekterte pasientens håp, men ville ikke gi de falske	Det kommer fram i en tabell i artikkelen at pasienten kan trekkes seg når	Nivå 1 Artikkelen vurderes til middels kvalitet.

<p>Brand, Jo Douglass, Belinda Miller og Vijaya Sundararajan. 2011 Australia Internal Medicine Journal</p>	<p>disease patients: a qualitative study of patients and healthcare professionals</p>	<p>informasjon og pasientenes ønsket behandling ved KOLS i palliativ fase.</p>	<p>fokusgrupper hvor de delte erfaringer om informasjon, kommunikasjon, ulike behandlingsmåter og syn på palliativ omsorg for KOLS- pasienter.</p>	<p>Innholder også pasientperspektiv.</p>	<p>forhåpninger da de viste at pasientens mulighet for bedring var liten. Sykepleier og pasient er derfor enige i at diskusjonen om hva som skal gjøres i den palliative fasen skal gjøres med en lege, og at dette vil gjøre pasienten mer forberedt på det som kommer. Sykepleierne i artikkelen mente at KOLS-pasienter hadde behov for lengre palliativ behandling enn kreft-pasienter. De hadde også kommet fram til ulike hjelpetiltak som de trodde var effektive for palliative pasienter med KOLS.</p>	<p>som helst og at deltagelsen i studie er frivillig. Det er ikke nevnt noe om dette i forhold til sykepleierne som deltar i studiet, men vi antar at det samme gjelder for dem.</p>	
--	---	--	--	--	---	--	--

Forfatter År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/ instrument	Deltagere/ frfall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Vurdering av kvalitet
Reinke ^a , Lynn F., Sarah E. Shannon, Ruth A. Engelberg, Jessica P. Young og J. Randall Curtis 2010 USA Journal of Pain and Symptom Management	Supporting hope and prognostic information: Nurses perspectives on their role when patients have life-limiting prognoses	Hensikten med studiet var å beskrive sykepleierens perspektiv i møte med palliative pasienter med behov for håp og informasjon om sykdommen, og fokusere på gi god kommunikasjon til pasient og pårørende.	Kvalitativ metode. Dybde intervju ble brukt for datainnsamling.	22 sykepleiere fra Seattle-Tacoma området deltok i studien. Gjennomsnitts- alderen på deltakerne var 47 år og de hadde i gjennomsnitt 19 års erfaring. Alle deltakerne var fordelt på tre ulike avdelinger. Kreft, lunge og medisinsk avd. Inneholder også pasient- og pårørendeperspektiv.	Sykepleierne spiller en stor rolle i det å hjelpe pasienter og pårørende med oppretholde håp og oppnå realistiske mål i den palliative fasen. Godt samarbeid mellom sykepleier og annet helsepersonell er viktig for å skape tillitt og gi lik informasjon til pasient og pårørende.	Alle prosedyrene brukt i studien ble godkjent av the Human Subject Division of the University of Washington.	Nivå 1 Artikkelen vurderes til høy kvalitet.
Forfatter År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/ instrument	Deltagere/ frfall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Vurdering av kvalitet
Reinke ^b , Lynn F, Christopher G. Slatore,	Patient- clinician communication about end-of-	Hensikten med denne studien var å belyse viktigheten av å	RCT-studie, kvantitativ metode.	204 deltagere ble invitert til å delta i studien, men bare 152 takket ja til å	I studie kom det fram flere viktig ting som sykepleierne ikke	Studien var etisk godkjent av The Institutional	Nivå 1 Artikkelen vurderes

Jane Uman, Edmunds M. Udriis, Brianna R. Moss, Ruth A. Engelberg og David H. Au. 2011 USA Journal of palliative medicine	life care topics: Is anyone talking to patients with chronic obstructive pulmonary disease?	snakke om den palliative behandling og andre vanskelig tema sammen med pasienten før livets slutt.	Selvrapportering og kliniske rapporter fra deltagerne ble brukt for datainnsamling.	delta. 30,4% av deltagerne var sykepleiere. Inneholder også pasientperspektiv.	diskuterte med pasientene, blant annet å snakke om hvordan det oppleves å dø, om hvor lenge pasienten har igjen å leve, involvere pasienten i planlegging av videre behandling og pasientens religiøse behov. Resultatene viser hvor viktig god kommunikasjon er og lytte til pasientenes behov.	Review Board at the VA Medical Center Puget Sound Health Care System og The University of Washington.	til middels kvalitet.
Forfatter År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/ instrument	Deltagere/ frafall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Vurdering av kvalitet
Spence, Allison, Felicity Hasson, Mary Waldron, Wgeorge Kernohan, D. McLaughlin,	Professionals delivering palliative care to people with COPD: qualitative study	Hensikten med studiet var å undersøke helsepersonells erfaringer med palliativ omsorg til pasienter med KOLS.	Kvalitativ metode. Intervju og fokusgrupper ble brukt for datainnsamling. Intervjuene ble analysert ved hjelp av retningslinjene til	En gruppe på 23 helsepersonell (16 kvinner og 7 menn) deltok i studien. Gruppen ble besto av: 7 fra tverrfaglig respirasjons team, 6 fra tverrfaglig palliativ team, 6 fra	Helsepersonellet synes det var vanskelig å vite når og hvordan de skulle gi informasjon til en pasient med kols i palliativ fase pga. varierende forløp.	Studien har blitt positivt omtalt av National Research Ethics Service (NI Office). Deltakerne i studien har	Nivå 1 Artikkelen vurderes til høy kvalitet.

<p>Barbara Watson, B. Cochrane og AM. Marley 2009 Irland</p>			<p>Miles and Huberman.</p>	<p>allmenn praksis, 2 distrikt sykepleiere og 3 andre helsepersonell. Alle deltakerne hadde erfaring med palliativ omsorg til pasienter med KOLS.</p>	<p>Deltakerne visste ikke når de skulle starte den palliative behandlingen på grunn av usikkerhet og uforutsigbarheten rundt kols som sykdom, og valgte derfor å fortsette behandlingen som tidligere. Mangel på tid og ressurser førte til at de ble sett på som opptatt og kun de mest uttalte symptomene ble behandlet. Helsepersonellet synes det var utfordrende å behandle de uttalte symptomene pga. mangel på kunnskap.</p>	<p>blitt informasjon om studiets hensikt og informert samtykke er innhentet.</p>	
--	--	--	----------------------------	---	---	--	--

