



Hege Birketvedt Eklund,
kreftsykepleier.

Gir god kreftomsorg

Kreftsykepleiers spesielle kompetanse og helhetsblikk møter helsetjenestens utfordringer.



Kommunene er kreftsykepleier som jobber med å følge opp hjemmeboende kreftpasienter, avgjort en av samhandlingsreformens kloke løsninger. I denne artikkelen vil jeg belyse følgende problemstilling: Hvordan kan kreftsykepleier i kommunehelsetjenesten bidra til trygghet for hjemmeboende pasienter med kreftsykdom? Artikkelen er en litteraturstudie basert på relevante forskningsartikler, litteratur, nasjonale retningslinjer og egen erfaring fra praksis.

Trygghet

I sin fenomenologiske studie «Patienters opplevelser av trygghet og otrygghet» skiller Segersten mellom grunntrygghet og situasjonsbestemt trygghet (1). Trygghet er en subjektiv opplevelse, en følelse og indre tilstand relatert til det livet man lever. En av faktorene her, relasjonstrygghet, kobles til nettverket av mennesker og nære relasjoner og «att noen finnes til hands». Relasjonstryggheten handler blant annet om kontinuitet i omsorgsrelasjonene. Det er viktig at de som skal gi trygghet selv er trygge. Trygghetsressurser er ifølge Segersten komponenter som bidrar til en optimal livskvalitet.

Menneskets ønske om trygghet er et kjerneanliggende for å skape forutsigbarhet, tilhørighet og kontinuitet (2). Tillit er nært beslektet med trygghet. Usikkerhet, utrygghet og sårbarhet kan sees på som motsetning til eksistensiell trygghet.

Oppgaver

Kreftsykepleier skal ivareta pasienter med kreft og deres pårørende på en forsvarlig måte i en kompleks, uforutsigbar og raskt skiftende hverdag. Hun eller han skal ved sine helsefremmende, forebyggende,

behandlende, lindrende, rehabiliterende og habiliterende funksjoner ivareta den kreftsyke i alle aldre og i alle faser av sykdommen (3).

Kommunene har ansvar for at kreftpasienten får nødvendig helsehjelp. Helhetlige pasientforløp ivaretatt innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON) er et mål (4). God palliasjon forutsetter tverrfaglig tilbud med bred tilnærming der nærhet til hjemmet står sentralt (5,6).

Kreftsykepleiere i kommunehelsetjenesten kan bli nøkkelpersonell framover. Deres rolle passer ypperlig inn i samhandlingsreformens intensjon, i samarbeid med fastlegen og helsetjenesten for øvrig. Kreftsykepleieres kompetanse og rollen de har som koordinator for samarbeid og kontinuitet er viktig for å ivareta pasientens behov for trygghet i sykdomsforløpet.

Kontaktsykepleiernettverk er opprettet i alle helseforetakene og anbefalt i en rekke utredninger (5,7,8). Enkelte kommuner har opprettet egne stillinger for kreftsykepleiere, noe som beskrives som god praksis i blant annet «Standard for palliasjon» (8). Min erfaring gjennom 15 år er at kreftsykepleier i kommunehelsetjenesten utgjør en stor forskjell for pasientene og helsetjenesten.

Antall pasienter med langt framskreden kreftsykdom vil øke i årene fremover og stadig flere overlever kreftsykdom (7). Mangel på kontinuitet i pasientforløpet er beskrevet som et av de viktigste problemene i kreftomsorgen, både nasjonalt og internasjonalt (9,14). Mange kreftpasienter har sammensatte og komplekse problemer. Det er derfor behov for helhetlige, koordinerte og individuelt tilpassede tilbud (5,8,10).

Samhandlingsreformen beskriver det å legge premisser for pasienttilbudet og pasientforløpstenkning som kommunenes sentrale

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- » Kreft
- » Kommunehelsetjeneste
- » Samhandling





oppgave og at fagpersoner med nødvendig kompetanse vil spille en vesentlig rolle framover. Pasientene skal stimuleres til egenmestring. Regjeringen vil lovpålegge plikten til å sørge for at pasienter med behov for koordinerte tjenester får en person som kontaktpunkt i tjenesten (4).

Nettverk

I Norge er et nettverk av ressurssykepleiere for kreftpasienter og alvorlig syke under oppbygging i helseforetakene. En evalueringsrapport av nettverket i Helse Bergen konkluderte blant annet med at systemet med ressursykepleiere gir økt trygghet for både pasient og pårørende, og for ressursykepleierne selv (11). I regional kreftplan for Helse Vest står det at man anser kompetansenettverk av ressursykepleiere som viktig del av behandlingsskjeden. Et slikt nettverk er og helt sentralt for å ivareta kontinuiteten i pleie- og omsorgstilbudet til kreftpasienter samt spre kompetanse om kreftomsorg og palliasjon (12).

Opprettelse av egne koordinatorstillinger for kreftsyekepleiere for pasientoppfølging, veiledning og fagutvikling anbefales i nasjonalt handlingsprogram (7). Alle kommuner bør ha kreftsyekepleier med ressursykepleierfunksjon. I palliasjon er kreftsyekepleierne spesielt viktige ressurspersoner (6,12,13).

Ufullstendig behandlingsskjede

Kontinuitet i kreftomsorg beskrives ofte som sammenhengende eller sømløs behandlingsskjede. En rekke nasjonale utredninger omtaler behandlingsskjeden som ufullstendig og mangelfull. Individuell plan og koordinator beskrives som viktige verktøy for samhand-

ling. Behovsrettet og individuelt tilpasset omsorg beskrives som grunnleggende (7,8,13). Forskning viser at god informasjonsflyt, gode mellommenneskelige relasjoner og koordinering bidrar til kontinuitet (14).

En britisk studie fra 2009 har fokusert på betydningen av kontinuitet i helsetjenesten. 61 kreftpasienter ble delt i tre grupper som fikk forskjellig tilbud om oppfølging. Resultatet viser at kreftpasienter som opplever helsetjenesten som sammenhengende har mindre behov for helsetjenester, bedre livskvalitet og bedre psyke. King et al er i gang med en større studie for å utvikle og evaluere tiltak for forbedring av opplevd kontinuitet hos kreftpasienter. De kartlegger behovene systematisk og følger opp disse rutinemessig.

Kreftsyekepleiere i kommunehelsetjenesten kan bli nøkkelpersonell framover.

Et sentralt poeng i studien er at sykepleier er best egnet til å utføre tiltakene og være ansvarlig koordinator (15).

Oppfølging

Sykepleiekoordinatorrollen har blitt fremhevet som et kjerneelement i kreftomsorg for å hjelpe pasienter og deres familier til å mestre symptomer og behandling over tid (16). Denne måten å organisere sykepleietjenesten på ble skapt i Quebec, Canada, og kalles «Pivot nurse in oncology» (PNO). En ressursykepleier følger pasient og familie fra kreftdiagnosen blir gitt og gjennom hele sykdomsforlø-

SAMHANDLER: Kreftsyekepleier Kari Lium Smeby i Søndre Land samarbeider med mange. For eksempel spesialsykepleier og saksbehandler Mari Aasen (t.v.) og leder for hjemmesykepleien Marianne Ege Lundberg (t.h.). Foto: Marit Fonn



pet. PNO er tilknyttet lokalmiljøet og har fire hovedfunksjoner i kreftomsorgen; vurdere pasientens behov for pleie og behandling, ivareta informasjons og opplæringsbehov, ivareta støttebehov og koordinere og sikre kontinuitet (16).

I USA, Australia og England har man gode erfaringer med lignende kreftsykepleiemodeller: kompetente spesialsykepleiere følger opp kreftpasienter over tid. Det handler om individualisert, behovsrettet og personlig omsorg, koordinert og ivaretatt av sykepleiere. Studier bekrefter at dette oppleves meget bra av pasientene. Måten å organisere kreftsykepleien på viser seg å bety mye for å ivareta helhet og kontinuitet (17-21).

I Norge bekrefter Grovs studie det samme. Sykepleietilgjengelighet, med kontinuitet som et viktig underpunkt, fremheves av pårørende som et av tre kjerneområder for å kunne ha kreftpasienter hjemme. Kontinuitet blant personalet og sykepleierens tilknytning over tid beskrives som svært viktig (22).

Gjennom intervjuer med pårørende til alvorlig syke fant Sjur B. Hanssen et gjennomgående ønske om å leve så normalt som mulig, til tross for sviktende helse. For å oppfylle dette ønsket er organisering av helsetjenesten viktig. Hanssen trekker fram sykepleierens rolle

Det kreves kompetanse for å skape trygghet.

som medvandrer. Usikkerheten pårørende opplever ved et komplisert sykdomsbilde medfører behov for et regelmessig hjelpetilbud. De trenger å støtte seg til et kompetent helsepersonell i sykdomstiden (23).

Diskusjon

Med bakgrunn i forskningslitteratur vil jeg se nærmere på hvordan kreftsykepleier kan bidra til trygghet for kreftpasienten. I tillegg vil jeg drøfte hvorfor kreftsykepleier er best egnede «kontaktpunkt» som beskrives i samhandlingsreformen.

Av hensyn til artikkelens omfang vil jeg først og fremst fokusere på kreftsykepleierfunksjonen i den nære pasientrelasjonen. De fire viktigste kjerneområder kan beskrives som kompetanse, tilgjengelighet, kontinuitet og relasjon over tid. Alle disse områdene bidrar til trygghet. Jeg vil også belyse nærmere hvordan kreftsykepleierrollen er organisert, da det spiller en viktig rolle.

Funnene tyder på at det finnes viktige føringer i nasjonale retningslinjer, men lite norsk sykepleieforskning om kreftsykepleiers betydning i kommunehelsetjenesten. Har ikke kreftsykepleier nettopp de kvalitetene som blir etterspurt og som det er behov for? Det er en viktig del av sykepleiefaget å tenke helhet og pasientforløp, individualisert og behovsrettet omsorg. Ifølge Segersten er trygghet «alt som bidrar til optimal livskvalitet». Dette sammenfaller med fokus i sykepleie og målet med palliativ behandling. Når oppfølging av pasienter med vekt på kontinuitet i relasjonen, slik PNO-modellen legger opp til, ser ut til å være vesentlig i denne sammenheng. Dette bekreftes gjennom tidligere nevnte studier.

Det er interessant at det brukes forskjellige begreper om koordinert helsetjeneste. For eksempel finnes det lite norsk litteratur der «kontinuitet» er et begrep, men «continuing care» er mye brukt internasjonalt. I Norge er det begrepene pasientforløp, samhandling, sømløs helsetjeneste og koordinerte tjenester som anvendes for å beskrive de samme problemstillingene. Likevel ser det ut som fragmentert helsetjeneste er en felles utfordring svært mange steder i verden. En annen viktig tendens er at sykepleieforskning i stadig større grad dokumenterer viktigheten av god sykepleie.

Kompetanse

Det kreves kompetanse for å skape trygghet. Kreftsykepleier har

både generell kompetanse og spesialistkompetanse. Evne til individualisert omsorg, fleksibilitet, skjønn og improvisasjon ligger i spesialistrollen og utvikles gjennom lang erfaring. Nettopp disse kvalitetene er sentrale for kreftsykepleier når hun utøver sitt komplekse fag (22,24). Nasjonale retningslinjer understreker at pasientene til enhver tid skal ha tilgang til nødvendig kompetanse (25). Pasientene har ofte sammensatte plager, noe som krever bred tilnærming. Hanssens studie bekrefter betydningen av god kompetanse og erfaring for å ivareta nødvendig trygghet (23). Kreftsykepleiere i kommunehelsetjenesten jobber ofte alene, og det kreves spesialistkompetanse for å være en god rådgiver og støtteperson. Det er interessant at Hanssen omtaler sykepleiers rolle som «buffer og katalysator på samme tid». Det innebærer en evne til vurdering og et klinisk blikk der det komplekse forenes med det fleksible, basert på erfaring og skjønn. Det kan handle om å dempe, fremme, avklare, avdekke, støtte – kort sagt å utøve hjelpekunsten.

Tilgjengelighet

At hjelpen er tilgjengelig er viktig for trygghet ifølge både Segersten, Eriksen og de øvrige norske studiene jeg har omtalt. «Att nogon fins til hands» – innebærer blant annet vissheten om at kreftsykepleier er tilgjengelig. Hjelpen må imidlertid være kompetent for at den skal være trygghetsskapende, noe som bekreftes av en Sintef-rapport om kommunehelsetjenestens utfordringer (26). Flere internasjonale studier om spesialsykepleiere som følger brystkreftrammede beskriver tilgjengelighet som viktig (27). Min erfaring er også at pasienter som har god tilgjengelighet på hjelp sier at det betyr mye for deres opplevelse av trygghet. Tilgjengeligheten blir sjelden misbrukt. Hva «god tilgjengelighet» er i praksis, kan selvsagt diskuteres. Det kan synes urimelig å være tilgjengelig for pasienten, uavhengig av arbeidstid. Noen kommuner opererer med telefonnummer til vaktansvarlig. I andre kommuner er det kreftsykepleierens mobilnummer som gis ut. Tilgjengelighet til fastlege betyr også mye, særlig i spesielle faser av pasientens sykdom. Disse forholdene må avklares og kommuniseres, det samme gjelder også grensen mellom privatliv og jobb. Tilgjengelighet henger også sammen med gode rutiner for fri retur til sykehuset, dersom situasjonen krever det. Individuell plan er et godt verktøy i denne sammenheng, men er fortsatt sjelden i bruk. Tillit til at man får hjelp når det er nødvendig er viktig for å føle trygghet. Det handler altså både om system og person.

Kontinuitet

Kontinuitet er et kjernebegrep i denne artikkelen og dreier seg om flyt, gode overganger og pasientforløp. Verdien av «tid» er nært forbundet med kontinuitet og trygghet, – det å gi tid over tid. Dette kan være særlig viktig i palliasjonspasientens tidstilmålte liv: Tid til den gode samtale, tid til å gi gode råd, være til stede eller avdekke behov for lindring. Også Hanssons understreker viktigheten av tid i sin studie. Kreftsykepleiere spiller en nøkkelrolle i kartlegging av pasientens behov fordi de har mest kontakt med pasienten (27).

Relasjon over tid

Oppfølging over tid er samtidig en rasjonell måte å bruke tid på. Det blir lettere å gå rett på sak. Bruk av telefon er effektivt og tidsbesparende, men fungerer best når kreftsykepleier allerede kjenner pasienten og hans eller hennes liv. Studier viser at pasienter er godt tilfreds med telefonoppfølging og at det gir trygghet (18,19). Jeg har selv erfart både planlagt og spontan telefonkontakt som nyttig supplement i kreftomsorgen.

Relasjonstrygghet kan betraktes som en konsekvens av konti-

nuitet. Det handler om forutsigbarhet, tillit og igjen om trygghet (1,2). Den personlige dimensjonen ved sykepleien blir synlig og får betydning. Dette vurderes som en positiv kvalitet av pasientene, og underbygges i studier (17,19). Å kjenne hverandre og konteksten man lever i fordrer evnen til å balansere mellom roller og ansvar. Samtidig innebærer det god oversikt over ressursene, både pasientens egne, i familien og lokalsamfunnet. I mindre kommuner blir beslutninger som regel tatt raskt, og jeg har selv erfart høy grad av fleksibilitet og kreativitet for å finne gode løsninger ved kompliserte utfordringer. Brukermedvirkning og det faktum at «det er i kommunene folk bor» medfører at det er i kommunene nettverket rundt pasienten skal bygges opp. Disse prinsippene gjenspeiles også i faglige retningslinjer og i samhandlingsreformen (4). Det må dessuten legges opp til at pasienten med hjelp selv skal mestre eget liv. Det gjør han best i sitt lokalmiljø.

Kritiske røster vil hevde at man må være varsom med å innta den personlige rollen. På den annen side kan den personlige dimensjonen være legitim og ønsket fra alle parter.

Organisering

Kreftsykepleiere er nøkkelpersoner når det gjelder å møte behovet for helhetlig, koordinert tjeneste hos pasientene, i samarbeid med fastlegen og helsetjenesten for øvrig. Min klare oppfatning er at arbeidet koordineres best av kreftsykepleiere. Beskrivelsen av kreftsykepleierollen i de internasjonale studiene inneholder nettopp de kvaliteter som utgjør kjernen i god sykepleie: Kompetanse, tilgjengelighet, kontinuitet, tid og relasjon. Dette samsvarer i stor grad med den norske beskrivelsen av kreftsykepleierens rolle i kommunehelsetjenesten.

Tidlig kontakt er viktig, helst rett etter diagnose. Studier har vist at støtte rundt diagnostidspunktet betyr mye (19). Enkel tilgang til kompetent hjelp i lokalmiljøet kan legge et godt grunnlag for trygghet, og hindre unødvendige innleggelse (15,20). Hvilke pasienter som har bruk for kreftsykepleier under sykdomsforløpet er vanskelig å avgjøre på dette tidlige tidspunktet. Det viktige er at den nødvendige kontakten etableres. Aktiv tilnærming til pasienten og familien gir også et godt grunnlag for å utnytte pasientens evne til egenmestring.

Også i Norge arbeider man for å finne ut om desentraliserte

tjenester har effekt på livskvalitet hos og reinnleggelse av syke i kommunene. Hva gir beste resultat for pasientene, også vurdert i forhold til økonomi og ressursbruk? Nye og utvidede roller for helsepersonell og bedre bruk av de tilgjengelige personellressursene blir trukket fram som mulige tiltak (4). Når man skal vurdere kostnadseffektive løsninger, mener jeg spesialsykepleiere i kommunene som koordinatore vil komme godt ut. Det er imidlertid viktig at kreftsykepleier har en relativt fri stilling. Hun må selv kunne regulere tid og arbeidsoppgaver. Gode rutiner for henvisning og informasjon om kreftrammede er vesentlig for planlegging og oppfølging. Dette kan ordnes både fra sykehus og gjennom fastlege eller kontaktsykepleiernettverket.

Det er interessant at betydningen av god sykepleie stadig bekräftes gjennom studier. Likevel er det et problem i forskningen at sykepleiere ikke har monopol på eller er eksklusive i sine tiltak overfor pasientene. Dermed er det vanskelig å påvise sykepleieeffekten. Kreftsykepleierens spesielle kvalitet ved å være helhetlig og fleksibelt orientert, blir samtidig en utfordring når man skal vise det unike ved sykepleierollen.

Konklusjon

Kreftsykepleier har en unik og viktig rolle i kommunehelsetjenesten. Ved å forene den generelle og spesialiserte kompetansen, den helhetlige tilnærmingen og vektlegging av kontinuitet, relasjon og tilgjengelighet, skapes et grunnlag for trygghetsskapende pasientomsorg. Kreftsykepleier koordinerer og har det helhetlige perspektivet som er nødvendig. Tidlig og tett oppfølging i lokalmiljøet med fokus på pasientens egne ressurser tjener alle parter.

Summen av disse kvalitetene gjør kreftsykepleieren særdeles godt egnet til å være det kontaktpunktet som beskrives i samhandlingsreformen. I tillegg har kreftsykepleier en viktig rolle som veileder for annet helsepersonell og deltaker i det tverrfaglige teamet rundt pasienten. Min egen erfaring tilsier at fastlegene er godt tilfredse med samarbeidet med kreftsykepleiere. Internasjonale studier bekræfter at oppfølging med kreftsykepleiere betyr mye og gir tilfredse pasienter. Særlig har modeller med kreftsykepleiere som arbeider nært med pasienten over tid, gitt gunstige resultater. Denne måten å organisere sykepleietjenesten på, «pivot-nurse», kan kanskje være aktuell her i Norge? Jeg mener denne sykepleiemodellen passer godt i vårt langstrakte land med spredt bosetning. ■■■

Les også om smertebehandling av kreftpasienter i Sykepleien Forskning nr. 4 – 2010



LITTERATUR

1. Segersten, Kerstin. Patienters opplevelser av trygghet och ottrygghet. Göteborg 1984;1,3, 9-10;12, 16-20;24.
2. Eriksen, T.H. and A.J. Vetlesen (2007). «Innledning. Tryggheten og dens motstandere». Trygghet. T.H. Eriksen and A.J. Vetlesen. Oslo, Universitetsforl.: 11–32.
3. Fagplan for deltidsstudiet, videreutdanning i sykepleie til kreftpasienter. Tilgjengelig fra www.diakonova.no (200909)
4. St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen http://www.regjeringen.no/templates/Storeting/melding.aspx?id=567201&epslanguage=NO 13-15, 27-8,36, 47-52 (201009)
5. Prosjekt Regionalt samarbeid for kreftomsorgen i Helse Øst. Innstilling fra regional prosjektgruppe 2006; 44-6, 49
6. Kaasa S, redaktør. Palliasjon. Faksvåg Haugen, Jordhøy, Hjermstad: Organisering av palliative tilbud. Nordisk lærebok. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2007, 197–211
7. Nasjonal strategi for kreftområdet 2006–2009. Helse- og omsorgsdepartementet. http://www.shdir.no http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/dette-mener-regjerin-gen/aktuelle-planer-og-strategier/nasjonal-strategi-for-kreftområdet-2006.html?id=536705, s. 7-10, 18-20,30-1 (201009)
8. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Nasjonale faglige retningslinjer. Vedlegg: Standard for palliasjon Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2007. 13-6,18-9,23, 44,87,105-11 Tilgjengelig fra: www.shdir.no (201009)
9. Norges offentlige utredninger. Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste. NOU 2005: 3. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/nb.html?id=4
10. Kaasa S, redaktør. Palliasjon. Nordisk lærebok. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2007 32, 37–43
11. Hauken, M.A.: Nettverk i kreftomsorg og lindrende behandling i Helse Bergen for-taksområde: Rapport fra evaluering, Betanien diakonale høgskole. Skriftserien 1–2009 http://www.helsedirektoratet.no/portal/page?_pageid=134,67665&_dad=portal&_schema=PORTAL&_pi-ref134_76551_134_67665_67665_artSectionId=15188&_pi-ref134_76551_134_67665_67665_articleId=405694 (lastet 20.11.09)
12. eller http://brage.bibsys.no/bdh/handle/URN:NBN:no-bibsys_braege_8727 (20.11.09); 7
13. Regional kreftplan 2005-2010: http://www.helse-vest.no/graphics/Synkron-Library/Documents/RegionaleRapporter/Regional_kreftplan_mars2005.pdf (20.11.09)
14. Kaasa S, redaktør. Palliasjon. Rønning, Strand, Hjermstad. Palliativ behandling utenfor sykehus. Nordisk lærebok. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2007. 213–27
15. Aubin M, Giguère A, Verreault R, Fitch MI, Kazanjian A. Interventions to improve continuity of care in the follow-up of patients with cancer (Protocol). Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD007672. DOI: 10.1002/14651858.CD007672.
16. King et al. Development and pilot evaluation of a complex intervention to improve experienced continuity of care in patients with cancer The British Journal of Cancer. London: Jan 27, 2009. Vol. 100, Iss. 2, p. 274–80 (7 pp.)
17. Regional kreftplan 2005-2010: http://www.helse-vest.no/graphics/Synkron-Library/Documents/RegionaleRapporter/Regional_kreftplan_mars2005.pdf (20.11.09); 7
18. Relationships between patient-centered cancer nursing interventions and desired health outcomes in the context of the health care system Research in Nursing & Health. New York: Feb 2009. Vol. 32, Iss. 1, p. 4
19. Karen Jackson. The Role of the Cancer Nurse Coordinator in Neurology. Australian Nursing Journal. North Fitzroy: Mar 2008. Vol. 15, Iss. 8, p. 29–31 (3 pp.)
20. Mellor J, Barradell E. Co-ordinating care Nursing Management. Harrow-on-the-Hill: Mar 2008. Vol. 14, Iss. 10, p. 20–2 (3 pp.)
21. Moore S, Wells M, Plant H, Fuller F, Wright M, Corner J. Nurse specialist led follow-up in lung cancer: The experience of developing and delivering a new model of care. European Journal of Oncology Nursing 2006; Vol. 10, issue 5:364-77
22. Seek AJ, Hogle JP. Modeling a Better Way: Navigating the Healthcare System for Patients With Lung Cancer Clinical Journal of Oncology Nursing. Pittsburgh: Feb 2007. Vol. 11, Iss. 1, p. 81–5 (5 pp.)
23. Grov, Ellen Karine: Død hjemme – hvordan kan sykepleieren bidra til å fremme mulighet for personer med langtkommen kreft å dø hjemme? Vård i Norden 4/99 Publ. No 54 Vol. 19 No 1 PP 4–9
24. Hanssen, Sjur: Masteroppgave: Lindring av LIDELSE mot livets slutt – et pårørendeperspektiv www.nhv.se/upload/dokument/.../MPH2006-6_S.B.Hanssen.pdf (nedlastet 201009)
25. Reitan, A.M. Kriser og mestring. I: A.M. Reitan AM, Schjølberg TK, redaktører. Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling. 2.utg. Oslo: Akribe Forlag; 2004. s. 47–63.
26. Sinteft Unimed Helsetjensteforskning (2002) Kommunehelsetjensten – gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien
27. Vitek L, Rosenzweig M, Sollings S. Distress in Patients With Cancer: Definition, Assessment, and suggested interventions. Clinical Journal of Oncology Nursing. Pittsburgh: Jun 2007. Vol. 11, Iss. 3 pg 413.