



# Høgskulen på Vestlandet

## Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	24-02-2020 09:00	<b>Termin:</b>	2020 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	22-04-2020 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
<b>Eksamensform:</b>	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 SYKHB30011 PRO1 2020 VÅR HAUGESUND		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 356

### Informasjon fra deltaker

<b>Tittel *:</b>	Lungekreft-pasienters behov for smertelindring ved livets slutfase		
<b>Antall ord *:</b>	8904		
<b>Engelsk tittel *:</b>	Lung cancer patients need of pain relief at the end of life		
<b>Egenerklæring *:</b>	Ja	<b>Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?:</b>	Nei
			<b>Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:</b>

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Lungekreft-pasienters behov for  
smertelindring ved livets slutfase

Lung cancer patients need of pain relief at  
the end of life

**Kandidatnummer 356**

Bachelor i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Campus Haugesund

Innlevering 22.04.20 kl.14:00

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## SAMMENDRAG

**Tittel:** «Lungekreft-pasienters behov for smertelindring ved livets slutfase»

**Bakgrunn:** I 2018 ble det registrert 1677 nye tilfeller av lungekreft. Prognosen for overlevelse anses som dårlig. Pasienter med lungekreft i palliativ fase er plaget med smertetopper som kan være vanskelige å kupere, og livet til den kreftrammede vil i stor grad dreie seg om smerter relatert til sykdommen. Smertelindring kan i og for seg være et kontant problem for lungekreft-pasienter og derfor ønsker jeg å gå dypere inn i temaet for å få økt fagkunnskap om dette.

**Problemstilling:** «*Hvordan kan sykepleiere bidra til optimal smertelindring til lungekreft-pasienter i palliativ fase?*»

**Metode:** Denne oppgaven benytter seg av en litteraturstudie som metode. Den er basert på forskning, relevant sykepleieteori og selvvalgt litteratur. Ved hjelp av 5 forskningsartikler og annen relevant teori er problemstilling blitt belyst ifra forskjellige sider.

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven er å gjøre en oppmerksom på hva som trengs for å kunne utføre optimal sykepleie til lungekreft-pasienter med smerteproblematikk inn mot den siste tiden av livet.

**Funn:** Mangelfull kartlegging av symptomer på smerte og igangsetting av nødvendige tiltak ut ifra dette, er noe av det som blir belyst i forskningen. Holdninger fra en sykepleiers perspektiv i forhold til smertelindring av lungekreft-pasienter viser seg å være inadekvat. Dette er blant annet fordi sykepleieren kan for lite om virkning og bivirkning av medikamenter, men og om pasientens vilje til å rapportere om smerte. På bakgrunn av dette blir ikke sykepleien optimal og kan påvirke sykepleier-pasient forholdet i en negativ retning.

**Oppsummering:** Det er ingen tvil om at sykepleierne spiller en viktig rolle i å avdekke smerte hos lungekreft-pasienter. En sykepleiers holdninger mot smertelindring kan være avgjørende for den type lindring og behandling en lungekreft-pasient mottar i en palliativ fase. Kartlegging ved hjelp av kartleggingsverktøy, kunnskap om medikamenter, informasjon om behandling og evaluering av smertelindring er element som må vurderes for at pasienten skal kunne oppnå optimal smertelindring i palliativ fase.

## ABSTRACT

**Title:** “Lung cancer patients need of pain relief at the end of life”

**Background:** In 2018, 1677 new cases of lung cancer were registered in Norway. The prognosis for survival is considered poor. Patients with lung cancer in a palliative phase are plagued with pain that can be difficult to cope with. Pain relief can in itself be a constant problem for a lung cancer patient. For this reason, I would like to go deeper into the topic to gain more knowledge about this theme.

**Issue:** “How can nurses contribute to optimal pain relief for lung cancer patients in a palliative phase?”.

**Method:** This assignment uses a literature study as a method. It is based on research, relevant nursing theory and self-selected literature. With help of five research articles, the literature has been discussed in order to clarify the topic from different perspectives.

**Purpose:** The purpose of the study is to make note of what is needed to perform optimal nursing care for lung cancer patients regarding pain problems towards the palliative phase.

**Results:** Insufficient mapping and assessment of symptoms of pain and initiation of necessary measures are being highlighted in the research. Attitudes of the nurses towards pain relief of lung cancer patients proved to be inadequate. This is mostly because the nurses do not know enough about the effect and side effects of medication, and also about the patient willingness to report pain. Because of this the relationship between the nurse and the patient can seem to develop in a negative direction.

**Summary:** There is no doubt that nurses play an important role in uncovering pain in lung cancer patients. A nurse`s attitude towards pain relief may be crucial to the type of relief and treatment a lung cancer patient receives in a palliative phase. Different tools like mapping, have knowledge about medication, information about treatment and evaluation of pain relief must be considered in order for the patient to achieve optimal pain relief in a palliative phase.

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Introduksjon:</b> .....	<b>6</b>
1.2 Bakgrunn for valg av tema .....	6
<b>2.0 Problemstilling:</b> .....	<b>7</b>
2.1 Avgrensning av problemstilling: .....	7
2.2 Definisjon av begrep: .....	7
<b>3.0 Teori:</b> .....	<b>8</b>
3.1 Lungekreft:.....	8
3.2 Kreftsmarter.....	8
3.3 Smertelindring: .....	9
3.4 Kartleggingsverktøy .....	10
3.5 Palliativ behandling og etikk.....	11
3.6 Joyce Travelbee .....	12
<b>4.0 Metode:</b> .....	<b>13</b>
4.1 Hva er metode?.....	13
4.2 Litteraturstudie .....	13
4.3 Søkeprosess.....	15
4.4 Kilde- og metodekritikk.....	16
4.5 Etske overveielser .....	18
<b>5.0 Resultat</b> .....	<b>19</b>
5.1 Artikkel 1 .....	19
5.2 Artikkel 2 .....	19
5.3 Artikkel 3 .....	20
5.4 Artikkel 4 .....	21
5.5 Artikkel 5 .....	22
5.5 Hovedfunn.....	22
<b>6.0 Drøfting</b> .....	<b>23</b>
6.1 Behov for kartlegging .....	23
6.2 Behandling og lindring .....	25
6.3 Betydningen av evaluering og kunnskap omkring behandling .....	27
<b>7.0 Konklusjon</b> .....	<b>29</b>
<b>Litteraturliste:</b> .....	<b>31</b>
<b>VEDLEGG 1</b> .....	<b>34</b>
<b>VEDLEGG 2</b> .....	<b>37</b>
<b>VEDLEGG 3</b> .....	<b>37</b>

**VEDLEGG 4** ..... **39**

## 1.0 Introduksjon:

I 2018 ble det registrert 3351 nye tilfeller av lungekreft (Kreftregisteret, 2020). Prognosen for overlevelse anses som dårlig (Kreftforeningen, 2020). Symptomene avhenger av tumorens lokalisasjon, men typiske debutsymptomer kan ses ifra respirasjonsorganene. Dette i form av hoste, tung pust, hemoptyse og fremmedlyder (Giæver, 2015, s. 218). Mange kreftpasienter opplever ikke optimal smertelindring, og dette særlig pasienter med metastatisk sykdom og kort forventet levetid slik som ved lungekreft (Helsedirektoratet, 2019a). Effektiv smertelindring forutsetter at pasienten føler på trygghet og ivaretagelse av hans/hennes behov (Helsedirektoratet, 2019a). Pasienter med lungekreft i palliativ fase er plaget med smertetopper som er vanskelige å kupere, og livet til den kreftrammede vil i stor grad dreie seg om smerter relatert til sykdommen. Smerte hos kreftpasienter kan være tumorrelatert, behandlingsrelatert og relatert til generell svekkelse som årsak av alvorlig sykdom (Helsedirektoratet, 2019a). Smertelindring kan i og for seg være et gjennomgående problem for lungekreft-pasienter og det er derfor ønskelig å gå dypere inn i temaet for å få økt fagkunnskap om dette.

I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) har en pasient eller bruker rett til medvirkning ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har rett til å medvirke i valg om ulike tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. I og med at pasientene oftest har mindre kunnskap om behandlingalternativer kan det være vanskelig for pasienten å fatte en beslutning. Dermed vil kravet om informasjon ifra helsepersonell øke (Molven, 2017, s. 161).

## 1.2 Bakgrunn for valg av tema

Motivasjonen for å skrive oppgaven er først og fremst at jeg har arbeidet på sengepost for lungesykdommer som sykepleierstudent og har vært vitne til hvilke smerter disse pasientene går igjennom i palliativ fase. Disse pasientene vil ha behov for et helhetlig behandlingstilbud som blant annet lindrer pasientens smerte. Pasientens smerte vil igjen påvirke kvalme, pusteproblemer, manglende matlyst og angst. God palliativ behandling forutsetter et godt samarbeid mellom behandlende pleiepersonell og pasient, og alle de andre som er involvert (Grundt & Mjell, 2016, s. 238). I og med at kreftsmerter ses på en som en utfordring, er det viktig at fremtidige sykepleiere har kunnskap om temaet, og kunne vite hvordan slike situasjoner skal kunne håndteres.

## 2.0 Problemstilling:

*«Hvordan kan sykepleiere bidra til optimal smertelindring til lungekreft-pasienter i palliativ fase?»*

### 2.1 Avgrensing av problemstilling:

Problemstillingen vil avgrenses i det omfang at pasienten står i fokus, ifra en sykepleiers perspektiv. Det finnes en del forskning på hvilke erfaringer lungekreft- pasienter sammen med sykepleiere gjør seg i den palliative fasen. I og med at lungekreft ofte har metastasert ved diagnosepunktet, vil dermed pasienten ha behov for palliativ behandling og pleie (Grundt & Mjell, 2016, s. 238). Oppgaven er dermed rettet mot palliasjon. Pårørende vil ofte utgjøre en stor del i pasientens liv i en slik situasjon, men i denne oppgaven vil det ikke bli lagt vekt på. Som tidligere nevnt har disse pasientene et behov for et helhetlig behandlingstilbud. Likevel vil det ikke bli lagt vekt på lindring av pasientens pusteproblemer, manglende matlyst, angst og ivaretagelse av åndelige- og eksistensielle behov. Det er først og fremst de fysiologiske smertene som vil bli vektlagt.

Videre er det viktig å få med hvilke preparater- og behandlingalternativer som er relevante for smertelindring for lungekreft-pasienter i palliativ fase og hvordan en sykepleier kan bidra til optimal smertelindring ved hjelp av kartlegging av symptomer. Fokuset vil bli på generelle prinsipper innenfor smertebehandling, hvordan en sykepleier observerer, kartlegger, igangsetter tiltak og til slutt evaluering. Ikke-medikamentelle tiltak til kreftpasienter i et palliativt forløp er vesentlig, men vil ikke bli lagt vekt på i denne oppgaven.

Smertelindring i en palliativ fase kan skje på forskjellige arenaer. I denne oppgaven vil smertelindring bli sett ifra en palliativ institusjon eller i en sykehusavdeling. Dette er fordi sykepleiere vil være tettere på i en kartleggings- og observasjonsfase i en avdeling på et sykehus, enn i hjemmet til pasienten.

### 2.2 Definisjon av begrep:

Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnæringsmåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved hjelp av tidlig identifisering, grundig



kartlegging, vurdering og behandling av smerte og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art. (WHO, referert i Helsedirektoratet, 2018).

Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av potensiell eller faktisk vevsskade- og ødeleggelse. Smerte er i høyest grad subjektiv, og dermed en sammensatt opplevelse. Graden av smerte kan variere fra en situasjon til en annen (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 383).

Smertelindring kan defineres som midler som blir tatt i bruk for å lindre smerte.

Behandlingsprinsipper for smertelindring av kreftmerter er analgetika, cytostatika og strålebehandling (Kaasa, 2016, s. 403-404).

## 3.0 Teori:

### 3.1 Lungekreft:

Lungekreft kan deles inn i hvilken celletype som er årsak til den primære tumoren (Grundt & Mjell, 2016, s. 236). I praksis deles de inn i småcellet og ikke-småcellet karsinom. Småcellet lungekreft er en aggressiv og raskt utviklende sykdom som har tendens til å spre seg. Ikke-småcellet lungekreft består av forskjellige histologiske typer, hyppigst er adenokarsinom og plateepitelkarsinom. Ikke-småcellet er den vanligste formen for lungekreft (Aass & Kristensen, 2016, s. 301). Symptomer kan arte seg ifra luftveiene. Typiske symptomer er da hoste, tung pust, blodig ekspektorat og fremmedlyder ved pusting. Symptomer kan også komme ifra andre organer ved spredning og dette kan gi uttalte smerter (Grundt & Mjell, 2016, s. 237-238). Smerteproblematikk er mest uttalt ved kreftformer som har spredd seg til skjelettet, som opptrer hyppig ved lungekreft. Metastaser opptrer hyppigst i hjerne, skjelett, lever, binyrer og hud i tillegg til lunge og pleura. Skjelettmetastaser gir vanligvis sterke smerter fordi virvellegemene er utsatt. Levermetastaser gir vekttap og slapphet. Typisk ved hjernemetastaser er hodepine, oppkast, kvalme, nevrologiske utfall og kramper. Binyremetastaser gir vanligvis ingen metastaser (Giæver, 2015, s. 219).

### 3.2 Kreftmerter

Ved smerteproblematikk i en medisinsk sammenheng er det ofte vevsskade som er et grunnleggende trekk for smerte (Kaasa, 2016, s. 402). Innvekst i nervevev kan også gi sterke

smertes. Å ha flere former for smerte for en kreftpasient er normalt, og dette kan igjen kreve forskjellig behandling eller kombinasjonsbehandling (Lorentsen & Grov, 2016, s. 402). Vi skiller mellom akutte og kroniske smerter. En form for akutt smerte er gjennombruddssmerte (episodisk smerte), og dette er smertetopper som kommer i tillegg til den kroniske smerten (Danielsen et al, 2016, s. 386). Kreftsmerter blir regnet som en egen form for smerte, men inkluderer nevropatiske- og nocispetive smerter. Nevropatisk smerte oppstår ved skade på nervesystemet og kan karakteriseres som forstyrrelser ved impulsregulering. Typisk for nevropatiske smerter er at smerteimpulsene genereres via mekanismer som vanlige analgetika ikke påvirker (Rosland & Tjølsen, 2016, s. 339). Nociseptiv smerte forårsakes av stimulering av nerveendinger ute i vevet som eventuelt kan ha utviklet overfølsomhet (Rosland & Tjølsen, 2016, s. 329). Brystsmerter er vanlig ved lungekreft. Det er uttalt som verkende smerter som føles dypt i brystet. Skuldresmerter kan skyldes innvekst av kreft i lungetippen eller et irritert mellomgulv (Gulsvik & Halvorsen, 2016, s. 588).

### 3.3 Smertelindring:

Smertelindring kan defineres som midler som blir tatt i bruk for å lindre smerte.

Behandlingsprinsipper for smertelindring av kreftsmerter er analgetika, cytostatika og strålebehandling (Kaasa, 2016, s. 403-404). Smerte hos en kreftpasient vil variere over tid, man må derfor følge smertene til pasienten systematisk for å kunne få en oversikt og for å kunne kartlegge effekten av behandling. Ifølge Kaasa (2016, s. 403) er det bærende prinsippet å kunne behandle, evaluere, behandle og reevaluere. På grunn av dette må behandlingen tilpasses hver en enkelt pasient. Behandling skal igangsettes når diagnosen er stilt.

Opioider består blant annet av fentanyl, oksykodon, morfin og metadon. Legemiddelgruppen blir sett på som de viktigste medikamentene i behandlingen av kreftsmerter (Klepstad & Kaasa, 2016, s. 429, 436-437). Morfin og en del andre opioider har ingen øvre doseringsgrense. Morfindosen trappes opp etterhvert (Kaasa, 2016, s. 404). Ikke-opioider blir også brukt ved lindring av kreftsmerter. De vanligste preparatene er paracetamol, NSAIDs (ikke-steroid antiinflammatoriske medikamenter) og ASA (acetylsalisylsyre) (Benthien & Sjøgren, 2016, s. 411). I tillegg til analgetika må man alltid vurdere andre tiltak for smertelindring. Ved metastaser til andre organer, for eksempel skjelettmetastaser som er normalt ved lungekreft, vil strålebehandling være et godt alternativ til smertelindring (Kaasa, 2016, s. 405). Hormonbehandling, cytostatika og tumorrettetbehandling kan være alternativer

i andre tilfeller. Ved nevropatiske smerter og hjernemetastaser kan kortikosteroider vurderes (Kaasa, 2016, s. 405).

Verdens helseorganisasjon (WHO) har i samarbeid med IASP (International Association for the Study of Pain) utviklet en smertetrapp som forklarer behandling ved en spesifikk smerteintensitet (Lorentsen & Grov, 2016, s. 412). Ved *trinn 1* brukes ikke-opioider, som NSAIDs og paracetamol. Dette brukes ved svake til middels sterke smerter. Ved *trinn 2* blir trinn 1 kombinert med et svakt opioid. Kodein og tramadol er eksempler på svake opioider. *Trinn 3* blir trinn 1 kombinert med et sterkt opioid. Morfin er ofte et førstevalg av opioidene til kreftpasienter for dette er et billig og effektivt alternativ. Ved *trinn 4* blir trinn 1 kombinert med et sterkt opioid subkutant eller intravenøst. Dersom pasienten ikke kan ta legemidler per os skal legemidlet gis subkutant. Til slutt finner vi *trinn 5* som slår sammen trinn 1 og et sterkt opioid epiduralt eller spinalt. Dette er for pasienter som har så sterke smerter at de trenger smertebehandling via et epiduralkateter (Lorentsen & Grov, 2016, s. 413-414).

### 3.4 Kartleggingsverktøy

For å kunne kartlegge smerter hos kreftpasienter er det vanlig å bruke VAS-skala (Visual analogue scale) og ESAS-skjemaet (Edmonton Symptom Assessment System) (Lorentsen & Grov, 2016, s. 410). Det er viktig å kartlegge smertene før behandlingen starter for å kunne evaluere effekten av behandlingen. VAS er en visuell skala der det i den ene enden av linjen markerer ingen smerte og den andre enden av linjen markerer uutholdelig smerte. Intervallene går fra 0-10, der 0 indikerer ingen smerte, mens 10 indikerer verst tenkelige smerte (Danielsen et al, 2016, s. 391). VAS måler kun smerteintensiteten, mens ESAS kartlegger flere symptomer samtidig. ESAS består av åtte symptomer som pasienter i ulike stadier av kreftsykdom plages med: smerte, slapphet, døsighet, kvalme, dårlig matlyst, tung pust, depresjon og angst. Selv om det kun er et punkt på smerte, vil flere av disse symptomene opptre samtidig og kan forsterke smerteopplevelsen (Lorentsen & Grov, 2016, s. 410). ESAS kan brukes til å vise plagene sin utvikling over tid og dermed også respons på ulike tiltak (Gulsvik & Halvorsen, 2016, s. 587). I tillegg til VAS og ESAS kan også kroppskart brukes for å kunne merke av hvor på menneskekroppen smerten sitter (Danielsen et al, 2016, s. 392).

### 3.5 Palliativ behandling og etikk

Palliasjon innebærer å kunne gi best mulig behandling, pleie og omsorg. Optimal palliativ behandling innebærer planlegging og igangsetting av nødvendige tiltak på rett tidspunkt i et sykdomsforløp (Kaasa & Loge, 2016, s. 34 og 43). Forutsetninger for god palliasjon innebærer kartlegging av pasientens symptomer, behov, ressurser og totalsituasjon (Helsedirektoratet, 2019a). For at sykepleieren skal opprettholde den lindrende funksjonen er det viktig at det blir rettet oppmerksomhet mot pasientens livskvalitet og opplevelse knyttet til sykdom og lidelse (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22). Palliasjon i et kreftforløp vil arte seg forskjellig, og dette er mye på grunnlag av at man kan skille mellom livsforlengende og palliativ behandlingsintensjon. Å fastslå når en pasient er døende, kan være vanskelig å si. Det er imidlertid viktig å skille fasene fra hverandre. I en tidlig palliativ fase vil intensjonen være å lindre plager, mens i en sen palliativ fase vil intensiv symptomlindrende behandling vurderes nøye før igangsettelse (Kaasa & Loge, 2016, s. 45). Man må på forhånd avklare hvilken behandling som skal iverksettes, og sørge for at pasienten og pårørende har oppfattet informasjonen (Helsedirektoratet, 2019a). For noen pasientgrupper, som lungekreft-pasienter, vil det ikke være realistisk med kurativ behandling, da en ofte befinner seg i et palliativt stadie ved diagnosepunktet. Derimot kan man forlenge livet (Kaasa & Loge, 2016, s. 44). Ifølge Helsedirektoratet (2019a) vektlegger WHO at palliasjon skal benyttes i hele sykdomsforløpet, og ikke bare ved livets slutt.

Helsetjenesten har ansvar for å kunne gi god behandling, både før og etter diagnosen stilles, gjennom sykdomsperioden og ved livets slutt. En forutsetning for god pleie er å lytte til pasientens erfaringer og meninger slik at pasienten føler seg forstått, inkludert og respektert (NOU 2017: 16, 2017, s. 12). I følge helsepersonelloven §4-1 (1999) skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med kravene for faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut ifra kvalifikasjonene til helsepersonell. Dermed skal man etterstrebe god pleie og symptomlindring for den døende pasienten. Dette inkluderer alt ifra smertelindring til lindring av kvalme og ubehag (Nortvedt, 2016, s. 199). Dette henger igjen sammen med de etiske prinsippene for sykepleierfaget.

Ifølge Nortvedt (2016, s. 96) arbeider helsevesenet ut ifra de fire og viktigste etiske prinsippene i sykepleien. Disse er velgjørenhetsprinsippet, ikke-skade prinsippet, autonomiprinsippet og rettferdighetsprinsippet. Å lindre smerter hos lungekreftpasienter kan knyttes opp mot de etiske prinsippene gjennom at sykepleieren gir informasjon om pasientens

valg av behandling og på denne måten at pasienten blir behandlet med respekt og rettferdighet.

### 3.6 Joyce Travelbee

En sykepleierteoretiker som retter søkelys på hvordan en sykepleier kan hjelpe et enkeltindivid i en palliativ fase er Joyce Travelbee. Ved hjelp av Joyce Travelbees sykepleierteori vil en kunne underbygge problemstillingen og belyse ulike funn ifra forskningen og videre anvende dette i diskusjonen. Hensikten til sykepleieren er i følge Travelbee (1999, s. 41) å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet med å kunne forebygge og mestre sykdom og lidelse, og ved hjelp av dette, kunne finne mening i disse erfaringene.

#### **Lidelse:**

Å oppleve lidelse er noe hvert enkelt individ opplever på hver sin unike måte. Det er en erfaring som oppleves og gjennomlevs av individet (Travelbee, 1999, s. 98). Lidelse og smerte er noe kun den enkelte erfarer. Det er et problem for den som erfarer smerte, men også legen og sykepleieren som forsøker å lindre smerten, samt arbeider med syke og lindende mennesker (Travelbee, 1999, s. 112). Videre er det viktig at sykepleieren vil kunne videreutvikle oppmerksomhet og måten å leve seg inn i andres situasjoner for å kunne oppdage lidelse (Kristoffersen & Breievne, 2016, s. 192).

#### **Menneske-til-menneske-forhold:**

Et menneske-til-menneske-forhold er opplevelser og erfaringer som deles mellom den som er syk og sykepleieren (Travelbee, 1999, s. 41). I og med at lungekreft-pasienter er en type pasientgruppe som kan ha problemer med smertehåndtering er det viktig at sykepleieren etablerer et menneske-til-menneske-forhold med pasienten. For å kunne ivareta pasientens behov kan sykepleieren bruke seg selv terapeutisk og på denne måten anvende en smart tilnæringsmåte til problemer pasienten måtte ha (Travelbee, 1999, s. 41). På dette viset vil et menneske-til-menneske-forhold bli etablert og opprettholdt. Ved å bruke dette aspektet i Travelbees teori vil det bli belyst hvordan en sykepleier bør opptre i situasjoner der pasientens sykepleiebehov har vansker for å bli ivaretatt.

#### **Kommunikasjon:**

Kommunikasjon er en prosess som gjør sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold, og på dette viset hjelpe den syke og familier med å forebygge og mestre erfaringer med sykdom og lidelse (Travelbee, 1999, s. 135). For å kunne sikre god kvalitet på smertelindring er det viktig at en sykepleier kan anvende intellektuell tilnærming til ulike problemer innenfor smertebehandlingen, og dette i kombinasjon med en terapeutisk bruk av seg selv (Travelbee, 1999, s. 136). En overordnet målsetting for god palliativ behandling er å gi pasienten best mulig livskvalitet. Dette forutsetter god kommunikasjon mellom pasient og sykepleier. Livskvalitet er subjektivt og kan kun kartlegges ved kommunikasjon med pasienten (Helsedirektoratet, 2019a).

## 4.0 Metode:

### 4.1 Hva er metode?

Metode forteller oss noe om hvordan vi bør gå fram for å kunne etterprøve kunnskap. I vitenskapelig forstand betyr det at vi bruker og overholder intellektuelle standarder i vår argumentasjon og diskusjon (Dalland, 2018, s. 51).

### 4.2 Litteraturstudie

Denne oppgaven er basert på en litteraturstudie. En litteraturstudie bygger på kunnskap fra skriftlige kilder (Thidemann, 2019, s. 77). Man bruker en systematisk metode for å finne, kvalitetsvurdere og til slutt kunne oppsummere enkeltstudier som handler om det samme temaet (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinar, 2012, s. 49). I en litteraturstudie bruker man en systematisk tilnærming til alle trinn i skriveprosessen. Det innebærer at man samler inn litteratur for å kunne kritisk vurdere den og til slutt sammenfatte det hele (Thidemann, 2019, s. 77). Hensikten vil dermed være å kunne gi svar på det problemstillingen etterspør, og kunne beskrive hvordan man har kommet frem til denne kunnskapen. Målet er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av innholdet som blir lagt fram i oppgaven, slik at leseren forstår hva det dreier seg om (Thidemann, 2019, s. 77-78). En viktig forutsetning for å kunne foreta en litteraturstudie er at det finnes oppdatert forskning på temaet en velger å undersøke. Samtidig krever det at man videre kan kritisk vurdere kvaliteten på kilden, samt at man kan analysere og tolke resultatet (Thidemann, 2019, s. 78).

Det brukes ulike typer metoder i materialet som anvendes. Det benyttes blant annet kvantitative og kvalitative artikler i litteraturstudien. En kvantitativ studie vil ta for seg data i form av målbare enheter (Dalland, 2018, s. 52). Tallene som artiklene tar for seg gir leseren mulighet til å kunne foreta sammenligninger i forhold til kvalitative artikler som tar for seg meninger. Typisk for en kvantitativ orientert metode er at den går i bredden av et tema og får fram det som er felles for den utspurte gruppen. Data som blir hentet inn kan bli gjort gjennom spørreskjema med faste svaralternativer eller gjennom systematiske observasjoner (Dalland, 2018, s. 53). Det som blir etterspurt i undersøkelsen spesifiseres som variabler og verdier. Variablene har forskjellige målenivå. Dette betyr at verdiene på variablene kan klassifiseres som forskjellige kategorier (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 175). Dette har igjen betydning for hvilke statistiske analyser som kan gjøres (Christoffersen et al, 2015, s. 177). Forskeren ser fenomenet utenfra og har på denne måten tilstrebet nøytralitet og avstand ovenfor fenomenet som skal undersøkes (Dalland, 2018, s. 53).

En kvalitativ studie vil som sagt ta for seg meninger, men også opplevelser og erfaringer, som vanskelig vil la seg måle i tall (Dalland, 2018, s. 52). I motsetning til kvantitative studier brukes det ikke-statistiske metoder for analysering (Nortvedt et al, 2012, s. 72). Kvalitativ forskning blir ofte brukt som et selvstendig verktøy, men kan brukes til å utdype en studie som utforskes med kvantitative metoder (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). Dette kalles for «mixed methods». Dette kan for eksempel innebære at datasamlingen er kvalitativ, mens analysen er kvantitativ (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015). Datasamling skjer hovedsakelig gjennom intervju, observasjon og gjennom lesning av dokumenter (Nortvedt et al, 2012, s. 72). Det finnes ingen faste svaralternativer og intervjuer skjer uten strukturerte observasjoner. I motsetning til kvantitativ metode, ser forskeren på fenomenet i et innenfraperspektiv (Dalland, 2018, s. 52). Funnene presenteres i et deskriptivt eller fortolkende format. Resultatene vil dermed legges fram på fortellende måte for å kunne illustrere hovedtemaene i datamaterialet (Nortvedt et al, 2012, s. 72).

I tillegg til kvantitative og kvalitative metoder er det også blitt benyttet andre metoder i artiklene som har blitt anvendt. En retrospektiv studie, ofte kalt kasus-kontrollstudier, er en type studie som går bakover i tid. Her identifiserer man noen som har et problem eller en sykdom (Nortvedt et al, 2012, s. 132). En tverrsnittstudie er en type studie som studerer forekomst og fordeling av et fenomen. Dette blir studert uten å si noe om årsaksforhold

(Nortvedt et al, 2012, s. 199). En oversiktsartikkel tar for seg oversikter over forskningslitteratur om et bestemt emne (Nortvedt et al, 2012, s. 197).

### 4.3 Søkeprosess

For å finne minst 4 aktuelle artikler som kan belyse min problemstilling valgte jeg å gjennomføre søket ved bruk av flere ulike databaser gjennom Høgskulen på Vestlandet. Jeg søkte i Cinahl, Pubmed, Medline, SveMed og Google Scholar. Likevel endte jeg opp med å bruke Pubmed og Google Scholar, da disse databasene hadde artikler som var relevante for min problemstilling. PubMed inneholder mer enn 30 millioner siteringer ifra biomedisinsk forskning og kan ses på som en troverdig database. Google Scholar er søkemotor for ulik akademisk litteratur.

I tillegg til systematisk søk har jeg også funnet artikler gjennom sekundærsøk i gamle bacheloroppgaver, også kalt «snøballeffekten». For å kunne avgrense søkene er det blitt brukt «AND» og «OR» i søkeprosessen, dette for å kunne komme fram til flere alternativer av artikler. Videre har jeg lest tittel og abstrakt før jeg valgte de aktuelle artiklene. Eldre artikler enn 2015 har blitt ekskludert, da det er viktig å anvende oppdaterte og relevante artikler ifra forskningsområdet. Artikler ifra et legeperspektiv og andre profesjoner, samt artikler med fokus på barn er også blitt ekskludert. Smertebehandling og sykepleier er blant annet ord som har blitt inkludert. Se vedlegg 2 for mer informasjon om inklusjons- og eksklusjonsteorier. Resultatene kommer hovedsakelig fra andre land (land i Sør-Amerika og land i Europa), men en artikkel er hentet fra norsk forskning om kunnskap og holdninger til kreftsmarter ovenfor norske sykepleiere.

Søkeord som «palliative care» er ikke slavisk brukt. Dette er mye fordi lungekreft-pasienter ofte befinner seg i en palliativ fase ved diagnosepunktet og har dermed kreftsmarter ifra starten av. «Lung cancer» er heller ikke blitt slavisk brukt da kreftsmarter kan arte seg likt hos andre krefttyper i et langt kommet stadie. Forskningsartiklene som er anvendt belyser problemstillingen ifra forskjellige sider. Dette for å kunne se problemstillingen ut ifra ulike perspektiv. Se vedlegg 1 for mer informasjon om søkeprosessen.



#### 4.4 Kilde- og metodekritikk

Når man bygger på data fra skriftlige kilder vil man alltid forholde seg til litteraturen i faget. Kildene vi bruker hjelper oss til å se sammenhenger og utviklingstrekk i litteraturen (Dalland & Trygstad, 2019, s. 149). Kildekritikk handler om å anvende kilder på en reflektert måte. Kildene skal vurderes, tolkes og analyseres (Christoffersen et al, 2015, s. 60). I en litteraturstudie er det nødvendig at man er kildekritisk til de artiklene som blir anvendt i oppgaven. Kildekritikk handler om å stille seg kritisk til kilden, sjekke om den er troverdig og om den kan vurderes i forhold til hvor relevant den er når det gjelder temaet og problemstillingen (Dalland & Trygstad, 2019, s. 152-153). For å kunne vurdere kildens kvalitet, hvor gyldig og holdbar den er må man blant annet legge til grunn for hvor gammel teksten er (Dalland & Trygstad, 2019, s. 159). Alle artiklene er fra 2015-2019, da medisinsk forskning endrer seg ettersom teknologien og forskningen gjør framskritt. Videre belyses problemstillingen ut ifra Joyce Travelbee (1999) sin sykepleierteori. Selv om teorien er gammel er den fortsatt like relevant i dag, da den viser til hvordan man kan hjelpe og støtte mennesker i perioder med lidelse og smerte.

Vurdering av publiseringskanal og nivåvurdering ut ifra Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) (2018) har blitt tatt i betraktning. Selv om to av publiseringskanalene ikke har blitt nivåvurdert av NSD, er tidsskriftene som er brukt fagfelleverdert. At tidsskriftene er fagfelleverdert innebærer at det gjort en vurderingsprosess av kvaliteten og viktigheten av publikasjoner i forskning. Fagfellevurdering vil si at den kvalitetssikret av andre eksperter innenfor fagfeltet eller metoden (Nortvedt et al, 2012, s. 197). Se vedlegg 3 for mer informasjon om nivåvurdering. Selv om to av publiseringskanalene som artiklene er publisert i, ikke er nivåvurdert, kan de likevel brukes i og med at kilden er sitert i Google Scholar. "Palliative care units in lung cancer in the real-world setting: a single institution's experience and its implications" (Masel et al, 2016) har kun blitt sitert 2 ganger og «Perceptions of nurses and pain management of cancer patients" (Stübe, Cruz, Benetti, Gomes & Stumm, 2015) har blitt sitert 6 ganger. Selv om de ikke er sitert mange ganger belyser de problemstillingen ut ifra forskjellige perspektiv og viser til tilstrekkelig informasjon angående temaet. Dette kan også henge sammen med at det finnes lite forskning innenfor feltet. Forskningsartiklene som er brukt i oppgaven har blitt kritisk vurdert gjennom helsebiblioteket sin sjekkliste for kvalitative artikler. Se vedlegg 4 for kritisk vurdering av en kvalitativ artikkel, «Pain experiences of patients with advanced cancer: A qualitative descriptive study" (Erol et al, 2018).

Første artikkel "Palliative care units in lung cancer in the real-world setting: a single institution's experience and its implications" (Masel et al, 2016). Selv om artikkelen ikke går direkte på sykepleietiltak, ses artikkelen likevel på som relevant fordi den belyser hvilke erfaringer personell på en palliativ enhet gjør seg ved bruk av palliativ behandling og lindring.

Den andre artikkelen er og så hentet gjennom PubMed. «Pain Knowledge and Attitudes Among Nurses in Cancer Care in Norway" (Utne, Småstuen & Nyblin, 2018). Det må påpekes at mesteparten av sykepleierne som har deltatt i studien har tatt en videreutdanning i kreftsykepleie. Den ses likevel på som relevant fordi den belyser sykepleietiltak som også er relevante for en sykepleier uten videreutdanning. Den inneholder spørsmål om demografiske forskjeller hos sykepleierne blant håndtering av kreftsmarter, men det vil ikke bli lagt særlig fokus på i denne oppgaven.

Den tredje artikkelen «Perceptions of nurses and pain management of cancer patients" (Stübe et al, 2015) og fjerde artikkelen «Pain experiences of patients with advanced cancer: A qualitative descriptive study" (Erol et al, 2018) er forskning fra Brasil og Tyrkia. Her må man legge til grunn at i disse landene kan ha andre midler for å kunne gjennomføre tilstrekkelig sykepleie. Både kulturelle og økonomiske forhold kan virke inn for resultatet til forskningen. I den fjerde artikkelen Erol et al. (2018) er det blitt vurdert psykososiale smerter til kreftpasienter, men siden dette ikke er fokuset i oppgaven vil det ikke bli vektlagt. I Stübe et al. (2015) står det ingenting om videreutdanning blant sykepleierne som er intervjuet og dette kan være med på å belyse hvilke kunnskaper og forhold sykepleiere med kun en bachelorgrad har til smerteproblematikk og hvilke barrierer de har ovenfor temaet. Denne artikkelen supplerer dermed godt til drøftingen, da Utne et al (2018) stort sett viser til forskning for sykepleiere med videreutdanning. Forskningen til Erol et al. (2018) er utført i Brasil, men ses på som relevant for oppgaven i og med at den er publisert i et tidsskrift for sykepleiere og svarer på problemstillingen.

Siste artikkel «Practice review: Evidence-based and effective management of pain in patients with advanced cancer" (Chapman et al, 2020). Den tar for seg retningslinjer som behandlingsalternativ til kreftpasienter. Dette er viktig for en sykepleier å ha kunnskap om. Begrensninger i artikkelen er dette er en oversiktsartikkel som tar for seg flere funn ifra forskning som er videreutviklet til ulike retningslinjer. Ulempen med dette er at slike utarbeidede retningslinjer ikke alltid er støttet av robuste bevis. Likevel viser artikkelen til

viktigheten av et godt samarbeid mellom ulike profesjoner og at dette igjen vil bidra til et godt resultat for pasienten.

To av studiene som er brukt i oppgaven, er gjennomført med kvalitative intervju. Kvalitative intervju kan være belastende for en person med langt kommet lungekreft, ettersom en intervju prosess krever en del. I og med at studiene ofte baserer seg på lungekreft-pasienter som befinner seg i palliativ fase kan man berøre følsomme sider ifra informantene som kan være vanskelige å bearbeide (Christoffersen et al, 2015, s. 45). Dette kan ses på som kritikkverdig.

Videre er det også lagt til grunn for å vurdere om artiklene er vurdert med IMRAD-struktur. IMRAD er en forkortelse for introduksjon, metode, resultat og (and) diskusjon (Dalland & Trygstad, 2019, s. 163). Alle artiklene utenom oversiktsartikkelen har denne type struktur. I oppgaven er det anvendt pensumlitteratur som er brukt i sykepleierutdannelsen. Det har vært fokus på å bruke de pensumbøkene som er nyest for å ha mest mulig oppdatert litteratur. Litteraturen er enten funnet i pensumlistene til Høgskulen på Vestlandet eller ved biblioteket ved Høgskulen på Vestland Campus Haugesund.

#### 4.5 Etiske overveielser

Helsinkideklarasjonen inneholder regler for helsepersonell som arbeider med studier om mennesker. Formålet er å beskytte pasienter mot utilsiktede hendelser som følge av forskningen (Christoffersen et al, 2015, s. 43). I og med at dette er en litteraturstudie, har jeg derimot ikke foretatt forskningen selv. På grunnlag av dette har jeg sjekket at artiklene er etisk vurdert av ulike komiteer. Dette var tilfellet hos alle artiklene som er anvendt i oppgaven. Det innebærer at forskerne har tatt hensyn til blant annet å ivareta sårbare grupper og at ingen konfidensiell informasjon blir utlevert (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2013). Analytisk etikk består blant annet i å belyse og vurdere etiske utsagn, prinsipper og teorier og dermed og å utforske begrunnelsene og deres gyldighet (Molven, 2017, s. 67). Dette har blitt overveid i utvelgelsen av artikler på bakgrunn av etiske vurderinger. Videre er oppgaven skrevet etter APA-standard. Den refererer til riktige kilder på en riktig måte, og på denne måten blir plagiering unngått (Nierenberg, Berg, Listhaug, Sletteland & Østerholt, 2018).

## 5.0 Resultat

I dette kapitlet vil det bli presentasjon av fem artikler som er anvendt i oppgaven. Dette vil gjøres ut ifra hensikt, metode, resultat og konklusjon.

### 5.1 Artikkel 1

**“Palliative care units in lung cancer in the real-world setting: a single institution’s experience and its implications” (Masel et al, 2016).**

**Hensikt:** Hensikten med studien er å kunne avdekke hva tidlig innleggelse i en palliativ institusjon vil ha og si for livskvaliteten til den kreftrammede. Lungekreft som har metastasert seg har i forhold til andre typer kreft flere symptomer og høyest prevalens av fysiske utfordringer.

**Metode:** I denne artikkelen er det data av lungekreft-pasienter som ble behandlet på en palliativ enhet ifra juni 2010- mars 2013. Informantene i studien er 460 lungekreft-pasienter. Dette er en kvantitativ artikkel, med bruk av retrospektiv metode.

**Resultat:** Hovedårsakene for innleggelse var forverring av tilstand (40%), ukontrollerte kreftsmarter (38%), dyspne (13%) og psykososiale årsaker (8%). Vanligste behandling var analgetika behandling. Dette på grunnlag av WHO sin smertetrapp fra skalaen 1-3, som ble brukt hos 84% av pasientene. Opioidbehandling var gitt hos 24% av pasientene.

**Konklusjon:** En tidlig innleggelse på en slik enhet vil for mange bidra til økt livskvalitet da de får økt stabilisering og lindring av tumor-relaterte symptomer. Dette handler også om at pasientene vil få mindre aggressiv lindring mot den siste tiden i livet. Opioid-bruk ble ofte kombinert med annen medikamentell smertebehandling, samtidig som man måtte vurdere bivirkningene ved opioidbruk.

### 5.2 Artikkel 2

**«Pain Knowledge and Attitudes Among Nurses in Cancer Care in Norway” (Utne et al, 2018).**

**Hensikt:** Studien viser til kreftsykepleiere (og noen sykepleiere med kun bachelorgrad) sin kunnskap og holdninger om smerte og smertehåndtering. Håndtering av smerter relatert til

kreftsykdom er selve grunnmuren i smertebehandling og sykepleieren er sentral i identifisering og kartlegging av disse.

**Metode:** I denne forskningsartikkelen er det anvendt en kvantitativ tverrsnitt-studie hvor medlemmer av «Forum av kreftsykepleiere» (FKS) deltok i en web-basert studie. Spørreundersøkelsen bestod av 41 spørsmål, der 22 hadde svaralternativer som «sannhet/usant», 15 hadde svaralternativer med 3-5 alternativer og 4 spørsmål om pasienthistorier.

**Resultat:** Majoriteten som svarte på spørreundersøkelsen var kvinner og hadde videreutdanning. Resultatene ble analysert som en total sum for hele undersøkelsen istedenfor individuell analyse av hvert spørsmål. Korrekt svar var oftest i forbindelse med spørsmål om holdninger. 99% svarte at det var pasienten som hadde mest kunnskap om sin egen smerte. Spørsmål om effekt og bivirkninger av medikamenter var de spørsmålene som oftest ble svart feil på.

**Konklusjon:** Artikkelen viser til at sykepleiere i Norge besitter en god del kunnskap om adekvat smertebehandling. En potensiell forbedring handler om sykepleiernes kunnskap om medikamenter og holdninger ovenfor pasientens subjektive smerte.

### 5.3 Artikkel 3

«Perceptions of nurses and pain management of cancer patients» (Stübe et al, 2015)

**Hensikt:** Av nåværende kreftpasienter opplever opptil 90% smerte relatert til sykdommen i en palliativ fase. Av denne grunn er det viktig å undersøke hvilke oppfatninger sykepleiere har til pasienters smerte og hvilke tiltak de igangsetter for å kunne håndtere slike utfordringer.

**Metode:** Artikkelen er en deskriptiv kvalitativ studie. Datainnsamling var gjort mellom juli og august 2013. 7 sykepleiere deltok i studien og data ble hentet inn via intervju. Spørsmålet som de innledet intervjuet med led som følger: «fortell om hvordan du oppfatter pasienters kreftsmerte og hvilke tiltak du gjør for å håndtere det».

**Resultat:** Sykepleierne i denne studien viste til at de identifiserte smertene ved hjelp av verbale klager, uttrykk og generell oppførsel hos pasientene. Smerte er målt som et vitalt tegn

og det ble brukt flere ulike parameter for å fastslå en plan for den enkelte pasient i forhold til smerteintensitet. Et av de hyppigste tiltakene var administrasjonen av smertestillende, ofte opioider. Videre ble det fulgt opp hvilken dose som var rett for den enkelte pasient og hvor mange ganger per dag medikamentene skulle bli administrert. Det ble også lagt merke til at sykepleierne responderte så snart pasienten rapporterte om smerte. Resultatene viser likevel til flere endringer som kan bli gjort for å forbedre smertelindring til kreftpasienter.

**Konklusjon:** Det blir vist til at sykepleiere må være mer observante for å kunne identifisere smerte og håndtere denne effektivt. Potensiell forbedring handler om å bedre kunne identifisere smerte og til å få flere studier til å fokusere på sykepleietiltak til kreftpasienter.

#### 5.4 Artikkel 4

«Pain experiences of patients with advanced cancer: A qualitative descriptive study”  
(Erol et al, 2018).

**Hensikt:** Med kreftmetastaser kommer ofte ukontrollert smerte med på kjøpet. Formålet med studien var å undersøke smerteopplevelser til pasienter med et avansert kreftforløp og hvordan de håndterer et liv med smerte.

**Metode:** Dette er en kvalitativ deskriptiv studie. Den består av 16 pasienter som er innlagt på sykehus med metastatisk kreft. Data ble hentet inn via semi-strukturerte intervju i perioden september til desember 2015. Pasienter som ble inkludert i studien var personer over 18 år og det måtte ha gått minst 6 måneder fra diagnosepunktet. Pasienten kunne ikke ha kommunikasjonsproblemer og diagnosen var enten ikke-småcellet lungekreft stadie 4 eller mage-tarm relatert kreft stadie 4.

**Resultat:** Majoriteten av pasientene beskrev smerten som en forstyrrende opplevelse med både negative fysiske og psykiske konsekvenser. De fleste pasientene informerte sykepleierne umiddelbart om innsettende smerte, mens noen prøvde å ta tålmodigheten til hjelp og gav ikke beskjed før smerten hadde økt enda ytterligere. Mindre enn halvparten av pasientene informerte sykepleierne umiddelbart om smerte og behov for farmakologiske tiltak. Studien viser til at omtrent halvparten av pasientene var ikke fornøyde med sykepleiernes omsorg omkring smerte og smertehåndtering. Sett ifra pasientenes perspektiv ble det ikke utført systematisk smerteevaluering og heller ikke brukt effektive smertehåndteringsstrategier.

**Konklusjon:** Det ble ikke utført adekvat lindring relatert til smerteevaluering av kreftpasienter med et avansert forløp. Studien demonstrerer at disse type pasienter trenger mye mer oppmerksomhet av sykepleiere når det kommer til smertehåndtering og tiltak ut ifra dette.

## 5.5 Artikkel 5

**«Practice review: Evidence-based and effective management of pain in patients with advanced cancer» (Chapman et al, 2020)**

**Hensikt:** Formålet med studien er å få en oversikt over ulike opplevelser man gjør seg i håndtering av smerte hos kreftpasienter med et avansert forløp. Smerte er et gjennomgående problem og her er fokuset på utarbeiding av sentrale retningslinjer for helsepersonell.

**Metode:** Dette er en oversiktsartikkel. «The Cochrane of Systematic Reviews» var brukt til å søke i. Søkeord som «pain» AND «cancer» ble brukt. Etter screening av to forskere, ble 19 artikler identifisert til å være relevante for denne oversiktsartikkelen. Det ble også gjort søk i MEDLINE.

**Resultat:** Resultatene ble delt inn i anbefalinger som «Do» og «Do not» og «Dont know». Her kommer det blant annet frem at man bør skreddersy en smertehåndteringsplan for hver enkelt samt vurdering av bytte av opioider. Det man ikke skulle gjøre var å rutinemessig gi paracetamol i og med at pasientene hadde liten effekt av dette. Det de ikke visste var om NSAIDs hadde noen form for virkning på kreftsmarter.

**Konklusjon:** Et sterkt opioid er det beste valget for å behandle moderate til sterke smerter til pasienter med kreftsmarter. Radioterapi er effektivt for beinmetastaser.

## 5.5 Hovedfunn

Felles for de anvendte artiklene er at flere lungekreft-pasienter ikke opplever adekvat smertelindring, både i form av palliativ lindring og at sykepleierne ikke innehar den kunnskapen som pasientene trenger. Selv om mye av det sykepleierne observerer og kartlegger er bra, er det rom for forbedring. Dette er felles for artiklene som belyser problemstillingen ifra et sykepleieperspektiv. Det blir vist til manglende informasjon og

undervisning fra sykepleiernes side til pasientene (Erol et al, 2018). Dette gjelder både for sykepleiere med kun bachelorgrad og sykepleiere med videreutdanning (Utne et al, 2018 & Stübe et al, 2015). Videre er det viktig å anse hvilke medikamenter som blir gitt ut i henhold til WHO sin smertetrapp og om dette faktisk har effekt på pasienten.

## 6.0 Drøfting

I dette kapitlet vil det bli belyst ulike funn ifra forskningsartiklene opp imot problemstillingen «*Hvordan kan sykepleiere bidra til optimal smertelindring til lungekreft-pasienter i palliativ fase?*». I livets slutfase er smerte et av de vanligste symptomene. Kartlegging, behandling, evaluering og kommunikasjon er sentrale begrep i en palliativ fase. Dette vil dermed bli vektlagt som tema i diskusjonen.

### 6.1 Behov for kartlegging

Ifølge Stübe et al. (2015, s.709) blir det vist at sykepleierne trenger å kurses på tidlig identifisering av smerte, for å effektivt kunne kupere smertetoppene. Ved å bruke smertekartleggingsverktøy som ESAS, VAS og kroppskart kan en opparbeide seg kunnskap om hvordan pasientens smerte kan føles og utføre tiltak ut ifra dette. En sykepleier må legge til grunn at smertebehandling i bunn og grunn handler om subjektive erfaringer (Danielsen et al, 2016, s. 383). Det totale smertebilde og sannsynlige årsaker til smerte må vurderes (Helsedirektoratet, 2018). I og med at smerte er vanlig hos lungekreft-pasienter er det viktig at sykepleierne opparbeider seg et godt klinisk blikk (Helsedirektoratet, 2019b). Den kliniske observasjonen er en sentral del i kartleggingen av smerte hos lungekreft-pasienter i palliativ fase. Ifølge Dihle, Helseth & Kongsgaard (referert i Danielsen et al, 2016, s. 383) er sykepleiere generelt dårlige til å forstå betydningen av å ta i bruk systematiske hjelpemidler som smerteskalaer for å kunne vurdere og kartlegge pasientens smerte. Med dette kan en forstå at helsepersonell kan undervurdere smertene relatert til kreften og dette kan igjen føre til videre risiko for behandling og lindring.

Det kan vise seg at majoriteten av pasientene ikke gir beskjed til sykepleierne om innsettende smerte (Erol et al, 2018, s. 31). I følge Stübe et al. (2015, s. 705) er det kun et fåtall som gir beskjed om innsettende smerte, og at sykepleierne oppfatter smerte i størst grad av pasientens ansiktsuttrykk. Har pasienten et ansvar å gi beskjed om smerte, eller skal en sykepleier kunne oppfatte dette ved aktivt å bruke et klinisk blikk? Sykepleierens tidligere erfaringer kan virke



inn på det en sykepleier oppfatter som «normal» atferd rundt smerter. Når man til daglig møter mennesker med smerter i forbindelse med sykdom, kan sykepleieren etter en stund reagere mindre følsomt ovenfor pasienten (Danielsen et al, 2016, s. 382). Dette kan henge sammen med at sykepleieren noen ganger ikke oppfatter smerten til pasienten som sterk, som om man gjør seg litt blind på egne observasjoner en har opparbeidet seg. Det kan være vanskelig å vurdere andres grad og intensitet av smerte (Travelbee, 1999, s. 112).

Når smertehistorien skal beskrives er det viktig å kartlegge smertens intensitet, lokalisasjon, karakter og variasjon (Knudsen & Kaasa, 2016, s. 390). Lungekreft-pasienter har ofte skjelettmetastaser og har på bakgrunn av dette evne til å utvikle hyperkalsemi (Aass & Kristensen, 2016, s. 303). Ifølge Chapman et al. (2020, s. 4) vil identifikasjon og gradering av nevropatisk smerte spille en stor rolle i og med at mange kreftpasienter har disse plagene. Skjelettmetastaser gir opphav til mange symptomer deriblant smerte, spontanfrakturer, lammelser og metabolske forstyrrelser. Det vil igjen redusere livskvaliteten (Trovik & Bauer, 2016, s. 594). Dette er observasjoner en sykepleier bør være observant på. God kunnskap om pasientens grunnsykdom som lungekreft er påkrevd og mål av tiltak ved langtkommet sykdom er symptomlindring (Helsedirektoratet, 2019a). Dette viser igjen til viktigheten av systematisk kartlegging, symptomlindring og tilstrekkelig kommunikasjon ovenfor den døende pasienten.

I og med at det blir vist i funnene hos Stübe et al. (2015, s.709) at det kan gjøres forbedringer innenfor identifisering av smerter, kan man stille seg spørrende i hvilken grad disse sykepleierne allerede benytter seg av kartleggingsskjemaer. Et kartleggingsverktøy vil hjelpe sykepleierne til å bli «påmint» om å fylle ut hvert aspekt av ESAS-skjema eller en VAS-score for å få en fullverdig kartlegging, og for å vite hva som skal jobbes med videre. Ved bruk av kartlegging ivaretar man også autonomien til pasienten, da det er pasienten som oppgir smerten. En spørreundersøkelse viser til at 85% av de spurte sykepleierne syntes at ESAS var et godt hjelpemiddel i startfasen for å kunne kartlegge pasientens symptomer (Hui & Bruera, 2016, s. 635). Det må likevel poengteres at ESAS tar for seg mange aspekt, men kun et av dem tar for seg fysisk smerte (Lorentsen & Grov, 2016, s. 410). I og med at smerte er et sammensatt fenomen, vil forskjellige faktorer påvirke smerteopplevelsen til pasientene. Det er blant annet psykiske faktorer og samfunnsfaktorer som kan være med på å påvirke effekten av medikamenter (Kaasa, 2016, s. 403). På dette viset er det gunstig å bruke ESAS i og med at det ikke kun tar for seg den fysiologiske biten. På bakgrunn av dette kan det være med på at

den fysiske smerten begrenses i og med at andre plager som kan være en belastning, blir tatt en vurdering av (Lorentsen & Grov, 2016, s. 410).

Ifølge Masel et al. (2016, s.11) vil en tidlig innleggelse på en palliativ enhet føre til økt stabilisering og lindring av tumor-relaterte symptomer mot den siste tiden i livet. Masel et al. (2016, s.9) sier at majoriteten av lungekreft-pasienter som ble innlagt var i en sen palliativ fase. Smertelindring i en sen palliativ fase kan være vanskelig i og med at pasienten kan ha vanskeligere for å gi uttrykk for sin subjektive smerteopplevelse. Dette bekrefter Stübe et al. (2015, s. 705) som skriver at pasienter som ikke lenger klarer å snakke for seg har vansker med å beskrive sin subjektive smerteopplevelse. På bakgrunn av dette vil man se etter fysiologiske tegn og atferdsendringer for å kunne kartlegge smerten (Danielsen et al, 2016, s. 389). Typiske fysiologiske tegn er forhøyet blodtrykk, rask puls, hurtigere respirasjonsfrekvens og svette. Glatt muskulatur har tendens til å aktivere det parasympatiske nervesystemet. Lunger, som tilhører glatt muskulatur, kan gi fra seg smerteopplevelser på en annen måte. Pasienten kan bli blek, kaldsvettende, bradykard og eventuelt blodtrykksfall (Danielsen et al, 2016, s. 389).

For at disse pasientene skal kunne gi uttrykk for egen smerte før det er for sent vil man heller se til at de blir innlagt tidligere for å få kontroll på symptomene. Dette kan også hindre re-innleggelser og samt gi sykepleierne bedre sjans til å følge opp pasientene på en tilstrekkelig måte inn mot den siste tiden av livet. Chapman et al. (2020, s. 4) bekrefter dette ved å skrive at implementering av tidlig palliativ omsorg hjelper pasientene til enklere å kunne håndtere smerter, da et lenger palliativt opphold er assosiert med økt opioidbruk for å kunne håndtere smerte og igjen opprettholde livskvaliteten til pasienten.

## 6.2 Behandling og lindring

Smertelindring kan for en sykepleier by på utfordringer. Dette er blant annet fordi pasientene er forskjellige, har sin egen selvbestemmelse og egen oppfatning over hvordan ting fungerer. En del eldre mennesker har den oppfatningen at smerte er en naturlig del av det å være syk, og av denne grunn blir det ikke rapportert om smerte (Lorentsen & Grov, 2016, s. 412).

Kommunikasjon vil i dette tilfelle være en nøkkel og på denne måten vil en kunne anvende informasjonen man får i planleggingen av ulike sykepleierintervensjoner (Travelbee, 1999, s. 135). Ifølge Erol et al. (2018, s. 31) sin studie ble ikke farmakologiske tiltak igangsatt før

smerteintensiteten var altfor høy og mye på grunn av at pasientene hadde fordommer mot farmakologiske tiltak på grunn av religion. Det kunne også være fordi pasientene ikke gav beskjed om høy smerteintensitet (Erol et al, 2018, s.31). Dette indikerer at den inadekvate smertelindringen kan bedres for alle parter ved å anvende kommunikasjon på en holdbar måte. Kommunikasjon kan brukes til å gi hjelp (Travelbee, 1999, s. 137).

Videre viser Masel et al. (2016) til at flere av de innlagte lungepasientene benyttet seg av palliativ stråleterapi. Dette på grunn av metastaser til skjelett og hjerne. Fordelen med å bruke av stråleterapi er at det er mindre «giftig» og ser ut til å være like effektivt som andre livsforlengende tiltak mot lungekreft (Masel et al, 2016, s.9). Chapman et al. (2020, s. 5) støtter opp dette budskapet med å fortelle at 60% av pasientene opplevde smertelindring ved hjelp av radioterapi innen 3-4 uker etter oppstart. Likevel rapporterer Erol et al. (2018, s. 31), som tidligere nevnt, om lite systematisk datainnsamling og kartlegging omkring pasientens smerte. Helsepersonelloven (1999, §1-1) viser til at lovens formål er å bidra til sikkerhet og kvalitet for pasienter i helse- og omsorgstjenesten. På bakgrunn av dette er lovpålagt for sykepleiere å ha kunnskap om å ha ulike måter å lindre smerte på, samt vurdering av smerte og igangsetting av tiltak som vil gagne pasienten.

En studie utført i Norge forteller at flere sykepleiere frykter respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet, og at holdningene er deretter (Granheim, Raaum, Christophersen og Dihle, 2015, s. 332-333). Felles for flere av funnene i litteraturstudien som er foretatt, er at det blir brukt mest opioider i behandling av smerter, men fremdeles er ikke pasientene godt nok smertelindret (Erol et al. 2018, s.34). Dette kan henge sammen med at sykepleierne har for lite kunnskap om ulike preparat og at en heller dermed gir lavere dose for en være sikker på at en ikke påfører pasienten skade. Ifølge Utne et al. (2018, s. 682) kan sykepleierne for lite om effekt og bivirkninger av ulike typer medikamenter. I en palliativ fase der pasientens egne ressurser er truet vil det være knyttet en forventning om at en vil motta hjelp ifra andre (Kristoffersen, 2016, s. 30). Mangel på engasjement ifra andre i en slik fase kan gi opphav til lidelse (Travelbee, 1999, s. 102). Opioider ses på som grunnlaget for lindring av kreftmerter, og dermed kan det virke urovekkende at mange sykepleiere har lite kunnskap om akkurat dette. Dette kan føre til at pasienten erfarer lidelse i en palliativ fase og dette kan virke unødig på situasjonen.

På den andre siden kan man også bemerke seg at pasientene kan medvirke til at smertelindringen ikke blir tilstrekkelig (Lorensen & Grov, 2016, s. 412). Et godt menneske-til-menneske-forhold forutsetter at pasientens sykepleiebehov blir ivaretatt. Dette skjer ved at sykepleieren anvender kunnskapen en besitter for å kunne løse problemer (Travelbee, 1999, s. 41). Informasjon rundt behandling står dermed sterkt. En sentral del i lindringen ved hjelp av opioider hos en kreftpasient er å informere pasienten før behandlingen starter for å unngå at slike fordommer hindrer effektiv behandling (Klepstad & Kaasa, 2016, s. 430).

Ifølge Chapman et al. (2020, s.3-4) bør man vurdere opioidene man bruker, og aller helst bruke et sterkt opioid. I tillegg til dette bør man også unngå paracetamol som rutinebehandling da dette viser seg å ha liten effekt på kreftsmarter (Chapman et al, 2020, s. 4). Opioider viser seg å være det viktigste medikamentet i behandlingen av kreftsmarter (Klepstad & Kaasa, 2016, s. 429). Likevel forteller Masel et al. (2016, s.8) om flittig bruk av smertetrappen til WHO og at 84% av pasientene fikk behandling ut ifra denne på skalaen ifra 1-3. Kombinasjonsbehandling kan være hensiktsmessig i og med at det først og fremst vil virke på andre typer smerte enn det morfin gjør via andre reseptorer. Dette gjelder for pasienter med andre smerter enn relatert til kreften, som for eksempel lungekreft-pasienter Disse har eksempelvis hodepine og muskelsmerter relatert til metastaser (Klepstad & Kaasa, 2016, s. 438).

### 6.3 Betydningen av evaluering og kunnskap omkring behandling

I Erol et al (2018, s. 31) studie ble det rapportert om lite systematisk smerteevaluering og lite effektiv bruk av smertehåndteringsstrategier av sykepleierne. Dette viser Travelbee (1999, s. 137) til ved å si at grunnleggende intensjoner og ens oppfatning av andre mennesker alltid blir kommunisert i sykepleiesituasjonen. Det betyr dermed at manglende interesse og kunnskap ovenfor å tilby pasienten hjelp, vil kommuniseres og pasienten vil reagere tilsvarende. Sykepleierens ansvar for å dekke over pasientens grunnleggende behov handler blant annet om en tilfredsstillende datasamling, klinisk observasjon og evaluering (Danielsen et al, 2016, s. 382).

I følge Masel et al. (2016, s. 8) fikk lungekreft-pasientene behandling av sine symptomer ved hjelp av WHO sin smertetrapp i skalaen 1-3 for å holde kontroll på symptomene og gjennombruddssmerte. Samtidig viser funnene som tidligere nevnt, om lite systematisk bruk

av smertestrategier (Erol et al, 2018, s.34). Ved å først kartlegge smertene ved hjelp av ESAS eller VAS og deretter bruke smertetrappen som et verktøy vil en enklere kunne evaluere i ettertid om tiltaket har fungert. ESAS-kartlegging før og etter eventuell behandling vil gi oss holdepunkter for å kunne evaluere effekten av smertelindring (Lorentsen & Grov, 2016, s. 408).

God kunnskap om kreftsykdommens naturlige forløp en er forutsetning for å kunne optimalisere smertelindring til pasienten ved hjelp av kartlegging (Knudsen & Kaasa, 2016, s. 390). Ifølge Erol et al (2018, s. 34) som er en studie ifra Tyrkia, viser det til at majoriteten av pasientene ikke var fornøyde med lindringen ifra sykepleierne og dette mye på grunn av lite effektiv kartlegging. Ifølge Utne et al. (2018, s. 681) kommer Tyrkia dårligst ut med kunnskap om holdninger mot smertelindring i forhold til kreftpasienter. Dette kan jo på mange måter validere det pasientene i Erol et al. (2018) forteller om. Samtidig finnes det potensial for forbedring av kunnskap innenfor medikamenter hos de norske sykepleierne (Utne et al, 2018, s.683).

Som sykepleier vil man i høyest grad unngå at pasienten lider av smerte. Ifølge Utne et al. (2018, s.682) kan manglende svar på spørsmålene rundt virkning og bivirkninger av opioider indikere at sykepleierne føler på usikkerhet på dette området. Som tidligere nevnt blir det vist at de tyrkiske sykepleierne ikke anvender kartleggingsverktøy godt nok og på denne måten blir ikke pasientene optimalt smertelindret (Erol et al (2018, s. 34). Det kan dermed vise seg at manglende kunnskap om lindring og kartlegging er et globalt problem og noe som burde bli mer implementert i utdanningene. For at lungekreft-pasienter skal få opprettholde livskvaliteten inn i sin siste fase av livet er det nødvendig for en sykepleier å ha kunnskap om medikamenter og lindring, samt kartlegging. Prinsippet om velgjørenhet handler om at sykepleieren strekker seg etter hva som er best for pasienten (Slettebø, 2014, s. 103). På dette viset kan man diskutere om sykepleieren tenker på velgjørenhet ovenfor pasienten, når det viser seg at flere sykepleiere administrerer den behandlingen de er mest kjent med og er mest komfortable med. «Ikke-skade» prinsippet kan også spille en sterk rolle for sykepleieren. Her vil sykepleieren passe på å ikke skade pasienten under behandling (Slettebø, 2014, s. 103). Det blir rapportert om faren for å påføre pasienten respirasjonsdepresjon ved lindring ved hjelp av opioider (Utne et al, 2018, s. 682). På mange vis kan det se ut som om dette blir vurdert som at sykepleierne har for lite kunnskap om temaet og på dette viset vil usikkerheten ta overhånd og igjen føre til at pasienten ikke får den behandlingen en har krav på.

Ifølge Travelbee (1999, s. 106) er det å være vitne til sin egen forfallsprosess, opplevelsen av nådeløs smerte og måtte innse at en ikke kommer til å bli frisk igjen, kan kjennes både deprimerende og skremmende. Dermed må man gjøre denne fasen av livet til en lungekreft-pasient så behagelig som mulig. Dette handler om å øke kompetansen blant sykepleierne, og ta i bruk tiltak man allerede besitter. Sykdom kan føre til varierende grad av tristhet og sinne i forbindelse med hjelpsløshet og lidelse (Travelbee, 1999, s. 105). For flere lungekreft-pasienter er dette en del av hverdagen, da prognosen i mange tilfeller er dårlig (Kreftforeningen, 2020). For å kunne bidra til god livskvalitet for den døende pasienten må en opprettholde et menneske-til-menneske-forhold. Informasjon rundt sykdom og behandling er derfor vesentlig i slike tilfeller. Gjennom veiledning fra sykepleieren får pasienten mer innblikk i hva som kan gjøres for å mestre livssituasjonen. Sykepleieren må ta hensyn til at pasienten befinner seg i en palliativ fase og må tilpasse kommunikasjonen deretter (Finbråten, 2018, s. 87). Her vil man hjelpe pasienten til å mestre lidelse og finne mening i de ulike erfaringene (Travelbee, 1999, s. 171).

## 7.0 Konklusjon

«*Hvordan kan sykepleiere bidra til optimal smertelindring til lungekreft-pasienter i palliativ fase?*» var problemstillingen som ble stilt. For å kunne svare på problemstillingen ble det lagt fram ulike faktorer som kan spille en rolle i smertebehandling av lungekreft-pasienter. Det blir gjentatte ganger vist til inadekvat smertelindring på grunn av lite systematisk bruk av kartleggingsverktøy, og dette handler mye om holdninger og kunnskap ovenfor temaet ifra en sykepleiers perspektiv. Det vises til nytten ved bruk av kartleggingsverktøy og at vi stadig må oppdatere kunnskapen i takt med retningslinjene. Videre blir det vist til manglende kommunikasjon mellom pasient og sykepleier, her ligger det et forbedringspotensial. Et godt klinisk blikk spiller en rolle for å kunne avdekke mangler innenfor smertelindringen og for å kunne igangsette gode og nødvendige tiltak for pasienten. Medikamentell smertelindring er det delte meninger om blant helsepersonell og pasienter. Hos noen blir det rapportert om ineffektiv smertelindring ved bruk av andre medikamenter enn opioider, mens andre funn viser til at kombinasjonsbehandling har noe for seg. Avslutningsvis kan en si at oppgaven har gitt ny kunnskap om smertelindring til lungekreft-pasienter. Likevel har lungekreft-pasienter vansker med å oppnå optimal smertelindring, selv med et bredt spekter av forskning og teori til å belyse temaet med. Dette mener jeg viser til at smertelindring til en lungekreft-pasient i palliativ fase er komplisert og at det ikke finnes ett fasitsvar. Likevel vil optimal

smertelindring til en lungekreft-pasient i en palliativ fase forutsette god kommunikasjon med pasienten, bruk og utnyttelse av kartleggingsverktøy for smerte og i tillegg et godt samarbeid med behandlende lege.

## Litteraturliste:

- Aas, N. & Kristensen, A. (2016). Medikamentell tumorrettet behandling. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon* (3.utg., s. 293- 304). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Benthien, K. S. & Sjøgren, P. (2016). Ikke-opioider og adjuvante analgetika. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon* (3.utg., s. 411- 428). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Chapman, E. J., Edwards, Z., Boland, J. W., Maddocks, M., Fettes, L., Malia, C., . . . Bennett, M. (2020). Practice review: Evidence-based and effective management of pain in patients with advanced cancer. *Palliative Medicine*. Advance online publication. DOI: 10.1177/0269216319896955
- Christoffersen, L., Johannesen, A., Tuft, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt Forlag
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I Stubberud, D-G., Grønseth, R. & Almås, H. (Red.), *Klinisk sykepleie – bind 1* (5.utg., s. 381- 427). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dalland, O. (2019). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2019). Kilder og kildekritikk. O, Dalland. *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg., s. 149- 164). Oslo: Gyldendal Akademisk
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2013, 5.desember) Sett og hørt: Helsinkideklarasjonen revidert. Hentet fra <https://www.etikkom.no/Aktuelt/Fagbladet-Forskningsetikk/arkiv/2013/2013-4/Sett-og-hort-Helsinkideklarasjonen-revidert/>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010, 15.januar). 1. Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder – likheter og forskjeller. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/1-Kvalitative-og-kvantitative-forskningsmetoder--likheter-og-forskjeller/>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2015, 27.april). Kvantitativ metode. Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnærminger/Kvantitativ-metode/>
- Erol, O., Unsar, S., Yacan, L., Pelin, M., Kurt, S. & Erdogan, B. (2018). Pain experiences of patients with advanced cancer: A qualitative descriptive study. *European Journal of nursing*, 33, 28-34. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.01.005>
- Finbråten, H. S. (2018). Health literacy i helsefremmende sykepleie. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (2.utg., s. 86- 110). Bergen: Fagbokforlaget
- Giæver, P. (2015). *Lungesykdommer* (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Granheim, T. H., Raaum, K., Christophersen, K-A. & Dihle, A. (2015). Sykepleiers og sykepleiersstudenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne. *Sykepleien Forskning*. 10(4), 326-334. doi: 10.4220/Sykepleienf.2015.55983
- Grundt, H. & Mjell, J. (2016). Sykdommer i respirasjonsorganene. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2.utg., s. 218- 250). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Gulsvik, A. & Halvorsen, T. O. (2016). Pustebesvær. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon* (3.utg., s. 583- 593). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Helsebiblioteket (2016. 03.juni). Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie. Hentet 18.mars 2020 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>
- Helsedirektoratet. (2019a). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. (IS-2800) Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen>
- Helsedirektoratet. (2019b). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av lungekreft, mesoteliom og thymom*. (IS-2876) Hentet fra



- <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/lungekreft-mesoteliom-og-thymom-handlingsprogram>
- Helsedirektoratet. (2018, 18.september). Lindrende behandling i livets slutfase. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hui, D. & Bruera, E. (2016). The Edmonton Symptom Assessment System 25 Years Later: Past, Present and Future Developments. *Journal of Pain and Symptom Management* 53(3), 630- 643. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.10.379>
- Kaasa, S. (2016). Smertebehandling – generelle prinsipper. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon* (3.utg., s. 402- 410). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kaasa, S. & Loge J. H. (2016). Palliativ medisin – en innledning. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon* (3.utg., s. 34-50). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Klepstad, P. & Kaasa, S. (2016). Opioider. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon* (3.utg., s. 429- 439). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Knudsen, A. K. & Kaasa, S. (2016). Smertediagnostikk. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon* (3.utg., s. 387- 401). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E-A. Skaug. & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3 – pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg., s. 15- 80). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N. J. & Breievene, G. (2016). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E-A. Skaug. & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3 – pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg., s. 187- 235). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kreftforeningen. (2020, 13.mars). Lungekreft. Hentet fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/lungekreft/>
- Kreftregisteret. (2020, 3.mars). Lungekreft. Hentet fra <https://www.kreftregisteret.no/temasider/kreftformer/lungekreft>
- Lorensen, V. B. & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I Stubberud, D-G., Grønseth, R. & Almås, H. (Red.), *Klinisk sykepleie – bind 2* (5.utg., s. 397- 436). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Masel, E. K., Schur, S., Nemecek, R., Mayrhofer, M., Huber, P., Adamidis, F., . . . Pirker, R. (2016). Palliative care units in lung cancer in the real-world setting: a single institution's experience and its implications. *Annals of Palliative Medicine* 6(1), 6-13. doi: 10.21037/apm.2016.08.06
- Molven, O. (2017). *Sykepleie og jus* (5.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Nierenberg, E., Berg, L., Listhaug, K.F., Sletteland, K. & Østerholt, K. (2018). Norsk APA-manual. En nasjonal standard for norskspråklig APA-stil. Hentet fra <https://www.unit.no/sites/default/files/media/filer/2019/01/APA-norsk.pdf>
- Norsk Senter for forskningsdata (2018, 16. mai). Register over Vitenskapelige Publiseringsskanaler (NSD). Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringsskanaler/Forside>
- NOU 2017: 16. (2017). *På liv og død – palliasjon til alvorlig syke og døende*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/ed91baf5d25945b1a0b096c0ce376930/no/pdfs/nou201720170016000dddpdfs.pdf>
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke – en innføring i sykepleiens etikk* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I Stubberud, D-G., Grønseth, R. & Almås, H. (Red.), *Klinisk sykepleie – bind 1* (5.utg., s. 17-37). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb Kunnskapsbasert!* (2.utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Rosland, J. H. & Tjølsen, A. (2016). Grunnleggende smertepatofysiologi. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon* (3.utg., s. 328- 341). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Slettebø, Å. (2014). *Sykepleie og etikk* (6.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Stübe, M., Cruz, C. T. D., Benetti, E. R. R., Gomes, J. S. & Stumm, E. M. F. (2015). Perceptions of nurses and pain management of cancer patients. *REME – Revista Mineira de Enefermagem*, 19(3), 704-710. DOI: 10.5935/1415-2762.20150053
- Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Trovik, C. S. & Bauer, H. (2016). Skjelettmetastaser: Kirurgiske behandlingmuligheter. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon* (3.utg., s. 594- 607). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Utne, I., Småstuen, M. C. & Nyblin, U. (2019). Pain Knowledge and Attitudes Among Nurses in Cancer Care in Norway. *Journal of Cancer Education*, (34), 677-684. <https://doi.org/10.1007/s13187-018-1355-3>

## VEDLEGG 1

### Artikkel 1 “Palliative care units in lung cancer in the real-world setting: a single institution’s experience and its implications” (Masel et al, 2016).

Database: PubMed Hentet: 19/02-2020	Søkeord	Avgrensning	Treff	Lest	Valgt	Tittel
Søkeord 1	«Palliative care»	2015-2020	23858	0		
Søkeord 2	1 AND «lung cancer»	2015-2020	1234	3		
Søkeord 3	1 AND 2 AND «institution experience»	2015-2020	17	4	1	«Palliative care units in lung cancer in the real-world setting: a single institution’s experience and its implications»

### Artikkel 2 «Pain Knowledge and Attitudes Among Nurses in Cancer Care in Norway” (Utne, Småstuen & Nyblin, 2019).

Database: PubMed Hentet: 12/03-2020	Søkeord	Avgrensning	Treff	Lest	Valgt	Tittel
Søkeord 1	“nursing attitudes” AND	2015-2020	4127	4		

	“nursing knowledge”					
Søkeord 2	1 AND “oncology”	2015-2020	345	3		
Søkeord 3	1 AND 2 AND “pain”	2015-2020	32	1	1	«Pain Knowledge and Attitudes Among Nurses in Cancer Care in Norway»

**Artikkel 3 «Perceptions of nurses and pain management of cancer patients» (Stübe, Cruz, Benetti, Gomes & Stumm, 2015)**

Database:	Søkeord	Avgrensing	Treff	Lest	Valgt	Tittel
Google Scholar Hentet: 9/3-2020						
Søkeord 1	“Nursing skills” AND “pain management”	2015-2020	32500	7		
Søkeord 2	1 AND “lung cancer patients”	2015-2020	17300	3		
Søkeord 3	1 AND 2 AND “nursing care”	2015-2020	17400	2	1	«Perceptions of nurses and pain management

						of cancer patients”
--	--	--	--	--	--	---------------------

**Artikkel 4 «Pain experiences of patients with advanced cancer: A qualitative descriptive study” (Erol et al, 2018).**

Database:	Søkeord	Avgrensning	Treff	Lest	Valgt	Tittel
PubMed Hentet: 11/3-2020						
Søkeord 1	“adult” AND “nursing” AND “pain experiences”	2015-2020	394	6		
Søkeord 2	1 AND “pain management	2015-2020	174	4		
Søkeord 3	1 AND 2 AND “patients with advanced cancer”	2015-2020	4	1	1	«Pain experiences of patients with advanced cancer: A qualitative descriptive study”

**Artikkel 5 “Practice review: Evidence-based and effective management of pain in patients with advanced cancer” (Chapman et al, 2020)**

Database:	Søkeord	Avgrensning	Treff	Lest	Valgt	Tittel
PubMed						

Hentet: 26/03- 2020						
Søkeord 1	«lung cancer» AND «pain management» AND “nursing role”	2015-2020	6	2		
Søkeord 2	“cancer” AND «pain management» AND “nursing role”	2015-2020	84	4	1	“Practice review: Evidence-based and effective management of pain in patients with advanced cancer”

## VEDLEGG 2

Inklusjonsteorier	Eksklusjonsteorier
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Smertebehandling</li> <li>- Lungekreft</li> <li>- Sykepleiere</li> <li>- Palliativ fase</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eldre artikler enn 2015</li> <li>- Barn</li> <li>- Leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter</li> </ul>

## VEDLEGG 3

Kilde	Tidsskrift	NSD	Fagfellevurdert
“Palliative care units in lung cancer in the real-world setting: a single institution’s experience and its implications”	Annals of Palliative Medicine	Ingen nivå plassering	JA
“Pain Knowledge and Attitudes Among Nurses in	Journal of Cancer Education	Nivå 1	JA

Cancer Care in Norway”			
«Perceptions of nurses and pain management of cancer patients”	REME – Revista Mineira de Enfermagem (Nursing Journal of Minas Gerais)	Ingen nivå plassering	JA
«Pain experiences of patients with advanced cancer: A qualitative descriptive study”	European Journal of Oncology Nursing	Nivå 1	JA
Practice review: Evidence-based and effective management of pain in patients with advanced cancer”	Palliative Medicine	Nivå 1	JA

## VEDLEGG 4

### (A) Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?  JA  UKLART  NEI

**Tips:**

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?  JA  UKLART  NEI

**Tips:** Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

### Skal du fortsette vurderingen?

**Tips:**

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.



3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

 JA UKLART NEI

Tips:

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

 JA UKLART NEI

Tips: Når man bruker f.eks. *strategiske utvalg* er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)

lungel/mage/tarm - kreft.  
Måtte være over 18 år og  
bla. ikke ha kommunikasjon-  
problemer.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

JA     UKLART     NEI

**Tips:** Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (f.eks. lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Data ble samlet inn via semi-strukturerte intervju.  
Det ble brukt deskriptive kvalitative intervju.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

JA     UKLART     NEI

**Tips:**

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
  - a. utforming av problemstilling
  - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
  - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Data ble hentet inn via en kreftpost på et sykehus. Vurdering av kontekst og utvalg har blitt tatt i betraktning

**7. Er etiske forhold vurdert?** JA UKLART NEI**Tips:**

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan f.eks. være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Godkjent av etisk komité.

**8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?** JA UKLART NEI

**Tips:** En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene?
- I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Det er brukt fenomenologisk analyse.  
Kommer klart frem alle trinnene i analysen.

**Basert på svarene dine på punkt 1 – 8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?** JA UKLART NEI

## (B) Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

JA

UKLART

NEI

**Tips:** Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

## (C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

**Tips:** Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Funnene er nyttige i den grad at man som sykepleier kan bemerke seg hva man bør jobbe videre med og på hvilke områder det er plass til forbedning på.