



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001-PRO1-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	28-02-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	28-04-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKHB3001 1 PRO1 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	495
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7968
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	13
Andre medlemmer i gruppen:	461

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

Behovet for helsekompetanse hos kreftpasienter som benytter seg av komplementær og alternativ medisin

The need of health literacy among cancer patients who use complementary and alternative medicine

Kandidatnummer 461 og 495

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 28.04.22

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: Behovet for helsekompetanse hos kreftpasienter som benytter komplementær og alternativ medisin.

Bakgrunn: En stor andel kreftpasienter bruker komplementær og alternativ medisin (KAM). Noen av disse medfører fare for interaksjoner når de brukes sammen med konvensjonell kreftbehandling. Befolkningen generelt synes det er vanskelig å vurdere helseinformasjon. På bakgrunn av dette ser vi det nødvendig å sikre helsekompetanse hos pasientgruppen.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier øke kreftpasienters helsekompetanse på komplementær og alternativ medisin når de mottar konvensjonell behandling?

Hensikt: Finne ut hvordan sykepleier kan øke helsekompetansen til kreftpasienter som bruker KAM når de mottar konvensjonell behandling slik at pasientene kan ta kunnskapsbaserte valg.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie. Vi søkte i to ulike databaser, søkene resulterte i fire forskningsartikler som vi fant relevant for å besvare problemstillingen.

Resultat: Forskning viser at sykepleiere har lite kunnskap om KAM og at pasientene hadde et informasjonsbehov. Pasientene sine informasjonskilder var som oftest ikke kvalitetssikret. Pasientene brukte KAM fordi det gav dem håp og velvære i tillegg til å redusere bivirkninger av konvensjonell behandling. Et mindretall var klar over interaksjonene som kunne forekomme.

Konklusjon: Sykepleiere må tilegne seg kunnskap om KAM slik at de kan bidra til økt helsekompetanse hos pasientene. I tillegg må kommunikasjonen om KAM i helsevesenet forbedres.

Nøkkelord: Helsekompetanse, komplementær og alternativ behandling, kreftpasienter.

Summary

Title: The need of health literacy among cancer patients who use complementary and alternative medicine.

Background: A large proportion of cancer patients use complementary and alternative medicine (CAM). Some of these pose a risk of interactions when used together with conventional cancer treatment. The population finds it difficult to assess health information. Based on this we found it necessary to ensure health literacy within the patient group.

Problem: How can nurses increase cancer patients' health literacy in complementary and alternative treatment when they receive conventional treatment?

Purpose: To find out how nurses can increase health literacy to cancer patients who use CAM when they receive conventional treatment, in order to let patients make decisions based on knowledge.

Method: The thesis is a literature study. We searched various databases, which resulted in four research articles that we found relevant to answer the problem.

Results: Research shows that nurses have little knowledge about CAM, and that patients have a need for information. Patients' sources of information were usually not quality assured. Patients used CAM because it gave them hope and well-being in addition to reducing the side effects of conventional treatment. A minority were aware of the interactions that could occur.

Conclusion: Nurses must acquire knowledge about CAM so that they can contribute to increasing patients' health literacy. In addition, communication about CAM in the healthcare system must be improved.

Keywords: Health literacy, complementary and alternative treatment, cancer patients.

Innholdsfortegnelse

1.0 Bakgrunn	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Relasjon til praksisfelt	1
1.3 Teoretisk grunnlag	2
1.3.1 Kreft og kreftbehandling	2
1.3.2 Komplementær og alternativ behandling	3
1.3.3 Helsekompetanse	4
1.3.4 Kunnskapsbasert praksis	4
1.3.5 Sykepleiers rolle i henhold til lovverket	5
2.0 Formål, problemstilling og avgrensning	6
2.1 Formål	6
2.2 Problemstilling	6
2.2.1 Avgrensning av problemstilling	7
3.0 Metode	7
3.1 Metode og litteraturstudiet	7
3.1.1 Kvantitativ forskningsartikkel	7
3.1.2 Kvalitativ forskningsartikkel	8
3.2 Søkestrategi	9
3.3 Inklusjons og eksklusjonskriterier	10
3.4 Søkeprosess	10
3.6 Kritisk vurdering av forskning og litteratur	11
3.7 Etske vurderinger	12
4.0 Presentasjon av mål, metode, utvalg og funn/resultat	12
4.0.1 Complementary and Alternative Medicine in Palliative Care: A Comparison of Data From Surveys Among Patients and Professionals (Muecke, 2015)	13
4.0.2 "It's natural so it shouldn't hurt me" Chemotherapy patients' perspectives, experiences, and sources of information of complementary and alternative medicines (Crichton et al., 2021).....	14
4.0.3 Use of complementary and alternative medicine in patients with cancer or multiple sclerosis: possible public health implications (Salamonsen, 2015)	15
4.0.4 A cross-sectional study on Swedish licensed nurses' use, practice, perception and knowledge about complementary and alternative medicine (Jong, 2015)	16
4.1 Hovedfunn	17
5.0 Diskusjon	17
5.1 Kunnskap om komplementær og alternativ behandling	17
5.2 Bruk og risikoer ved bruk av komplementær og alternativ medisin	20
5.3 Informasjonsbehov og forutsetninger for å gi informasjon	23

6.0 Oppsummering.....	26
6.1 Implikasjoner for praksisutøving.....	26
Referanseliste.....	28
Vedlegg.....	32
Vedlegg 1. Sjekkliste kvalitativ studie.....	32
Vedlegg 2. Sjekkliste kvantitativ studie	38
Vedlegg 3. Oversikt over mål, metode, utvalg og relevans for oppgaven til hver av studiene....	43

1.0 Bakgrunn

1.1 Bakgrunn for valg av tema

En stor andel alvorlig- og kronisk syke pasienter benytter seg av komplementær og alternativ medisin (KAM) (Nordeng, 2018, s. 378). Blant kreftpasienter bruker ca. 50% KAM gjennom sykdomsforløpet (Fønnebø & Salamonsen, 2017, s. 423). I 2020 var det 35515 personer som fikk kreft i Norge (Kreftforeningen, u.å). Ut ifra dette ser vi at pasientgruppen er stor og bruken er utbredt. Mange kjøper alternative medisiner på internett. Det gir grunn til å tro at preparatene har dårligere kvalitet enn de som kjøpes i apotek og norske helse- og dagligvareforretninger (Nordeng, 2018, s. 382). Alternative medisiner er ikke alltid kvalitetssikret på samme måte som legemidler (Kvam, 2020). I tillegg er ikke alle behandlingene forsket på. I noen tilfeller er det derfor usikkerhet rundt effekten KAM kan ha på konvensjonell behandling (Nafkam, 2021). Det har vist seg at noen kosttilskudd kan bidra til å svekke effekten av cytostatika (Fønnebø & Salamonsen, 2017, s. 427). Sykepleiere skal kunne identifisere og vurdere risikofaktorer hos pasienter, og iverksette tiltak ut ifra dette (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleieutdanning, 2019, §14), i tillegg til å kvalitetssikre pasienters legemiddelbruk (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleieutdanning, 2019, §6). For å ha mulighet til dette er det viktig at sykepleier kjenner til bruken og konsekvensene. Gjennom oppgaven ønsker vi derfor å undersøke bruk av KAM og hvilket kunnskapsgrunnlag pasienter og sykepleiere har, slik at vi kan få frem behovet for økt helsekompetanse.

1.2 Relasjon til praksisfelt

Det ble vekket interesse for komplementær og alternativ behandling da vi hadde undervisning om temaet i emnet samfunnsvitenskap. Vi opplevde liten kjennskap til temaet, og ble gjort oppmerksom på at det kan forekomme interaksjoner mellom KAM og konvensjonell behandling. Gjennom undervisningen og litteratursøk ble vi også

oppmerksom på at mange kreftpasienter benytter seg av KAM uten å ha konferert med helsepersonell. På bakgrunn av dette ønsker vi å tilegne oss mer kunnskap for å kunne øke helsekompetansen til kreftpasienter som benytter seg av eller ønsker å benytte seg av KAM.

1.3 Teoretisk grunnlag

1.3.1 Kreft og kreftbehandling

Tumorceller blir til når det oppstår skader på arvestoffet i celledeling og cellene deler seg ukontrollert (Kreftforeningen, 2022a). Tumorcellene deler seg oftere, raskere og mer ukontrollert enn de fleste friske celler (Bertelsen et al., 2016, s. 140). Etter hvert vil det bli en opphopning som kan utvikles til en kreftsvulst (Kreftforeningen, 2022a). Det finnes mange kreftformer. Sykdomsforløp, behandling og overlevelse varierer ut ifra hvilken kreftform pasienten blir diagnostisert med (Kreftforeningen, 2022a). Dersom pasientene blir forklart mer i dybden hva kreft er, hvordan det utvikles og hvordan den konvensjonelle behandlingen fungerer, kan de lettere forstå fordelene og risikoen av å bruke alternative behandlinger sammen med konvensjonell behandling (Ciarlo et al., 2021, s. 7).

Kreftbehandling har til hensikt å kurere, forlenge liv eller å lindre plager som sykdommen medfører (Bertelsen et al., 2016, s. 138). Behandlingen består ofte av kirurgi, strålebehandling og cytostatika, alene eller i kombinasjon (Bertelsen et al., 2016, s. 138). Noen pasienter bruker også immunterapi (Bertelsen et al., 2016, s. 143-144). Cytostatika virker på celler som deler seg raskt (Bertelsen et al., 2016, s. 142). Det finnes forskjellige typer cytostatika, de ulike typene har forskjellige virkningsmekanismer og noen kombinerer flere virkningsmekanismer (Slørdal, 2018, s. 123). Cytostatikabehandling som har effekt på tumorcellene, kan bidra til at friske celler også dør, som kan medføre store bivirkninger for pasientene (Slørdal, 2018, s. 122). Flere typer kreftbehandling svekker immunforsvaret, deriblant cytostatika. Dette gjør at kreftpasienter under aktiv behandling kan være sårbare (Kreftforeningen, 2022b). Personer som har nedsatt immunforsvar er mer utsatt for bivirkninger knyttet til komplementær og alternativ behandling (Nordeng, 2018, s. 380).

1.3.2 Komplementær og alternativ behandling

Komplementær og alternativ behandling er en samlebetegnelse for medisinske behandlingsmetoder etablert utenfor skolemedisinen (Kvam, 2020). Begrepet alternativ medisin brukes både hvis behandlingsmetodene utøves utenfor eller innenfor helse og omsorgstjenesten, uavhengig av om utøveren er autorisert helsepersonell (Alternativ behandlingsloven, 2003, §2). I Norge finnes det over 200 typer forskjellige behandlingsmetoder som faller under KAM-begrepene (Kvam, 2020).

Noen former for KAM kan gi interaksjoner og påvirke effekten av legemidler, et eksempel er plantebaserte midler (Nordeng, 2018, s. 380). Ikke-biologisk baserte metoder har ikke interaksjonsfare (Ciarlo, et al., 2021, s. 7). I en studie fikk de vite om 44 urter som ble brukt av pasienter, ved 29 av disse fant de potensielle negative interaksjoner. Noen av dem kunne gå ut over effektiviteten til kreftbehandling. Enten ved å hemme eller øke absorpsjon av legemiddelet. Dermed øker også risikoen for toksisitet. De fant også at noen urter kan dempe den krefthemmende effekten av cytostatika, og fremme kreftutviklingen (Ben-Arye et al., 2015, s. 8-9). Sykepleiere som har kunnskap om interaksjoner mellom KAM og legemidler kan videreformidle kunnskapen til pasienter (Nordeng, 2018, s. 380).

Kreftpasienter benytter seg av KAM for å forebygge kreft og tilbakefall, for å styrke immunforsvaret, lindre symptomer på sykdommen og bivirkninger den medisinske behandlingen medfører. Det brukes også for å øke livskvalitet og for å bremse eller forsinke utviklingen til kreften (Nafkam, 2021). I tillegg vet man at de som oftest bruker KAM for å påvirke sykdommen sin enda mer enn den konvensjonelle behandlingen (Bertelsen et al., 2016, s 144). Forskning viser at KAM har liten klinisk betydning eller ingen effekt på kreften. Det er gjort funn på at kreftpasienter som bruker konvensjonell og komplementær behandling samtidig, i større grad vil avslutte konvensjonell behandling enn andre kreftpasienter. Pasientene som kun benytter seg av alternative metoder har 250% høyere risiko for å dø (Nafkam, 2021).

1.3.3 Helsekompetanse

Helsekompetanse er evnen man har til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne ta kunnskapsbaserte valg i forhold til egen helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s 5). Høyere grad av helsekompetanse er nødvendig fordi det kan gjøre personers evne til å finne og kritisk vurdere helseinformasjon bedre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 9). I en undersøkelse kom det frem at mange synes det var vanskelig å vurdere helseinformasjon og bruke den i sykdomsforebygging (Le et al., 2021). Det finnes informasjon om helse på flere plattformer, for eksempel i medier og reklame. Mange bruker internett for å søke seg frem, noe som kan bli et problem dersom man ikke har forutsetningene til å vite om informasjonen man leser er kvalitetssikret. Derfor er det viktig at det settes i gang tiltak som øker helsekompetansen i befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s, 8). Det kan iverksettes individrettede tiltak og tiltak på systemnivå (Helsedirektoratet, 2021).

Helsekompetanse blir relevant når kreftpasienter som mottar konvensjonell behandling benytter seg av KAM. Blant annet fordi effekten av KAM ikke vanligvis er dokumentert med kliniske kvalitetsstudier (Kvam, 2020). På bakgrunn av at noen metoder kan føre til interaksjoner ser vi behov for å sikre helsekompetanse hos denne pasientgruppen. For at helsepersonell skal ha mulighet til å øke helsekompetansen, må de tilegne seg kunnskap. Det er et krav om at sykepleiere skal arbeide kunnskapsbasert (Christoffersen et al., 2015, s. 17).

1.3.4 Kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert praksis (KBP), handler om å ta faglige avgjørelser som er basert på forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap og brukermedvirkning (Helsebiblioteket, u.å). Ifølge de yrkesetiske retningslinjene skal sykepleie bygge på disse punktene. På bakgrunn av dette og forsvarlighetskravet, må sykepleiere holde seg oppdatert på forskning, utvikling og dokumentert praksis innen fagområdet sitt. Dette bidrar til at den nye kunnskapen brukes i praksis (Christoffersen et

al., 2015, s. 17). KBP er et verktøy med seks trinn som man kan bruke for å klare og holde seg faglig oppdatert og kunne finne og bruke forskningsbasert kunnskap (Nortvedt et al., 2021, s. 16).

Det finnes mange definisjoner av KBP, men hovedessensen er alltid at man skal bruke kunnskap fra forskning, erfaring og pasienter (Nortvedt et al., 2021, s. 17). Grunnlaget i forskningsbasert praksis er at man skal tilegne seg kunnskap fra eksisterende forskning (Nortvedt et al., 2021, s. 18). Erfaringsbasert kunnskap tilegnes ved å praktisere og reflektere over egen praksis. Kunnskapen kan blant annet betegnes som skjønn, klinisk blikk, klinisk ekspertise og intuisjon. Brukerkunnskap handler om at pasientenes meninger og preferanser skal vektlegges når beslutninger fattes. Med utgangspunkt i erfaringsbasert kunnskap og forskningsbasert kunnskap skal helsepersonell tilrettelegge slik at pasientene kan ta gode beslutninger (Nortvedt et al., 2021, s. 20-21). Hvis man kan finne, vurdere og bruke forskningsbasert kunnskap sett i lys av egen erfaring med hver enkelt pasient har man en klinisk ekspertise og bruker dermed hele KBP modellen (Nortvedt et al., 2021, s. 20).

1.3.5 Sykepleiers rolle i henhold til lovverket

Lov om alternativ behandling av sykdom skal gi sikkerhet til de som ønsker eller allerede benytter seg av KAM, i tillegg til regulering av hvem som kan utøve behandlingene (Alternativ behandlingsloven, 2003, § 1). Denne loven gjelder de som tilbyr eller utøver alternativ behandling. Dersom sykepleiere i helse og omsorgstjenesten utøver alternativ behandling gjelder også helsepersonelloven. Det finnes altså ikke forbud mot å medvirke i bruk av KAM, men man må i tillegg følge pliktene som følger profesjonen (Alternativ behandlingsloven, 2003, § 2). § 4 i helsepersonelloven omhandler krav til yrkesutøvelse, at helsepersonell skal utøve faglig forsvarlighet (1999). Det er et krav om at tjenestene skal ha god kvalitet, i tillegg må de ytes i tide og av tilstrekkelig omfang (Stubberud, 2018, s.15). Faglig forsvarlighet bygger på ikke skade og velgjørenhetsprinsippet (Molven, 2019, s. 138). Begrepet er relevant fordi det kan oppstå uønskede effekter og skader når pasienten oppsøker alternativ behandling i stedet for å kontakte helsepersonell (Fønnebo & Salamonsen, 2017, s. 426).

Utdanningen til sykepleiere skal være praksisnær, profesjonsrettet og forskningsbasert slik at sykepleierne kan gi likeverdige og kunnskapsbaserte tjenester (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleieutdanning, §7, 2019). Benytter pasienten seg av alternative metoder i tillegg til konvensjonell behandling kan dette medføre endret virkning og bivirkning av legemidler (Nafkam, 2019). På bakgrunn av dette og at vi som sykepleiere ofte er ansvarlig for administrering av legemidler til pasientene, er det viktig at vi er klar over bruken. Når pasienter bruker KAM komplementært til konvensjonell behandling vil informasjonsbehovet deres endres. De har rett til å medvirke i valg av behandling, men medvirkningen skal tilpasses ut ifra pasientens evne til å motta og gi informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §3-1).

2.0 Formål, problemstilling og avgrensning

2.1 Formål

Formålet med litteraturstudien er å finne ut hvordan vi som sykepleiere kan bidra til økt helsekompetanse til kreftpasienter som bruker KAM, og som mottar konvensjonell behandling. For å finne ut av dette vil vi kartlegge bruk, behov og kunnskapene pasientgruppen har i forhold til bruken av KAM. I tillegg vil vi se på sykepleieres kunnskapsgrunnlag og forutsetninger for å øke helsekompetanse.

2.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier øke kreftpasienters helsekompetanse på komplementær og alternativ medisin når de mottar konvensjonell behandling?

2.2.1 Avgrensing av problemstilling

Vi kommer ikke til å ha stort fokus på behandlingsmetoder, men skriver likevel noe om cytostatika. Dette er fordi forskningen og teorien vi har funnet skriver mest om effektene KAM kan ha på denne behandlingsmetoden. På grunn av ordrammen har vi ikke tatt med teori om kommunikasjon og det mellommenneskelige, men ønsker likevel å vise at vi ser viktigheten av dette i sammenheng med problemstillingen vår.

3.0 Metode

3.1 Metode og litteraturstudiet

Metode er den systematiske tilnærmingen som benyttes for å samle inn data for å svare på en problemstilling (Thidemann, 2019, s. 74). Metoden som benyttes hjelper oss med å samle informasjonen vi trenger for å svare på problemstillingen vår (Dalland, 2020, s. 54). I bacheloroppgaven bruker vi litteraturstudie som metode, hvor vi har systematisert kunnskap fra skriftlige kilder (Thidemann, 2019, s. 77). Kunnskapen ble hentet gjennom informasjon fra fagkunnskap, teori og forskning (Dalland, 2020, s. 199), altså sekundærdata (Thidemann, 2019, s. 75). En litteraturstudie kan gi et bredt spekter av opplevelser både for pasienter og helsepersonell (Dalland, 2020, s. 203). Problemstillingen påvirker hvilken informasjon man søker etter (Dalland, 2020, 199).

Forskningsartikler kan blant annet ha kvantitativ og kvalitativ metode. Disse bidrar på hver sin måte til å gi en forståelse av samfunnet i tillegg til hvordan man som enkeltmennesker, institusjoner eller grupper samhandler og handler (Dalland, 2020, s. 54).

3.1.1 Kvantitativ forskningsartikkel

Kvantitative studier samler inn data i form av målbare enheter (Dalland, 2020, s. 54). Dataanalyser basert på tall er det som kjennetegner metoden (Christoffersen et al., 2015, s. 18). Fordelen med kvantitative metoder er at de gir oss breddekunnskap, altså lite antall opplysninger, fra mange informanter (Thidemann, 2019, s. 76). Dermed får vi opplysninger om utbredelse (Christoffersen et al., 2015, s. 18), for eksempel hvor mange kreftpasienter som bruker KAM. Ved bruk av denne metoden er det vanlig å samle inn data gjennom spørreskjema med spørsmål og svaralternativer, eller observasjon (Christoffersen et al., 2015, s. 20).

En av forskningsartiklene våre er en tverrsnittstudie, derfor ser vi det nødvendig å beskrive hva denne metoden går ut på. Tverrsnittstudier bruker data fra bestemte tidspunkt eller en avgrenset, kort periode. På denne måten får man et bilde av hvordan fenomenet som blir studert er i det øyeblikket. Denne typen studier egner seg godt til å beskrive utbredelse, for eksempel forekomst av kreftsykdom på et gitt tidspunkt (Christoffersen et al., 2015, s. 221). Tverrsnittstudier egner seg også til å studere sammenheng, slik at man kan få nyttig informasjon som kan testes videre i nye studier (Christoffersen et al., 2015, s. 222).

3.1.2 Kvalitativ forskningsartikkel

Kvalitativ metode kjennetegnes av dybdekunnskap hvor man får mange opplysninger fra få informanter (Thidemann, 2019, s. 76). Dataene som innhentes kan ikke tallfestes, men går ut på å fange opp meninger eller opplevelser (Dalland, 2020, s. 54). Datainnsamlingen i kvalitativ metode er i motsetning til kvantitative metoder svært fleksibel. Metoden gir blant annet rom for tilpasning i interaksjonen mellom deltaker og forsker (Christoffersen et al., 2015, s. 18). Observasjon, intervjuer og gruppesamtaler er vanlige måter å samle inn data ved bruk av denne metoden (Christoffersen et al., 2015, s. 20).

I datasamlingen er intervju den mest brukte metoden. Intervjuer gir fleksibilitet og er en metode som gjør det mulig å få detaljerte beskrivelser av det som studeres (Christoffersen et al., 2015, s. 71). Det er ofte nødvendig å stille utfyllende spørsmål under intervjuet for at beskrivelsene skal bli dekkende (Dalland, 2020, s. 72). Bruk av intervju er dermed en god

metode såfremt temaet ikke krever sensitive opplysninger av deltakerne (Christoffersen et al., 2015, s. 71).

3.2 Søkestrategi

I forkant av søkene har vi benyttet PICO. PICO er et verktøy man kan bruke for å gi struktur og klargjøre problemstillingen for et litteratursøk, kritisk vurdering og utvelgelse av litteraturen (Helsebiblioteket, 2016a). I denne tabellen kan du se hvordan vi har brukt PICO i problemformuleringen.

Tabell 1. PICO

Population/problem	Intervensjon	Comparison	Outcome
Kreftpasienter som bruker KAM	Årsaken til bruk av KAM		Økt helsekompetanse
Sykepleiere	Helsekompetanse		Mangel på helsekompetanse
	Helsepersonellets kunnskap		Økt kunnskap på KAM hos helsepersonell og pasienter

Ved hjelp av PICO-skjemaet fant vi også søkeord som vi benyttet videre i søkeprosessen.

Søkeord: Complementary therapies, alternative therapies, herbal medicine, neoplasms, cancer, cancer patients, health literacy, nurse og nursing knowledge.

Vi har brukt biblioteket sine nettsider for å finne aktuelle databaser. Søkene våre er utført i Cinahl, Medline og AMED. På bakgrunn av at AMED kun registrerer fra ca. 600 tidsskrifter, valgte vi å fortsette søkene våre i Cinahl og Medline. Cinahl inneholder en del pasienterfaringer og litteratur om sykepleie, derfor valgte vi å søke i denne databasen. Vi

fant det også relevant å utføre søk i Medline ettersom dette er den fremste databasen innenfor medisin (Høgskulen på Vestlandet, biblioteket, u.å).

De ulike databasene benytter seg av ulike emneord. Emneordene beskriver innholdet i temaene, og fungerer dermed som søkeord i databasen. Ved å bruke disse i søkeprosessen, fremfor å utføre søk med fritekst, har vi fått mer konkrete resultater i søkene våre (Thidemann, 2019, s. 86). Medline bruker MeSH til emneord. Cinahl sine emneord, som kalles Cinahl subheadings baseres på MeSH, og er mer hensiktsmessig bygget for sykepleiefaglige temaer (Thidemann, 2019, s. 86). For å begrense resultatene i Cinahl og Medline har vi brukt AND og OR i tillegg til inklusjons og eksklusjonskriterier.

3.3 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Tabell 3. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Artikler publisert etter 2012	Artikler publisert før 2012
Fagfellevurdert forskning (peer reviewed)	Pårørende perspektiv
Voksne pasienter over 18 år	Personer under 18 år
Kreftpasienter	
Pasienter som bruker KAM eller sykepleieres forhold til KAM	

3.4 Søkeprosess

I begynnelsen av søkeprosessen søkte vi i hele verden for å få et overblikk over relevant forskning. Etter hvert fant vi ut at det var mer hensiktsmessig å begrense søket til Europa på bakgrunn av eventuelle kulturelle forskjeller i forhold til KAM. Vi har allikevel inkludert en artikkel fra Australia, hvorfor forklarer vi i vedlegg nr. 3 under artikkelens relevans for oppgaven.

Tabell 4. Søkeprosess

Database/dato for søk	Spesifikasjoner i databasen	Søkeord	Resultater	Artikkelforfatter
Ovid Medline/05.04.22	Haket av for: 2012-2021, English language, humans	Complementary therapies /Methods/Psychology AND health knowledge, attitude practice AND attitude of healthpersonnel AND neoplasms OR cancer patients	8	Muecke et al., (2015)
Cinahl/17.03.22	Haket av for: peer reviewed, årstall: 2012- 2021, engelsk, Europa, all adult	Alternative therapies AND cancer patients	42	Cricthon et al., (2021) & Salamonsen (2015)
Cinahl/22.03.22	Haket av for: 2012-2022 Peer reviewed, All adults, Europa	Nursing knowledge AND Alternative therapies	23	Jong et al., (2015)

3.6 Kritisk vurdering av kilder

Kildekritikk består av litteratursøk og redegjørelse for den litteraturen som er brukt. Man må få frem hvorfor litteraturen er valgt og hvordan man har valgt den. Dette er fordi troverdigheten i oppgaven er avhengig av at kildene er godt begrunnet og beskrevet. Når man er kildekritisk må man fastslå at den informasjonen vi har funnet er gyldig og troverdig

(Dalland, 2020, s. 143). For å gjøre dette har vi brukt sjekklister. Til de kvantitative forskningsartiklene har vi brukt sjekklisten for prevalensstudie. Mens for studiene med kvalitativ metode, har vi brukt den kvalitative sjekklisten (Helsebiblioteket, 2016b). Se vedlegg nr. 1 og 2 for eksempel på utfylt skjema på hver av de to metodene. Når vi har gjennomført søk har vi haket av for peer reviewed i Cinahl, noe som øker troverdigheten, sammen med egen kildekritikk. I oppgaven har vi for det meste forholdt oss til primærkilder fordi sekundærkilder kan fortolkes og derfor endre betydning. Betydningen kan også endres når vi fortolker forskning skrevet på engelsk. Vi har kun inkludert en artikkel fra Norge, dette kan være en svakhet fordi lovverket som regulerer KAM kan variere mellom land. En annen svakhet er søkeordene, disse utelukker annen forskning som kunne vært relevant for å svare på problemstillingen.

3.7 Ethiske vurderinger

Ethiske vurderinger i forskning er viktig fordi det sikrer uavhengighet og pålitelig forskning, i tillegg til at troverdigheten er sentral for at vi skal kunne stole på forskerne (Regjeringen, 2021). Vi har gjennom oppgaven brukt retningslinjer for akademisk kildehenvisning. I utvelgelsen av forskningsartiklene har vi fokusert på at gjennomføringen av studiene oppfyller etiske krav. I prosessen har vi tatt en vurdering på at studien er basert på frivillighet, anonymitet og informert samtykke (Thidemann, 2019, s. 12). Et eksempel er artikkelen til Salamonsen (2015, s. 226) hvor det ble presentert at studien er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). I tillegg ga deltakerne skriftlig samtykke til å delta. Et annet element vi har tatt hensyn til er at artiklene er fagfellevurdert, noe som øker validiteten. Salamonsen sin studie er kvalitativ, dermed spiller de etiske vurderingene en stor rolle. Det er fordi fokuset er på deltakernes meninger og liv, som gjør det mer inngripende på hver enkeltperson.

4.0 Presentasjon av mål, metode, utvalg og funn/resultat

Her vil vi kort presentere mål, metode og utvalg i tillegg til funn/resultat som er relevant for problemstillingen vår. Vi har tatt for oss en og en studie. I vedlegg nr. 3 ligger mer utfyllende informasjon om mål, metode og utvalg i en tabell, i tillegg til beskrivelse av relevans for oppgaven på hver av studiene.

4.0.1 Complementary and Alternative Medicine in Palliative Care: A Comparison of Data From Surveys Among Patients and Professionals (Muecke, 2015)

Mål

Studien skulle innhente informasjon om bruk av KAM. I tillegg til å sammenlikne holdningene til pasienter og helsepersonell for å finne ut om det var samsvar eller ikke.

Metode

Studien er kvantitativ. De brukte standardiserte spørreskjemaer, et til pasientene og et til helsepersonellet. Pasientene ble i tillegg intervjuet om interesse og bruk av KAM.

Utvalg

Helsepersonellet var medlem av German Society Care of the Palliative Unit (DGB), mesteparten av dem var leger og sykepleiere. Pasientene var på palliativ avdeling eller hadde tilknytning til en radiologisk avdeling. Pasientene ble inkludert dersom de var over 18 år, hadde histologisk påvist kreft og avansert stadium av kreft.

Resultat

Når det gjaldt KAM var det store forskjeller mellom pasienter og sykepleiere. Helsepersonell foretrakk mind-body metoder, mens pasientene foretrakk biologisk baserte metoder. Pasientene hadde liten interesse for de metodene helsepersonell anbefalte. 40% av kreftpasientene benyttet seg av KAM under studien, mens 68% hadde brukt KAM før. Nesten alle sykepleierne var interessert i KAM. Sykepleiere var mer enig i at KAM hadde en positiv effekt på pasientene. Den viktigste kilden for informasjon blant helsepersonell var utdanningen og opplæring. For pasientene var det radio, TV, familie og venner. Kun 8% av pasientene søkte råd hos lege angående bruk av KAM. Denne studien viser at til tross for at

det er lite forskning på noen KAM-metoder, bruker sykepleierne metodene i større grad enn hva pasientene gjør.

4.0.2 “It's natural so it shouldn't hurt me” Chemotherapy patients' perspectives, experiences, and sources of information of complementary and alternative medicines (Crichton et al., 2021)

Mål

Å undersøke pasientperspektiv, erfaringer, pasientenes støttebehov og kilder til informasjon når det gjaldt bruk av KAM sammen med cytostatika.

Metode

Dette er en kvalitativ substudie. De utførte semistrukturerte intervjuer. Tre personer analyserte intervjuene tematisk.

Utvalg

Deltakerne ble hentet ut fra en annen studie (SPICE). Det var 10 voksne deltakere som nylig hadde fullført cytostatika behandling på sykehus.

Resultat

Deltakerne i studien brukte KAM komplementært til konvensjonell behandling. De brukte KAM for å øke den generelle helsen, energinivå, avslapning og for å støtte kropp og sinn. De trodde ikke at den komplementære behandlingen skulle kurere kreften, men brukte KAM sammen med blant annet cytostatika fordi det ga dem håp og velvære. I studien fant de ut hvilke metoder som ble brukt mot forskjellige symptomer og bivirkninger kreften eller behandlingen ga. Det ble blant annet brukt massasje, akupunktur og magnesium for å redusere smerter. Kun en deltaker fortsatte å bruke ingefær for å redusere cytostatikainduisert kvalme etter å ha blitt informert om sikkerhet og effektivitet. Det var tre av sju KAM-brukere som kjente til mulige interaksjoner med cytostatika.

Informasjonskildene som oftest ble brukt var muntlig kommunikasjon, familie, venner og internett. Kun en av deltakerne erkjente å bruke eksperters mening, mens tre av dem brukte forskningsbasert KAM etter råd fra helsepersonell. Deltakerne brukte ord som regnskog,

miljø og naturlig om KAM, mens de beskrev konvensjonell behandling med ord som; vitenskapelig, syntetisk og narkotiske legemidler.

4.0.3 Use of complementary and alternative medicine in patients with cancer or multiple sclerosis: possible public health implications (Salamonsen, 2015)

Mål

Gjennom studien ville Salamonsen få mer innsikt i kreft- og MS pasienters bruk av KAM. Hun ønsket også å finne mulige implikasjoner bruken kunne ha for helsevesenet.

Metode

Studien er kvalitativ. Hovedkilden til informasjon var kvalitative dybdeintervjuer. Etter intervjuene ble det gjennomført en kvalitativ innholdsanalyse for å tolke dataene.

Utvalg

Det ble inkludert 31 pasienter som brukte KAM. 19 av deltakerne hadde kreft, mens resterende hadde MS.

Resultat

I studien brukte ni deltakere KAM komplementært til konvensjonell behandling. De brukte KAM fordi de ønsket å ta en aktiv del i behandling og bedre helseresultater. I tillegg brukte de det mot det helsevesenet ikke kunne gi dem. KAM ble sett på som trygt, mens konvensjonell behandling ble sett på som risikabelt. Flere av deltakerne utsatte eller valgte bort hele eller deler av konvensjonell behandling. Deltakerne brukte ernæringsterapi, spirituell healing og akupunktur. Mesteparten opplevde barrierer i kommunikasjonssammenheng, egenomsorg og kroppslige erfaringer i helsesystemet. De ønsket å møte helsepersonell som hadde åpent sinn og som kommuniserte likeverdig om KAM. I tillegg ønsket de engasjement rundt individuelle og emosjonelle problemer som angst og usikkerhet relatert til sykdommen og beslutningsprosessen. Noen av deltakerne hadde jobbet i helsevesenet. De ble overrasket over hvordan de ble møtt som pasient fordi det ikke var rom for å diskutere KAM. Et funn var viktigheten av å identifisere kunnskap i

beslutningsprosessen, sett fra et pasientperspektiv. De brukte egen erfaringsbasert kunnskap og medisinsk kunnskap i beslutningsprosessen. I studien fant de at god kommunikasjon kunne bidra til økt pasientsikkerhet.

4.0.4 A cross-sectional study on Swedish licensed nurses' use, practice, perception and knowledge about complementary and alternative medicine (Jong, 2015)

Mål

Studien undersøkte bruk, praksis, oppfatning og kunnskap om KAM blant sykepleiere.

Metode

Dette er en tverrsnittsstudie. De brukte en anonym spørreundersøkelse for å innhente data. Deretter gjennomførte de ulike analyser for å tolke svarene.

Utvalg

335 autoriserte sykepleiere svarte på spørreundersøkelsen, det var 28% av de som ble tilsendt spørreskjemaet.

Resultat

Sykepleierne var generelt positiv til KAM. De uttrykte likevel liten kunnskap i forhold til de ulike metodene og lovgivningen. De svarte at de både hadde kunnskap, og ønsker mer kunnskap om massasje, akupunktur, mind-body, kosttilskudd, probiotika og naturmidler (urter). Sykepleierne var usikre på hvorvidt de kunne praktisere KAM i henhold til profesjonen, og om de hadde lov å informere pasienter om KAM. Årsaken til at de ikke brukte KAM på arbeidsplassen var at de hadde liten kunnskap, fant lite forskningsbaserte bevis, og hadde manglende erfaring. Årsaken til at de ikke informerte om KAM var kunnskapsmangel, de anså det ikke som relevant, følte ikke det var deres ansvar og hadde mangel på tid. 70% svarte at de aldri eller sjelden spurte pasienter om bruk, mens to tredjedeler mente de burde informere når pasientene spurte om det. Over halvparten var verken enig eller uenig i påstanden om KAM påvirker konvensjonell behandling negativt. 72% mente at KAM bidrar til å fremme helbredelse. Studien kom frem til at kunnskap om de

ulike metodene kunne øke sannsynligheten for at sykepleiere spør pasienter om bruk av KAM.

4.1 Hovedfunn

Det kommer frem hvilket kunnskapsgrunnlag pasienter og sykepleiere har, dermed ser vi kunnskapsgapet vi i oppgaven ønsker å sette lys på. Et fellestrekk i artiklene er at det skrives om hvilke KAM-metoder pasientene bruker og hvilke helsepersonell anbefaler. Noe som også er sentralt for oppgaven er positive og negative effekter av KAM, noe flere av artiklene skriver om. Det kommer også frem hvordan det kommuniseres om KAM i helsevesenet, i tillegg til forslag på hvordan kommunikasjonen kan utbedres. På bakgrunn av hovedfunnene har vi kommet frem til tre temaer vi skal drøfte mot problemstillingen i diskusjonen.

Temaene er; kunnskap, bruk og informasjonsbehov.

5.0 Diskusjon

5.1 Kunnskap om komplementær og alternativ behandling

Helsekompetanse er viktig fordi det kan gjøre pasientenes evne til å finne og kritisk vurdere helseinformasjon bedre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 9). Som sykepleiere blir vi gjort oppmerksom på slike ting gjennom utdannelsen. Allikevel viste en studie at 70% av sykepleierne som deltok aldri eller sjelden spurte pasientene om bruk av KAM, fordi de manglet kunnskap. Samtidig svarte nesten to tredjedeler at de burde informere når pasientene spurte om det (Jong et al., 2015, s. 646). I en undersøkelse om helsekompetanse svarte 39% av befolkningen at de synes det var vanskelig å vurdere helseinformasjon og en tredjedel synes det var vanskelig å bruke informasjonen i sykdomsforebygging (Le et al., 2021). Tallene viser at helsekompetansen er lavere enn ønsket. Dette vises også i en av studiene, hvor kun tre av ti deltakerne sa at de brukte forskningsbasert KAM etter råd fra

helsepersonell (Crichton et al., 2021, s. 3). Vi ser på bakgrunn av dette et behov for å øke kunnskapen til sykepleiere på KAM, slik at man igjen kan gjøre flere pasienter bevisst på risikoene som følger bruk av KAM.

Det er krav om at sykepleiere skal arbeide kunnskapsbasert (Christoffersen et al., 2015, s. 17). For at man skal ha mulighet til dette må man holde seg faglig oppdatert. Dette kan gjøres ved å bruke kunnskapsbasert praksis modellen (Nortvedt et al., 2021, s. 16). Kunnskap om de ulike KAM-metodene kan øke sannsynligheten for at sykepleierne spør pasientene sine om bruken (Jong et al., 2015, s. 646). En studie fant ut at kunnskap i en beslutningsprosess var utrolig viktig når det kom til pasienter som brukte eller ønsket å bruke KAM (Salamonsen, 2015, s. 227). Samtidig er det ikke alle som søker hjelp fra helsepersonell når de er i beslutningsprosessen. Kun 8% svarte i en studie at de søkte råd fra lege når det gjaldt bruk av KAM (Muecke et al., 2015, s. 12). I tillegg var det en deltaker i en studie som fortsatte å bruke KAM etter å ha blitt informert om effektivitet og sikkerhet (Crichton et al., 2021, s. 3). Dette kan tyde på at det ikke alltid er slik at kunnskapen de får vil endre valg av behandling.

I beskrivelse av KAM brukte pasientene ord som regnskog, miljø og naturlig, mens til konvensjonell behandling brukte de ord som; vitenskapelig, syntetisk og narkotiske legemidler (Crichton et al., 2021, s. 3). Objektivt sett er beskrivelsen av KAM positivt rettet, mens den konvensjonelle er negativt beskrevet. Dette vises også i en annen studie hvor de fant ut at KAM ble sett på som trygt, mens konvensjonell behandling ble sett på som risikabelt (Salamonsen, 2015, s. 227). Behovet for helsekompetanse kommer da frem. Et tiltak vi som helsepersonell kan sette i gang er å forklare pasientene mer i dybden hva kreft er, utvikling og hvordan kreftbehandling fungerer, dermed kan de få bedre forståelse for fordel og risiko med bruk av KAM og konvensjonell behandling sammen (Ciarlo et al., s.7 2021). Da må sykepleierne også ha kunnskap om KAM, noe vi fant at de ikke hadde, fordi halvparten av dem var verken enig eller uenig i en påstand om at KAM påvirker konvensjonell behandling negativt (Jong et al., 2015, s. 645-646).

Sykepleiere har kunnskap om KAM-metoder som; massasje, akupunktur, mind-body og kosttilskudd, probiotika og naturmidler (urter). Det var i tillegg disse metodene de ønsket

mer kunnskap om (Jong et al., 2015, s. 646). Det har vist seg at sykepleiere og pasienter har forskjellig mening når det kommer til hvilke metoder man bør bruke. Pasienter foretrekker oftest biologisk baserte metoder, mens helsepersonell foretrekker mind-body metoder. De metodene som var anbefalt av helsepersonell hadde pasientene generelt sett liten interesse til (Muecke et al., 2015, s. 13). Det kan være hensiktsmessig for sykepleiere å tilegne seg kunnskap om de metodene av KAM pasientene bruker, samtidig kan det også være nyttig å fremme de ikke-biologisk baserte metodene. Det er fordi de har fordelen med at de ikke medfører interaksjoner, og gir som oftest ikke bivirkninger (Ciarlo et al., 2021, s. 7). På en annen side må man, som et ledd i kunnskapsbasert praksis, ta med i betraktning at pasientene ønsker å bruke biologisk baserte metoder mot symptomene cytostatika kan gi. Samtidig viste det seg at pasientene ikke var klar over var de mulige interaksjonene som kan forekomme. Kun tre av sju deltakere i en studie visste om mulige interaksjoner KAM kunne ha med cytostatika (Crichton et al., 2021, s. 3). På bakgrunn av dette ser vi at pasientene hadde hatt nytte av at sykepleierne hadde mer kunnskap om metodene pasientene bruker.

Sykepleiere uttrykker at de har manglende kunnskap om KAM og lovgivningen i tillegg til manglende erfaring. De syntes også at det var manglende forskning på KAM. Dette er grunnene til at de ikke implementerer KAM i organisasjonen de jobber i (Jong et al., 2015, s. 645). Her kommer lov om alternativ behandling av sykdom inn. Loven skal gi sikkerhet til de som bruker eller ønsker å bruke KAM, i tillegg til at den regulerer hvem som kan utøve behandlingene (Alternativ behandlingsloven, 2003, § 1). Det finnes ikke forbud mot at helsepersonell kan medvirke i bruk av KAM, men de skal i tillegg følge pliktene som følger profesjonen, blant annet faglig forsvarlighet. All sykepleie som utøves skal være faglig forsvarlig (Helsepersonelloven, 1999, §4). Dette understrekes i alternativ behandlingsloven som sier at dersom helsepersonell skal utøve alternativ behandling gjelder også helsepersonelloven (Alternativ behandlingsloven, 2003, § 2). Faglig forsvarlighet kan her trekkes frem som et viktig punkt i sykepleie. I sammenheng med KAM er forsvarlighetskravet sentralt fordi det er vurderingen om bruken er faglig forsvarlig som avgjør om helsepersonell kan medvirke eller ikke. Det kan oppstå interaksjoner som kan skade pasienten (Fønnebø & Salamonsen, 2017, s. 426). Samtidig kan også bruken ha positive virkninger, som økt håp i sykdomssituasjonen, økt velvære og nedsatt

cytostatikainduisert kvalme (Crichton et al., 2021, s. 3). På bakgrunn av dette må sykepleiere bli gjort oppmerksom på at de har lov til å medvirke i bruk av KAM.

5.2 Bruk og risikoer ved bruk av komplementær og alternativ medisin

Mange alvorlig- og kronisk syke pasienter, blant annet kreftpasienter, benytter seg av KAM (Nordeng, 2018, s. 378). Forskning viser at 68% av kreftpasientene brukte eller hadde brukt en eller annen behandlingsform (Muecke et al., 2015, s. 12). I teorien finner vi en mindre prosentandel blant kreftpasientene, her ser vi at 50% bruker alternativ behandling i sykdomsperioden (Fønnebø & Salamonsen, 2017, s. 423). På bakgrunn av at det i 2020 var 35515 som fikk kreft er det sannsynlig at ca. 17700 kreftpasienter brukte KAM dette året (Kreftforeningen, u.å). Disse tallene understreker at mange bruker KAM og viser oss at det er høyst nødvendig at helsepersonell blir klar over utbredelsen av bruken.

Sykepleiere har generelt sett en positiv innstilling når det kommer til bruk av komplementær og alternativ behandling, 72% av dem mente at KAM bidrar til å fremme helbredelse (Jong et al., 2015, s. 645-646). Forskning viser likevel at det har lite klinisk betydning eller ingen effekt på kreften, til tross for dette bruker fremdeles mange kreftpasienter KAM (Nafkam, 2021). Pasientene bruker KAM fordi de ønsker å ta del i behandlingen og beslutningene relatert til sykdommen sin (Salamonsen, 2015, s. 226). Her kommer brukerkunnskap inn, pasientens meninger og preferanser skal tas med i en beslutningsprosess, samtidig skal sykepleierens erfaring- og forskningsbaserte kunnskap legge til rette for at pasienten har mulighet til å ta gode beslutninger for seg selv (Nortvedt et al., 2021, s. 20-21). Pasientene har ifølge pasient og brukerrettighetsloven rett til å medvirke i valg av behandling, medvirkningen skal likevel tilpasses ut ifra pasientens evne til å gi og motta informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §3-1).

Det finnes over 200 forskjellige metoder av KAM i Norge (Kvam, 2020). Metodene som er mest brukt er ernæringsterapi (dietter, kosttilskudd ol.), spirituell healing og akupunktur (Salamonsen, 2015, s. 226). Samtidig fant en annen studie at pasienter oftest brukte biologisk baserte metoder (Muecke et al., 2015, s. 13). Forskning viser at pasientene blant

annet bruker KAM for å øke helsen, energinivå og for å støtte kropp og sinn (Crichton et al., 2021, s. 2). De bruker det altså for å påvirke sykdommen sin enda mer enn den konvensjonelle behandlingen gjør (Bertelsen et al., 2016, s. 144). Noen av pasientene bruker KAM mot symptomene og bivirkningene sykdommen eller den konvensjonelle behandlingen gir. Et eksempel er at massasje, akupunktur eller magnesium for å lindre smerter (Crichton et al., 2021, s. 3). Samtidig vet man også at de bruker KAM for å forebygge kreften og tilbakefall, i tillegg til å styrke immunforsvaret og øke livskvalitet (Nafkam, 2021). Man ser at hvilke KAM-metoder pasientene bruker avhenger av bakgrunn for bruk. Det vises også i to av studiene at de aller fleste bruker KAM komplementært til den konvensjonelle behandlingen (Crichton, 2021, s. 3; Salamonsen, 2015, s. 226). Risikoen med at de bruker både alternativ og konvensjonell behandling er at de kan avslutte den konvensjonelle behandlingen, gjør de dette øker dødeligheten med hele 250% (Nafkam, 2021).

Det er ikke alle pasientene som er klar over interaksjonene som kan forekomme når de bruker KAM sammen med konvensjonell behandling. Det er funnet en betydelig økt sjans for interaksjoner ved bruk av plantebaserte midler som for eksempel urter (Nordeng, 2018, s. 380). Dette ble også bekreftet i en studie hvor de fant utrygghet blant 29 av 44 urter. Bruken gikk ut over kreftbehandlingen, enten ved å øke eller hemme absorpsjonen av legemiddelet de brukte, dermed økte risikoen for toksisitet (Ben-Arye et al., 2015, s. 8-9). I tillegg kan også enkelte kosttilskudd bidra til å svekke effekten av cytostatika (Fønnebø & Salamonsen, 2017, s. 427). Samtidig som KAM kan gå ut over kreftbehandlingen, er også kreftpasientene ekstra utsatte for interaksjonene (Nordeng, 2018, s. 380). Det er fordi kreftbehandlingen svekker immunforsvaret, noe som gjør at de er ekstra sårbare i aktiv behandling (Kreftforeningen, 2022b). Kreftbehandling har til hensikt å enten kurere kreft, forlenge liv eller lindre plager (Bertelsen et al., 2016, s. 138). Ser vi på forskningen og teorien som viser at bruk av KAM sammen med kreftbehandling kan minske eller øke celledød (Ben-Arye et al., 2015, s. 9), kan vi tenke oss til at bivirkningene har en sjans for å bli verre ved bruken av KAM. Samtidig er det flere kreftpasienter som bruker KAM som opplevde positive virkninger (Crichton et al., 2021, s. 3). Det kan altså både være positive og negative sider ved bruk av KAM. Sykepleiere mente mer enn pasientene at KAM hadde en positiv effekt (Muecke et al., 2015, s. 12).

Helsepersonell må tilegne seg kunnskap om interaksjonene som kan forekomme mellom de KAM-metodene pasientene bruker og den konvensjonelle behandlingen, slik at de skal kunne videreformidle og hindre eventuelle interaksjoner (Nordeng, 2018, s. 380). I en studie var det flere som valgte å utsette eller ikke ta imot konvensjonell behandling (Salamonsen, 2015, s. 226). Det viser at det er et behov for helsekompetanse. Helsekompetanse er også viktig fordi pasientene ønsker å ha innflytelse på behandlingen sin. Det er en risiko for at pasientene supplerer konvensjonell behandling med alternativ behandling fordi den konvensjonelle behandlingen ofte innebærer bivirkninger og følgeskader som kan være plagsomme (Fønnebø & Salamonsen, 2017, s.425). Noen urter kan dempe den krefthemmende effekten av cytostatika, i tillegg kan de fremme kreftutviklingen (Ben-Arye et al., 2015, s. 9). I studien til Ben-Arye et al. fant de ut hvordan noen av urtene påvirker behandling (2015, s.3), men effekten av KAM er vanligvis ikke kontrollert (Kvam, 2020). Her ser vi viktigheten av å sikre helsekompetanse hos kreftpasienter. Det kan blant annet gjøres ved å bruke Teach-back metoden (Kompetansebroen, 2021).

I de yrkesetiske retningslinjene står det at sykepleien skal bygge på faglige avgjørelser som er basert på forskning, erfaring og brukerkunnskap og brukermedvirkning (Christoffersen et al., 2015, s. 17; Helsebiblioteket, u.å). Derfor er det veldig positivt at sykepleiere bruker forskningen, samtidig er det ikke bare forskningen vi skal gå etter. Man skal også vurdere og bruke den i lys av egen erfaring med hver enkelt pasient. Hvis man gjør dette har man en klinisk ekspertise og bruker dermed hele KBP modellen (Nortvedt et al., 2021, s. 20). Her ser vi at også hver enkelt pasient er sentral. Vi må altså ta hensyn til pasientens kunnskap og ønsker (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §3-1). For at sykepleiere skal kunne jobbe kunnskapsbasert må man holde seg oppdatert innen fagområdet (Christoffersen et al., 2015, s. 17), noe som kan by på utfordringer ettersom sykepleiere opplever mangel på forskningsbasert bevis på KAM (Jong, 2015, s. 645). Dette er derfor et sammensatt problem, det må både forskes mer på KAM, i tillegg til at sykepleiere må tilegne seg kunnskap for å kunne videreføre helsekompetanse til pasientene.

5.3 Informasjonsbehov og forutsetninger for å gi informasjon

Sykepleiere burde ha et bevisst forhold til hvilke informasjonskilder de bruker, men pasienter har som oftest ikke samme forutsetning til å finne frem til gode informasjonskilder. Forskningen har kommet frem til at sykepleiere har et mer bevisst forhold til informasjonskilder enn det pasientene har. Dette ser vi ut ifra hvilke informasjonskilder som brukes. Helsepersonell tilegnet seg kunnskap gjennom utdanning og erfaring (Muecke et al., 2015, s. 12). Gjennom utdanningen skal sykepleiere tilegne seg forskningsbasert kunnskap (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleieutdanning, §2, 2005). På bakgrunn av dette må vi også ha forståelse for at pasientene ikke er like kildekritiske. Sykepleiernes informasjonskilder viser en kunnskapsbasert praksis såfremt de etter endt utdanning holder seg faglig oppdatert i henhold til forskning, utvikling og dokumentert praksis (Christoffersen et al., 2015, s. 17). Allikevel har vi sett at sykepleierne ikke har nok kunnskap til å kunne informere pasienter om KAM.

Det finnes i dag et hav av informasjon om helse på mange ulike plattformer, som medier og reklamer. Mange bruker også internett for å søke etter informasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 8). Dette gjenspeiles i forskningen, som viser at de viktigste informasjonskildene til pasientene var radio, TV og familie og venner (Muecke et al., 2015, s. 12), i tillegg til internett og muntlig kommunikasjon (Crichton et al., 2021, s. 3-4). Det å bruke internett som informasjonskilde kan i denne sammenheng være en utfordring dersom man ikke har kunnskap nok til å vurdere om informasjonen man innhenter er kvalitetssikret (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 9). Spesielt fordi plantebaserte midler som kjøpes på internett trolig har dårligere kvalitet enn de man får kjøpt på apotek og butikker i Norge (Nordeng, 2018, s. 382). Pasientene verdsatte også egen erfaringsbaserte kunnskap og andres erfaringer i beslutningsprosessen (Salamonsen, 2015, s. 227). På bakgrunn av informasjonskildene finner vi en risiko for feilinformasjon dersom de har lav helsekompetanse. For å utligne lav helsekompetanse kan det settes i gang individrettede tiltak mot spesifikke pasientgrupper (Helsedirektoratet, 2021). Når det gjelder kreftpasienter som benytter seg av KAM, kan man sette i gang tiltak som å spørre om bruk, og informere om positive og negative virkninger av metoden pasienten bruker. Gjør man

dette kan det hende at pasientene etter hvert søker råd fra helsepersonell istedenfor å bruke usikre informasjonskilder.

Selv om mange brukte usikre informasjonskilder, verdsatte noen av deltakerne i Salamonsen sin studie også medisinsk kunnskap (2015, s. 227). I en annen studie anerkjente 1 av 10 pasienter å oppsøke eksperters mening før bruk av KAM (Crichton, 2021, s. 4). Dette viser at til tross for at pasientene tilsynelatende ikke er like opptatt av forskningsbaserte metoder slik som helsepersonell, har også noen av pasientene et bevisst forhold til informasjonskilder. Det kan derimot også indikere at disse pasientene opplever det som vanskelig å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å ta kunnskapsbaserte valg. Noe som er viktige ledd i helsekompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s 5). I tillegg var det viktig for pasientene å bli møtt med et åpent sinn, med leger og sykepleiere som var villig til å kommunisere likeverdig om KAM (Salamonsen, 2015, s. 227). Dette understreker viktigheten av åpen kommunikasjon og informasjon om KAM. For å øke helsekompetansen kan det iverksettes tiltak på høyere nivå, blant annet økt tilgjengelighet på kvalitetssikret helseinformasjon på internett. Ved å gjøre dette kan man hjelpe pasientene til å ta kunnskapsbaserte valg (Helsedirektoratet, 2021). Sykepleier kan sette i gang tiltak som å spørre pasientene om bruk av KAM og benytte seg av KBP-modellen for å innhente informasjon om metodene pasientene bruker. Deretter kan de bruke denne kunnskapen og informere pasientene om effektene metoden de bruker kan ha på den konvensjonelle behandlingen.

Mange opplever barrierer i forhold til kommunikasjon, egenomsorg og kroppslige erfaringer innenfor det offentlige helsevesenet. Noen pasienter følte ikke at det var rom for å diskutere KAM (Salamonsen, 2015, s. 227). Fra sykepleiernes perspektiv kan dette forklares ut ifra at de opplevde usikkerhet angående hvorvidt de hadde lov å informere pasientene om KAM. Andre grunner til hvorfor de ikke informerte pasienter om KAM var mangel på kunnskap, at de ikke fant det relevant, ikke følte ansvar og hadde mangel på tid (Jong et al., 2015, s. 645). Deltakere i en studie, som selv hadde arbeidet innenfor helsevesenet, ble sjokkert over hvordan de ble møtt når de tok opp KAM som pasient, nettopp fordi de ikke følte det var rom for det (Salamonsen, 2015, s. 227). Dersom pasientene ikke blir møtt når de tar opp bruk av KAM, risikerer man at pasientene bruker det uforsvarlig. Da kan det

oppstå uønsket effekt mellom den komplementære og den konvensjonelle behandlingen. Faglig forsvarlighet er dermed relevant å trekke inn fordi helsehjelpen skal ytes i tide og av tilstrekkelig omfang (Stubberud, 2018, s. 15). Pasientene har i tillegg rett på informasjon om mulige risikoer som behandlingen medfører (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §3-2). For å få denne informasjonen må kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient bedres, i tillegg må pasientenes helsekompetanse økes. For å øke helsekompetanse kan det på systemnivå settes i gang tiltak på hvordan tjenestene organiseres og informasjonen formidles (Helsedirektoratet, 2021). Dette mener vi forutsetter gode rutiner og bevissthet, samt at tidsrammene på arbeidsplassen gir sykepleierne rom for å ta opp problemstillingen. Det viser seg at god kommunikasjon er et viktig ledd for å øke pasientsikkerhet (Salamonsen, 2015, s.227).

Noen pasienter bruker KAM mot behov de opplever at helsevesenet ikke tilfredsstillende (Salamonsen, 2015, s. 226). På bakgrunn av dette ser vi at pasientene har behov som ikke blir tilfredsstilt, noe som dermed får dem til å ta i bruk metoder utenfor konvensjonell behandling. KAM ble blant annet brukt for å redusere bivirkningene av cytostatika (Crichton, 2021, s. 1). I henhold til lovverket skal pasientene motta informasjon om forsvarlig behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §3-1). Dette gir oss som sykepleiere et ansvar i forhold til å kartlegge behov og plager (Norsk sykepleierforbund, u.å). På denne måten kan det iverksettes tiltak i forhold til behovene, slik at pasienten får mulighet til et forsvarlig behandlingsforløp. Dette kan føre til at færre pasienter bruker KAM for å tilfredsstille behovene, dermed reduseres faren for interaksjoner. Sykepleier kan bidra til å øke helsekompetanse gjennom å informere om interaksjonene som kan forekomme mellom den konvensjonelle behandlingen og KAM-metodene den spesifikke pasienten bruker. Dette forutsetter at sykepleieren har kunnskap om KAM-metodene. Dermed kan pasientene få den informasjonen de trenger for å kunne ta kunnskapsbaserte valg, helsekompetansen økes, i tillegg til at kravene lovverket setter blir oppfylt. Dette er såfremt pasientene evner å forstå, vurdere og bruke den informasjonen de mottar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 5).

6.0 Oppsummering

Hensikten med oppgaven var å se på hvordan vi som sykepleiere kan øke kreftpasienters helsekompetanse på KAM når de mottar konvensjonell behandling. Gjennom oppgaven har vi kommet frem til at det finnes mangel på kunnskap blant både pasienter og sykepleiere i forhold til KAM, og at det er behov for å øke kunnskapen. Vi har sett at bruken av KAM er utbredt hos pasientene, til tross for de reelle farene som kan oppstå ved bruk av konvensjonell behandling og KAM samtidig. Videre har vi drøftet pasientenes informasjonsbehov og sykepleiernes forutsetninger for å gi informasjon om KAM. Målet med oppgaven er ikke at pasienter skal slutte å bruke KAM. Vi ønsker at pasientene skal få kunnskap om de positive og negative virkningene som vi har skrevet om, slik at de kan ta kunnskapsbaserte valg. Høyere grad av kunnskap på området kan gjøre at kommunikasjonen mellom pasienten og sykepleieren blir bedre.

6.1 Implikasjoner for praksisutøving

Gjennom oppgaven har vi blitt gjort oppmerksom på utbredelsen av KAM. På bakgrunn av dette er det en del tiltak og holdninger vi vil ta med oss i videre praksisutøving. Vi vil spørre kreftpasienter om bruk av KAM, og bruke KBP-modellen. Da kan vi bedre forklare pasientene hvordan KAM og konvensjonell behandling fungerer. Pasientene vil da få større mulighet til å ta et kunnskapsbasert valg, og dermed også økt helsekompetanse. Etter å ha arbeidet med oppgaven tar vi med oss nytt perspektiv på KAM, fordi det også har en positiv effekt på pasienten. Vi vil allikevel forsøke å fremme de ikke-biologiske metodene, fordi disse ikke har interaksjonsfare med konvensjonell behandling. Dersom pasienten ønsker å fortsette å bruke en form for KAM som har interaksjonsfare, ser vi oss nødt til å vurdere hvorvidt det er faglig forsvarlig at vi medvirker i bruken. Pasientene har rett til å medvirke i valg av behandling, men vi kan forsøke å informere om tiltak og legemidler innenfor skolemedisinen som kan ivareta behovene pasientene bruker KAM mot. På denne måten kan vi redusere faren for interaksjoner. Vi fant også tiltak som var utenfor vår makt,

deriblant økt fokus på KAM i undervisning gjennom utdanningen, økt tilgjengelighet på helseinformasjon til pasientene, og organiseringen av helsetjenesten.

Referanseliste

- Alternativ behandlingsloven. (2003). *Lov om alternativ behandling av sykdom mv.* (LOV-2018-06-22-76). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2003-06-27-64>
- Ben-Arye, E., Samuels, N., Goldstein, L. H., Mutafoglu, K., Omran, S., Schiff, E., Charalambous, H., Dweikat, T., Ghrayeb, I., Bar, S.G., Turker, I., Hassan, A., Hassan, E., Saad, B., Nimri, O., Kebudi, R. & Silbermann, M. (2015). Potential risks associated with traditional herbal medicine use in cancer care: A study of Middle Eastern oncology health care professionals. *Cancer*, 122(4), 598-610. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1002/cncr.29796>
- Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2016). Svulster. I S. Ørn & E. Back-Gransmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 127-149). Gyldendal Akademisk.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt forlag.
- Ciarlo, G., Ahmadi, E., Welter, S., & Hübner, J. (2021). Factors influencing the usage of complementary and alternative medicine by patients with cancer. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 44, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2021.101389>
- Crichton, M., Strike, K., Isenring, E., McCarthy, A.I., Marx, W., Lohning, A. & Marshall, S. (2021). "It's natural so it shouldn't hurt me": Chemotherapy patients' perspectives, experiences, and sources of information of complementary and alternative medicines. *Complementary therapies in Clinical Practice*, 43, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2021.101362>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. Gyldendal.
- Fangen, K. (2015). *Kvalitativ metode*. Forskningsetikk. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/metoder/kvalitativ-metode/>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (FOR-2008-01-25-128). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>
- Fønnebø, V. & Salamonsen, A. (2017). *Alternativ behandling*. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient - utfordring - handling* (s. 423-432). Cappelen Damm Akademisk.

- Helsebiblioteket. (2016a, 03. juni). *PICO*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsebiblioteket. (2016b, 03. Juni). *Sjekklist*.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklist>
- Helsebiblioteket. (u.å). *Kunnskapsbasert praksis*.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Helsedirektoratet. (2021, 16. februar). *Helsekompetanse - kunnskap og tiltak*.
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse#hvord-anvikanbedrebefolkningenshelsekompetanse>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen*. (I-1188 B). Regjeringen.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/s-trategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Høgskulen på Vestlandet, biblioteket. (u.å). *Søk etter fagressursar*. HVL.no.
<https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/>
- Jong, M., Lundquist, V. & Jong, M.C. (2015). A cross-sectional study on Swedish licensed nurse's use, practice, perception and knowledge about complementary and alternative medicine. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 29(4), 642-650.
<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/scs.12192>
- Kompetansebroen. (2021, 06. Mai). *Kommunikasjonsverktøy: Closed loop og Teach back*.
<https://www.kompetansebroen.no/kommunikasjonsverktoy-closed-loop-og-teach-back?o=ahus>
- Kreftforeningen. (2022b, 16. januar). *Korona - råd til kreftpasienter som er under behandling*. <https://kreftforeningen.no/korona-og-kreft/korona-rad-til-kreftpasienter-som-er-under-behandlin/>
- Kreftforeningen. (2022a, 24. januar). *Hva er kreft?* <https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/>
- Kreftforeningen. (u.å). *Kreft i Norge*. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreft-i-norge/>

- Kvam, M. (2020, 25. august). *Alternativ medisin*. Norsk helseinformatikk.
<https://nhi.no/livsstil/alternativ-medisin/alternativ-medisin/?page=1>
- Le, C., Finbråten, H. S., Pettersen, K. S. & Guttersrud, Ø. (2021, Januar). *Befolkningens helsekompetanse Del 1: The international health literacy population survey 2019 2021 (HLS₁₉) - et samarbeidsprosjekt med nettverket M-POHL tilknyttet WHO-EHII (SI-2959)*. Helsedirektoratet.
https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf/_attachment/inline/e256f137-3799-446d-afef-24e57de16f2d:646b6f5ddafac96eef5f5ad602aeb1bc518eabc3/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf
- Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6.utg.). Gyldendal.
- Muecke, R., Paul, M., Conrad, C., Stoll, C., Muenstedt, K., Micke, O., Prott, F.J., Buentzel, J & Huebner, J. (2015). Complementary and Alternative medicine in Palliative Care: A comparison of Data from Surveys Among Patients and Professionals. *Integrative Cancer Therapies*, 15(1), 10-15. <https://www.doi.org/10.1177/1534735415596423>
- Nafkam. (2019, 21. mai). *Johannesurt ved kreft*. <https://nafkam.no/johannesurt-ved-kreft>
- Nafkam. (2021, 14. april). Alternativ behandling ved kreft. <https://nafkam.no/alle-behandlinger/alternativ-behandling-ved-kreft>
- Nordeng, H. (2018). Plantebaserte legemidler. I Nordeng, H & Spigset, O. (Red.), *Legemidler og bruken av dem*. (s. 377-382). Gyldendal.
- Norsk sykepleierforbund. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholdt, B. & Gundersen, M. W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert: en arbeidsbok*. Cappelen Damm Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Regjeringen. (2021, 03. oktober). *Etikk i forskningen*.
<https://www.regjeringen.no/no/tema/forskning/innsiktsartikler/etikk-i-forskningen/id2000710/>
- Salamonsen, A. (2015). Use of complementary and alternative medicine in patients with cancer or multiple sclerosis: possible public health implications. *European Journal of*

Public Health, 26(2), 225-229. <https://www-doi-org.galanga.hvl.no/10.1093/eurpub/ckv184>

Slørddal, L. (2018). Legemidler ved kreftsykdommer. I Nordeng, H & Spigset, O. (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (s. 121-128). Gyldendal.

Stubberud, D. G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet: Sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid* (3. utg.). Gyldendal.

Thidemann, I. J. (2019). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving (2. utg.). Universitetsforlaget.

Vedlegg

Vedlegg 1. Sjekkliste kvalitativ studie

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Salamonsen, A. (2015). Use of complementary and alternative medicine in patients with cancer or multiple sclerosis: possible public health implications. *European Journal of Public Health, 26(2)*, 225-229. <https://www.doi-org.galanga.hvl.no/10.1093/eurpub/ckv184>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Gjennom studien ønsket de å få mer innsikt i kreft- og MS pasienters komplekse bruk av KAM og de mulige implikasjonene det kunne ha for de offentlige helse programmene. De ønsket å få mer innsikt fordi det er mye og uregulert bruk av KAM i Europa i tillegg til at det er mangel på vitenskapelig kunnskap om fordeler og ulemper med bruk av KAM. Problemstillingen er relevant for oss fordi den viser pasienters syn på hvordan helsesystemet/helsepersonell møter dem i bruken av KAM, og derfor kan vi bruke den til å finne ut hvordan vi kan hjelpe dem med å øke helsekompetansen på KAM.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

Studien har som mål å forstå og gi mer innsikt i bruken av KAM. Den beskriver erfaringer og opplevelser kreft- og MS pasienter har i møte med helsevesenet når de bruker KAM eller ønsker å bruke en form for det.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

Hun har begrunnet valget av metode med at kvalitativ forskning kan oppdage nye forklaringer på et fenomen. Kvalitativ forskning kan gjennom sin belysning av menneskers perspektiver og erfaringer bidra med en spesiell type nyttig bevis for omsorgspraksis, og at kvalitativ forskning har potensial til å

bli meningsfullt omsatt til praksis på måter som setter personer som mennesker i sentrum for omsorg.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel 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, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

Deltakerne ble valgt ut via Registry of Exceptional Courses of Disease, som inkluderer skandinaviske pasientrapporterte uventet positive eller negative sykdomsforløp relatert til KAM-bruk. Deltakere med kreft eller MS ble inkludert fordi begge gruppene er store, og deres bruk av KAM er utbredt og anses av leger som mulig risikabelt. Unntakstilfeller er avvikende tilfeller som kan illustrere uvanlige og typiske sider ved et fenomen og kan oppleves som opplysende og informasjonsrike. Registeret inneholder informasjon om pasienter som representerer ulik forpliktelse til, og erfaringer fra, bruk av KAM. Et slikt utvalg er tidkrevende og utfordrende å etablere, og registeret kan representere en ganske unik mulighet for idiografisk prøvetaking i kvalitative studier.

I presentasjonen av resultater benyttes uttalelser fra ni deltakere som selv hadde jobbet innenfor det offentlige helsevesenet. Deres behandlings- og kommunikasjons erfaringer fra konvensjonell helsetjeneste og KAM i pasientstilling ble funnet å være representativ for de fleste av de 31 deltakerne. Samtidig var deres uttalelser av spesiell interesse i en offentlig helsetjenesteanalyse på grunn av deres nåværende stilling som helsepersonell.

Målet med utvalget var å ha med pasienter med variasjon i behandling og forskjellige erfaringer med kommunikasjonen med helsesystemet når det gjaldt bruken av KAM.

Forskjeller når det gjaldt kjønn eller landstilhørelse ble ikke identifisert. Det var 13 norske og 6 danske kreftpasienter (18 damer og 1 mann) og 12 norske MS pasienter (9 damer og 3 menn). Kreftpasientene hadde en alder mellom 38 til 84 år, 11 av dem hadde høyere utdanning og gjennomsnittet på tid siden de fikk diagnosen var 9,3år. De skriver også om hvilke typer diagnoser pasientene hadde. Alder ol. er også nevnt på MS pasientene, men tas ikke med her, da fokuset vårt er på kreftpasientene.

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

Ja – Nei – Uklart

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? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel 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 (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

De har valgt å bruke dybdeintervjuer for å finne ut hva den enkelte pasients perspektiv, personlig historie og erfaringer i tillegg til begrunnelse av bruken av KAM. Intervjuene varte mellom 90-150 min, de ble tatt opp og transkribert av en profesjonell. Navnene som er brukt i studien er ikke deltakerne sine ekte navn.

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

Ja – Nei – Uklart

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?

Kommentar:

Fant ikke informasjon om dette i forskningsartikkelen.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

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 for eksempel 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?

Kommentar:

To av pasientene hadde sjeldne kreftsykdommer og disse ble derfor ikke listet opp slik at det ikke er fare for at de skal bli gjenkjent.

Studien ble utført i henhold til Helsinki-erklæringen. Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk og det norske datatilsynet godkjente registeret og forskningsprosjektet. Pasientene ga skriftlig samtykke til å delta. Navnene som står på pasientene i studien er ikke deres ekte navn.

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

Ja – Nei – Uklart

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, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel 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?

Kommentar:

De brukte kvalitativ innholdsanalyse for å vurdere dataene. Når de gjorde analysen av dataene begynte de med å evaluere ved å studere intervjuene intensivt, deretter ble de revaluert og kodet i NVivo8 kvalitativ programvare. De startet med koding av linje for linje av temaer og konsepter, deretter ble sekundære materielle koder utviklet, som oppsummerer nøkkelbegreper på tvers av data. De sikret validiteten med å diskutere med KAM-brukere, pasientforeninger, leger, KAM-utøvere og forskere.

Jeg ser forskjell på det forskeren har kommet med og det deltakerne har skrevet fordi forskeren har valgt å ha innrykk på sitater fra deltakerne.

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

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

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 (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Det er skrevet inn i en tabell, noe som gjør det oversiktlig å finne frem til for eksempel hvilke typer KAM kreftpasientene brukte. Hun har brukt andre kilder i drøftingen. Funnene kommer direkte fra pasientene og har blitt tatt opp og transkribert av en profesjonell.

Del 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 for eksempel 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?

Kommentar:

Funnene er nyttige i form av at vi ser behovet pasientene har for informasjon og bedret kommunikasjon med helsepersonell. Den kan brukes for å få bedre forståelse for pasienter som bruker KAM og vise at de ønsker at vi snakker med dem om bruken.

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV PREVALENSSTUDIE

(Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse, survey)

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i praksis?

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

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

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

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er problemstillingen i studien klart formulert?	Ja.
2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?	Ja

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

<p>3. Er befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er det gitt opplysninger om befolkningsgruppen som alder, kjønn, språk, etnisk tilhørighet og sosio-økonomiske forhold? - Er det gjort rede for subgrupper i befolkningen som ikke dekkes av studien? 	<p>Ja</p> <p>Studien inneholder opplysninger om at deltakerne er sykepleiere, i alderen 18-67 år. Resultatene inkluderer data om kjønn, alder, sykepleiernes ansettelsesforhold, landsdel, og utdanningsnivå hos deltakerne i studien.</p>
<p>4. Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - En god studie inkluderer et utvalg som nøyaktig representerer en definert befolkningsgruppe. Dette sikres ved bruk av statistiske utvalgsmetoder og ved en vurdering av respondentenes karakteristika - Var utvalget representativt for en definert befolkningsgruppe? 	<p>Ja</p> <p>Befolkningsgruppen er sykepleiere. Blant 86 000 medlemmer i svensk helsepersonellforening (Vårdförbundet), ble 1200 tilfeldig utvalgt og invitert til undersøkelsen. Siden de kartlegger sykepleiernes kunnskap, oppfatning bruk og holdninger representerer dette en definert befolkningsgruppe. Responsraten var 28% (335 deltakere). Det er beskrevet gjennomsnittsalder på 45.5 år, og at 84% av deltakerne er kvinner og at gjennomsnittlig arbeidserfaring er 17.4 år som sykepleier. De mest vanlige arbeidsplassene for sykepleierne var innenfor primæromsorg, kirurgisk avdeling og innenfor anestesi/intensiv, med 10% på hver gruppe. 80% av deltakerne arbeidet sør i landet, mens 20% i nord.</p>

<p>5. Er det gjort rede for om <u>respondentene</u> skiller seg fra dem som ikke har respondert?</p> <p><i>TIPS: Ikke-respondenter er frafall i utvalget.</i></p>	<p>Ja</p> <p>Det ble gjennomført en analyse på ikke-respondenter. Med utgangspunkt i demografiske variabler som er kjent, herunder alder, kjønn og arbeidserfaring ble det kartlagt at respondentene er et kompatibelt utvalg med de som ikke responderte i undersøkelsen.</p>
<p>6. Er svarprosenten høy nok?</p> <p><i>TIPS: I spørreundersøkelser er det vanligvis OK med en svarprosent på >70, så lenge forfatterne viser at respondenter og ikke-respondenter har like karakteristika som befolkningen de er utvalgt fra.</i></p>	<p>Ja</p> <p>Det ble utført en analyse av alle 1200 som ble invitert til undersøkelsen, responsraten var 28%, altså 335 respondenter. Med utgangspunkt i demografiske variabler som er kjent, herunder alder, kjønn og arbeidserfaring ble det kartlagt at respondentene er et sammenlignbart utvalg med de som ikke responderte i undersøkelsen.</p>
<p>7. Bruker studien <u>målemetoder</u> som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</p> <p><i>TIPS: Er det brukt spørreskjemaer som er valide, testet og anvendt i tidligere studier? Ble spørreskjemaet pilottestet, evt validert?</i></p>	<p>Ja</p> <p>Spørreskjemaet som ble benyttet var benyttet i en tidligere studie utført på barneleger. Spørreskjemaet ble tilpasset slik at det passet for sykepleiere, og den svenske situasjonen. Det ble også gitt mer forklaring på de kategoriske metodene, som mind-body metoder.</p> <p>Skjemaet ble ansiktsvalidert av fem sykepleiere og tre andre forskere med kjennskap til temaet. Det ble gjort små endringer for klarhet. Det endelige skjemaet inneholdt områder om egen bruk og erfaringsmessige effekter av KAM, praksis, og</p> <p>muligheter for implementering på arbeidsplassen, kommunikasjon med pasienter om KAM, og</p>

	oppfatning og kunnskap om KAM, i tillegg til demografiske karakteristika.
<p>8. Er datainnsamlingen standardisert?</p> <p><i>TIPS:</i> <i>Er datainnsamlingen identisk for alle utvalgte individer?</i> <i>Alle avvik fra en standard kan gi skjevhet når dataene samles inn. (F.eks intervjuetoder og personer)</i> <i>Sikres ved opplæring av intervjuer, veiledning, metode for å sikre data fra respondenter, spørreundersøkelsens utforming (avkryssing, Liker- skala etc)</i> <i>Standardiserte og valide målemetoder ved tester</i></p>	<p>Ja</p> <p>Det ble gjort endringer etter validering a spørreskjemaet for å gi klarhet rundt spørsmålene, i tillegg til at det ble gitt forklaringer rundt enkelte av metodene for å skape bedre forståelse, som sikrer at deltakerne forstår innholdet. Undersøkelsen foregår i en nettbasert spørreundersøkelse.</p>
<p>9. Er dataanalysen standardisert?</p> <p><i>TIPS:</i> <i>Analysen skal kunne skille individuelle forskjeller som er reelle fra forskjeller som er tilfeldige.</i></p> <p><i>Se på hvordan "åpne spørsmål" er behandlet. Er analysering av data gjort av to uavhengige personer?</i></p>	<p>Ja</p> <p>Det ble benyttet ulike analyser for å trekke sammenheng mellom funn.</p>

HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p>10. Hva er resultatet i denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i> <i>Hva er hovedkonklusjonen?</i> <i>Kan du oppsummere resultatene i én setning?</i></p>	<p>Sykepleierne hadde generelt en positiv holdning til KAM. Det var lav praktisering av KAM, men flere ønsker å praktisere KAM i fremtiden. Hovedbarrieren for å praktisere KAM og kommunikasjon rundt KAM var mangel på kunnskap og forskningsbasert bevis, noe som viser betydningen av økt kunnskap og strukturert utdanning, informasjon og forskning om KAM i Svergie.</p>
<p>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter? <i>Presenterer studien resultatene med konfidensintervall for statistiske estimater?</i></p>	<p>Nei. Det ble sendt ut invitasjon til et representativt utvalg deltakere, hvor det ble gjort en kompatibel</p>

<p>Er det oppgitt p-verdier?</p>	<p>analyse av de som ikke besvarte. Det er oppgitt p-verdier i studien.</p>
----------------------------------	---

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

<p>11. Kan resultatene overføres til praksis?</p>	<p>Ja. Den viser behov for økt kunnskapsnivå hos sykepleiere når det kommer til KAM, informasjon.</p>
<p>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?</p> <p><i>TIPS:</i> <i>Prevalensstudier gjøres for å bekrefte en eksisterende teori eller kunnskap, ikke for å lage en ny teori! Eksisterende kunnskap kommer fra kliniske og epidemiologiske studier som fokuserer på etiologi, prognose og effekt av tiltak.</i></p>	<p>Ja</p>

Vedlegg 3. Oversikt over mål, metode, utvalg og relevans for oppgaven til hver av studiene

Complementary and Alternative Medicine in Palliative Care: A Comparison of Data From Surveys Among Patients and Professionals (Muecke et al., 2015)	
Mål	Målet med studien var å innhente mer informasjon om bruken av KAM i en palliativ setting. Et annet mål de også skriver om er å sammenlikne holdningene til pasienter og helsepersonell for å finne ut om det er samsvar eller ikke.
Metode	Det ble gjort to uavhengige studier. Denne studien er kvantitativ. De brukte standardiserte spørreskjema lagd av PRIO, en arbeidsgruppe som jobber med forebygging og integrativ onkologi. Helsepersonellet svarte på et frivillig og anonymt spørreskjema, undersøkelsen foregikk over internett. Pasientene svarte på et eget spørreskjema, men ble i tillegg intervjuet en og en om interessen og bruken deres av KAM. Intervjuet varte i 10-15 minutter.
Utvalg	Deltakerne i de to uavhengige studiene var medlemmer av German Society Care of the Palliative Unit (DGB), mesteparten var leger og sykepleiere. Pasienter var på palliativ avdeling eller hadde tilknytning til en radiologisk avdeling. Inklusjonskriterier for utvalget blant pasientene var personer over 18 år, med histologisk bevist kreft og avansert stadium av kreft. Pasientene måtte ha blitt informert om den palliative situasjonen relatert til sykdommen deres. De ble ekskludert fra studien om de ikke klarte å konsentrere seg på grunn av sykdommen, medisiner eller andre grunner.
Relevans for oppgaven	Denne studien er relevant for problemstillingen vår fordi den viser til holdninger og forskjeller i forhold til KAM mellom helsepersonell og pasienter. Den viser hvilke KAM-metoder de to gruppene er interessert i, og hvilke typer informasjonskilder de bruker. Dette er relevant for å kartlegge kunnskapsgrunnlag.

“It's natural so it shouldn't hurt me” Chemotherapy patients' perspectives, experiences, and sources of information of complementary and alternative medicines (Crichton et al., 2021)	
Mål	Denne studien ønsket å undersøke pasientperspektiv, erfaringer, behov for støtte, og kilder til informasjon når det gjaldt bruk av KAM sammen med cytostatika.
Metode	Kvalitativ substudie. To forskere med erfaring i å gjennomføre kvalitative intervjuer, som ikke var involvert i rutinemessig omsorg utføre telefonintervju sammen. Det ble utarbeidet en semi-strukturerte intervju veileder med åpne spørsmål. Intervjuene ble tatt opp og transkribert ordrett av en forsker, som ble kontrollert av en annen forsker for nøyaktighet. Tre personer analyserte intervjuene tematisk
Utvalg	Deltakerne var hentet ut fra en annen studie (SPICE). Deltakerne var 10 voksne deltakere. Kriterier for deltakelse var at de var fysisk og kognitiv funksjonell, engelsktalende, og cytostatika naive, som nylig hadde fullført cytostatika behandling på sykehus de siste 12 månedene.
Relevans for oppgaven	Selv om det kan være kulturelle forskjeller i forhold til bruk av KAM, har vi valgt å ta med denne studien som er fra Australia. Det er på bakgrunn av at det tydeliggjøres hvorfor kreftpasienter som står på cytostatika behandling velger å bruke KAM. Studien er også relevant for vår oppgave fordi den viser en dypere forståelse i bruk av KAM. Pasientenes perspektiv kommer frem, og de får uttale sine erfaringer fritt. Hvilke informasjonskilder som brukes kommer frem i denne studien også.

Use of complementary and alternative medicine in patients with cancer or multiple sclerosis: possible public health implications (Salamonsen, 2015)	
Mål	Målet med denne studien var å gi mer innsikt i kreft- og MS pasienters utbredte, komplekse, selv initierte og uregulerte bruk av KAM. I tillegg ønsket Salamonsen å finne mulige implikasjoner bruken kan ha for helsevesenet.
Metode	Studien er kvalitativ, hovedkilden til informasjon var kvalitative dybdeintervjuer, hvorav de gjorde 29 intervjuer som varte i 90-150 min, i tillegg til et fokusgruppeintervju. Intervjuene ble tatt opp og transkribert av en profesjonell. Etter intervjuene gjorde forskeren en kvalitativ innholdsanalyse for å tolke dataene.
Utvalg	Deltakerne ble valgt ut fra et register over eksepsjonelle sykdomsforløp som er en del av NAFKAM. Registeret inneholder pasienters positive og negative forløp relatert til bruk av KAM. Det tok med 31 pasienter som brukte KAM hvor leger anså bruken som risikabel. Diagnosen til pasientene var enten kreft eller MS. 19 av deltakerne hadde kreft.
Relevans for oppgaven	Til tross for at denne studien inneholder informasjon om både kreft- og MS pasienter, har vi valgt å ha med fordi forskeren har delt inn artikkelen slik at det kommer tydelig frem hva som handler om kreftpasienter. Studien er relevant for vår oppgave på bakgrunn av at den inneholder utsagn fra pasienters erfaringer i møte med helsetjenesten. De forklarer hvordan de blir møtt i forhold til bruk av KAM. Ut ifra dette kan man finne ut hvordan man kan utbedre kommunikasjonen mellom pasient og helsepersonell når det gjelder KAM.

A cross-sectional study on Swedish licensed nurses' use, practice, <u>perception</u> and knowledge about complementary and alternative medicine (Jong et al., 2015)	
Mål	Målet med studien var å undersøke bruk, praksis, oppfatning og kunnskap om KAM blant et representativt utvalg sykepleiere i Sverige.
Metode	I denne tverrsnittsstudien har de brukt en anonym spørreundersøkelse som handlet om KAM relaterte problemer. Chi Square analyser ble benyttet for bivariate sammenligninger og logisk regresjon ble benyttet for assosiasjoner hos sykepleieres karaktertrekk, bruk, utøvelse, kommunikasjon og kunnskap om KAM.
Utvalg	Det var i alt 335 autoriserte sykepleiere som svarte på undersøkelsen, kun 28% av de som ble tilsendt spørreskjemaet.
Relevans for oppgaven	Studien er relevant for litteraturstudien vår fordi den viser sykepleieres syn og kunnskapsgrunnlag relatert til KAM. Studien kan bidra til å vise sykepleiernes forutsetninger for å kunne gi pasientene helsekompetanse. Den viser også at sykepleiere har dårlig kommunikasjon med pasientene angående KAM, men at de ønsker å forbedre den, dette er relevant for oss fordi vi skal drøfte det i diskusjonsdelen.