



# Høgskulen på Vestlandet

## Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	26-02-2018 09:00	<b>Termin:</b>	2018 VÅR
<b>Slutt dato:</b>	26-04-2018 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 SYKHB30011 PRO1 2018 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 1036

### Informasjon fra deltaker

**Tittel \*:** «Når smerten blir en del av livet»

**Antall ord \*:** 8758

**Tro- og loverklæring \*:** Ja

**Inneholder besvarelsen  
konfidensiell materiale?:** Nei

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

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja



## BACHELOROPPGAVE

«Når smerten blir en del av livet»

Lungekreftpasienters behov for smertelindring



(ImageQuest, u.å)

Kull: 2015

Antall ord: 8758

Fakultet for Helse-og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap.

Fagseksjon for sjukepleie – Haugesund

## SAMMENDRAG

**Tittel:** «Når smerten blir en del av livet»—lungekreftpasienters behov for smertelindring.

**Bakgrunn:** Lungekreft regnes å være den kreftsykdommen som tar flest menneskeliv, og i 2016 sto den for omtrent 20 % av dødsfall forårsaket av kreft i Norge. Prognosen for overlevelse anses som relativ dårlig. Livet til en person rammet av lungekreft vil være preget av smerte forårsaket av kreftsvulsten. På bakgrunn av dette vil lungekreftpasienter være en del av brukere som yter helsehjelp, og man vil som sykepleier møte pasienter rammet av kreftformen. Smerte blir beskrevet som et symptom av sykdommen, dermed vil sykepleiers kunnskap om lindring være en viktig del av behandlingen. Jeg ønsker mer forståelse og kunnskap om temaet, og sykepleier rolle, da det har stor relevans for meg som fremtidig sykepleier.

**Problemstilling:** «*Hvordan kvalitetssikre smertelindring til lungekreftpasienter i palliativ fase*»

**Hensikt:** Hensikt med oppgaven er å bidra til økt kunnskap rundt hvordan sykepleier kan bistå i smertebehandlingen for lungekreftpasienter. Temaet kan også gi en bedre forståelse over hvilke elementer som anses som viktige ved håndtering av kreftsmerte.

**Metode:** Denne oppgaven er en litteraturstudie som inkluderer seks forskningsartikler fra databaser som Cinahl og PubMed. Resultat fra forskning har senere blitt drøftet opp mot faglig relevant litteratur, for å belyse problemstillingen.

**Funn:** Forskning viser at lungekreftpasienter ikke er tilstrekkelig smertelindret, og mangelfull kommunikasjon mellom sykepleier og pasient var med på å skape et hinder for optimal smertelindring. På grunn av sykepleiers mangel på informasjon om smertestillende, og pasientens motvilje til å rapportere smerte, oppsto det misforståelser mellom dem som hindret smertelindring. Sykepleiers kunnskap om kartlegging og vurdering av kreftsmerte anses som viktige elementer, og må av den grunn forbedres.

**Oppsummering:** God kommunikasjon og relasjon mellom pasient og sykepleier, tilstrekkelig informasjon om de aktuelle smertestillende, bedre kartlegging av den fysiske smerten som inkluderer andre symptomer som angst og stress, økt kunnskap og evaluering om smertelindring ved kreftsmerte, er elementer som er avgjørende dersom lungekreftpasienter skal tilbys optimal smertelindring.

**Nøkkelord:** Kvalitetssikre, lungekreftpasienter, smertelindring, palliativ fase.

## ABSTRACT

**Title:** «When pain becomes a part of life» – lung cancer patients need of pain relief.

**Background:** Lung cancer is considered to be the cancer that takes most human life's, and by 2016 it accounted for about 20% of deaths caused by cancer in Norway. The prognosis for survival rate is considered relatively poor. The life of a person affected by lung cancer will be characterized by pain caused by the tumor. Based on this, lung cancer patients will provide health care and by some point interact with a nurse. Pain is described as a symptom of the disease, and to accomplish pain relief, nurse's knowledge plays an important role. I want to gain more understanding and knowledge about the nurse's role in pain relief in lung cancer, as it is of great relevance to me as a future nurse.

**Issue:** *“How to quality assure pain relief for lung cancer patients in palliative phase”.*

**Purpose:** The purpose of the assignment is to contribute to increase knowledge about how nurses can assist in pain treatment for lung cancer patients. The contents can also provide an understanding of what elements that are considered important in the management of cancer pain.

**Method:** The assignment is a literature study, which includes six research articles from databases Cinahl and PubMed. The results from the research-articles have later been discussed with relevant literature, in order to highlight the issue.

**Results:** Results shows that lack of inadequate communication between nurse and patient can create an obstacle to optimal pain relief. Due to the nurse's lack of information about analgesic and the patient's reluctance to report pain, misunderstandings occurred, which prevented pain relief. In addition, many patients did not even disclose the pain to their nurse. Nursing's knowledge of mapping and assessment of cancer pain is considered an important element and must be improved.

**Summary:** Good communication and relation between patient and nurse, adequate information about analgesics, better mapping of the physical pain that also includes other symptoms such as anxiety and stress, increased knowledge and assessment about treatment on cancer pain, are essential elements if patients with lung cancer are to be offered optimal pain relief.

**Keywords:** Quality assure, lung cancer patients, pain relief, palliative phase.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Introduksjon</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2 Metode.....	1
1.3. Hensikt .....	1
1.4 Problemstilling.....	2
1.5. Presisering og Avgrensning.....	2
1.6 Begrepsforklaring.....	2
<b>2.0 Teori</b> .....	<b>3</b>
2.1 Joyce Travelbee.....	3
2.2 Lungekreft .....	4
2.3 Palliativ behandling.....	4
2.4 Kreftsmarter .....	4
2.5 Smertelindring .....	5
2.6 Kartlegging .....	6
2.7 Sykepleiers funksjon til kreftpasienter i palliativ fase.....	6
2.8 Kvalitet, faglig forsvarlighet og etiske retningslinjer.....	7
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>7</b>
3.1. Kvalitativ og kvantitativ forskning. ....	7
3.2 Litteraturstudie. ....	8
3.3 Etisk vurdering.....	9
3.4 Kilde- og metodekritikk .....	9
3.5 Søkeprosess .....	10
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>12</b>
4.1 Artikkel 1 .....	12
4.2 Artikkel 2 .....	13
4.3 Artikkel 3 .....	14
4.4 Artikkel 4 .....	15
4.5 Artikkel 5 .....	15
4.6 Artikkel 6 .....	16
4.7 Hovedfunn: .....	17
4.8 Kritisk vurdering:.....	17
<b>5.0 Drøfting</b> .....	<b>17</b>

5.1 Bruk av kartleggingsverktøy i smertebehandlingen for lungekreftpasienter.....	17
5.2 Sykepleierens kunnskaper og kompetanse .....	20
5.3 Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient: Et viktig redskap i smertebehandlingen.....	22
5.4 Faglig forsvarlighet og kvalitet i sykepleien.....	23
<b>6.0 Avslutning .....</b>	<b>25</b>
<b>Referanseliste .....</b>	<b>26</b>
<b>Vedlegg .....</b>	<b>I</b>
<i>Vedlegg 1 Søkeprosess.....</i>	<i>I</i>
<i>Vedlegg 2 Kritisk vurdering av forskningsartikler .....</i>	<i>IV</i>
<i>Vedlegg 3 ESAS-Skjema.....</i>	<i>XII</i>

## 1.0 Introduksjon

Antall menn og kvinner som blir rammet av lungekreft i Norge har økt betraktelig de siste årene, og statistikken fra 2016 viser følgende: Hele 3080 mennesker fikk lungekreft, og sykdommen sto for omtrent 20 % av dødsfall forårsaket av kreft i Norge. Dermed regnes lungekreft å være den kreftsykdommen som tar flest menneskeliv. Prognosen er relativ dårlig, 5 år etter diagnosen er stilt har menn 16 % overlevelse, og kvinner 22 %. Årsak for lungekreft skyldes i hovedsak tobakk (Kreftregisteret, 2018). Lungekreft anses som utfordrende å helbrede. Livet til en person rammet av lungekreft vil være preget av smerte forårsaket av kreftsvulsten. Det forekommer i hovedsak to typer, bryst smerter og smerter mellom skulderbladene (Kreftforeningen, 2018).

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tallene ovenfor viser hvor liten overlevelse lungekreftpasienter har, og dermed vil flertallet ha behov for symptomlindring. Jeg har valgt dette temaet på bakgrunn av relevans for sykepleieryrket, ettersom lungekreft er en sykdom som spiller en stor rolle i dagens samfunn og i helsevesenet, samt personlig interesse for smertelindring knyttet opp mot kreftsykdom. Jeg ble gjort oppmerksom på temaet smertelindring for lungekreftpasienter gjennom tidligere arbeid og praksis. I flere situasjoner observerte jeg at kreftpasienter var sterkt preget av smerter, og sykepleierens viktigste oppgave var å bistå med smertelindring etter pasientens behov. Med denne oppgaven ønsker jeg å få mer kunnskap om hvilke faktorer som er sentrale i smertebehandlingen, hvordan sykepleier kan bidra, hvilke smertestillende som er relevante, og om lungekreftpasienter er optimalt smertelindret.

### 1.2 Metode

Metoden som er brukt i oppgaven er en litteraturstudie, hvor tidligere publiserte forskningsartikler blir brukt for å belyse problemstilling og tema. Forskningen som er inkludert i oppgaven er funnet på PubMed og Cinahl.

### 1.3. Hensikt

Hensikten med oppgaven er å bidra til økt forståelse over hvilke aspekter som er viktige ved behandlingen av kreft smerter, og hvorfor riktig valg av smertestillende og kartleggingsverktøy kan ha en innvirkning på pasientens smerteopplevelse.

## 1.4 Problemstilling

*Hvordan kvalitetssikre smertelindring til pasienter med lungekreft i palliativ fase.*

## 1.5. Presisering og Avgrensning

Grunnet oppgavens omfang er oppgaven avgrenset til å omhandle lindring av fysisk smerte for voksne lungekreftpasienter i palliativ fase. Andre symptomer som dyspne, hoste, ernæring og kroppslige endringer blir utelukket, men faktorer som kan påvirke den fysiske smerten som angst og stress kan bli trukket inn. Ikke-medikamentelle midler er ikke inkludert i oppgaven. Jeg har valgt å inkludere alle pasienter med langtkommen lungekreft, uavhengig om de er innlagt på sykehus eller bor hjemme, da smertelindring kan brukes i alle ledd av helsetjenesten. Oppgaven er basert på pasient- og sykepleieperspektiv, og dermed har jeg utelukket pårørende.

## 1.6 Begrepsforklaring

**Lungekreft:** Ved lungekreft oppstår det maligne svulster i lungene. Vi skiller mellom to hovedtyper: Ikke – småcellet lungekarsinom og småcellet lungekarsinom (Giæver, 2015, s. 216).

**Smertelindring:** Midler som blir tatt i bruk for å lindre den fysiske smerten. Ulike behandlingsprinsipper som brukes ved kreftsmarter er: analgetika (legemidler), cytostatika og strålebehandling (Kaasa, 2016, s. 403-404).

**Palliativ fase:** Når sykdommen ikke lenger kan helbredes, starter den palliative fasen. Ved palliativ, også kalt lindrende behandling, handler det om å gi pleie og omsorg, samt lindring av smerter og andre symptomer. Målet er at pasienten skal ha best mulig livskvalitet (Kreftforeningen, u.å.).

**Kvalitetssikre:** Ved kvalitetssikring innen helsetjenesten menes det at virksomheten har et ansvar ovenfor at all behandling, forebygging, pleie, omsorg- og sosiale tjenester skal være basert på troverdig kunnskap, i følge sosial og helsedirektoratet (sitert i Bjørø & Kirkevold, 2011, s. 348).



## 2.0 Teori

### 2.1 Joyce Travelbee

#### **Sykepleiers funksjon**

Sykepleierens funksjon innebærer å hjelpe individet til å forebygge sykdom, gjenvinne helse og opprettholde best mulig helsetilstand, samt å finne mening og skape erfaringer med sykdom eller lidelse. Sykepleien beskrives som en mellommenneskelig prosess, på bakgrunn av at man alltid er i kontakt med mennesker. Ved selvstendige sykepleiefunksjoner som å overvåke, observere og registrere pleien til pasienten, arbeider sykepleieren i en stadig hjelpende prosess (Travelbee, 1996, s. 7-9).

#### **Menneske – til menneske – forhold**

Grunnlaget for å danne en relasjon til hverandre er å skape et menneske-til-menneske-forhold. Målet er at sykepleieren og pasienten skal kunne relatere til hverandre og se hverandres menneskelighet, og dermed se vekk i fra titlene som «sykepleier og pasient». Begrepet blir aktivt brukt når sykepleieren oppnår sitt mål og hensikt, som er å bistå med hjelp til individet. Det finnes fire faser sykepleieren og pasienten må gjennom for å oppnå et menneske – til menneske– forhold: 1: det innledende møtet, 2: framvekst av identiteter, 3: empati 4: sympati (Travelbee, 1996, s. 119-120).

#### **Kommunikasjon**

Kommunikasjon oppstår hver gang sykepleieren er i samme rom som pasienten, og kan være både verbalt eller i stillhet. Hver samhandling sykepleieren har med den syke er en mulighet til å bli kjent med pasienten og møte dens pleiebehov. Kommunikasjon er en prosess hvor sykepleieren enten gir eller mottar informasjon fra individet og familie som søker hjelp. Sykepleieren må forstå og legge til rette for pasientens behov for kommunikasjon og bruke informasjonen som blir oppgitt til å planlegge sykepleieprosessen. Det kan også brukes som et instrument som kan påvirke situasjoner hvor partene samhandler (Travelbee, 1996, s.93-95).

#### **Lidelse**

En eller annen gang i livet, vil vi oppleve en form for lidelse. Hvordan vi bearbeider lidelsen er svært individuelt, og handler om individets evne til å gjennomgå erfaringen. «Å lide» blir definert som å bli utsatt for fysisk eller psykisk smerte, eller være i en tilstand av maktløshet (Travelbee, 1996, s. 61-63).

## 2.2 Lungekreft

Kreft, også kalt tumor oppstår ved knutedannelse i et vev eller organ. Deretter begynner cellene å vokse ukontrollert som kan føre til celledeling, og det er denne celledelingen som starter tumorveksten (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2011, s. 124). Småcellet lungekreft (15 %) er en aggressiv og raskt utviklende sykdom, som har tendens til spredning. Ikke-småcellet lungekreft (85 %) består av flere typer, hyppigst adenokarsinom og plateepitelkarsinom (Aass & Kristensen, 2016, s. 301). Symptomer ved lungekreft avhenger av hvor tumoren er lokalisert. Desto mer symptomer tyder på at sykdommen har spredt seg til andre organer. Hoste, fremmedlyder, tung pust og smerter er symptomer fra luftveiene. Ved mistanke om metastaser (spredning) vil direkte muskel-leddsmerter, sykdomsfølelse og tretthet være noen av symptomene. Lungekreftpasienter kan også bli rammet av psykiske symptomer som angst og depresjon (Giæver, 2015, s. 218, 229).

## 2.3 Palliativ behandling

I følge verdens helseorganisasjon (2017) beskrives palliativ medisin som en behandlende og lindrende metode som bidrar til økt livskvalitet for pasienter med en livstruende sykdom, som inkluderer behandling av smerte og andre symptomer, både fysiske, psykiske og åndelige (NOU, 2017:16). Dersom man skal oppnå tilstrekkelig palliativ behandling, vil det kreve planlegging og igangsetting av aktuelle tiltak på riktig tidspunkt. Palliativ behandling innebærer både symptomforebyggende og symptomlindrende behandling. Målet vil dermed være å forebygge eller utsette symptomer og sykdommen for en viss tid, eller å lindre symptomer som pasienten plages med. Behandlingen vil være rettet mot ett eller flere av områdene (Kaasa & Loge, 2016, s. 43-44). Ved bruk av legemidler, kan lindrende behandling gis i form av opioider og cytostatika (Kaasa, 2016, s. 403,404).

## 2.4 Kreftsmarter

Kreftsmarter blir betegnet som en egen smertetilstand, men inkluderer både nevropatisk og noiceptive elementer. Nevropatisk smerte oppstår ved skade på nervesystemet, og noiceptive smerter skyldes stimuli av nerveendinger som kan være forårsaket av en vevsskade (Rosland & Tjølsen, 2016, s. 329,339). Kreftpasienter plages med episodiske smerter, også kalt gjennombruddssmerter. En slik tilstand oppstår intenst i episoder og dukker opp i tillegg til den grunnleggende smerten (Knudsen & Kaasa, 2016, s. 393). Smerter ved lungekreft opptrer i forbindelse med en tumor i midtrommet mellom lungene (mediastinum), som kan føre til verkende smerter dypt i brystet. Skuldersmerter kan være forårsaket av irritert mellomgulv,

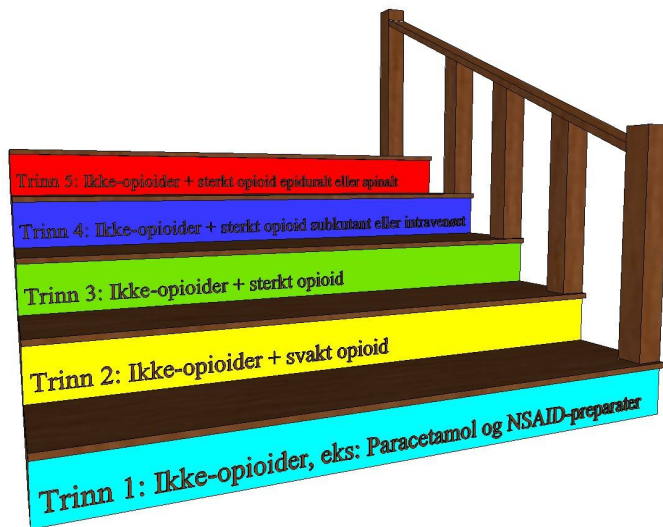
eller en innvekst av tumoren i lungetoppen (Gulsvik & Halvorsen, 2016, s. 588). Kreftsykdom blir for mange forbundet med knuste fremtidsplaner, smerte, lidelse og død. Smerte er symptomet som er mest fryktet, og ved en langtkommen kreftsykdom opplever 70 – 80 % smerteproblematikk (Lorentsen & Grov, 2010, s. 407). Et begrep som blir brukt ved langtkommen kreftsykdom hvor smerte er sentralt er «total pain». Begrepet ble oppfunnet av Cecily Sanders, og inneholder fire hovedområder som skal ivaretas for å behandle den totale smerten: Det fysiske, psykiske, sosiale, og åndelig/essensielle. For å lykkes ved en slik tilnærming, er det viktig å inkludere et tverrfaglig samarbeid og en bred tilnærming til pasient og familie (NOU, 2017:16).

## 2.5 Smertelindring

Opioider blir sett på som de viktigste legemidlene i behandling ved sterke kreftmerter, og består blant annet av morfin, oksykodon, fentanyl og metadon (Klepstad & Kaasa, 2016, s. 429, 432-433). Ikke – opioider er legemidler som blir brukt når noiceptive smerter har en lav intensitet, eller dersom inflammatoriske prosesser er framtreddende. De vanligste legemidlene i denne gruppen er paracetamol, ikke – steroide antiinflammatoriske medikamenter (NSAID) og acetylsalisylsyre. Adjuvante analgetika som antidepressiverer, antikonvulsier, kortikosteroider, blir brukt dersom pasientens bivirkninger av sterke smertestillende anses som byrdefull (Benthien & Sjøgren, 2016, s. 411). Behandlingen må tilpasses den enkelte, og forhold som bør bli vektlagt er smertens intensitet, lokalisering og karakter, samt sykdommens utbredelse (Kaasa, 2016, s. 403). Cellegift (kjemoterapi) er medikamentell tumorrettet behandling som sørger for en skade direkte på kreftcellene (Aass & Kristensen, 2016, s.297). For mange pasienter vil en tumorrettet behandling virke symptomlindrende og sykdomsforebyggende (Kaasa, 2016, s. 409).

Ved medikamentell smertelindring for kreftpasienter har «Verdens helseorganisasjon» utviklet en smertetrapp, som beskriver hvilke legemidler som bør brukes ved smertens grad av intensitet. Den originale smertetrappen inneholder 3 trinn, mens i Norge opereres det ved 4 eller 5 trinn for å oppnå god smertelindring. *Ved trinn 1:* Brukes ikke-opioider, som paracetamol eller NSAID-preparater. Slike legemidler er anbefalt ved svake til middels smerteintensitet. *Ved trinn 2:* Kombineres trinn 1 sammen med et svakt opioid, eksempel være kodein og tramadol. *Ved Trinn 3:* Kan man slå sammen trinn 1 + et sterkt opioid. Her anbefales det å kombinere paracetamol sammen med det valgte opioidet, hvor morfin ofte er førstevalget. *Ved Trinn 4:* Blander man trinn 1 + sterkt opioid subkutant eller intravenøst.

Dersom pasienten ikke kan ta legemidler oralt, kan morfin tilbys subkutant. Ved trinn 5: *Trinn 1 + sterkt opioid epiduralt eller spinalt* (Lorentsen & Grov, 2010, s. 419–420). Illustrasjonen nedenfor er inspirert av «verdens helseorganisasjon» sin ide om smertetrapp innen medikamenter ved behandling av kreftsmarter.



Smertetrapp illustrasjon (undertegnede, 2018)

## 2.6 Kartlegging

En forutsetning for god smertebehandling er en nøyaktig og systematisk kartlegging. Dette innebærer en klinisk undersøkelse, pasientens redegjørelse for symptomer og sykehistorie, bruk av ulike kartleggingsverktøy og undersøkelser (Knudsen & Kaasa, 2016, s. 387-388). Ulike kartleggingsverktøy som blir brukt for kreftpasienter er VAS (Visual analogue scale), hvor pasienten setter et kryss på en linje. ESAS (Edmonton Symptom Assessment Schedule) som er et symptomkartleggings skjema (se vedlegg 3) (Lorentsen & Grov, 2010, s. 412). Et tredje kartleggingsverktøy som blir brukt hos kreftpasienter er kroppskart, hvor pasienten eller sykepleieren merker av område hvor smerten sitter, på en tegning av menneskekroppen (Berntzen, Danielsen & Almås, 2010, s. 365).

## 2.7 Sykepleiers funksjon til kreftpasienter i palliativ fase

Ved uhelbredelig sykdom, vil ivaretagelse av pasienten være det sentrale målet. Som sykepleier har man ofte en fremtreden rolle ved palliativ behandling. Sykepleierens rolle i

palliativ fase er å bistå til symptomlindring ved bruk av observasjoner og kliniske vurderinger av kreftsmerte og lindring, samtidig ivareta pasientens grunnleggende behov. Det innebærer å gi informasjon og bidra til opprettholdelse av håp, lindring av fysisk ubehag, administrering av legemidler, forebygge komplikasjoner og opprettholde en god livskvalitet etter pasientens behov. Dersom man skal videreformidle informasjon, må man passe på at pasienten har god forståelse ovenfor det som blir sagt (Lorentsen & Grov, 2010, s. 412-425).

## 2.8 Kvalitet, faglig forsvarlighet og etiske retningslinjer

Å handle faglig forsvarlig som yrkesutøver, er et av hovedprinsippene ved all helsehjelp som tilbys i Norge. Helsehjelpen gis ut i fra forsvarlighetskravet som innebærer områdene: Forebygging, utredning, behandling, habilitering, rehabilitering og pleie og omsorg. Å utøve faglig forsvarlig helsehjelp bygges på det etiske prinsippet om å gjøre det som gagnar pasienten (Molven, 2014, s. 67, 127). Retningslinjer for utøvelsen av sykepleien skal sikre moralsk forsvarlig praksis, og angir hvilke verdier som står sentralt. Sykepleiere følger de yrkesetiske retningslinjene som handler om å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse, i følge NSF 2011: 24, sitert i (Slettebø, 2013, s. 17). God kvalitet på helsetjenestene kjennetegnes ved trygge og sikre tilbud som er tilgjengelige og rettferdig fordelt, samt involverer og gir brukere en mulighet for utnyttelse av ressursene, ifølge Sosial – og helsedirektoratet 2005, sitert i (Bjørø & Kirkevold, 2011, s.348).

## 3.0 Metode

Metode blir beskrevet som en framgangsmåte og et middel for å kunne løse problemer og lete seg frem til ny kunnskap, i følge Vilhelm Aubert (sitert i Dalland, 2017, s. 50).

### 3.1. Kvalitativ og kvantitativ forskning.

Forskningsartiklene som er brukt i oppgaven er basert på kvalitativ og kvantitativ forskning. Begge metodene bidrar til en bedre forståelse av hvordan mennesker, institusjoner og grupper i samfunnet vårt samhandler med hverandre. En kvalitativ metode har fokus på å fange opp enhver deltakers mening og opplevelse, og skal ikke tallfestes eller måles. Denne metoden går ofte i dybden, og man ønsker å få frem betydningen av deltakerens erfaringer for å forstå verden fra deres side. Kvantitativ metode skal gi oss data og funn i form av målbare enheter ved bruk av et større antall deltakere. En slik metode blir for eksempel brukt dersom man ønsker å finne ut befolkningens gjennomsnittlige inntekt. Målet er å undersøke hva som er

fellesbetegnelsen blant deltakerne, og ofte bruker man spørreskjema med faste svaralternativer (Dalland, 2017, s. 51-54).

### 3.2 Litteraturstudie.

I denne oppgaven er det brukt en litteraturstudie, hvor problemstillingen skal løses ved funn av forskningsartikler satt opp mot selvvalgt teori. I en slik studie vil litteraturen man studerer basere seg på hva som tidligere er undersøkt. Ved bruk av en litteraturstudie skal man ikke skape ny kunnskap om et tema, men lete seg frem til kunnskap fra allerede eksisterende undersøkelser/artikler som man henter i databasene. Det innebærer at man systematiserer informasjonen ved å søke, samle, vurdere, og sammenfatte (Støren, 2013, s.16-17). En forutsetning for å gjøre en litteraturstudie er at det allerede finnes relevante studier og artikler av god kvalitet, og at man videre gjør en kritisk vurdering og analyse av resultatet. Det som kjennetegner en systematisk litteraturstudie er at man har identifisert alle relevante forskningsartikler innen et område, og utført en bedømming om studien er gyldig og relevant (Forsberg & Wengström, 2016, s. 26-27).

En av forskningsartiklene i oppgaven har utført en *Cohort studie*. Dette blir beskrevet som en studie der en gruppe mennesker kan identifisere undergrupper som for øyeblikket er, har vært, eller kan bli eksponert for ulike faktorer som kan påvirke sannsynligheten for sykdom eller andre utfall (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s. 195). Videre i samme studie er det trukket ut lungekreftpasienter som kontrollgruppe. Kontrollgruppe blir definert som en gruppe som ikke blir eksponert for tiltaket som skal prøves ut i studien (Nortvedt et al., 2012, s.195). I denne studien ble lungekreftpasienter brukt som kontrollgruppe for å sammenligne palliativ behandling med en annen kreftform.

*Retrospektiv studie* ble brukt i en av forskningsartiklene i oppgaven, dette blir også kalt kasus-kontroll. Forfatterne går bakover i tid og identifiserer mennesker som har en bestemt sykdom eller problem (Nortvedt et al., 2012, s. 132).

En av forskningsartiklene som er tatt med i oppgaven har brukt en *systematisk oversiktsartikkel*. Forfatteren vil ved en systematisk framgangsmåte finne, vurdere og oppsummere flere enkeltstudier som er blitt utført om samme emne (Nortvedt et al, 2012, s. 135).

### 3.3 Etisk vurdering

I et forskningsprosjekt finnes det etiske prinsipper som skal opprettholdes både innen forskningen, og mellom forskningen og verden rundt. Enhver forsøksperson som deltar i prosjektet har rettigheter som skal ivaretas, og forskningen skal bidra til økt kunnskap og skape en verdi for samfunnet. I Norge har vi komiteer som skal anerkjenne forskningsetiske retningslinjer innen hvert virksomhetsområde. De blir kalt «de nasjonale forskningsetiske komiteene». Ved et forskningsprosjekt er det flere personer som foretar seg etiske vurderinger, både privatpersoner, vitenskapsfolk og forskere. Man skal alltid ha en subjektiv mening om temaet som forskes på, men dersom egne interesser og meninger blir tungtveiende, kan vi invitere andre til å presentere sine inntrykk. Dersom kunnskaper om temaet ikke er tilstrekkelig nok på egenhånd, kan en også inkludere fagekspert i prosjektet. Å ha respekt for allmenn etikk og samfunnets normer, er noe som blir lagt sterkt vekt på i forskningsetikken (Forsberg, 2010, s. 61-62, 65). Forskingen skal bidra til ny kunnskap, men det skal ikke skje på bekostning av enkeltpersonenes velferd. Personopplysninger om deltakere i prosjektet, skal ikke kunne identifiseres ved navn eller personnummer (Dalland, 2017, s. 236-239). Etikken handler om å se menneskets preferanser, opplevelser og eksistens, samt i sykepleien skal man fremme pasientens beste (Nortvedt, 2012, s. 49). I denne oppgaven er det brukt flest kvantitative studier. For en person med langtkommen lungekreft kan gjerne et kvalitativt intervju ramme personens livskvalitet, ettersom en intervjuopprosess krever mye.

### 3.4 Kilde- og metodekritikk

Hvordan man vurderer og stiller krav til søket etter kilder, og hvordan man velger å bruke dem, beskrives som kildekritikk. Først utfører man et søk for å finne litteraturen som belyser oppgavens problemstilling, og deretter avklare hvilken teori man velger å bruke i oppgaven. Man skal stille seg kritisk til om kildene man finner er pålitelige og kan bli inkludert til å belyse temaet i oppgaven. Hele oppgavens troverdighet baseres på den enkeltes utførelse av kildekritikk. For å kritisere kildene kan man bruke ImRaD-strukturen (introduksjon, metode, resultat, diskusjon/konklusjon) (Dalland & Trygstad, 2017, s.149, 152, 163). Jeg har vurdert hver forskningsartikkels funn og data, og sett om den inneholder ImRaD-struktur. Jeg har brukt artikler fra høgskolens anbefalte databaser, og avgrenset publiseringsdatoen til siste tiår, men helst innen 5 år. Dersom en 5 år eller eldre artikkel er brukt i oppgaven, må man ta hensyn til om resultatene er til å stole på ettersom det anses som eldre forskning. I

forskningsartikkel skrevet av (Canviet et al., 2014) er kommunikasjonsprogrammet i studien laget for onkologiske sykepleiere, men jeg har valgt å inkludere den i oppgaven ettersom kommunikasjon brukes overalt innen sykepleiefaget. På bakgrunn av problemstilling ønsket jeg å inkludere flest mulig forskningsartikler som omhandlet lungekreftpasienter, men for å utvide søket og inkludere flere forskningsartikler, har jeg inkludert to som handler om pasienter med ulike kreftformer. Denne oppgaven baserer seg på smertelindring, og dermed har jeg forsikret meg om at alle forskningsartiklene fokuserer på behandlingen av kreftsmerte, og ikke sykdommen.

For å vurdere og stille seg kritisk til oppgavens metode, har jeg tenkt over flere aspekter. For å skape en større forståelse for selvvalgt tema, var det hensiktsmessig å bruke selvvalgt teori utenfor pensum, og inkludere forskningsartikler fra ulike perspektiv. Fordelen ved å bruke en litteraturstudie er at det allerede eksisterer forskning og teori om temaet, som kan gjøre det enklere å knytte resultatene opp mot hverandre for å belyse problemstillingen i oppgaven. Ulempen med en slik studie er at dersom man selv skal utføre forskningen, kan resultatet bli annerledes.

### 3.5 Søkeprosess

Databasene som er brukt i søkeprosessen er PubMed og Cinahl, og er godkjent av biblioteket ved Høgskolen på Vestlandet. På bakgrunn av at det fantes lite relevant norsk forskning om smertelindring for lungekreftpasienter, valgte jeg å bruke utenlandsk forskning innen Europa, USA og Australia. Helsevesenet innen disse områdene er noenlunde organisert på samme måte som det norske helsevesenet, og dermed har jeg vurdert resultatene fra artiklene som relevante for oppgaven. Forskningsartikler som var relevante for temaet i oppgaven, ble tatt med i betraktning, og fordelen ved å inkludere forskning fra ulike perspektiv, kan bidra til en større forståelse over problemstilling. Se vedlegg 1 for et systematisk oppsett av søkeprosessen.

Første forskningsartikkel ble funnet i PubMed. Forskningsartikkelen har jeg inkludert i oppgaven for å finne ut om opioider og andre smertestillende har en lindrende effekt hos lungekreftpasienter. Forskningsprosjektet har inkludert to typer kreftsykdommer, dermed har jeg valgt å fokusere på resultat og funn fra lungekreftpasientene i studien. Ettersom studiens formål var å sammenligne palliativ behandling, velger jeg av den grunn å sette funn og konklusjon fra begge grupper sammen i resultatdelen, og trekke ut hva som er relevant i utfallet for lungekreftpasientene. Søkeordene som ble brukt er: «Lung cancer AND Pain



management». Valgt artikkel heter «Opioids in pain management of mesothelioma and lung cancer patients» (Salminen et al., 2013). Det blir ikke oppgitt om artikkelen er etisk vurdert av en komite, men er hentet fra en godkjent database, og forskningen er støttet av EPCRC, European Commission´s Sixth Framework Program, NTNU, Research Council of Norway and South Western Finland Hospital District.

Andre forskningsartikkel er hentet i PubMed. Jeg har klar over at forskningsartikkelen er 6 år gammel, og har ikke avgrenset deltakernes aldersgruppe, men tatt utgangspunkt i den høyeste fullførte utdanningen til hver enkelt. 98 % har i det minste fullført videregående skole. Jeg velger allikevel å inkludere forskningsartikkelen i oppgaven fordi den belyser hvor viktig rett palliativ behandling er for lungekreftpasienter, og hvorfor det stadig oppstår hindringer ved smertelindringen. Artikkelens funn kan bidra til økt forståelse ovenfor pasientenes smerteopplevelse. Søkeordene som ble brukt var «Lung cancer AND Palliative Care AND Optimal pain management». Valgt artikkel heter «Palliative care in the management of lung cancer: analgesic utilization and barriers to optimal pain management» (Simone, Vapiwala, Hampshire & Metz, 2012). Det kommer ikke frem om forskningartikkelen er etisk vurdert, men er godkjent av Institutional review Board of the University of Pennsylvania.

Tredje artikkel er hentet fra Cinahl sin artikkelbase. Forskningsartikkelen ble tatt med i oppgaven på bakgrunn av sitt sykepleieperspektiv innen smertebehandling for kreftpasienter, hvor kommunikasjon anses som et viktig redskap i evalueringen av kreftsmerte. Søkeord som ble brukt var «Pain management AND Nurse AND Communication». Valgt artikkel heter «Improving communication in cancer pain management nursing: a randomized controlled study assessing the efficacy of communication skills training program» (Canviet et al., 2014). Studien er fagfellevurdert, funnet i godkjent artikkeldatabase, og støttet av Belgian National Cancer Plan og Psycho-Oncology Centre of Brussels.

Fjerde artikkelsøk ble utført ved PubMed. I mange tidligere forskningsartikler har jeg lest at personer rammet av lungekreft i flere tilfeller blir innlagt på institusjoner. Denne forskningsartikkelen ble inkludert fordi den belyser hvilke faktorer som fører til innleggelse. Søkeordene var «Lung cancer AND Palliative Care AND Institution experience». Valgt artikkel heter «Palliative care units in lung cancer in the real-world setting: a single institution's experience and its implications» (Masel et al., 2016). Forskningsartikkelen er etisk godkjent av komiteen Medical University of Vienna, Austria.

Femte artikkel er hentet i Cinahl. Søkeord som ble brukt var «Assessment and management AND Cancer Pain AND Patient Care». Søkeordene ble inspirert av anbefaling fra Cinahl sin database, og gav et bredt utvalg. Forskningsartikkelen som er valgt er en systematisk oversiktsartikkel, og ble tatt med i oppgaven for å belyse problemstillingen ved bruk av tidligere kvalitative studier fra ulike perspektiver. Valgt artikkel heter «Assessment and management of adult cancer pain: a systematic review and synthesis of recent qualitative studies aimed at developing insights for managing barriers and optimizing facilitators within a comprehensive framework of patient care» (Luckett et al., (2013). Det blir opplyst at ettersom forskningartikkelen er en systematisk oversiktsartikkel, krevdes det ingen etisk vurdering.

Sjette artikkelsøk ble gjort i Cinahl. Forskningsartikkelen er tatt med i oppgaven for å belyse hva kreftpasienter ønsker med smertebehandlingen, og hvordan de opplever samarbeidet med sykepleier. Selv om artikkelen har fokusert på ulike kreftsykdommer og ikke avgrenset til lungekreft, har jeg valgt å ta den med for å inkludere kvalitativ forskning og smertebehandling fra pasientens perspektiv. Søkeordene som ble brukt var «Palliative care AND Pain management OR Pain reduction AND Cancer AND Patient care». Valgt artikkel heter «What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study» (Gibbins, Bhatia, Forbes, & Reid, 2014). Studien er etisk vurdert av National Research Ethics Service South West – Central Bristol.

## 4.0 Resultat

### 4.1 Artikkel 1

**Opioids in pain management of mesothelioma and lung cancer patients** (Salminen et al., 2013).

**Hensikt:** Studiens hensikt var å sammenligne den palliative behandlingen og utfallet av smertelindring, ved bruk av opioider blant to krefttyper: Lungekreft og mesothelioma.

**Metode:** Studien er kvantitativ, og basert på en sub-kohort-studie som identifiserte 373 lungekreftpasienter og 22 mesotheliomapasienter. 88 av lungekreftpasientene og alle de 22 mesotheliomapasientene deltok videre i en case kontroll studie, hvor optimal palliativ behandling hos hver enkelt ble identifisert og sammenlignet. Undersøkelsen var en del av en større studie kalt EPOS. Gjennomsnittsalderen var 63 år. Deltakerne skulle fylle ut et symptomskjema som inkluderte smerte, dyspne, angst, søvnløshet og smerteopplevelser ved sykdommen.

**Resultat:** Pasientgruppene hadde moderat til sterk smerteintensitet. Legemidlene som ble rapportert fra begge gruppene var opioider (morfin, oxycodone, methadone og hydromorphone), fentanyl plaster, paracetamol og andre ikke-analgetika legemidler. Flertallet opplevde en redusert ytelse av sin egen helsetilstand, og det oppsto uenighet mellom behandler og pasient om evalueringen av smerten. Ved begge kreftsykdommene oppstod det også symptomer som angst, depresjon og søvnløshet. Flertallet av lungekreftpasientene i undersøkelsen rapporterte moderate til sterke smerter som følge av kreftsykdommen, selv etter lang behandling med sterke smertestillende. 60 av 80 lungekreftpasienter ble behandlet med oralt bruk av opioider.

**Konklusjon:** For begge pasientgruppene er optimal smertelindring et viktig tiltak i palliativ behandling, men mindre enn 20 % av pasientene i studien opplevde full effekt av smertestillende. Evalueringen av smertebehandling bør utvikles mer, og gjerne inkludere andre symptomer som kan påvirke den fysiske smerten som depresjon, angst og søvnløshet. Undervurdering blant helsepersonell av symptomer er ikke sjelden, og kan ha en risiko for behandlingen.

## 4.2 Artikkel 2

**Palliative care in the management of lung cancer: analgesic utilization and barriers to optimal pain management** (Simone et al., 2012).

**Hensikt:** Hensikten med studien var å finne ut hvorfor mange av pasientene rammet av lungekreft ikke oppnår optimal smertelindring, på bakgrunn av at tidligere forskning viser utilstrekkelig smertelindring for denne gruppen.

**Metode:** Studien er kvantitativ og anonymbasert. Det ble utført en internett-basert spørreundersøkelse ved en kreftrelatert nettside kalt «oncolink». Den inneholdt tjueto spørsmål, basert på pasientenes bruk og holdninger om analgetika. Gjennomsnittsalderen for menn var 54 og for kvinner 49 år, og 90 deltakere deltok.

**Resultat:** 92 % av alle som deltok rapporterte at de hadde smerte daglig. 33 % av deltakerne brukte ikke smertestillende i det hele tatt på grunn av frykt for avhengighet, mangel på informasjon fra helsepersonell om ulike analgetika, og noen hadde ikke råd. Andre smertestillende som radioterapi, kjemoterapi og kirurgi ble også brukt som lindrende.

**Konklusjon:** Studien viser at underbehandlet kreftsmerte er en viktig årsak til sykkelighet blant individer med lungekreft. Flere av pasientene var plaget med smerte, og rapporterte at det skyldtes utilstrekkelig smertelindring. Mange pasienter rapporterte ikke smerte til helsepersonellet, fordi de hevdet at smerten skal de klare å takle uten legemidler, og vil ikke bedres med analgetika. Flere misforstår bruken av smertestillende, og istedenfor å ta legemidler jevnt, tas de kun ved sterk intensitet av smerten. Helsepersonell bør fokusere på å gi pasientene god informasjon og undervisning om smertestillende, og gjøre smertelindring til en prioritet.

### 4.3 Artikkel 3

**Improving communication in cancer pain management nursing: a randomized controlled study assessing the efficacy of communication skills training program** (Canviet et al., 2014).

**Hensikt:** Studiens hensikt var å undersøke om et ferdighetsprogram om kommunikasjon kunne forbedre smertebehandlingen blant onkologiske sykepleiere. Kommunikasjon viser seg å være et viktig redskap for å oppnå god smertelindring.

**Metode:** Metoden som er brukt er en kvantitativ studie. Kriterier for å bli med i studien var at sykepleierne hadde jobbet aktivt med kreftpasienter de siste seks månedene, og var villig til å delta. 115 sykepleiere fra 33 sykehus ble valgt ut, og randomisert plassert i en treningsgruppe eller en kontrollgruppe. Studien var basert på en simuleringsøvelse, hvor kreftpasienten ble spilt av en dukke. Gjennomsnittsalderen for deltakerne var 34,9 år i treningsgruppen og 33,5 år i kontrollgruppen.

**Resultat:** Sykepleierne ble mer mottakelig til pasientens subjektive opplevelse av smerte og behandling. Det ble en forbedring i sykepleiernes evaluering av psykologiske aspekter som kan bli assosiert med smerten, og de ble flinkere til å ta beslutninger som omhandler smertebehandlingen. De tok til rette for pasientens frykt for morfin og dens bivirkninger. På bakgrunn av at målet med studien var å forbedre all kommunikasjon innen smertebehandling for kreftpasienter, anses den som ikke vellykket, ettersom bare fåtall av målene ble forbedret.

**Konklusjon:** Denne forskningsartikkelen påpeker at vi trenger å utforske mer spesifikke egenskaper ved kommunikasjon, å ha et mål om å forbedre smerteutfallet etter enhver pasients behov. Noe som bør utvikles videre for å bedre kommunikasjonen innen smertebehandling, er bruk av en pasient-sentrert tilnærming for spesifikt kreft og smertelindring.

#### 4.4 Artikkel 4

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

**Hensikt:** Hensikten med studien var å finne ut hvilke erfaringer som oppstår på en institusjon ved bruk av palliativ behandling for lungekreftpasienter, og hvilke årsaker det er for innleggelse. Lungekreft regnes å være blant en av de mest dødelige kreftsykdommene, og er assosiert med høy grad av symptomer.

**Metode:** Data av pasienter diagnostisert med lungekreft i periode mellom juni 2010 – mars 2013 ble vurdert og brukt i studien. Det ble utført en kvantitativ forskning, ved bruk av retrospektiv metode. Årsak for innleggelse, behandling, intervensjoner under innleggelsen, og bestemte utfall hos pasienten ble inkludert. 91 pasienter deltok, og gjennomsnittsalderen var 62 år.

**Resultat:** Årsaker for innleggelse var forverring av tilstand (40 %), ukontrollerte kreft smerter (38 %), dyspne (13 %), and psykososiale faktorer (8 %). Medikamenter som ble brukt for lindring var opioider, implantasjon av intratekal smertepumpe, brachial plexus neurolyse, kjemoterapi, antibiotika terapi og radioterapi.

**Konklusjon:** Tidlig palliativ behandling kan være en fordel, da lungekreftpasienter sliter med både fysiske og psykiske symptomer. Opioider spiller en stor rolle i smertebehandlingen, men i 10 – 20 % vil ikke legemidler være nok. På en institusjon oppstår det stadig misforståelser og derfor er rett informasjon og undervisning i forløpet svært viktig og relevant.

#### 4.5 Artikkel 5

**Assessment and management of adult cancer pain: a systematic review and synthesis of recent qualitative studies aimed at developing insights for managing barriers and optimizing facilitators within a comprehensive framework of patient care** (Luckett et al., (2013).

**Hensikt:** Hensikten med studien var å utvikle en forståelse for hvordan man kan håndtere hindringer og optimalisering hos kreftpasienter med smerter ved bruk av tilrettelegging, behandling og evaluering.

**Metode:** Det ble utført en systematisk oversiktsstudie basert på tidligere kvalitative forskningsartikler. Nettsider som ble brukt var Cinahl, AMED, Embase, PsycINFO, Medline og Sociological Abstracts, og søket ble gjort i periode fra 20 – 26 mai 2011.

**Resultat:** Studien identifiserte hindringer for smerteevaluering og behandling for kreftpasienter, på bakgrunn av pasientens motvilje til å rapportere smerte, mangel på kunnskap og anerkjennelse hos helsepersonell, og utbredte misforståelser om legemidler som blant annet opioider. Pasientene i studiene mente at underbehandlet smerte skyldtes ofte mistro hos helsepersonell, fordi smerte kan bare bli sett via en «objektivt» evaluering.

**Konklusjon:** Kvalitative studier gjennom årene legger vekt på å bruke en pasientsentrert tilnærming i behandling av kreftsmerte. Det handler om pasientens sentralisering i behandlingsforløpet. Retningslinjer bør bygges på mellommenneskelige relasjoner og kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell. Tillit mellom partene anses som et viktig element dersom en skal overkomme hindringen i og forbedre smertebehandlingen.

#### 4.6 Artikkel 6

**What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study** (Gibbins et al., 2014).

**Hensikt:** Hvordan pasienter med langtkommen kreftsykdom opplever kommunikasjonen med helsepersonell med tanke på kreftsmerten, og hva de ønsker ut av smertebehandlingen.

**Metode:** Kvalitativ studie ved bruk av personlige intervju inkludert 12 personer rammet av langtkommen kreftsykdom. 5 menn og 7 kvinner deltok, og deltakernes alder var fra 42 – 81. Krefttyper som ble inkludert var lunge, prostata, bryst, sarkomer, livmor og føflekk.

**Resultat:** Smerteskalaer ble en utfordring, fordi smerten aldri var på et bestemt tall. De fleste brukte sterke medikamenter, men bivirkninger kunne medføre at de ble motvillige til å ta imot medisiner slik legen hadde forordnet. Kunnskap og kommunikasjon hos helsepersonell anses som viktige elementer, men en av deltakerne opplyste at personellet ikke spurte nok om kreftsmerten, som førte til redusert kommunikasjon mellom dem i forløpet.

**Konklusjon:** Studien fremhever at målet med smertelindring for kreftpasienter er å kunne utføre dagligdagse aktiviteter og oppgaver, og opprettholde relasjon med familie og venner. Kreftsmerten påvirket kontrollen, selvstendigheten og rollen til den enkelte. Det kan være lurt å sette opp mål og fremtidige forventninger sammen med pasienten, som kan bidra til en forståelse over hva den enkelte ønsker med behandlingen.

#### 4.7 Hovedfunn:

Felles for forskningsartiklene er at lungekreftpasienter ikke oppnår tilstrekkelig smertelindring, selv ved bruk av sterke smertestillende midler. Flere av artiklene belyser en hindring mot optimal smertelindring på bakgrunn av utilstrekkelig kommunikasjon mellom pasient og sykepleieren, samt mangelfull kunnskap, informasjon og undervisning fra sykepleierne sin side. Felles for to av forskningsartiklene var mangel på rapport om smerte fra pasienten (Luckett et al., 2013 & Simone et al., 2012). Lungekreftpasienter i studiene er svært smertepåvirket, og alle er i palliativ behandling. Det gjenspeiler seg i et flertall av forskningsartiklene at sykepleierne kan ha egne utfordringer ved palliativ behandling, som kan være med å påvirke smertehåndteringen.

**4.8 Kritisk vurdering:** Alle forskningsartiklene er blitt kritisk vurdert ved bruk av skjema fra Folkehelseinstituttet (2014). Se vedlegg 2 for kritisk vurdering av en kvalitativ (forskningsartikkel 6) og en kvantitativ (forskningsartikkel 2).

### 5.0 Drøfting

I dette kapittelet ønsker jeg å belyse problemstillingen «*Hvordan kvalitetssikre smertelindring til lungekreftpasienter i palliativ fase*», ved bruk av funn fra forskningsartiklene satt opp mot selvvalgt og relevant teori. Travelbee's perspektiv vil bli inkludert, samt andre forskningsartikler blir tatt med for å styrke temaet.

#### 5.1 Bruk av kartleggingsverktøy i smertebehandlingen for lungekreftpasienter

Flere lungekreftpasienter rapporterte moderat til sterke smerter, selv etter månedsvis behandling med smertestillende som opioider og andre legemidler (Salminen et al., 2013). Majoriteten av lungekreftpasienter har smerter, og flere av dem rapporterer at det skyldes utilstrekkelig smertelindring (Simone et al., 2012). Utfordringer ved smertebehandling er et kjent problem, årsaken kan skyldes redusert dose av opioider eller at behandlingen starter for sent (Kaasa, 2016, s. 409). Luckett et al., (2013) skriver at det oppstod mistro mellom sykepleier og pasient, hvor smerten var underbehandlet på grunn av mangel på rapport om smerte fra pasientens side. Samtidig feiltolket pasientene de ulike smertestillende som var aktuelle på grunn av sykepleiernes mangel på kunnskaper om smertebehandling for kreftpasienter. Dette kan føre til at behandlingen ble forsinket på grunn av redusert samarbeid

mellom sykepleier og pasient, samt at dosen av legemidler ikke ble tilpasset den enkelte på grunn av motvilje til å informere om smerte fra pasientene sin side. For sykepleierne kan det være vanskelig å forstå pasientens smerte opplevelse og behov for lindring. I følge nasjonalt handlingsprogram (2018) er smerte et av de vanligste symptomene ved lungekreft, og dermed er smertelindring et av de viktigste tiltakene (helsedirektoratet, 2018). Opioider blir sett på som de mest effektive legemiddelene mot sterke kreftsmarter (Klepstad & Kaasa, 2016, s. 429, 432-433). Forskning viser at flertallet av lungekreftpasienter ble behandlet med opioider (Salminen et al., 2013). Allikevel virker det som at smerte ikke blir godt nok prioritert av helsepersonell eller opplyst av pasientene, ettersom flertallet ikke er lindret. Man kan stille seg spørsmålet om opioider og andre legemidler er sterke nok for å bekjempe kreftsmerten, eller om det ligger mer bak hvorfor pasientene ikke oppnår god nok smertelindring, selv når teorien anbefaler legemidler som blir brukt av lungekreftpasienter i praksis.

Sykepleiernes reduserte evne til å evaluere smerte, blir argumentert ved at de ikke er flinke nok til å ta i bruk systematiske hjelpemidler for å kartlegge pasientens smerter (Berntzen, Danielsen & Almås, 2010, s. 356). Et kjent problem er at helsepersonell undervurderer kreftsmarter som kan skape en risiko for behandlingen. Dermed bør evalueringen av smerter utvikles videre (Salminen et al., 2013). Observasjon og kliniske vurderinger man gjør som sykepleier kan bidra til å gi inntrykk av smerteopplevelsen til pasienten, og en god evaluering av videre behandling. Ulike kartleggingsverktøy som kan brukes ved smertebehandling for kreftpasienter er: VAS, ESAS og kroppskart. Ved bruk av kartleggingsverktøy kan sykepleier få et innblikk over pasientens opplevelse av smerte, samt bidra til økt forståelse over hvordan man kan tilpasse behandlingen til hver enkeltes behov (Lorentsen & Grov, 2010, s. 407, 412). For pasienter med en langtkommen kreftsykdom, vil kartlegging hvor en skal plassere smerten på et bestemt tall oppleves utfordrende, ettersom smerten aldri er stabil (Gibbins et al., 2014). Et eksempel kan dermed være å be pasienten beskrive smerten ved bruk av egne ord, eller utfylle et kroppskart, som nevnt i forrige avsnitt. I følge Kaasa & Knudsen (2016, s. 390) finnes det karaktertrekk som bør prioriteres for å gi et best mulig inntrykk over pasientens situasjon:

- Smertens intensitet
- Lokalisasjon (velavgrenset, diffus, utstrålende)
- Smertens karakter (konstant, brennende eller kampelignede)



- Variasjon (konstant, episodisk smerte, sammenheng med fysisk aktivitet)

Flere av pasientene mener at helsepersonellet ikke spør nok om smertetilstanden deres, samt ikke viser interesse for evaluering som er med på å skape et hinder for god smertelindring (Gibbins et al. 2014). Man kan tenke seg at ved bruk av kartleggings skjema som nevnt ovenfor, kan sykepleierne ha en fast mal å gå etter og pasienten kan oppleve at en spør mer utdypende om smerten. Dersom man skal observere behandlingseffekten av smertestillende, bør en bruke samme kartleggingsverktøy gjentatte ganger (Knudsen & Kaasa 2016, s. 388). I Norge blir ESAS-skjema anbefalt som et godt kartleggings skjema for palliativ behandling fordi det inkluderer flere symptomer samtidig (Lorentsen og Grov, 2010, s. 412). Det blir opplyst at lungekreftpasienter har ulike symptomer i tillegg til den fysiske smerten, som angst, stress og søvnløshet (Salminen et al., 2013). Dette kan knyttes opp til «total pain» av Cecily Sanders. Hun beskriver at dersom man skal behandle en fysisk belastning, må vi også inkludere psykisk, åndelig/ekstensielle og sosiale belastninger, og dermed behandle den totale smerten (NOU: 2017:16). For å forbedre sykepleiernes evne til å inkludere elementer som kan påvirke den fysiske smerten, kan man trene på kommunikasjonen i samhandling med kreftpasienter. Dette kan føre til at sykepleierne blir flinkere til å evaluere psykologiske aspekter som kan bli assosiert med den fysiske smerten, samtidig som de oppnår en økt forståelse for smertevalueringen (Canviet et al., 2014). Smerte er et sammensatt fenomen av blant annet psykiske faktorer som kan være med å påvirke effekten av medikamenter og smertens intensitet (Kaasa, 2016, s. 403). Dermed kan bruk av ESAS-skjema bidra til at man ser en helhet i sykdomsforløpet, og inkluderer de sammensatte symptomene. Det kan også føre til at den fysiske smerten reduseres, på bakgrunn av at andre symptomer som kan være en belastning for pasienter, blir tatt med i betraktning.

Masel et al., (2016) skriver at opioider spiller en stor rolle i smertebehandlingen, men i 10 – 20 % av tilfellene vil ikke legemidler i seg selv være effektivt nok. Nasjonalt handlingsprogram (2018) skriver at kjemoterapi blir etablert som førstelinjens behandling ved kreftsykdom, og bør tilbys til alle pasienter med god allmenntilstand (Helsedirektoratet, 2018). Dersom man kombinerer optimalt bruk av legemidler med kjemoterapi, samt inkluderer strålebehandling, kan man i flere tilfeller oppnå tilstrekkelig smertelindring for pasienten (Helsedirektoratet, 2016). Dermed kan sykepleier i samarbeid med behandler, bistå i å kombinere disse legemidlene for å effektivisere smertelindringen.

## 5.2 Sykepleierens kunnskaper og kompetanse

«I honestly think, when you've got something wrong with you, like liver cancer and bone cancer and all of this, they want to treat your problem. Pain comes like second» (Gibbins et al., 2014). Sitatet ble sagt av en deltager i studien, og ble trukket fram for å se pasientens syn på helsepersonellens roller og prioriteringer av smertebehandlingen ved langtkommen kreftdiagnose (Gibbins et al., 2014). Funn fra denne forskningen tolkes som svært alvorlig, ettersom kreftsmerten ikke blir prioritert hos faglig utdannet helsepersonell. Både sykepleier og pasient har en funksjonell rolle i å opprettholde optimal smertelindring. Valeberg, Bjordal & Rustøen (2010) opplyser at mangel på rapport om smerte fra pasienten, frykt for avhengighet, og bivirkninger av sterke legemidler, er elementer som kan redusere effekten av optimal smertelindring. I den ene forskningartikkelen fra resultatdelen var det flere pasienter i studien som ikke ønsket å ta i bruk smertestillende slik legen hadde forordnet, på bakgrunn av bivirkninger (Gibbins et al., 2014). Dersom pasientens bivirkninger ved bruk av sterke smertestillende oppleves som en byrde, kan en ta i bruk adjuvante analgetika som antidepressivere, antikonvulsier, kortikosteroider (Benthien & Sjøgren, 2016, s. 411). Selv om sykepleieren ikke har det overordnede ansvaret for dosering av medikamenter, skal en allikevel ha god kunnskap feltet. Sykepleierne har behov for en forbedring i å evaluere kreftsmerte, dette kan man sette i Travelbee's perspektiv og oppnå et menneske-til-menneske forhold til pasienten. Her er det viktig å inkludere følelser som empati og sympati, for å kunne sette seg inn i pasientens situasjon (Travelbee, 1996, s. 119-120). Sykepleierens viktigste egenskaper er bygge tillit til pasienten, vise forståelse, og være tålmodig. Dette kan bidra til anerkjennelse ovenfor pasientens ubehag og livskvalitet (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 84-85). Det vil ikke være enkelt å skape en relasjon i alle typer settinger, og i noen tilfeller ønsker gjerne ikke pasienten å bli kjent med sykepleier på et personlig nivå. Relasjonsbygging med pasienten blir beskrevet som et viktig tiltak for å oppnå smertelindring, og dermed bør sykepleier ta dette med i betraktning.

Dersom man skal oppnå optimal palliativ lindring, spiller tidspunktet man starter behandlingen en viktig rolle. Behandlingen skal bidra til å forebygge eller utsette symptomer som følge av sykdommen (Kaasa & Loge, 2016, s. 43-44). Gjennom oppgaven har det blitt nevnt flere ganger både i teorien og forskningen at smertelindring er et av de viktigste behandlingsprinsippene for pasienter med langtkommen lungekreft. Videre skriver Knudsen & Kaasa (2016, s. 393) at kreftpasienter er plaget med episodisk smerte (gjennombruddssmerter), som oppleves intens og kortvarig, og som kommer i tillegg til den

grunnleggende smerten. Rustøen et al., (2013) opplyser at det finnes mangelfull kunnskap om medikamenter som kan gi lindring for gjennombruddssmerter blant sykepleiere. Det samme skriver Luckett et al., (2013), hvor lite kunnskap blant sykepleierne om behandling av kreftsmarter, anses som et vanlig og kjent problem. Kaasa (2016, s. 409) oppgir at dersom den episodiske smerten ikke diagnostiseres og behandles optimalt, kan det forekomme utfordringer ved smertelindringen.

Å være sykepleier innebærer at man har kunnskaper om sykdom og lidelse. Et viktig mål er hjelpe pasienten til å mestre erfaringer som oppstår underveis i sykdomsløpet (Travelbee, 1996, s. 7, 39). Det er nevnt tidligere i oppgaven at lungekreftpasienter lider av smerte. I følge Masel et al., (2016) regnes lungekreft for å være en av de mest dødelige kreftformene i verden, som underbygges av Kreftregisteret (2018). Lidelse er en del av det å være menneske, og en eller annen gang i våre liv vil vi oppleve en form for lidelse fysisk eller psykisk. Håp blir sett på som en motivasjonsfaktor for mennesker i stressfulle tider (Travelbee, 1996, s. 61-63, 71). Pasienter med langtkommen kreftsykdom er i en sårbar situasjon, og i palliativ fase kan pasientens håp dreie seg om å bli smertefri. Sykepleieren har dermed et ansvar om å ha gode kunnskaper om smertelindring (Lorentzen & Grov, 2010, s. 410). Andre faktorer som er viktige å behandle ved lungekreft, vil være livskvaliteten til den enkelte. Livskvalitet beskrives av Lorentsen & Grov (2010, s. 425) som det gode i livet, og baseres på hva som er det beste og viktigste for pasienten. Dette kan knyttes opp mot forskningsartikkel skrevet av Gibbins et al (2014), der kreftpasientenes ønske med smertebehandlingen var å leve et mest mulig normalt liv i forhold til sykdommen.

To av artiklene i resultatdelen skriver at sykepleierens kunnskap og holdninger anses som viktige aspekter i smertebehandlingen (Masel et al, 2016) og (Gibbins et al, 2014). I sistnevnte forskningsartikkel mener pasientene at de går inn i en «ond sirkel» hvor legemiddelet blir tatt ved «smertetopper», og ikke jevnt, noe som fører til at smertene stadig er til stede (Gibbins et al., 2014). Forhold som mangel på kompetanse hos helsepersonell, manglende fokus og undervisning, kan hindre god smertelindring (Lorentsen & Grov, 2010, s. 418). I en norsk forskningsartikkel kreves det økt kompetanse om smertehåndteringen på flere områder blant sykepleiere og studenter, på bakgrunn av at smerten fortsatt er utilstrekkelig behandlet (Granheim, Raaum, Christophersen & Dihle, 2015). For å trekke inn egne erfaringer er det viktig med god kunnskap om de ulike medikamentene som kan lindre lungekreftpasienter sine smerter. Da kan man informere pasienten om hva som er aktuelt, og sammen med behandler øke eller minske dosen ut fra pasientens behov. En bør også være

tilstede jevnlig under behandlingsforløpet, for å observere og vurdere effekten eller bivirkningen av smertestillende. Derom man som sykepleier får muligheten til å følge opp pasienten over tid, spiller kommunikasjonen mellom partene en viktig rolle.

### 5.3 Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient: Et viktig redskap i smertebehandlingen

Kommunikasjon blir beskrevet som en mulighet sykepleier har for å bli kjent med pasienten, for å kunne møte og fastslå sykepleiebehovet. Sykepleieren må legge til rette for pasientens behov for kommunikasjon, og bruke informasjonen som blir oppgitt til å planlegge sykepleieprosessen (Travelbee, 1996, s. 93). Sykepleierne mener at kommunikasjonen må forbedres, da det anses som et viktig redskap om man skal oppnå god smertelindring for pasientene (Canviet et al. 2014). I de fleste forskningsartiklene som er presentert i resultatdelen, har utilstrekkelig kommunikasjon gjenspeilt seg som en hindring ved optimal smertebehandling. En forbedring kan blant annet bidra til at sykepleieren blir mottakelig til pasientens opplevelse av smerte og behandling. Fra pasientperspektivet vil det å kunne rapportere om smerte være et viktig redskap i behandlingen. Det er pasientenes mulighet til å informere sykepleierne om smerteopplevelsen, effekten den enkelte har av legemidler, og hva som er ønskelig av lindring. Dette blir tatt opp i forskningsartikkelen skrevet av Gibbins et al., (2014) der pasientene i studien sier kommunikasjonen oppleves som vanskelig, fordi helsepersonellet ikke spør nok om smertene. Videre skriver Luckett et al., (2013) at kreftpasienter har en motvilje til å rapportere smerte, og misforstår bruken av legemidler på grunn mangel på informasjon. Kommunikasjon innebærer også å informere og undervise, noe som helsepersonell ikke utfører, i følge Simone et al., (2012) og Masel et al., (2016). Pasienten skal være informert om ulike behandlingsmuligheter som foreligger ved tiltak for å lindre plager (Helsedirektoratet, 2016). Informasjon bør være så fullstendig som mulig, samtidig som man vurderer hvor stor forståelse pasienten har for det som blir sagt (Lorentsen & Grov, 2010, s. 414). Dokumentering er et tiltak som kan forhindre mangel på informasjonsutveksling mellom pasient og sykepleier. Ved å dokumentere sykepleierens handlinger kan dette øke pasientsikkerheten, sikre kvalitet i tjenesten og forenkle kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient (Dahl & Skaug, 2011, s. 20-21). Dersom sykepleieren skriver ned progresjonen til pasienten, kan den neste sykepleieren se hva som er blitt gjort, og hva som bør jobbes videre med.

Mangel på informasjon om legemiddelens effekt og bivirkning, resulterer i at lungekreftpasienter ikke bruker smertestillende så ofte som de burde for å oppnå en form for lindring (Simone et al., 2012). Dersom man skal oppnå tilstrekkelig kommunikasjon er evnen til å lytte, vise en åpen holdning og stille klare spørsmål viktige egenskaper. Ved undervisning er det viktig at budskapet blir formidlet på en tydelig måte, og tilpasset pasienten (Kristoffersen, 2011, s. 180). Misforståelser kan oppstå dersom sykepleierne ikke bruker ferdighetene nevnt ovenfor, i samhandling med pasientene. I følge Tay, Hegney & Ang (2011) er sykepleierens kompetanse, kommunikasjonsevner og oppriktighet, viktige elementer som kan påvirke effektiv kommunikasjon. I studien kunne sykepleierne som var oppgaveorienterte, fryktet døden og hadde lav selvbevissthet om sin verbale adferd, hindre kommunikasjonen. Pasienter som deltok aktivt i egenomsorg og var informasjonssøkende, bidro til å fremme kommunikasjonen mellom partene. Det viste seg å skape en hindring i smertebehandlingen hos pasienter som ikke ønsket å snakke om sin sykdom eller følelser. Studien til Canviet et al., (2014) prøvde ut kommunikasjonsevelser i et forsøk på å forbedre kommunikasjon i behandlingen av kreftsmerte. Det resulterte i at sykepleierne fikk en økt forståelse ovenfor evaluering og behandling av smertestillende til kreftpasienter med smerteproblematikk. Dessverre ble ikke alle områder innen kommunikasjonen forbedret slik forskerne ønsket, og det trengs fremdeles en økt forståelse ved informasjon om smertestillende og sykepleiers evne til å vurdere elementer innen kreftsmerte (Canviet et al., 2014). Her kan man se et tydelig mønster i hvor viktig kommunikasjon er i smertebehandlingen av kreftpasienter, og hvorfor utilstrekkelig kommunikasjon stadig oppstår i pasientforløpet. utfordringer kan oppstå både fra pasientens perspektiv og sykepleiers perspektiv dersom begge parter ikke ønsker eller kan samarbeide. En kan undre seg om det er forsvarlig dersom samarbeidet og kommunikasjonen mellom partene ikke er tilstrekkelig nok, og dermed går utover pasientens behandling og livskvalitet.

#### 5.4 Faglig forsvarlighet og kvalitet i sykepleien

I følge helsepersonelloven (1999) § 4: «*Skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen forøvrig*» (lovdata, 2017). I Norge har vi et forsvarlighetskrav som gjelder all helsehjelp, inkludert forebygging, diagnostisering, behandling, rehabilitering, habilitering og pleie og- omsorg (Molven, 2014, s. 127). Forsvarlighetskravet gjelder ikke bare den enkelte sykepleier, men også helsetjenesten som driver virksomheten, som sykehus, sykehjem eller hjemmetjeneste. Dette innebærer at

virksomheten har et ansvar og skal sørge for en forsvarlig drift (Bjørø & Kirkevold, 2011, s. 355). Man kan tenke seg at dersom lungekreftpasienter ikke blir tilstrekkelig lindret ut fra hvert enkeltes behov, opprettholder hverken sykepleier eller virksomheten kravet om å tilby faglig forsvarlig helsehjelp. Dersom det gjentatte ganger blir tatt opp at smertelindringen ikke er god nok, må det settes i gang tiltak som kan forbedre kvaliteten på helsetjenesten.

I flere av forskningsartiklene presentert i resultatdelen vil lungekreftpasienter i palliativ fase ha sterkt behov for sykepleierens bistand i smertelindringen (Simone et al., 2012 & Salminen et al., 2013 & Masel et al., 2016). Sykepleieren sitt mål og hensikt er å hjelpe individet til å gjenvinne sin helse og opprettholde best mulig helsetilstand (Travelbee, 1996, s. 39). Det tolkes som at sykepleieren ikke oppnår sine mål, ettersom lungekreftpasientene ikke blir tilstrekkelig smertelindret. I følge pasient – og brukerrettighetsloven (1999) §1-1, er lovens formål: *«bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse – og omsorgstjenesten»* (lovdata, 2017). Helsetjenestene skal være tilgjengelige for brukerne, og oppstå som trygge og sikre, i følge sosial- og helsedirektoratet, sitert i (Bjørø & Kirkevold, 2011, s. 348). God sykepleie handler om å hjelpe pasienten til å dekke sine grunnleggende behov gjennom forebyggende, behandlende og rehabiliterende sykepleietiltak (Bjørø & Kirkevold, 2011, s. 348). Helsetjenestene som tilbys i Norge skal være av god kvalitet, og man skal hjelpe pasienten å dekke sine pleiebehov, som blant annet er: Lindring av fysiske, psykiske, sosiale, åndelige belastninger (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011, s. 18). For lungekreftpasienter med sterke kreftsmarter, vil deres grunnleggende behov handle om lindring av den fysiske smerten, noe som i forskning viser seg å ikke være god nok. Pasientsentrert tilnærming kan øke sykepleiers evne til å evaluere pasientens smerte (Luckett et al., 2013). I kreftomsorgen er det særlig viktig at pasienten har mulighet for å knytte bånd til sykepleieren, og når relasjonen er oppnådd, kan det ha en viktig betydning for pasientens livskvalitet. Pasientens etiske prinsipper skal ivaretas og bygges på mellommenneskelige relasjoner (Kristoffersen & Nortvedt 2011, s. 126). Ved bruk av en slik tilnærming vil pasienten selv ha en sentral rolle i behandlingen. Travelbee (1996, s. 7) beskriver sykepleien som en mellommenneskelig prosess da sykepleieren alltid arbeider i kontakt med mennesker. For lungekreftpasienter kan det tenkes at en pasientsentrert tilnærming kan bidra til at pasientens meninger blir fremmet, noe som kan forbedre samarbeidet med sykepleier. Pasientens ønsker og behov blir satt i sentrum, som spiller en viktig rolle for god smertelindring. Vi må også ta til rette for at dersom pasienten selv ikke ønsker å være en sentral rolle i behandlingsforløpet, kan en slik

tilnærming gjerne ikke være den rette. Allikevel er det to forskningsartikler som har nevnt det som en forbedringsfaktor, innen sykepleiers evaluering og kommunikasjonen (Luckett et al., 2013 & Canviet et al., 2014). Det ble også nevnt tidligere i oppgaven at disse to områdene må styrkes, dersom smertebehandlingen skal tilpasses den enkeltes behov for lindring.

## 6.0 Avslutning

Hensikten med denne litteraturstudien var å svare på: «*Hvordan kvalitetssikre smertelindring for lungekreftpasienter i palliativ fase*», og fremheve hvilke faktorer som spiller en sentral rolle i smertebehandlingen. Gjennom oppgaven kommer det fram at lungekreftpasienter ikke blir tilstrekkelig smertelindret. For at sykepleieren skal tilby god kvalitet og kunne sikre optimal smertelindring, trengs det en forbedring innen kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient, ettersom det anses som et av de viktigste redskapene i behandlingen. Bruk av ulike kartleggingsverktøy kan være et godt hjelpemiddel ved evalueringen av kreftsmerte blant lungekreftpasienter. Sykepleiernes kunnskaper og kompetanse om lindring av kreftsmerte spiller en sentral rolle i behandlingen. Oppgaven har bidratt til økt kunnskap og forståelse om temaet smertelindring for lungekreftpasienter. Selv med et bredt utvalg av forskningsartikler, og et vidt spekter av teori om temaet, samt strenge krav til å utøve faglig forsvarlig helsehjelp, oppnår allikevel ikke pasienter rammet av denne kreftformen optimal smertelindring.

## Referanseliste

- Aass, N., & Kristensen, A. (2016). Medikamentell tumorrettet behandling. H. Loge, (Red). *Palliasjon – Nordisk lærebok*. (3.utg., s. 293 – 304). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Benthien, S. K., & Sjøgren P., (2016). Ikke – opioide og adjuvante analgetika. J. H. Loge. (Red). *Palliasjon – Nordisk lærebok*. (3.utg., s. 411 - 429). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berntzen, H., Danielsen, A., & Almås, H., (2010). Sykepleie ved smerter. R. Grønseth. (Red). *Klinisk sykepleie 1*. (4.utgave., s.355 – 399). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bertelsen, B., Hornslien, K., & Thoresen, L. (2011). Svulster. E. B. Gansmo. (Red). *Sykdom og behandling*. (1.utgave., s. 123 – 147). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Bjæro, K., & Kirkevold, M. (2011). Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie. E. A. Skaug, (Red). *Grunnleggende sykepleie: Bind 1*. (2 utg., s. 344 – 377). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Canivet, D., Delvaux, N., Gibon, A., Brancart, C., Slachmuylder, J., & Razavi, D. (2014). Improving communication in cancer pain management nursing: a randomized controlled study assessing the efficacy of a communication skills training program. *Supportive Care In Cancer*, 22(12), 3311-3320. doi:10.1007/s00520-014-2357-2
- Dahl, K., & Skaug, E. A., (2011). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. E. A. Skaug, (Red). *Grunnleggende sykepleie bind 2*. (2.utg., s. 15 – 56). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O., & Trygstad, H., (2017). Kilder og kildekritikk. O, Dalland. *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg., s. 149-164). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Folkehelseinstituttet (2014.04.oktober). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 11.april 2018 fra <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Forsberg, E. M. (2010). Verktøykasse for etiske vurderinger. K. W. Ruyter (Red). *Forskningsetikk – beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn*. (1.utg., s. 61 - 72). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier*. (4.utg). Stockholm: Natur & Kultur Akademisk.
- Giæver, P. (2015). *Lunge-sykdommer*. (3.utg). Oslo: Universitetsforlaget.



- Gibbins, J., Bhatia, R., Forbes, K., & Reid, C. M. (2014). What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study. *Palliative Medicine*, 28(1), 71-78. doi:10.1177/0269216313486310
- Granheim, T. H., Raaum, K., Christophersen, K-A., & Dihle, A., (2015). Sykepleiers og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne. *Sykepleien Forskning*. 10(4)(326-334). doi: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55983>
- Gulsvik, A., & Halvorsen, T. O., (2016). Pustebesvær. H. Loge, (red). *Palliasjon – Nordisk Lærebok*. (3.utg., s. 583 - 593). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet (2016, 01. august). *Pakkeforløp for lungekreft – oppfølging og kontroll av lungekreft* (IS-2518). Hentet 26.mars 2018 fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/pakkeforlop-for-lungekreft>
- Helsedirektoratet (2018, 27.februar). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av lungekreft, mesoteliom og thymom* (Nasjonale faglige retningslinjer IS-2707). Hentet 11. april 2018: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-diagnostikk-behandling-og-oppfolging-av-lungekreft-mesoteliom-og-thymom>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- ImageQuest (u.å). *Nurse comforting a patient*. (Fotografi). Hentet 18.april 2018 fra: [https://quest-eb-com.galanga.hvl.no/search/hand-holding-patient-nurse/1/132\\_1435625/Nurse-comforting-a-patient](https://quest-eb-com.galanga.hvl.no/search/hand-holding-patient-nurse/1/132_1435625/Nurse-comforting-a-patient)
- Kaasa, S., (2016). Smertebehandling – generelle prinsipper. H. Loge (Red). *Palliasjon – nordisk lærebok*. (3.utgave., s. 402 – 409). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kaasa, S., & Loge, J. H., (2016). Palliativ medisin – en innledning. H. Loge (Red). *Palliasjon – nordisk lærebok*. (3.utgave, s. 34 – 49). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Klepstad, P., & Kaasa, S., (2016). Opioider. J. H. Loge. (Red). *Palliasjon – Nordisk lærebok*. (3.utg, s. 429 - 440). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Knudsen, A. K., & Kaasa, S., (2016). Smertediagnostikk. H. Loge, (red). *Palliasjon – Nordisk Lærebok*. (3.utg, s. 387 – 410). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kreftforeningen. (2018, 22. februar). *Lungekreft*. Hentet 10.april 2018 fra: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/lungekreft/>
- Kreftforeningen (u.å.). *Lindrende (palliativ) behandling*. Hentet 12.april 2018 fra: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftbehandling/lindrende-behandling/>

- Krefregisteret. (2018, 11.Januar). *Lungekreft*. Hentet 08.April 2018 fra:  
<https://www.krefregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Lungekreft/>
- Kristoffersen, N. J., (2011) Sykepleie – kunnskap og kompetanse. E. A, Skaug. (red).  
*Grunnleggende sykepleie bind 1*. (2.utg., s.161-192). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, P., (2011). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. E. A. Skaug (Red). *Grunnleggende sykepleie bind 1*. (2.utg., s 84-133). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen. N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E. A., (2011). Om sykepleie. E. A. Skaug, (Red).  
*Grunnleggende sykepleie bind 1*. (2.utg, s. 15 – 28). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lorentsen, V. B., & Grov, E. K., (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. R. Grønseth (Red). *Klinisk sykepleie 2*. (4.utg, s. 401 – 431). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Luckett, T., Davidson, P. M., Green, A., Boyle, F., Stubbs, J., & Lovell, M. (2013).  
Assessment and management of adult cancer pain: a systematic review and synthesis of recent qualitative studies aimed at developing insights for managing barriers and optimizing facilitators within a comprehensive framework of patient care. *Journal Of Pain & Symptom Management*, 46(2), 229-253. doi:  
10.1016/j.jpainsymman.2012.07.021
- Masel, E.K., Schur, S., Nemecek, R., Mayrhofer, M., Huber, P., Adamidis, F., ... & Pirker, R. (2016). Palliative care units in lung cancer in the real-world setting: a single institution's experience and its implications. *The art and science of palliative medicin*. doi: 10.21037/apm.2016.08.06
- Molven, O. (2014). *Sykepleie og jus*. (4.utg). Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Norsk helseinformatikk (2014, 17.desember). *ESAS symptomskjema*. Hentet 23.april 2018 fra:  
<https://nhi.no/skjema-og-kalkulatorer/skjema/lindrende-behandling/esas-symptomskjema/>
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk*. (1 utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M., (2012).  
*Jobb Kunnskapsbasert!* (2 utg). Oslo: Gyldendal Damm Akademisk.
- NOU 2017: 16. (2017) *På liv og død: Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Oslo: Norges offentlige utredninger.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient – og brukerrettigheter*. Hentet fra:  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker>

- Rosland, J. H., & Tjølsen, A., (2016). Grunnleggende smertepatofysiologi. J. H. Loge. (Red). Palliasjon – Nordisk lærebok. (3. utg., s. 328 – 340). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rustøen, T., Geerling, JI., Pappa, T., Runström, C., Weisse, I., Williams, S. C., ... & Wengström, Y. (2013). A European survey of oncology nurse breakthrough cancer pain practices. *European Journal of Oncology Nursing*. 17(1):95-100. doi: 10.1016/j.ejon.2012.05.005
- Salminen, E. K., Silvoniemi, M., Syrjänen, K., Kaasa, S., Kloke, M., & Klepstad, P. (2013). Opioids in pain management of mesothelioma and lung cancer patients. *Acta Oncologica*, 52(1), 30-37. doi:10.3109/0284186X.2012.725944
- Simone, CB 2nd., Vapiwala, N., Hampshire, MK., & Metz, J.M., (2012). Palliative care in the management of lung cancer: analgesic utilization and barriers to optimal pain management. *J Opioid Manag.* 2012 Jan-Feb;8(1):9-16. doi:10.5055/jom.2012.0091
- Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk*. (6. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. (2. utg) Oslo: Cappelen Damm AS.
- Tay, L. H., Hegney, D., & Ang, E. (2011). Factors affecting effective communication between registered nurses and adult cancer patients in an inpatient setting: a systematic review. *International Journal Of Evidence-Based Healthcare*, 9(2), 151-164. doi:10.1111/j.1744-1609.2011.00212.x
- Travelbee, J. (1996). *Interpersonal Aspects of Nursing*. Oslo: Pensumtjeneste.
- Valeberg, B. T., Bjordal, K., & Rustøen, T., (2010). Kreftpasienters barriere mot smertebehandling. *Sykepleien Forskning*. 5(4)(266-276). doi: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2010.0141>

## Vedlegg

### Vedlegg 1 Søkeprosess

#### Artikkel 1

PubMed 08.01.18	Søkeord	Avgrensning	Treff	Lest
Søkord 1	Lung cancer	2013-2018	2871	1
Søkord 2	Pain relief	2013-2018	1419	0
Søkord 3	Pain management	2013-2018	4149	0
Søkeord 4	1 AND 3	2013-2018	29	2

Valgt Artikkel 1 fra 2013

#### Artikkel 2

PubMed 10.01.18	Søkeord	Avgrensning	Treff	Lest
Søkeord 1	Lung cancer	2008-2018	130608	0
Søkeord 2	Palliative care	2008-2018	67100	1
Søkeord 3	Cancer patients experience	2008-2018	67701	0
Søkeord 4	Pain management	2008-2018	2471	0
Søkeord 5	Optimal pain management	2008-2018	4325	3
Søkeord 6	1 AND 2 AND 4	2008-2018	226	2
Søkeord 7	1 AND 2	2008-2018	60577	0
Søkeord 8	1 AND 2 AND 5	2008-2018	12	3

Valgt artikkel 5 fra 2012

### Artikkel 3

Cinahl 27.02.18	Søkeord	Avgrensning	Treff	Lest
Søkeord 1	Lung cancer symptoms	2013-2018	328	1
Søkeord 2	Palliative care	2013-2018	4306	0
Søkeord 3	Pain management	2013-2018	4149	1
Søkeord 4	Nurse	2013-2018	25339	0
Søkeord 5	Communication	2013-2018	16631	0
Søkeord 6	1 AND 2	2013-2018	145	2
Søkeord 7	3 AND 4 AND 5	2013-2018	93	3

Valgt artikkel 1 fra 2014

### Artikkel 4

PubMed 05.03.18	Søkeord	Avgrensning	Treff	Lest
Søkeord 1	Lung cancer	2013-2018	77558	0
Søkeord 2	Palliative care	2013-2018	19813	0
Søkeord 3	Institution experience	2013-2018	162698	2
Søkeord 4	Care units	2013-2018	32664	0
Søkeord 5	1 AND 2	2013-2018	249	2
Søkeord 6	1 AND 2 AND 3	2013-2018	14	3

Valgt artikkel 4 fra 2017

## Artikkel 5

Cinahl 10.03.18	Søkeord	Avgrensning	Treff	Lest
Søkeord 1	Assessment and management	2013-2018	224	0
Søkeord 2	Cancer pain	2013-2018	6482	0
Søkeord 3	Patient care	2013-2018	72,986	0
Søkeord 4	1 AND 2	2013-2018	224	4
Søkeord 5	1 AND 2 AND 3	2013-2018	116	1

Valgt artikkel 1 fra 2013

## Artikkel 6

Cinahl 12.03.18	Søkeord	Avgrensning (Qualitative best balance)	Treff	Lest
Søkeord 1	Palliative care AND pain management or Pain reduction	2013-2018	281	2
Søkeord 2	Cancer	2013-2018	78167	0
Søkeord 3	Patient care	2013-2018	72,986	0
Søkeord 4	1 AND 2 AND 3	2013-2018	28	4

Valgt artikkel 22 fra 2014

## Vedlegg 2 Kritisk vurdering av forskningsartikler

### Kritisk vurdering av forskningsartikkel 2 (Folkehelseinstituttet, 2014).

Kritisk vurdering - prevalensstudie

### 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.

<sup>1</sup> Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006

INNLEDENDE SPØRSMÅL

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

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

<p>3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Er det gitt opplysninger om befolkningsgruppen som alder, kjønn, språk, etnisk tilhørighet og sosio-økonomiske forhold?</li> <li>- Er det gjort rede for subgrupper i befolkningen som ikke dekkes av studien?</li> </ul>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p> <p>Uklart <input type="radio"/></p> <p>Nei <input type="radio"/></p> <p>Studien har ikke gjort rede for alder eller språk, men har inkludert rase, og skriver at vanligvis er brukerne av nettsiden fra Amerika og internasjonalt</p>
<p>4. Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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</li> <li>- Var utvalget representativt for en definert befolkningsgruppe?</li> </ul>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p> <p>Uklart <input type="radio"/></p> <p>Nei <input type="radio"/></p> <p>Studien har fokusert på lungekreftpasienter, og var åpen for</p>



<p><b>5. Er det gjort rede for om <u>respondentene</u> skiller seg fra dem som ikke har respondert?</b></p> <p>TIPS: Ikke-respondenter er frafall i utvalget.</p>	<p>Ja                      Uklart                      Nei</p> <p><input type="radio"/>                      <input type="radio"/>                      <input checked="" type="radio"/></p> <p>Studien opplyser hvor mange som har deltatt</p>
<p><b>6. Er svarprosenten høy nok?</b></p> <p>TIPS: I spørreundersøkelser er det vanligvis OK med en svarprosent på &gt;70, så lenge forfatterne viser at respondenter og ikke-respondenter har like karakteristika som befolkningen de er utvalgt fra.</p>	<p>Ja                      Uklart                      Nei</p> <p><input checked="" type="radio"/>                      <input type="radio"/>                      <input type="radio"/></p>
<p><b>7. Bruker studien <u>målemetoder</u> som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</b></p> <p>TIPS: Er det brukt spørreskjemaer som er valide, testet og anvendt i tidligere studier? Ble spørreskjemaet pilottestet, evt validert?</p>	<p>Ja                      Uklart                      Nei</p> <p><input checked="" type="radio"/>                      <input type="radio"/>                      <input type="radio"/></p>
<p><b>8. Er <u>datainnsamlingen</u> standardisert?</b></p> <p>TIPS: Er datainnsamlingen identisk for alle utvalgte individer? Alle avvik fra en standard kan gi skjevhet når dataene samles inn. (F.eks intervjuetoder og personer) Sikres ved opplæring av intervjuer, veiledning, metode for å sikre data fra respondenter, spørreundersøkelsens utforming (avkryssing, Liker- skala etc) Standardiserte og valide målemetoder ved tester</p>	<p>Ja                      Uklart                      Nei</p> <p><input checked="" type="radio"/>                      <input type="radio"/>                      <input type="radio"/></p>
<p><b>9. Er <u>dataanalysen</u> standardisert?</b></p> <p>TIPS: Analysen skal kunne skille individuelle forskjeller som er reelle fra forskjeller som er tilfeldige. Se på hvordan "åpne spørsmål" er behandlet. Er analysering av data gjort av to uavhengige personer?</p>	<p>Ja                      Uklart                      Nei</p> <p><input type="radio"/>                      <input checked="" type="radio"/>                      <input type="radio"/></p>

HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p><b>10. Hva er resultatet i denne studien?</b></p> <p>TIPS: Hva er hovedkonklusjonen? Kan du oppsummere resultatene i én setning?</p> <p><b>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter?</b> Presenterer studien resultatene med konfidensintervall for statistiske estimater? Er det oppgitt p-verdier?</p>	<p>Det oppstår flere utfordringer ved optimal smertelindning for lungekreftpasienter, og faktorer som bør fokuseres på er god informasjon og undervisning om smertestiltak fra helsepersonell. Mistenksomhet oppstår når kunnskapsnivå ikke er god nok</p>
---	--

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

<p><b>11. Kan resultatene overføres til praksis?</b></p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p><b>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?</b></p> <p>TIPS: 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.</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>

## Kritisk vurdering av forskningsartikkel 6 (Folkehelseinstituttet, 2014).

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

### SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell

Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?*

*Hva forteller resultatene?*

*Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

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

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)

### INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p><b>1. Er formålet med studien klart formulert?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det oppgitt en problemstilling for studien?</li> </ul>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p><b>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</li> </ul>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>

### KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p><b>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet?</li> </ul>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p><b>Kommentar:</b></p>			
<p><b>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</b></p> <p>TIPS:</p> <p>I 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)?</li> <li>Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta?</li> <li>Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks.kjønn, alder, osv.)?</li> </ul>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p><b>Kommentar:</b></p> <p>I studien er det utført en kvalitativ undersøkelse ved bruk av person-intervju for å få frem pasientens opplevelser av behandlingen av kreftsyke</p>			
<p><b>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</b></p> <p>TIPS:</p> <p>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er metoden som ble valgt god for å belyse</li> </ul>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p><b>Kommentar:</b></p>			

<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel <b>feltstudier</b> (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), <b>intervjuer</b> (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), <b>dokumentanalyse</b>.</li> <li>• Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?</li> <li>• Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?</li> </ul>	
--	--

<p><b>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</b></p> <p><i>TIPS:</i> En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.).</li> <li>• Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)?</li> <li>• Er motstridende data tatt med i analysen?</li> <li>• Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til?</li> </ul>	<p>Ja                      Uklart                      Nei</p> <p>0                                      Ø                                      0</p> <p><b>Kommentar:</b></p>
<p><b>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</b></p> <p><i>TIPS:</i> Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor?</li> <li>• Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn?</li> </ul>	<p>Ja                      Uklart                      Nei</p> <p>Ø                                      0                                      0</p> <p><b>Kommentar:</b></p>
<p><b>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</b></p> <p><i>TIPS:</i> 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 å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<p>Ja                      Uklart                      Nei</p> <p>Ø                                      0                                      0</p> <p><b>Kommentar:</b> 3 individuelle forskere leste transkriptet individuelt, og kodet teksten og sammenlignet det med tidligere transkript</p>

<p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?</li> </ul>			
<p><b>9. Er etiske forhold vurdert?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)?</li> <li>Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p><input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b></p> <p><input type="radio"/></p>
	<p><b>Kommentar:</b></p>		

### HVA ER RESULTATENE?

<p><b>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kan du oppsummere hovedfunnene?</li> <li>Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p><input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b></p> <p><input type="radio"/></p>
	<p><b>Kommentar:</b></p>		

### KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p><b>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</b></p> <p>TIPS:</p> <p>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i?</li> <li>Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?</li> </ul>	<p><b>Kommentar:</b></p> <p>Resultatene kan brukes i min oppgave, og gi meg en forståelse om smertelindring og bruk av dem fra pasientens perspektiv.</p>
--	---

## Vedlegg 3 ESAS-Skjema (Norsk helseinformatikk, 2014).

### Edmonton Symptom Assessment System (revidert versjon) (ESAS-r)

Vennligst sett ring rundt det tallet som best beskriver hvordan du har det NÅ:

Ingen smerte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig smerte
<hr/>												
Ingen slapphet <i>(slapphet = mangel på krefter)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig slapphet
<hr/>												
Ingen døsigheit <i>(døsigheit = å føle seg søvrig)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig døsigheit
<hr/>												
Ingen kvalme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig kvalme
<hr/>												
Ikke nedsatt matlyst	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig nedsatt matlyst
<hr/>												
Ingen tung pust	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig tung pust
<hr/>												
Ingen depresjon <i>(depresjon = å føle seg nedstemt)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig depresjon
<hr/>												
Ingen angst <i>(angst = å føle seg urolig)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig angst
<hr/>												
Best tenkelig velvære <i>(velvære = hvordan du har det, alt tatt i betraktning)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig velvære
<hr/>												
Ingen _____ Annet problem (f.eks. forstoppelse)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig _____

Pasientens navn: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

Tidspunkt: \_\_\_\_\_

Fylt ut av (sett ett kryss):

- Pasient
- Pårørende
- Helsepersonell
- Pasient med hjelp fra pårørende eller helsepersonell

