



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGÅVE

Symptomkartlegging i palliativ fase

Symptom assessment in palliative phase

**Kandidatnummer 450**

Bachelorutdanning i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS)/Institutt for

helse- og omsorgsvitenskap Campus Førde

Innleveringsdato: 07.06.2022

Tal på ord: 7993

## Samandrag

**Tittel:** Symptomkartlegging i palliativ fase

**Bakgrunn:** Grunnleggjande palliasjon skal kunne praktiserast på alle nivå i helsetenesta. Innan palliasjon er symptomlindring eit sentralt mål. For å få til dette må man først vite kva man skal lindre gjennom å kartlegge symptom. Observasjon og kartlegging av pasientar er ei sentral sjukepleieoppgåve som det er viktig å ha kunnskap om.

**Problemstilling:** Korleis kan sjukepleiarar bidra til god lindring hjå palliative kreftpasientar gjennom systematisk symptomkartlegging?

**Metode:** Oppgåva er eit litteraturstudium der det vert nytta relevant forskning, fag- og pensumlitteratur.

**Funn:** Forsking viser at å systematisere symptomkartlegginga kan betre observasjonane til sjukepleiar og dermed gje betre lindring til pasienten. Betre lindring kan gje betre livskvalitet, noko som er eit viktig mål innan palliasjon. Systematisk kartlegging kan også bidra til å systematisere og dermed betre dokumentasjonen. ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) har vist seg å vere eit nyttig kartleggingsverktøy som dekker fleire av symptoma kreftpasientar kan få. Det kjem også fram i forskinga at det kan vere uklare rutinar for bruk av kartleggingsverktøy og at kartlegginga ikkje blir følgt opp seinare. Dette er uheldig.

**Konklusjon:** God systematisk kartlegging kan gje betre symptomlindring til palliative kreftpasientar. Det er behov for meir kunnskap om temaet for å sikre hensiktsmessig bruk av kartleggingsverktøy. Då kan undervisning til dei tilsette og opplæring i bruk av ESAS vere eit viktig tiltak. Det er også sentralt at sjukeheimen har klare og gode rutinar for bruk av kartleggingsverktøy.

**Nøkkelord:** Palliasjon, systematisk symptomkartlegging, ESAS og sjukeheim

## **Abstract**

**Title:** Symptom assessment in palliative phase

**Background:** Fundamental palliative care should be practiced within all healthcare services. One of the main goals of palliative care is symptom relief. This is only achievable through thorough symptom assessment. The observation and assessment of patients is a central task for nurses and require knowledge.

**Aim:** How can nurses contribute to symptom relief for palliative cancer patients utilising systematic symptom assessment?

**Method:** This literature study is based on findings in existing research and subject-relevant professional literature, in addition to course material.

**Findings:** Research shows that systemising symptom assessment improves patient observation by nurses. This betters the symptom relief of patients and their quality of life, which is one of the main goals of palliative care. Systematic symptom assessment also improves the quality of patient care documentation. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) covers many of the different symptoms of cancer patients and has shown to be a useful assessment tool in palliative care. Found research also shows that the usage of such tools often lacks routine and continuity, which is not good.

**Conclusion:** Quality systematic assessment betters the symptom relief of cancer patients in palliative care. There is currently a need for greater knowledge and understanding in assessment tools. Measures can be providing education in assessment tools, such as ESAS, for staff, and nursing homes creating clear routines for use of such tools.

**Keywords:** palliative care, systematic symptom assessment, ESAS and nursing home

# Innholdsfortegnelse

1 Innleiing .....	1
1.1 Bakgrunn for val av tema .....	2
2 Problemstilling.....	3
2.1 Avgrensing.....	3
3 Teoretisk grunnlag.....	4
3.1 Kreft.....	4
3.2 Palliasjon .....	4
3.2.1 Palliativ sjukepleie .....	5
3.2.2 Livskvalitet .....	6
3.3 Symptomkartlegging .....	6
3.3.1 Sjukepleieprosessen og dokumentasjon .....	7
3.3.2 Eldre og symptomkartlegging.....	8
3.3.3 Kommunikasjon og relasjon .....	8
3.4 Palliasjon på sjukeheimar .....	9
3.5 Virginia Henderson sjukepleiarteori .....	10
3.6 Norske føringar .....	11
4 Metode .....	13
4.1 Val av metode .....	13
4.2 Kriteria for inklusjon og eksklusjon av forskning .....	14

4.3 Søkeprosess.....	14
4.3.1 Forsking.....	14
4.3.2 Litteratur.....	15
4.4 Kvalitetsvurdering .....	16
4.4.1 Etske vurderingar.....	16
4.5 Metode for analyse av tema i artiklane .....	17
4.6 Styrker og svakheiter ved oppgåva .....	17
5 Funn.....	19
5. 1 Symptomlindring og livskvalitet.....	19
5.2 Bruken av kartleggingsverktøy.....	19
5.3 Ulike rutinar for symptomkartlegging .....	20
5. 4 Dokumentasjon .....	20
6 Drøfting.....	21
6.1 Systematisk symptomkartlegging gjev betre lindring.....	21
6.2 ESAS kan bidra til å systematisere kartlegginga .....	23
6.3 Systematisk kartlegging kan bidra til betre dokumentasjon .....	26
7 Konklusjon .....	28
Bibliografi .....	29

## Vedlegg

Vedlegg 1: PICO

Vedlegg 2: Søkeprosess

Vedlegg 3: Litteraturmatrise

Vedlegg 4: Kritisk vurdering av forskingsartikkel

# 1 Innleiing

I 2020 blei over 35 500 diagnostisert med kreft i Noreg (Larsen et al., 2022). Slik utviklinga er med dagens behandlingmoglegheiter er det stadig fleire som overlever sjukdommen. Likevel er kreft ein frykta sjukdom som mange kan forbinde med smerter og død (Lorentsen & Grov, 2016, s. 398-399). I dag brukast ordet palliasjon om den behandlinga, pleia og omsorga som blir gjeven til alvorleg sjuke og døyande menneske. Målet er å lindre liding og fremje livskvalitet. God symptomlindring står då sentralt (Trier, 2019, s. 851-852).

I dag er det krav om at palliasjon skal kunne praktiserast på alle nivå i helsetenesta (Helsedirektoratet, 2019, s. 11). Statestikk viser at om lag 45 prosent av dødsfall i Noreg skjer på sjukeheimar. Det er dokumentert utfordringar med fagkunnskap til livets siste tid blant helsepersonell i norske sjukeheimar (NOU 2017: 16, s. 96). Etter Samhandlingsreforma kom i 2012, har fleire oppgåver blitt flytta frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta. Dette har stilt høgare krav til kompetansen blant helsepersonell i kommunane (Fjørtoft, 2016, s. 19). I dei nasjonale retningslinjene blir systematisk kartlegging av symptoma og behov lagt fram som eit fokusområde innan palliasjon, og dermed noko som er viktig å ha kunnskap om (Helsedirektoratet, 2019, s. 11).

Den første som skreiv om kva sjukepleie er, var Florence Nightingale som gav ut ei lærebok om dette i 1860. Ho beskrev sjukepleiarens viktige rolle i observasjon av pasienten for å kunne kartleggje vedkommande sin tilstand. Dette la grunnlaget for god hjelp vidare (Holter, 2015, s. 110). Observasjon og kartlegging synast å vere ei sentral sjukepleiaroppgåve. Eg har difor valt å fokusere på sjukepleiarars rolle i kartlegging av den palliative pasienten.

## **1.1 Bakgrunn for val av tema**

Interessa mi for palliasjon har eg fått i praksisane på sjukepleiarstudiet. Ein av praksisane hadde eg på ein sengepost for kreftpasientar. Der erfarte eg viktigheita av god symptomkartlegging og sjukepleiars fagkunnskapar om dette. Undervegs kjende eg på eit ynskje om å tileigne meg meir kunnskap om temaet for å kunne gje god pleie og omsorg til pasientar. Eg har difor valt å fordjupe meg i kvifor systematisk kartlegging er viktig.



## 2 Problemstilling

Korleis kan sjukepleiarar bidra til god lindring hjå palliative kreftpasientar gjennom systematisk symptomkartlegging?

### 2.1 Avgrensing

Pasientgruppa er palliative kreftpasientar som er på sjukeheimar i kommunehelsetenesta. Eg avgrensa ytterlegare til eldre over 67 år (Romøren, 2014, s. 29). Systematisk kartlegging av symptom, ressursar, behov og totalsituasjonen til pasienten er ein føresetnad for god palliasjon og målretta behandling (Helsedirektoratet, 2019, s. 14–15). Oppgåva vil kun fokusere på kva betydning systematisk symptomkartlegging har gjennom bruk av kartleggingsverktøy og sjukepleiarens ansvar og behov for kunnskap om dette i ein sjukeheimsinstitusjon. Det finst mange symptomkartleggingsverktøy, men i oppgåva kjem eg til å avgrense meg til bruk av ESAS-r då det er eit validert og anbefalt verktøy i Noreg (Helsedirektoratet, 2019, s. 87). Vidare i oppgåva skrive eg ESAS når eg referera til ESAS-r, då dei fleste kjelde også berre skriv ESAS. ESAS-r er den reviderte versjonen som blir nytta i praksis (Helse Bergen, 2021).

Kreft kan oppstå i dei fleste av kroppens organ, og pasientane vil difor kunne oppleve store variasjonar i symptom (Bertelsen et al., 2016, s. 135). Eg vel å ikkje skrive om ein spesifikk type kreft, men generelt om kvifor det er viktig å systematisere symptomkartlegginga. Symptom som er spesifikke for ulike typar kreft vil difor ikkje bli tatt høgde for, sjølv om dette er noko eg ville gjort i ein reell situasjon for å kunne gje best mogleg pleie og omsorg til enkelt individet. Det blir heller ikkje tatt stilling til at eldre kan ha kognitiv svikt som påverka kommunikasjonen og dermed symptomkartlegginga (Saltvedt & Wyller, 2016, s. 262–263).

## 3 Teoretisk grunnlag

I dette kapittelet blir teori som er relevant til problemstillinga presentert.

### 3.1 Kreft

I 2020 var kreft den vanlegaste dødsårsaka i Noreg. Statestikk viser at stadig færre døyr av kreft og dei ti siste åra har dødsraten gått ned med 16 prosent (Raknes & Strøm, 2021). Kreft er likevel ein alvorleg sjukdom, som påverka mennesket fysisk, psykisk, eksistensielt og sosialt (Lorentsen & Grov, 2016, s. 397-399). Ved kreftsjukdom har det skjedd ein feil som gjer at cellene delar seg ukontrollert og dannar svulstar, også kalla tumor. Slike celler kan dele seg kontinuerleg fordi det skjer utanfor den friske organismens cellevekstkontroll. Tumorar som er benigne (godarta) veks utan å invadere omkringliggande vev og er vanlegvis ikkje livstruande. Ein malign (ondarta) tumor derimot kan invadere det omkringliggande vevet og/eller spreie seg til andre stadar i kroppen (metastasering). Kreft kan ramme dei fleste av kroppens organ, og symptom som pasienten opplever kan difor variere i stor grad. Behandling av kreft kan ta sikt på anten å kurere, forlengje livet eller lindre plager gjennom kirurgi, strålebehandling og/eller cellegift (Bertelsen et al., 2016, s. 128, 135, 138).

### 3.2 Palliasjon

I Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen (Helsedirektoratet, 2019, s. 11) referera dei til Verdens helseorganisasjon (WHO) sin definisjon av palliasjon:

Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnæringsmåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved tidlig identifisering, *grundig kartlegging* [min utheving], vurdering og behandling av smerte, og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art.

Når det ikkje lenger er håp om å kurere kreftsjukdommen, endrar ein målet til å lindre symptom for å skape best mogleg livskvalitet (Lorentsen & Grov, 2016, s. 423). Tre svært

sentrale hovudelement i palliasjon er lindring, livskvalitet og subjektive plager. Subjektive plager omhandlar pasienten si eiga oppleving og kan vere av både psykisk, fysisk, psykososial og åndeleg karakter. Fokuset ligg på pasienten sine ynskjer og behov, og oppleving av eigen situasjon og tilstand (Loge, 2016, s. 217). God palliasjon krev eit godt samarbeid mellom dei ulike profesjonane og nivåa i helsetenesta for å kunne gje eit heilskapleg og godt tilbod til denne pasientgruppa (Kaasa & Loge, 2016b, s. 36).

### *3.2.1 Palliativ sjukepleie*

Palliativ sjukepleie handlar om dei oppgåvene ein sjukepleiar har for den palliative pasienten. Målet er å hjelpe pasienten til å få best mogleg livskvalitet gjennom å lindre liding, gje pleie og omsorg til den døyande og følgje opp pårørande. Dette krev klinisk kompetanse og ei evne til å kunne lytte og vere til stades i situasjonar prega av bekymringar, uro og liding (Trier, 2019, s. 851–852).

Innan palliativ sjukepleie, er god omsorg ein viktig dimensjon. Den relasjonelle omsorga handlar om at pasienten treng å kjenne seg sett i lidinga og at sjukepleiaren ser vedkommande som eit medmenneske. Som menneske er vi avhengige av kvarandre, og ved sjukdom vert dette tydlegare. Då er det godt å kjenne at noko bryr seg om deg. Den moralske sida av omsorga handlar om korleis sjukepleia utøvast. Sjukepleiaren sine haldningar, stemningsleie, evne til nærvær og varleik, samt måten ein tek hand om den kreftsjuke på kan påverke korleis vedkommande har det. Den praktiske sida av omsorga handlar om dei konkrete handlingane sjukepleiar gjer for å ivareta pasienten sine grunnleggande behov. Då er gode kunnskapar og trygghet i pleie, behandling og bruk av medisinsk teknisk utstyr viktig (Lorentsen & Grov, 2016, s. 407–408).

### 3.2.2 Livskvalitet

WHO beskrev i 1993 livskvalitet som eit omgrep som omhandla korleis ein sjølv opplever livet sitt og den posisjonen ein er i, sett i lys av kva samanheng ein lever i. Definisjonen inkluderer eigenoppleving av helseaksept av både fysisk, psykisk, eksistensiell og sosial art. I kva grad enkeltmenneske opplever uavhengigheit og innverknadar frå omgjevnadane vil også ha betydning (Lerdal & Grov, 2015, s. 833). Innan palliasjon kan omgrepet nyttast i samanheng med korleis pasienten opplever konsekvensar helsetilstanden har for dagleglivet, samt den allmenne opplevinga av glede og mening i situasjonen sin (Finset, 2016, s. 64–65).

### 3.3 Symptomkartlegging

Symptomlindring står svært sentralt innan palliasjon og er eit viktig mål for at pasienten skal ha best mogleg livskvalitet den siste tida av livet (Helsedirektoratet, 2019, s. 11). Eit symptom kan beskrivast som ei subjektiv oppleving av noko unormalt med ein sjølv (Kåss, 2020). I arbeidet med palliasjon er det pasienten si eiga oppleving av symptomata som er viktig å få kunnskap om, altså subjektive symptom. Sentrale symptom bør kartleggast systematisk og regelmessig for at ein skal kunne måle effekten av behandling, men også for å kunne sjå endringar i sjukdomsbilete over tid. Det viser seg at symptomlindring ofte vert betre med systematisk symptomkartlegging (Kaasa & Loge, 2016a, s. 205–207).

Det er viktig å få fram pasienten si eiga forståing og oppleving av plager og symptom. Då er det anbefalt at pasienten angjev symptomintensiteten ved hjelp av ein numerisk skala (NRS) som går frå null til ti (Helsedirektoratet, 2019, s. 14–15). ESAS-r (Edmonton Symptom Assessment System) er eit validert og anbefalt kartleggingsverktøy innan palliasjon. I skjemaet kartlegg ein smerter, slappheit, døsigheit, kvalme, matlyst, tungpust, depresjon, angst og velvære ved at pasienten sjølv eller ved hjelp av helsepersonell angir korleis dei har det på ein skala frå null til ti (NRS). Null er ingen plage, medan ti er verst tenkeleg plage.

Skjemaet er enkelt å bruke og dekker fleire av dei vanlege symptoma kreftpasientar kan få. Dersom ein har eit symptom ein plagast med som ikkje er oppgitt, er der ei linje til slutt som ein kan skrive dette på. Skjemaet kan gje eit overblikk over pasienten sitt symptombilete, samt ein peikepinn på kva du må kartlegge nærmare (Lorentsen & Grov, 2016, s. 410). I tillegg til at kartlegginga skal vere systematisk og kontinuerleg, er det også viktig at den begynner i tidleg fase. Det kan til dømes vere enklare å oppnå god smertelindring jo tidlegare ein kjem i gong (Utne & Nakken, 2019, s. 130–131).

### *3.3.1 Sjukepleieprosessen og dokumentasjon*

For å sikre at innhenta data blir ført vidare, er god dokumentasjon sentralt. Dersom den er mangelfull, kan dette bidra til dårlegare symptomkontroll. Å systematisere dataoverføringa og gjere den likt kvar gong er difor viktig å kunne (Knudsen & Kaasa, 2016, s. 397).

Helsepersonell er gjennom lov pålagt å dokumentere utført arbeid. Målet er å bidra til forsvarleg behandling og god oppfølging av pasienten. Ein god journal skal kunne gje eit bilete av kvifor pasienten treng hjelp og kva helsehjelp det er planlagt at pasienten skal få, samt kva som er utført og evaluert (Vabo, 2018, s. 33–34). Systematisk struktur er viktig i dokumentasjon. Då kan aktiv bruk av sjukepleieprosessen vere til nytte. Dersom ein brukar denne vil pasienten sine behov komme til syne i dokumentasjonen og det vil bidra til at dokumentasjonskrava vert oppfylt (s. 40–41).

Sjukepleieprosessen er ein problemløysande arbeidsmetode. Den hjelper sjukepleiarar å arbeide målretta, systematisk og metodisk, samt bidra til strukturert dokumentasjon. Dette vil også kunne bidra til betre kvalitet på tenesta gjennom individualisert sjukepleie. Sjukepleieprosessen består av fem trinn og er dynamisk. Første trinn er datainnsamling av pasienten sin helsetilstand, ressursar og behov. Dette er heilt essensielt for å vidare kunne definere problem, setje mål og implementere sjukepleietiltak. Til slutt evaluera ein tiltaka og

vrdera om ein treng å begynne prosessen på nytt for å til dømes finne betre tiltak (Rotegård et al., 2015, s. 245–246).

### *3.3.2 Eldre og symptomkartlegging*

Statistikk viser at over 60 prosent av kreftpasientar er eldre enn 65 år, og at over 70 prosent av dei som døyr av kreft er i denne aldersgruppa. Eldre har auka risiko for sjukdom og mange lever med kroniske sjukdommar. Dette gjer at eldre kreftpasientar kan ha meir komplekse helseproblem, noko som kan påverke symptomkartlegginga (Saltvedt & Wyller, 2016, s. 262–263). Noko anna som er viktig å vere medviten om når det gjelder eldre, er at symptom og teikn på sjukdom kan framtre annleis eller vere mindre tydleg enn hjå yngre menneske. Diffuse uttrykk for sjukdom kan gjere det vanskelegare for sjukepleiar å observere og vrdere pasienten sin allmenntilstand og alvorsgrad. Dette kan igjen forvanske dokumentasjonen og formidling vidare til kollegaer og lege. Evna til å kunne gje presise og konkrete opplysingar vidare vil vere viktig for at pasienten skal kunne få god hjelp. Det er difor viktig at sjukepleiar utføre presise og grundige vurderingar av pasienten. Bruk av kartleggingsverktøy kan styrke sjukepleiarens observasjonar og vurderingar av pasienten, samt bidra til meir presis dokumentasjon (Kirkevold, 2014, s. 123–125).

### *3.3.3 Kommunikasjon og relasjon*

Relasjonen mellom sjukepleiaren og pasienten legg grunnlaget for potensialet for lindring. Gode kommunikasjonsferdigheiter som aktiv lytting og variasjon mellom lukka og opne spørsmål vil vere viktig for å kunne få fram informasjon på ein sensitiv måte i pasienten sitt tempo. Andre kjenneteikn ved ein god relasjon innan palliativ sjukepleie er at den er prega av tillit, forståing og sannleik. Sjukepleiaren må våge å arbeide utanfor komfortsona og mogleggjere djupe samtalar, diskusjonar og refleksjonar med pasienten og dei pårørande (Trier, 2019, s. 853–854). For å fremje dei sentrale måla i palliasjon er det viktig å møte

pasienten med ei haldning som viser at du er audmjuk, at du har interesse for pasienten og eit ynskje om å forstå og hjelpe på vedkommande sine premissar (Loge, 2016, s. 217–218).

I arbeidet med pasientar kan omsorga vere relasjonell gjennom at ein relatera seg til pasienten. Bruk av fagleg skjønn krev at ein kan leve seg inn i den andre sin situasjon og tenkje gjennom korleis ein sjølv ville ynskt hjelp i ein slik situasjon. For å erfare hjelpa som omsorgsfull kan det vere viktig å oppleve å bli høyrte og sett, at støtta og hjelpa er riktig og den blir gjeven på ein medmenneskeleg måte. Dette kan utspele seg i kva vi gjer og seier, og korleis vi er og bryr oss om mennesket (Alvsvåg, 2015, s. 156–161).

### **3.4 Palliasjon på sjukeheimar**

Astrid Rønsen gav i 2020 (s. 25-26) ut ei oppsummering av kunnskapen vi har om palliativ omsorg i norske kommunar. Det er viktig å sjå kva rammer sjukeheimane har for å ivareta dei som er alvorleg sjuke og døydne, då flest dør på sjukeheimar i dag. Ho fann at det er varierende tilbod rundt om i landet og ulik tilgang på spesialisert fagpersonell. Forsking har funne at det er utfordringar forbundet med å innfri dei forventningane som er for den palliative standarden og at pleiarane opplever å få meir ansvar enn det dei er kompetente til (Brodtkorb et al., 2017, referert i Rønsen, 2020, s. 26). Fleire studiar har vist at sjukepleiarane set med ei oppleving av å ha eit stort fagleg ansvar for pasientar som får meir og meir komplekse sjukdomstilstandar. Mange opplev også eit svært samansett ansvarsområde for pasientar i livets slutfase. Lav bemanning og mangel på fagpersonell gjer dette ytterlegare meir utfordrande (Svendsen et al., 2017; Hov et al., 2009; Hov et al., 2012; Tuen, 2018, Glette, 2018 referert i Rønsen, 2020, s. 26–27). Mangel på kompetanse om palliasjon og bemanning kjem fram i andre kjelder også som ei stor utfordring ved sjukeheimar (Thoresen & Dahl, 2015, s. 940–941).

Rønsen viser til forskning som har vist at fleire sjukehusinnleggingar kunne vert unngått dersom oppfølginga og kompetansen i kommunehelsetenesta var betre (Von Hofacker et al., 2010; Steindal & Sørbye, 2010; Hjermstad et al., 2013 referert i Rønsen, 2020, s. 29). Sjukeheimar skal beherske grunnleggjande palliasjon, kunne gje god symptomlindring og yte omsorgsfull ivaretaking av pasienten og dei pårørande ved livets slutt. Det er anbefalt at kommunane har eigne lindrande einingar på sjukeheimane med kompetanse innan palliasjon. Sidan Noreg er eit land med lange avstandar og store forskjellar i populasjon i kommunane, vil ikkje alle klare å tilby dette. Då kan eigne lindrande rom vere eit alternativ for å kunne ivareta pasientgruppa. For å auke kvaliteten på tenesta og auke tryggleiken til sjukeheimspersonalet, vil eit nært samarbeid mellom kommunen og palliativ senter eller team frå næraste sjukehus vere viktig (Haugen & Aass, 2016, s. 117–118).

### **3.5 Virginia Henderson sjukepleiar teori**

Innleiingsvis skreiv eg om Florence Nightingale (1820-1910), ein pioner innan sjukepleiarfaget. Ho hevda at god kompetanse hjå sjukepleiarar kunne bidra til å forbetre samfunnet og skreiv fleire bøker om sjukepleiefaget. Ein sjukepleiar som bygde vidare på Nightingale sitt arbeid, var Virginia Henderson (1897-1996). Ho følgde opp argumentasjonen til Nightingale gjennom å beskrive kva som kjenneteiknar god sjukepleieutøving. Det var blant anna å ivareta den sjuke sine grunnleggjande behov på ein slik måte som pasienten sjølv hadde gjort det dersom vedkommande hadde hatt den viljen, styrken og kreftene som trengst til å meistre situasjonen sjølv (Mathisen, 2015, s. 119–122).

Henderson var med å skrive og revidere lærebøker. Innleiingsvis i ei av desse skreiv ho om kva sjukepleie er. Det innebar blant anna å hjelpe menneske til å sleppe ubehag og smerter som tilstanden deira gjer, og at sjukepleiar skal hjelpe pasientane til ein fredfull død. Ho hevda at for å kunne hjelpe eit menneske, må man først kjenne vedkommande godt. Dette skjer ved å kunne observere den sjuke (Mathisen, 2015, s. 125–126).



Å sjå mennesket som ein heilheit var utgangspunktet for å kunne gje individualisert sjukepleie i følgje Henderson. Ein må sjå pasienten som eit menneske med ein psykiske, åndelege og sosial dimensjon i tillegg til det fysiske. Dette krev blant anna kunnskap om patofysiologi, sjukdommar, menneskets grunnleggande behov, evne til observasjon og refleksjon over passande sjukepleietiltak (Mathisen, 2015, s. 127–130).

Holisme er eit ord som beskriv det å sjå heile menneske. For å kunne få ein forståing for menneskets problema, behov og ressursar kan ein ikkje berre sjå delane kvar for seg, men ein må ha eit heilskapleg syn på individet. Dette skjer gjennom å integrere alle sidene av pasienten og hans situasjon i utøvinga av sjukepleie (Kim, 2015, s. 150).

### **3.6 Norske føringar**

For å sikre ein god etisk sjukepleiefagleg standard har Norsk Sykepleierforbund utarbeidd yrkesetiske retningslinjer. Desse skal fremje viktige verdiar for sjukepleie og konkretisere korleis god sjukepleiepraksis skal vere (Sneltvedt, 2016, s. 98). I dei yrkesetiske retningslinjene for sjukepleiarar står det blant anna om ansvaret for å gje fagleg forsvarleg og omsorgsfull hjelp, lindre liding og bidra til ein naturleg og verdig død for pasienten. Ein skal også ivareta pasienten sitt behov for heilskapleg omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Alle norske helsetenesta er rettsleg regulert gjennom lover og forskrifter. Det er dermed viktig at sjukepleiarar har kjennskap til desse rettsreglane for å kunne utøve profesjonen (Molven, 2019, s. 17). Pasientar har ein lovfesta rett til naudsynte helse- og omsorgstenester, samt eit verdig tenestetilbod frå kommunen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-1a). Kommunen er pliktig til å tilby sjukeheimsopphald med heildøgns tenesta når dette trengs for å sikre at pasienten får forsvarlege og naudsynte helse- og omsorgstenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, s. §3-2 a). Helsepersonell

har også ei plikt til å dokumentere helsehjelpa i journalen til pasienten (Helsepersonelloven, 1999, §39).

«På liv og død: Palliasjon til alvorlig syke og døende» er ei offentleg utredning som vurderte det palliative tilbodet som er i Noreg og beskreib fagområdet (NOU 2017: 16). I 2019 blei «Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen» gitt ut (Helsedirektoratet, 2019, s. 8). Denne inneheld nasjonal faglege retningslinjer om temaet og tek for seg både behandling, pleie og omsorg til kreftpasientar på ulike nivå i helsetenesta.

## 4 Metode

I dette kapitlet blir det beskrevet kva metode som er nytta for å kunne svare på problemstillinga, samt korleis eg har gått fram for å finne relevant forskning og teori.

### 4.1 Val av metode

Metoden ein vel seier noko om korleis ein skal gå fram for å finne den informasjonen og kunnskapen som trengst for å svare på det ein skal undersøke (Dalland, 2020, s. 53-54). For å svare på problemstillinga mi har eg valt å skrive ei litterær oppgåve. Litteraturstudie tek utgangspunkt i eksisterande fagkunnskapar, teori og forskning (Dalland, 2020, s. 199). Gjennom oppgåva systematiserer og samanfattar ein kunnskapen frå dei ulike kjeldene. Målet er å gje den som lesar oppgåva ei forståing av det problemstillinga set lys på gjennom oppdaterte, faglege og relevante kunnskapar (Thidemann, 2019, s. 77–78).

I oppgåva mi har eg valt å bruke ein kombinasjon av kvantitative og kvalitative forskingsartiklar. Dette kan vere hensiktsmessig då svakheiter knytt til å berre bruke ein av metodane, kan oppvegast av den andre metoden. Dersom ein kombinasjon av metodane gjev dei same resultatane, vil det styrke gyldigheita til funna. Kvantitativ forskning gjev eksakt faktakunnskap gjennom målbare, objektive data. Slik forskning gjev brei kunnskap om eit tema ved å samle inn eit lite antal opplysningar frå mange undersøkingseiningar. Ved kvalitativ metode gjer ein det motsette for å få djupnekunnskap. Gjennom få undersøkingseiningar hentar ein inn mykje informasjon. Denne tilnærminga kan gje informasjon om menneska sine personlege erfaringar, opplevingar, haldningar og formeiningar (Thidemann, 2019, s. 75-77).

## 4.2 Kriteria for inklusjon og eksklusjon av forskning

Før eg byrja å søke etter forskning lagde eg inklusjons- og eksklusjonskriteriar for å enklare velje relevante artiklar. Artiklane eg valde måtte først og fremst vere relevante for mi pasientgruppe; eldre, kreft og/eller palliative pasientar. Dei måtte også vere relevante for sjukepleiefaglege oppgåver som kan gjerast i sjukeheimar. Funna og drøftinga i artiklane må kunne hjelpe meg å svare på problemstillinga mi og vere overførbart til norske forhold. Til slutt har eg kun valt å ha med artiklar som er fagfellevurdert (peer-review). Dette er ei kvalitetssikring då ein skolert person innan fagfeltet har kritisk vurdert forskingsartikkelen (Kaasa, 2016, s. 57).

Artiklane blei ekskludert dersom dei var eldre enn frå 2016 for å sikre at kunnskapen ikkje er utdatert. Eg valde også vekk dei som ikkje var relevante for sjukepleiefaget, for mi pasientgruppe og som ikkje kunne svare på problemstillinga.

## 4.3 Søkeprosess

### 4.3.1 Forsking

For å finne søkeord byrja eg med å fylle ut eit PICO-skjema (Population, Intervention, Comparison & Outcome) og lagde deretter norske søkeord som beskrev populasjon, intervensjon og ynskt utfall (Helsebiblioteket, 2016). Innan helserelatert litteratur vert MeSH (Medical Subject Headings) brukt som emneordssystem ved å vere eit verktøy som finn gode søkeord (Legemiddelaktuell, 2018). For å finne engelske MeSH ord brukte eg SveMed+. Eg sorterte alle orda i ein tabell (vedlegg 1) og begynte å søke ved å plukke ut dei søkeorda eg tenkte var mest relevante. Nokre nye søkeord blei lagt til undervegs i søkeprosessen då eg såg at dei kunne vere nyttige. I søka nytta eg meg av dei boolske operatorene AND, OR og NOT for å kombinere søkeorda. AND nytta eg meg av når eg ynskte å få treff som omhandla begge søkeorda, medan OR nytta eg når eg ynskte treff som omhandla eit av orda. NOT nytta eg for å utelate ord eg ikkje ynskte treff på. Eg nytta også trunkering av nokre ord for å

få med både eintals- og fleirtalsforma av ordet i søket (Thidemann, 2019, s. 87).

Søka blei utført i søkemotoren EBSCOhost til å søke i databasane Academic Search Elite, Medline og Cinahl ved hjelp av engelske søkeord. På nokre av søka valde eg å søke i alle tre databasane samstundes. Undervegs dokumenterte eg søka i ein tabell (vedlegg 2). I tabellen er kun dei søka der eg fann artiklar som er brukt i oppgåva tatt med. I byrjinga fekk eg svært mange treff på søka mine og måtte jobbe litt med utval av søkeord. Etter kvart klarte eg å spesifisere søka og begynte då å finne fleire artiklar som kunne vere relevante utifrå overskrift. Eg las gjennom samandraga og lagra dei artiklane som kunne vere relevante. Når eg begynte å lese grundigare gjennom artiklane måtte eg velje vekk fleire av dei. Desse oppfylte ikkje inklusjonskriteriane mine. I søka fann eg to norske studiar som var frå Sykepleien Forskning. Desse artiklane søkte eg difor opp på sykepleien.no si nettside i etterkant for å finne norsk versjon til å lese, då eg opplever det som enklare.

For å få ei oversikt over dei fem artiklane som eg har brukt, lagde eg ei litteraturmatrise (vedlegg 3). Her har eg skrive ned viktig, kortfatta informasjon om kvar artikkel for å få ei oversikt over hovudelementa (Thidemann, 2019, s. 95). I byrjinga hjalp dette meg med å gjere ei enkel vurdering av om artiklane kunne vere nyttige for oppgåva.

#### *4.3.2 Litteratur*

Eg byrja først med å gå gjennom bøker frå pensum som vi har hatt på sjukepleiarstudiet og valte ut dei som passar til mitt tema. Etter det søkte eg i bibliotekets database ORIA for å sjå etter bøker om palliasjon. Eg brukte søkeordet palliasjon og fann ei lærebok. Yrkesetiske retningslinjer fann eg på Norsk sykepleierforbund si nettside og lover på lovdata si nettside. Nokre kjelder fann eg gjennom snøballmetoden ved å sjekke litteraturlista i forskingsartiklane (Dalland, 2020, s. 151).

## 4.4 Kvalitetsvurdering

Etter å ha valt ut relevante artiklar, las eg grundig gjennom dei med eit reflekterande og kritisk blikk. For å kvalitetsvurdere dei brukte sjekklister til å vurdere informasjon i studiane si gyldigheit, den metodiske kvaliteten og resultatane (Helsebiblioteket, u.å.). I dag finst det anerkjente metodereglar og krav til kunnskapen. Det skal sikre at val av metode gjev kunnskap som er truverdig. Då vert kravet til validitet, altså relevans og gyldigheit, og reliabilitet (pålitelegheit) viktig (Dalland, 2020, s. 43). Gjennom helsebiblioteket.no fann eg CASP-modellen (Critical Appraisal Skills Programme) som er anerkjente sjekklister for å kritisk vurdere forskning (Thidemann, 2019, s. 91-92). Eit døme på ei vurdering av ein kvalitativ artikkel eg har brukt ligg vedlagt (vedlegg 4).

### 4.4.1 Ethiske vurderingar

I 1964 blei Helsinki-deklarasjonen utforma for å sikre at grunnleggjande etiske prinsipp vart etterfølgt innan forskning (Kaasa, 2016, s. 53). Ethiske vurderingar handlar om å følge reglar og reflektere over kva for nokre etiske utfordringar eit arbeid medføre. Forskingsetikk handlar blant anna om å ivareta deltakarar personvern og sikre at dei ikkje vert påført unødig belastning eller skade som følgje av forskinga. Nokre viktige punkt for å ivareta deltakarane er å anonymisere opplysningar, halde teieplikt, frivillig deltaking, og at det føreligg eit informert og skriftleg samtykke. Forskingsetiske komitéar gjev råd og rettleiing og sikrar at forskningsetiske normer vert ivaretatt (Dalland, 2020, s. 167-174).

Palliative pasientar er ei pasientgruppe prega av alvorleg sjukdom. Dette kan innan forskning medføre fleire utfordringar. Helsinki-deklarasjonen tek hensyn til dette og det er einigheit i at det er dei generelle retningslinjene som skal gjelde her også (Kaasa, 2016, s. 57). Eg har vurdert om etiske forhold er tatt hensyn til i artiklane. Dette ligg som eit eige punkt i litteraturmatrisen (vedlegg 3).

#### **4.5 Metode for analyse av tema i artiklane**

For å summere opp resultatene i forskinga eg har valt, brukte eg Aveyards tematiske analysemodell. Denne hjelpte meg med å sortere resultatene inn i ulike tema som er relevante for mi problemstilling og som eg har brukt for å presentere funna i artiklane. Gjennom denne metoden byrja eg med å identifisere tema frå resultatdelen, finne oppsummerande ord for hovudpoenga og etter kvart sortera desse i ein tabell. Dette gjorde det lettare å sjå om det er samanheng i resultatene og om det er tema som er felles for ulike artiklar eller unike for den eine artikkelen. Då kunne eg lettare slå saman og fordele resultat med same tema frå artiklane under passende tema (Thidemann, 2019, s. 96-98). Eg lagde meg desse oversiktene ved å skrive for hand, denne er difor ikkje vedlagt i oppgåva. Til slutt kom eg fram til fire overordna tema: symptomlindring og livskvalitet, bruken av kartleggingsverktøy, ulike rutinar for symptomkartlegging og dokumentasjon.

#### **4.6 Styrker og svakheiter ved oppgåva**

Metodekvaliteten i oppgåva må sjåast i lys av min mangel på erfaring i å søke etter og nytte meg av forskning. Det kan tenkast at min søkekompetanse og val av søkeord kan ha påverka søkeresultatene. Alle artiklane eg har inkludert er fagfellevurderte og frå 2018 eller seinare. Det er også overføringsverdi i funna frå artiklane til norske forhold då to av artiklane er frå Noreg, to frå Sverige og ein frå Italia. Artiklane har også nytta seg av IMRAD-strukturen (Introduction, Method, Results and Discussion) som er ein anerkjent oppbygging av vitenskaplege artiklar (Thidemann, 2019, s. 66–67). Med nokre få unntak, er alle lærebøkene eg har brukt anbefalt litteratur/pensum frå Høgskulen på Vestlandet.

Det er nokre svakheiter med enkelte av artiklane som eg ynskjer å belyse. I Andersson et al. (2018) sin studie var det kun 13,7 prosent av deltakarane som hadde kreftdiagnose. Eg har likevel valt å inkludere denne då den generelt sett seier noko om kor viktig god kartlegging

er for symptomlindring hjå eldre palliative pasientar i omsorgsbustadar. Vidare synst eg det var vanskeleg å finne forskning som omhandla symptomkartlegging på sjukeheimar. Eg opplevde i søka mine at mykje av forskinga om palliasjon handlar om spesialiserte einingar eller palliasjon i heimen. Dersom eg til dømes brukte søkeordet «nursing home\*» opplevde eg at mykje av forskinga som kom omhandla «home care» og lite om sjukeheimar. Dette har gjort til at i fire av studiane eg har brukt, har forskinga føregått hos avdelingar og team som er spesialiserte innanfor palliasjon (Borelli et al., 2021; Ihler & Sæteren, 2019; Sjöberg et al., 2021; Vigstad et al., 2018). Mykje av funna er likevel overførbare til sjukeheimar som har palliative pasientar, då det er krav til at sjukeheimar også skal beherske grunnleggande palliasjon og kunne gje god symptomlindring (Haugen & Aass, 2016, s. 117; NOU 2017: 16, s. 95).



## 5 Funn

I denne delen presenterast funna frå forskingsartiklane i overordna tema som peika seg ut i forkinga. Artiklane som er inkludert er vedlagt (vedlegg 3).

### 5.1 Symptomlindring og livskvalitet

Vigstad et al. (2018) fann at før innlegging ved ei palliativ eining beskrev over 50 prosent av pasientane nedsett matlyst, munntørreheit, slappheit og dagsform som moderate eller uttalte symptom. I studien til Borelli et al. (2021) kjem det fram at pasientane her også var prega av dårleg symptomlindring før hjelp frå palliativt team. Symptombelastninga påverka den fysiske funksjonen, humøret og det sosiale livet til pasientane. Nokre av informantane uttrykte skuffelse over at dei ikkje hadde fått dette tilbodet før til å kontrollere symptoma. Då pasientane snakka om tida før dei fekk hjelp frå palliativt team brukte dei meir negativt ladde ord enn når dei snakka om tida etter hjelp frå teamet. Mange opplevde betre livskvalitet etter å ha fått god symptomlindring. Den holistiske tilnærminga frå det palliative teamet gjorde at dei blei sett på som eit menneske framfor ein pasient. Dette blei sett stor pris på.

Vigstad et al. (2018) fann at systematisk bruk av ESAS for å kartleggje symptom, gjorde det enklare å kunne iverksette målretta behandlingstiltak. Dette gav reduksjon i alle kartlagde symptom innan kort tid.

### 5.2 Bruken av kartleggingsverktøy

Bruk av validerte smerte-, munnhelse- og symptomkartleggingsverktøy var blant faktorar som fremja god symptomlindring hjå sjukeheimspasientar i studien til Andersson et al. (2018). Ihler & Sæteren (2019) framheva nytten av å bruke det standardisert

symptomkartleggingsverktøy ESAS. Bruken av ESAS tillèt pasientane å få fram si eiga oppleving av symptoma, framfor at sjukepleiarane anslår noko. Dersom ein brukar skjemaet systematisk over tid kan ein følgje med på symptomutviklinga og tilpasse tiltak utifrå dette. Sjukepleiarane opplevde også at ESAS kunne brukast som ein inngangsport for gode samtalar om korleis vedkommande har det.

### **5.3 Ulike rutinar for symptomkartlegging**

Resultata frå Ihler & Sæteren (2019) viste at sjukepleiarane opplevde nokre utfordringar i bruk av ESAS då det var ulik praksis mellom personalgruppa. Det blei ikkje brukt rutinemessig og dei anga blant anna uklare rutinar og manglande merksemd rundt ESAS i ulike faggrupper og undervisingsamanheng. Sjöberg et al. (2021) sin studie såg manglande rutinemessig bruk av kartleggingsverktøy, då desse ofte ikkje blei følgt opp i etterkant.

### **5. 4 Dokumentasjon**

For pasientane i Vigstad et al. (2018) sin studie var nedsett matlyst, munntørtheit, slappheit og dårleg dagsform dei mest uttalte symptoma. I motsetnad var smerte og angst dei mest dokumenterte symptoma i Andersson et al. (2018) sin studie. Smerte var det mest dokumenterte problemet i Borelli et al. (2021) sin studie også. Sjöberg et al. (2021) sin studie viste at smerte, angst og respiratoriske og sirkulatoriske problem var dei mest dokumenterte problema. Dei fann også at det var dokumentert bruk av standardiserte kartleggingsverktøy i nærmast alle av dei utvalde journalane, men at desse ikkje alltid blei følgt opp. Studien til Ihler & Sæteren (2019) såg at det kan vere vanskeleg å følgje opp symptom over tid dersom ESAS ikkje vert rutinemessig dokumentert.

## 6 Drøfting

I dette kapittelet blir problemstillinga, «*Korleis kan sjukepleiarar bidra til god lindring hjå palliative kreftpasientar gjennom systematisk symptomkartlegging?*», drøfta opp mot funn frå forskingsartiklar, relevant teori og egne erfaringar.

### 6.1 Systematisk symptomkartlegging gjev betre lindring

Eit viktig mål i palliativ fase er at pasienten skal kunne få god livskvalitet den siste tida av livet. Då er god symptomlindring sentralt for å kunne oppnå dette (Lorentsen & Grov, 2016, s. 423). I følge Borelli et al. (2021) påverka symptombyrden pasientane sin fysiske funksjon slik at dei daglege gjeremåla vart vanskelegare å gjennomføre. Humøret og det sosiale livet blei også påverka. Når pasienten til dømes ikkje meistra daglege gjeremål lenger, kan det tenkast at ein etter kvart treng hjelp til dette. Då kan ein oppleve å miste uavhengigheita si og konsekvensane av helsetilstanden vert tydelegare, noko som kan redusere livskvaliteten (Finset, 2016, s. 64; Lerdal & Grov, 2015, s. 833).

Å vere tidleg ute med symptomkartlegging synast å vere viktig. Dess raskare ein kjem i gang med tiltak før symptombyrden vert for stor, dess enklare er det å oppnå god lindring (Utne & Nakken, 2019, s. 131). Vigstad et al. (2018) sine funn viste at systematisk symptomkartlegging er svært hjelpsam for å klare å lindre symptom, då det gjer det enklare å setje i verk målretta tiltak. Dei framheva også viktigheita av å vere tidleg ute, slik at ein kan behandle før symptombyrden vert for stor og kompleks. Fleire av informantane i Borelli et al. (2021) sin studie skulle ynskje dei fekk hjelp til symptomlindring frå palliativt team tidlegare.

Hos eldre pasientar er ikkje alltid teikn og symptom på sjukdom like tydeleg som hjå yngre, og dei kan også framtre annleis. Slike diffuse uttrykk kan gjere observasjon av pasienten

vanskelegare. Når informasjon skal bringast vidare, er presise og konkrete opplysningar difor viktig for at til dømes ein lege skal kunne setje i verk gode og effektive tiltak. Sjukepleiaren har eit ansvar til å vurdere pasienten sin tilstand gjennom eit grundig og presist arbeid. Ved å bruke kartleggingsverktøy kan sjukepleiar styrke observasjonane sine og systematisere dei (Kirkevold, 2014, s. 123–125). I Vigstad et al. (2018) sin studie såg dei at systematisk registrering av symptomdata og rask iverksetting av tiltak gav reduksjon i symptombelastninga. Dei konkluderte med at å bruke ESAS, systematiserte kartlegginga og at symptom som kanskje ellers hadde vorte oversett, kunne bli oppdaga. Andersson et al. (2018) og Ihler & Sæteren (2019) såg også at bruk av kartleggingsverktøy gav betre symptomlindring. Å implementere bruk av kartleggingsverktøy ved symptomkartlegging synast dermed å vere eit viktig sjukepleietiltak.

Det er funne fleire utfordringar innan palliasjon på sjukeheimar, blant anna manglande kompetanse. Pasientane sine sjukdomstilstandar har vorte meir komplekse og sjukepleiarane opplever å ha eit stort fagleg ansvar. Dette stiller kompetansekrav til sjukepleiarar om temaet (Svendsen et al., 2017; Hov et al., 2009; Hov et al., 2012; Tuen, 2018, Glette, 2018 referert i Rønsen, 2020, s. 26-27). Utilstrekkeleg kunnskap hjå helsepersonell kan til dømes hindre god smertelindring (Lorentsen & Grov, 2016, s. 412). Også funn frå forskinga viser at kunnskap hos sjukepleiarane om ulike symptom og kartlegging av desse er viktig for å kunne oppnå god symptomlindring (Ihler & Sæteren, 2019; Vigstad et al., 2018). Ihler & Sæteren (2019) sin studie fann at det var lite undervisning til dei tilsette om ESAS. Dei fremja undervisning som eit forbetringstiltak slik at dei tilsette skal kunne få betre føresetnadar og meir kunnskap om skjemaets formål, relevans og bruk. Andre tiltak kan vere at leiinga motivera og engasjera seg i temaet og laga klare rutinar for når ESAS eller andre kartleggingsverktøy skal brukast slik at dei tilsette er samkøyrt. Dette kan vere viktige tiltak for at sjukepleiarane skal kunne implementere systematisk symptomkartlegging i yrkesutøvinga si. Det kan bidra til å lindre liding, og gje fagleg forsvarleg og omsorgsfull hjelp slik dei yrkesetiske retningslinjene tilseier (Norsk sykepleierforbund, 2019).

## 6.2 ESAS kan bidra til å systematisere kartlegginga

ESAS blei i studien til Ihler & Sæteren (2019) sett på som eit nyttig verktøy då skjemaet inneheld dei viktigaste punkta for symptomkartlegging av pasienten. Informantane opplevde at det gav eit godt bilete av korleis pasientane har det og kva problem sjukepleiaren må ta tak i. ESAS gjorde det også enklare å fange opp symptom som kanskje ellers kunne blitt oversett. Dette blir understøtta i teorien, då ESAS blir omtalt som eit nyttigverktøy som tar for seg fleire av dei symptoma som kreftpasientar ofte opplever (Lorentsen & Grov, 2016, s. 410). Studien til Vigstad et al. (2018) understøtter dette ytterlegare då funna deira viste at pasientane sleit med fleire av symptoma nemnt i ESAS. Dei såg reduksjon innan kort tid i pasienten sine symptom etter ESAS-kartlegging og iverksetting av tiltak utifrå skår.

Informantane i studien til Ihler & Sæteren (2019) såg det som svært nyttig at ESAS får fram pasienten si eiga oppleving av sine symptom. Eigenregistrering av smerter og symptom er svært viktig då pasienten si eiga oppleving av eit symptom ofte har vist seg å ikkje samsvare med dei observasjonane og vurderingane helsepersonell føretek seg (Knudsen & Kaasa, 2016, s. 396). I Andersson et al. (2018, s. 1309) sin artikkel referera dei til ein studie av de Graaf et al. (2018) som fann at sjukepleiarar ofte undervurderte symptomintensiteten. Dette underbygger kvifor det er naudsynt at pasienten sjølv kan registrere sine symptom. Eit godt hjelpemiddel kan då vere bruk av numerisk skala (Knudsen & Kaasa, 2016, s. 396–397). Bruk av numerisk skala er også anbefalt i dei nasjonal faglege retningslinjene for å sikre at det er pasienten si eiga oppleving som kjem fram (Helsedirektoratet, 2019, s. 14). Dette styrkar anbefalinga om å bruke ESAS ytterlegare, då skjemaet nyttar seg av numerisk skala (Lorentsen & Grov, 2016, s. 410).

Studien til Andersson et al. (2018) fann at bruk av kartleggingsverktøy var assosiert med lindring av dei fire symptoma (smerte, kvalme, angst og dyspnè) som dei valte å undersøke ved livets slutt på omsorgsbustadar. I studien brukte dei kartleggingsverktøy for smerte der pasienten sjølv vurderte intensiteten av eit symptom på ein skala, samt andre validerte symptomkartleggingsverktøy. Dei såg også at kartlegging av munnhelse var ein viktig faktor

for lindring av alle dei fire symptoma nemnt tidlegare. ESAS tar ikkje for seg problem i munnhola, men opnar likevel opp for at det kan takast med under det siste punktet om andre problem der pasienten sjølv kan fylle inn det som måtte plage vedkommande (Lorentsen & Grov, 2016, s. 410).

Mangelfull sjukepleiekompetanse kan auke kjangsen for sjukehusinnlegging av sjukeheimspasientar (Glette et al., 2018 referert i Rønsen, 2020, s. 29). Ihler & Sæteren (2019) hevdar at det er viktig for sjukepleiar å ha kunnskap om skjemaet då det er forhold i det som lett kan misforståast. Feil bruk kan føre til at skjemaet ikkje representera den reelle symptomopplevinga til pasienten. Eit døme på dette er feiltolking på omgrepa «slappheit» og «døsigheit». NRS-skalaen kan også tolkast feil. Nokon kan tru at til dømes på matlyst er høg skår lik god matlyst, men det er null som er ingen plager med dette og ti er verst tenkeleg plager, altså ingen matlyst. Dei hevdar difor at hensiktsmessig bruk av skjemaet føresette tilstrekkeleg kunnskap om det slik at ein kan rettleie pasienten i utfyllinga.

Ein god relasjon er viktig når ein skal hjelpe eit anna menneske. Innan palliasjon blir det stilt krav til sjukepleiarens kommunikasjonsferdigheiter for å kunne få fram sensitiv informasjon frå pasienten. Det kan hende ein må våge å gå ut av komfortsona for å mogleggjere djupe samtalar og refleksjonar med pasienten (Trier, 2019, s. 853–854). Å samtale rundt ESAS kan vere viktig. Det er ikkje sikkert at det pasienten skåra høgast på i ESAS-skjemaet, er det vedkommande helst vil ha først hjelp til (Loge, 2016, s. 217). Ihler & Sæteren (2019) fann at sjukepleiarane hadde erfart at ESAS fungerte som ein god inngangsport for samtale med pasienten. Ein informant erfarte at mange pasientar ikkje seier rett ut korleis dei har det, men at ESAS gjorde det enklare å starte ein samtale. Ein måte å starte samtalen på kan til dømes vere ved å stille eit opent spørsmål som ein kommentar mot skåren pasienten har skrive (Helsedirektoratet, 2019, s. 19). Slik kan ESAS brukast som ein naturleg måte å starte ein samtale med pasienten på om korleis dei har det.

Virginia Henderson meinte at å sjå heile menneske er utgangspunktet for god sjukepleie (Mathisen, 2015, s. 127). I utøvinga av sjukepleie krev den holistiske tankegangen at ein kan integrere alle sidene av pasienten og den situasjonen vedkommande er i (Kim, 2015, s. 150). Dette finn vi igjen i dei yrkesetiske retningslinjene også der det står om pasientar sine behov for heilskapleg omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2019). I studien til Borelli et al. (2021) uttrykte informantane store takknemlegheit for den holistiske tilnærminga dei blei møtt med i det palliative teamet. Det synast dermed å vere viktig å vere bevisst på dette i yrkesutøvinga. Det fine med ESAS er at skjemaet ikkje berre tek for seg fysiske symptom, men også angst, depresjon og velvære generelt (Lorentsen & Grov, 2016, s. 410). Dette kan bidra til at ein får eit breiare innblikk i korleis pasienten har det.

I praksisen eg hadde på kreftavdelinga var ESAS hyppig brukt. Mange av pasientane fylte ut skjemaet regelmessig og såg ut til å meistre dette fint. Eg erfarte også pasientar som syns det var vanskeleg å vurdere symptoma på skalaen og at det vart slitsamt å fylle ut når dei ikkje kjende seg i form. Etter mi erfaring er det viktig å bruke fagleg skjønn i slike situasjonar då det fort kan bli uhensiktsmessig for pasientane å fylle ut ESAS dersom det berre vert eit ork. Den relasjonelle omsorga handlar om at pasienten treng å verte sett i lidinga si (Lorentsen & Grov, 2016, s. 407). Opplevinga av å verte sett, høyrte og forstått er viktig for at pasienten skal oppleve hjelpa som omsorgsfull. Når vi brukar skjønnnet vårt, prøvar ein å leve seg inn i korleis det er for den du hjelper og korleis ein sjølv ville ønskt å bli hjelpt. Utvikling av skjønnnet vårt kan skje gjennom refleksjon over egne erfaringar (Alvsvåg, 2015, s. 156–159).

Sjöberg et al. (2021) fann at det var dokumentert bruk av kartleggingsverktøy i dei fleste av journalane, men dei såg at desse ofte ikkje blei følgt opp seinare. Også Ihler & Sæteren (2019) såg at informantane opplevde ulik praksis, samt uklare rutinar for bruk av ESAS. Sjukepleiarane fortalde at skjemaet blei brukt i varierende grad og som regel når den enkelte vurderte at det var naudsynt. Når det ikkje er gode rutinar for bruk av ESAS, sa ein informant at ein konsekvens kan vere at ein går glipp av symptom som ellers kunne blitt oppdaga. Dette fremjar viktigheita av at skjemaet blir brukt systematisk og regelmessig. Like viktig er

det at pasientane opplever at det er nyttig å fylle ut skjemaet gjennom at målretta og effektive tiltak vert sett i verk utifrå kva dei har behov for. Dette kan gjere det meir motiverande å fylle ut skjemaet seinare. Då er det viktig at alle følgjer opp rutinane. Slik synast det dermed å vere viktig at sjukeheimen har klare rutinar som blir følgt opp av alle tilsette for å sikre at ESAS blir brukt på ein hensiktsmessig måte.

### **6.3 Systematisk kartlegging kan bidra til betre dokumentasjon**

I studiane var særleg smerter og angst blant problem som var mykje dokumentert (Andersson et al., 2018; Borelli et al., 2021; Sjöberg et al., 2021). Dette kan understreke behovet for ei holistisk tilnærming til pasientane der ein ser på dei som menneske med fleire dimensjonar (Mathisen, 2015, s. 127). Når ein dokumentera dette kan ein vise at dei yrkesetiske retningslinjene om å ivareta pasientar sine behov for heilskapleg omsorg blir ivaretatt (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Helsepersonell har plikt til å dokumentere gitt hjelp i pasienten sin journal (Helsepersonelloven, 1999, s. §3-2a). Rønsen (2020, s. 29) referera til ein studie frå 2018 av Glette et al. som fann at sviktande kommunikasjon og dokumentasjonsrutinar var blant hovudfaktorar for sjukehusinnlegging av sjukeheimspasientar. Vidare kan til dømes mangelfull dokumentasjon bidra til manglande symptomkontroll. Det er difor viktig at også dokumentasjonen er systematisert og at det vert gjort likt kvar gong (Knudsen & Kaasa, 2016, s. 397). Sjöberg et al. (2021) konkluderte med at resultata deira indikera eit behov for at helsepersonell dokumentera eldre palliative pasientar sine behov på ein meir strukturert og planlagt måte. Sjukepleieprosessen kan hjelpe å systematisere dokumentasjonen ved at ein følgjer dei ulike trinna i prosessen: datainnsamling, definere problem, setje mål, tiltak og til slutt evaluering av tiltaka (Rotegård et al., 2015, s. 245–256). ESAS vil kunne vere nyttig i fleire av desse punkta, særleg i datainnsamling og ved evaluering av tiltak. Vigstad et al. (2018) meinte at å repetere målingar med ESAS er viktig sidan pasienten er sin eigen fasit og dermed vert det også mogleg å få ei god evaluering på tiltakas effekt.



Systematisk kartlegging og dokumentering kan også bidra til å sjå effekt av tiltak og endringar i sjukdomsbilete over tid (Kaasa & Loge, 2016a, s. 205). I praksis opplevde eg at det var varierende korleis ESAS skjemaet vart dokumentert i den elektroniske pasientjournalen. Nokon la det inn i forløpsskjema, medan andre berre gav arket vidare til sjukepleiaren som skulle ha legevisitt. Nokon varierte også med å legge det inn i den elektroniske journalen, medan andre la det inn i kurvesystemet. Dersom til dømes ESAS ikkje dokumenterast rutinemessig, kan det miste noko av sin nytteverdi då det vil bli vanskeleg å følgje utviklinga av pasienten sine symptom (Ihler & Sæteren, 2019). Sjöberg et al. (2021) hevda i sin diskusjon at det er uheldig når kartlegginga ikkje vert følgt opp og dokumentert vidare då dette kan gå utover kvaliteten på pleia og omsorga. Sidan kreft er ein progredierande sjukdom kan det vere ekstra viktig at ein har moglegheit til å sjå denne utviklinga hjå pasienten (Kaasa & Loge, 2016a, s. 208).

Som drøftinga fram til no har vist kan systematisk framgangsmåte bidra til at kartlegginga vert betre. ESAS kan bidra til at det er pasienten si eiga oppleving som kjem fram. Dette er i samsvar med dei nasjonalfaglege retningslinjene (Helsedirektoratet, 2019, s. 15). Sjöberg et al. (2021) framheva også fordelene ved bruk av sjølvrapporteringskjema som tar for seg meir enn eitt symptom og hevda det kan vere ein måte å betre identifisering og dokumentasjon av udekte behov på. Det er gjennom dokumentasjon av den hjelpa vi har gitt at ein kan vise at pasienten får helsetenesta som er av god kvalitet og fagleg forsvarleg (Vabo, 2018, s. 33). Det er dermed viktig at sjukepleiaren kan gjere presise og konkrete vurderingar av pasienten sin tilstand, og at desse blir godt dokumentert slik at informasjonen blir formidla vidare. Dette kan også vere viktig for til dømes legen som skal kunne iverksette målretta og effektive medikamentelle tiltak slik at pasienten kan få god hjelp (Kirkevold, 2014, s. 123–125).

## 7 Konklusjon

I denne oppgåva har eg tatt for meg problemstillinga «*Korleis kan sjukepleiarar bidra til god lindring hjå palliative kreftpasientar gjennom systematisk symptomkartlegging?*». Ei viktig sjukepleiaroppgåve er observasjon og kartlegging av pasientar. Det er viktig at desse er presise og konkrete slik at til dømes legen kan iverksette riktige tiltak. Ved å systematisere symptomkartlegginga gjennom å ta i bruk kartleggingsverktøy, kan sjukepleiarens observasjonar bli meir presise. ESAS er eit validert og nyttig kartleggingsverktøy. Skjemaet sikrar at det er pasienten si eiga oppleving av symptoma som kjem fram, slik at det vert enklare å iverksette målretta tiltak. Dette kan betre symptomlindringa og dermed auke livskvaliteten. Systematisk kartlegging kan også bidra til å betre dokumentasjonen ved å systematisere den. Dette kan blant anna bidra til at ein lettare kan måle effekt av tiltak og/eller sjå sjukdomsutviklinga.

Det er eit krav om at alle nivå av helsetenesta skal kunne praktisere grunnleggande palliasjon. Det er generelt sett vist fleire utfordringar ved palliasjon på sjukeheimar. Det er behov for meir kunnskap og fokus på dette gjennom undervisning om temaet og opplæring i bruk av ESAS. Også leiarane på sjukeheimen kan ha ei viktig rolle ved å motivere og engasjere dei tilsette, samt å utarbeide gode rutinar for systematisk kartlegging og for bruk av ESAS.

## Bibliografi

- Alvsvåg, H. (2015). Faglig skjønn og omsorg. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 156–178). Cappelen Damm Akademisk.
- Andersson, S., Årestedt, K., Lindqvist, O., Fürst, C.-J., & Brännström, M. (2018). Factors Associated With Symptom Relief in End-of-Life Care in Residential Care Homes: A National Register-Based Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(5), 1304–1312. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.12.489>
- Bertelsen, B., Hornslien, K., & Thoresen, L. (2016). Svulster. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 127–149). Gyldendal Akademisk.
- Borelli, E., Bigi, S., Potenza, L., Eliardo, S., Artioli, F., Mucciarini, C., Cottafavi, L., Cagossi, K., Razzini, G., Cruciani, M., Pietramaggiore, A., Fantuzzi, V., Lombardo, L., Ferrari, U., Ganfi, V., Lui, F., Odejide, O., Cacciari, C., Porro, C. A., Zimmermann, C., Efficace, F., Bruera, E., Luppi, M. & Bandieri, E. (2021). Changes in Cancer Patients' and Caregivers' Disease Perceptions While Receiving Early Palliative Care: A Qualitative and Quantitative Analysis. *The Oncologist*, 26(12), e2274–e2287. <https://doi.org/10.1002/onco.13974>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Finset, A. (2016). Atferdsmessige og psykologiske forhold. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., s. 62–72). Gyldendal.
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.).

Fagbokforlaget.

Haugen, D. F., & Aass, N. (2016). Organisering av palliative tilbud. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., s. 112–125). Gyldendal.

Helse Bergen. (2021, 3. mai). *ESAS symptomregistrering*. <https://helse-bergen.no/kompetansesenter-i-lindrande-behandling/palliasjon-verktoy-for-helsepersonell/esas-symptomregistrering>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsebiblioteket. (u.å.). *Kritisk vurdering*. Henta 27. april 2022, frå <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering>

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *PICO*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen* (IS-2800). <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Holter, I. M. (2015). Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 107–118). Cappelen Damm Akademisk.

Ihler, E. M., & Sæteren, B. (2019). Sykepleieres erfaringer med å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter. *Sykepleien Forskning*, 79585, e-79585.

<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.79585>

Kim, H. S. (2015). Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn - det kunnskapsfilosofiske grunnlaget. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 142–155). Cappelen Damm Akademisk.

Kirkevold, M. (2014). Kartlegging. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 122–144). Gyldendal Akademisk.

Knudsen, A. K., & Kaasa, S. (2016). Smertediagnostikk. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., s. 387–401). Gyldendal.

Kaasa, S. (2016). Forskning innen palliasjon. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., s. 51-61). Gyldendal.

Kaasa, S., & Loge, J. H. (2016a). Diagnostikk innen palliasjon - en generell innføring. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., s. 202-215). Gyldendal.

Kaasa, S., & Loge, J. H. (2016b). Palliativ medisin - en innledning. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., s. 34–50). Gyldendal.

Kåss, E. (2020, 10.august). Symptom. I *Store norske leksikon*. <http://sml.snl.no/symptom>

Larsen, I. K., Ursin, G., & Weiderpass, E. (2022, 19. januar). *Kreft i Norge*.

Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kreft/>

Legemiddelaktuelt. (2018, 19. februar). «MeSH på norsk» i Helsebiblioteket – verktøy for gode søkeord og treffsikre artikkelsøk. Helsebiblioteket.no.

<https://www.helsebiblioteket.no/legemidler/aktuelt/mesh-pa-norsk-i-helsebiblioteket-verktoy-for-gode-sokeord-og-treffsikre-artikkelsok>

Lerdal, A. V., & Grov, E. K. (2015). Aktivitet. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 819–838). Cappelen Damm Akademisk.

Loge, J. H. (2016). Praktisk klinisk kommunikasjon. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., s. 216–231). Gyldendal.

Lorentsen, V. B., & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 397–436). Gyldendal Akademisk.

Mathisen, J. (2015). Hva er sykepleie? I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 119-141). Cappelen Damm Akademisk.

Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6. utg.). Gyldendal.

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikko/yrkesetiske-retningslinjer>

NOU 2017: 16. (2017). *På liv og død—Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/ed91baf5d25945b1a0b096c0ce376930/nou201716>

[o/pdfs/nou201720170016000dddpdfs.pdf](https://palliativ.se/fou/fou-in-english/)

Palliativ registret. (u.å.). *FoU (In English)*. Palliative.se. Henta 5. juni 2022, frå

<https://palliativ.se/fou/fou-in-english/>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-

07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Raknes, G., & Strøm, M. S. (2021, 10. juni). *Tall fra Dødsårsaksregisteret for 2020*.

Folkehelseinstituttet. [https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-](https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/tall-fra-dodsarsaksregisteret-for-2020/)

[registre/dodsarsaksregisteret/tall-fra-dodsarsaksregisteret-for-2020/](https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/tall-fra-dodsarsaksregisteret-for-2020/)

Romøren, T. I. (2014). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H.

Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s.

29–38). Gyldendal Akademisk.

Rotegård, A. K., Solhaug, M., & Grov, E. K. (2015). Sykepleierens arbeids- og

beslutningsprosess. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i*

*klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 244–270). Cappelen Damm Akademisk.

Rønsen, A. (2020). *Palliativ omsorg i kommunene* (Nr. 13). Omsorgsbiblioteket.

[https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-](https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2636784/Palliativ%20omsorg.pdf?sequence=1&isAllo)

[xmlui/bitstream/handle/11250/2636784/Palliativ%20omsorg.pdf?sequence=1&isAllo](https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2636784/Palliativ%20omsorg.pdf?sequence=1&isAllo)

[wed=y](https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2636784/Palliativ%20omsorg.pdf?sequence=1&isAllo)

Saltvedt, I. & Wyller, T. B. (2016). Palliativ behandling av gamle. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.),

*Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., s. 262–273). Gyldendal.

Sjöberg, M., Edberg, A.-K., Rasmussen, B. H. & Beck, I. (2021). Documentation of older

people's end-of-life care in the context of specialised palliative care: A retrospective review of patient records. *BMC Palliative Care*, 20(1), 91.

<https://doi.org/10.1186/s12904-021-00771-w>

Sneltvedt, T. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 97–113). Gyldendal Akademisk.

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

Thoresen, L., & Dahl, M. (2015). Sykepleie til den døende pasienten. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 926–960). Cappelen Damm Akademisk.

Trier, E. L. (2019). Palliativ omsorg og sykepleie. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie: Sykepleieboken 3* (3. utg., s. 850–895). Cappelen Damm Akademisk.

Utne, I. & Nakken, E. (2019). Sykepleie i et kreftforløp. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie: Sykepleieboken 3* (3. utg., s. 104–146). Cappelen Damm Akademisk.

Vabo, G. (2018). *Dokumentasjon i sykepleiepraksis* (3. utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Vigstad, S., Clancy, A., & Broderstad, A. R. (2018). Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak. *Sykepleien Forskning*, 74591, e-74591.

<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.74591>



# Vedlegg

## Vedlegg 1: PICO

PICO		Søkeord	
		Norsk	Engelsk
P	Palliative pasientar	Palliativ pasient, sjukepleiar	Palliative care patients, nurse, caregiver, patient care, nursing care, palliative nursing, palliative care, hospice care
I	Systematisk kartlegge symptom, i sjukeheimar	Symptomkartlegging, kartleggingsmetoder, observasjon, symptomevaluering, kompetanse, sjukeheim	Symptom assessment, symptom score evaluation, symptom expression, symptom management, symptom evaluation, observation, nursing home, nursing home care, long-term care facilities, residential care facilities
C	Ikkje relevant		
O	God lindring, velvære, tideleg kunne iverksette tiltak/førebyggje, god livskvalitet	Palliasjon, lindring, velvære, tiltak, livskvalitet, verdig død	Palliative care, palliative treatment, wellness, intervention, dignified death, quality of life, early palliative care, early supportive care

## Vedlegg 2: Søkeprosess

SØKEPROSESS						
Søkebase	Dato for søk	Søkeord	Tilpasse trefflista	Treff	Artikkel funne	Årstill
EBSCOHost (Academic Search Elite)	29.03.22	Palliative care OR wellbeing OR wellness  AND  symptom assessment OR symptom evaluation OR symptom expression  AND  documentation  AND  palliative care patients OR nurse* OR	Peer reviewed  Frå 2016-2022	24	Documentation of older people`s end-of-life care in the context of specialised palliative care: a retrospective review of patient records  Av Sjöberg, M., Edberg, A.-K., Rasmussen, B. H. & Beck, I.	2021

		caregiver OR palliative nursing OR hospice care				
EBSCOhost (Academic Search Elite, Medline og Cinahl)	30.03.22	Palliative care OR Palliative patient* OR palliative nurse*  AND  symptom assessment  AND  cancer OR cancer patient*  AND  early intervention	Peer reviewed  2017-2022	9	Palliative patients get greater relief from early screening of symptoms and implementation of measures  Av Vigstad, S., Clancy, A. & Broderstad, A. R.  (Funne i Cinahl)	2018
EBSCOhost (Academic Search Elite, Cinahl og Medline)	08.04.22	Palliative patient* OR palliative care  AND  ESAS  AND	Peer reviewed  2018-2022	25	Registered nurses' experiences of using ESAS to map cancer patients' symptoms  Av Ihler, E. M. & Sæteren, B.  (Funne i Cinahl)	2019

		Cancer OR cancer patient*  AND caregiver OR nurse*				
EBSCOhost (Academic Search Elite, Cinahl og Medline)	29.  04.  22	Palliative care OR palliative nursing  AND Cancer  AND Aged care facility OR long term care OR residential care  AND Symptom relief OR symptom assessment OR symptom management	Peer reviewed  2016-2022	34	Factors Associated With Symptom Relief in End-of-Life Care in Residential Care Homes: A National Register-Based Study  Av Andersson, S., Årestedt, K., Lindqvist, O., Fürst, C.-J. & Brännström, M.  (Funne i Cinahl)	2018
EBSCOhost (Cinahl)	01.  05.	Patients OR nurse* OR caregiver*  AND	Peer reviewed	65	Changes in Cancer Patients' and Caregivers' Disease Perceptions While Receiving Early Palliative Care: A	2021

	22	<p>Pain OR symptom</p> <p>AND</p> <p>Early palliative care</p> <p>AND</p> <p>Cancer disease</p>	2016-2022	<p>Qualitative and Quantitative Analysis.</p> <p>Av Borelli, E., Bigi, S., Potenza, L., Eliardo, S., Artioli, F., Mucciarini, C., Cottafavi, L., Cagossi, K., Razzini, G., Cruciani, M., Pietramaggiore, A., Fantuzzi, V., Lombardo, L., Ferrari, U., Ganfi, V., Lui, F., Odejide, O., Cacciari, C., Porro, C. A., Zimmermann, C., Efficace, F., Bruera, E., Luppi, M. &amp; Bandieri, E.</p>	
--	----	---	-----------	---	--

### Vedlegg 3: Litteraturmatrise

Litteraturmatrise									
Forfatter	Tittel	Type studie	Hensikt med studien	Metode	Populasjon/ utval	Resultat	Kvalitetsvurdering (peer reviewed)	Etisk vurdering	Søk
Vigstad, S., Clancy, A. & Broderstad, A. R. 2018 <i>Sykepleien</i> forskning Noreg	Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak	Retrospektiv, kvantitativ studie	Belyse kreftpasientar si rapportering av eigne symptom ved innkomst og utreise frå ei palliativ eining.	Innsamling av anonymisert data frå ein database frå den palliative eining	274 pasientar lagt inn på palliativ eining, alder mellom 38-90 år. Inklusjonskrit.: kreftdiagnose, bruk av ESAS for symptomkartlegging.	Studien viste signifikante betringar i symptoma ved utreise hos både menn og kvinner. Dette etter kort liggetid ved eininga. Tidleg, systematisk kartlegging kan	Peer reviewed	Regional komité for medisinsk og helsefagleg forskningsetikk nord har vurdert databasen. Brukt anonymisert	30.03.22 Cinahl/ www.sykepleien.no

					Førstegongs innleggelse.	difor redusere symptom-intensitet		data, etiske hensyn tatt.	
Sjöberg, M., Edberg, A.- K., Rasmussen, B. H. & Beck, I. 2021 <i>BMC Palliative Care</i> Sverige	Documentation of older people's end-of-life care in the context of specialised palliative care: a retrospective review of patient records	Retrospektiv, kvantitativ studie	Formålet er å utforske innhaldet i dokumentasjonen av eldre pasientar frå helsepersonell i spesialisert palliativ omsorg i Svergie.	Analyse av journalar frå spesialisert palliativ omsorgs klinikk	92 eldre pasientar (over 75 år) som fekk spesialisert palliativ omsorg. 74 av desse hadde kreft.	Smerte var det mest dokumenterte problemet. Mest bruk av kartleggingsverktøy som kun tok for seg eit symptom. Mange kartleggingar blei ikkje følgt opp vidare.	Peer reviewed	Regional Ethical Review Board in Lund, Sverige.  Regional Council  Skrifteleg, informert samtykke frå «operations manager» frå kvart av dei geografiske områda	29.03.22  Academic Search Elite
Ihler, E. M. & Sæteren, B.	Sykepleieres erfaringer med	Kvalitativ studie	Utforske sjukepleiarars	Dybde-intervju	Intervju av seks	Sjukepleiarane opplever ESAS som	Peer reviewed	Frivillig deltaking.	08.04.22

2019	å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter		erfaring ved bruk av ESAS i kartlegging av kreftpasientar i palliativ fase på sjukehus.		sjukepleiarar frå to onkologiske sengepostar som arbeida med kreftpasientar i palliativ fase	eit nyttig kartleggings-verktøy som får fram pasienten si eigen symptom-oppleving, men ser fleire barrierar for optimal bruk.		Signert samtykke  Anonymisert data  Godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD)	Cinahl/  www.sykepleien.no
Sykepleien Forskning Noreg									
Andersson, S., Årestedt, K., Lindqvist, O., Fürst, C.-J. & Brännström, M. 2018	Factors Associated With Symptom Relief in End-of-Life Care in Residential Care Homes: A National	Kvantitativ metode, «retrospektive register-based study»	Undersøke pasientane sine symptom og om dei blei lindra, samt kva faktorar som bidrog til lindring	Studien baserte seg på «Swedish Register of Palliative Care» kor dei henta ut informasjon	Inklusjonskriteria for at ein pasient blei inkludert var at det var forventet dødsfall i omsorgsbusta	Studien viste høg førekomst av smerter og angst. Resultata viste at bruk av smertekartleggingsverktøy og kartlegging av	Peer reviewed	Kan ikkje sjå at forskarane har gjort rede for etiske hensyn.  Dersom ein søker opp registeret dei har fått	29.04.22  Academic Search Elite



<i>Journal of Pain and Symptom Management</i> Sverige	Register-Based Study			frå eit spørjeskjema utfylt av lege eller sjukepleiar	d og alder over 65 år.	munnhelse var to viktige faktorar for god symptomlindring.		informasjon frå, ser man at etiske hensyn ligg til grunn i bruk av data frå registeret (Palliativ registret, u.å.)	
Borelli, E., Bigi, S., Potenza, L., Eliardo, S., Artioli, F., Mucciarini, C., Cottafavi, L., Cagossi, K., Razzini, G., Cruciani, M., Pietramaggi	Changes in Cancer Patients' and Caregivers' Disease Perceptions While Receiving Early Palliative Care: A Qualitative and Quantitative Analysis.	Kvantitativ og kvalitativ metode	Utforske pasientar og deira pårørande sine tankar, meiningar og perspektiv på sjukdommen før og etter hjelp frå palliativt team (i artikkelen	Semi-strukturerte intervju som pasientar og pårørande fylte ut sjølv	77 pasientar med uhelbredeleg kreft og 48 pårørande. Må vere over 18 år.	Den kvalitative delen fann at opplevingar som gjekk mest igjen om tida før EPC var mangel på symptomlindring, der smerte var det mest rapporterte symptomet. Etter EPC rapporterte pasientane god	Peer reviewed	Skriftlege, informerte samtykke.  Frivillig deltaking  Godkjent av Ethics Committee of Modena  Følger Helsinki-	01.05.22  Cinahl

<p>ori, A., Fantuzzi, V., Lombardo, L., Ferrari, U., Ganfi, V., Lui, F., Odejide, O., Cacciari, C., Porro, C. A., Zimmerman n, C., Efficace, F., Bruera, E., Luppi, M. &amp; Bandieri, E.</p> <p>2021</p> <p>Italia</p>			<p>kalt «Early palliative care, EPC»)</p>			<p>symptomlindring og kjensle av empowerment. I forhold til framtida rapporterte fleire at dei i større grad klarte å akseptere situasjonen sin. Takknemlegheit for den omsorga EPC gjev gjekk også igjen.</p> <p>Dei kvantitative funna viste at når informantane snakka om fortida brakte dei i større grad negative ord, enn når dei snakke om notid og</p>	<p>deklarasjonens etiske retningslinjer</p>	
---	--	--	---	--	--	--	---	--

						framtid.			
--	--	--	--	--	--	----------	--	--	--

## Vedlegg 4: Kritisk vurdering av forskningsartikkel



www.casp-uk.net  
info@casp-uk.net  
Summertown Pavilion, Middle Way Oxford OX2 7LG

**CASP Checklist:** 10 questions to help you make sense of a **Qualitative** research

**How to use this appraisal tool:** Three broad issues need to be considered when appraising a qualitative study:

- ▶ Are the results of the study valid? (Section A)
- ▶ What are the results? (Section B)
- ▶ Will the results help locally? (Section C)

The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is "yes", it is worth proceeding with the remaining questions. There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a "yes", "no" or "can't tell" to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.


**About:** These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore we do not suggest a scoring system. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA 'Users' guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

For each new checklist, a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

**Referencing:** we recommend using the Harvard style citation, i.e.: *Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Qualitative) Checklist. [online] Available at: URL. Accessed: Date Accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial-Share A like. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> www.casp-uk.net

Critical Appraisal Skills Programme (CASP) part of Oxford Centre for Triple Value Healthcare [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)



**Paper for appraisal and reference: Ihler og Sæteren (2019)**

**Section A: Are the results valid?**

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>	
Can't Tell	<input type="checkbox"/>	<p><b>HINT: Consider</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• what was the goal of the research</li> <li>• why it was thought important</li> <li>• its relevance</li> </ul>
No	<input type="checkbox"/>	

**Comments:** Formålet med studien var å undersøke sjukepleiarar sine erfaringer i bruk av ESAS til å kartlegge symptom hjå pasientar med kreft i palliativ fase på sjukehus. Bakgrunnen for dette er at palliative pasientar med kreft ofte har eit svært sammansett symptombilete som treng god symptomlindring. For å sikre systematisk symptomkartlegging er bruk av standardiserte kartleggingsverktøy, som ESAS, anbefalt.

2. Is a qualitative methodology appropriate?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>	
Can't Tell	<input type="checkbox"/>	<p><b>HINT: Consider</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• if the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants</li> <li>• is qualitative research the right methodology for addressing the research goal</li> </ul>
No	<input type="checkbox"/>	

**Comments:** Dei ynskjer å finne ut kva erfaringar sjukepleiarar har ved bruk av ESAS. Kvalitativ metode er då gunstig for å få dybdeinformasjon om dette.

**Is it worth continuing?**

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>	
Can't Tell	<input type="checkbox"/>	<p><b>HINT: Consider</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• if the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)</li> </ul>
No	<input type="checkbox"/>	

**Comments:** Forskarane valde eit fortolkande kvalitativt design med dybdeintervju. Dei begrunna val av design med at der er eit behov for å belyse koreis sjukepleiara erfarar bruken av ESAS sidan dei har ei svært sentral rolle i symptomkartlegging av pasientar.

2

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

Yes

Can't Tell

No

- HINT: Consider
- If the researcher has explained how the participants were selected
  - If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
    - If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

Comments: Val av deltakara er godt beskrivd. Dei rekrutterte sjukepleiarar frå to onkologiske sengepostar og hadde inklusjonskriteria for kven som kunne melde seg til å delta. Sjukepleiarane måtte blant anna arbeide med kreftpasientar i palliativ fase og skulle ha erfaring med bruk av ESAS og symptomkartlegging.

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?

Yes

Can't Tell

No

- HINT: Consider
- If the setting for the data collection was justified
  - If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
  - If the researcher has justified the methods chosen
    - If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews are conducted, or did they use a topic guide)
    - If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why
    - If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc.)
      - If the researcher has discussed saturation of data

Comments: Forskarane ønskte å få fram sjukepleiarane sine personlege erfaringar. For å gjere dette utførte dei semistrukturert intervju. Intervjua blei dokumentert med lydopptak som blei transkribert.

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Yes

Can't Tell

No

- HINT: Consider
- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during (a) formulation of the research questions (b) data collection, including sample recruitment and choice of location
    - How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

Comments: Intervjua vart gjennomført av éin person på arbeidsplassen til sjukepleiarane. Forskarane belyste at dei sjølve jobbar innan palliasjonsfeltet og belysar at det kan vere både fordelar og ulemper med dette.

Section 8: What are the results?

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Yes

Can't Tell

No

- HINT: Consider
- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
  - If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
    - If approval has been sought from the ethics committee

Comments: Studien var godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Deltakarane gav signert samtykke og det var frivillig deltaking. Data og andre opplysningar blei behandla konfidensielt og anonymisert.

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If there is an in-depth description of the analysis process
- If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data
- Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
- If sufficient data are presented to support the findings
  - To what extent contradictory data are taken into account
- Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

Comments: Analysemetoden er godt beskrevet. Innsamla data blei analysert ved hjelp av Malteruds systematiske tekstkondensering. Dei leste gjennom materiale fleire gongar, identifiserte meningsbærande einheita, og slik samla dei kunnskapen i form av fortolkande syntesar.

9. Is there a clear statement of findings?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- If the findings are explicit
- If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments
- If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
- If the findings are discussed in relation to the original research question

Comments: Resultata kjem tydeleg fram på ein oversikteleg måte. Dei leggjer også fram konkrete faktora som kan bidra til forbetra bruk av ESAS utifrå kva dei fant ut i forskinga. Dei har diskutert studiens begrensingar, både i forhold til utval av deltakarane og deira eigen rolle/innflytelse. Resultata er diskutert opp mot forskings spørsmålet.

Section C: Will the results help locally?

10. How valuable is the research?

HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature)
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

Comments: Dei gjev konkrete tiltak til korleis praksis kan forbedrast utifrå kva studien viste som utfordrande ved bruk av ESAS. Dei diskutera at deltakara med mindre erfaring kunne gitt andre resultat, men at bakgrunnen til deltakarane er med på å gje validitet og pålitelighet.



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave i sykepleie

SK152-O-2022-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	03-06-2022 09:00	<b>Termin:</b>	2022 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	07-06-2022 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave i sykepleie		
<b>Flowkode:</b>	203 SK152 1 O 2022 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	450
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7993
----------------------	------

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

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	44
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

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

Nei

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

Nei