

Eli Paulseth og Mina Marie Strande

# Hvordan kan sykepleier ved bruk av ESAS bidra til bedre symptomlindring hos palliative pasienter?

Bacheloroppgave i Sykepleie

Veileder: Kirsten Nordang

Mai 2019



Eli Paulseth og Mina Marie Strande

# Hvordan kan sykepleier ved bruk av ESAS bidra til bedre symptomlindring hos palliative pasienter?

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Veileder: Kirsten Nordang  
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



# SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan kan sykepleier ved bruk av ESAS bidra til bedre symptomlindring hos palliative pasienter?	Dato: 16. 05.19
Deltaker(e)/	Eli Paulseth Mina Marie Strande	
Veileder(e):	Kirsten Nordang	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	ESAS, symptomlindring, palliasjon	
Antall sider/ord:45/9507	Antall vedlegg:1	
<b>Kort beskrivelse av master/bacheloroppgaven:</b> <b>Introduksjon:</b> For å sikre god og kontinuerlig symptomlindring hos palliative pasienter, er det innført et standardisert kartleggingsverktøy, Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). ESAS er ment til bruk av symptomkartlegging hos palliative pasienter. <b>Hensikt:</b> Hensikten med litteraturstudien er å belyse hvorfor ESAS er et viktig kartleggingsverktøy for å gi bedre symptomlindring hos palliative pasienter. Litteraturstudien ses i et sykepleieperspektiv. <b>Metode:</b> Oppgaven er en litteraturstudie. Strukturerte søk har resultert i seks sykepleierelevante forskningsartikler. Disse er blitt analysert kritisk. <b>Resultat:</b> Litteraturstudien har funnet forskjellige faktorer som påvirker ESAS evne til symptomlindring hos palliative pasienter. Det ble i studien avdekket både fordeler og ulemper ved ESAS som kartleggingsverktøy. Disse fordelene og ulempene går ut på systematisk registrering, sykepleiers kompetanse, både pasient og sykepleiers motivasjon og implementeringsutfordringer. <b>Konklusjon:</b> ESAS som kartleggingsverktøy kan bidra til bedre symptomlindring. Sykepleiers kompetanse og erfaring er en viktig faktor. Sett fra et sykepleieperspektiv er det hovedsakelig lindring av symptomer og smerte hos pasienten som er hovedmålet i palliativ pleie. Systematisk kartlegging gir kontinuitet og bedre oppfølging av hver enkelt pasient. Sykepleiers kompetanse og erfaring er sammen med ESAS en forutsetning for god symptomlindring. Pasientens motivasjon og evne til å utføre ESAS henger sammen med sykepleiers motivasjon til å bruke skjema og gi god opplæring. Implementeringsutfordringer henger sammen med ledelsens deltakelse. Studien avdekket noen svakheter med ESAS som kan ligge til grunn for utbedring av innholdet i skjemaet. Dette er avgjørende for bedre symptomlindring til palliative pasienter ved bruk av ESAS.		

## ABSTRACT

Title:	How can nurses contribute to better symptom relief in care for palliative patients by using ESAS?	Date : 16.05.19
Participants/	Eli Paulseth Mina Marie Strande	
Supervisor(s)	Kirsten Nordang	
Keywords (3-5)	ESAS, symptom relief, palliative care	
Number of pages/words: 45/9507	Number of appendix: 1	
<p><b>Short description of the bachelor thesis:</b></p> <p><b>Introduction:</b> To ensure good and continuous symptom relief by palliative patients a standardized mapping tool has been introduced, Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). ESAS is meant for use of symptom mapping by palliative patients.</p> <p><b>Aim:</b> The literature review purpose was to illuminate why ESAS is an important mapping toll to give palliative patients better symptom relief. The literature study must be viewed in a nursing perspective.</p> <p><b>Method:</b> This bachelor thesis is a literature review. Structured searches resulted in six relevant articles. The articles were critically analyzed.</p> <p><b>Results:</b> The bachelor thesis have found various factors that influenced the ESAS ability to alleviate symptoms in palliative patients. The bachelor thesis uncovered both the advantages and disadvantages of ESAS as a mapping tool. These advantages and disadvantages involve systematic registration, nursing skills, both patients and nurse motivation and implementation challenges.</p> <p><b>Conclusion:</b> ESAS as a mapping tool can contribute to better symptom relief. Nursing expertise and experience is an important factor. Seen from a nursing perspective, it is mainly relief of symptoms and pain that is the main goal of palliative care. Systematic mapping provides continuity and better follow- up of each patient. Nursing expertise and experience together with ESAS is a prerequisite for good symptom relief. Patients motivation and ability to perform ESAS is linked to the nursing motivation to use the form and provide good training. Implementation challenges are related to management participation. The bachelor review revealed some weaknesses with ESAS that may be the basis for remediation of the form. This is crucial for better symptom relief for palliative patients using ESAS.</p>		

## Innhold

1.0 Innledning .....	5
1.1 Kreft i palliativ fase.....	5
1.2 Palliasjon.....	5
1.3 ESAS.....	5
1.4 Lindring og palliasjon i sykepleieperspektiv .....	6
2.0 Bakgrunn.....	6
2.1 ESAS som kartleggingsverktøy .....	6
2.2 Symptomer .....	7
2.3 Behandling .....	9
2.4 Patricia Benner .....	9
2.5 Bakgrunn for valg av tema.....	10
2.6 Hensikt med litteraturstudien .....	11
2.7 Problemstilling .....	11
3.0 Metode .....	11
3.1 Om litteraturstudien.....	11
3.2 Kvantitativ- og kvalitativ forskning .....	12
3.3 Søkestrategi .....	12
3.3.1 Strukturerte søk.....	12
3.3.2 Ustrukturerte søk .....	13
3.3.3 Inklusjon- og eksklusjonskriterier .....	13
3.4 Matriser for funn .....	15
3.4.1 Strukturerte funn.....	15
3.5 Kritisk vurdering og analyse av funn .....	18
4.0 Resultatpresentasjon .....	19

4.1 Presentasjon av vitenskapelige artikler .....	19
4.2 Sammendrag av resultat .....	25
4.2.1 Systematisk registrering av symptomer .....	25
4.2.2 Motivasjon, implementering og ledelse i sykeperspektiv.....	25
4.2.3 Pasienten .....	26
4.2.4 Lindring .....	26
4.2.5 Kompetanse .....	27
5.0 Drøfting.....	27
5.1 Sykepleiers kunnskap og erfaring .....	27
5.1.1 Sykepleiers kompetanse .....	27
5.2 Systematisk kartlegging og symptomlindring.....	29
5.2.1 Viktigheten av bedre lindring med systematisk kartlegging .....	29
5.2.2 Lindring .....	31
5.2.3 Livets slutfase .....	33
5.3 Ledelse og samarbeid .....	33
5.3.1 Motivasjon og implementering .....	33
5.4 Kritisk vurdering av litteratur.....	35
5.4.1 Forskningsetiske overveielser.....	36
6.0 Konklusjon.....	38
7.0 Referanseliste .....	40
Vedlegg 1 – ESAS-r.....	45



## 1.0 Innledning

### 1.1 Kreft i palliativ fase

I 2017 var det 33 564 tilfeller av kreft i Norge (Kreftregistret, 2019). Kreft er en vanlig sykdom i Norge og omtrent halvparten av tilfellene kan bli friske av behandlingen. For flere er det kun den lindrende behandlingen som er et alternativ. Risikoen for kreft øker med alderen. Kreft oppstår i celler med genskader og deles inn i ulike tumortyper. En tumor defineres som alle former for hevelse- eller knutedannelse i et organ eller vev. Det er en gruppe celler som vokser ukontrollert. Tumorveksten skjer ved en celledeling og kan vokse inn i omkringliggende vev eller spre seg til resten av kroppen. Denne veksten kalles maligne tumorer. Metastasing skjer gjennom blodstrøm, lymfebaner eller kroppshulrom til andre organer (Bertelsen, Hornslien og Thoresen, 2016). Den palliative fasens prosess starter i det sykdommen blir presentert som uhelbredelig og avsluttes når pasienten dør (Helsedirektoratet, 2015).

### 1.2 Palliasjon

Palliasjon kommer fra det engelske ordet “palliative care”. Ordet er ofte forbundet med lindrende behandling, omsorg og hospice. Palliasjon består av behandling, pleie og omsorg (NOU 2017:16). Helsedirektoratet definerer palliasjon som aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter. Lindring av den fysiske smerten, samtidig med tiltak mot psykiske, sosial og åndelige problemer. Pasientgruppen består av pasienter med inkurabel sykdom eller kort forventet levetid (Helsedirektoratet, 2015). Prinsippet med grunnleggende palliasjon gjelder generelt helsepersonell som jobber med alvorlig syke og døende pasienter. Grunnleggende palliasjon tar for seg blant annet kartlegging av symptomer og plager, og lindring av symptomer (Helsedirektoratet, 2015).

### 1.3 ESAS

Lindring av symptomer står sentralt i palliativ behandling. Symptomer er subjektive og det er vist gjennom studier at systematisk kartlegging er viktig for optimal symptomlindring. Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) er et kartleggingsverktøy som ble utviklet for å kunne

utføre gjentatte målinger av symptomintensitet. Det er et av de mest brukte skjemaene for egenrapportering av symptomer innen palliativ omsorg. I Norge anbefales ESAS-skjemaet som standard kartleggingsverktøy for pasienter i palliativ fase (Bergh et al., 2012).

#### 1.4 Lindring og palliasjon i sykepleieperspektiv

En del av den palliative kulturen omhandler den helhetlige tilnærmingen til pasienten, der sykepleieren vil ha en sentral rolle. De ser pasienten og gjør sine observasjoner og fokuset vil være pasientens beste. Sykepleiers rolle er å arbeide aktivt og målrettet ved kartlegging, forebygge smerte og lindring av symptomer. Palliativ kultur kjennetegner også tilrettelegging av behov og forutse komplikasjoner som kan oppstå. Kommunikasjonen bør være åpen både mellom sykepleier og pasient, og tverrfaglig på tvers av nivåene (Helsedirektoratet, 2015). Sykepleier i samråd med lege vurderer fortløpende pasientens endring av symptomer og tilpasser behandlingen. Det kan innebære seponering av medikamenter, målinger og prosedyrer (Brenne og Dalene, 2016).

## 2.0 Bakgrunn

### 2.1 ESAS som kartleggingsverktøy

ESAS ble utviklet av Eduardo Bruera i 1991 og har siden da blitt et viktig kartleggingsverktøy blant palliative pasienter (Hui og Bruera, 2017). I 2010 ble det utviklet en revidert versjon av Edmonton Symptom Assessment System som ble kalt ESAS-r (Bergh et al., 2012). Se vedlagt skjema (Norsk Helseinformatikk, 2018). Den nye versjonen ble utviklet i tett dialog med brukergruppen for å gjøre skjemaet så brukervennlig som mulig (Bergh et al., 2012). ESAS-r skjemaet inneholder mange av de samme elementene som det originale ESAS-skjemaet. Skjemaet dekker åtte av de vanligste symptomene ved langtkommet kreft: smerte, slapphet, døsighet, kvalme, nedsatt matlyst, tung pust, depresjon og angst. I tillegg kartlegges generelt velvære. Skjemaet har også en åpen kategori der pasienten selv kan oppgi et spesifikt symptom som for eksempel obstipasjon. ESAS kartlegger symptomene på en skala fra null til ti, der null er ingen smerte og ti beskriver verst tenkelige smerte (Hui og Bruera, 2017). For å unngå

feilregistrering er det viktig med tilstrekkelig informasjon og opplæring til pasienten av sykepleier eller lege (Bergh et al., 2012).

Pasienter i palliativ fase bør følges regelmessig med symptomregistrering ved hjelp av kartleggingsverktøy. ESAS-r anbefales som et standard kartleggingsverktøy i palliasjon for både kommune- og spesialisthelsetjenesten i Norge (Helsedirektoratet, 2015). Kartlegging inkluderer anamnese, klinisk undersøkelse, bruk av standardiserte kartleggingsverktøy, billeddiagnostikk og andre undersøkelser (Knudsen og Kaasa, 2016). Ved utskrivelse fra sykehus er det viktig med kommunikasjonsutveksling mellom de ulike tjenesteområdene. Informasjonen bør videreformidles på et nivå, som gjør at det er enkelt for den nye instansen å videreføre kartleggingen i kommunehelsetjenesten (NOU 2017:16).

## 2.2 Symptomer

Kreftpasienter er utsatt for store fysiske påkjenninger og opplever ofte at den fysiske kapasiteten blir vesentlig nedsatt. Loge og Kaasa (2016b) skriver at kreft kan oppfattes synonymt med døden for mange. Psykiske symptomer som bekymring, søvnvansker, uro og tristhet er en del av forløpet av kreftsykdommen. Den siste delen av den palliative fasen er ofte preget av redusert fysisk funksjon og et høyt nivå av fysiske symptomer. Målet for lindrende behandling hos pasienten er best mulig livskvalitet og det krever lindring av fysiske og psykiske symptomer (Loge og Kaasa, 2016b). ESAS tar for seg kartlegging av symptomene beskrevet under.

Definisjonen av smerte er sensorisk ubehag og en emosjonell opplevelse av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse. Smerte er et sammensatt fenomen og er alltid subjektiv. Smerte influeres av fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og eksistensielle forhold. Hos pasienter med langtkommet kreft er smerte et av de symptomene som pasienten frykter mest. Søvn er et grunnleggende behov og kan bli forstyrret av smerter (Knudsen og Kaasa, 2016). Andre forhold som kan forstyrre søvnen og føre til døsighet er nattedyspne, inaktivitet, forstyrrelse av biologiske rytmer og bivirkninger av medikamenter (Loge og Kaasa, 2016b) Nedsatt almenntilstand

forbindes med slapphet og utmattelse. Slapphet er mangel på krefter. Begrepet henger sammen med pasientens aktivitetsnivå i forhold til normalen (Bertelsen, Hornslien og Thoresen, 2016).

Kvalme er en av de vanligste symptomene kreftpasienter blir rammet av. Det kan komme av diagnosen, men også være en bivirkning av medikamenter. Kartlegging av årsaken til kvalmen er viktig for å kunne forebygge og lindre (Bertelsen, Hornslien og Thoresen, 2016). Kvalme, munntørrhet og smaksforandringer som er svært vanlig ved kreftbehandling kan også bidra til nedsatt matlyst. Faktorer som tygge- og svelgevansker kan også bidra til dårlig ernæring (Bye og Balstad, 2016)

Dyspne eller tungpust er et ubehagelig symptom med opplevelse av for lite luft. Årsaker til dyspne kan være væskeansamling i lungene, i buken og tette luftveier. Lindrende tiltak mot dyspne kan være tilførsel av oksygen og medikamentell behandling. Dyspne kan være sammensatt og omhandle angst og uro (Brenne og Dalene, 2016). Nedstemthet kan ofte forekomme hos kreftpasienter generelt. Nedstemthet er mangel på interesser og evne til å føle glede (Loge og Kaasa, 2016b). Opplevelse av angst og uro er svært fremtredenene hos pasienten i den palliative fasen. Det kan forbindes med redsel for smerte, være alene og døden (Brenne og Dalene, 2016).

Obstipasjon eller forstoppelse er et vanlig symptom hos palliative pasienter. Det kan skyldes diagnosen, tumor, innsnevring i tarmen eller sterke smertestillende (Bertelsen, Hornslien og Thoresen, 2016). Obstipasjon kan gi utslag i form av andre symptomer som smerte, slapphet og kvalme. Diare kan være et problem i seg selv, men kan også skyldes obstipasjon (Bye og Balstad, 2016). Velvære i palliativ sammenheng og under kartlegging av ESAS omhandler hvordan pasienten har det på generell basis til tross for sykdom. Velvære er en subjektiv oppfatning. Sykepleier kan bidra til velvære for pasienten som munnstell, forebygging av trykksår, hjelp til forflytting og stell (Stubberud, 2015).

## 2.3 Behandling

Målet med den palliative behandlingen er å gi best mulig livskvalitet til pasienten. Livskvalitet i denne sammenheng er individets opplevelse av egen helse og konsekvensen av helsen i dagliglivet. Begrepet tar også for seg individets opplevelse av glede og mening (Finset, 2016). Behandlingen skal hverken fokusere på å fremskynde døden eller gjøre livet lenger, men se på døden som en del av livet. Palliativ behandling kan være rettet mot sykdommen, symptomlindrende, symptomforebyggende og gi en livsforlengende effekt. Behandlingen må kartlegges i forhold til bivirkning og effekt, regelmessig følges opp og justeres. For den døende pasienten bør tiltak som seponering av uhensiktsmessig behandling utføres, og kun fokus på lindring av symptomene (Helsedirektoratet, 2015).

God palliasjon krever organisering og tilstrekkelig kompetanse på tvers av helsetjenestene. De palliative pasientene skal kunne tas vare på av alle nivåer i helsevesenet. Under den palliative fasen vil som oftest pasienten ha flere opphold i både spesialist- og kommunehelsetjenesten. På enkelte sengeposter i spesialisthelsetjenesten er det øremerkede senger til palliative pasienter. Under kommunehelsetjenesten finnes tilbud på sykehjem og hospice. Mange pasienter ønsker hjemmebasert omsorg. Det krever tett samarbeid mellom fastlege og hjemmesykepleie. Tverrfaglige behandlingsteam og ressurspsykepleiere kan også være med å bidra på tvers av tjenestene (Helsedirektoratet, 2015).

## 2.4 Patricia Benner

Sykepleieteoretikeren, Patricia Benner har skrevet boka *Fra novise til ekspert: mestring og styrke i klinisk praksis*. Hun har tatt utgangspunkt i Dreyfus-brødrenes teori. Dreyfus-modellen beskriver fem ulike stadier i menneskets læreprosess. Benner gjengis i Brykczynski (2011) om hvordan kunnskap innen sykepleie går fra å være teoretisk til praktisk, og hvordan kunnskapen opparbeides ved erfaring. Benner bruker modellen, *fra novise til ekspert*. Den er utformet på fem nivåer: Novise, avansert nybegynner, kompetent, kyndig og ekspert. Modellen beskriver utviklingen til sykepleieren i klinisk praksis (Brykczynski, 2011).

## 2.5 Bakgrunn for valg av tema

Lindring av plagsomme symptomer står sentralt i palliativ behandling. Systematisk kartlegging av symptomer er en viktig forutsetning for optimal symptomlindring (Bergh et al., 2012). ESAS har de siste 25 årene utviklet seg til å bli et av de mest vanlige verktøyene for kartlegging av symptomer hos palliative pasienter (Hui og Bruera, 2017).

Palliasjon krever god planlegging og forutsigbarhet. Grunnet økende antallet krefttilfeller i året vil forventningene om god helsehjelp bli økende hos befolkningen (Kreftregistret, 2019). Det vil føre til et større behov for kompetanse av symptomlindring av palliative pasienter. God planlegging og forutsigbarhet vil stå sentralt. Det krever et detaljert og pasienttilpasset forløp (NOU 2017:16). ESAS var et av de første kartleggingsverktøyene som ga en god beskrivelse av pasientens symptombylle. Utviklingen av skjema har vært svært viktig for den palliative kulturen (Hui og Bruera, 2017). For god yrkesutøvelse er det pasientens egne erfaringer, meninger og uttrykk som er nøkkelen til god sykepleie (NOU 2017:16).

God palliasjon krever at sykepleier har den nødvendige faglige kompetansen. Det forutsetter at sykepleier har både kunnskaper, ferdigheter og holdninger som er til nytte for pasienten i den palliative fasen. Sykepleieren møter pasienten i ulike situasjoner og er en av de som står pasienten nærmest (Helsedirektoratet, 2015). De yrkesetiske retningslinjene bygger på grunnlaget for at all sykepleie skal være etisk faglig forsvarlig. Sykepleieren har som ansvar å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (Norsk sykepleierforbund, 2016).

Spørreskjemaet ESAS er ifølge Bergh et al. (2012) mindre belastende for pasientene ved kartlegging. Systematisk kartlegging bør gjennomføres for et helhetlig symptombylle. Dette gjør at pasientene er godt kjent med skjemaet og kjenner til systematikken. Kartleggingen av symptomene gjør det mulig for sykepleier å dokumentere ovenfor legen hvilke symptomer og smertegrad pasienten har. Dette vil føre til en stabilitet og validitet gjennom hele behandlingsforløpet. Standardiserte kartleggingsverktøy vil gi kvalitet og kontinuitet på tvers av tjenestene (Bergh et al., 2012).

## 2.6 Hensikt med litteraturstudien

Hensikten med litteraturstudiet er å belyse hvorfor ESAS er et viktig kartleggingsverktøy for å gi bedre symptomlindring hos palliative pasienter. Litteraturstudien ses i et sykepleieperspektiv.

## 2.7 Problemstilling

*Hvordan kan sykepleier ved bruk av ESAS bidra til bedre symptomlindring hos palliative pasienter?*

## 3.0 Metode

### 3.1 Om litteraturstudien

En litteraturstudie benytter data som er samlet inn av andre. Dette kalles sekundærdata. Det er informasjon fra bøker, tidsskrifter og databaser. Magnus og Bakketeig (2000, som sitert i Thidemann 2019) skriver at i en litteraturstudie systematiseres kunnskap fra skriftlige kilder. Dette innebærer å gå kritisk igjennom den aktuelle litteraturen og sammenfatte den. Hensikten er å oppnå en god og oppdatert kunnskap om problemstilling som etterspørres (Thidemann, 2019).

Hensikten med metodekapittelet i litteraturstudien er å beskrive hvordan man fremskaffer kunnskapen. Alle måter å finne ny kunnskap på hører til under metode. Metoden er selve redskapet og hjelper oss med å samle inn data. Metodisk fremgangsmåte vil si å følge en vei mot et mål. Det er forskerens oppgave å begrunne styrker og svakheter ved metoden som kan påvirke resultatet (Dalland, 2017). Hensikten i denne litteraturstudien er å finne nyttheten av kartleggingsverktøyet, ESAS i forhold til symptomlindring hos palliative pasienter.

### 3.2 Kvantitativ- og kvalitativ forskning

Kvantitativ metode er et naturvitenskapelig kunnskapssyn. Kvantitative data er målbare enheter, som tall og er objektiv data som gir eksakte faktakunnskap. Tallene viser nøyaktige regneoperasjoner som kan vises i form av statistikk og formidles i tabeller. Det er nødvendig når en skal fremstille objektiv data for å få oversikter, fordelinger, frekvenser og årsak- og virkningsforhold. Sammenligninger kan foretas. Spørreskjemaer og undersøkelser med faste svaralternativer gir en systematisk og strukturert datainnsamling (Thidemann, 2019).

Kvalitativ metode er en humanvitenskapelig kunnskapstradisjon. Hensikten med metoden er å finne kunnskap om menneskelige egenskaper, som meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Datainnsamlingen foregår ved intervjuer, observasjoner, feltarbeid og dokumentanalyse. Dataene kalles myke data og innsamles ved mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter. Intervju med åpne spørsmål er et eksempel på en kvalitativ metode (Thidemann, 2019).

### 3.3 Søkestrategi

Det systematiske søket etter forskningsartikler ble gjort i sentrale databaser for helsefag. Blant disse ble det søkt i SveMed+. Det er en skandinavisk database med referanser til både fag- og forskningsartikler innenfor helsefaglige tidsskrifter. De fleste artiklene er skrevet på skandinavisk og noe engelskspråklig. PubMed ble også brukt i det systematiske søket. Det er den mest populære databasen for helsepersonell. Den dekker forskningsartikler som medisin, sykepleie og tannhelse. Databasen dekker forskjellige språk, men for det meste engelsk (Thidemann, 2019). Valget for bruk av disse databasene var på grunnlag av relevante artikler som passet inn med inklusjonskriteriene og med sykepleiefaglig relevans.

#### 3.3.1 Strukturerte søk

Søkestrategien ble utført ved å bruke ulike emneord eller enkle søkeord. Disse ble gjort i flere kombinasjoner. Emneordene fungerer som søkeord i databasen. Ved å søke opp bare et emneord kommer det opp mange treff på søket. For å avgrense disse brukes emneord sammen med



“AND” imellom. Da kom det opp referanser som inneholder emneordene (Thidemann, 2019). De hyppigste søkeordene som ble brukt var: ESAS, lindring, smerte, kreftpasienter, symptomregistrering, smertebehandling, palliative care, cancer symptoms, nursing, competence, Norway, pain og treatment. Det ble gjort søk med ulike kombinasjoner av disse ordene. I databasen SveMed+ ble det både søkt med engelsk og norske ord. I PubMed ble det kun brukt engelske ord (Thidemann, 2019). Ved å kombinere flere emneord avgrenset dette søket og antall treff. Begrenset antall treff gjorde det lettere å se nærmere på enkelte artikler på bakgrunn av relevante overskrifter. Artikkene med relevante overskrifter ble sett nøyere på og lest abstraktene. Dersom abstraktene viste til relevant forskning i forhold til problemstilling, ble artikkene sett nøyere igjennom. Før søkene ble det satt opp inklusjons- og eksklusjonskriterier. De som ikke hadde inklusjonskriterier ble forkastet.

### 3.3.2 Ustrukturerte søk

For å finne artikler til litteraturstudien ble det også utført ustrukturerte søk. Disse ble utført i Google Scholar. Noen av artikkene ble oppdaget i referanselistene på tidligere funnet artikler. Det å lese gjennom artiklers referanseliste er en metode å finne relevante studier på (Thidemann, 2019). Ved å bruke relevante søkerord til artikkene funnet i referanseliste, ble artikkene funnet ved strukturerte søk i databasen SveMed+ og PubMed. Det ble ikke brukt noen artikler som kun ble utført ved ustrukturerte søk.

### 3.3.3 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publisert etter år 2000</li> <li>• Norsk, svensk, dansk eller engelskspråklig artikkel</li> <li>• Gjennomført i vestlige land, eller med direkte overføringsverdi til Norge</li> <li>• Sykepleiefaglig fokus</li> <li>• Fagfellevurdert artikkel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artikler som ikke har sykepleiefaglig fokus</li> <li>• Studier som ikke er overførbare til norske forhold</li> </ul>

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Vitenskapelig nivå 1 eller 2</li><li>• IMRAD-struktur</li></ul> |  |
|---|--|

Thidemann (2019) beskriver at man skal avgrense søkene og lese de kritisk og reflektert. Dette gjør det leter å skille ut artiklene som inneholder relevant forskning for litteraturstudien (Thidemann, 2019). Ved å lage inklusjonskriterier blir denne prosessen enklere.

Eksklusjonskriteriene hjelper til med å ekskludere de artiklene som man på forhånd har bestemt ikke passer inn i forskningen. Problemstillingen inneholder palliasjon, kartlegging og symptomlindring. Innenfor dette temaet er ikke forskningen kommet mye lenger de siste tiårene (Hui og Bruera, 2017). Eldre forskning innenfor palliasjon er fremdeles aktuelt i forhold til dagens utvikling (Loge og Kaasa, 2016a) Derfor ble det valgt å avgrense med forskning publisert etter år 2000, da dette anses som nyere forskning innenfor temaet. Valg av språket i artikkelen er for å minske risiko for urelevant forskning, da det kan forekomme feil i oversettelse av språk. Studien er gjennomført i vestlige land med direkte overføringsverdi til Norge. Kriteriene for å underbygge informasjonen i artiklene skal være relevant for norsk sykepleie.

Et krav til denne litteraturstudien er sykepleierfaglig fokus og må ses fra et perspektiv der sykepleiers rolle er beskrevet. Et annet inklusjonskriterier er at artiklene må være fagfelleverdert. Fagfelleverdert vil si at redaktøren i tidsskriftet vurderer og godkjenner artikkelen sammen med minimum en ekspert innenfor fagfeltet. Register over vitenskapelige publiseringskanaler (NSD) benyttes til å undersøke om en artikkel er vitenskapelig fagfelleverdert til nivå 1 eller nivå 2. Nivået indikerer kvaliteten på den vitenskapelige publiseringskanalen til artikkelen. Nivå 2 har høyest prestisje, men nivå 1 er også godkjent som vitenskapelig publikasjon (Norsk senter for forskningsdata, 2019). IMRAD-struktur innebærer at den vitenskapelige artikkelen har artikkelstruktur. Denne artikkelstrukturen består av en innledning, metode, resultat, diskusjonsdel og konklusjon. Tidsskrifter som publiserer vitenskapelige artikler pålegges å følge denne strukturen (Thidemann, 2019).

### 3.4 Matriser for funn

#### 3.4.1 Strukturerte funn

Dato	Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Tittel på valgt artikkel
25.03.2019	SveMed+	1.ESAS 2. Cancer symptoms 3.Palliative care 4.Lindring	1 AND 2 AND 3 3 AND 4	33 22 1156 0 54 14	Nr. 1 Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak.

Dato	Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Tittel på valgt artikkel
25.03.2019	SveMed+	1.Palliative Care 2. ESAS	1 AND 2	1156 33 2	Nr. 1 Sykepleiers bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS).

Dato	Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Tittel på valgt artikkel
25.03.2019	SveMed+	1.Smerte 2. Kreft pasienter 3.Symptomregistrering 4.Sykehusinnleggelse	2 AND 4	4640 63 1 2562 2	Nr. 1 Symptomregistreing hos kreftpasienter ved sykehusinnleggelse.

Dato	Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Tittel på valgt artikkel
26.03.2019	PubMed	1.Pain 2. Cancer 3.Nursing 4.Treatment  5.Hospital  6.Palliative care  7. ESAS	1 AND 2 AND 3 AND 4  1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5  1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5 AND 6  1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5 AND 6 AND 7	770859 3832260 734416 10457270 4090 4518239 1542 72178 500 1441 10	Nr. 9 Palliative care nurses, perceptions of the Edmonton Symptom Assesment Scale: a pilot survey.

<b>Dato</b>	<b>Database</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Kombinasjoner</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Tittel på valgt artikkel</b>
25.03.2019	PubMed	1.Palliative care 2. Nursing 3.Competence	1 AND 2 AND 3	72149 734210 163010 604	Nr. 7 Barriers to and facilitators for implementing quality improvements in palliative care – results from a qualitative interview study in Norway.
		4.Norway	1 AND 2 AND 3 AND 4	137199 23	Nr. 15 Clinical competence in palliative nursing in Norway: the importance of good care routines

### 3.5 Kritisk vurdering og analyse av funn

For å kunne vurdere faglig kvalitet, relevans på artiklene og de eventuelle funnen må de leses nøye og med kritiske øyne. Det kan være nyttig å bruke standardiserte sjekklister (Thidemann, 2019). Å holde fokus på problemstillingen og inklusjons- og eksklusjonskriteriene er viktig. Den kritiske vurderingen og analysen av funnene skal kunne vurdere om artiklene besvarer det problemstillingen ønsker å belyse (Thidemann, 2019). Når man analyserer en tekst granskes innholdet, og teksten tolkes for å gi forståelse for ønsket tema. Resultatene fra artikkelen og relevante funn som kan svare på problemstillingen avgjør om den kan brukes i litteraturstudien (Thidemann, 2019).

## 4.0 Resultatpresentasjon

### 4.1 Presentasjon av vitenskapelige artikler

<b>Referanser</b>	<p>Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak</p> <p><i>Sykepleien Forskning</i></p> <p>Vigstad, S., Clancy, A. og Broderstad, A. R. (2018)</p> <p><b>Land:</b> Norge</p>
<b>Hensikt</b>	<p>Belyse palliative kreftpasienters rapportering av sine symptomer ved ankomst og utreise fra en palliativ enhet.</p>
<b>Metode</b>	<p><b>Forskningsmetode:</b> Kvantitativ forskning</p> <p><b>Deltakere:</b> Palliative kreftpasienter fra Palliativ enhet (UNN Harstad). 274 pasienter: 135 kvinner og 139 menn.</p> <p><b>Måleverktøy:</b> Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ved innkomst og utreise.</p>
<b>Resultat</b>	<p>God palliativ behandling innebærer at sykepleier er oppmerksom og har kunnskap om pasientens symptomer. Den systematiske registreringen av data gjør det mulig å ta tak i symptomer som ellers kunne blitt oversett. Tidlig kartlegging og behandling reduserer risiko for store symptomer. Det er en vist reduksjon av symptomer ved utreise.</p>
<b>Kildekritikk</b>	<p><b>Styrker:</b> IMRAD-struktur</p> <p>Fagfellevurdert og vitenskapelig tidsskriftnivå 1</p> <p>Nyere forskning</p> <p>Bruk av ESAS som screeningsverktøy</p> <p><b>Svakheter:</b> Fulgte kun pasienter over noen dager og ga ikke informasjon om hvilke konsekvenser symptomlindringen hadde i forhold til prognose, livskvalitet og livslengde.</p>

<b>Referanser</b>	<p>Sykepleieres bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS).</p> <p><i>Sykepleien forskning</i></p> <p>Myhra, C. B. og Grov, E. K. (2010)</p> <p><b>Land:</b> Norge</p>
<b>Hensikt</b>	<p>Hensikten med studiet var å kartlegge bruken av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) blant sykepleiere som arbeider med pasienter i palliativ fase ved sykehjem.</p>
<b>Metode</b>	<p><b>Forskningsmetode:</b> Kvantitativ metode</p> <p><b>Deltakere:</b> Sykepleiere ansatt ved sykehjem med egne palliative avdelinger eller egne senger forbeholdt pasienter i palliativ fase. 134 sykepleiere, ved 18 sykehjemsavdelinger i 18 kommuner, hvor 16 kommuner valgte å delta.</p> <p><b>Måleverktøy:</b> Et strukturert spørreskjema som bestod av 29 lukkede spørsmål og påstander, med en graderingsskala med svaralternativer. Påstandene tok utgangspunkt i hvordan litteraturen mener bruken av ESAS bør være. Spørreskjemaet har også 13 åpne spørsmål angående hver enkelt sykepleier.</p>
<b>Resultat</b>	<p>Det er hovedsakelig likhet i sykepleiernes bruk av ESAS ved palliative enheter og de på avdelinger med kun palliative sengeplasser. Forskjellen gjelder planer for bruk av ESAS. Palliative enheter har i større grad skriftlige rutiner for bruk av ESAS. De ansatte har fått opplæring i bruk av ESAS, og bruker i større grad kartleggingsverktøyet. Ved avdelingene med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase blir ikke skjemaet i så stor grad benyttet som systematisk kartleggingsinstrument. Sykepleierne rapporterte at deres pasienter er for dårlige til å kunne bruke ESAS systematisk. Pasientens helsetilstand er dermed avgjørende.</p>
<b>Kildekritikk</b>	<p><b>Styrker:</b> IMRAD –struktur.</p> <p>Fagfellevurdert og vitenskapelig tidsskriftnivå 1.</p> <p><b>Svakheter:</b> Kun 62% av deltakerne som svarte, noe som sett i sammenheng med at det er en liten studie i utgangspunktet kan gi misvisende resultat.</p>



<b>Referanser</b>	<p>Symptomregistrering hos kreftpasienter ved sykehusinnleggelse</p> <p><i>Tidsskrift for Norske Lægeforeningen</i></p> <p>Seland, M., Kaasa, S. og Klepstad, P. (2005)</p> <p><b>Land:</b> Norge</p>
<b>Hensikt</b>	<p>Hensikten med studien var å undersøke i hvilken grad og hvordan smerte, symptomer og bivirkninger blir dokumentert ved innleggelse i sykehus hos kreftpasienter.</p>
<b>Metode</b>	<p><b>Forskningsmetode:</b> Kvantitativ metode</p> <p><b>Deltakere:</b> 201 kreftpasienter under pågående morfinbehandling over 18 år ved St. Olavs hospital i tidsrommet 1999-2001.</p> <p><b>Måleverktøy:</b> Leger og sykepleieres registrering av smerte og andre symptomer funnet i journal og kurve. Pasientens egenrapport av smerte.</p>
<b>Resultat</b>	<p>Status for smerte ble registrert ved 90% av innleggelsene. Leger registrerte smerte noe hyppigere enn sykepleiere. Både leger og sykepleiere brukte hovedsakelig fritekst i registreringen. Sykepleierne brukte standardiserte metoder for gradering av smerteintensitet oftere enn legene. Status ved avføring ble registrert 81% av innleggelsene, sedasjon ved 37% og kvalme ved 31% av innleggelsene. Der det manglet dokumentasjon av smerte var også pasientens egendokumentering av smerte lav.</p> <p>Studien viser at det er fokus på smerte blant leger og sykepleiere og til en viss grad bivirkninger som problem. Intensitet og bivirkninger dokumenteres i liten grad. Registrering av smerte og bivirkninger bør standardiseres for å kunne gi optimal smertelindring til pasienter.</p>
<b>Kildekritikk</b>	<p><b>Styrker:</b> IMRAD-struktur</p> <p>Fagfellevurdert og vitenskapelig tidsskriftnivå 1</p> <p><b>Svakheter:</b> Eldre forskning, utgitt i år 2005 og basert på data som er samlet inn fra pasienter så langt tilbake som 1999 – 2001.</p> <p>Registreringen er foretatt ved ett enkelt sykehus og ved en enkelt avdeling. Noe som gjør at resultatet kan være unøyaktig, da en spesialavdeling for kreftpasienter kan ha bedre rutiner for å systematisk samle inn data om pasienters smerte.</p>

<b>Referanser</b>	<p>Barriers to and facilitators for implementing quality improvements in palliative care – results from a qualitative interview study in Norway.</p> <p><i>BMC Palliative Care.</i></p> <p>Sommerbakk et al. (2016)</p> <p><b>Land:</b> Norway</p>
<b>Hensikt</b>	<p>Hensikten med studien er å identifisere faktorer som oppfattes som fordeler eller ulemper for å forbedre palliativ behandling ved kreft- og demensomsorgen i Norge.</p>
<b>Metode</b>	<p><b>Forskningsmetode:</b> Kvalitativ metode</p> <p><b>Deltakere:</b> 20 ansatte ved to sykehus, ett sykehjem og to lokale medisinske sentre.</p> <p><b>Måleverktøy:</b> Individuelle og gruppebaserte intervjuer.</p>
<b>Resultat</b>	<p>Resultatet viste tolv faktorer som påvirket implementeringen av kvalitetsforbedring i palliativ omsorg. Forhold som påvirket implementeringen av ESAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Troverdigheten til pasienten.</li> <li>• Personalets syn.</li> <li>• Delt ansvar blant personalet.</li> <li>• Enkelheten av skjemaet ble oppgitt som en faktor for å benytte ESAS.</li> <li>• Kompetansen, motivasjon, palliativ kunnskap og selvtillit hos sykepleier.</li> <li>• Pasientens motivasjon var vesentlig.</li> <li>• Kontakt mellom pasient og sykepleier.</li> <li>• Ledelse i forhold til kurs og undervisning til sykepleierene.</li> </ul>
<b>Kildekritikk</b>	<p><b>Styrker:</b> IMRAD-struktur.</p> <p>Fagfellevurdert og vitenskapelig tidsskriftnivå 1</p> <p>Forskning innenfor ulike helsetjenester</p> <p><b>Svakheter:</b> Få deltagere, kun 20 ansatte ved ulike helsetjenester i Norge.</p> <p>Intervjuene ble utført på bakgrunn av tidligere hendelser og kan dermed gi et endret bilde av situasjonen grunnet selektiv hukommelse.</p>

<b>Referanser</b>	<p>Clinical competence in palliative nursing in Norway: The importance of good care routines</p> <p><i>International journal of palliative nursing</i></p> <p>Slåtten, K., Fagerström, L. og Hatlevik, O. E. (2010)</p> <p><b>Land:</b> Norge</p>
<b>Hensikt</b>	<p>Hensikten med studien var å undersøke viktigheten av systematisk kartlegging av palliative pasienter i forhold til ESAS og klinisk kompetanse.</p>
<b>Metode</b>	<p><b>Forskningsmetode:</b> Kvantitativ metode</p> <p><b>Deltakere:</b> Spesialsykepleiere med palliativ videreutdanning i Bergen eller Oslo imellom år 2000 til 2006. 122 svarte på undersøkelsen av 235.</p> <p><b>Måleverktøy:</b> Spørreskjema om palliativ kjernekompetanse og om bruk av ESAS-skjema. 176 punkter som tok for seg kompetanse innenfor lindring, pasientsentrert omsorg, kompetanse, dialog, pårørendeomsorg, tverrfaglig samarbeid og faglig utvikling. Spørsmål om egen kompetanse og bakgrunn, antall års erfaring som sykepleier og spesialsykepleier.</p>
<b>Resultat</b>	<p>Resultatet viste viktigheten av gode omsorgsrutiner og kompetanse om smerte, kvalme, angst, tretthet, munnhelseproblematikk og bruk av ESAS. Bruken av ESAS fremmet en systematisk kartlegging og kvaliteten på sykepleien. Samtidig ser de utfordringene med å utvikle nye læreplaner i tråd med skiftende miljø og nye krav relatert til pasientens behov. Forskningen så viktigheten av individuell sykepleie og pasientens individuelle behov.</p>
<b>Kildekritikk</b>	<p><b>Styrke:</b> IMRAD-struktur</p> <p>Fagfellevurdert og vitenskapelig tidsskriftnivå 1</p> <p><b>Svakheter:</b> Alle deltagerne gjorde en subjektiv vurdering. Det kan medføre over- eller undervurdering av egen kompetanse.</p>

<b>Referanser</b>	<p>Palliative care nurses' perceptions of the Edmont Symptom Assessment Scale: a pilot survey</p> <p><i>International Journal of Palliative Nursing</i></p> <p>Watanabe et al. (2006)</p> <p><b>Land:</b> Canada</p>
<b>Hensikt</b>	<p>Hensikten med studien er å få en oversikt over bruken og rutineene av ESAS hos palliative pasienter utført av sykepleiere. Studien ønsker å finne ut om sykepleierne ser på ESAS som et virkningsfullt hjelpemiddel i forhold til palliativ behandling. Det er en pilotstudie som ønsker å understreke ESAS som kartleggingsverktøy.</p>
<b>Metode</b>	<p><b>Forskningsmetode:</b> Kvantitativ metode</p> <p><b>Deltakere:</b> 74 sykepleiere ansatt i Edmonton Palliative Care Program i Canada ble invitert til å delta i en frivillig studie om fordelene og bruken av ESAS. 48 valgte å delta.</p> <p><b>Måleverktøy:</b> Undersøkelsesskjema med fem påstander om fordelene og gjennomførbarheten om ESAS på en skala fra en til fem. Sykepleierne ble også spurt om å vurdere hvor mye tid de brukte på å administrere og fylle ut ESAS. Det ble også gitt plass til å skrive ned forslag og forbedringer i undersøkelsen.</p>
<b>Resultat</b>	<p>Studien viser til at ESAS tok lite tid og krefter å utføre. De palliative sykepleierne oppfatning av ESAS var generelt god, men at det var variasjon i forhold til faglig kompetanse.</p>
<b>Kildekritikk</b>	<p><b>Styrker:</b> IMRAD-struktur</p> <p>Fagfellevurdert og vitenskapelig tidsskriftnivå 1</p> <p><b>Svakheter:</b> Anonymiteten i undersøkelsen gjorde at man ikke kunne vurdere sykepleierne personlige erfaringer og kompetanse.</p> <p>Det at sykepleierne skulle estimere hvor mye tid de brukte i stedet for å faktisk måle hvor lang tid de brukte.</p>

## 4.2 Sammendrag av resultat

### 4.2.1 Systematisk registrering av symptomer

Systematisk registrering av symptomdata ved hurtig iverksetting av symptomlindrende tiltak fører til redusert symptombelasting. Bruk av ESAS systematisk øker muligheten for å oppdage symptomer som ellers kunne blitt oversett. Resultatet viste at den systematiske kartleggingen fører til at pasienten får bedre lindring (Vigstad, Clancy og Broderstad, 2018). Slåtten, Fagerström og Hatlevik (2010) beskriver at systematisk bruk av ESAS forbedrer kvaliteten på sykepleien. Seland, Kaasa og Klepstad (2005) fant i sin studie et forbedringspotensial på å utføre symptomregistrering på en mer systematisk måte. De henviser til ESAS som et forslag til utbedring.

Watanabe et al. (2006) fant ut at ESAS tok lite tid å utføre for de palliative sykepleierne. Den generelle oppfatningen var at ESAS var et godt verktøy. Kompetansen til sykepleierne om verktøyet viste seg å være varierende. I denne studien var 63,8 % av sykepleierne i utgangspunktet positive til bruken av ESAS i forhold til ressursene. Studien viste at sykepleierne i gjennomsnitt brukte 6,7 minutter på gjennomføringen (Watanabe et al., 2006).

### 4.2.2 Motivasjon, implementering og ledelse i sykeperspektiv

Sykepleierne i Sommerbakks et al. (2016) studie så ikke nytten av å bruke ESAS i begynnelsen av implementeringen. De var ikke motivert til å bruke ekstra tid til å få pasientene til å fylle ut skjema. Motivasjonen deres økte da legene ønsket pasientenes ESAS-score. Det gjorde at sykepleieren så nytten og bruken av den innsamlede dataen. For å implementere et nytt verktøy må ledelsene motivere de ansatte slik at alle ser nytten for å skape en kontinuitet (Sommerbakk et al., 2016). Studien utført av Slåtten, Fagerström og Hatlevik (2010) viser også til at implementering av nye verktøy krever opplæring og motivasjon av ledelsen. En annen fordel var at det ga sykepleier likt rapporteringsgrunnlag. Seland, Kaasa og Klepstads (2010) resultat av studien beskriver at kartleggingen av smerte bør standardiseres for å lette samarbeidet mellom de ulike behandlerne. Myhra og Grov (2010) viser til at det trengs undervisning om metoder og tilnærming til svært dårlige pasienter ved bruk av ESAS. Skriftlige rutiner om bruk av ESAS må

innarbeides (Myhra og Grov, 2010). I Watanabe et al. (2006) kom det frem at 68,8% av sykepleierne mente at ESAS var et nyttig verktøy og bidrar til bedre lindring av symptomer hos pasienten.

#### *4.2.3 Pasienten*

Vigstad, Clancy og Broderstad (2018) fant at det er liten sammenheng mellom hvordan sykepleieren oppfatter symptom bildet til pasienten og pasients egenoppfatning. I hovedsak skal pasienten selv utføre ESAS etter opplæring. Ved hjelp av det systematiske screeningsverktøyet kan sykepleier dokumentere mer presist ut ifra pasientens ståsted (Vigstad, Clancy og Broderstad, 2018). 29,8 % av sykepleierne i Watanabe et al. (2006) sin studie syntes verktøyet var gunstig for pasienten. 34 % var verken enig eller uenig og 36,2 % var uenig at det var et godt verktøy (Watanabe et al., 2006). Sommerbakk et al. (2016) fant ut at i enkelte tilfeller er pasientens motivasjon, symptombelastning og kognitive evner manglende. Sykepleieren måtte bruke mye tid på å motivere. Enkelte pasienter så ikke effekten med ESAS da de forventet smerte ved sykdom eller alderdom (Sommerbakk et al., 2006). Myhra og Grov (2010) påpeker at pasienter ved palliative enheter kan være for syke til å fylle ut ESAS. De tolker det som at ESAS er lite egnet for deres pasienter. Spørsmålet om velvære eller “hvordan har du det alt tatt i betraktning?” syntes pasienten det er vanskelig å besvare i en nummereringsskala (Vigstad, Clancy og Broderstad, 2018). Sommerbakk et al. (2016) påpeker at kreftpasienter med tilleggsdiagnoser som for eksempel demens ikke vil ha utbytte av ESAS. Hvis sykepleier skal fylle ut skjema for pasienten vil troverdigheten til verktøyet være svekket (Sommerbakk et al., 2016).

#### *4.2.4 Lindring*

Studien som utførte ESAS daglig viste at pasientene ble godt lindret etter opphold ved den palliative enheten. Symptomene som ble registrert med ESAS ved ankomst ble betraktelig bedret ved utreise (Vigstad, Clancy og Broderstad, 2018). I Watanabe et al. (2006) vises det til at 68,8% av personalet mener at ESAS bidrar til bedre utøvelse av pleie og lindring til pasientene. I Vigstad, Clancy og Broderstad (2018) belyses det at sekundæreffektene av smerte var mer utalt enn smerte i seg selv. For å kunne oppnå tilstrekkelig lindring fant de viktigheten av å kartlegge

de andre symptomene. Et av funnene til Slåtten, Fagerström og Hatlevik (2010) var at sykepleiere i spesialisthelsetjenesten var bedre på lindring enn sykepleierene i primærhelsetjenesten. Resultatene viste også at evnen til symptomlindring ikke hadde sammenheng med antall års erfaring som sykepleier (Slåtten, Fagerström, og Hatlevik, 2010).

#### *4.2.5 Kompetanse*

Sommerbakk et al. (2016) fant ut at ulik kompetanse hadde mye å si på implementeringen av ESAS. Det var tre hovedelementer som var avgjørende for implementeringen: motivasjon, palliativ kompetanse og trygghet. Arbeidsmiljøet er også vesentlig for sykepleiers motivasjon. Miljøet må være preget av tillit og åpen kommunikasjon. Studien viser også at tverrfaglighet rundt bruken av verktøyet kreves (Sommerbakk et al., 2016). Slåtten, Fagerström og Hatlevik (2010) påpeker at det er viktig å utøve individuell sykepleie og se hver enkelt pasient. Det å danne seg et helhetlig bilde er en av de sentrale aspektene i klinisk kompetanse i palliativ omsorg (Slåtten, Fagerström og Hatlevik, 2010).

## 5.0 Drøfting

### 5.1 Sykepleiers kunnskap og erfaring

#### *5.1.1 Sykepleiers kompetanse*

Slåtten, Fagerström og Hatlevik (2010) og Myhra og Grov (2010) kom frem til at kompetansen hos sykepleierne var avgjørende for om de så nytten av ESAS. De med høy kompetanse hadde også bedre rutine med bruk av ESAS. Samtidig kommer det frem i Sommerbakk et al. (2016) at ESAS er et svært godt hjelpemiddel for ansatte med manglende kompetanse innenfor palliasjon. Dette viser til at kompetansen er avgjørende for å bruke ESAS. Samtidig er det de med minst kompetanse og erfaring som har mest behov for et hjelpeverktøy for å få en fullstendig oversikt over pasientens symptombilde. Symptombildet er avgjørende for god lindring. Watanabe et al. (2006) fant i sin studie at kompetanse er en forutsetning for å forstå nytte og bruk av ESAS.

Myhra og Grov (2010) oppdaget at de med palliativ videreutdanning utførte skjemaet i større grad.

I følge Benners modell, *fra novise til ekspert* sitert i Brykczynski (2011) er det i starten av karrieren sykepleier trenger mest veiledning. Kartleggingsverktøy kan være et godt hjelpemiddel å støtte seg på i denne perioden. Det er gjennom praktisk erfaringer i konkrete situasjoner sykepleier lærer å gjenkjenne hva ulike situasjoner krever. På en måte kan ESAS være et godt hjelpeverktøy i de tre første nivåene, *novise, avansert nybegynner og kompetent*. Det å kunne gjenkjenne og observere ulike symptomer og dermed gi riktig lindring til pasientene. Innenfor nivåene *kyndig og ekspert* ser sykepleier det helhetlige bildet og jobber ut ifra aspektene og sykdomsbildet (Brykczynski, 2011). På en annen måte kan en ekspertsykepleier med sin kompetanse i mange tilfeller observere symptomer på en like god eller bedre måte enn et kartleggingsverktøy. Palliative pasienter kan ofte være for dårlige til å systematisk fylle ut ESAS. Myhra og Grov (2010) fant ut at ESAS er lite egnet for denne pasientgruppen. Benner i Brykczynski (2011) beskriver *ekspertsykepleierne* som en sykepleier som ser situasjonen og identifiserer problemet uten å bruke tid på å overveie alternative løsninger. *Ekspertsykepleieren* kjenner reaksjonsmønsteret og kjenner pasienten som menneske, dette grunnet lang arbeidserfaring. Sykepleieren ser hele bildet og kan gjøre endringer underveis i sykdomsforløpet (Brykczynski, 2011).

Sykepleierene i Watanabe et al. (2006) så ikke alltid ESAS som en fordel. Det kan ha sammenheng med kompetansen til sykepleieren innenfor palliasjon. ESAS ble utført daglig og brukt som kartleggingsverktøy. Likevel valgte sykepleierene i tillegg å bruke sin egen kompetanse i sin vurdering av pasienten. I følge Benners modell, *fra novise til ekspert* som sitert i Brykczynski (2011) jobber *ekspertsykepleieren* uavhengig av retningslinjer. Den handler ut ifra sin forståelse av situasjonen. *Ekspertsykepleieren* vil intuitivt forstå problemet og situasjonen til pasienten. Det vil være mindre behov for hjelpeverktøy som for eksempel ESAS (Brykczynski, 2011). De yrkesetiske retningslinjene skal bidra til å legge til grunne for sykepleiers profesjon. Selv om den kompetente sykepleier jobber intuitivt og innehar en verdifull kompetanse vil det dermed ikke si at man fristilles fra yrkesetiske retningslinjer. I de yrkesetiske retningslinjene har



sykepleier blant annet ansvar for å jobbe faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Sykepleier skal jobbe ut ifra forskning i tillegg til dokumentert praksis fra eget fagområde. Det er vesentlig at sykepleier erkjenner grensene for egen kompetanse (Norsk sykepleierforbund, 2016). Slåtten, Fagerström og Hatlevik (2010) viser til i sitt resultat at det er liten sammenheng mellom antall års erfaring og evnen til symptomlindring. Ut ifra dette kan det hevdes at ikke alle blir *ekspertsykepleier* til tross for lang erfaring.

## 5.2 Systematisk kartlegging og symptomlindring

### 5.2.1 Viktigheten av bedre lindring med systematisk kartlegging

Seland, Kaasa og Klepstad (2005) har i sin studie undersøkt kartleggingen av smerte og symptomer i en avdeling uten standardiserte kartleggingsverktøy. De oppdaget at både smerte og obstipasjon er symptomer som blir hurtig og effektivt kartlagt hos palliative pasienter. Hele 81% av pasientene fikk registret avføringsstatus ved innkomst på avdeling. Pasienter i palliativ fase opplever ofte obstipasjon som et symptom. Obstipasjon kan føre til smerte og påvirke pasientens allmenntilstand negativt. Laugsand (2016) understreker at det ikke blir vektlagt nok arbeid på aktiv forebygging. Flesteparten av alle pasienter som står på opioider får obstipasjonsproblematikk (Laugsand, 2016). Manglende kartlegging av obstipasjon er en svakhet som går igjen i ESAS (Seland, Kaasa og Klepstad, 2005). Det er sykepleiers oppgave å ivareta det grunnleggende behovet, eliminasjon. Et sykepleietiltak er å bevisstgjøre og gi pasient opplæring (Laugsand, 2016). Selv om smerte registres ved innkomst, påpeker Seland, Kaasa og Klepstad (2005) at registreringen av symptomer bør standardiseres ved kartleggingsverktøy. Andre symptomer blir ikke kartlagt i likestor grad som smerte og obstipasjon. Kvalme er også et svært uttalt symptom hos palliative pasienter. Symptomet kan være en sekundæreffekt av smerte og obstipasjon. Likevel ble kvalme bare kartlagt i 31% av tilfellene (Seland, Kaasa og Klepstad, 2005).

Den systematiske registreringen av data gjør det mulig å oppdage symptomer som ellers kunne blitt oversett (Vigstad, Clancy og Broderstad, 2018). Vigstad, Clancy og Broderstad (2018) viser videre til at systematisk og repeterende symptommålinger er viktig for å utføre nøyaktige og

målrettede behandlingstiltak. I tillegg viser de til at det er en sammenheng mellom høy symptomskår på ESAS og iverksettelse av kliniske tiltak. Et sykepleietiltak kan være samtale med lege om endret symptom- og smertebildet hos pasienten. Det er sykepleiers oppgave å tale pasientens sak. Et av grunnlagene for sykepleieutøvelsen er å ivare pasientens enkeltbehov og gi helhetlig omsorg. Samtidig plikter sykepleier å gi omsorgsfull hjelp og lindre (Norsk sykepleierforbund, 2016). Med bakgrunn i dette kan man hevde at symptomer kan bli oversett hvis de ikke kartlegges systematisk (Vigstad, Clancy og Broderstad, 2018).

Slåtten, Fagerström og Hatlevik (2010) fant ut at bruk av ESAS fremmet systematisk kartlegging og kvaliteten på sykepleien ble bedret. De viser til at den systematiske kartleggingen er til hjelp for å skape et bedre grunnlag for symptomlindringen. Symptomlindring av pasienten tidlig i forløpet er målet slik at pasienten ikke blir unødig belastet. Bedre sykepleie til pasientene og tidlig vurderingen av symptomer ved alvorlig sykdom kan ses som en direkte konsekvens av kartleggingen. Sykepleierne får et felles vurderingsgrunnlag og dokumentasjon til legevisitt (Slåtten, Fagerström og Hatlevik, 2010). Pasientens behandling blir tilpasset og kan dermed gi bedre lindring. Hui og Bruera (2017) fant i sin litteraturstudie at tidligere forskning viste til en positiv utvikling innenfor palliativ behandling etter ESAS ble brukt systematisk.

Sykepleierene som deltok i Sommerbakk et al. (2016) sin studie syntes det administrative arbeidet med ESAS var tidskrevende og tok fokus vekk fra pasienten. Watanabe et al. (2006) viste til at sykepleierne kun brukt 6,7 minutter i gjennomsnitt på skjemaet. Dette kan ses på i to ulike perspektiver. Den ene perspektivet er at sykepleierne bruker mye tid på å dokumentere og dermed blir tiden ute i avdelingen med pasienten begrenset. Det andre perspektivet handler om at de ikke ser nytten av ESAS før verktøyet er systematisert. Arbeidet som legges ned i starten av kartleggingen er vanskelig å se i sammenhengen med den positive følgen det gir for både sykepleier og pasient (Slåtten, Fagerström og Hatlevik, 2010).

Det kreves struktur og kontinuitet fra både sykepleier og pasient for god symptomlindring (Slåtten, Fagerström og Hatlevik, 2010). Slåtten, Fagerström og Hatlevik (2010) fant ut at ved

kontinuerlig bruk av ESAS kan sykepleier til enhver tid se utviklingen hos pasienten. Sykepleier kan raskt se pasientsituasjonen og utføre tiltak på bakgrunn av foreliggende dokumentasjon. Pasienten slipper å bli stilt de samme spørsmålene gjentatte ganger. Det sikrer kvalitet på sykepleien og kan gi tilstrekkelig lindring til pasienten (Slåtten, Fagerström og Hatlevik, 2010). I motsetning til dette kan svært dårlige palliative pasienter trenge sykepleiers observasjoner. Den kontinuerlige kartleggingen med ESAS krever at pasienten kan utføre kartleggingsskjema (Watanabe et al., 2006). ESAS har fordel med korrekt dokumentasjon så lenge pasienten selv kan bidra. Når dette ikke lenger er en mulighet blir det sykepleiers oppgave. Observasjon, kunnskap og det kliniske blikket blir de sentrale aspektene (Slåtten, Fagerström og Hatlevik, 2010).

### *5.2.2 Lindring*

Vigstad, Clancy og Broderstad (2018) konkluderer med at god palliativ behandling innebærer at sykepleierne er oppmerksomme på og har kunnskap om pasientens symptomer. I Nasjonalt handlingsprogram for kreftomsorgen står det at effektiv symptomlindring forutsetter trygghet og ivaretagelse av pasienten (Helsedirektoratet, 2015). Det krever at pasientens grunnleggende behov opprettholdes. I Slåtten, Fagerström og Hatlevik (2010) kommer det frem at flere symptomer ikke blir tatt hånd om og fokusert nok på, grunnet manglende kompetanse. Bruken av ESAS gjorde det lettere å identifisere symptomene slik at også pleierutinene ble forbedret ved bruk av verktøyet. Med bakgrunn i dette og erfaring kan man hevde at god lindring henger sammen med symptombilde.

For optimal lindring er det nødvendig at smerten beskrives nøyaktig (Seland, Kaasa og Klepstad, 2005). Vigstad, Clancy og Broderstad (2018) presiserer at et validert måleinstrument gir sykepleier og leger et nøyaktig mål på pasientens symptombelastning. ESAS kartlegger symptomer på en skala fra null til ti, der null er ingen symptomer og ti er verst tenkelig symptom. Dette gjør at symptomene beskrives nøyaktig. I Slåtten, Fagerström og Hatlevik (2010) nevner de at ESAS er et godt verktøy for å finne en balanse mellom kartlegging av fysiske og psykiske behov. Det blir også nevnt at innenfor palliativ omsorg har vært for stort fokus på de psykiske problemene og at de fysiske behovene kan bli oversett. Likevel er

spørsmålet om velvære i ESAS-skjemaet et spørsmål som omhandler hvordan pasienten har det alt i alt, tatt i betraktning til både fysiske og psykiske plager. Punktet om velvære kan derimot være vanskelig å forstå og svare konkret på. Følelsen av velvære er individuell og definisjonen av spørsmålet kan være diffus (Vigstad, Clancy og Broderstad, 2018). Både nøyaktig dokumentasjon og samtale med pasienten må til for å kunne oppnå forståelse og optimal symptomlindring.

Vigstad, Clancy og Broderstad (2018) fant ut at sekundæreffekten av smerte syntes å være mer uttalt enn smerten i seg selv. Seland, Kaasa og Klepstad (2005) tok for seg registrering av smerter og symptomer på en avdeling uten kartleggingsverktøy. De fant ut at smerte ble kartlagt ved 90% av innleggelsene. Symptomene var derimot ikke prioritert på samme måte. Dersom man forholder seg til resultatet om at sekundæreffekten av smerte er mer uttalt enn smerte i seg selv, bør det være større fokus på kartlegging av symptomer (Vigstad, Clancy og Broderstad, 2018). Daglig bruk av ESAS gir sykepleieren en strukturert tilnærming til pasientens symptomer. Ifølge Slåtten, Fagerström og Hatlevik (2010) har den strukturerte tilnærmingen ved bruk av ESAS en svakhet. De påpeker at skjemaet bør oppdateres da hverken obstipasjon, diare eller søvnproblemer er en del av punktene.

Slåtten, Fagerström og Hatlevik (2010) fant i sin studie at pasienter som daglig fyller ut ESAS hjelper de ansatte med å avdekke områder der de ikke får tilstrekkelig behandling og lindring. Når målet med behandlingen er symptomlindring og best mulig livskvalitet, trengs pasientens subjektive oppfatning av situasjonen (Slåtten, Fagerström og Hatlevik, 2010). Vigstad, Clancy og Broderstad (2018) viser til at det er liten sammenheng mellom sykepleiers opplevelse av pasientens symptomer og pasientens egen oppfatning. Erfaringsvis ser en likevel at pasienten ikke sitter inne med samme kunnskap om symptomene som sykepleierene. I Sommerbakk et al. (2016) er det et tema at pasienten føler ESAS er belastende og ikke ser nytten. Dette handler om kunnskap og kompetanse som pasienten ikke sitter inne med. Motivasjon rundt bruk av ESAS kombinert med samtale rundt symptomene må til for å gi bedre symptomlindring. Både den subjektive og den objektive opplevelsen av symptombildet vil være vesentlig (Slåtten, Fagerström og Hatlevik, 2010).

### *5.2.3 Livets slutfase*

Nasjonalt handlingsplan sier at pasientens ønsker hele tiden må tas i vurdering (Helsedirektoratet, 2015). Målet med kartleggingen og lindringen er å gi best mulig livskvalitet (Vigstad, Clancy og Broderstad, 2018). Slåtten, Fagerström og Hatlevik (2010) fant ut at når målet med behandlingen er symptomlindring er det viktig med en subjektiv oppfatning av situasjonen. I slutten av den palliative fasen vil det være svært vanskelig å utføre ESAS-skjema for pasienten. På en side er slutfasen den aller viktigste å lindre og punktene i ESAS er vesentlige for å avdekke symptomene. På en annen side vil det være svært vanskelig å utføre ESAS for pasienten og sykepleiers oppfatning kan være ulik. Myhra og Grov (2010) kom frem til at ESAS kan være vanskelig å bruke i livets slutfase. ESAS passer ikke til døende pasienter fordi andre symptomer oppstår (Brenne og Dalane, 2016). Alternativt bør man bruke et observatørskjema for å kartlegge pasientens symptomer ved det kliniske blikket (Myhra og Grov, 2010).

## **5.3 Ledelse og samarbeid**

### *5.3.1 Motivasjon og implementering*

Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen skriver at det bør være en ressurs-sykepleier i hver kommune, sykehjem og sykehusavdeling. Dette for å gi oppfølging og spre kompetanse (Helsedirektoratet, 2015). Sommerbakk et al. (2016) sin studie beskriver at det var av stor betydning å ha en ressurs-sykepleier med spesialkompetanse for å implementere ESAS som rutine. Det blir beskrevet at kompetanse må deles slik at det øker kunnskapen hos andre ansatte. En konsekvens av manglende ressurser kan være til hinder for opplæring og implementering (Sommerbakk et al., 2016). Ønske fra Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen kan dermed være vanskelig å gjennomføre (Helsedirektoratet, 2015).

Tilhørigheten til ESAS var utfordrende å skape, der ledelsen ikke var motiverte pådrivere i forhold til implementeringen. Det var manglende motivasjon til å bruke ekstra tid på etterarbeidet hos personalet. Grunnen til dette var manglende tro på at ESAS ble brukt systematisk av legene. Erfaringsvis har man sett at ved nye rutiner i avdelingen kan det ta tid å implementere disse. Som ansatt er det et krav at man skal ta i bruk og følge nye rutiner. Det er

ledelsens ansvar å motivere og sørge for opplæring. Studien til Slåtten, Fagerström og Hatlevik (2010) viser til at implementering av nye verktøy krever motivasjon og opplæring av ledelsen. Motivasjonen til sykepleierene økte da de så at arbeidet med ESAS ikke var forgjeves ved at legene etterspurte resultatene. Arbeidsmiljøet er vesentlig og det bør være preget av tillit og åpen kommunikasjon (Sommerbakk et al., 2016).

Seland, Kaasa og Klepstad (2010) resultat av studien beskriver at kartlegging av smerte bør standardiseres for å lette samarbeidet mellom de ulike behandlerne. Det samme gjaldt samarbeidet på tvers av profesjonene. For at pasienten skal få fullt utbytte, kreves det at ESAS blir brukt i flere ledd i helsetjenesten. Implementering og kontinuerlig bruk må til (Sommerbakk et al., 2016). Det er vanskelig å implementere samme type kartleggingsverktøy i ulike instanser i helsevesenet. Myhra og Grov (2010) fant utfordringer med implementering av ESAS. Sykepleiere ved palliative enheter har bedre rutiner og bruk enn sykepleiere ved øremerkede palliative sengeplasser. Ved enhetene hang den systematiske opplæringen og rutinene sammen med bruk av ESAS (Myhra og Grov, 2010) Erfaringsvis fra praksis har man sett utfordringer i kommunikasjonen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. En av årsakene er ulike dokumentasjonssystemer.

Veiledning og opplæring sammen med sykepleier for riktig bruk av skjemaet er vesentlig for pasienten. Det er sykepleiers jobb å motivere. Hovedsakelig er det pasienten som skal fylle ut ESAS-skjemaet. Utførelsen av ESAS sammen med sykepleier kan åpne for en god samtale mellom sykepleier og pasient. For å legge grunnlaget for god opplæring er det viktig at sykepleier tar seg tid og setter seg ned sammen med pasienten. Skape ro rundt situasjonen og åpne for pasients innspill og spørsmål. Sykepleier kan da også lettere se det helhetlige pasientbilde. Det er en fin måte å komme inn på vanskelige temaer (Vigstad, Clancy og Broderstad, 2018). En faktor som kan påvirke ESASs troverdighet er pasientens motivasjon og ønske om å bruke skjemaet (Sommerbakk et al., 2016). Erfaringsvis fra praksis ble det sett at sykepleier ikke alltid ga pasient tilstrekkelig opplæring i bruken av ESAS. Dette gjorde at pasienten ble usikker på besvarelsen og lite motivert til å fortsette registrering. ESAS mistet sin

troverdighet som systematisk registrering og pasients tillit og tro på skjema som en funksjon til god lindring.

#### 5.4 Kritisk vurdering av litteratur

Litteraturstudien bygger på forskningsartikler og relevant litteratur i forhold til problemstillingen. Forskningsartiklene er primærkilder, noen sekundærkilder er også blitt benyttet (Dalland, 2017). Kilder av eldre årstall har blitt inkludert der stoffet som ble presentert ble ansett som gjeldene for problemstillingen per dags dato. En av årsakene til at vi valgte å inkludere relevant litteratur av eldre dato, er at palliasjon er et relativt nytt forskningsområde i Norge og at det ikke har kommet frem nye funn i forskning de siste tjue årene (Hui og Bruera, 2017). I tillegg er det et område det tar lang tid å forske på, dette kom også frem under søk på artikler og i litteratur. Boken *Sygeplejeteoretikere* (Tomey og Alligood, 2011) ble brukt som sekundærkilde. Patricia Benners modell, *fra novise til ekspert* fra 1995 i Brykczynski (2011) ble brukt som sykepleierteori for å støtte oppunder funn fra artiklene i forhold til bruk av ESAS.

Av de seks forskningsartiklene var det fem som var kvantitative og en som var kvalitativ. Grunnen til flest kvantitative er valgt på bakgrunn av målbare data og gir eksakte faktakunnskaper. Det gjør at påstander i drøftingen kan underbygges ved å foreta sammenligninger. Det gir en bredde i litteraturstudien ut ifra at det er mange deltagere med få opplysninger. Kvalitative data gir større rom for tolkning av resultatene. Det gjør at litteraturstudien blir bredspektret og får frem meninger og tanker rundt ESAS (Thidemann, 2019). Studiene ble sett på fra et sykepleierteoretisk perspektiv. Fem av artiklene omfatter ESAS direkte i forskningen, sett på fra ulike sider. Studien til Seland, Kaasa og Klepstad (2005) derimot konkluderer med at det bør benyttes en form for standardiserte måleverktøy hos palliative pasienter og bruker ESAS som eksempel. Alle artiklene inneholder forskning rundt palliative pasienter. Det gjør alle artiklene svært relevante for problemstillingen i litteraturstudien.

I flere av studiene var det færre deltagere som svarte på undersøkelsen enn antatt. Noen av studiene ble kun utført på en avdeling, på et sykehus. Det kan gjøre resultatet noe unøyaktig da andre spesialavdelinger kan ha bedre systematiske rutiner (Seland, Kaasa og Klepstad, 2005). Kritikkverdige faktorer med eldre artikler kan være at implementeringen av verktøyet er endret og forbedret per dags dato. Samtidig har nyere forskning vist at systematisk registrering fører til tidlig behandling og reduserer risiko for sterke symptomer (Vigstad, Clancy og Broderstad, 2018). Kartleggingsverktøyet, ESAS angis som både Edmonton Symptom Assessment Scale og Edmonton Symptom Assessment System. Dette kan skape forvirring, da forskningsartiklene bruker disse navnene om hverandre. I 2010 kom det en revidert utgave av ESAS, kalt ESAS-r. Forskningen i artiklene ble gjort på bakgrunn av det tradisjonelle ESAS-skjemaet. I litteraturstudien er det reviderte skjemaet blitt omtalt i drøftingen, da dette tar for seg flere symptomer.

Fem av seks studier er utført i Norge med unntak av studien til Watanabe et al. (2006). Den er utført i Canada ved Edmonton Palliative Care Program. Dette er opphavet til ESAS utvikling. Canadisk helsevesen er overførbart til norsk helsevesen grunnet lik kulturbakgrunn. Forskningen som er utført i Norge gir faglig relevans for norsk sykepleie. Tre av artiklene er utgitt engelskspråklige, men skrevet av nordiske forfattere. Tross oversettelse kan det være rom for mistolkning av språket i artiklene.

#### *5.4.1 Forskningsetiske overveielser*

Forskningsetikk bygger på normer som regulerer forholdet til individet, frihet, forskningsredelighet og det overordnede samfunnsansvar. De interne normene til den nasjonale forskningsetiske komiteen omhandler forskning som kommer individet og samfunnet til gode og ikke gjør skade (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015). I litteraturstudien er det fem av forskningsartiklene som tar for seg etiske overveielser (Myhra og Grov, 2010) (Vigstad, Clancy og Broderstad, 2018) (Seland, Kaasa og Klepstad, 2005) (Slåtten, Fagerström og Hatlevik, 2010) (Sommerbakk et al., 2016). Den siste artikkelen nevner ikke dette (Watanabe et al., 2006).



Myhra og Grov (2010) sin studie ble anbefalt iverksatt av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD). Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) ble ikke søkt fordi studien kun ble utført på sykepleierene og ikke pasientene. Deltakerne ble informert og samtykket til prosjektet. Opplysningene ble konfidensielt behandlet og det var ikke mulig å spore stedstilknytting. Vigstad, Clancy og Broderstad (2018) benyttet anonymiserte data fra kvalitetsdatabasen til palliativ enhet ved UNN Harstad. REK har vurdert at databasen ikke faller inn under Helseforskningsloven (2009) og dermed ikke framleggingsdyktig. Studien ble administrativt behandlet ved NSD. Dataene ble samlet inn som et ledd i pasientbehandlingen og studien har dermed ikke påført deltakeren noe ekstra belastning. Undersøkelsen har full anonymitet (Vigstad, Clancy og Broderstad, 2018). Seland, Kaasa og Klepstad (2005) fikk studie sin anbefalt av REK. Alle pasientene ble informert og gav skriftlig samtykke før inkluderingen i studien.

Slåtten, Fagerström og Hatlevik (2010) sin studie er utført i samsvar med de etiske retningslinjene til Helsinkideklarasjonen. Alle som driver forskningsetikk må forholde seg til denne. Prinsipper om medvirkning og informasjon om samtykke står sentralt. Helsinkideklarasjonen fungerer som etisk grunnlov for medisinsk forskning. Deklarasjonen står for større etiske hensyn ved forskningsprosjekt som omhandler svakere grupper (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). I Sommerbakk et al. (2016) ble deltakerne informert om hensikten med studien. Alle samtykket skriftlig til deltagelse, undersøkelsen var anonymisert og data kunne bli slettet på et hvert tidspunkt. Det er en studie med ikke-sensitive opplysninger og det trengtes dermed ikke godkjenning av REK, ifølge norsk lov (Sommerbakk et al., 2016).

Helseforskningsloven kom i 2009 og lovens formål er å fremme god, etisk, forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2009). Studien til Watanabe et al. (2006) ble gjennomført i Canada og er ikke berørt av norsk lov. Likevel ble artikkelen valgt på grunnlag av etiske prinsipper som at deltageren forble anonyme og deltagelse var frivillig. Studiene inneholder forskning på de ansatte og berører ikke pasienten direkte (Watanabe et al., 2006).

## 6.0 Konklusjon

Under litteraturstudien kom det frem flere fordeler ved bruk av ESAS til palliative pasienter. Systematisk registrering av symptomer fører til en raskere og hurtigere iverksetting av symptomlindrende tiltak. Den systematiske bruken minsker risikoen for å overse symptomer. ESAS er med på å forbedre sykepleien til pasienten. Dokumentasjonen av ESAS ble angitt som å være tidsbesparende når verktøyet er systematisert.

ESAS er et godt hjelpemiddel for både sykepleier og pasient. Det ble sett at i starten av karrieren som sykepleier var verktøyet til stor hjelp og de så i større grad nytten av det. Sykepleiere med spesialutdanning eller lang erfaring, har det kliniske blikket i større grad og så ikke alltid nytten av ESAS. Det henger sammen med den praktiske erfaringen de har. Erfarne sykepleiere observerer symptomer hos pasienten bedre, men ikke alle oppnår nivået *ekspertsykepleier*. For de nyutdannede sykepleierne er ESAS til stor hjelp samtidig som det er med på å øke den kliniske kompetansen deres.

Systematisk kartlegging ved bruk av ESAS fører til at pasienten opplever bedre lindring. Dette har sammenheng med at symptomene ofte er like uttalte hos pasienten som smerte. Ved kartlegging med ESAS opplever pasienten at plagsomme symptomer hurtig blir kartlagt og at kliniske tiltak iverksettes. Sett fra et sykepleieperspektiv er det hovedsakelig lindring av symptomer og smerte hos pasienten som er hovedmålet i palliativ pleie. I hovedsak er det pasienten selv som utfører ESAS noe som gjør at kartleggingen blir mer konkret ut ifra pasientens subjektive mening.

Ledelsens rolle ble ansett som et viktig punkt i litteraturstudien for sykepleiernes motivasjon for implementeringen av ESAS. Arbeidsmiljøet, tillit og åpen kommunikasjon spilte en viktig rolle for implementeringen. Dette viser at et godt arbeidsmiljø med positivitet og åpenhet er viktig for sykepleierens motivasjon til bruken av ESAS som kartleggingsverktøy. I tillegg spiller det tverrfaglige samarbeidet inn. Dette gjelder både mellom leger og sykepleiere og på tvers av profesjonene.

ESAS er et kartleggingsverktøy hvor det i litteraturstudien blir dokumentert har god effekt på kartlegging av symptomer hos palliative pasienter. Symptomlindring og lindring av smerte blir bedre ved bruk av ESAS. Det kom frem at ESAS har noen svakheter og forbedringspotensialer. Både spørsmålet om obstipasjon og velvære er to konkrete faktorer som gjentatt blir oppført som forbedring av ESAS. I ESAS-r skjemaet er dette blitt tatt hensyn til. ESAS fungerer godt for pasienter i palliativ fase, men som dokumentert i litteraturstudien passer ikke ESAS til pasienter i livets slutfase.

Kartleggingsverktøyet, ESAS bør brukes på pasienter for å oppnå best mulig lindring av symptomer og smerte i palliativ fase, der best mulig livskvalitet er et mål. De pasientene som er i slutfasen kan oppfatte skjema som en belastning. Mange vil være for syke til å kunne bidra i kartleggingen og den vil da miste sin troverdighet og betydning. ESAS er et nyttig verktøy for de pasientene som er i en palliativ fase, men ikke for de som er i slutfasen av palliativ fase. Skjemaet kan ikke erstatte en sykepleiers observasjoner eller samtale mellom sykepleier og pasient. ESAS fungerer sammen med det kliniske blikket som et verktøy til forbedring for optimal symptomlindring, ikke en erstatning.

Til videre innovasjon i tjenesteutviklingen bør ESAS standardiseres elektronisk. Det i forhold til både elektroniske pasientjournaler og et sted pasienten har lett tilgang til. For eksempel en app. God tilgjengelighet for pasienten kan gjøre at det blir lettere å gjennomføre for pasienten. Til utbedring bør ESAS ta for seg flere punkter med symptomer. Søvn er et av de grunnleggende behov som ikke kartlegges, men bør innlemmes i ESAS.

## 7.0 Referanseliste

Bergh, I., Aass, N., Haugen, D., Kassa, S. og Hjermstad, M.J. (2012) Symptomkartlegging i palliativ medisin. *Tidsskriftet Norsk Legeforening*, 132(1), s. 18-19. doi: 10.4045/tidsskr.11.1083

Bertelsen, B., Hornslien, K. og Thoresen, L. (2016) Svulster, i Ørn, S. Bach-Gansmo, E. (red.) *Sykdom og behandling*, 2.utgave, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 127 - 130

Brenne, A. og Dalene, R. (2016) Symptomlindring av den døende pasienten, i Kaasa, S. og Loge, J. H. (red.) *Palliasjon*, 3. utgave, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 638-652

Bryczynski, K. A. (2011) Patricia Benner: Fra novice til ekspert: Mesterlighet og styrke i klinisk sygeplejepraksis, i Tomey, A.M. og Alligood, M.R. (red.) *Sygeplejeteoretikere - bidrag og betydning i moderne sygepleje*. København: Munksgaard Danmark, s. 149-179

Bye, A. og Balstad, T. R. (2016) Ernæring- generelle prinsipper, i Kaasa, S. og Loge, J. H. (red.) *Palliasjon*, 3. utgave, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 232 – 243

Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving for studenter*, 6. utgave, Oslo: Gyldendal akademisk

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2009) *Helseforskningsloven*, Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helseforskningsloven/> (Hentet: 03.04.2019)

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2010) *Helsinkideklarasjonen*, Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/> (Hentet: 03.04.2019)

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2015) *Hva er forskningsetikk?* Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/hvem-er-vi-og-hva-gjor-vi/hvem-er-vi-og-hva-gjor-vi/hva-er-forskningsetikk/> (Hentet: 03.04.2019)

Finset, A. (2016) *Adferdsmessige og psykologiske forhold*, i Kaasa, S. og Loge, J. H. (red.) *Palliasjon*, 3. utgave, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 62 – 72

Helsedirektoratet (2015) *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20kreftomsorgen-IS-2285.pdf> (Hentet: 06.03.2019)

Hui, D. og Bruera, E. (2017) The Edmonton Symptom Assessment System 25 Years Late: Past, Present and Future Developments, *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(3), s. 630-643. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2016.10.370

Knudsen, A.K. og Kaasa, S. (2016) *Smertediagnostikk*, i Kaasa, S. og Loge, J. H. (red.) *Palliasjon*, 3. utgave, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 387 – 400

Kreftregisteret (2019) *Fakta om kreft*. Tilgjengelig fra: <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/> (Hentet: 26.03.2019)

Laugsand, E. A. (2016) Forstoppelse, i Kaasa, S. og Loge, J. H. (red.) *Palliasjon*, 3. utgave, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 511- 522

Loge, J. H. og Kaasa, S. (2016a) Palliativ medisin – en innledning, i Kaasa, S. og Loge, J. H. (red.) *Palliasjon*, 3. utgave, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 34-50

Loge, J. H. og Kaasa, S. (2016b) Angst og depresjon, i Kaasa, S. og Loge, J. H. (red.) *Palliasjon*, 3. utgave, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 473- 500

Myhra, C.B. og Grov, E.K. (2010) Sykepleierens bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS), *Sykepleien forskning*, 5(3), s.210 – 218. doi:[10.4220/sykepleienf.2010.0113](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2010.0113)

Norsk Helseinformatikk (2018) *ESAS symptomskjema*. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/skjema-og-kalkulatorer/skjema/lindrende-behandling/esas-symptomskjema/> (Hentet: 15.05.2019)

Norsk senter for forskningsdata (2019) *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (Hentet: 02.04.2019)

Norsk sykepleieforbund (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie*. Tilgjengelig fra:<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet: 09.05.2019)

NOU 2017:16 (2017) *På liv og død: Palliasjon til alvorlige syke og døende*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning

Paulsen, V. (2016) Sykdommer i fordøyelsessystemet, i Ørn, S. Bach-Gansmo, E. (red.) *Sykdom og behandling*, 2.utgave, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 253-294

Seland, M., Kaasa, S., Klepstad, P. (2005) Symptomregistrering hos kreftpasienter ved sykehusinnleggelse, *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, 125(18), s.2500 - 2503. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2005/09/medisin-og-vitenskap/symptomregistrering-hos-kreftpasienter-ved-sykehusinnleggelse> (Hentet: 25.03.2019)

Sommerbakk, R., Haugen, D.F., Tjora, A., Kaasa, S. og Hjermsstad, M.J. (2016) Barriers to and facilitators for implementing quality improvements in palliative care- results from a qualitative interview study in Norway, *BMC Palliative Care*, 61(15). doi: 10.1186/s12904-016-0132-5

Slåtten, K., Fagerström, L. og Hatlevik, O.E. (2010) Clinical competence in palliative care in Norway: the importance of good care routines, *International Journal of Palliative Nursing*, 16(2), s. 80-86. doi: 10.12968/ijpn.2010.16.2.46753

Stubberud, D.G. (2015) Respirasjon, i Grov, E.K. og Holter, I. M. (red) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*, 5. utgave, Cappelen Damm AS 2015, s. 399-439

Thidemann, I. J. (2019) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*, 3. utgave, Oslo: Universitetsforlaget AS

Tomey, A. M. og Alligood, M. R (2011) *Sygeplejeteoretikere*, 1. utgave, København: Munksgaard Danmark

Vigstad, S., Clancy, A. og Broderstad, A. R. (2018) Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak, *Sykepleien Forskning*, 13(74591), s. e-74591. doi: [10.4220/Sykepleienf.2018.74591](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.74591)

Watanabe, S., McKinnon, S., Macmillan, K. og Hanson, J. (2006) Palliative care nurses' perceptions of the Edmonton Symptom Assessment Scale: a pilot survey. *International Journal of Palliative Nursing*, 12(3), s.111 - 114. doi: [10.12968/ijpn.2006.12.3.20694](https://doi.org/10.12968/ijpn.2006.12.3.20694)



## Vedlegg 1 – ESAS-r

### 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 søvnnig)</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: \_\_\_\_\_

Fyll ut av (sett ett kryss):

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

