

Hva tilfører denne artikkelen?

Artikkelen presenterer resultatene av en undersøkelse om bruk av symptomkartleggingsverktøyet ESAS ved henholdsvis sykehjem med egne palliative enheter og

avdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase.

Mer om forfatterne

Cecilie Bakke Myhra har mastergrad i klinisk helsearbeid, retning

palliasjon og er ansatt som sykepleier 1 ved Råde bo- og servicesenter. Ellen Karine Grov er sykepleier og førsteamanuensis ved Høgskolen i Buskerud. Kontaktperson: ceckr@online.no.



Foto: Erik M. Sundt

Bakgrunn: Nasjonale føringer beskriver behovet for fokus på symptomlindring hos pasienter i palliativ fase. Hensikten med denne studien var å kartlegge bruken av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) blant sykepleiere som arbeider med pasienter i palliativ fase ved sykehjem.

Metode: Et strukturert spørreskjema ble utarbeidet og sendt til 134 sykepleiere ved 18 sykehjemsavdelinger i 18 kommuner. To kommuner trakk seg fra undersøkelsen etter at spørreskjemaet var sendt ut. Deskriptiv statistikk ble anvendt for å analysere data.

Resultater: Spørreskjemaet ble besvart av 83 (62 prosent) sykepleiere ansatt ved 16 sykehjem med egne palliative enheter, eller ved avdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase i Helseregion Sør-Øst. Det er hovedsakelig likhet i sykepleiernes bruk av ESAS ved de to avdelingstypene. Forskjellene gjelder planer for bruk av ESAS, hvor palliative enheter i større grad har skriftlige rutiner for bruk av ESAS, de ansatte har fått opplæring i bruk av ESAS, og de ansatte bruker ESAS i større grad. ESAS med det grafiske skjemaet som kartlegger symptomer over tid, er ikke i så stor grad benyttet som systematisk kartleggingsinstru-

ment ved avdelingene med senger forbeholdt pasienter i palliative fase. Sykepleierne der rapporterer at deres pasienter er for dårlige til å kunne bruke ESAS systematisk.

Konklusjon: Sykepleierne ved palliative enheter på sykehjem bruker ESAS med det grafiske skjemaet i større grad sammenlignet med sykepleiere ved avdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase. Ved palliative enheter er det i større grad planer for bruk av ESAS, systematisk opplæring og rutiner, sammenlignet med sykehjemsavdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase.

>> Sykepleieres bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)

Forfatter: Cecilie Bakke Myhra,
Ellen Karine Grov

NØKKELORD

- Palliasjon
- Symptomregistrering
- Sykehjem
- Sykepleier

INNLEDNING

Generelt sett dør 41 prosent i sykehjem (1,2). Det er cirka 95 prosent kreftpasienter innlagt ved palliative enheter både på sykehus og sykehjem (3). I 2007 døde 10695 personer av kreft i Norge (4). Nasjonale føringer, standarder og handlingsprogram (3,5,6,7) beskriver behovet for fokus på symptomlindring hos pasienter i palliativ fase, samt behovet for økt tilbud om omsorg ved livets slutt og kompetanseheving blant helsepersonell (8). Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen anbefaler at det opprettes palliative enheter ved sykehjem. Det vil si enheter «innad i sykehjemmet som er organisatorisk tilrettelagt og har faglig kompetent personale for å kunne gi mer avansert palliativ behandling og pleie enn det som kan tilbys i en vanlig sykehjemsavdeling» (3, s. 101). Bemanningsanbefalingene

til palliative enheter er egnet pleiepersonale med økt bemanning (pleiefaktor 1:2 på dagtid) og økt legebemanning i forhold til vanlige sykehjemsavdelinger. For små kommuner, der bare et fåtall pasienter trenger palliativ behandling, kan opprettelse av «øremerkede palliative senger», altså senger forbeholdt pasienter i palliativ fase ved en alminnelig sykehjemsavdeling, være et alternativ. For sykehjemsavdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase beskrives ikke så klare bemanningsanbefalinger som for palliative enheter. Det stilles ei heller krav til strukturert samarbeid med palliative sentra eller kompetansesenter for palliasjon, slik det beskrives for palliative enheter.

I denne studien defineres palliasjon som: «Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual» (9).

Palliativ behandling er diagnoseuavhengig, men kreftpasientene utgjør en dominerende gruppe. Felles for pasientene er

høy forekomst av plagsomme symptomer, som kan være både av fysisk, psykisk, sosial og eksistensiell natur. Oftest har hver pasient mange plager eller symptomgrupper, og plagene kan variere betydelig over tid og fra pasient til pasient (10).

Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) ble utviklet i Canada som et verktøy for kartlegging av symptomer hos kreftpasienter i palliativ fase (11). ESAS består av et symptomregistreringsskjema og et grafisk skjema hvor man skraverer skåringer for hvert av symptomene over tid. ESAS kartlegger ni symptomer: Smerte i ro, smerte i bevegelse, slapphet, kvalme, tung pust, munntørrhet, matlyst, angst/uro, trist/deprimert, og inkluderer ett generelt spørsmål: «Alt tatt i betraktning hvordan har du det i dag?». Svarene gis ut fra en visuell analog skala, VAS, fra 0–10, hvor 0 er ingen plage og 10 er verst tenkelig plage. Den norske versjonen avviker på enkelte punkter fra originalen, ved at et spørsmål om smerter ved bevegelse er inkludert i den norske versjonen (3). I Norge ble ESAS først tatt i bruk ved Regionalt kompetansesenter for lindrende behandling ved St Olavs hospital. Nå er det i bruk over hele landet, og det er beskrevet

vet i Standard for palliasjon (7), hvor man anbefaler rutinemessig bruk av kartleggingsverktøy, blant annet ESAS, smertekart og Mini Mental Status. Man bør bruke standardiserte egenrapporteringskjemaer for måling av symptomer da det ikke nødvendigvis er sammenheng mellom pasientens subjektive opplevelse og graden av symptomer som helsepersonell rapporterer (12,13,14,15).

ESAS får enkelt frem pasientens subjektive opplevelse av situasjonen.

Denne studien har fokus på bruken av symptomregistreringskjemaet ESAS og kartlegging av symptomer hos pasienter i palliativ fase. ESAS er oversatt til norsk, det er validert i flere land og det står beskrevet blant annet i Standard for palliasjon (7) som en kvalitetsindikator i oppfølging av pasientene. Subjektive symptomer står sentralt i den palliative diagnostikken og behandlingen (16), og symptomer bør registreres systematisk og på en enkel måte (16). ESAS får enkelt frem pasientens subjektive opplevelse av situasjonen, og det kartlegger pasientens symptomer. Skjemaet brukes også for å evaluere effekten av igangsatte tiltak, og ESAS gir håp om synliggjøring av også andre symptomer enn smerte (3). ESAS er i systematisk bruk i spesialisthelsetjenesten (17), mens det antas at ESAS foreløpig ikke er innført rutinemessig i kommunehelsetjenesten.

Ved litteratursøk i databasene Pubmed, Medline, Cinahl, Embase, British nursing index, Swemed+ og Cochrane i perioden mai 2008 til oktober 2009, med søkeordene «palliative care», «symptom assessment», «ESAS»,

«palliative vård» og «smærtanalyse» fant man 15 artikler som spesielt omhandlet bruk av ESAS. Disse artiklene ble, sammen med nasjonale føringer og en lærebok i palliasjon (3,5,6,7,10), lagt til grunn for utarbeidelse av problemstilling og forskningsspørsmål. Målet var å kartlegge bruk av ESAS ved henholdsvis palliative enheter ved sykehjem og sykehjemsavdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ

fase. Vår hypotese var at grunnet bedre bemanning og mer strukturert samarbeid (3, 18), ville sykepleiere ved palliative enheter skåre bedre for systematisk bruk av ESAS, enn sykepleiere ved alminnelige sykehjemsavdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase.

Forskningsspørsmålene er:

- Har sykepleiere ved sykehjem hørt om ESAS som kartleggingsverktøy for symptomer hos pasienter i palliativ fase?
- Hvordan bruker sykepleiere på palliative enheter ved sykehjem og ved sykehjemsavdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase, kartleggingsinstrumentet ESAS?
- Hvordan kartlegges symptomer hos pasienter i palliativ fase ved de to ovennevnte avdelingstypene?

Hensikten med denne artikkelen er å presentere funnene som er gjort i studien om bruken av ESAS blant sykepleiere ved palliative enheter på sykehjem, samt avdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase ved vanlig sykehjemsavdeling.

METODE Design

Prosjektet har et ikke-eksperimentelt, deskriptivt design. Basert på en litteraturstudie ble det utviklet et spørreskjema tiltenkt sykepleiere ved palliative enheter og ved sykehjemsavdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase. Hensikten var å kartlegge bruken av ESAS ved de to ulike avdelingsformene ved sykehjem. Data ble innhentet ved bruk av spørreskjemaet utviklet spesifikt for denne studien, da det ikke eksisterte noe eksplisitt spørreskjema for studiens målsetting.

Spørreskjemaet var i hovedsak strukturert, og det besto av 29 lukkede spørsmål og påstander, med en Likert skala. Svaralternativene var «helt enig», «litt enig», «verken enig eller uenig», «helt uenig» og «litt uenig». Påstandene i skjemaet tok utgangspunkt i hvordan litteraturen mener bruken av ESAS bør være.

Områdene er:

- hvem som fyller ut ESAS (15,19,20)
- opplæring i bruken av ESAS (21)
- tilgjengelighet på informasjonsskriv til pasient og pårørende om bruken av ESAS (21,22)
- avdelingens egne rutiner for bruk av ESAS (10,22)
- om ESAS er lett å bruke (23)
- om skjemaet passer for avdelingens pasienter (24)
- om man innleder til samtale på bakgrunn av skjemaet (12,17,23,24)
- bruken av grafisk skjema (22)
- bruken av observatørskjema (24)
- feiltolkninger av skjemaet (12)

Spørreskjemaet har også 13 åpne spørsmål hvor respondentene kunne nevne bruk av andre kartleggingskjemaer, besvare spør-

mål om avdelingens sengeplasser, sykepleierens videreutdanning, annen utdanning, alder og sluttført sykepleierutdanning.

Det ble gjort en pretest av spørreskjemaet på ti mastergrads-studenter innen klinisk helsearbeid ved Høgskolen i Buskerud hvor det ikke ble endret noe på skjemaet. Derimot ble det en diskusjon om bruken av tallene 1–5 i svaralternativene i form av hvilken rekkefølge tallrekken skulle ha. Undersøkelsen ble utført én gang ved hver avdeling i perioden mai til august 2009.

Utvalg

Utvalget bygger på en studie blant sykepleiere ansatt ved palliative enheter ved sykehjem og sykehjemsavdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase i Helseregion Sør-Øst. Det var en kontaktperson ved hver avdeling som oppga antall ansatte sykepleiere. Kontaktpersonen delte ut og samlet inn skjemaene. Til sammen ble det oppgitt 134 ansatte sykepleiere ved 16 avdelinger i Helseregion Sør-Øst.

Metode for analyse

Det ble brukt deskriptiv statistikk med SPSS versjon # 17. Frekvensanalyse ble brukt for å vise hvor ofte en observasjon er målt. T-test for kontinuerlige variabler ble brukt ved sammenligning av gjennomsnittet i to grupper. Chi-kvadrat test og Fishers eksakte test (for antall i gruppene mindre enn fem) ble brukt for å se sammenhengen mellom kategoriske variabler i en krysstabell. Da fremkommer forskjellene mellom observert og forventet frekvens (25). Signifikansnivået ble satt til 0,05 (25).

Variabler er betegnelsen på enhetene av spørsmålene og påstandene i spørreskjemaet, mens verdiene for disse varia-

blene er skåringsalternativene på Likertskalaen. Tallet 5 representerte «helt enig», 4 representerte «litt enig», 3 representerte «verken enig eller uenig», 2 representerte «litt uenig» og 1 representerte «helt uenig». Svaralternativene «ja» og «nei», ble kodet 0 og 1. De åpne spørsmålene ble skrevet inn i SPSS i form av «string»-variabel oppsett.

Etiske overveielser

Studien er anbefalt iverksatt av Norsk Samfunnsfaglig Datatjeneste, NSD. Det var ikke nødvendig å søke Regional etisk forskningskomité, siden studien gjelder sykepleiere. Det var frivillig å delta i studien, og ifølge NSD var det informert samtykke når det anonyme skjemaet ble returnert i en felles konvolutt fra avdelingen. Alle opplysninger er behandlet konfidensielt og det er ikke mulig å spore stedstilknytning. Anonymitet er ivaretatt i fremstillingen av resultatene i tekstmaterialet.

Resultater

Atten avdelinger i 18 kommuner i helseregion Sør-Øst ønsket å

delta i studien. Dette var både palliative enheter, og avdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase i en vanlig sykehjemsavdeling. To avdelinger trakk seg fra studien uten å oppgi årsak. Det ble derfor 16 avdelinger som deltok. I denne studien er utvalget av respondenter sykepleiere som er ansatt ved palliative enheter på sykehjem, og sykepleiere ansatte ved avdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase.

Til sammen besvarte 83 sykepleiere spørreskjemaet, svarprosent 62. Det var i følge tall oppgitt av kontaktpersonene 134 sykepleiere ansatte ved disse 16 avdelingene. Femtito av 83 respondenter (63 prosent) jobber ved en palliativ enhet. Tjuesesks respondenter (31 prosent) jobber ved vanlige sykehjemsavdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase, det var fire slike avdelinger. Fem respondenter (6 prosent) oppga ikke hvilken type avdeling de arbeider ved.

Respondentenes gjennomsnittsalder var 43 år, spenn fra 23 til 61 år, og i gjennomsnitt hadde de vært utdannet syke-

TABELL 1: Oversikt over bruk av andre kartleggings skjema (besvart av 34, hvorav flere har nevnt mer enn ett skjema/én metode).

| Type kartleggings skjema eller andre kartleggingsmetoder | Antall anvendt |
|--|----------------|
| Kroppskart med smerte – evalueringsskjema | 17 |
| VAS – Visuell Analog Skala | 9 |
| MMS – Mini Mental Status | 8 |
| Skjematype eller metode ikke oppgitt | 5 |
| Ernærings skjema | 3 |
| Innkomstsamtale | 2 |
| IPLOS | 2 |
| Observasjon (derav observasjon av pårørende) | 2 |
| Depresjonsskala | 1 |

TABELL 2: Forskjeller mellom sykepleiernes svar i forhold til avdelingstype: palliative enheter i sykehjem og avdelinger i sykehjem med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase.

| Variabler | Palliative enheter i sykehjem | Sykehjem med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase | P-verdi |
|---|-------------------------------|---|------------------|
| | N (%) | N (%) | |
| Hørt om ESAS | | | 1,00 |
| Ja | 42 (98) | 26 (96) | |
| Nei | 1 (2) | 1 (4) | FE-test |
| Pasienten fyller selv ut ESAS | | | 0,64 |
| Ja | 33 (73) | 17 (68) | |
| Nei | 12 (27) | 8 (32) | χ^2 -test |
| Pasienten får hjelp av sykepleier til å fylle ut ESAS | | | 1,00 |
| Ja | 42 (93) | 23 (96) | |
| Nei | 3 (7) | 1 (4) | FE-test |
| Sykepleier fyller ut ESAS | | | 0,60 |
| Ja | 27 (66) | 13 (59) | |
| Nei | 14 (34) | 9 (41) | χ^2 -test |
| Pårørende fyller ut ESAS | | | 0,65 |
| Ja | 4 (10) | 1 (4) | |
| Nei | 37 (90) | 22 (96) | FE-test |
| Legen fyller ut ESAS | | | 0,30 |
| Ja | 3 (7) | 0 (0) | |
| Nei | 39 (93) | 24 (100) | FE-test |
| ESAS fylles ut daglig per pasient | | | 0,08 |
| Ja | 7 (17) | 0 (0) | |
| Nei | 34 (83) | 21 (100) | FE-test |
| Avdelingen har skriftelige rutiner for bruk av ESAS | | | <0,001 |
| Ja | 27 (63) | 4 (17) | |
| Nei | 16 (37) | 20 (83) | FE-test |
| Alle ansatte bruker ESAS | | | <0,001 |
| Ja | 28 (62) | 1 (4) | |
| Nei | 17 (38) | 24 (96) | FE-test |
| Alle ansatte har fått opplæring i bruk av ESAS | | | <0,001 |
| Ja | 34 (76) | 5 (20) | |
| Nei | 11 (24) | 20 (80) | χ^2 -test |
| Avdelingen har informasjons-skriv til pasient og pårørende om bruk av ESAS | | | 0,71 |
| Ja | 5 (11) | 4 (17) | |
| Nei | 39 (89) | 20 (83) | FE-test |

Tegnforklaring: χ^2 -test = Chi-Square test, FE-test = Fisher's exact test

pleiere i 15 år, med et tidsspenn fra 1971 til 2009. Førtini (59 prosent) av 83 respondenter har en videreutdanning innen sykepleie. Tjueåtte respondenter (57 prosent) har en videreutdanning innen palliasjon, mens ti respondenter (20 prosent) er kreftsykepleiere. Kun to sykepleiere rapporterer at de ikke har hørt om ESAS. Trettifire sykepleiere (41 prosent) bekrefter at de anvender andre kartleggingsskjemaer i sitt arbeid. Tabell 1 viser en oversikt over hvilke skjema og metoder som anvendes.

Selv om det er store likhets-

trekk i besvarelsene for de to avdelingstypene, viser studien at det også er signifikante forskjeller i bruken av og meningene om ESAS mellom de sykepleierne som arbeider ved palliative enheter og de som arbeider ved avdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase, se tabell 2 og 3. Disse tabellene refererer til 28 spørsmål fra spørreskjemaet. Det siste spørsmålet i spørreskjemaet gjaldt hvilken type avdeling man er ansatt på, palliativ enhet eller vanlig sykehjemsavdeling, et spørsmål som vi anvendte som avhengig variabel i denne studien.

DISKUSJON

Utvalget i denne studien viser at 46 prosent av sykepleierne har videreutdanning i palliasjon eller kreftsykepleie. Sosial- og helsedepartementets anbefalinger om bemanning og organisering av personell ved palliative enheter på sykehjem (3), viser til at sykepleiere bør ha videreutdanning (mastergrad) innen kreftsykepleie eller palliasjon. Det er ingen forskjell i kompetanseprofil for sykepleierne ved henholdsvis palliative enheter og ved avdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase, og vi antar at lik-

TABELL 3: Påstander om bruken av ESAS ved de to ulike avdelingstypene. Svaralternativ: 5=Helt enig, 4=Litt enig, 3=verken enig eller uenig, 2=Litt uenig, 1=Helt uenig

| Variabler | Palliative enheter i sykehjem | Sykehjem med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase | P-verdi |
|--|--------------------------------------|---|------------------|
| | Gjennomsnitt (Standard avvik) | | |
| ESAS fylles bare ut når legen ber om det | 1,49 (1,00) | 1,36 (1,00) | 0,60 |
| ESAS brukes for å kartlegge symptomer | 4,89 (0,38) | 4,65 (0,75) | 0,08 |
| Legen bruker ESAS for å vurdere effekt av behandling | 4,36(0,96) | 3,88 (1,48) | 0,11 |
| Sykepleieren bruker ESAS som grunnlag for vurdering av pasientens tilstand | 4,74(0,61) | 4,54 (0,86) | 0,25 |
| ESAS er lett å bruke | 4,31 (0,79) | 4,08 (1,15) | 0,33 |
| ESAS er egnet for avdelingens pasienter | 5,30(7,73) | 4,00 (1,35) | 0,41 |
| ESAS bør fylles ut x 2 per dag | 2,29 (1,12) | 2,10 (1,18) | 0,54 |
| Obstipasjon mangler som et punkt i ESAS | 4,39 (0,98) | 4,38 (0,88) | 0,95 |
| Pasienter i palliativ fase er for dårlige til å fylle ut ESAS, de orker ikke | 3,24 (1,06) | 3,92 (0,98) | 0,01 |
| ESAS tar liten tid å fylle ut | 3,84 (1,22) | 4,15 (1,05) | 0,28 |
| ESAS er lett å forstå for alle | 3,50 (1,11) | 3,62 (1,33) | 0,70 |
| Det er sjeldent feiltolkning av ESAS | 3,13 (1,24) | 3,27 (1,28) | 0,66 |
| Alltid en samtale med pasienten etter at ESAS er fylt ut | 3,91 (1,13) | 3,65 (1,13) | 0,35 |
| ESAS er fort gjort å glemme | 3,52 (1,12) | 4,00 (1,09) | 0,10 |
| ESAS kan også brukes for å kartlegge pasienter med kognitiv svikt | 2,26 (1,24) | 2,73 (1,18) | 0,12 |
| Observatørskjemaer er mer egnet enn ESAS i livets siste fase | 3,27 (1,01) | 3,25 (1,11) | 0,95 |
| Legen foreskriver hvor ofte ESAS skal fylles ut | 1,78 (1,21) | 1,92 (1,35) | 0,65 |
| Det grafiske skjemaet brukes for alle pasienter | 3,41 (1,59) | 2,08 (1,29) | <0,001 |

het i utdanning mellom ansatte ved de to avdelingstypene, er en av årsakene til at det ikke er så store forskjeller i bruken av ESAS.

Når man skal oppsummere resultatene av denne studien om bruken av ESAS ved palliative enheter og ved vanlige sykehjemsavdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase, finner vi at det er likhetstrekk i besvarelsene for de fleste av

i større grad ville være enige i at de bruker det grafiske skjemaet for fremstilling av pasientens tilstand over tid, sammenlignet med avdelinger som har senger forbeholdt pasienter i palliativ fase. Dette støttes i litteraturen ved enighet om at det er viktig å måle intensiteten av pasientens plager over tid, samt at god symptomkontroll er én av de viktigste komponentene i å levere en effektiv, avansert pleie i pallia-

å bruke ESAS, og alternativt bør man bruke et observatørskjema hvor man blant annet ser på ansiktsuttrykk for å kartlegge pasientens symptomer fordi man er avhengig av at pasienten forstår meningen med innholdet i skjemaet (19,24). Sykepleierne ved de palliative enhetene synes i større grad å være enige i at ESAS også er egnet for pasienter i palliativ fase. Forklaringen til at sykepleierne ved de palliative enhetene anvender ESAS også overfor svært dårlige pasienter, kan være at de har utviklet metoder og tilnæringsmåter som ivaretar pasientene ved utfylling/nedtegning av symptomintensitet i ESAS.

Kommunikasjon har en sentral rolle mellom pasient og helsepersonell. Studien og litteraturen (12,13,23,24,26) viser enighet om at man skal bruke ESAS som et utgangspunkt for en samtale, siden ESAS ikke dekker alle symptomer man erfarer at pasienter har. Det er praktisk å starte med spørsmål knyttet til pasientens skåre på skjemaet. Man vil kunne avdekke eventuelle misforståelser, og pasienten føler at han blir lyttet til og tatt på alvor (12,23,26). Symptomer bør ifølge flere artikler (13,16) registreres systematisk på en enkel måte, for alle pasienter.

Det anmodes om at legen bør foreskrive hvor ofte ESAS bør registreres (16). Dette ble ikke støttet i studien hvor man fant at sykepleiere er helt uenig i at ESAS bare fylles ut når legen ber om det. En tolkning er at skjemaet fylles ut uansett om det er forordnet eller ikke. Man kan videre tolke dette funnet slik at sykepleiere i studien er enige med litteraturen, siden de mener ESAS bør fylles ut systematisk uten nødvendigvis noe pålegg eller instruks fra eksempelvis en lege. At sykepleieren selv tar

” Mot slutten av livet kan det være vanskelig å bruke ESAS.

spørsmålene, mens det er signifikante forskjeller mellom svarene for de to gruppene sykepleiere for andre spørsmål.

Funns fra studien som viser forskjell mellom sykepleiergruppene ved henholdsvis palliative enheter og avdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase er: Sykepleiere ved palliative enheter bruker i større grad enn sykepleierne ved avdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase ESAS's grafiske skjema. Videre har sykepleiere ved palliative enheter skriftlige rutiner for bruk av ESAS, de bekrefter at alle ansatte bruker ESAS, og at alle ansatte har fått opplæring i bruken av ESAS i større grad enn sykepleierne ved avdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase. Siden det er tilført mer ressurser (personalmessig og organisatorisk) til en palliativ enhet sammenlignet med en sykehjemsavdeling med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase (3), forventet vi at de palliative enhetene ville komme best ut i denne sammenligningen. Det var forventet at sykepleierne ved de palliative enhetene

sjon (20, 22), slik kravet til en palliativ enhet beskrives (3).

Kartleggingsverktøy må være enkle å administrere ved pasientens seng, de må være korte og lette å fylle ut. Symptomer er et subjektivt fenomen, og det anbefales at pasienten fyller ut et måleinstrument selv (gullstandard). Ifølge litteraturen bør en tredjeperson fylle ut skjemaet når pasientens helsetilstand forverrer seg slik at pasienten selv ikke klarer å fylle det ut grunnet kognitiv svikt eller fysisk reduksjon (23). Vår studie viste at i en vanlig avdeling med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase, var respondentene enige i at avdelingene har for dårlige pasienter til å systematisk fylle ut ESAS, noe som kan tolkes som at ESAS er lite egnet for deres pasienter. Det kan også tolkes som at sykepleierne ved vanlig avdeling med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase, ikke har metoder for å kartlegge svært dårlige pasienter. Dette støttes i litteraturen ved at man mener det er umulig å bruke ESAS overfor pasienter med sterkt nedsatt allmentilstand. Mot slutten av livet kan det være vanskelig

initiativ til utfylling og kartlegging av symptomer er i tråd med Helsepersonelloven § 4, 39 og 40, om krav til forsvarlighet og dokumentasjonsplikt (27).

Videre viser studien at sykepleiere ved begge avdelingstyper (palliative enheter og avdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase) som bruker ESAS for vurdering av pasientens symptomer, er enige i at ESAS er lett å bruke. Dette støttes i litteraturen (26) ved at ESAS er et nyttig verktøy for å observere, evaluere og dokumentere de symptomene som er valgt ut i skjemaet. Det er viktig med et enkelt skjema som krever minimal innsats og konsentrasjon av pasienten da pasienter i en palliativ fase kan ha sterkt nedsatt tilstand og mange symptomer (18).

Det er gjort en undersøkelse om sykepleieres opplevelse og erfaringer ved bruk av ESAS (25). Denne undersøkelsen konkluderte med at ESAS er lett å forstå for pasienten, og at ESAS trenger liten innsats fra pasienten og sykepleieren. Det konkluderes med at pasienten har stor fordel ved å bruke ESAS. Dette støttes i vår studie da sykepleierne er enige i at ESAS tar liten tid å fylle ut.

ESAS gir raskt svar på pasientens symptomer (26). Symptomene som kartlegges i ESAS er relevante for helsepersonell slik at de kan rette tiltak mot lindring av symptomene som angis som plagsomme. Sykepleierne ved begge avdelingstypene mener at ESAS mangler et eget punkt om obstipasjon (gjennomsnittsverdier henholdsvis 4,39 og 4,38, $p=0,95$). Dette støttes av andre artikler og studier gjort med helsepersonell som fyller ut og tolker skjemaet (21). Videre viser funn fra vår studie at det anvendes også andre kartleggingsskjemaer ved pallia-

tive avdelinger, slik Standard for palliasjon (7) anbefaler.

STUDIENS BEGRENSNINGER

Det ble ikke registrert om hver enkelt sykepleier mottok skjemaet og informasjonsskrivet, og det ble heller ikke registrert hvem som ikke besvarte skjemaet. Man vet derfor ikke hvorfor 38 prosent ikke svarte. En svakhet ved denne studien er at kontaktpersonen som delte ut spørreskjemaene har inkludert alle ansatte, også nattevakter og avdelingsledere, når de har oppgitt antall ansatte. Når skjemaene er returnert oppgir noen avdelinger at nattevakter og avdelingsledere ikke bruker ESAS, noe som kan være årsak til at de ikke har svart på spørreskjemaet. Kontaktpersonene har ikke oppgitt hvor mange personer dette gjelder, så her ligger nok en av årsakene til frafallet.

En annen svakhet i studien er at noen ansatte ved samme avdeling er uenige på flere felt når de svarer, blant annet på spørsmålet om hvor mange senger avdelingen har, antall senger forbeholdt pasienter i palliativ fase, om de har fått opplæring i utfylling av ESAS, hva slags avdeling de faktisk er definert som og om de har rutiner for bruken av ESAS. Når det gjelder spørsmålet om antall senger kunne kanskje denne svakheten vært unngått med en mer konkret spørsmålsstilling med lukkede svaralternativer, ikke åpne spørsmål slik det var i spørreskjemaet.

Studien er generaliserbar til sykehjem med palliative enheter og til avdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase i 16 kommuner. En styrke ved studien er at hele 16 kommuner, ved til sammen sju av ti fylkeskommuner i Helseregion Sør-Øst, deltok i studien.

Spørreskjemaet har en Likert-skala, samt både åpne og lukkede spørsmål. Fordelen ved å bruke et spørreskjema med lukkede svaralternativer er at det er lett for respondenten å administrere. Det tar også kort tid å fylle ut svarene, noe som kan påvirke svarprosenten positivt. Videre er det enklere å analysere siden man ikke trenger å rekode i stort omfang. Det er også en styrke å presentere spørsmål med ulik formulering, noe som kan redusere faren for tilfeldige feil (28).

Både palliative enheter og vanlige sykehjemsavdelinger er representert i studien, noe som har gitt mulighet til å sammenligne disse avdelingstypene. Dette kan anses som en styrke ved studien.

KONKLUSJON

Det er store likheter i bruken av ESAS ved de to avdelingstypene. Variasjoner i sykepleierens bruk av ESAS ved de palliative enhetene og ved de vanlige sykehjemsavdelingene med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase, gjelder bruken av det grafiske skjemaet, om pasientens tilstand er avgjørende for utfylling av ESAS, grad av opplæring, tilgang på skriftlige rutiner og om bruken av ESAS blant helsepersonell. Avdelingene som er palliativ enhet, viser til en systematisk bruk av ESAS's grafiske skjema. Sykepleiere ved avdelingene med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase er enige i at de har for dårlige pasienter til å kunne bruke skjemaet systematisk. Palliative enheter har i større grad enn sykehjemsavdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase, opplæring i bruken av ESAS og skriftlige rutiner for bruk av skjemaet. Hvis målet er at ESAS skal anvendes mer systematisk og regelmessig, kan denne

studien antyde to momenter som kan fremme slik bruk av ESAS:

- undervisning om ESAS med metoder og tilnærming for bruk av ESAS også når pasientene er svært dårlige

- innarbeide skriftlige rutiner om bruk av ESAS og det grafiske skjemaet.

Det er behov for videre forskning om bruken av ESAS ved sykehjem, og aller helst med inkludering av

respondenter ved samtlige av Norges palliative enheter og avdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase slik at resultatene kan generaliseres til alle slike enheter/avdelinger i landet.

REFERANSER

1. Statistisk sentralbyrå. Dødsfall av underliggende dødsårsak, etter dødssted. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/emner/03/01/10/dodsarsak/tab-2009-04-07-19.html>. [Nedlastet 14.10.09].
2. Hjort, PF. Døden i sykehjem. Tidsskriftet Norsk Lægeforening (2004). http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1097210. [Nedlastet 18.2.2009].
3. Sosial og Helsedirektoratet. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen, 2007.
4. Statistisk sentralbyrå. Dødsfall etter årsak. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/emner/03/01/10/dodsarsak/tab-2009-04-07-01.html>. [Nedlastet 25.08.09].
5. Helse og omsorgsdepartementet. NOU 1997: 20 Omsorg og kunnskap, 1997.
6. Helse og omsorgsdepartementet. NOU 1999: 2 Livshjelp, 1999.
7. Norsk Forening Palliativ Medisin. Standard for palliasjon, 2004.
8. Helse og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding nr 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-.html?id=200879>. [Nedlastet 24.10.2009]
9. WHO. Definisjon av palliasjon. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. [Nedlastet 25.8.2009].
10. Kaasa, S. Palliasjon Nordisk lærebok. Gyldendal Akademisk, Oslo. 2008.
11. Eriksson, S, Haugen, DF. Systematisk symptomregistrering i lindrende behandling – ved hjelp av ESAS. Tilgjengelig fra: www.helse-bergen.no/lindrendebehandling. [2006].
12. Garyali A, Palmer L, Yennurajalingam, S., Zhang, T., Pace, E., Bruera, E. Errors in symptom intensity self assess-

ment by patients receiving outpatient palliative care. Journal of Palliative medicine Vol 9 (5) 2006;1059-65.

13. Grønvoid, M, Strömrgren, L. Symptomatologi blant pasienter der modtager palliativ indsats – måling, forekomst og forløb. Ugeskr Læger 169/44. 29. oktober 2007.

14. Seland, M., Kaasa, S, Klepstad P. Symptomregistrering hos kreftpasienter ved sykehusinnleggelse. Tidsskr Nor Lægeforening. 2005;18:2500-03. tilgjengelig fra: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1259252 [nedlastet 21.4.2008]

15. Nekolaichuk, C, Bruera, E., Spachynski, K., MacEchern, T., Hanson, J., Maguire, T. A comparison of patient and proxy symptom assessments in advanced cancer patients. Palliative medicine 1999;13:311-23.

16. Kaasa, S. Palliativ medisin. Tidsskriftet Norsk Lægeforening. 2001;117:641-42.

17. Ottesen, S, Fosli, I, Aamotsmo, T, Holten, R. Kronikk, fra teori til virkelighet I det palliative landskap? Tidsskr Nor Lægeforening 2005;6:760-2 tilgjengelig fra: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1166087. [Nedlastet 21.4.2008].

18. Helsedirektoratet. Samhandling – palliative enheter på sykehjem med fokus på kreftpasienter 2006- 2009. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/vp/.../Samhandling_IS_1521_25549a.pdf. [Nedlastet 21.4.2008].

19. Sogne-Møller, S., Saltvedt, I., Hølen, J.C., Loge, J.H., Kaasa, S. Smertemålinger hos eldre med kognitiv svikt. Tidsskr Nor Lægeforening. 2005;125:1838-1840. tilgjengelig fra: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1223493. [Nedlastet 21.4.2008].

20. Dudgeon, D, Harlos M, Clinch, J. The

Edmonton symptom assessment scale as an audit tool. Journal of Palliative care. 1999;15:14-20.

21. Baba K, Fransson P, Lindh J. Use of modified ESAS in cancer patients: a pilot study of patient and staff experiences. International Journal of Palliative Nursing. 2007;13:610-16.

22. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmer P., Macmillan, K.[1991] The Edmonton symptom assessment system: a simple method for the assessment of palliative care patient. J. Palliative care. 1991;7:6-9.

23. Nekolaichuk, C., Maguire, T., Suarez- Almazor, M., Rogers, T., Burera, E. Assessing the reliability of patient, nurse and family caregiver symptom ratings in hospitalized advanced cancer patients. Journal of clinical oncology vol. 1999;17:3621-3630

24. Loge, JH, Bjordal, K, Paulsen, Ø. Tilnærming til pasienter som trenger palliativ behandling. Tidsskriftet Norsk Lægeforening nr 4, 2006;126:462-6 tilgjengelig fra: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1339744 [Nedlastet 21.4.2008]

25. Polit & Beck Polit, D.F og Beck, C.T. Nursing research – Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 8ed. Lipincott Williams & Wilkins, Philadelphia Pa. 2008.

26. Ellingsen, E, Strand E. [2007] Hvordan har du det i dag? Sykepleien. 2007;17: 27. Lovdata. Lov om helsepersonell. 2 juli 1999, nr4;(Helsepersonell loven) tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html> [Nedlastet 14.10.09]

28. Undheim, J. O. Innføring i statistikk og metode for samfunnsvitenskapelige fag. Universitetsforlagets metodebibliotek. Oslo, 1996.