

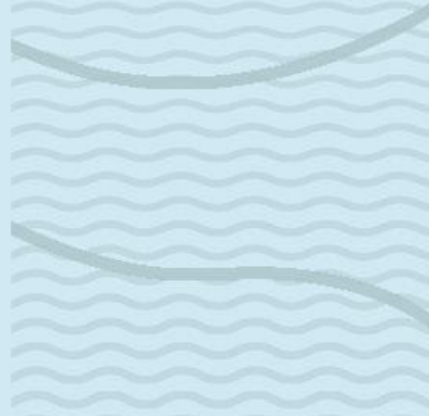
Aisa Basic

Edmonton Symptom Assesment System – effektivt verktøy på en korttidsinstitusjon?

Systematisk bruk av ESAS-r skjema hos pasienter på korttidsinstitusjon- kan det føre til økt registrering av pasientenes symptomer?

Edmonton Symptom Assesment System – an Effective Tool in a Short-term Care Facility?

Systemtic use of the ESAS form in short-term care facility patients -could it lead to the patients' syptom registration increase?



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for sykepleie- og helsevitenskap ...
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2020 Aisa Basic

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Innhold

Sammendrag	4
Abstract	5
1 Innledning	6
1.1 Edmonton Symptom Assesment System- utvikling og anvendelse.....	8
1.2 Organisering og formål med korttidsavdelinger	11
1.3 Systematisk kartlegging av symptomene	13
1.4 Symptomhåndteringsmodell.....	15
1.5 Symptom kartlegging	19
1.6 Mål for studien.....	31
2 Metode	32
3 Resultat	38
3.1 Utvalg.....	38
3.2 Data.....	40
4 Diskusjon	43
4.1 Dokumentering av symptomene.....	43
4.2 ESAS-r og symptomhåndteringsmodell	46
4.3 ESAS-r skjema og anvendelse i praksis	49
4.4 Begrensninger av studien	53
5 Konklusjon	57
Vedlegg 1 «NSD vurdering»	
Vedlegg 2 «Vil du delta i forskningsprosjektet	
<i>” ESAS-skjema, nyttig verktøy for kartlegging av korttidspasienter”?</i>	
Vedlegg 3 «REK vurdering»	
Vedlegg 4 «ESAS skjema»	

Sammendrag

Hensikten med denne studien var å finne ut om systematisk bruk av ESAS-r kartleggingsskjema ved en korttidsinstitusjon kan føre til økt registrering av pasientenes symptomer. Med pasientenes symptomer menes smerter, angst, kvalme, tung pust, velvære, slapphet, matlyst, ustøhet, forvirring og obstipasjon. ESAS-r, Edmonton System Assessment System- revidert er validert for bruk hos pasienter i palliativ fase for å kartlegge symptomtyngden.

Teoretisk bakgrunn for studien var Dodd's symptomhåndteringsmodell. Denne modellen beskriver en dynamisk symptomhåndtering prosess hvor selvrapporing, evaluering og behandling av et erfart symptom fører til ulike symptomhåndtering strategier som i sin tur kan virke inn på symptomstatus, funksjonsstatus, livskvaliteten og dødeligheten. Ytre faktorer som blant annet det fysiske og kultur- sosialt miljø, demografi og risikofaktorer kan innvirke på symptom erfaring, evaluering, håndtering og utfall. Studien var tverrsnitt studie med kvantitativ, Quasi- eksperimentell modell. Utvalget var pasienter innlagt ved to korttidsavdelinger (n =72) ved en korttidsinstitusjon. Randomisering var ikke mulig da selve fysiske plasseringer av pasienten på avdeling 1 eller avdeling 2 utløste om pasienten mottok intervensjon. Intervensjonen var systematisk kartlegging av symptomer ved hjelp av ESAS-r skjema ved innleggelse og deretter to ganger i uken under oppholdet. Pasientene som møtte inklusjonskriterier ble skriftlig og muntlig informert om studien og skriftlig samtykke ble innhentet med hjelp av personalet ved avdelingen. Elektronisk journal av til sammen 72 pasienter over en fire måneders periode ble gjennomlest. Pasientene var innlagt ved avdeling 1 hvor ESAS-r kartleggingsskjema er nylig innført som kartleggingsverktøy og ved avdeling 2 hvor ESAS-r skjema ikke er tatt systematisk i bruk. Datanalysen var utført med hjelp av statistisk analyse program IBM SPSS Statistics 26. Det ble utført både deskriptive og ikke parametriske analyser av hvert symptom for å finne ut om det foreligger statistisk signifikans forskjell mellom data samlet inn ved avdeling 1 og avdeling 2. Resultatene viste flest registreringer ved avdeling 1 for alle symptomene bortsett fra «slapphet» og «forvirring». Statistisk signifikans ble påvist for symptomene «matlyst», «døsighet», «velvære», «obstipasjon» og «ustøhet».

Abstract

The purpose of this study was to find out if the systematic use of the ESAS-r form in short-term care facility patients lead to the patients' symptom registration increase? By patients' symptoms is meant pain, anxiety, nausea, heavy breathing, general well-being, fatigue, appetite, unsteadiness, confusion and constipation. The ESAS-r, Edmonton Symptom Assessment System- revised version has been validated for use for the assessment of palliative care patients for identifying the range and severity of their symptoms. Theoretical basis for the study was Dodd's Symptom Management Model. This model describes a dynamic symptom management process where self-reporting, evaluation and treatment of a known symptom leads to various symptom management strategies which can then affect the symptom status, functional status, quality of life and mortality. External factors such as the physical and socio-cultural environment, demographics and risk factors can influence symptom experience, evaluation, management and outcomes. The study was a cross-sectional study with a quantitative, quasi-experimental model. The sample group were patients admitted to two short-term care units (n = 72) at a short-term care facility. Randomization was not possible because taking an intervention depended on whether the patient has been submitted to unit 1 or unit 2. The intervention was a systematic mapping of the symptoms using the ESAS-r form during the admission time and then twice a week during the stay. The patients who met the scope criteria were informed about the study in writing and verbally and a written consent was obtained with the help of the unit staff. An electronic journal of a total of 72 patients over a four-month period was studied. Patients were admitted to unit 1 where the ESAS-r form was recently introduced as a mapping tool and to unit 2 where the ESAS-r was not systematically used. The data analysis was performed with the help of the statistical analysis program IBM SPSS Statistics 26. Both descriptive and non-parametric analyses of each symptom were performed to determine whether there is a significant statistical difference between data collected at section 1 and section 2. The results showed most registrations in unit 1 for all symptoms except "drowsiness" and "confusion". Statistical significance was found for the symptoms of "appetite", "drowsiness", "well-being", "constipation" and "unsteadiness".

1 Innledning

Antall eldre mennesker i Norge er økende, den siste befolkningstelling viser at antall personer over 67 år er 827 420 (Statistisk sentralbyrå, februar 2020). I 2017 var det omkring 42 000 av eldre over 67 år registrert som beboere på institusjon. Folkehelsen blir bedre, flere blir eldre og dette fører til økning i antall eldre med komplekse og kroniske sykdommer.

På verdensbasis pågår det endring i alderssammensetting i befolkningen. Andel eldre forventes å øke fra 18 % til 36 % innen 2050 men en prognosert tredobling i andel eldre over 80 år. (Kongsgaard, Wyller& Breivik, 2008). Derfor er det viktig at helsevesenet i økende grad vektlegger eldre menneskers symptomer og lidelser.

«Geriatrici er den medisinske spesialiteten som omfatter fysiske, psykiske, funksjonelle og sosiale aspekter av behandlingen av eldre pasienten. Spesialiteten inkluderer behandling av eldre pasienten ved akutte og kroniske sykdommer, forebyggende arbeid (tidlig) rehabilitering og omsorg ved livets slutt inkludert palliativ behandling». (Den Europeiske unionen av medisinske spesialiteter- geriatrik seksjon, EUMS-GS)

Eldre i institusjoner er på mange måter typiske geriatrike pasienter med komplekse helseproblemer, ofte i mindre akutt fase av sin sykdom, har flere aktive sykdommer og er i behov av helhetlig tilnærming. De er preget av skrøpelighet eller «frailty», sykdommen presenterer seg ofte med atypiske symptomer og kan føre til at behandlingen blir forsinket.

Geriatrici pasienter har ofte redusert evne til å opprette fysiologisk balanse ved belastninger og har redusert fysiologisk reserve. Den sårbare eldre kan derfor ha høyere risiko for å ikke gjenvinne funksjonsnivå etter akutt sykdom.

Ved akutt sykdom hos eldre pasienten mangler ofte de typiske, organrettede symptomene, de kan komme fra helt andre deler av kroppen og ofte fra de organsystemene som er mest svekket. Symptomene er ofte preget av funksjonstap. (Wyller, T.B.,2015).

Denne pasient gruppen kan ofte ha vansker med å kommunisere på grunn av sansesvikt og kognitiv svikt i tillegg til at den eldre pasienten ofte presenterer akutt sykdom med atypiske og diffuse symptomer. Dette stiller krav til helsepersonalets kompetanse til systematisk observasjon og handlingskompetanse.

Samhandlingsreformen som ble representert i Statens Melding nummer 47 (2008-2009) presiserte tre hovedutfordringer som helsetjenester sto overfor: helsetjenester var usammenhengende og ikke koordinerte, lite fokus på forebygging og demografiske utfordringer med flere eldre og flere med sammensatte og kroniske sykdommer. Helsereformen skulle sikre at fremtidig helsetjenesten skulle dekke pasientens behov for koordinerte tjenester og svare på de store demografiske utfordringene med lik tilgang til tjenester.

Samhandlingsreformen førte til økte krav til mer avansert behandling i kommunehelsetjenesten. Kommunale tilbud skulle tilrettelegge for behandlinger før, istedenfor og etter sykehusopphold. Følgende oppgaver ble i større grad lagt under kommunehelsetjenesten: behandling av pasienter med funksjonssvikt, smertebehandling, lindrende behandling, forverring av kols, infeksjoner, ernæringssvikt, medikamentjusteringer, personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer i stedet for innleggelse i sykehus, observasjon for å avklare behovet for innleggelse i sykehus og til slutt etterbehandling og rehabilitering etter sykehusopphold før utskrivning til eget hjem (St.meld. nr. 47, s.59). I takt med økte krav anerkjente samhandlingsreformen at det må sikres et tilstrekkelig antall kompetent helsepersonell i alle deler av tjenestene og at samhandlingsreformen vil stille nye krav til helsepersonellens kompetanse.

Den demografiske utfordringer som samhandlingsreformen omhandlet økning i andel eldre pasienter med komplekse og utfordrende sykdomsbilde som er avhengig av at behandling og pleie ivaretas av tilstrekkelig antall faglig kvalifisert personalet.

Pleiefaktor, et begrep som brukes for å beskrive antall årsverk fordelt på antall beboere, ligger på 0,71 ansatt per beboer på somatiske avdelinger på institusjoner (Andreassen, 2015).

Ivaretakelse av helseomsorgen og faglig behandling av eldre, lik som alle de andre pasientene, må dokumenteres. Helsepersonalet har dokumentasjonsplikten og krav til forsvarlighet som er lovfestet (Helsepersonelloven §40, 2001). I tillegg er krav til dokumentasjon forankret i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.

Pasient journal er viktig verktøy for ivaretakelse av pasientens sikkerhet og kvaliteten og kontinuiteten av sykepleien. Dokumentasjon og journalføring gir et pekepinn på kvaliteten av sykepleie som utføres. Det kan til tider være ulike oppfatninger blant helsepersonalet om hva som er viktig informasjon. Ofte er det beskrevet hvordan personalet vurderer hendelsene og ikke pasientens subjektive opplevelser (Karlsen & Johansen, 2019).

Mangler i dokumentasjon kan føre til redusert pasientsikkerhet og pasienten kan utsettes for økt lidelse og ubehag. (Laukvik, Mølstad & Fossum, 2017).

Ifølge Saranto og Kinnunen (2009) finnes det mange studier som viser at sykepleiedokumentasjon er utilstrekkelig, med store variasjoner i kvaliteten av dokumentasjon. I tillegg er notatene fragmenterte og isolerte i pasientens elektroniske journalen. Dette fører til at det er vanskelig å evaluere sykepleiedokumentasjon. Sykepleiedokumentasjon skal omhandle pasientperspektivet men det er gjort studier som avdekket mangler på samsvar mellom det pasientene og sykepleierne definerte som pasientproblem (Johnesen, Ehrenberg & Fossum, 2014). En annen studie viser at det manglende samsvar mellom muntlig informasjon og skriftlige journalføringer. (Lauterbach referert i Johannesen & Hellesø, 2019).

Standardisert terminologi og klassifikasjon er nødvendig for effektivt bruk av elektronisk pasient journal og for strukturert kommunikasjon. Fordelen med god dokumentasjon er at den bidrar til kontinuitet i pasient behandlingen. (Saranto & Kinnunen, 2009)

Norge har erfart økende arbeidsinnvandring av sykepleiere i flere tiår. Sykepleiere med fremmedspråklig bakgrunn har, som alt personalet som yter helsehjelp, både juridisk, faglig og etisk yrkesmessig plikt til å dokumentere. Studien gjort av journalføring utført av helsepersonalet som har norsk som første språk og helsepersonalet som har norsk som andre språk viser at forskjell på mengden av journalført informasjon. Selv om førstespråklige sykepleiere bruker større ordforråd avdekket studien at også journalføringer utført av denne gruppen kan være mangelfull. (Johannesen & Hellesø, 2019).

Den eldre pasienten som kan presentere et kompleks sykdomsbilde i tillegg til at det stilles økte krav til mer avansert kompetanse hos helsepersonalet i kommunehelsetjenesten krever tilsvarende økt satsing på faglig forankrende systematiske observasjoner som sammen med presis og detaljert dokumentasjon i pasientens journalsystem kan styrke pasientsikkerhet og bidra til bedre kontinuitet i pasientbehandlingen.

1.1 Edmonton Symptom Assessment System- utvikling og anvendelse

Selvrapporteringskjema ESAS – Edmonton Symptom Assessment System er et kartleggingsverktøy som kan brukes i klinisk vurdering av pasientens symptomer. Skjema ble

utviklet i Canada som et kartleggingsverktøy i bruk hos kreft pasienten i den palliative fasen. ESAS skjema er validert og oversatt til 20 språk og er tatt i bruk for symptom kartlegging i palliasjon, onkologi, nefrologi og hos både inneliggende og polikliniske pasienter. (Hui & Bruera, 2016).

Bruk av ESAS skjema har vist seg å være nyttig, valid og enkel metode i kartlegging av symptomer hos pasienter som gjennomgår behandling med dialyse (Davison, Jhangri & Johnson, 2006), i kardiologi (Opasich, Gualco & De Feo, 2008), og hos pasienter innlagt ved langtidsinstitusjoner (Brechtel, Murshed, Homel & Bookbind, 2006).

Flere studier ble utført for å undersøke pasientenes erfaringer med ESAS og undersøke eventuelle muligheter til å optimalisere skjema. Det ble registrert at symptomer «matlyst» og «søvn» kunne misforstås og iblant ble scoret motsatt (Garyaly referert i Hui & Bruera, 2017) og at pasientene synes at det var vanskelig å forstå begrepene bak «depresjon», «angst», «matlyst» og «velvære». I tillegg rapporterte pasientene at det kan være vanskelig til å skille mellom «slapphet» og «søvnighet» (Watanabe referert i Hui & Bruera, 2017).

Tilbakemeldingene fra pasientene avdekket i studiene førte til at ESAS skjema ble revidert og resulterte i presentasjon av ni symptomer og den tiende selvrapporterte symptom, tidsramme til symptom erfaring ble satt til «nå» og det ble lagt til kort forklaring av symptomene slapphet (mangel på energi), «søvnighet» (ønske om å sove), «depresjon» (føle seg trist), «angst» (nervøsitet), «velvære» (hvordan man føler seg alt-i-alt).

I Norge brukes skjema hos pasienter i palliativ fase og er innlemmet i Norsk standard for palliasjon. Palliativ forløp kjennetegnes av komplekst sykdomsbilde, komplikasjoner, organsvikt, økende pleiebehov (Helsedirektoratet. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Oslo 2010). ESAS-r skjema finnes som fagprosedyre gjennom Helsebiblioteket (Bergh & Bjerkeset, 2013)

ESAS skjema ble i Norge først brukt ved Regionalt kompetansesenter for lindrende behandling ved St Olavs hospital (Myhra, C.B. og Grov, E.K., 2010). Skjema ble revidert i 2010 og den nye utgaven ESAS-r ble validert og tatt i bruk nasjonalt i 2012.

Dette skjema kan benyttes for alle pasienter med langt kommet sykdom men studier viser at det brukes i begrenset grad ved ordinære sykehjemsavdelinger i Norge (Myhra, C.B. og Grov, E.K. 2010) mens det internasjonalt finnes studier som viser at ESAS er et nyttig verktøy i kartlegging av symptomer og registrering av endringer i symptomene hos pasienter med langt kommet sykdom på langtidsavdeling (Brechtel, Murshed, Homel & Bookbinder M, 2006).

Kartleggingsskjema ESAS har vist seg å være nyttig å bruke hos pasienter med kroniske og avanserte sykdommer da de pasienten erfarer plagsomme symptomer fra diagnose blir satt og symptom byrden er økende i intensiteten over tid. (Hui & Bruera,2017)

Ifølge Torvik, Hårstad, Berdal, Frønes, Ommedal, Hellenen, Karlsaunet & Torjuul, K (2014) sier at» ESAS kartleggingsskjema har vist seg å være et godt redskap for kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient og kan benyttes for alle pasienter med langt kommet sykdom».

Gran og Landmark (2012) undersøkte om ESAS kan være nyttig for å kartlegge smerter hos eldre på en forsterket korttidsavdeling. Studien konkluderte med at ESAS egner seg til å kartlegge smerter hos eldre på sykehjem forutsatt at det brukes et kroppskart. (se vedlegg 4)

I Åfjord kommune ble det utført et prosjekt i 2011/2012 som omhandlet innføring av felles smertekartleggingsverktøy. ESAS skjema (ikke reviderte utgaven) ble brukt som smertekartleggingsverktøy hos pasientene som kunne selv rapportere smertene.

Under dette prosjektet kom det også frem at personalet hadde gjort seg gode erfaringer med bruk av kroppskartet på pasienter på en demens avdeling, både hos de som selv kunne rapportere smerter og hos de som ikke kunne det. Videre sier de at personalet opplevde at de kartla pasienten bedre med ESAS skjema og at de fikk «mer helhetlig bilde av pasientens opplevelse og kunne gi bedre behandling».

En studie gjort av Stømgren, Groenold, Pedersen, Olsen, Spile & Sjøgren (2001) viser både kvalitative og kvantitative forskjeller mellom symptomene pasientene selvrapporterte i form av ESAS skjema og de som var dokumentert i pasientenes journal. Dette gjelder alle symptomene bortsett fra smerte.

Oppsummert tolkes generelt ESAS-r skjema score på 0, 1-3, 4-6 og 7-10 som ingen, mild, moderat og alvorlig selv om det kan være variasjoner i hvordan den enkelte pasienten tolker score (Seow, Sussman, Martelli-Reid, Pond & Bainbridge referert i Hui & Bruera, 2017).

Implementering av ESAS skjema for systematisk registrering av symptomer hos pasienter i lindrende behandling har vist seg å være mulig men at det krever motivasjon, informasjon, undervisning, tid og oppfølging (Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006)

Edmonton Symptom Assessment System – r selvrapporterings verktøy er validert for bruk i palliasjon, både i Norge og internasjonalt. Det er flere studier som validerer klinisk bruk av

dette verktøyet hos alle pasienter med langkommet sykdom, både på sykehuset og på langtidsavdelinger. Det finnes begrenset med studier av bruken av ESAS skjema på korttidsavdelingene, bortsett fra tidligere nevnt studie som omhandlet kartlegging av smerter. Dette prosjektet skal undersøke om systematisk, klinisk bruk av ESAS-r skjema av helsepersonalet ved korttidsavdeling kan bidra til økt registrering av symptomene.

1.2 Organisering og formål med korttidsavdelinger

Samhandlingsreformen som trådte i kraft i 2012 økte kommunenes ansvar for videre behandling av pasienter som er meldt ferdig behandlet av spesialisthelsetjenesten men har behov for oppfølging av helsevesenet. Kommunene har fått økt ansvar for å ivareta innbyggerne på et tidligere tidspunkt, pasientene blir raskere utskrevet fra sykehuset til kommunehelsetjeneste. En pasient er ferdig behandlet eller utskrivningsklar når grunnen til innleggelsen er ferdig avklart, andre problemstillinger som muligens hadde kommet under innleggelse er avklarte, det skal foreligge plan for videre oppfølging og pasientens generelle funksjonsnivå skal være vurdert. (Garåsen, Magnussen, Windspoll & Johnsen, 2008).

Pasienter blir utskrevet til kommunale virksomheter som kan være organisert som helsehus, intermediære avdelinger eller korttidssentre. Hvordan den enkelte kommunen organiserer tilbudet varierer mellom kommunene (Nilsen, Andersen, Karlsen & Johansen, 2013). Denne studien utføres ved Drammen Helsehus som er en korttidsinstitusjon.

«Helsehus er en type forsterket sykehjem med styrket tilbud som innebærer økt kompetanse og ressursinnsats både av leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sykepleiere og andre faggrupper». (Garåsen, 2008).

I 2010 var antall eldre over 80 år i Drammen kommune 2942 og av de bodde 12,4 % på institusjon og 34,9 % hadde hjemmetjenester.

Drammen Helsehus ble åpnet som Drammen geriatriske kompetansesenter i september 2006. Det består av 5 avdelinger med til sammen 85 plasser fordelt på intermediære plasser, avlastning, rehabilitering og lindrende plasser (Lederkonferanse, 2010). Ifølge pasientstatistikk for Drammen kommune for 2009 var det innlagt 838 pasienter på korttidsinstitusjon med gjennomsnitts liggetid på 19 dager (Huseby, Aasgaard & Flingtorp, 2010).

Samhandlingsreformen har bidratt til å redusere antall liggedøgn på sykehuset. Rapporten utarbeidet av Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet sier at dersom kommunene ikke er i stand til å tilrettelegge for behandling av pasient etter utskrivelsen kan det øke sannsynlighet for reinnleggelsen (Lindman, Kristoffersen, Hassani, Tomic & Helgeland, 2015).

Ifølge rapporten fra Folkehelseinstituttet (Lindman et al., 2015) har pasientene i Drammen signifikant høyere sannsynlighet for reinnleggelse på sykehuset innen 30 dager etter utskrivelsen.

Korttidsopphold tilbys de som har behov for tidsbegrenset helsehjelp hvor målet er å opprettholde eller bedre funksjonsnivå før pasientene reiser hjem. (Drammen kommune, 2018). Pasienter på korttidsinstitusjoner er mer ressurskrevende enn pasienter på langtidsopphold i tillegg til at den medisinske og demografiske utviklingen i Norge peker på at andelen av eldre med behandlingsskrevende sykdom øker. (Høie 2005).

Hensikten med reformen er å øke satsing på forebygging i tillegg til å dreie bruken av spesialist helsetjenesten over på primærhelsetjenesten (Killie & Debesay, 2016)

Korttidsavdelingen er en viktig part i samhandlingsreformen da den tar imot utskrivningsklare pasienter fra sykehuset eller etter henvisning fra fastlegene. Målsetningen er at pasientene skal få hjelp til de kan skrives ut til hjemmet.

Statistikken for korttids plassene i Drammen kommune for 2009 viser at av til sammen 838 pasienter som hadde fått innlagt på korttidsopphold var det 613 pasienter som reiste hjem, 20 pasienter ble re innlagt sykehus, 68 ble overført langtids plass, 85 pasienter døde og 51 ble overført andre institusjoner. (Lederkonferanse, 2010).

Helsereformen slik den ble beskrevet tidligere i oppgaven fremmet raskere utskrivning av pasienter fra sykehuset og ifølge Huseby (2015) ble det sett en økning av antall pasienter som ble overført til korttidsavdelingene det første døgnet etter at pasientene ble klassifisert som utskrivningsklare.

Korttidsavdelingene har, etter helsereformen, fått mer komplekse pasienter, mer medisinsk og pleiefaglig krevende oppgaver. Det hevdes at samhandlingsreformens virkninger går direkte utover sykepleierens mulighet til å kartlegge pasientens behov og iverksette tiltak. (Killie & Debesay, 2016). I tillegg til dette er det funnet en dobling av pasienter som døde blant de som ble overført fra sykehus til sykehjem etter at samhandlingsreformen ble innført (Bruvik, Dragaset & Abrahamsen, 2017). Studier viser også at behandling i intermedieæravdeling kan

føre til reduksjon i reinnleggelser, redusert behov for kommunale helsetjenester, reduksjon i morbiditeten og kostnadsreduksjon, uten økning i behandlingsdager. (Garåsen, Magnussen, Windspoll & Johnsen, 2008). Behandling i intermediæravdeling koster mindre enn behandling i ordinær sykehus. (Garåsen, Magnussen, Windspoll & Johnsen, 2008).

Systematisk bruk av ESAS-r skjema og kartlegging av pasientens symptomer over tid kan bidra med å fange eventuell økningen i intensiteten av symptom byrden. I tillegg kan det øke personalets muligheter til å kartlegge pasientens behov i takt med utviklingen av sykdom og iverksettingen av nødvendige, tilsvarende tiltak. Bedre håndtering av pasientens symptomer ved institusjon kan forhindre reinnleggelser, redusere morbiditet og bidra til kostnadseffektiv behandling av pasientene. Dette kan føre til bedre oppnåelse av samhandling reformens formål: «Rett behandling- på rett sted- til rett tid.»

1.3 Systematisk kartlegging av symptomene

Pasientene som er innlagt ved korttidsavdelinger er ofte eldre pasienter som i mange tilfeller har flere plagsomme symptomer. Korttidspasient har et sammensatt, variert symptombyrde som kan endres raskt. Dette stiller krav til helsepersonals kompetanse til å kjenne igjen og registrere symptomene. Helsepersonalet er ofte satt sammen med pleiere som er ansatt i ulike stillingsgrad, har ulik bakgrunn, arbeidserfaring, interesse og evne til å kjenne igjen og vurdere symptomene.

Spørreundersøkelsen utført i september 2018 blant medlemmer av Norsk sykepleierforbund viser at sykepleiere bruker 89,5 % av arbeidstiden sin til observasjon og kartlegging av symptomer og sykdomsprogresjon; 88,9 % til observasjon og kartlegging av pasientens funksjonsnivå; 88,5 % til observasjon og vurdering av medisiners effekt og bivirkninger; 82,6 % til vurdering av pasientens pleie- og omsorgsbehov; 82,5 til samtale med pasienten om pleie og behandling og 80,9 % til diskusjon med lege om dosering og medisiner. (Bergsagel, 2019). I gjennomsnittet oppgir en pasient med cancer diagnose 8-12 symptomer der slapphet, smerter, anoreksi, underernæring, tung pust, angst og depresjon er oftest rapportert. (Hui & Bruera, 2017)

Tidligere forskning viser at det finnes liten korrelasjon mellom sykepleierens oppfatning av pasientens symptomer og pasientens kliniske tilstand. (Rhondali, Hui, Kim, Kilgore, Kang & Ngyen, 2012). For å bidra til felles forståelse på hvordan pasientens tilstand skal kartlegges,

dokumenteres og rapporteres bør systematisk bruk av kartleggingsverktøy tas i bruk også i ikke-palliative formål. Systematisk kartlegging av symptomene kan bidra til å redusere kvalitetsforskjell i dokumentasjon som kan skyldes uerfarenhet hos personalet, lite kjennskap til sykdomsutviklingen og personalets evne til å fange opp endringer i symptombyrden.

Systematisk undersøkelse gjennom bruk av systematiske kartleggingsverktøy med påfølgende systematisk dokumentering av symptomene kan bedre sykepleierens kjennskap til pasientens kliniske tilstand (Stromgren, Groenvold, Pedersen, Olsen, Spile & Sjøgren referert i Vigstad, Clancy & Broderstad, 2018).

Symptomene som oftest blir selvrapportert er smerter, tarmvansker, matlyst mens systematisk registrering oftest rapporterer symptomer som vekttap, slapphet, svekket matlyst, nedsatt bevegelighet. Ødemer, symptomer i forbindelse med munn, forvirring, søvn problemer tarm vansker, slapphet og nedsatt stemningsleie er også ofte rapportert. (White, McMullan & Doyle, 2009)

Det finnes undersøkelser som viser at det finnes ulikheter mellom symptomene som blir selv rapportert og symptomene som blir avdekket under klinisk undersøkelse (Basch et al, 2006)

Manglende håndtering av symptomene i forbindelse med pågående behandling av pasientene kan føre til forverring av symptomene og redusere livskvalitet (Lee ,2008). ESAS-r kartleggingsskjema som verktøy får «enkelt frem pasientens opplevelse av situasjon, det kartlegger pasientens symptomer, brukes for å evaluere effekten av igangsatte tiltak, og ESAS gir håp om synliggjøring av også andre symptomer enn smerte» (Myhra & Grov, 2010).

Ihler & Sæteren (2019) undersøkte sykepleieres erfaringer med å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter og konkluderte med at det er viktig med tydeliggjøring og enighet om rutiner på tvers av avdelingen rundt bruken av ESAS, økt fokus på tverrfaglig undervisning om ESAS, felles forståelse av skjemaets relevans, økt bevisstgjøring av både den enkeltes og hver faggruppes ansvar og tydelig engasjement fra ressurspersoner og ledelsen som fremmer rutinemessig bruk av ESAS. Stabilitet i personalet og ledelse er viktige forutsetninger for å få til endringer i klinisk praksis (Jonas et al referert i Gran & Landmark, 2012).

Systematisk registrering av symptomene ved bruk av ESAS-r skjema kan bidra til å redusere ulikhetene mellom selvrapporterte symptomer og symptomene som er avdekket gjennom

undersøkelser samtidig som det kan bidra til å bedre registrering og behandling av symptomene.

1.4 Symptomhåndteringsmodell

Teoretisk perspektiv som brukes for å gi struktur til studien er «Symptom Management Model» eller symptomhåndteringsmodell (Dodd, Janson, Facione, Froelicher, Humphrey, Lee, Miaskowski, Puntillo, Rankin & Taylor 2001). Denne modellen presenterer dimensjonene symptom erfaring, symptomhåndtering strategier og resultater eller utfall. Den er basert på at effektiv håndtering av et symptom eller gruppen av symptomene krever at det tas hensyn til alle de tre dimensjonene.

Modellen er basert på pasientens egne erfaringer og selvrappoteringer av erfart symptom eller en gruppe symptomer danner utgangspunktet når disse skal fortolkes og evalueres.

Symptomer trenger dog ikke nødvendigvis å erfares av individet for at denne modellen kan anvendes. Individet kan være i risiko for å utvikle symptomene på grunn av konteksten som f.eks. arbeidssituasjon, alderen eller diagnosen. Intervensjon kan settes i gang før individet erfarer symptomer.

Pasienter som ikke kan verbalt uttrykke seg (spebarn, koma pasienter, post hjerneslag pasienter osv.) kan oppleve symptomer og pårørendes eller helsepersonals tolkning av disse antas å være korrekte. Alle plagsomme symptomer bør behandles.

Symptomhåndteringsmodell kan rettes mot et individ, en gruppe, en familie eller mot arbeidsmiljø.

Modellen er en dynamisk prosess og tilpasses som følge av individuelle resultater og påvirkes av sykepleiedomenene person, helse/sykdom og omgivelsene.

Målet for symptomhåndtering modell er å forhindre eller utsette negative resultater gjennom biomedisinske, profesjonelle og selvpleie strategier. Symptomhåndtering innledes med vurdering av symptom erfaring fra pasientens perspektiv. ESAS-r skjema er et eksempel på verktøy som brukes for å innhente pasientens egne erfaringer av symptomer, både de symptomene som pasienten har erfart men også andre symptomer som pasienten kan være i fare for å utvikle. Neste ledd i prosessen, ifølge Dodd er evaluering eller tolking av

symptomet og reaksjon til erfart symptom. Evaluering omfatter tolking av flere karakteristikk av et symptom som blant annet intensitet, lokalisering, varigheten og frekvensen. Reaksjonen til symptomerfaring inkluderer fysiologisk, psykologisk, sosiokulturell, og atferdskomponent. (Dodd et al., 2001)

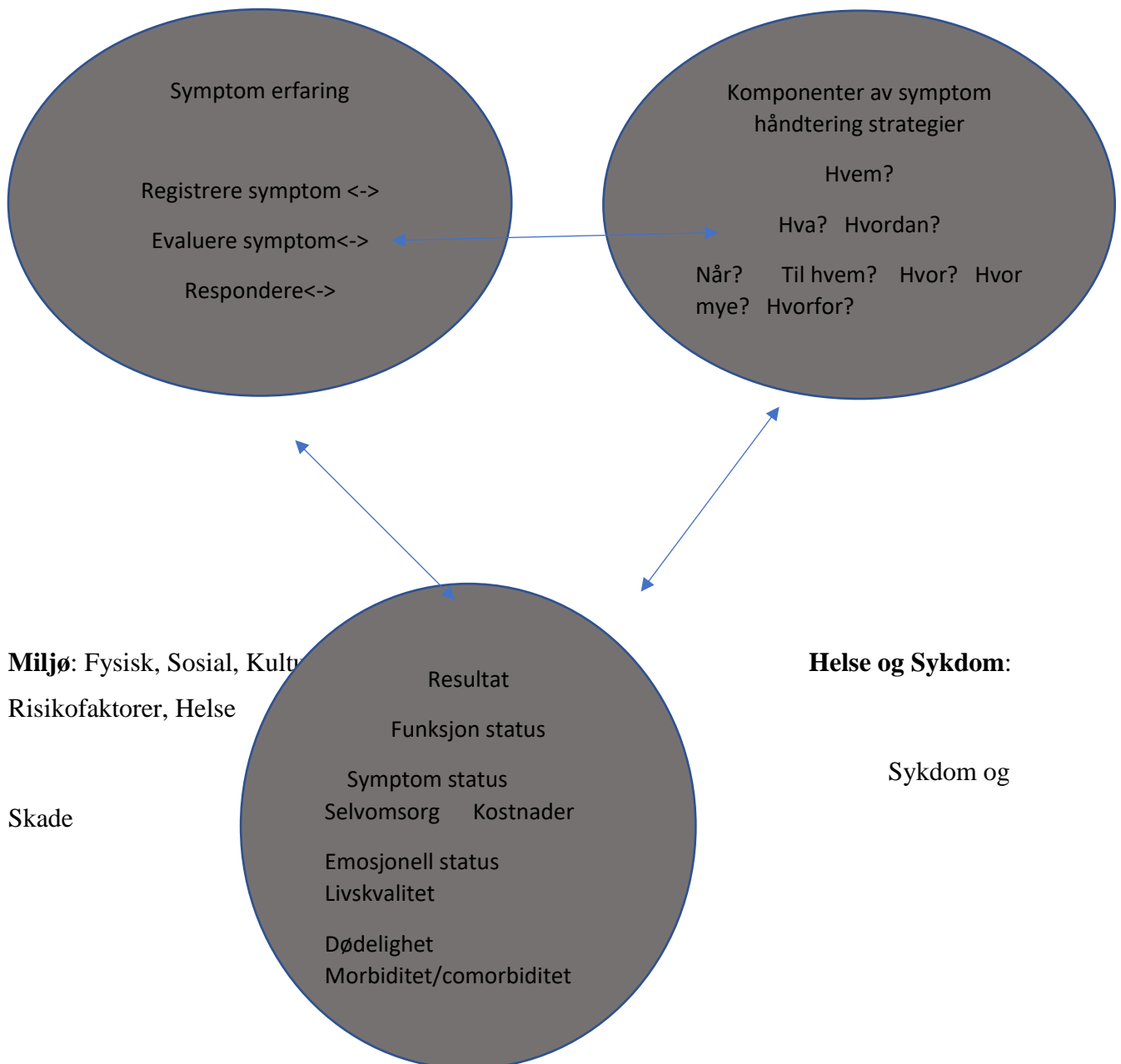
Målet med symptomhåndtering er å forhindre eller utsette negative utfall med hjelp av biomedisinske, profesjonelle og selvhåndteringstrategier. Strategiene rettes mot et eller flere komponenter av et symptom for å få frem et eller flere resultater av symptomhåndteringsmodellen.

Symptomhåndteringsmodellen og hvordan den anvendes kan påvirke symptomstatus, funksjonsnivå, emosjonell tilstand, evnen til selvomsorg, livskvalitet, dødelighet, morbiditet/comorbiditet og kostnader.

Symptomhåndtering modell er dynamisk og dynamikken kan vi se i følgende figur:

PERSON

Demografi, psykologisk, sosiologisk, fysiologisk, utviklingsmessig



Figur 1. Revidert Symptom håndtering modell, (Revised Symptom Management Conceptual Model. Dodd et al., 2001), fritt oversatt

Revidert symptom håndtering modell omfatter domener «person», «helse/sykdom» og «miljø». Dette er variabler som påvirker alle tre modell dimensjoner: symptom erfaring, håndteringsstrategiene og resultat.

Person variablene- demografiske, psykologiske, sosiologiske og psykologiske er sentrale i hvordan et individ håndterer et symptom. Utviklingsvariabel inkluderer nivå av utviklingen eller graden av modenheten hos et individ.

Helse og sykdom domenet omfatter variablene risiko faktorer, skader og sykdom og har både direkte og indirekte effekt på hvordan et symptom erfares og håndteres samtidig hvilket resultat det fører til.

Individer kan være utsatt for symptom relatert til miljø faktorer som for eksempel jobbrelaterte risikofaktorer, bivirkninger av behandlingen eller resultat av sekundært symptom av en kronisk primær symptomer av en grunnsykdom. Disse symptomene kan forutses, forebygges og reduseres gjennom intervensjoner.

Domenet miljø omfatter kontekster eller tilstander hvor et symptom kan oppstå og inkluderer fysisk, sosial og kulturell variabel. Fysiske kontekster kan for eksempel være sykehus, hjem eller arbeidsplass. Sosial kontekst inkluderer sosialt nettverk og individets relasjoner.

Kulturell kontekst er individets tro system, verdier og vaner som identifiserer en og er typiske for individets etiske, religiøse eller rase tilhørigheten. Som tidligere nevnt kan ESAS-r skjema, foruten å si noe om symptomer som et individ erfarer, brukes til å sette i gang tiltak eller symptomhåndteringsstrategier, evaluere iverksette tiltak, det vil si å evaluere symptomhåndtering strategier som ble satt i gang for å håndtere et selvrapportert symptom. ESAS skjema brukes i økende grad til å sett i gang kliniske tiltak, som for eksempel henvisning til palliativ team, eller til å vurdere pasientene med tanke på hyppigheten av besøk av hjemmesykepleie (Dhiliwal referert i Hui, Bruera, 2017). ESAS skjema kan brukes til å identifisere symptom belastning ikke bare hos pasienten men er i stor grad (73 % av omsorgsgivere) nyttig i å identifisere graden av symptom belastningen også hos omsorgsgivere (Tanco, Vidal, Arthur, Guay, Hui, Liu, Chisholm og Bruera, 2018). ESAS-r skjema kan derfor være et nyttig verktøy når man planlegger symptomhåndteringsmodell tiltak som kan rettes mot familien eller nettverket rundt pasienten, pasientens arbeidsmiljø eller i koordinering av tverrfaglig behandling (som for eksempel henvisning til smerteteam, demens koordinator, psykiatriske sykepleiere, fysio/ergoterapeut, sosionom).

1.5 Symptom kartlegging

I følgende representeres det i korte trekk, grunnet begrensinger i oppgavens lengde, eksisterende teori som omhandler alle symptomene som ble registrert i prosjektet. Teorien som presenteres omhandler i stor grad det tidligere forskning sier om utbredelser av de symptomene, hovedsakelig blant eldre i Norge men det inkluderes også noen internasjonale studier. tillegg til de 9 symptomene som registreres gjennom ESAS-r skjema, nemlig smerte, kvalme, tung pust, angst, depresjon, velvære, dødsighet og slapphet, ble det i løpet av prosjektet avdekket tre symptomer som sto frem som hyppigst registrert under « annet symptom ». Disse tre symptomene, obstipasjon, ustøhet og forvirring, ble derfor inkludert i prosjektet og presentert i tillegg til de øvrige symptomene. En studie utført av Hannon, Dyck, Pope et al Hannon, Swami, Banerjee, Mak, Bryson, Rodin, Ridley, Lo, Le, & Zimmermann (2015) sammenliknet validitet av opprinnelig ESAS skjema og ESAS-reviderte utgaven skjema som inkluderte « obstipasjon » og « søvn » bekreftet denne reviderte utgaven både validitet og reliabilitet. Det er dog viktig å påpeke at ustøhet og forvirring er symptomene som tidligere forskning ikke har testet validiteten for ved kartlegging av bruk av ESAS-r skjema.

Matlyst

Matlyst som er et av de symptomene som kartlegges ved hjelp av ESAS- r skjema kan påvirke ernæringstilstand hos pasientene og føre til mulige forstyrrelser i ernæringsstatus (under- og overvekt, feilernæring, mangeltilstander) og føre til ytterligere komplikasjoner.

Feilernæring er en stort klinisk risikofaktor hos eldre pasienter som har stort innvirkning på generell helse, fysisk funksjon, livskvalitet og mortalitet. (Correia & Waitzberg ,2003)

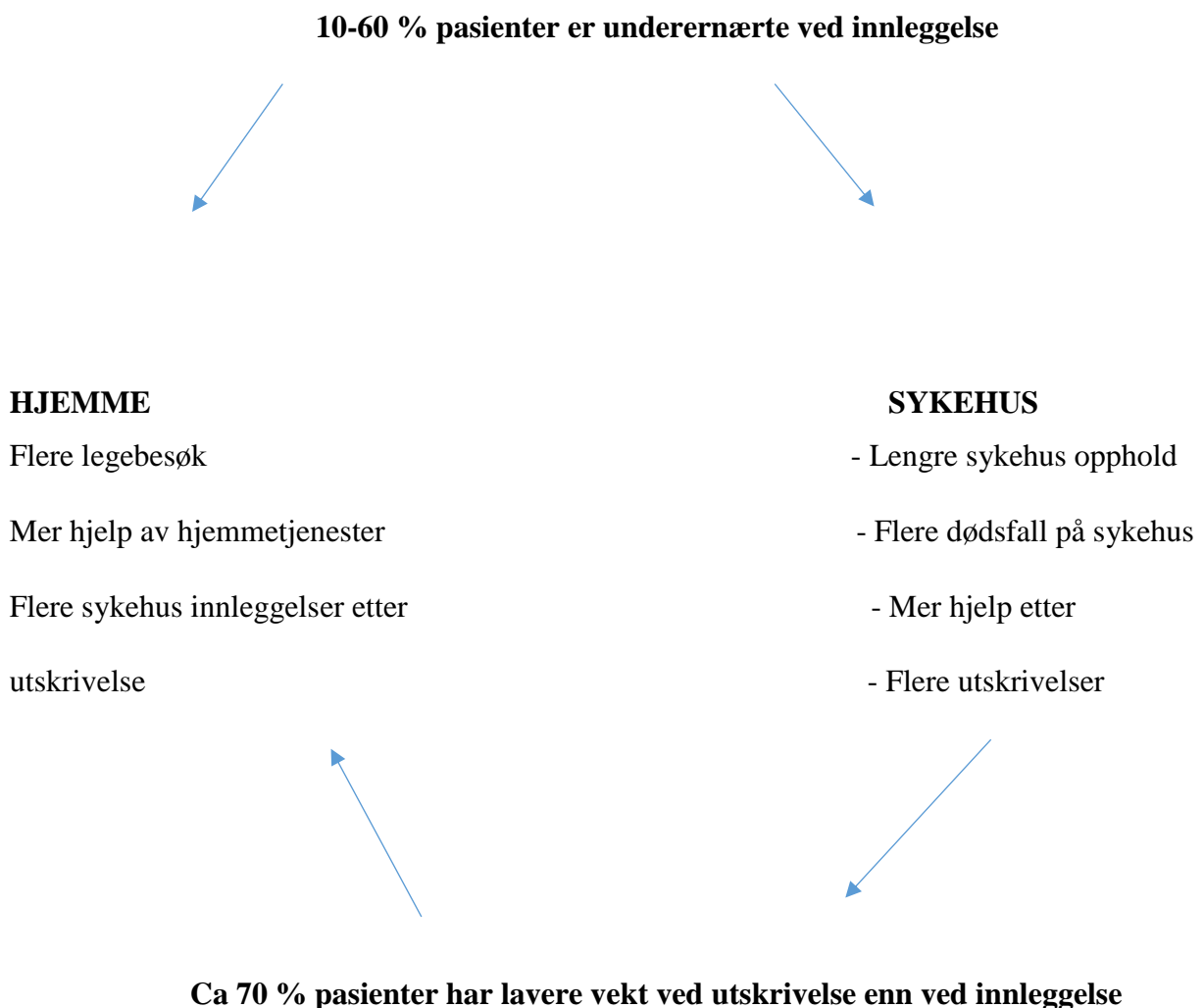
Pasientgrupper som har særlig risiko for underernæring er eldre, demente, enslige, funksjonshemmede, psykiatriske langtidspasienter, rusmisbrukere og pasienter med kroniske lidelser som kreft, leddgikt, osteoporose, hjerte- og lungesykdom (Helsedirektoratet, 2009).

Ifølge Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse (2015) er andelen med overvekt og fedme i aldersgruppen 65-79 åringene 56 %. Fedme har negativ innvirkning på dødelighet og sykkelighet hos eldre. Vekttap på kun 5 % i løpet av en treårsperiode er forbundet med økt dødelighet hos eldre. (Folkehelseinstituttet, 2018).

Fysiske, fysiologiske og psykologiske endringer som kommer med aldring i tillegg til multi sykdomsbilde kan påvirke matlysten, matinntaket og føre til utvikling av underernæring hos eldre (De Boer, Ter Horst & Lorist, 2013).

Alvorlige sykdommer er ofte tilknyttet inflammasjon og kan føre til alvorlig inflammatorisk respons som anoreksi og slapphet som i sin tur kan påvirke matlyst og matinntak og føre til underernæring (Sieske, Janssen & Pourhassan, 2018).

Konsekvenser av underernæring kan illustreres med følgende sirkel:



Figur 2. Konsekvenser av underernæring (Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, 2010)

Figuren viser at mellom 10 og 60 prosenter av pasientene som innlegges ved sykehus er underernærte og at av de er det en andel på ca 70 % som opplever ytterligere vekttap etter endt opphold. Underernæring kan øke risiko for komplikasjoner, redusere motstand, forlenge rekonvalesenstid, forverrer fysisk og psykisk funksjonsnivå, øker dødeligheten. Ifølge Helsedirektoratet (2009) har en underernært pasient opp til tre ganger så lang liggetid på institusjon som en velernært pasient. Forlenget liggetid har både helsemessige og økonomiske konsekvenser.

Vurdering og kartlegging av ernæring kan redusere liggetid med 20 %.

En landsomfattende spørreundersøkelse gjennomført på oppdrag av Helsedirektoratet i 2008 viste at kun 16 % av sykehjemmene hadde skriftlige rutiner vedrørende ernæringsstatus. (Smedshaug,2009).

Ved innføring av systematisk forebygging og behandling av underernæring vil man oppnå gevinster i form av mindre bruk av medisiner, færre reinnleggelser og redusert liggetid på sykehus, bedre livskvalitet, fysisk funksjon og bedre overlevelse. (Stratton& Green referert i Smedshaug, 2009).

Det er utviklet en rekke verktøy for registrering og kartlegging av ernæringsstatus, «MUST» er egnet både i primær og spesialist helsetjenesten mens «MNE» egner seg for pasienter over 65 år.

«Ernæringsjournal» er et skjema i regi av Helsedirektoratet som er utarbeidet for bruk i hjemmetjenesten og på sykehjem.

Anbefaling fra Helsedirektoratet (2009) er at alle pasientene skal ernærings kartlegges ved innkomst og deretter månedlig eller etter en individuell faglig vurdering.

Ernæring er vurdert som en av de fem mest fundamentale oppgavene i sykepleien og viktig del er å dokumentere observasjoner. (Eide, Aukner, Iversen, 2013)

Døsighet

Døsighet refererer til søvnighet eller tretthet og utmattelse og kan være ledsaget av slapphet, svakhet og mangel på mental oppmerksomhet. I ESAS-r skjema er døsighet beskrevet som søvnighet og kan derfor relateres til søvnforstyrrelser. Omtrent halvparten av alle over 65 år

rapporterer søvnplager. Eldre mennesker som bor hjemme sover generelt sett bedre enn pasienter på institusjoner. Feitvet & Bjorvatn (2005) refererer til studie som oppgir at prevalensen av søvnforstyrrelser blant sykehjemspasienten ligger på 72 %. (Wolkove, Elkhol, Baltazan & Palayew, 2007).

Personer med demens har ofte særlig alvorlige søvnproblemer. Demensstudie gjennomført ved Stavanger Universitetssykehus viser at 7 av 10 av alle demenspasientene i studien hadde en eller annen for søvnforstyrrelse (Fugelsnes, 2012).

Søvnforstyrrelser hos eldre er ofte relatert til medisinske lidelser, smertetilstander, stemningslidelser eller nevrologiske tilstander, som for eksempel slag eller demens. Før behandlingstiltak mot søvnforstyrrelser kan settes i gang er det viktig å kartlegge søvnvansker i første omgang gjennom anamnese og pleierobservasjoner (Feitvet & Bjorvatn, 2005).

Søvnproblemer hos eldre kan skyldes mange ulike faktorer og mange eldre har psykiske eller fysiske lidelser som kan forklare søvnproblemene eller bidra med å forverre disse.

Konsekvensen av søvnforstyrrelser hos eldre kan være økt risiko for å utvikle psykiske lidelser, føre til redusert kognitiv funksjon, hukommelsesvansker og redusert evne til å mestre problemer.

Grundig anamnese vil avdekke mulige årsaker til søvnproblemer, føring av søvndagbok og validerte spørreskjema kan brukes i å kartlegge søvnvansker hos eldre.

Velvære

Velvære handler ifølge Folkehelseinstituttet (2016) om både hvordan enkelte opplever livskvaliteten og om god livssituasjon. Livskvalitet omfatter opplevelse av god fungering, mestring og mening mens god livssituasjon handler om objektiv helsetilstand og funksjonsevne. Undersøkelse av livskvaliteten hos eldre (Vrålstad, 2017) viser at 40 % er svært fornøyd med levekår, 46 % oppgir høy grad av meningsfullhet og 9 % oppgir at de opplever livet som lite meningsfullt og givende.

Alderdommen kjennetegnes av ulike tap, både av nære personer men også tap av ulike funksjoner, jobb, sosial posisjon og sosialt nettverk. Økende grad av sårbarhet som vi snakket om tidligere i oppgaven sammen med redusert evne til mestring og redusert fungering kan ha betydning for risiko for depresjon hos eldre). Selv om helseplager og funksjonshemming kan

redusere livskvaliteten varierer den mye mellom personer med samme type helseproblem. Denne ulikheten skyldes delvis det at helseproblemene har ulik styrke og delvis skyldes det forskjeller i mestringsevne. Alvorlighetsgraden av sykdommen og tilgangen til ressurser (god økonomi, praktisk hjelp, sosial og emosjonell støtte) samt personligheten kan være bestemmende for livskvaliteten. (Folkehelse rapporten, 2018).

Det finnes ulike dimensjoner av livskvalitet hvor symptomlindring er vesentlig for å oppleve livskvalitet. Global livskvalitet omhandler generell tilfredshet, helserelatert livskvalitet som for eksempel fysisk funksjon og mer spesifikk som for eksempel åndelig situasjon eller angst, depresjon eller agitasjon (aldringoghelse, u.å).

Livskvalitet for personer med demens er det samme som hos andre. Mange personer med demens kan gi uttrykk for hva som er viktig for dem og deres livskvalitet.

Livskvaliteten hos eldre med demens kan kartlegges i form av en informant intervju hvor det brukes Qualid skala (The quality of life in late-stage dementia).

Flere undersøkelser av livskvaliteten hos personer med demens viser at den er dårligere hos de som bor på sykehjem sammenliknet med livskvaliteten hos personer med demens som bor hjemme.

Obstipasjon

Obstipasjon er et symptom som rapporteres av tredje del av eldre befolkning (Hellstrøm, 2008). Nesten en av fire pasienter på sykehjem plages av obstipasjon (Leegaard, 2019). Obstipasjon som et symptom kan være vanskelig å definere, det kan beskrives som en tilstand med få, ubehagelige defekasjoner eller at man har avføring mindre enn to til tre ganger i uken (Gjerland,2016). Obstipasjon kan deles i flere kategorier avhengig av hvor i mage-tarm systemet det oppstår, årsaken og varigheten. Hvis man ser på hvor i mage-tarm systemet obstipasjon oppstår kan vi nevne colon og rectumobstipasjon. Ved colon obstipasjon er tarmpassasjen i tykktarmen (colon) blir hemmet slik at avføringen blir hard. Ved ractum obstipasjon er passasjen i endetarmen (rectum) nedsatt eller hemmet. Også i dette tilfellet blir avføringen hard.

Obstipasjon kan deles i primær og sekundær obstipasjon. Primær obstipasjon oppstår ved for eksempel lite væskeinntak, lite gunstig kosthold, lite aktivitet og dårlige toalett rutiner. Høy alder er ingen risikofaktor for obstipasjon men eldre har mange av de disponerende tilstandene. Sekundær obstipasjon oppstår som komplikasjon av en annen sykdom som for eksempel kreft, metabolske eller nevrologiske sykdommer. Blant årsakene til obstipasjon finner vi også bruk av medisiner som for eksempel antibiotika, opioider eller ved overforbruk av laksantia. De vanligste medikamentene som kan forårsaker obstipasjon er smertestillende preparater, hostemedisiner, hjertemedisiner, antikolinergika, antiepileptika, jern, angstdempende midler og antirevmatika (NHI, 2018)

Akutt obstipasjon oppstår ofte ved lite væske eller matinntak ved en akutt sykdom mens kronisk obstipasjon varer over en måned.

Det finnes flere anerkjente scoringsskjema ved kartlegging av obstipasjon: ODSS- Obstructed defecation Syndrome Score, Wexner obstipasjonsscore, KESS eller Knowles_eccersley-Scott Symptom for å nevne noen. I tillegg kan man bruke Bristol Stool Scale for klassifisere avføringskonsistens. (Norsk gruppe for konservativ behandling av anorektale funksjonsforstyrrelser)

Ustøhet

Ustøhet registrert blant eldre pasientene kan føre til fall som er den vanligste årsaken til at eldre skader seg, både inn men også utenfor institusjon. Definisjon av fallet ifølge Øygaard, Andersen, Sandvoll & Ytrehus (2017) er utilsiktet hendelse som medfører av en person havner på bakken, gulvet eller et annet lavere nivå, uavhengig av årsak og om det oppstår skade som følge av fallet. Mellom 10 og 20 % av fall i sykehjem gir alvorlig skade (Holte, Underland & Hafstad, 2015). Det anslås at omtrent en tredjedel av den hjemmeboende eldre og omtrent halvparten av beboere på institusjon faller minst en gang hvert år (Wyller, 2015). Fallrisiko øker med aldre og forekomsten er spesielt høy hos de som er over 80 år (Olsen, Ness, Mentsen & Devik, 2017).

Konsekvenser av fall kan innebære redusert livskvalitet, brudd, immobilitet, redsel for nye fall, økt behov for institusjonalisering og ytterste konsekvens er død. Ifølge Wyller (2015) viser en norsk studie at eldre som hadde falt to eller flere ganger på et år hadde 60 % høyere dødelighet enn de som ikke hadde falt.

I Norge er det innført eget tiltakspakke for forebygging av fall som inkluderer risikovurdering og legemiddelgjennomgang som viktige forebyggende tiltak. (Helsedirektoratet,2015).

Det er en rekke faktorer som kan øke risiko for fall, høy alder, tidligere fall, redusert funksjonsnivå, behov for hjelp til ADL, bruk av hjelpemidler, kognitiv svikt, reduserte sanser, påkledning eller dårlig valg av sko (Grødal, Aksnes, Barmaki, McPherson & Kornses,2018).
Sammensatte årsaker til fall krever sammensatte tiltak:

1. Forebygge fall ved å vurdere fallrisiko ved innkomst og iverksette tiltak
2. Forebygge gjentatte fall ved å utrede årsak og iverksette tiltak for å unngå flere fall.

Verktøy for måling av fallrisiko kan være nyttig i vurderingene som tilskudd til personalets faglige skjønn. Tiltak som det rapporteres kan være særlig effektive er fallregistrering, fysisk trening og forebyggende hjemmebesøk.

Fagprosedyre «Fallforebygging hos voksne pasienter på sykehus «(De Groot, Johnsen & Oppheim, 2017) presenterer følgende trinn ved innkomst/mottak:

- Utføre en klinisk risikovurdering av pasienter over 65 år

ESAS- r kartlegging kan derfor brukes til å avdekke økt risiko for fall. For videre måling av fallrisiko kan man velge å bruke Stratify vurderingsverktøy for fallrisiko og Downton Fall Risk Index (Helsedirektoratet, 2015). Diagnostisk nøyaktighet av Stratify vurderingsverktøy er begrenset og bør ikke brukes alene (Holte, Underland & Hafstad, 2015)

- For pasienter som har fallrisiko gjennomføres en tverrfaglig utredning
- Dokumentasjon synliggjøres i elektronisk pasient journal.

De neste trinnene innebærer å Iverksette nødvendige tiltak etter risikovurdering og evaluere disse, gjennomføre datainnsamling fortløpende med fokus på tidligere fall, høy alder, redusert motorikk, muskelstyrke, redusert balanse/gangfunksjon, redusert syn, kognitivt: demens, delir, depresjon, ortostatisk hypotensjon, polyfarmasi, redusert ADL (activities of daily living), gi pasienten og pårørende informasjon om fallforebygging, vurdere pasientens omgivelsesfaktorer som for eksempel høyden på sengen, gulvteppet, overmøblerte rom osv.

Studien utført av Øygaard, Andersen, Sandvoll & Ytrehus (2017) avdekket at kun 10 % av fall som var registrert under studien ble dokumentert både i pasient journal og i skaderegistrering skjema.

Smerter

Smerte kan defineres som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade (International Association for the Study of Pain, referert i Torvik, Harstad, Berdal, Frønes, Ommedal, Hellenen, Karlsaunet & Torjuul, 2014). Kroniske smerter påvirker omtrent halvparten av eldre som bor hjemme og 60- 80 % av de som bor i sykehjem. (Kongsgaard, Wyller & Breivik, 2008). Eldre rapporterer smerter mindre enn yngre og smerter generelt er underdiagnostisert hos pasienter med somatisk sykdom. Ifølge Kongsgaard, Wyller & Breivik (2008) er dette først og fremst fordi det ikke utføres systematisk smertediagnostikk. Spesielt utfordrende er det å vurdere smerter hos pasienter med kognitiv svikt. Det forventes dobling av andel personer med demens i neste 30-40 år. Blant eldre på sykehjem finner vi andel på omtrent 50-70 % med pasienter med ulike former på kognitiv svikt (Frampton referert i Kongsgaard, Wyller & Breivik, 2008).

Eldre som blir plaget av smerter har ofte andre symptomer som depresjon, angst, søvnforstyrrelser og dårlig matlyst. Vurdering av smerter kan derfor kreve sammensatt vurdering. Ifølge Gran, Grov & Landmark (2013) er det få studier som omhandler pasientens selvrapporterte smerte og avdekker smerte over tid. Samtidig oppnås det mest optimale kartleggingen når pasienten selv rapporterer smerter (Torvik et al., 2014).

Det finnes flere andre kartleggingsverktøy enn ESAS- r som kan brukes i kartleggingen av smerter. Til pasient gruppen som ikke kan rapportere selv kan man bruke Doloplus 2 som er lett å forstå og er oversatt til norsk (Torvik et al, 2014). Hos eldre med demens kan det brukes smertekartleggingsskjema MOBID-2.

Kvalme

Kvalme og brekninger er vanlige symptomer oftest forbundet med akutte og kortvarige sykdommer. Det er svært u spesifikt og vanlig symptom som forekommer ved en rekke tilstander. Langvarig kvalme øker sannsynligheten for alvorlige underliggende sykdommer. Årsaker kan være mange og her nevnes det bare noen av de: gastrointestinal sykdom,

infeksjoner utenfor gastrointestinaltrakten (pyelonefritt, meningitt), sykdommer i sentralnervesystemet (migrene, hjernerystelse), hjertesykdom, medikamenter, alkohol, alle typer smerter, endokrine, metabolske årsaker og psykogene årsaker. Uavhengig av primærdiagnose er kvalme/oppkast og obstipasjon hyppige plager hos pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid (Jordhøy, Aass, Svensen, Ervik & Mohr, 2006). Kvalme forekommer hos 40-70 % med langtommen kreft. Ifølge Jordhøy et al. bør kartlegging og utredning av kvalme intensiteten registreres med en numerisk rangeringsskala (0-10). Brekninger/oppkast registreres ved antall per 24 timer, volum og utseende, tidspunkt, døgnvariasjoner, nåværende og tidligere utløsende faktorer, relasjon til matinntak, kroppstilling eller bevegelse og væskeinntak siste døgn. Kartlegging må omfatte pasientens andre subjektive plager spesielt smerte og andre mage-tarm symptomer.

Angst

Forekomsten av angst hos eldre er noe usikker men det anslås å ligge på 5-10 %. Det er gjort lite forskning på angst hos eldre (Wyller, 2015). Angst kan være et symptom ved andre tilstander som for eksempel depresjon, demens og ulike somatiske sykdommer. Med alderen øker forekomsten av disse symptomene og det kan derfor forventes at også forekomsten av angsten øker med alderen. Blant pasienter som er innlagt ved geriatriske avdelinger har omtrent 40 % angstsymptomer (Wyller, 2015).

Angst kan være et dominerende symptom hos en rekke somatiske sykdommer (for eksempel angina, hjerteinfarkt, arytmier, KOLS, demens, epilepsi, hypoglykemi ...). Den kan også gi somatiske symptomer som hjertebank, tung pust, kvalme, svimmelhet, brystsmerter og hvis man ikke finner somatisk forklaring bør man vurdere angstlidelser. (Wyller, 2015). Hos personer med demens viser enkelte studier at en av tre har betydningsfulle angstsymptomer. Det finnes få kartleggingsverktøy som kan brukes for kartlegging av angst men HAD, Hospital Anxiety and Depression Scale er skala som kan brukes hos pasienter som er somatisk syke. (Wyller, 2015).

Hos personer med demens kan det i kartlegging av angst brukes RAID-N, Rating Anxiety in Dementia som er oversatt til norsk.

Tung pust

Pustevansker eller tung pust er en subjektiv følelse av å få for lite luft. I befolkningen oppgir mellom 3 % og 25 % at de har vært plaget med pustevansker. Hyppigheten øker med alderen. (NHI, 2020). Tung pust hos eldre har ofte sammensatte eller flere årsaker. Det anslås at en av fire eldre over 70 år sliter med tung pust i hverdagen. (Smith, Currow, Abernethy, Johnson, Miao, Boscardin & Ritchie referert i Aldring og helse, 2016). Forskningen viser at 94 % av pasienten med kronisk lungesykdommer og 78 % av pasientene med lungecancer er plaget med tung pust siste leveår. (Solvåg, Titlestad & Brurberg, 2016). I over 70 % av alle tilfeller hvor pasienten plages med tung pust er det sykdommer i lunger eller luftveier som er årsaker og i ca 20 % av tilfeller er det hjerte eller kretsløp. (NHI,2020). Blant andre årsaker til tung pust kan vi finne rene psykiske årsaker som for eksempel angst.

Tung pust kan føre til sosial isolering, dårligere livskvalitet, angst, redusert funksjonsnivå og redusert forventet levetid. (Helsedirektoratet, 2015). Tung pust erfares ofte subjektivt og derfor er det nødvendig med selvrapporing. Det finnes flere tilgjengelige verktøys om kan brukes av pasientene i selvrapporing av tung pust: CDS (Cancer Dyspnea Scale), SRI (Severe Respiratory Insufficiency), DMQ (Dyspnea Management Questionnaire) og RSC (Respiratory Symptom Checklist) er eksempler på disse. SRI er oversatt til norsk, testet blant langvarige brukere av mekanisk ventilering og har god validitet (Solvåg, Titlestad & Brurberg, 2016).

Slapphet

Slapphet blir nærmere beskrevet som «mangel på krefter». Selvrapportert utmattelse sammen med utilsiktet vekttap og redusert ganghastighet inkluderes i vurdering av sårbarhet hos eldre pasienter (Wyller, 2015). Sårbarhet eller skrøpeligheit (frailty) er en tilstand som særlig rammer eldre og som kjennetegnes ved redusert muskelstyrke, redusert energinivå og økt trettbarhet, utilsiktet vekttap og lav fysisk aktivitet. Redusert ganghastighet kan knyttes til ustøhet som er et av de symptomene i prosjektet med påvist signifikans og som ble presentert tidligere i oppgaven. Hver tredje pasient innlagt ved en akuttgeriatrisk post hadde slapphet

som innleggelsesårsak (Løkke, 2009). Slapphet eller fatigue er den sene effekten kreftpasienter rapporterer hyppigst (Kreftforeningen, 2019).

Slapphet hos eldre kan være tegn på andre underliggende lidelser som for eksempel underernæring, overvekt, maligne blodsykdommer, infeksjoner, stoffskifteforstyrrelser, nyresvikt/hjertesvikt, angst, depresjon, sorg, ulike typer kreft m.m. I tillegg kan det foreligge livsstilsfaktorer som kan føre til slapphet hos eldre: misbruk av alkohol, stor kaffeinntak, inaktivitet, søvnmangel, dårlig kosthold og stress.

Hos pasienter med demens kan slapphet være et atypisk tegn på smerter men også symptom på bivirkning på smertelindrende medisiner (Naalsund, P.).

Tretthet eller slapphet er årsaken i at 10-20 prosent av tilfellene der pasienten oppsøker lege. Psykiske lidelser påvises hos opptil 60 prosent av de som og hos 20-25 prosent finner vi somatisk sykdom som årsak til slapphet. (NHI, 2019)

Depresjon

Forekomsten av depressive symptomer hos eldre er mellom 12-19 % og det anslås at mellom 2-4 % har en alvorlig depresjon. Hos pasienter med demens, hjerneslag og Parkinsons sykdom er betydelig høyere. Blant pasienter på sykehjem er det anslått at omtrent 30 % har betydningsfulle depressive symptomer (Wyller, 2015). I Norge var forekomsten av depresjonssymptomer blant menn og kvinner i aldersgruppen 60-80 år henholdsvis 10 prosent og 15 prosent i 2007 og 21 prosent blant 86-90 åringene (Folkehelse rapporten, 2018). Somatisk sykdom, individets grad av sårbarhet og evnen til å mestre tap som alderdommen ofte medfører kan være risikofaktorer for depresjon i alderdommen. Depresjon kan også være et symptom på demens i tillegg til at den kan gi demensliknende symptomer. For kartlegging av depresjon hos pasienter med demens kan Cornells skala for depresjon være et godt kartleggingsverktøy.

Eldre med depresjon vil i mindre grad enn yngre gi uttrykk for redusert stemningsleie. Det er angitt at positivt svar på spørsmålet «Føler du deg ofte trist eller depriment» har omtrent 85 % sensitivitet og 65 % spesifisitet for depressive symptomer av klinisk betydning (Wyller, 2015).

Det finnes en del standardiserte skalaer som kan brukes i kartlegging av depressive symptomer hos eldre som for eksempel GDS, Geriatrisk Depresjon Skala, MADRS, Montgomery-Aasberg Depresjon Skala og HAD (Hospital Anxiety and Depression scale). Hos eldre med demens kan det brukes Cornell skala for vurdering av angst og depresjon ved demens. (Engtrø, Nore, Kittang & Kruger, 2015). Bruk av slike skalaer kan hjelpe helsepersonalet til å gjøre strukturerte og systematiske observasjoner av depresjon.

Forvirring

Variabel «forvirring» sto frem som et av de symptomene som ble hyppigst registrert under andre symptomer på ESAS- r skjema. Forvirring som symptom kan være ledsagende ved kognitiv svikt, både ved demens men også ved delir. Delir kjennetegnes ved at den kognitive svikten ved delirium oppstår raskt (timer til få dager), er varierende og innebærer forstyrrelse av bevisstheten og oppmerksomhetsgraden i motsetning til demens sykdommen som har mer langsomt utvikling, er konstant og uten påvirket graden av bevisstheten.

Av pasienter som legges inn akutt ved medisinske avdelinger har ca 20 % delirium og etter hofteoperasjon øker dette tallet til mellom 40 og 50 %. (Wyller, 2015).

Delir forekommer ofte sammen med ny oppstått falltendens, urininkontinens og dehydrering som et symptom på akutt funksjonssvikt. Dette blir ofte ikke diagnostisert fordi personalet ikke har nok kunnskaper om delir eller ikke innhenter opplysninger som kan avdekke om den kognitive tilstanden er akutt forverret. Underdiagnostisering kan være alvorlig da helsepersonalet mister muligheten til å kjenne igjen delir som diagnostisk symptom og derfor ikke leter etter utløsende årsak. I mange tilfeller kan delir være eneste symptom på et underliggende somatisk sykdom som ubehandlet kan ha alvorlig diagnose. (Wyller, 2015). Delir kan klassifiseres som hyperaktiv, hypoaktiv eller blandet ut i fra psykomotorisk aktivitet. Ved hyperaktiv delirium kan pasientene være urolige, klatre over sengehesten og dra i ledninger mens ved hypoaktiv delirium kan pasientene oppfattes som apatiske og fjerne og har vansker med å holde seg våkne. Pasientene kan veksle imellom hypo- og hyperaktiv delirium, noe som kan vanskeliggjøre identifikasjon av delir (Eide, Instenes, Ranhoff, Amofah & Norekvål, 2017)

Som et hjelpemiddel til å øke diagnostiseringen av delir, særlig ved institusjoner der man ofte behandler akutt syke geriatriske pasienter eller hvor forekomsten av pasienter med demens er høy, kan helsepersonalet ta i bruk en sjekkliste ved mistanke om delir - CAM, Confusion Assesment Method. Et annet kartleggingsverktøy er 4 AT, enkel å bruke og er oversatt til norsk (Eide et al., 2017)

1.6 Mål for studien

Formålet med studien er å om systematisk bruk av ESAS-r skjema på en korttidsinstitusjon kan bidra til økt kartlegging av pasientens symptomer. Med pasientens symptomer menes symptomene som ESAS-r skjema tar opp: smerter, kvalme, angst, depresjon, matlyst, døsigheit, slapphet, velvære, tung pust og «annet» selvdefinert symptom.

«Effektiv symptomlindring forutsetter god kartlegging av pasientens plager. Dette innebærer en grundig anamnese, adekvat klinisk undersøkelse og målrettet utredning ut fra hva som vil ha konsekvenser for pasientens behandling». (Helsebiblioteket, 2010)

Forskningsspørsmål blir som følgende:

Hvor ofte blir pasientens symptomer registrert hos pasienter på en korttidsinstitusjon hos pasienter hvor det systematisk brukes ESAS-r skjema og hos pasienter hvor det ikke systematisk brukes ESAS-r skjema.

Får å kunne finne ut dette registreres det antall ganger ordene «smerter», «kvalme», «angst», «depresjon», «matlyst», «depresjon», «døsigheit», «slapphet», «velvære», «tung pust», «obstipasjon», «ustøhet» og «forvirring» dokumentert i pasientens elektroniske datasystem i løpet av 14 dager opphold fra og med innleggelsesdagen.

Det gjøres ikke skille mellom det om symptomene er selvrapporterte eller rapportert av pårørende eller personalet. Dokumentasjon som gjennomgår føres av helsepersonalet som har behandlingsansvar for pasienten for hver vakt i døgnet, uavhengig om det er ufaglært helsepersonell, fagarbeidere eller sykepleiere. Da tilsynslegene ikke har fått opplæring i bruk av ESAS-r skjema og bruker ikke dette som sitt kartleggingsverktøy ble ikke journalføringer gjort av tilsynslegene inkludert i prosjektet. Samme gjelder for tverrfaglig notater ført av fysioterapeut, ergoterapeut, saksbehandlere eller andre konsulterende yrkesgrupper.

2 Metode

Studiet som ble utført var en kvantitativt studie. Forskningsdesign var Quasi eksperimentell eller kontrollert studie uten randomisering.

Dokumentasjon som ble studert er journalene til alle pasienter innlagt ved to forskjellige avdelinger på en korttidsinstitusjon i løpet av fire måneder. Pasientene skulle følges over to ukers periode som er vanlig innvilget opphold ved en korttidsinstitusjon. Datainnsamling ble avsluttet i de tilfellene pasienten flyttet avdeling, ble innlagt ved sykehuset eller døde. Pasientene som var innlagt ved de to korttidsavdelinger var i stor grad overflyttet fra sykehuset etter å ha blitt erklært utskrivningsklare, eller i mindre grad ved at fastlegen henviste pasienten for et tidsbegrenset opphold.

Pasientene som tilhørte «eksperiment gruppe» var de som mottok intervensjon ved at symptomene ble kartlagt to faste dager i uken. Pasientene ble bedt om å fylle ut ESAS-r kartleggingsskjema (figur 1), enten alene eller ved hjelp av pårørende eller personalet. Det var personalet som hadde ansvar for å ivareta pleie av pasienten den dagen som hadde ansvar for at ESAS-r kartlegging ble utført. Systematisk kartlegging av pasientenes symptomer ved bruk av ESAS-r kartlegging skjema ble implementert ved denne avdelingen noen måneder før oppstart av denne studien.

Første kartleggingen ble utført innkomstdagen og deretter to faste oppsatte dager i uken under hele oppholdet. Derfor var det ikke mulig å innhente baseline data, det vil si pasientdokumentasjon før intervensjon ble satt i gang. Dette medførte også at det ikke var mulig å bruke pretest-posttest ikke ekvivalent kontroll gruppe design i forsøket. Kontroll gruppe er pasientene som er innlagt ved avdelingen hvor det ikke utføres systematisert ESAS-r kartlegging av pasientene og der pasientene mottar standard pleie.

Utvalget var såkalt «consecutive» da alle pasientene som møtte inklusjonskriterier over en periode på 4 måneder var forsøkt rekruttert. Innhenting av skriftlig samtykke innbefattet skriftlig og muntlig informasjon til både pasientene og personalet om selve studien.

Behandlingsstedet der pasientene ble rekruttert har kontinuerlig mottak av pasienter og ingen variasjoner i pasientbelegg.

Systematisering av symptom kartlegging ved bruk av ESAS-r var implementert kort tid før selve studien ble satt i gang.

Studien blir gjennomført ved å gjennomgå alle journalføringer i pasientenes elektroniske journaler i løpet av et korttidsopphold på to ukers varighet. Pasienten identitet ble ikke registrert, pasientene ble tildelt deltakelsesnummer for å kunne beskytte anonymitet. Samtykkeskjema blir gjennomgått sammen med pasientene som møtte inklusjonskriteriene med hjelp av personalet på de respektive postene (Vedlegg 2).

Inklusjonskriterier:

- Innvilget korttidsopphold på 14 dagers varighet
- Pasienter som har samtykket for gjennomgang av dokumentasjon

Eksklusjonskriterier:

- Pasienter som ikke samtykker for gjennomgang av dokumentasjon
- Pasienter som ikke snakker eller forstår norsk

Skriftlig informert i tillegg til muntlig informert skriftlige samtykker fra til sammen 72 pasienter fordelt på to avdelinger ble innhentet over en periode på 4 måneder.

Elektronisk journal til pasientene ble gjennomgått fra innleggelsesdagen og over en periode på 14 dager. I noen tilfeller ble pasientene overflyttet enten til andre avdelinger eller innlagt et annet behandlingssted og datainnsamlingsperioden ble derfor kortere enn den planlagte perioden.

Ved den ene avdelingen, avdeling 1, er det plass til 12 pasienter og det var ansatt ni ansatte i faste stillinger. Den andre avdelingen, avdeling 2 har til sammen 13 ansatte og plass til 19 pasienter. Bemanningen ble kartlagt med tanke på pleiefaktor og yrkesgruppe. Personalet var avdelingene jobber stort sett bare på de respektive avdelingene og krysset ikke over, det vil si de ansatte var sjelden flyttet over til den andre avdelingen, noe som reduserte «crossover» effekt.

Pasientene som legges inn ved korttidsinstitusjon er behandlingsklare pasienter som overføres fra spesialist helsetjenesten for et tidsbegrensetopphold. Det er tilfeldig hvilken avdeling pasientene får plass på. Pasientene i studien samtykket skriftlig til deltakelse i studien etter rekruttering ved hjelp av personalet. For å kunne bruke personalet til rekruttering av deltakere måtte de få kjennskap til studien. Skriftlig samtykke skjema ble delt ut til pasientene ved hjelp av personalet. Da det var samme ansatte som sto både for rekruttering av deltakere og for

daglig pleie av pasientene kan det være mulig at det å ha kunnskap om studien kunne påvirke i hvilken grad personalet observerte og dokumenterte eventuelle symptomer.

Behandlingsstedet bruker felles elektronisk dokumentasjonssystem som brukes av alle yrkesgruppene.

Data ble samlet inn ved hjelp av strukturert todimensjonalt sjekklister. Hver gang et symptom/variabel var dokumentert, uavhengig av yrkesgruppe, førte til markering på sjekklister med statistisk måling hvor samme scoring type ble brukt for alle deltakere.

Variablene som blir målt er følgende:

- Dokumentert smerter
- Dokumentert kvalme
- Dokumentert angst
- Dokumentert matlyst
- Dokumentert tung pust
- Dokumentert døsigheit
- Dokumentert slapphet
- Dokumentert velvære/hvordan pasienten føler seg
- Dokumentert depresjon
- Dokumentert «annet» symptom

Ved «annet» symptom ble det valgt ut de tre symptomene som ble oftest rapportert av pasientene i studien og det er obstipasjon, ustøhet og forvirring.

Utvalget var ikke- sannsynlighetsutvalg og besto av pasienter som var innlagt ved to avdelinger. Brukere av ESAS- r skjema var helsepersonalet som registrerte og dokumenterte og besto av ulike yrkesgrupper, sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter. Ved ene avdelinger omfattet ansattgruppa åtte sykepleiere og en helsefagarbeider i faste stilling med variable stillingsgrad. I tillegg jobbet det daglig ikke faste ansatte som tilhører ulike yrkesgrupper. Avdelingen hadde plass til 12 pasienter. Ved den andre avdelingen var det ansatt seks sykepleiere og syv helsefagarbeidere og det var plass til 19 pasienter. Begge avdelingene tok imot voksne pasienter, uavhengig av grunnsykdom eller diagnoser/behov, alder eller kjønn på et innvilget tidsbegrenset opphold. Pasientene som ble innlagt på

korttidsplassene fikk som regel innvilget opphold på 14 dagers varighet. Hvis vi ikke tar hensyn til alle ulike endringer som kan påvirke varighet av et innvilget opphold kan vi tenke oss at det i løpet av fire måneder med datainnsamling har det da blitt innlagt 112 pasienter ved avdeling 1 og 152 pasienter ved avdeling 2. Data ble samlet hos 36 pasienter ved hver av avdelingene eller hos henholdsvis 28,6 % av pasientene ved avdeling 1 og 21 % av pasientene ved avdeling 2.

Helsepersonalet skal bruke retningslinjer for bruk av ESAS i Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer, Helsebibliotek, www.helsebiblioteket.no.

Skjema består av 9 symptomer og for hvert symptom benyttes det numerisk skala (NRS) som går fra ingen plage (0) til verst tenkelig plage (10). Pasientene blir bedt om å oppgi intensitet av hvert symptom ved å sette ring rundt det tallet som best tilsvare styrken av intensiteten de erfarer.

Pasienten fyller ut skjema. I de tilfellene hvor dette kan være problematisk for pasienten kan personalet eller pårørende hjelpe pasienten med dette. Det finnes utkrysning boks på skjema der det markeres for hvem fylte ut skjema. Pasienten bes svare for hvordan de har det i det øyeblikket de fyller ut skjema.

Personalet følger opp hver utfylling ved at svarene gjennomgås med pasienten. Svarene overføres til oversiktsskjema, kommentarene noteres i journalen, vurderes av lege ved pre visitt og tas opp med pasienten under visitten.

Kroppskart som medfølger ESAS-r skjema er smerteregistrering og brukes ved første gangs registrering, pasienten markerer områder på kroppskartet og markerer hvilke egenskaper samsværer best med erfart smerte.

Data som samles inn ble analysert ved hjelp av IBM SPSS statistisk program.

Forskningshypotesen som ble testet med hjelp av statistisk program er at det er sammenheng mellom avhengig og uavhengig variabel og at eventuelle forskjeller observert skyldes intervensjonen, dvs. mellom symptomene som ble registrert og de to pasientgruppene .

Det ble utført data analyse av variabilitet indeks for å sjekke for ekstreme «uteliggere» eller ekstreme verdier som kan forårsake feil i statistiske beregninger (større enn 3 ganger IQR, variabilitet indeks). I datasettet som ble brukt i prosjektet fant vi få uteliggere fordelt på følgende symptomer ved avdeling 1; 3 uteliggere på kvalme, 4 på depresjon, 2 på obstipasjon,

4 på ustøhet, 1 på angst, 1 på matlyst, 6 på tung pust, 2 på døsigheit og 1 på slapphet. Ved avdeling 2 er det registrert følgende uteliggere: 1 på smerter, 3 på angst, 1 på matlyst, 3 på tung pust og 4 på slapphet. De nevnte uteliggere kunne man utelukke fra datasettet før analyse for å «rense» data.

Datainnsamling periode strakk seg over fire måneders periode. Cohort effekt i denne studien kan tenkes å involvere endring i pasientenes karakteristikk som skyldes endringer i omgivelser eller organisasjon av helsetjenester og selve intervensjonen, det vil si at personalet blir bedre til å administrere selve intervensjonen. Analyse av data i denne studien tar ikke hensyn til når i hele datainnsamlingsperioden enkelte variable registreringer blir utført.

I denne studien er ikke data testet for sensibilitet ved å for eksempel inkludere/ekskudere «uteliggere». Ingen av deltakere har trukket seg etter å ha samtykket. Det er ingen data som mangler og derfor ingen behov for sletting eller input av verdier.

Begrensninger i oppgavelengden i tillegg til lite utvalg førte til at det ikke ble utforsket om hvilke resultater eventuelle endringer av data (for eksempel eksklusjon av «uteliggere») og bruk av parametrisk analyse (for eksempel «Independent group t test») kunne ha ført til.

Slik presentert i innledningen var målet med denne studien å undersøke i hvilken grad kan systematisk bruk av ESAS-r skjema bidra til økt registrering av eventuelle symptomer hos pasienten innlagt på en korttidsinstitusjon.

ESAS-r skjema brukes som kartleggingsverktøy systematisk på en avdeling men der ikke er tatt systematisk i bruk på en annen avdeling på samme korttidsinstitusjon.

Etiske overveielser

Prosjektet ble gjennomført med hjelp av skriftlig samtykke fra prosjekt deltakere eller pasientene ved to avdelinger på institusjoner. (Vedlegg 2). Prosjektet ble meldt til og samtykkeskjema ble utarbeidet med hjelp Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste, NSD (Vedlegg 1) I tillegg til dette var prosjektet vurdert å ikke være fremleggs pliktig av Regional Etisk Komite eller REK. (Vedlegg 3)

Data ble samlet inn uten at innsamlingen hadde ingen direkte påvirkning på pasientene og medførte ikke ekstra belastning eller påvirkning av kliniske tilstanden.

For å kunne forsikre anonymitet ble pasientene tildelt prosjektnummer, ingen personalia ble brukt i oppgaven og data var oppbevart på et eksternt, kode beskyttet lagringsenhet og destruert i etterkant.

Ingen informasjon om prosjektet ble utdelt til ansatte verken før oppstart eller under selve prosjektet. Hjelp av ansatte begrenset seg til rekruttering av prosjekt deltakere ved at de delte ut skriftlige samtykke skjema og samlet de inn i etterkant.

3 Resultat

3.1 Utvalg

I løpet av prosjektperiode på 4 måneder ble det samlet inn skriftlig og muntlig samtykke på til sammen 72 pasienter fordelt likt på to avdelinger. Utvalget som møtte inklusjonskriterier ble informert både skriftlig og muntlig av ansatte som jobbet på de respektive avdelingene. Pasientene som samtykket skriftlig ble inkludert i studien. Utvalget som inkluderte to grupperinger av pasientene fordelt på to avdelingene var uavhengige av hverandre, det vil si at alle pasientene som ble lagt inn ved de to avdelingene hadde samme sannsynlighet for å komme med i utvalget. I tillegg til pasientene ble faggruppen til personalet som jobbet ved de to respektive avdelingene kartlagt.

Fordeling av pasientene som samtykket for å delta og helsepersonalet på avdelingene presenteres i følgende tabell:

	Avdeling 1	Avdeling 2
<i>Antall innleggelser</i>	112	152
<i>Antall registreringer (%)</i>	36 (28,6 %)	36 (21 %)

<i>Antall sykepleiere</i>	8	6
<i>Antall hjelpepleiere</i>	1	7

Antall faste plasser på avdeling 1 er 12 og andel av fast ansatt fagpersonell (årsverk per pasient) blir da 0,75. Tilsvarende andel på avdeling 2 er 0,68.

Andel av sykepleiere på avdeling 1 er 88,9 % mens andel hjelpepleiere er 11,1 %. På avdeling 2 er tilsvarende tall for sykepleiere 46,2 % og hjelpepleiere 53,8 %.

3.2 Data

Data ble registrert ved å gjennomlese dokumentasjon registrert av helsepersonalet i løpet av 14 dagers opphold til hver av deltakerne. Med data menes det symptomene som registreres ved hjelp av Edmonton Symptom Assessment System-r slik beskrevet tidligere i oppgaven: smerte, kvalme, angst, matlyst, tung pust, dødsighet, slapphet, velvære, depresjon og «annet» symptom. Gjennomgang av selvrapportert «annet» symptom avdekket tre andre symptomer som ble hyppigst registrert: obstipasjon, ustøhet og forvirring. Disse symptomene ble inkludert i studien.

Analyse av data ble deretter gjennomført med hjelp av statistisk program SPSS. Innledningsvis ble deskriptive analyser, Shapiro-Wiik test of Normality, tatt i bruk som viste at det ikke forelå normal fordeling av data (presentert i tabellen som SD) Data som ikke var normalfordelt og uavhengige grupper samt små utvalg gjorde at data ble analysert med hjelp av ikke- parametrisk analyse Mann- Whitney U test. Signifikans nivå er satt på 5%, det vil si $\alpha=0,05$.

Følgende tabell viser gjennomsnitt antall registreringer per avdeling og per pasient i tillegg til dataspredning og signifikans nivå samt SD, normal fordeling:

Afdeling 1					Afdeling 2				
<i>Symptomer</i>	*AR	Range	**GARP	SD	*AR	Range	**GARP	SD	Mann – Whitney Asymp.Sig.2tailed
<i>Smertes</i>	152	1-15	4,22	,876	147	1-15	4,08	,837	0,413

<i>Kvalme</i>	30	0-8	0,83	,571	30	0-6	0,85	,650	0,780
<i>Angst</i>	40	0-6	1,11	,710	23	0-4	0,63	,675	0,337
<i>Matlyst</i>	100	0-8	2,77	,788	70	0-10	1,94	,900	0,037
<i>Tung pust</i>	70	0-14	1,94	,591	26	0-4	0,72	,720	0,552
<i>Døsighet</i>	20	0-5	0,55	,551	6	0-2	0,16	,369	0,030
<i>Slapphet</i>	6	0-4	1,00	,625	27	0-3	0,75	,726	0,219
<i>Velvære</i>	47	0-5	1,30	,701	10	0-1	0,27	,412	0,001
<i>Obstipasjon</i>	62	0-7	1,72	,577	43	0-10	1,19	,369	0,040
<i>Depresjon</i>	12	0-2	0,33	,734	10	0-2	0,27	,487	0,182
<i>Ustøhet</i>	52	0-5	1,58	,608	17	0-7	0,48	,331	0,020
<i>Forvirring</i>	8	0-3	0,22	,336	14	0-5	0,41	,429	0,268

*Total antall registreringer av et symptom per avdeling

**Gjennomsnitt antall registreringer av symptom per pasient

Som tabellen viser er det påvist signifikans forskjell for symptomene: matlyst, døsighet, ustøhet, obstipasjon, velvære. Symptomene obstipasjon og ustøhet er selvrapporterte symptomer. Selvrapportert symptom er en del av ESAS-r kartleggingen som et « annet symptom ». Alle symptomene utenom « forvirring » ble hyppigere registrert ved avdeling 1 hvor ESAS-r ble systematisk brukt i kartlegging av pasientene. Symptom « kvalme » er registrert like mange ganger på begge avdelingen.

4 Diskusjon

4.1 Dokumentering av symptomene

Dokumentering av pasientens behandling er forankret både i lovverket men også i yrkesetiske retningslinjer og er gjeldende for alle yrkesgrupper. Dokumentasjon og journalføring sørger for at pasientens sikkerhet ivaretas i tillegg til å sørge for kontinuiteten og faglig forsvarlighet av helsetjenesten som pasienten får. Pasientens journal er et viktig verktøy for helsepersonalet da den sørger for at personalet fortløpende oppdateres på pasientens progresjon, aktuelle behov, tidligere og planlagte behandling.

Dette prosjektet hadde som mål om å undersøke om systematisk bruk av ESAS-r skjema kan føre til økning av symptom registrering ved å undersøke journalen til pasientene. Tidligere i oppgaven presenteres det en undersøkelse som viser at sykepleiere oppgir å bruke mellom 80-90 % av sin arbeidsuke på å observere og dokumentere symptomer, sykdomsprogresjon og funksjonsnivå. (Bergsagel, 2019). Det kan tenke seg at tallene er omtrent like for de andre yrkesgrupper.

Prosjektet viser lav antall registreringer av symptomene, både på avdeling 1 og avdeling 2. Dette gjelder for alle symptomene som prosjektet undersøkte men det finnes noe forskjell i hvilken grad personalet registrerer enkelte symptomer. Største antall registreringer fant vi for symptomene smerter og obstipasjon ved avdeling 1 og smerter og matlyst for avdeling 2. Laveste antall registreringer for begge avdelingene ble dokumentert for symptomene døshighet og depresjon. Ved avdeling 1 er ESAS-r skjema rutinemessig tatt i bruk på alle pasientene ved innkomst og deretter to faste dager i uken. Karleggingsperioden i prosjektet var på to ukers varighet. Derfor forventes det at pasientene ved avdeling 1 fyller ut ESAS-r skjema 5 ganger i uken. Det var ikke samlet inn informasjon om andel pasienter som ikke fylte ut skjema, enten etter eget ønske eller at rutiner for kartleggingen ikke ble etterfulgt. Hvis vi tar utgangspunkt i at rutinen ble etterlevd var det forventet å finne dokumentasjon om pasientens rapportering av symptomene minst 5 ganger i løpet av oppholdet, noe som prosjektet avdekket ikke var tilfelle. I følgende skal vi drøfte hvilke grunner kan det være til at prosjektet viste lavt antall dokumenterte symptomer både ved avdeling 1 og avdeling 2.

Selv om det finnes felles yrkeskrav og forventning til dokumentasjon er det mulig at det finnes personlige forskjeller når det gjelder i hvilken grad den enkelte ansatte bruker sin arbeidstid på direkte pleie og observasjoner av pasientene og pasientenes symptomer versus det å skriftlig dokumentere sine observasjoner i løpet av en arbeidsdag. Arbeidskultur ved de to avdelingene og forventninger og krav til hvordan ansatte dokumenterer kan føre til at det er ulik grad av dokumentering. I hvilken grad ansatte, inkludert avdelingsledere og fagsykepleiere, vektlegger dokumentasjon kan ha innvirkning på selve dokumentering av registrerte symptomer. Det er mulig at personalet observerer symptomene men ikke dokumenterer disse elektronisk i pasientens journal. Opplæring i elektronisk dokumentasjonssystemet er gitt alle ansatte ved ansettelse. Prosjektet gir ingen innsyn i hvor stor grad tilrettelagt arbeidshverdagen er for at ansatte kan journalføre observasjoner.

Ulik formell kompetanse eller arbeidserfaring hos de ansatte ved de to avdelingene kan også virke inn på graden av observasjoner og dokumentering av symptomene. Egenskapene av ansattgruppe som for eksempel høyeste fullførte studienivå, antall yrkesaktive år, antall år som ansatt ved avdelingen og stillingsbrøk var ikke registrert og derfor ikke mulig å utforske i hvilken grad disse variablene kunne ha påvirket antall registreringer. Det ble ikke registrert data hverken om pasientene som deltok i studien eller om personalet som hadde ansvar for behandling av disse pasientene. Det er derfor ikke mulig å diskutere i hvilken grad de to pasientgruppene og personalgruppene er like eller skiller seg. Sammensetning av personalgruppe med tanke på andel fagpersoner, stillingsbrøkgraden og erfaring i tillegg til hvor omfattende er innleie av ufaglærte vikarer kan tenkes å påvirke i hvilken grad personalet legger vekt på registrering av symptomene og i hvilken grad personalet legger vekt på å dokumentere eventuelle symptomer. Data som er samlet inn på personalet avdekker små forskjeller når det gjelder pasient tyngden fordelt på antall fast personalet (henholdsvis 0,75 og 0,68 årsverk per pasient). I innledningen ble det fortalt om at pleiefaktor ved institusjoner var på 0,71. Det er derfor noe høyere pleiefaktor enn gjennomsnitt ved avdeling 1 og lavere enn avdeling 2. Høyere pleiefaktor kan frigjøre tid til både observering og dokumentering av symptomene. I tillegg er det større forskjell mellom andel sykepleiere- og hjelpepleiere i personalgruppen mellom de to avdelingene. Personalgruppen på avdeling 1 består av 88,9% sykepleiere og 11,1 % hjelpepleiere mens tilsvarende tall for avdeling 2 er 46,2 % sykepleiere og 53,8 % hjelpepleiere. Det er ikke mulig å diskutere i hvilken grad denne forskjellen i yrkessammensetning hadde hatt innvirkning på resultatet i prosjektet men det er viktig å påpeke at begge yrkesgruppene har dokumentasjonsplikt, det vil si plikt til å føre journal og

krav til at journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger (Lov om helsepersonell, kapittel 8).

Selv om hver avdeling har sin egen tilsynslege er ESAS-r kartlegging utføres systematisk ved den ene avdelingen og ved den andre avdelingen er det personalet som tar initiativ til utfylling. Legen kan foreskrive hvor ofte ESAS bør registreres. Legene stiller seg i større grad mer motvillige til å bruke ESAS kartleggings skjema enn sykepleiere og andre omsorgsgivere (Bainbridge, Seow, Sussman, Pond, Martelli-Reid, Herbert & Evans, 2011). Mindre bruk av ESAS kartlegging blant legene forklares med at de foretrekker selv å evaluere pasientenes symptomer og at de jobber i travle klinikker. I tillegg selve rollen som legene har som er mer orientert mot behandlingsrelatert symptomer enn mer omfattende kartlegging (Bainbridge et al. 2011) I hvilken grad tilsynslegene er oppdatert og engasjert i å bruke ESAS-r skjema klinisk kan ha en viss innvirkning på hvor ofte vedkommende foreskriver registreringen.

I Norge generelt er det økende antall fremmedspråklig helsepersonalet. Innledningsvis i oppgaven ble der fortalt om at det finnes forskjell i mengden av dokumentasjon mellom helsepersonalet som har nors som første språk og helsepersonalet som har norsk som andre språk. I prosjektet ble det ikke registrert hvordan helsepersonalgruppen er sammensatt med tanke på bakgrunn og hvor flytende personalet er i norsk språk, både muntlig og skriftlig. ESAS-r et skjema fylles ut iblant ved at helsepersonalet bistår pasientene med å fylle ut. Språkevne til personalet som bistår pasientene er derfor viktig for å fange opp og registrere eventuelle symptomene som pasientene rapporterer.

Det er lite sannsynlig at mengden av symptomer som var dokumentert realistisk avspeiler den reelle symptombyrden av pasient gruppen som var innlagt ved Drammen Helsehus. Pasientene som er innlagt ved Drammen Helsehus er pasientene som er vurdert å være i behov for tettere oppfølging av helsetjenesten og dermed antakelig opplever symptombyrden som er større enn det prosjektet avdekket var dokumentert i journalsystemet.

4.2 ESAS-r og symptomhåndteringsmodell

Symptomhåndteringsmodell skisserer tre dynamiske områder ved håndtering av et symptom: symptom erfaring, håndtering av erfarte symptom og resultater av håndteringen. Prosjektet legger vekt på at pasienten har mulighet til selvrapporing av symptom erfaringen ved bruk av ESAS-r skjema. Det må presiseres at symptom erfaring er et ledd i modellen og påvirker og blir påvirket av både symptomhåndteringen og resultat av håndteringsstrategiene. Ifølge symptom håndtering modellen trenger ikke pasienten nødvendigvis rapportere om symptomene selv men disse symptomene kan registreres og rapporteres av andre som for eksempel pårørende og behandlere. I studien ble det ikke registrert om symptomene er selvrapporert eller om det var observert og rapportert av andre enn pasienten. Eventuelle ESAS- r registreringer som pasientene fylte ut med hjelp av personalet eller pårørende er inkludert i studien. Pasientene skal, ifølge prosedyren som finnes på helsebiblioteket, få veiledning i korrekt bruk av ESAS-r skjema før det det i bruk. Pasientene som selvrapporterte sine symptomer kan ha misforstått hvordan å score symptomene og dette kan ha innvirkning på datainnsamlingen (Garyali, Palmer, Yennurajalibgam., Zhang, Pace & Bruera, 2006). Det er mulig at pasientene kan ha scoret smerter under smerteanfall og ikke nåværende smertenivå. I tillegg er vanlig misforståelse for symptom matlyst hvor pasientene tror at lave scoringer reflekterer dårlig matlyst og ikke det som er oppført på ESAS-r skjema, det vil si det motsatte, god matlyst. Denne studien viser at også pasientenes scoring av slapphet og velvære da de kan være vanskelig for pasienter å forstå og tolke.

Symptomhåndteringsmodell er som sagt en dynamisk prosess. Rapportering av symptom fører til evaluering eller tolkning av symptomer eller symptom tyngden. Selv om ESAS-r score kan generelt tolkes ut i fra nivå av score (i innledningen snakket vi om gruppering i mild, moderat og alvorlig grad av symptom erfaring) valgte vi i denne studien å ikke registrere hverken selve score nivå eller i hvilken grad symptomene som ble registrert ved de to avdelingene ble beskrevet eller gradert. Selv om det ikke blir brukt i prosjektet brukes ESAS-r kartleggingsskjema klinisk til å tallfeste intensiteten av opplevd symptom. Derfor kan det å systematisk bruke ESAS-r skjema føre til at pasienten i større grad klarer å gi uttrykk for intensiteten og alvorlighetsgraden av erfart symptom. Det finnes, ifølge Vigstad, Clancy & Broderstad (2018), tydelig korrelasjon mellom høy symptom score på ESAS kartleggingsskjema og implementering av kliniske tiltak. I tillegg kan selve score som

registreres på hvert ESAS-r skjema brukes til å vurdere i hvilken retning intensiteten av et symptom utvikler seg. Dette i sin tur kan brukes av en behandler til å vurdere effekten av eventuelle tiltak som settes i gang for å håndtere et symptom. I tillegg kan en behandler enklere oppdage mulige sammenheng mellom symptomer hvis de registreres samtidig, som ved bruk av ESAS-r kartleggingsskjema enn hvis personalet kartlegger hvert symptom enkeltvis. Dette kan bidra til mer helhetlig forståelse av pasientenes symptomer (Gran og Landmark, 2012)

Innledningsvis i symptomhåndteringsmodell presenteres registrering av erfart symptom, evaluering og tolkning av symptom som følges av symptomhåndteringsstrategier som handler om hva, hvem, på hvilken måte skal symptom håndteres. Disse symptomhåndteringskomponentene kan påvirke symptomstatus, funksjonsnivå, kostnader, dødelighet og emosjonell status. Overordnet mål er å forhindre negative konsekvenser av et symptom. Denne studien registrerte ikke om eller hvilke tiltak ble satt i gang som følge av registreringen, hvilken yrkesgruppe ble involvert i symptomhåndtering og heller ikke ble det registrert om hyppigheten av et symptom registrering avtok eller økte i løpet av innleggelsesperioden. ESAS-r skjema kan være nyttig til å vurdere behov for å henvise pasienten til andre instanser, planlegge videre behandling eller omsorgsnivå etter endt oppholdt eller vurdere belastningsgraden på pårørende.

Undersøkelsen utført av Bergsagel (2019) som ble tidligere omtalt viser, bruker sykepleiere mesteparten av sin arbeidsuke på observasjon og kartlegging av pasientens symptomer og funksjonsnivået i tillegg til samtaler med pasienten om behandlingen og diskusjon med legen om behandlingen og medisineringer. Systematisk bruk av ESAS-r skjema kan føre til mindre tidskrevende og mer objektiv kartlegging av symptomene og forenkle kommunikasjon mellom legen og sykepleier. ESAS-r skjema kartlegger en symptomgruppe med både somatiske men også emosjonelle og psykiske symptomer som, ifølge symptomhåndteringsmodellen kan påvirke hverandre. Det er som tidligere nevnt rapportert en viss motstand for å rapportere psykiske symptomer. ESAS- r skjema kartlegger både somatiske og psykiske eller emosjonelle symptomer og kan bidra til at det føles mindre stigmatiserende for pasienten å rapportere eventuelle psykiske symptomer når de rapporteres sammen med somatiske symptomene. Slikt bred tilnærming til kartleggingen kan muligens avdekke behov for mer inngående enkeltvis symptomkartlegging og behandling. Tidligere i oppgaven fortalte vi om ulike kartleggingsverktøy som kan brukes til å enkeltvis kartlegge de ulike symptomene.

Det kunne ha vært nyttig å undersøke om systematisk bruk av ESAS- r kan bidra til å øke effektiviteten hos personalet og om det kan ha innvirkning på pasientens symptombehandling. Ytterligere forskning trengs for skaffe opplysninger om i hvilken grad systematisk bruk av ESAS- r skjema i registrering av symptomene kan påvirke behandlingen, oppholdstiden eller utfallet av pasientenes opphold ved korttidsinstitusjon.

4.3 ESAS-r skjema og anvendelse i praksis

Det finnes flere studier som sier noe om helsepersonalets erfaringer i bruk av ESAS skjema. I innledningen ble det nevnt at implementering av ESAS- r skjema for symptomatisk registrering er mulig men var blant annet avhengig av motivasjon hos personalet. Ifølge undersøkelser gjort av Buttenschoen, D.C., Stephan, J., Watanabe, S. & Nikolaichuk, C (2014) identifiserer personalet fire hovedutfordringer ved bruk av ESAS skjema: misforståelser av begrepene i ESAS skjema (50 % av deltakere), vanskelig bruk hos pasienter med nedsatt språk evne (27 % av deltakere), lite tid (14 % av deltakere) og vansker med å score nåværende symptom tyngde (13 % av deltakere). I tillegg er det utfordringer knyttet til troverdigheten av scoringer utført av omsorgsgivere. Undersøkelse gjort blant 150 behandlere av pasienter i palliativ fase (Systematisk symptomregistrering i lindrende behandling ved hjelp av ESAS, 2006) viser at 80 % mener at bruk av ESAS-r skjema bidrar til å sikre kvalitet i behandlingen, ca. 65 % at det bidrar til å oppnå god symptomlindring, 80 % at det hjelper med å forenkle dokumentasjon, 85 % oppgir at ESAS-r skjema bidrar til å bedre kommunikasjon med pasientene, ca. 85 % oppgir at det letter rapportering om pasientene, 65 % at det bidrar til å prioritere innsatsområde, 60 % at det hjelper med å avdekke nye symptomer, ca. 78 % at det bidrar til å lette beskrivelse av symptomer. Helsepersonalet opplever at de fikk kartlagt pasienten bedre med ESAS skjema, fikk mer helhetlig bilde av pasientens tilstand og at de kunne gi bedre behandling. I tillegg har ESAS kartleggingsverktøy vist seg å være et godt verktøy for kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient. (Torvik et al, 2014).

I prosjektet var det lagt vekt på registrering av symptomene og graden av motivasjon hos personalet var ikke kartlagt. Tiden mellom oppstart av implementeringen av ESAS-r skjema og prosjektet kan antas påvirker motivasjonen til personalet og kan ha påvirket registreringer av symptomene slik de presenteres videre i oppgaven.

I Drammen Helsehus brukes «ernæringsjournal» rutinemessig som kartleggingsverktøy ved inntak. Derfor er det å forvente å finne dokumentasjon på matlyst i journalene hos alle pasientene i prosjektet.

Matlyst som et symptom ble registrert flere ganger på avdeling 1 enn på avdeling 2. Det ble påvist signifikans forskjell. Dokumentering av matlyst er en del av ernæringskartleggingen som er anbefalt av Helsedirektoratet (2009), særlig hos risiko pasienter slik pasientene i prosjektgruppen, nemlig eldre md både akutte og kroniske sykdommer. Tall tatt fra tidligere forskning viser at ca. 56 % av eldre er overvektige og at mellom 10% og 60 % av alle som legges inn på sykehus er undervektige. Tallene henter fra prosjektet viser at matlyst som et symptom ble i gjennomsnittet per pasient registrert henholdsvis 2,77 ganger på avdeling 1 og 1,94 på avdeling 2. Hvis vi går etter tidligere forskning og konservativt anta at omtrent 10 % av pasientene i prosjektet (n=72) er undervektige eller overvektige skulle det tilsi at til sammen 14 pasienter i deltakergruppen faller under kategori under- eller overvektig. Prosjektet avdekker at selv om matlyst som symptom ble dokumentert oftere på avdeling 1 enn på avdeling 2 viser journalgjennomgang at det generelt ble dokumentert få ganger, særlig med tanke på at tidligere forskning sier at både underernæring og overvekt er utbredt blant eldre.

Angst er, som tidligere nevnt, et symptom som er lite forsket på hos eldre pasienter. I tillegg kan det være at pasientene vegrer seg til å rapportere psykiske symptomer. Det anslås at symptomet finnes hos 5-10 % av eldre. Hvis vi relaterer det til studien kan vi anslå at mellom 3 og 7 pasienter i studien har dette symptomet. I gjennomsnittet ble angst registrert 1 gang per pasient ved avdeling 1 og 0,6 ved avdeling 2. Dette kan tyde på at enten ble underrapportert av pasientene eller underdokumentert av personalet i pasientens journal.

Tung pust ble registrert flere ganger på avdeling 1, nemlig 70 ganger enn ved avdeling 2 der det ble registrert 26 ganger. Tidligere i oppgaven ble det anslått av 1 av 4 eldre oppgir å være plaget av tung pust. Antall pasienter i studien som er forventet å ha plager av tung pust vil da ligge på mellom 14-17 pasienter (25 % av antall deltakere på 70). Antall registreringer bør da ligge høyere enn det som ble registrert i studien.

Slapphet hos eldre pasienten er et symptom som er inkludert i vurdering av sårbarheten og selv rapporteres ofte som hoved symptom når eldre pasienten tar kontakt med fastlegen. Dette symptomet kan ofte presenteres ved ulike lidelser og sykdommer og er derfor forventet at den eldre pasienten innlagt ved en institusjon rapporterer det i større grad. I prosjektet står dette symptomet frem som det som ble registrert færrest på avdeling 1 i tillegg til at det er et av de to symptomene som ble registrert flere ganger ved avdeling 2 enn ved avdeling 1.

Det finnes studier som viser at omtrent 30 % av pasientene ved institusjon oppgir å være plaget av depresjon. En studie utført av palliative pasienter med kreft fant ESAS-r kartleggingsskjema lite egnet for kartlegging av alvorlig depresjon (Brenne, Loge, Lie, Hjemstad, Fayers & Kasa, 2016). I denne studien diskuteres det om pasientens forståelse av begrepet «depresjon» sammen med generelt motstand til å rapportere psykiatriske symptomer kan spille inn på at pasientene underrapporterer både symptom depresjon men også angst. En annen studie (Vignaroli, Palmer, Willey & Bruera, 2006) støtter under denne konklusjonen og konkluderer med at det finnes bedre egnet kartleggingsverktøy for kartlegging av stemningssymptomer som angst og depresjon men samtidig påpeker studien at det å bruke flere ulike kartleggingsskjema kan være logistisk krevende og påføre pasientene større belastning. Derfor anses ESAS- r skjema som et godt alternativ når flere symptomene skal kartlegges, I vårt prosjekt er depresjon registrert henholdsvis 0,33 ved avdeling 1 og 0,27 ganger ved avdeling 2. Derfor kan det se ut som depresjon ble underdokumentert i studien og at antall registreringer er lavt ved begge avdelingene.

Forvirring er et symptom som i studien ble registrert under «annet symptom». Dette symptomet er i tillegg til slapphet eneste som ble registrert flere ganger ved avdeling 2. Forvirring er et symptom som øker i omfang hos den akutt syke geriatrike pasienten og er derfor forventet å finne dokumentert i stor grad på en korttidsavdeling. I studien ble dette symptomer dokumentert få ganger, det ble i gjennomsnittet registrert 0,22 på avdeling 1 og 0,4 ganger per pasient ved avdeling. I prosjektet ble det ikke skilt mellom kjent forvirring som kan være en del av pasientens habituelle, kognitive funksjonsnivå og akutt forvirring som kan være et symptom på akutt forverring av pasientens somatiske sykdomsbilde.

Prosjektet avdekket at det er gjennomgående lav antall dokumenterte symptomer ved begge avdelingene, særlig når symptomene i prosjektet var, ifølge det teorien sier, er å forvente å finne i stor grad hos den geriatrike pasienten.

Døsighet er et av de symptomene med lavest antall registreringer på begge avdelingene. Tidligere forskning viser at en av fire personer, det vil si omtrent 25 % av de over 65 år selvrappporter døsighet. I tillegg er det antatt at opptil 72 % av eldre innlagt på institusjon oppgir dette symptomet. Gjennomsnitt antall ganger døsighet ble registrert per pasient er 0,55 på avdeling 1 og 0,16 på avdeling 2. Sammenliknet med prevalensen oppgitt i tidligere forskning, bør det forventes at omtrent 25 pasienter i hver gruppe, nemlig 72 prosent av pasientgruppa på 35 pasienter, er plaget av døsighet. Resultatene viser at døsighet ble

registrert 25 ganger på avdeling 1 og 6 ganger på avdeling 2 som er mye lavere enn det tidligere forskning skulle lede oss til å tro er å forvente. Til tross for at det er påvist signifikant forskjell er det dokumentert få registreringer av dette symptomet under prosjektet.

Velvære er det symptomet som det i prosjektet ble påvist største forskjell i antall registreringer mellom avdelingene. Mens på avdeling 1 ble velvære registrert 47 ganger ble det på avdeling 2 registrert omtrent 5 ganger mindre, nemlig 10 ganger. Dette resultatet gjenspilles i «range» nivå som er opptil 5 på avdeling 1 sammenliknet med 1 på avdeling 2. Tidligere forskning sier at omtrent 10 prosent av eldre oppgir dårlig livskvalitet. I prosjektet er det ikke registrert hvilken grad av tilfredsheten med velvære personalet registrerte, kun om «velvære» som symptom ble registrert. Med det i tankene bør det forventes at velvære er kartlagt hos alle pasientene under oppholdet noe som ville gitt betydelig høyere antall registreringer enn det ble avdekket i prosjektet.

Omtrent hver fjerde pasient på sykehjem er plaget med obstipasjon noe som tyder på at dette symptomet er det forventet å finne omfattende dokumentert hos eldre innlagt på en korttidsinstitusjon. I prosjektet er det et av de symptomene med høyest antall registreringer og følger tett etter smerte og matlyst, noe som også var forventet å finne hvis vi har patologi kunnskap om sammenhengen mellom disse symptomene. Det er dog ikke utført korrelasjonsanalyse som kunne bekreftet sammenhengen da dette ikke var målet for prosjektet. Det er derimot funnet signifikant forskjell mellom avdelingene. I tillegg til at det dokumentert stor forskjell i «range» nivå som går opp til 10 på avdeling 2 som tyder på at det er flere registreringer på få pasienter. Resultatet kan tyde på at systematisk registrering kan bidra til å avdekke obstipasjon hos flere pasienter.

Smerter er rapportert hos mellom 60-80 % av pasientene ved institusjoner. I prosjektet er dette symptomet registrert høyest antall ganger ved begge avdelingene. Gjennomsnitt antall registreringer per pasient viser at antall registreringer av smerter er fire fanger på 14 dagers periode. Hvis vi tar i betraktning at opptil 80 % av beboere ved institusjoner rapporterer kroniske smerter er antall registreringer i prosjektet lavt ved begge avdelingene.

Det er registrert signifikant flere antall registreringer av ustøhet ved avdeling 1 enn ved avdeling 2. Studien utført av Øygaard, Andersen, Sandvoll & Ytrehus (2017) avdekket at kun 10 % av fall som var registrert under studien ble dokumentert i pasient journal. Ustøhet kan føre til fall men antall fall ble ikke registrert i studien. ESAS-r bidrar til økt registrering av ustøhet og kan derfor bidra til å øke dokumenteringer av antall fall.

Kvalme er et symptom som kan være til stede hos mange sykdommer, både kroniske og akutte. I studien ble symptom kvalme eneste symptom som ble registrert lik antall ganger på begge avdelingen. I gjennomsnittet ble symptom kvalme registrert 0,85 ganger per pasient. Med tanke på at kvalme er et utbredt symptom som blir rapportert ved rekke sykdommer et antall registreringer i studien lav og tyder på at det symptomer er kraftig underregistrert i pasientens journalsystem.

4.4 Begrensninger av studien

I løpet av prosjektet og særlig etter data innsamlingen ble det avdekket en del begrensninger ved valgte metode og data karakteristik som kunne ha påvirket selve prosjektet. I følgende kapittel presenteres disse funn.

Metode som ble valgt i prosjektet var kvantitativt, Quasi eksperimentell studie. Ifølge Polit & Beck (2017) er denne metoden passende hvis en hel avdeling mottar en intervensjon og en liknende avdeling som ikke mottar intervensjonen er tilgjengelig og samme type data er tilgjengelig for gjennomgang på begge avdelingene.

Det som skiller ekte eksperimentell studie fra Quasi eksperimentell studie er at deltakere i Quasi eksperimentell studie ikke kan randomiseres mens i eksperimentell studie fordeler forskeren deltakere til eksperiment eller kontroll gruppen på en tilfeldig basis.

Randomisering var ikke mulig i prosjektet da selve innleggelsen på den ene eller den andre avdelingen utløser «testen» eller systematiske anvendelsen av ESAS-r kartleggingen som en del av behandlingen av pasienten under oppholdet.

Både i Quasi eksperimentell og eksperimentell studie presenterer forskeren kontroll av forsøket, kontroll gruppe som ikke mottar intervensjon.

Eksperimentgruppen er gruppen eller avdelingen hvor symptomkartleggingsverktøy ESAS-r brukes systematisk mens kontroll gruppe er en gruppe pasienter innlagt ved en annen avdeling hvor ESAS-r kartleggingen ikke er tatt systematisk i bruk.

Det utføres en intervensjon i eksperimentet, noe forskeren gjør eller utfører på neon av deltakere. I dette eksperimentet er det som utføres systematiske bruk av ESAS-r symptomkartleggingen på en gruppe deltakere eller pasienter.

Forskningsdesign bruker en «ikke tilsvarende kontroll gruppe post-test «hvor resultat samles inn etter at testen er gjennomført. Med testen i denne oppgaven menes utført dokumentering av symptomene hos de to pasientgruppene.

Data ble samlet inn gjennom gjennomlesing av alle journalnotater over en to ukers periode hos hver pasient som hadde samtykket. Hver gang et symptom ble dokumentert i journalnotat ble det registrert under antall ganger registrert. Innholds validiteten vurderes å være god da symptomene som var inkludert i prosjektet var forhåndsdefinert av symptomene som kartlegges ved hjelp av ESAS-r skjema. Konstruktvaliditeten var vurdert i etterkant av datainnsamlingen og førte til at ytterligere tre symptomer ble inkludert i studien (obstipasjon, forvirring og ustøhet). Kriterievaliditeten i studien er erfaringsvurdert, symptomene som registreres i studien er å forvente å finne i klinikken hos utvalget.

Det er noen svakhet registrert i etterkant av studien som omhandler utvalg av data som kunne ha vært inkludert. Datainnsamlingen inneholder ikke variabler som omhandler pasientens karakteristikk eller demografiske opplysninger, hverken for pasientene som samtykket for å delta i studien eller for ikke- respondenter, det vil si pasientene som avsto å delta. I denne studien deltok det til sammen 72 pasienter fordelt på 36 pasienter på hver av avdelingene. Slik nevnt tidligere i oppgaven tilsvarer det mellom 20 % og 30 % av alle pasientene som var innlagt ved de to avdelingene i løpet av data innsamlingsperioden. Derfor er det forholdsvis stor andel av pasientene som enten takket nei til å delta i studien eller som ikke møtte inklusjonskriteriene. Det er muligens en del data som ikke er registrert og inkludert i studien som kan ha påvirket resultatet av studien. Dette kan påvirke ytre validiteten av prosjektet.

Deltakere i studien er ikke randomisert. Det er dog ikke innhentet baseline data for de to pasientgruppene. Demografiske opplysninger ble ikke innhentet, noe som kan vanskeliggjøre evaluering av eventuell skjevhet i utvalget.

Det er en del karakteristikk i prosjektet som kan ha påvirke test-retest reliabiliteten av prosjektet som for eksempel hvordan sammensetning av personalgruppen er, arbeidskultur og i hvor stor grad skriftlig dokumentasjon legges vekt på, karakteristikk av pasientgruppen og i hvilken grad ESAS- r er implementert som fast rutine.

Ingen av personalet sluttet i datainnsamlingsperioden. Selv om denne perioden var forholdsvis kort kan det at personalet får mer erfaring i sin jobb kan ha innvirkning på hvordan og i hvilken grad symptomene blir registrert. Det er mulig at ansatte som systematisk bruker

ESAS- r skjema i kartlegging av symptomene blir bedre kjent med bruken av dette skjema og det i sin tur påvirker i hvilken grad symptomene blir registrert.

Som nevnt i innledning er det i Norge registrert økning av arbeidsinnvandring av sykepleiere. Det var ikke registrert antall pleiere med fremmedspråklig bakgrunn som var ansatt ved de to avdelingene under prosjektet og det er derfor ikke mulig å kartlegge hvor stor innvirkning språkferdighetene til personalet kunne ha hatt på journalføringene.

Kartlegging av symptomene med ESAS-r skjema ved avdeling 1 er nylig tatt systematisk i bruk. I hvilken grad personalet synes at dette verktøyet er nyttig og effektivt kan påvirke i hvilken grad skjema brukes av ansatte.

I tillegg kan den korte tiden mellom innføring av dette skjema og datainnsamling i denne studien påvirke data. Hvordan opplæring av personalet i bruk av ESAS-r skjema og hvordan dette verktøyet registreres i pasientenes journal ble utført før implementering kan ha innvirkning på hvor trygge ansatte er på kartleggingen og dokumenteringen. Ved begge avdelingene jobber det vikarer og det er ikke kjent hvor lang eller detaljert opplæring vikarene hadde fått i dokumentasjon av eventuelle symptomer.

Dataregistrering tok plass på korttidsinstitusjon hvor det innlegges pasienter som er behandlingsavklart, det vil si pasientene som er ferdig behandlet fra spesialist helsetjenesten. Pasientene som kommer inn har ulike diagnose og problemstillinger som i sin tur innvirker på behandlingsmål under korttidsoppholdet. Dette kan derfor påvirke hvilke observasjoner personalet legger vekt på å dokumentere. Det kan også føre til at en del symptomer som knyttes til pasientens problemstilling registreres hyppigere på bekostning av andre symptomer som ikke er typiske for denne problemstillingen.

Pasientene som deltar i studien er som sagt innlagt for tidsbegrenset periode. Selve tiden på oppholdet kan sette begrensninger på det i hvilken grad enkelte pasienter føler seg komfortabel på å gi uttrykk for sine symptomer.

Data innsamling periode var i løpet av høsten og vinteren. Tiden på året kan føre til økt innleggelse av pasienter med sesongavhengige som for eksempel pasienter med KOLS forverring, pasienter med fall og brudd eller luftveisinfeksjoner. Dette kan føre til at symptomene som kan knyttes til disse diagnosene, for eksempel tung pust og smerter registreres hyppigere i denne perioden og derfor påvirker resultatet.

Personlige egenskaper til pasientene som deltok i studien kan ha innvirkning på resultatet. Det er mulig at pasientene som samtykket har personlighetstrekk som gjør at de i større grad stiller seg positive til å fortelle om seg selv og melde ifra om sine eventuelle symptomer. Dette kan da føre til at personalet observerer og registrerer disse symptomene hyppigere hos disse pasientene enn hos de av pasientene som ikke har slike egenskapene. Et annet aspekt er at pasientene ble på forhånd informert om studien og det kan ha påvirket i hvilken grad pasientene rettet mot det å være bevisst på disse symptomene eller i hvilken grad de rapporterte disse symptomene videre til personalet.

Studien omfatter data samlet inn ved to ulike avdelinger. Det fysiske og sosiale miljø kan, ifølge Dodds modell, virke inn på selve symptomregistrering, evaluering og rapportering av symptomene. I denne studien er fysiske miljø rundt pasientene ulik, det er ulik størrelse på avdelingene, personalgruppen, avdelingskultur og daglige oppgaver og rutiner er ulike. I hvilken grad ulike oppgaver legges vekt på eller prioriteres og tiden personalet bruker på oppgavene kan være ulike ved avdelingene.

Analyse av innsamlede data kunne ha omfattet korrelasjonsanalyse som kunne ha bidratt til å undersøke om det er sammenheng mellom dokumentasjon av symptomene som erfaringsmessig ofte opptrer samtidig (for eksempel om antall ganger «angst» og «depresjon» er dokumentert ved en avdeling henger sammen). Korrelasjonsanalyse med både positiv og negativ korrelasjon kunne ha bidratt til å øke validiteten av prosjektet.

Valg av metode påvirket hvilken instrument ble brukt til å innhente data, valg av analysen og resultatet. Prosjektet kunne ha undersøkt hva personalet selv rapporterer om deres erfaringer med nytteverdier av den systematiske bruken av ESAS skjema på registreringer av symptomene. Dette kunne gitt mer informasjon om hvordan personalgruppen kan ha påvirket resultatet.

Det er, som presentert, en del data, både personavhengige og organisatoriske, implementeringsarbeid med ledelsesforankring og den faglige sammensetningen av avdelingen som kunne blitt samlet inn for å kvalitetssikre prosjektet.

5 Konklusjon

Hensikten med oppgaven var å undersøke om systematisk bruk av ESAS-r kartleggingsskjema kunne føre til økt registrering av pasientens symptomer på en helseinstitusjon med korttidspasienter. Samhandlingsreformen som trådte i kraft i 2012 har ført til at pasientene som blir a sykehusene erklært ferdig behandlet blir fortere utskrevet fra sykehus til kommunene. Dette har ført til at pasientene med mer sammensatte og krevende sykdommer blir på et tidligere tidspunkt ivaretatt på korttidsinstitusjoner. Pasient liggetid på sykehusene er gått ned men samtidig har reformen økt krav til mer effektive observasjoner, kartlegginger og mer avansert behandling av pasientene i kommunal omsorg.

Edmonton Symptom Assessment System- r skjema er kartleggingsverktøy som er validert og tatt i bruk både nasjonalt og internasjonalt for kartlegging av symptomer hos palliative pasienter, nyresvikt pasienter og pasienter med hjertesvikt. Denne oppgaven hadde i hensikt å undersøke om systematisk bruk av ESAS-r skjema hos pasienter som er innlagt på en korttidsinstitusjon kan føre til økt registrering av symptomene i pasientenes journal.

Til sammen 72 pasienter fordelt på to avdelinger ved samme korttidsinstitusjon samtykket til at skriftlige journaler utført av personalet kunne gjennomgås. Symptomene som er skriftlig registrert i journalene ved avdelingen som ikke bruker ESAS-r skjema systematisk ble deretter sammenliknet med symptomene som ble registrert på avdelingen som har tatt i bruk systematisk registrering med ESAS-r skjema. Symptomene som ble registrert var følgende: smerter, kvalme, tung pust, angst, depresjon, velvære, døsigheit, slapphet og et «annet», selvrapportert symptom. Etter gjennomgang var det tre selvvalgte symptomer som sto frem i dokumentasjon og ble derfor inkludert i symptomregistreringen: forvirring, ustøhet og obstipasjon.

Avdeling som har tatt systematisk i bruk ESAS-r symptomkartlegging skjema har flest antall registreringer for alle variablene bortsett fra «forvirring» og «kvalme» sammenliknet med avdelingen som ikke har tatt i bruk systematisk kartlegging med ESAS-r skjema. Statistisk signifikans er påvist for variablene «døsigheit», «matlyst», «velvære», «obstipasjon» og «ustøhet».

Da utvalget er lite, ikke randomisert, variablene registrert ved to avdelinger med ulik personalet og det ikke var mulig å utføre pretest-posttest dataregistrering er det vanskelig å konkludere med at forskjellen i registreringer skyldes systematisk kartlegging ved bruk av ESAS-r skjema og ikke tilfeldigheter eller normale variasjoner.

Det ble ikke samlet data om personalet som utførte dokumentering, som for eksempel andel av fagpersonalet, antall år i utdanning og arbeidserfaring. Dette kunne ha bidratt til å belyse eventuelle forskjeller eller likheter mellom de to avdelingene. Data som ikke var mulig å innhente fra ikke-responderer, nemlig pasientene som ikke ønsket å delta i prosjektet, kunne også ha påvirket resultat. Hvor god opplæring i ESAS-r kartlegging og i journalføring personalet hadde kan ha påvirket utførelsen og journalføringer og derfor resultater av data samlingen i studien. Bruk av vikarer, opplæring i dokumentering i pasientens elektroniske journalen kan muligens påvirke mengden av journalføringer av symptom registreringer.

I hvor stor grad personalet vektlegger og prioriterer skriftlig rapportering, oppfølging av journalføring fra ledelsen, fagsykepleier og legen kan ha innvirkning på dokumentasjonsføring.

Prosjektet støttet seg på symptomhåndteringsmodell med vektlegging av symptomerfaring. I fremtiden kunne det vært nyttig å eventuelt undersøke i hvilken grad selvrapportering ved bruk av ESAS-r kan bidra til igangsetting av symptomhåndterings tiltak og eventuelt forhindre for eksempel reinnleggelser på sykehuset, senke morbiditetsgraden eller redusere behandlingstkostnadene.

Det er behov for videre forskning på systematisk bruk av ESAS-r kartleggingsskjema hos korttidspasienter og særlig med større utvalg eller med bruk av andre forskningsmetoder før en kan konkludere om systematisk bruk av ESAS-r kan føre til økt registrering av symptomer hos pasienter innlagt ved en korttidsinstitusjon.

Referanser/litteraturliste

- Aldring og helse (2016). Tungpusthet kan føre til flere helseproblemer hos eldre. *Forskning*. Hentet fra <https://aldringoghelse.no/alle-artikler/tungpusthet-kan-føre-til-flere-helseproblemer-hos-eldre/>
- Andreassen, L.A. (2015). Hva er riktig bemanning? *Sykepleien*. Hentet fra: <https://sykeleien.no/meninger/innspill/2015/04/hva-er-riktigbemanning>.
- Bainbridge, D., Seow,H., Sussman,J., Pond,G., Martelli-Reid,L., Herbert, C., og Evans,W. (2011) Multidisciplinary Health Care Professionals Perceptions of the Use and Utility of a Symptom Assesment System for Oncology Patients. *American Society of Clinical Oncology*. Jop.ascopubs.org084.214.082.025
- Bergh, I. og Bjerkeset, E. (2014). Retningslinje. ESAS- Edmonton Symptom Assesment System. Oslo Universitetssykehus. Dokument- ID:5441.
- Bergsagel, I (2019).6 av 10 sykepleiere bruker daglig tid på oppgaver de mener andre burde utføre. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/2019/02/6-av-10-sykepleiere-bruker-daglig-tid-pa-oppgaver-de-mener-andre-burde-utfore>
- Brechtel, J.R., Murshed, S., Hoornel, P. & Bookbinder, M (2006) Monitoring Symptoms in Patients with Advanced Illness in Long-Term Care: A Pilot Study. *Journal of Pain and Symptom Management*. <https://doi.org/10.1016/j.painsymman.2006.02.012>
- Brenne, E., Loge, J.H., Lie, H., Hjermsstad, M.J., Fayers og Kaasa, S. (2016) The Edmonton Symptom Assesment System (ESAS)- poor performance as screener for major depression in patients with incurable cancer. European Palliative Care Research Collaborative.*Palliat. Med.*
- Bruvik, F., Dragaset, J. & Abrahamsen, J.F. (2017) Fra sykehus til sykehjem- hva samhandlingsreformen har ført til. *Sykepleien*. 10.4220/Sykepleienf.2017.60613. <https://sykepleien.no/forskning/2017/02/fra-sykehus-til-sykehjem>

- Buttenschoen, D.C., Stephan, J., Watanabe, S. & Nekolaichuk, C (2014) Health care providers' use and knowledge of the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): is there a need to improve information and training? *Division of Palliative Care Medicine*. Dos:10.1007/s00520-013-1955-8)
- Correia, M.I., Waitzberg D.L. (2003) The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clin.Nutr*.doi:10.1016/S0261-5614(02)00215-7.
- Davison, S.N., Jhangri, G.S., Johnson, J.A., 2006). Cross-sectional validity of a modified Edmonton symptom assessment system in dialysis patients: A simple assessment of symptom burden. *International Society of Nephrology*. <http://www.kidney-international.org>
- De Boer A., Ter Host G.J., Lorist M.M. (2013) Physiological and psychosocial age-related changes associated with reduced food intake in older persons. *Aging.Res.Rev*.doi: 10.1016/j.arr.2012.08.002.
- De Groot C., Johnsen N.T., Oppheim A.E. (2017). Fallforebygging hos voksne pasienter på sykehus. *Helsebiblioteket*.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Froelicher, E.S., Humphrey, J, Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., Taylor, D. (2001) Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs*. Mar;33(5):668-76. [10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x)
- Eide, L.S.P., Instenes, I., Ranhoff, A.H., Amofah, H.A. & Norekvål, T.M. (2017). *Sykepleien*.<https://sykepleien.no/forskning/2017/08/kjenn-tegnene-pa-delirium-hos-eldre> Nutritional Status and Duration of Overnight Fast among Elderly Residents in Municipal Nursing Homes in Oslo
- Engtrø, E., Nore S.P., Kittang B.R., Kruger, K. (2015). *Metodebok for sykehjemsleger*.
- Helene Dahl Eide, MSc1, Carine Aukner, MSc2, Per Ole Iversen (2013). Hentet fra: <https://doi.org/10.1177/010740831303300105>

- Fetveit, A., Bjorvatn, B. (2005). *Medisin og Vitenskap*. Søvnforstyrrelser hos sykehjemspasienter- praktiske behandlingsråd. <https://tidsskriftet.no/2005/06/medisin-og-vitenskap/sovnforstyrrelser-hos-sykehjemspasienter-praktiskebehandlingsrad>
- Field, A. (2013) *Discovering Statistics Using IBMSPSS Statistics*. Los Angeles, London, New Dehli, Singapore, Washington DC. SAGE Publications Ltd.
- Folkehelseinstituttet (2018). Helse hos eldre i Norge. Folkehelse rapporten- Helsetilstanden i Norge. www.fhi.no
- Fugelsnes, E. (2012). Demens gir søvnproblemer og depresjon. *Norges forskningsråd*. Hentet fra <https://forskning.no/partner-norges-forskningsradsovn/demens-gir-sovnproblemer-og-depresjon/726563>
- Garyali, A., Palmer, J.K., Yennurajalibgam, S., Zhang, T., Pace, E.A., Bruera, E., (2006). Errors in Symptom Intensity Selfassessment by Patient receiving Outpatient Palliative Care. *Palliat Med.* 9:1059-1065.
- Garåsen, H. (2008). Etterbehandling, ferdigbehandling og sluttbehandling. *Tidsskr Nor Legeforen* nr 18, 2008; 128.
- Garåsen, H., Magnussen, J., Windspoll, R. & Johnsen, R. (2008). Eldre pasienter i sykehus eller i intermediaærvdeling i sykehjem- en kostnadsanalyse. *Tidsskr Nor Legeforen* nr 3., 2008; 128: 283-5.
- Grødal, E., Aksnes M., Barmaki F., McPherson B.A., Korsnes M.S. (2018). Fra avviksmeldinger til økt pasientsikkerhet. Et prosjekt om fallforebygging i sykehus. *Tidsskrift for aldring og helse*. Vol 22.nr 3-2018.
- Gran, V. og Landmark, B.T(2012) Kan smertekartlegging ved bruk av ESAS (Edmonton Symptom Assesment Scale) bidra til å lindre smerte hos eldre på sykehjem? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, nr 1-2012. 8. årgang: 34- 44.
- Gran, V., Grov, E.K., Landmark, B.T. (2013). Smertekartlegging og medikamentell smertebehandling av eldre samtykkekompetente pasienter i sykehjem. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/forskning/2013/07/smertekartlegging-og-medikamentell-smretebehandling-av-eldre-samtykkekompetente>
- Hannon, B., Dyck, M., Pope, A., Swami, N., Banerjee, S., Mak, E., Bryson, J., Rodin, G., Ridley, J., Lo, C., Le, L.W., og Zimmermann C. (2015) Modified Edmonton

Symptom Assessment System Including Constipation and Sleep: Validation in Outpatient With Cancer. *Journal Of Pain and Symptom Management*.

<https://doi.org/10.1016/j.painsymman.2014.10.013>

- Hellstrøm, P.M. (2008) .Mage-/tarmsykdommer. *Aktivitetshåndboken- Helsedirektoratet*. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/463/Aktivitetshandboken-IS-1592.pdf>
- Helsedirektoratet. (2009). Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. https://www.helsedirektoratet.no/Endelig_utkast_ret.linjer.underernæring.pdf
- Helsedirektoratet. (2010). Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kretfomsorgen. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/palliasjon>
- Huseby, E., Aasgaard, H., Flingtorp, I.J. (2010). Fra sykehjem til geriatrisk kompetansesenter. Geriatriløft-Drammen. Et samhandlingsreformprosjekt i praksis. NSF – Østfold lederkonferanse 18.05.2010.
- Holte HH, Underland V, Hafstad E (2015). Oppsummering av systematiske oversikter om forebygging av fall i institusjoner.
- Hut, D. og Bruera, H (2016) The Edmonton Symptom Assessment System 25 Years Later: Past, Present, and Future Developments. *Journal of Pain and Symptom Management*. <https://doi.org/j.painsymann.2016.10.370>
- Høie, J. (2005) Sykehjemmenes oppgaver og legens rolle. *Medisin og Vitenskap*. <https://tidsskriftet.no>
- Ihler, E.M., Sæteren, B. (2019). Sykepleieres erfaringer med å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning2019/11/sykepleieres-erfaringer-med-bruke-esas-hos-kreftpasienter>
- Johannessen, L.M., Hellesø, R. (2019). Første- og andrespråklige har ulik journalføring. *Sykepleien*. <https://sykepleien.noforskning/2019/04/forste-og-andrespraklige-sykepleiere-har-ulik-journalforing>

- Johnsen, K.F., Ehrenberg, A., Fossum, M. (2014). Dokumentasjon av sykepleie i sykehjem. En vurdering av innhold og kvalitet på sykepleiedokumentasjonen og vurdering av reliabiliteten til instrumentet N-Catch. *Vård i Norden*. DOI: 10.1177/010740831403400206
- Jordhøy, M.S., Aass N., Svensen, R., Ervik, B., Mohr, W. (2009). Kvalme, oppkast og obstipasjon i palliasjonsbehandling. *Tidsskr Nor Lægeforen* nr.5, 2006; 126:620-3.
- Karlsen, R., Johansen, K. (2019). Strammere journalføring gir bedre pasientoppfølging. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/forskning/2018/04/strammere-journalforing-gir-bedre-pasientoppfolgning>
- Killie, P.A. og Debesay, J (2016) Sykepleieres erfaringer med samhandlingsreformen ved korttidsavdelinger på sykehjem. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* nr. 2 – 2016, 12.årgang. [http:// dx.doi.org/10.7557/14.4052](http://dx.doi.org/10.7557/14.4052)
- Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest (2006). Systematisk symptomregistrering i lindrende behandling ved hjelp av ESAS. www.helsebergen.no/lindrendebehandling
- Kongsgaard, Ulf.E., Wyller, T.B., Breivik, H. (2008). Eldre trenger bedre smertebehandling. *Kronikk Anestesiologi/Geriatri*. <https://tidsskriftet.no/2008/kronikk/eldre-trenger-bedre-smertebehandling>.
- Kreftforeningen. Fatigue: utmattelse. 2019. <http://kreftforeningen.no>
- Laukvik, L.B., Mølsted, K., Fossum, M (2017). *Sykepleien*. Felles fagspråk i sykepleiedokumentasjon. <https://sykepleien.no/forskning/2017/05/felles-fagsprak-i-sykepleiedokumentasjon>
- Lindman, A.S., Kristoffersen, D.T., Hassani, S., Tomic, O. & Helgeland, J (2015). 30-dagers reinnleggelse av eldre 2011-2013 – resultat for sykehus og kommuner. Kunnskapssenteret. <https://nmbu.brage.unit.no>
- Lovdata. Lov om helsepersonell. 2 juli 2009, nr 4; (Helsepersonell loven (tilgjengelig fra: <http://ww.lovdata.no/all/hi-19990702-064.html>).
- Løkke, K.W. (2009). Pasienter ved en akuttgeriatriisk sengepost. Ullevål Universitetssykehus 2009.

- Myhra, C.B. og Grov, E.K (2010) Sykepleieres bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS). *Sykepleien Forskning*, 5 (3):210-218.
- Naalsund, P. (u.å.) Smerte hos eldre. Hentet fra <https://helse-bergen.no>ksk>
- Nilsen, R.S.; Andersen, K.L.; Karlsen, H.; Johansen, S.G. Helsehus, MLMS, USK eller intermediæravdeling? <https://sykepleien.no/2013/10/helsehus-mlms-us-eller-intermediæravdeling>
- NHI. (2018). Hentet fra <https://nhi.no/sykdomer/magetramp/tykktarm/forstoppelse-oversikt/?page=all>
- NHI (2019). Tretthet. Hentet fra: <https://nhi.no/symptomer/krefttretthet-veiviser/>
- NHI. (2020). Hentet fra <https://nhi.no/symptomer/hjert-og-kar/tung-pust-hos-voksne-veiviser/?page=4>
- Norsk gruppe for konservativ behandling av anorektale funksjonsforstyrrelser. Faglige retningslinjer for utredning og konservativ behandling av anorektale funksjonsforstyrrelser. Hentet fra <https://nkib.helsekompetanse.no>
- Olsen, Rose Mari; Ness, Tove Mentsen; Devik Siri Andreassen (2017). Fall og pasientsikkerhet blant eldre i kommunene- En oppsummering av kunnskap. <http://hdl.handle.net/11250/245227>
- Opasich, C., Gualco, A., De Feo (2008) Physical and emotional symptom burden of patients with end-stage heart failure what to measure, how and why. *J Cardiovasc Med* 9 (11):1104-1109.
- Polit, D. F. og Beck, C.T. (2017) *Nursing Research. Generating and Assesing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo. Wolters Kluwer.
- Rhondali W., Hui, D., Kim SH., Kilgore K., Kang J.H, Ngyen L (2012) Association between patient-reported symptoms and nurses' clinical impressions in cancer patients admitted to an acute paliative care unit. *L Palliat Med*.2012;15(3):301-307
- Pourhassan M1, Böttger S, Janssen G, Sieske L, Wirth R.The Association of Inflammation with Food Intake in Older Hospitalized Patients. *J Nutr Health Aging*. 2018;22(5):589-593. doi: 10.1007/s12603-017-0976-2.

- Samhandlingsreformen. Det Kongelige Helse -og Omsorgsdempertement.St.Meld.nr.47 (2008-2009) Hentet fra:<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Saranto, K.&Kinnunen, U.M. (2008).. Evaluating nursing documentation- research designs and methods:systematic review. *Journal of advanced Nursing* 65 (3) 464-476.doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04914.x
- Smedshaug, G.B. (2009). Ernæring til eldre – med bakgrunn i nye nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. *Geriatrisk Sykepleie*. 2009.1(3)
- Solvåg, K., Titlestad K.B., Brurberg, K.G. (2016). Measurement instruments for breathlessness in palliative care. Hentet fra: <https://sykepleien.no/en/forskning/2017/01/measurement-instruments-breathlessness-palliative-care>
- Stromgren,A.S ., Groenvold, M., Pedersen, L., Olsen, A.K., Spile, M., og Sjøgren, P. (2001) Does the Medical Record Cover the Symptoms Experienced by Cancer Patients Receiving Palliative Care? A Comparison of the Record and Patient Self-Rating. *Journal of Pain and Symptom Management*.Vol.21(3):189-196.
- Stromgren AS., Groenvold M., Sorensen A., Andersen L. Symptom recognition in advanced cancer. A comparison of nursing records against patient self- rating. *Acta anaesthesiol Scand*. 2001; 45(9):1080-5.
- SSB.Helseforhold:Levekårsundersøkelsen 2015. Oslo: Statistisk sentralbyrå;2016.
- SSB. Befolkning. Hentet fra:<https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde/aar-per1-januar>
- Tanco, K., Vidal M., Arthur, J., Guay M.D., Hui, D., Liu D., Chisholm G., Bruera E. (2018). Testing the feasibility o fusing the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) to assess caregiver symptom burden. *Palliative and Supportive Care* (2018), 16, 14-22.

- Torvik, K., Hårstad, L.K., Berdal, Å.B., Frønes, A., Ommedal, E., Hellenen, M., Karlsaunet, G.G., og Torjuul, K (2014) Kartlegger smerte. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/en/node/4616>
- Vignaroli, E., Palmer, J.L., Villey, J., Bruera, E. (2006). The Edmonton Symptom Assessment System as a Screening Tool for Depression and Anxiety. *Journal of Palliative Medicine*.
- Vigstad, S., Clancy, A., Broderstad, A.R. (2018) Palliative patients get greater relief from early screening of symptoms and implementation of measures. *Sykepleien Forskning* 2018. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.74591>
- Vrålstad, S. (2017). Livskvalitet: Statistisk sentralbyrå.
- White, C., McMullan, D., Doyle, Julie. (2009). Now that you mention it Doctor... Symptom Reporting and the Need for Systematic Questioning in a Specialist Palliative Care Unit. *Journal of Palliative Medicine*. <https://doi.org/10.1089/jpm.2008.0272>.
- Wyller, T.B (2015). *Geriatrici – En medisinsk lærebok*. (2 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Øygard, S.H., Andersen, J.R., Sandvoll, A.M., Ytrehus, S. (2017). Manglende registrering av fall i sjukeheim. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/forskning/2017/06/manglende-registrering-av-fall-i-sjukeheim>

VEDLEGG 1 «NSD VURDERING»

NSD sin vurdering

Prosjekttittel Edmonton Symtom Assesment System- effektivt verktøy på en korttidsinstitusjon Referansenummer 113837 Registrert 16.09.2018 av Aisa Basic - 886859@student.usn.no Behandlingsansvarlig institusjon Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag
Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat) Lena Leren, Lena.Leren@usn.no, tlf: 31009263 Type prosjekt Studentprosjekt, masterstudium
Kontaktinformasjon, student Aisa Basic, ajsabasic@gmail.com, tlf: 47996801 Prosjektperiode 17.09.2018 - 15.09.2019 Status 08.11.2018 - Vurdert

Vurdering (1)

08.11.2018 - Vurdert Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 08.11.2018 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD ENDRINGER Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke

endringer som må meldes. Vent på svar før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold frem til 15.09.2019.

LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a), jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre seg med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Eva J B Payne

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vil du delta i forskningsprosjektet

” ESAS-skjema, nyttig verktøy for kartlegging av korttidspasienter”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å *undersøke nytte av ESAS kartleggings skjema*. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Prosjektet er en master oppgave som skal undersøke om bruk av ESAS skjema (kartleggings skjema) kan være nyttig i dokumentering og behandling av eventuelle symptomer. ESAS skjema er et verktøy som brukes av helsepersonalet i kartlegging og gradering av pasientenes egenrapporterte symptomer eller plager. Det er dokumentasjon for pasienter ved to avdelinger ved Drammen Helsehus som er planlagt gjennomgått.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitet Sørøst Norge er ansvarlig institusjon for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Alle pasientene innlagt ved to avdelinger ved Drammen Helsehus i høst/vinter 2018 får spørsmål om å delta. Informasjon deles ut av helsepersonell på vegne av prosjektet og prosjektet vil ikke få tilgang til pasientene.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger delta innebærer det at opplysningene personalet dokumenterer i løpet av ditt opphold ved Drammen Helsehus kan brukes i prosjektet. Opplysningene som kan brukes i prosjektet er om det er dokumentert og satt i gang tiltak med tanke på følgende symptomer: smerte, kvalme, tung pust, matlyst, tristhet, velvære, angst, slapphet, døsigheit eller annet, selvrappporter symptom. I tillegg skal prosjektet registrere hvor ofte har det vært legetilsyn og hvor ofte ble det tatt blodtrykksmålinger, eventuelle endringer i medisiner og om pasientene hadde fått medisiner som behandling for selvrappporterte plager.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Masterstudenten ved USN og veileder til studenten har tilgang til opplysningene.

Opplysninger innhentet fra din journal anonymiseres i masteroppgaven. Navn og andre opplysninger som kan identifisere deg skal ikke publiseres i oppgaven. Ditt navn skal lagres atskilt fra andre opplysninger. Navnet erstattes med tildelt studienummer som lagres på et atskilt lagringsverktøy.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes *i løpet av 2019, innen ett år etter prosjektoppstart.*
Personopplysninger skal slettes umiddelbart etter innlevering av masteroppgaven.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Det er frivillig å delta og du kan trekke deg så lenge studien pågår uten å oppgi grunn.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra *Universitet i Sør-Øst Norge* har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- *Universitet i Sør-Øst Norge* ved Aisa Basic, ajsabasic@gmail.com (masterstudent)
eller Lena Leren, lana.leren@usn.no (stipendiat ved USN, veileder).
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personvernombudet@nsd.no)
eller telefon: 55 58 21 17.
- Personvernombudet ved USN, Paal Are Solberg Paal.A.Solberg@usn.no
- [35 57 50 53](tel:35575053) / [918 60 041](tel:91860041)

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Eventuelt student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet (*«ESAS- skjema, nyttig verktøy i kartlegging av korttidspasienter»*), og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

at mine personopplysninger behandles i prosjektet frem til innleveringsdato, 15.09.2019.

VEDLEGG 3 «REK VURDERING»

Vår [ref.nr.](#): 2018/2045 C

Hei.

Vi viser til innsendt skjema for vurdering av fremleggingsplikt for ovennevnte studie, mottatt 16.10.18.

I henvendelsen angis følgende om formålet med prosjektet:

Prosjektet er en master oppgave som skal undersøke i hvilken grad bruk av ESAS-r skjema hos

korttidspasienter fører til bedre registrering og behandling av pasientens symptomer.

Med pasientenes symptomer menes: smerter, kvalme, angst, depresjon, matlyst, tungpust, velvære. Med behandling menes de tiltakene personalet har dokumentert rettet mot de samme symptomene.

Helseforskningslovens gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning, forstått som virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom, jf. helseforskningslovens § 4.

Formålet med prosjektet er ikke å skaffe til veie ny kunnskap om sykdom eller helse per se, men å vurdere egnethet og bruk av verktøyet ESAS-r i en behandlingssituasjon. Slik sett er det trekk ved den tjenesten man yter som er det interessante, og prosjektet faller ikke inn under helseforskningslovens virkeområde, jf. helseforskningslovens §§ 2 og 4.

Det skal imidlertid - som et ledd i prosjektet - gjennomgås en betydelig mengde pasientjournaler, og til dette kreves det dispensasjon fra taushetsplikt. REK er tillagt myndigheten til å innvilge dispensasjon fra taushetsplikt for bruk av helseopplysninger i forskning, jf. helsepersonellovens § 29.

Det må derfor søkes om dispensasjon fra taushetsplikt fra REK. Søknad sendes på eget skjema "Dispensasjon fra taushetsplikt".

Vi gjør for øvrig oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende jfr. forvaltningsloven § 11.

Med vennlig hilsen
Tor Even Marthinsen

seniorrådgiver
post@helseforskning.etikkom.no
T: 22845521

Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk REK sør-øst-Norge (REK sør-øst)
<http://helseforskning.etikkom.no>

VEDLEGG 4

Følgende er et eksempel på ESAS-r skjema som brukes av pasienten og grafisk fremstilling som føres inn av personalet.

 **Edmonton Symptom Assessment System (prøvetest versjon) (ESAS-r)**
 Vennligst sett deg rundt det feltet som best beskriver hvordan du har det nå.

Ingen smerte	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Vest hvilken smerte
Ingen sløpethet (sløpethet = mangler konsentrasjon)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Vest hvilken sløpethet
Ingen deagthet (deagthet = iføle meg utrolig)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Vest hvilken deagthet
Ingen kvalme	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Vest hvilken kvalme
Ingen nedsett matlyst	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Vest hvilken nedsett matlyst
Ingen tung pust	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Vest hvilken tung pust
Ingen depresjon (depresjon = iføle seg nedbrent)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Vest hvilken depresjon
Ingen angst (angst = iføle seg utrolig)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Vest hvilken angst
Best hvilken selvinnvirkning (selvinnvirkning = hvordan du har det utvirket behandlingen)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Vest hvilken selvinnvirkning
Ingen Anbefalt tid (maks. 10 minutter)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Vest hvilken

Pasientens navn: _____ Eitt ut av (sett ut kryss)
 a. Pasient
 b. Pårørende
 c. Helsepersonell
 d. Pasient med hjelp fra pårørende eller helsepersonell

Dato: _____

Følepunkt: _____

Smertekartlegging
 Brukes i tillegg til ESAS-r

Skjema er utfyllt av: _____
 Dato: _____

ANOPPSKART

