



**Linnéuniversitetet**

Kalmar Växjö

# Sjuksköterskors användning av symtomskattningsinstrument i palliativ vård

*En enkätstudie inom kommunal hemsjukvård*



*Författare:* Jessica Andersson & Anna Sjöberg

*Handledare:* Ulla Petersson

*Examinator:* Ingrid Djukanovic

*Termin:* HT18

*Ämne:* Vårdvetenskap

*Nivå:* Magisternivå

*Kurskod:* 4VÅ02E



**Linnéuniversitetet**  
Kalmar Växjö



## Abstrakt

**Titel:** Sjuksköterskors användning av symtomskattningsskalor i palliativ vård. En enkätstudie inom kommunal hemsjukvård.

**Bakgrund:** När en sjukdom inte längre är botbar inriktas vården till palliativ vård, där den i slutfasen övergår till vård i livets slutskede. Vården inriktas på att lindra lidande och främja livskvalitet. Sjuksköterskan har huvudansvaret i omvårdnadsarbetet med att kartlägga symtom, symtomlindra och se till att adekvata åtgärder sätts in. Sjuksköterskan bör därför besitta god kunskap om symtomskattning och symtomlindring.

**Syfte:** Syftet var att undersöka om sjuksköterskor i den kommunala hemsjukvården som arbetar med patienter i ett palliativt skede använder sig av ett validerat symtomskattningsinstrument för att bedöma olika symtom i den palliativa vården, och om det är till hjälp i deras arbete.

**Metod:** Studien genomfördes som tvärsnittsstudie med hjälp av en webbenkät som skickades till 102 sjuksköterskor i kommunal hemsjukvård. Svarsfrekvens var 62%. Datamaterialet analyserades med deskriptiv statistik, samt chi-två analys som gjordes med hjälp av SPSS och presenterades i frekvenstabeller.

**Resultat:** Flertalet av sjuksköterskorna använde sig av ett validerat symtomskattningsinstrument och upplevde att det var till god hjälp för dem i sitt arbete. Smärta symtomskattades mest frekvent men även andra symtom skattades. Sjuksköterskor med specialistutbildning använde procentuellt sett symtomskattningsinstrument i högre utsträckning än sjuksköterskor med grundutbildning.

**Slutsats:** I den aktuella kommunen använde flertalet av sjuksköterskorna symtomskattningsinstrument i sitt arbete. Men resultat visar också att sjuksköterskor mer frekvent behöver symtomskatta andra symtom än smärta. Om en satsning på att fler sjuksköterskor får möjlighet att vidareutbildas skulle detta leda till en förbättring av kvalitén av den palliativa vården.

**Nyckelord:** Palliativ vård, livskvalitet, sjuksköterska, symtomskattning



## Abstract

**Title:** Nursing's use of symptom-estimation instrument in palliative care

A quantitative survey in Municipal home care.

**Background:** When a disease no longer can be cured care is directed towards palliative care, where it ultimately passes to care in the final stages of life. The care is now focused on relieving suffering and promoting quality of life in which the nurse has the main responsibility in nursing work, charting symptoms, symptom relief and appropriate measures. The nurse should therefore have good knowledge of symptom rating and symptom relief.

**Aim:** The aim was to examine whether nurses in the municipal home care services working with patients in a palliative phase use a validated symptom-estimation instrument to evaluate the various symptoms of palliative care, and whether it is helpful in Their work.

**Method:** The study was conducted as cross-sectional study using a Web questionnaire that was sent to 102 nurses in municipal home care. Response rate was 62%. The data material was analysed with descriptive statistics, as well as the Chi-two analysis that was done using IBM SPSS statistics 25 and presented in frequency tables.

**Results:** Most of the nurses used a validated symptom-estimation instrument and felt that it was helpful for them in their work. Pain symptom-estimated most frequent but also other symptoms symptom-estimated. In percentage terms, nurses with specialist training used symptom-estimation instruments to a greater extent than general nurses.

**Conclusion:** In the municipality most of the nurses used symptom-estimation instruments in their work. But the results also show that nurses more frequently need symptoms- underestimate symptoms other than pain. If an effort to increase the number of nurses to are, this would lead to an improvement in the quality of palliative care.

**Keywords:** palliative care, quality of life, nurse, symptom estimation



## Tack

Vi vill rikta ett stort tack till alla sjuksköterskor som tog sig tid att besvara vår enkät, och delade med sig av sina erfarenheter. Vi vill också tacka verksamhetsutvecklare Eva Åkesson för all praktisk hjälp. Slutligen vill vi tacka vår handledare Ulla Petersson som genom konstruktiv kritik och stöd gett oss inspiration och vägledning under hela processen.



## Innehållsförteckning

### Innehåll

<b>1. Inledning</b>	<b>1</b>
<b>2. Bakgrund</b>	<b>2</b>
Palliativ vård	2
Tidig och sen palliativ fas	2
Den palliativa vården värdegrund	3
Nationellt kunskapsstöd	3
Svenska palliativregistret	4
Nationella vårdprogrammet	4
Symtom i palliativ vård	5
Symtomskattning	6
Symtomskattningsinstrument	8
Abbey Pain Scale	8
VAS	8
ESAS	8
IPOS	9
Sjuksköterskans roll i den palliativa vården	9
Hemsjukvård	10
<b>3. Teoretisk referensram</b>	<b>11</b>
Personcentrerad vård	11
<b>4. Problemformulering</b>	<b>12</b>
<b>5. Syfte</b>	<b>13</b>
<b>6. Metod</b>	<b>13</b>
Design	13
Urval	14
Deltagare	14
Datainsamling	14
Enkäten	15
Dataanalys	15
Bortfallsanalys	16
Forskningsetiska övervägande	17
<b>7. Resultat</b>	<b>18</b>
<b>8. Diskussion</b>	<b>25</b>
Metoddiskussion	25
Design	25
Urval	25
Datainsamlingsmetod	26
Bortfallsanalys	27



Dataanalysmetod	28
Forskningsetiska övervägande	28
Resultatdiskussion	29
Användandet av symtomskattningsinstrument	29
Symtom som skattas av sjuksköterskor	31
Utbildningens påverkan på symtomskattning	31
Fördelar med symtomskattning	32
Konklusion	33
Kliniska implikationer	34
<b>Referenser</b>	<b>35</b>

## **Bilagor**

Bilaga 1. - Informationsbrev till verksamhetschef

Bilaga 2. - Informationsbrev till deltagare

Bilaga 3. - Enkäten

Bilaga 4. - Etisk egengranskning



**Linnéuniversitetet**  
Kalmar Växjö





## 1. Inledning

När en sjukdom inte längre är botbar, byter vården inriktning och blir lindrande, palliativ. Olsson, Östlund, Strang, Grassman och Friedrichsen (2011) beskriver att palliativ vård är komplicerad och kan ses som en process, där de centrala delarna är att främja symtomlindring psykologiskt, fysiologiskt och existentiellt hos den sjuka patienten. Socialstyrelsen (2013) poängterar att det är viktigt att den sista tiden i livet blir en värdefull tid både för patienten och närstående, där det också tas hänsyn till att bevara patientens integritet, behålla en god självbild, ha självbestämmande, fortsatta sociala relationer, känna mening och sammanhang (Socialstyrelsen, 2013). För personer som befinner sig i livets slutskede kan situationen se olika ut beroende på sjukdom och symtom. En del kan ha en stillsam symtombild och behov som lättare kan tillgodoses medan andra kan ha mer komplicerade symtom som kräver mer avancerad vård. Hur länge denna perioden varar är olika från person till person. Det kan röra sig om dagar, till veckor eller månader. Det är därför viktigt att den palliativa vården ses som en helhetsvård där vården individanpassas (Socialstyrelsen, 2013).

Palliativ vård kan idag utföras i hemmet med insatser från den kommunala hemsjukvården, på särskilt boende och på sjukhus, samt ibland i kombination mellan de olika instanserna. Enligt undersökning har vård i hemmet den sista tiden blivit allt mer vanlig och färre avlider idag på sjukhus (Socialstyrelsen, 2013). Det är angeläget som sjuksköterska att vara behjälplig med att tillgodose patientens behov att uppnå en så god livskvalitet och välbefinnande som möjligt (Josefsson & Ljung, 2017). En förutsättning för att kunna ge patienten optimal palliativ vård är att kontinuerligt följa upp patientens symtom och även lindra dem. Uppföljningen görs bäst genom en noggrann analys som skattar de symtom som uppkommer. Viktigt är att ha i åtanke att symtomen hos patienten kan växla under sjukdomstiden (Socialstyrelsen, 2013). Sjuksköterskan har därmed en viktig roll i den palliativa vården i hemsjukvården (Desbiens, Gagnon & Fillion, 2012).

Trots att det satsas på utbildningar både i regioner och kommuner råder det fortfarande bristande kunskaper bland sjuksköterskor då det gäller palliativ vård och symtomskattning av patienter (Socialstyrelsen, 2013). I Svenska palliativregistret, som är ett register där samtliga dödsfall registreras, ses det också brister vad det gäl-



ler symtomskattning av olika symtom som uppkommer (Svenska palliativregistret, 2015a).

## **Bakgrund**

### **Palliativ vård**

Behovet av palliativ vård är stort och varje år avlider 90 000 personer där cirka 70 000 av dem beräknas ha haft behov av palliativ vård (Socialstyrelsen, 2016). Palliativ vård beskrivs som en process för att tillgodose livskvalitet, lindra och förebygga lidande för patienter och även dennes familj när sjukdom inte längre är botbar. Vården bygger på att vid ett tidigt stadium bedöma, identifiera och behandla smärta, fysiska, psykiska samt existentiella symtom som kan tänkas uppkomma. Den palliativa vården innefattar hela människan och har som syfte att varken påskynda eller skjuta upp döden. Vården ska ges på lika villkor oavsett ålder eller diagnos. Stöd ska även ges till närstående (Socialstyrelsen, 2013; WHO, 2002).

### **Tidig och sen palliativ fas**

Palliativ vård delas in i två faser. Faserna benämns som tidig palliativ fas och sen palliativ fas. Den sena palliativa fasen pågår till livets slut. Övergångarna mellan faserna är flytande, och faserna kan sträcka sig över år, månader eller veckor (Payne, Seymore & Ingleton, 2008; Socialstyrelsen, 2013). I samband med att beslut tas om palliativ vård genomförs ett brytpunktsamtal, vilket innebär att vården övergår från att vara kurativ till palliativ. I samtalet är det viktigt att personal är lyhörd för patienten och närståendes önskemål och behov (Payne et al., 2008; Socialstyrelsen, 2013). Den tidiga palliativa fasen innebär att sjukdomen inte längre är botbar och denna fas kan vara lång och patienten kan befinna sig i den i flera månader eller år. Vårdinsatser inriktar sig på palliativa åtgärder som främjar livskvalitet för personen (Axelsson, 2016). I den sena palliativa fasen befinner sig patienten i livets slutskede och döden är nu oundviklig inom den närmaste framtiden (Socialstyrelsen, 2013).



## Den palliativa vårdens värdegrund

Den palliativa vården sammanfattas med fyra ledord som utgör värdegrunden; närhet, helhet, kunskap och empati. Utifrån dessa ord skapas vården av svårt sjuka och döende patienter. Syftet med värdegrunden är att skapa förutsättningar för patienten att uppnå livskvalitet (Regionalt Cancercentrum; RCC, 2016). Vidare vilar den palliativa vården på fyra hörnstenar, som samtliga utgår från WHO:s (2002) definition av palliativ vård och människovärdesprincipen. De fyra hörnstenarna är:

*Samarbete* av arbetslag med bred kompetens då det är viktigt att engagera hela teamet runt patienten.

*Kommunikation och relation* där syftet är att främja patientens livskvalitet. Detta innefattar en god kommunikation och relation mellan de olika arbetslagen, patient och närstående.

*Stöd till närstående* under hela patientens sjukdomsprocess och även efter patientens bortgång. Närstående ska erbjudas delaktighet i vården.

*Symtomlindring* som innefattar samtliga besvärande symtom, vilket inkluderar fysiska, sociala och existentiella besvär (Socialstyrelsen, 2006).

Utifrån dessa principer ska den palliativa vården samordnas och organiseras för att bedrivas på ett så bra sätt som möjligt och möjliggöra planering för samtliga aktörer (Socialstyrelsen, 2013). Socialstyrelsen (2013), Svenska palliativregistret (2018) och Regionalt cancercentrum (2016) har tagit fram dokument för utveckla och öka kvaliteten i den palliativa vården.

## Nationellt kunskapsstöd

Den palliativa vården har sett ojämlik ut i Sverige när det gäller god vård i livets slutskede. Därför har Socialstyrelsen utformat ett nationellt kunskapsstöd för palliativ vård där fokus ska ligga på en god vård vid livets slutskede. Den kan ses som en vägledning för all personal som arbetar inom hälso-och sjukvård. Syftet är att stödja utveckling, underlätta uppföljning och kvalitetssäkra för en likvärdig palliativ vård för alla i befolkningen. Kunskapsstödet utgår från de fyra hörnstenarna som innefattar multiprofessionellt samarbete, kommunikation och relation, stöd till närstående och symtomlindring (Socialstyrelsen, 2013).



Socialstyrelsen (2013) har tagit fram sex kvalitetsindikatorer och tre utvecklingsindikatorer gällande palliativ vård. Kvalitetsindikatorerna ska vara väl definierade, lätta att hämta ur befintliga datakällor, samt vara kliniskt relevanta (RCC, 2016). Två av utvecklings indikatorerna “Smärtanalys och regelbunden skattning av smärtintensitet” samt “regelbunden användning av symtomskattningsinstrument” beskrivs som centrala i Socialstyrelsens rekommendationer för palliativ vård (Socialstyrelsen, 2013). Smärta och andra symtom inverkar kraftigt negativt på patientens livskvalitet och ska därför aktivt behandlas. För att lyckas med detta på bästa sätt, bör smärta och andra besvärande symtom skattas med validerade instrument (Reid & McCormack, 2005).

## **Svenska palliativregistret**

Nationella kvalitetsregister möjliggör för hälso- och sjukvården att följa upp och utvärdera vårdens resultat och kvalitet. I den palliativa vården används Svenska palliativregistret. Det är ett register där alla dödsfall inom både öppen- och slutenvården registreras. Registreringen utförs av den personal som ansvarade för vården av patienten, på den plats där patienten avled. Det som registreras är bland annat brytpunktsamtal, symtomskattning, symtomlindring, omvårdnad och erbjudande om efterlevandesamtal. Utifrån den data som registreras i palliativa registret, kan sedan enheter som arbetar med palliativ vård förbättra sina rutiner och vård innehåll (RCC, 2016; Svenska palliativregistret, 2018a).

Enligt Svenska palliativregistret (2018a) symtomskattas inte patienter i ett palliativt skede i lika stor utsträckning som de smärtskattas sista levnadsveckan.

## **Nationella vårdprogrammet för palliativ vård**

Det nationella vårdprogrammet för palliativ vård (RCC, 2016) skapades för att verka som ett stöd för samtliga professioner samt verksamheter där svårt sjuka och döende patienter vårdas. Vårdprogrammet fokuserar på patientens och närståendes behov i den sena palliativa fas, men ska också kunna användas tidigare i processen. Vårdprogrammet ska ligga till grund för lokala, regionala och nationella satsningar inom palliativ vård (RCC, 2016).



## Symtom vid palliativ vård

Vilka symtom som uppkommer under sjukdomstiden är individuellt och beroende på vilken sjukdom som patienten har. Symtomen varierar också under själva sjukdomstiden. Det är vanligt under de sista veckorna i livet att patienten upplever många olika symtom som sänker livskvaliteten (Horton, 2002; Kurucová, Žiaková, Gurková & Šrámeková, 2015; Socialstyrelsen, 2013; Van Lancker, 2015). Symtom hos patienter i ett palliativt skede förekommer ofta i kluster. Därför är det viktigt att systematiskt detektera symtomen (Axelsson, 2016). Symtomkluster beskrivs som två eller fler samverkande symtom som förekommer tillsammans med en hög grad av förutsägbarhet. Om en patient lider av ett symtomkluster är detta viktigt att upptäcka för att kunna sätta in en korrekt behandling. Symtomkluster är mycket vanligt förekommande hos patienter i palliativ vård. Som sjuksköterska är det därför viktigt att känna till detta och aktivt efterhöra om patientens samtliga symtom (Aktas, Walsh & Rybicki, 2010; Cheung, Le & Zimmerman, 2009; Rha, Lee & Rha, 2017)

Oavsett diagnos är smärta ett av de vanligaste symtom som uppkommer hos en patient i palliativt skede. Flera studier visar att flertalet patienter har upplevt otillräcklig eller bristfällig smärtlindring. Att inte vara smärtfri leder till sämre livskvalitet och välbefinnande (Corner, 2008; Kurucová et al., 2015; Rha, Lee & Rha, 2017). Det är inte bara smärta som kan besvära patienter i livets slut. Andnöd, illamående och ångest är även de vanliga symtom i livets slut, såväl som klåda, hicka, munbesvär, förstoppning, depression och sömnsvårigheter. Dessa symtom kan vara lika besvärande för patienten som smärta (Axelsson, 2016; Kurucová et al., 2015). Illamående och oro, som inte symtomlindras tillräckligt, påverkar livskvaliteten negativt i lika stor utsträckning som obehandlad smärta (Raijmakers et al., 2012).

Strang (2012) menar att symtomkontroll spelar en stor roll oavsett om symtomet är av psykisk, fysisk eller existentiell natur. Om symtomen inte är under kontroll orkar patienten inte tänka på något annat. Kurucová et al. (2015) menar att för både patienten och närstående är smärta och plågsamma symtom det som tydligast syns och också det som skapar den största rädslan hos både patient och dennes närstående. Det är inte ovanligt att patienten inte talar om sina symtom eller undervärderar sina symtom för att skydda sina närståendes. När det gäller närstående är det inte ovanligt att de istället överdramatiserar sin närståendes symtom (Horton, 2002; Van



Lancker, 2015). Sjuksköterskan kan ha en föreställning om att i förväg tro sig veta vilka symtom som besvärar patienten mest, medan patienten har en helt annan uppfattning (Aktas et al., 2010; Axelsson, 2016). I det nationella vårdprogrammet för palliativ vård (RCC, 2016) betonas också vikten av att aktivt symtomlindra patienten genom hela vårdförloppet, oavsett var patienten vårdas.

## Symtomskattning

För att kunna lindra patientens symtom måste dessa ses i en helhet, och detta sker bäst genom att skatta patientens samtliga symtom. Flera studier visar att patienter inte spontant uppger sina symtom, utan att de bör efterfrågas med hjälp av ett validerat instrument. Likaså framkommer det att det är viktigt i palliativ vård med en effektiv symtomkontroll. Det är också viktigt med tidig identifiering av symtom och att de följs upp kontinuerligt och utvärderas regelbundet (Bourbonnais, Perreault & Bouvette, 2004; Griggs, 2010; Holmsi et al., 2006). Socialstyrelsen (2013) påpekar att regelbunden användning av smärtskattningsinstrument ökar möjligheten för en optimal smärtlindring och underlättar också möjligheten att utvärdera insatt behandling. Det krävs att sjuksköterskans resurser läggs på att strukturera och kontinuerligt skatta och utvärdera symtomen. För att kunna göra det krävs att standardiserade instrument för detta syfte används (RCC, 2016).

Skattningen bör helst göras av patienten själv, då detta borgar för det mest tillförlitliga resultatet (Van Lancker et al., 2015). I de fall patienten inte är förmögen att själv skatta sina symtom är det dock bättre att närstående eller personal gör detta än att skattningen uteblir (RCC, 2016). I de fall närstående eller personal skattar symtomen tenderar fysiska och sociala symtom att underskattas medan psykiska, existentiella och funktionella symtom oftare överskattas (Van Lancker et al., 2015). Det är också så att patienter som inte symtomskattas alls riskerar att få sämre smärtlindring, då personal ofta underskattar symtom när ett validerat skattningsinstrument inte användas i bedömningen (RCC, 2016; Watanabe, Nekolaichuk & Beaumont, 2012).

I Socialstyrelsens rapport (2013) framgår att det i dagsläget är flera regioner och kommuner som inte använder sig av någon form av skattningsinstrument vid palliativ vård. Orsaker till det tros vara dåliga rutiner för användning och dokumentation, samt att personal inte har tillräckligt med utbildning för att använda sig av instru-



menten. I en studie av Hölen et al. (2006) framkom att sjuksköterskor ska vara medvetna om att det i vissa fall inte är tillräckligt med enbart ett symtomskattningsinstrument för att inkludera alla symtom som uppkommer hos patienten. Sjuksköterskan kan då behöva använda sig av flera instrument beroende på vilka fynd som framkommer (Stiel et al., 2012). Det är speciellt komplext om patienten är långt framskriden i en demenssjukdom och inte kan uttrycka sig verbalt (Van Iersel et al., 2006).

En nackdel med symtomskattningsinstrument är att det oftast enbart skattar intensitet och frekvens av symtomen, och sällan hur besvärande dessa symtom är för patienten. Tidigare forskning har visat att det är symtom med mest intensitet som ofta upplevs som mest besvärande. Det finns dock undantag. Oro upplevs ofta som mycket besvärande, även om patienten har skattat det lågt i intensitet (Kirkova et al., 2010a). En annan nackdel är att en del patienter inte förstår symtomskattningsinstrumentet, och därmed svarar på ett sätt som gör att sjuksköterskan tolkar resultaten fel (Kirkova, Walsh, Russel, Hauser & Lasheen, 2010b).

Forskning har visat att det i de fall sjuksköterskan använder sig av symtomskattningsinstrument för att skatta patientens olika symtom vid livets slut, upplever de att det är till hjälp för sjuksköterskan. Sjuksköterskan upplevde att det på kortare tid gick att få en uppfattning om patientens hela situation och samtliga besvär, än då symtomskattningsinstrument inte användes. Det framkom också att det underlättade utvärderingen av insatt behandling, om sjuksköterskan skattat besvären både innan och efter det att behandlingen sattes in (Barbera et al., 2012; Bainbridge et al., 2011; Green et al., 2016; Wong et al., 2016). Utifrån vad som framkommer vid symtomskattningen, ska sjuksköterskan tillsammans med patient, anhöriga och övriga teamet göra en vårdplan. Detta är en vårdhandling som kräver lyhördhet och professionalism hos sjuksköterskor (Ekman & Norberg, 2015).

## **Skattningsinstrument**

### Abbey pain scale

Abbey Pain Scale är ett validerat instrument som används för att bedöma smärta hos patienter med kognitiv svikt som befinner sig i ett sent palliativt skede. Själva bedömningen utgår från individens sätt att uttrycka smärta genom uttryckssätt och be-



teende. Svaret på varje fråga graderas utifrån fyra svarsalternativ. Dessa svarsalternativ generera sedan poäng från 0–3. Om patienten får 1–2 poäng bedöms patienten ej ha någon smärta. Om poängen blir högre indelas smärtan i mild, medelsvår eller svår (Abbey et al., 2004; Svenska Palliativregistret, 2017). En studie av Van Iersel et al. (2006) visar att Abbey pain scale är tillförlitlig, lätt att använda och inte tidskrävande. Det krävdes inte heller någon speciell utbildning för att använda mätinstrumentet.

### Visuell analog skala (VAS)

VAS-skalan skapades initialt för att skatta smärta. I början av stickan markeras ingen smärta det vill säga 0 och i slutet av stickan är värsta tänkbara smärta det vill säga 10. Patienten mäter ut smärtan med hjälp av exempelvis ett kryss (Scott & Huskisson, 1976) VAS kan vara särskilt användbart i de fall då man vill mäta smärtans intensitet (Hölen et al., 2006). I en studie av Olsson et al. (2011) visas dock att VAS-skalan även går utmärkt att använda för att kontrollera och bedöma graden av illamående, depression, dyspne, trötthet, aptit och känslor av välbefinnande.

### Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

ESAS är ett symtomskattningsinstrument där patienten skattar sina symtom på en numerisk skala, där 0 är inget besvär och 10 är värsta tänkbara besvär. De symtom patienten skattar är smärta, orkeslöshet, illamående, nedstämdhet, oro, aptit, andfåddhet, välbefinnande och livskvalitet (Bruera, Kuhlen, Miller, Selmser & Macmillan, 1991). Forskning har tidigare visat att ESAS är ett skattningsinstrument med hög validitet och reliabilitet, när det gäller att skatta symtom hos patienter i ett palliativt skede. Det framkommer i tidigare studier att sjuksköterskorna upplever att användandet av ESAS systematiskt sätter fokus på patientens symtom och över tid leder till bättre symtomlindring samt ökat välbefinnande hos patienterna. Instrumentet beskrivs som användarvänligt av både patienter och personal. En stor förtjänst med instrumentet är att det belyser symtom från olika perspektiv (Olsson et al., 2011; Schulmann-Green et al., 2010; Spanner et al., 2017; Watanabe et al., 2012).





## Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS)

IPOS är ett bedömningsinstrument som skattar patientens primära besvär och vanligt förekommande symtom. De symtom som skattas är smärta, andnöd, svaghet, illamående, kräkning, dålig aptit, förstoppning, muntorrhet, dåsighet, nedsatt rörlighet och andra eventuella symtom. Patienten och den närståendes oro, möjlighet till att dela sina känslor med närstående, samt mottagen information och praktiskt stöd är också faktorer som skattas. Skattningen kan antingen göras av patienten själv, eller med hjälp av närstående och/eller personal om patienten själv inte är förmögen till detta. Syftet med IPOS är att hjälpa personal runt den svårt sjuka patienten att snabbt få ett helhetsintryck av patientens situation (Beck et al., 2017).

Studier har visat att samstämmigheten gällande personalens och patienternas skattning är hög vid användandet av IPOS. Personal versionen upplevdes också som mycket tillförlitlig vid skattning av patienter som till följd av kognitiv påverkan inte själva kunde skatta sina besvär (Ellis-Smith et al., 2017; Hearn & Higginson, 1999).

## **Sjuksköterskans roll i den palliativa vården**

Enligt Nationellt vårdprogram för palliativ vård (2016) ansvarar sjuksköterskan i den palliativa vården för att värdera patientens omvårdnadsbehov och sätta in relevanta åtgärder. Det är också sjuksköterskans ansvar att avsluta de omvårdnadsåtgärder som inte längre gagnar patienten. Walshe och Luker (2010) anser att sjuksköterskan har en viktig roll i den palliativa vården, då sjuksköterskan är den som borrar för att de etiska aspekterna i vården tillgodoses. Det är också sjuksköterskan som är den som ansvarar för att det bedrivs en holistisk vård och att omvårdnadshandlingarna utförs med värdighet och integritet (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017). Steven, White, Marples & Atkinson (2014) menar att sjuksköterskan bör besitta goda kunskaper inom kommunikation, symtomskattning och symtomlindring, förmåga att planera vården runt patienten, samt avancerad omvårdnad, för att kunna ge patienterna god palliativ vård. Sjuksköterskan ansvarar också för att även se de närstående i vården runt patienten och uppmärksamma deras behov i den process som palliativ vård är (Johnston, 2005)

Patienter som befinner sig i en sen palliativ fas, är i stort behov av avancerad omvårdnad. Det är då viktigt att sjuksköterskan kan möta både patientens fysiska och



psykiska behov (Lindqvist et al., 2012). I en studie av Henoch, Ploner, och Tishelman (2009) påvisas vikten av sjuksköterskan är väl förtrogen med de symtom som ofta uppstår vid vård i livets slutskede för att kunna hjälpa patienten att lindra symtomen. Sjuksköterskan är den i teamet runt patienten som har det största ansvaret för att kartlägga patientens symtom, och sjuksköterskans kunskap om skattningsinstrument och symtom i den palliativa vården är viktigt för att patienten ska få en god symtomlindring (Henoch et al., 2009; Wilson et al., 2015).

Studier visar att det är viktigt för både patient och anhöriga att kunna nå en sjuksköterska dygnet runt för att kunna känna trygghet i att få vara hemma sista tiden i livet. I de fall då detta är möjligt ökar sannolikheten för att patienten ska vårdas hemma ända till sin död (Horton, 2002; Gomes, Calanzani, Curiale, McCrone & Higginson, 2013; Nordström & Strang, 2018).

Distriktssköterskan har en bred kunskap som genomsyras av ett evidensbaserat, etiskt, holistiskt reflekterande, kritiskt och analyserande förhållningssätt i sitt arbete. Distriktssköterskan ska inge trygghet, besitta mod, ha bra självuppfattning samt självkänsla. I kompetensen ingår också att stärka patienten till god hälsa genom hälsofrämjande synsätt samt även ha kunskap att bedöma övergång från kurativ behandling till palliativ vård som ger en god och värdig död (Svensk Sjuksköterskeförening, 2008).

## **Hemsjukvård**

Socialstyrelsen (2008) beskriver hemsjukvård som hälso- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande och som är sammanhängande över tiden. Hemsjukvård omfattar medicinska insatser, rehabilitering, habilitering och omvårdnad som utförs av antingen legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eller av en annan vårdpersonal med delegering. Socialstyrelsen (2013) skriver också att både vården av patienter i ett palliativt skede och dödsplatsen i allt större utsträckning flyttas från sjukhusen till hemmet, då möjligheten till avancerad medicinsk vård i hemmet ökat. Allt fler patienter väljer aktivt att få avsluta sina dagar hemma istället för på sjukhus (Nilsson et al., 2017). Socialstyrelsen (2006) menar att det som styr var vården av patienter i ett palliativt skede sker är tillgången till kvalificerad personal, fungerande stöd, närståendes inställning och situation samt sjukdomsförloppet. Möjligheten att



kunna vårdas i hemmet underlättar för patienten att uppleva säkerhet och kontroll i tillvaron (Falk & Jakobsson Ung, 2013).

Palliativ vård i hemsjukvårdens regi innebär ofta att patienten kan uppleva något som liknar "normal" tillvaro, det gynnar också patientens valfrihet och välbefinnande. Till viss del kan det också inverka positivt på patientens värdighet (Ventura, Byrney, Booker, Fletcher & Ricciardelli, 2013). En studie av Dhiliwal och Muckaden (2015) visade att hemsjukvård med stöttning av ett specialiserat palliativt team minskar risken för onödiga sjukhusinläggningar och ökar livskvaliteten för patienten.

### 3. Teoretisk referensram

#### **Personcentrerad vård**

Begreppet personcentrerad vård presenterades för första gången av Kitwood (1997) och avsåg då demensvården. Den personcentrerade omvårdnaden fokuserade på patienten som trots sin sjukdom fortfarande var en person som skulle involveras i sin vård. Personcentrerad vård är nu väletablerat inom samtliga delar av vården.

Centralt för personcentrerad vård är att patienten och dennes närstående blir bekräftade och sedda som unika personer (Ekman & Norberg, 2013; Svensk Sjuksköterskeförening, 2017). Hela personen synliggörs där hänsyn tas till att tillgodose andliga, existentiella, sociala, psykiska och fysiska behov. Patienter blir inte sin sjukdom eller sitt symptom (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017). Centrum för personcentrerad vård (GPCC) har tagit fram tre nyckelbegrepp inom personcentrerad vård. Dessa nyckelbegrepp är partnerskap, patientberättelse och dokumentation. Partnerskap innebär att relationen mellan personal, patient och närstående bygger på en ömsesidig respekt för varandras kunskap. Patienter och närståendes kunskap likställs med personalens professionella kunskap. Patientberättelsen utgörs av patientens egen berättelse/upplevelse av sitt tillstånd och sin vård. Allt detta dokumenteras sedan i patientjournalen (GPCC, 2018). Palliativ vård som bedrivs med ett personcentrerat fokus, leder till ökad livskvalitet hos både patient och närstående (Brännström & Boman, 2014).



Inom palliativ vård används ibland modellen “De 6 S:n” när det handlar om personcentrerad vård. Denna modell utgår från sex S, nämligen självbild, självbestämmande, sociala relationer, symtomlindring, sammanhang och val av strategier. (RCC, 2016; Ternestedt, Österlind & Andershed, 2012). De sex S:n är sammanlänkade som en helhet och tar upp både fysiska, psykiska, sociala och andliga aspekter (Ternestedt et al., 2012).

Sjuksköterskan bör ta hänsyn till och planerar vården utifrån patientens önskemål, behov, resurser, förväntningar och värderingar (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017). Edvardsson (2010) menar att sjuksköterskan uppmuntra patienten att vara delaktig och medverka till beslut som rör hens vård. Sjuksköterskan bör se patienten som en jämbördig partner och sätta patienten i centrum och inte sjukdomen. Det krävs att sjuksköterskan har en öppenhet, vilja och intresse att lyssna på patienten. Sjuksköterskan har som ansvar att göra det möjligt för patienten att leva det liv som denne vill leva trots sjukdom (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Genom att lära känna personen bakom sjukdomen och se till dennes värderingar, känslor och behov kan sjuksköterskan lättare bedriva en god personcentrerad vård. Sjuksköterskan ska också vara noga med att inkludera närstående (Ekman et al., 201; Nolan, Davies, Brown, Keady & Nolan, 2004). En strukturerad modell som De 6 S:n möjliggör för sjuksköterskan att utforma den palliativa omvårdnaden på ett personcentrerat sätt (Ternestedt et al., 2012; Öhlén et al., 2017).

## 4. Problemformulering

Sjuksköterskan som arbetar i kommunal hemsjukvård har en viktig roll när det gäller vården av svårt sjuka patienter i ett palliativt skede. Palliativ vård har som mål att tillgodose livskvalitet, bidra till minskat lidande och en god värdighet för patienten oavsett progressiv sjukdom, skada eller ålder. Det är viktigt att den sista tiden blir värdefull för patienten och dennes närstående. Det centrala inom palliativ vård är att tillgodose en god symtomlindring både psykologiskt, existentiellt och fysiologiskt, därför är det viktigt att sjuksköterskan har kunskap om symtom och symtom-



skattning. Trots att det satsas på utbildningar visar både Svenska palliativregistret och Socialstyrelsen att det är få sjuksköterskor som symtomskattar patientens symtom med validerade skattningsinstrument. Detta trots att tidigare forskning visar att patienter som får sina symtom skattade med ett validerat skattningsinstrument får bättre symtomlindring. Likaså visar tidigare forskning att patienter sällan uppger samtliga symtom om de inte tillfrågas på ett strukturerat sätt. Sjuksköterskan har därför ett stort ansvar när det gäller att identifiera patientens symtom. Genom att sjuksköterskan använder validerade skattningsinstrument ökar även möjligheten till att bättre kunna utvärdera insatta åtgärder. Med denna studie hoppas författarna att få mer insikt om hur sjuksköterskor använder sig av symtomskattningsinstrument och om de anser att de blir hjälpta av dem i sitt arbete. Resultatet kan sedan bidra till ökad kunskap för att främja vården av patienter i palliativ skede.

## 5. Syfte

Syftet var att undersöka om sjuksköterskor i den kommunala hemsjukvården använder sig av validerade symtomskattningsinstrument för att bedöma olika symtom i den palliativa vården, och om det är till hjälp i deras arbete.

## 6. Metod

### **Design**

Designen av studien var en deskriptiv, icke-experimentell enkätundersökning. Studien betraktas som icke-experimentell då författarna inte har påverkat några variabler i undersökningen (Polit & Beck, 2016). Då data har samlats in vid ett enda tillfälle innebar det att det var en tvärsnittsstudie. En tvärsnittsstudie ger en bild av hur det är här och nu, men ger ingen information om varken dåtid, eller framtid (Polit & Beck, 2016). Ansats och design valdes utifrån att författarna avsåg att undersöka en större grupp och beskriva verkligheten här och nu (Kristensson, 2014).



## Urval

Enkäten skickades ut till sjuksköterskor som arbetar patientnära i kommunal hemsjukvård och/eller särskilt boende där vården innefattar palliativ vård.

## Deltagare

I den aktuella kommunen arbetade 121 anställda sjuksköterskor. Av 121 sjuksköterskor uppfyllde 102 författarnas inklusionskriterier och till dessa kunde därmed enkäten skickas ut till. Urvalet var ett icke-slumpmässigt konsekutivt urval, vilket innebar att alla som uppfyllde inklusionskriterierna och var tillgängliga under en förutbestämd period, ingick i studien (Polit & Beck, 2016).

*Inklusionskriterier:* Tillsvidareanställda sjuksköterskor och sjuksköterskor med vikariat längre än 6 månader som arbetar med palliativ vård både i särskilt boende och i ordinärt boende med hemsjukvård.

*Exklusionskriterier:* Timanställda, sjukskrivna och föräldralediga sjuksköterskor ingick inte i studien. Sjuksköterskor inom omsorg och funktionsnedsättning exkluderades, då dessa sällan vårdar patienter i ett palliativt skede. Likaså exkluderades demenssköterska och sårvårdssköterska då de endast utför konsultation till andra sjuksköterskor i kommunen och inte har något patientansvar.

## Datainsamling

Författarna till studien tog kontakt via brev med verksamhetschefen för sjuksköterskorna i den aktuella kommunen. Det för att få tillåtelse att skicka ut enkäten och också för att förklara syftet med studien (Bilaga 1.) Författarna fick sedan ett skriftligt samtycke att studien fick genomföras i den aktuella kommunen. Efter några dagar togs en telefonkontakt med verksamhetschef där författarna fick information om att verksamhetsutvecklaren hade informerats och att ett möte med denna var inbokad. Vid mötet bestämdes vilka sjuksköterskor enkäten skulle skickas till, datum för utskick av enkäten och att den skulle skickas ut via e-post som gruppmail tillsammans med informationsbrev (Bilaga 2). Det bestämdes också att två påminnelser skulle skickas ut till sjuksköterskorna efter sju respektive tio dagar. Vid mötet be-



stämades också ett slutdatum när enkäten var tvungen att besvaras. Enkätfrågorna diskuterades med verksamhetsutvecklaren så att alla frågor fanns med och kunde anpassas till Es-makers, som är ett dataprogram för att konstruera och bearbeta enkäter. Ett datum bestämdes där författarna skulle få tillgång till alla svar från enkäten.

## **Enkäten**

Författarna sökte i flera olika databaser efter en redan färdigkonstruerad enkät. Fördelen med att använda sig av en redan färdigkonstruerad enkät är att den är testad för validitet och att risken för missuppfattningar är liten och lättare går att sammanställa (Polit & Beck, 2016). Då det inte fanns några färdiga enkäter att tillgå konstruerade författarna själva en enkät (Bilaga 3). Enkäten konstruerades med utgångspunkt från personcentrerad vård, då sjuksköterskans erfarenhet/uppfattning kring symtomskattning sätts i relation till kunskap, kompetens, erfarenhet och patientens fysiska samt psykiska besvär. Vid konstrueringen av enkäten utgick författarna från Eljertsson (2014) Frågorna konstruerades så de skulle vara tydliga och inte kunna tolkas på mer än ett sätt. Svartalternativen fick en tydlig ordning och enkäten innehöll bakgrundsfrågor som ålder, kön och utbildning.

Författarna skickade först ut enkäten till fem utvalda sjuksköterskor, och efter detta modifierades frågorna med hjälp av verksamhetsutvecklaren i den aktuella kommunen. Denna så kallade pilotstudie gjordes för att stärka validiteten för enkäten, då det inte funnits någon tidigare konstruerad enkät att använda som svarade upp mot författarnas syfte (Polit & Beck, 2016).

## **Dataanalys**

När alla enkätsvar kommit in sammanställdes allt material automatiskt i Es-maker, som är ett datasystem för konservering och bearbetning av enkäter. Es-maker behandlar all data konfidentiellt. Data från Es-Maker sammanställdes i frekvenstabeller.



ler i ett Worddokument och exporterades även till ett Microsoft Exceldokument som skickades till författarna. Frågorna analyserades deskriptivt, det vill säga beskrivande (Polit & Beck, 2016). Materialet analyserades utifrån ålder, utbildning, antal år i yrket och var de arbetar. Jämförelser mellan olika variabler gjordes med hjälp av pivottabeller i Microsoft Excel och presenterades med hjälp av tabeller och förklarande text. Svaren analyserades utifrån en nominalskala och svaren presenterades i frekvens och procentsats. Nominalskala användes då värdena i enkäten sorterades in i kategorier, tex vad sjuksköterskorna har för utbildning (Billhult, 2017c; Polit & Beck, 2016).

Likaså analyserades sambandet mellan olika variabler, exempelvis om antal år i yrket påverkar om sjuksköterskor använder symtomskattningsinstrument. Författarna använde sig här av chi-två test med hjälp av dataprogrammet SPSS. Resultaten presenteras i tabellform (Ejlertsson, 2012; Polit & Beck, 2017).

## Bortfallsanalys

Enkäten skickades totalt ut till 102 sjuksköterskor och totalt 63 av dem svarade, vilket gav en svarsfrekvens på 61,8 %. Innan första påminnelsen skickades ut, var svarsfrekvensen 26%, efter första påminnelsen 46% och innan andra påminnelsen 52 %.

Det interna bortfallet redovisas i tabell 1.

Tabell 1. Det interna bortfallet för respektive fråga.

Fråga	Bortfall	%
1	0	0
2	0	0
3	0	0
4	0	0
5	1	1,6
6	1	1,6





Tabell 1. Det interna bortfallet för respektive fråga.

Fråga	Bortfall	%
7	0	0
8	1	1,6
9	0	0
10	1	1,8
11	0	0
12	4	7,3
13	0	0
14	0	0

## Forskningsetiska överväganden

När studien genomförs på en arbetsplats ska information först ges till ledningen och ett godkännande krävs innan information skickas ut till deltagarna (Kjellström, 2017). Författarna till studien skickade först ett skriftligt informationsbrev (Bilaga 1) till berörd verksamhetschef för sjuksköterskor. Efter några dagar togs också en telefonkontakt där muntlig information om studiens syfte, konfidentialitet, anonymitet, samtycke och att det var frivilligt att delta gavs. Verksamhetschefen gav sedan ett skriftligt samtycke. Vid mötet med verksamhetsutvecklaren informerades om vikten av konfidentialitet, samtycke och anonymitet till deltagarna i studien. Verksamhetsutvecklaren förklarade hur Es-makers fungerade och att alla svaren från enkäten skulle uppfylla kravet om anonymitet och konfidentialitet. Enkätssystemet Es-makers behandlar all data anonymt, och författarna fick all data redovisad på ett sådant sätt att det inte gick att härleda till någon specifik individ. Tre dagar innan enkäten skickades till deltagarna, skickades ett mail som innehöll ett informationsbrev (Bilaga 2). Det gjordes för att underlätta för deltagarna att bestämma om de ville medverka i studien. Brevet innehöll information om studiens syfte, att det var frivilligt att delta i studien och att konfidentialitet samt anonymitet utlovades till samtliga



deltagare. Genom att besvara enkäten tolkade författarna att samtycke från deltagarna givits.

Vid alla studier som görs är det viktigt att noga se över riskerna för deltagarna och sedan väga dessa mot nytta med studien (Kjellström, 2017). Författarna gjorde en etisk egengranskning (bilaga 4) och resultatet där indikerade att det inte behövdes ett godkännande från en etisk kommitté (Vetenskapsrådet, 2017). Enkätssystemet Es-makers behandlade all data anonymt, och författarna fick all data redovisad på ett sådant sätt att det inte gick att härleda till någon specifik individ. Efter att noga övervägt punkterna i den etiska egengranskningen, bedömde författarna att risken med studien var låg. Förhoppningen var att studien skulle leda fram till bättre symptomlindring för svårt sjuka patienter och stärka sjuksköterskorna i deras symptomlindrande arbete, varför nytta med studien betraktades som hög.

## 7. Resultat

Demografisk data för deltagarna presenteras i Tabell 2. Den största andelen av respondenterna var kvinnor i ålderskategorin 46-55 år. Nästan hälften (47,6%) hade arbetat 15 år eller mer som sjuksköterska. I redovisningen har ålderskategorierna 0-25 år och 26-35 år slagits ihop för att förhindra att någon av respondenterna går att identifiera (Tabell 2).

Tabell 2. Demografi (n= 63)

Kön	Antal	%
Man	5	7,9
Kvinna	58	92,1
Ålder	Antal	Procent
0-35 år	12	19,0 %
36-45 år	18	28,6 %
46-55 år	19	30,2 %



Tabell 2. Demografi (n= 63)

Kön	Antal	%
56 år och äldre	14	22,2 %
År i yrket	Antal	Procent
0-3 år	10	15,9 %
4-7 år	6	9,5 %
8-14 år	17	27,0 %
15-20 år	8	12,7 %
21 år eller mer	22	34,9 %
År i kommunen	Antal	Procent
0-3 år	24	38,1 %
4-7 år	9	14,3 %
8-14 år	8	12,7 %
15-20 år	12	19,0 %
21 år eller mer	10	15,9 %

Av respondenterna hade (32,3 %) en specialistsjuksköterskeutbildning och resterande (67,7 %) uppgav att de inte hade någon vidareutbildning. Distriktsköterskeutbildning var den specialistutbildning som flest uppgav (50%). Resterande av respondenterna uppgav att de hade vidareutbildning mot vård av äldre, intensivvård/operationsvård, psykiatri och barn och ungdom. Detta specificeras inte mer ingående på grund av respondenternas anonymitet då inte skulle kunna garanteras. Flertalet (85,5%) arbetade enbart dagtid och övriga (14,5 %) arbetade kväll/natt. Störst andel av respondenterna (42,9%) arbetade i ordinärt boende (Tabell 3).



Tabell 3. Specialistutbildning, tjänstgöring och arbetsplats (n=62)

Specialistutbildning	Antal	Procent
Ja	20	32,3
Nej	42	67,7
Arbets tid	Antal	Procent
Dag	53	85,5
Kväll/natt	9	14,5
Arbetsplats	Antal	Procent
Särskilt boende	20	31,7
Ordinärt boende	27	42,9
Både särskilt & ordinärt boende	16	25,4

Flertalet (87,1 %) svarande respondenter angav att de regelbundet använde sig av någon form av symtomskattningsinstrument. De två vanligast förekommande instrumenten var VAS (81,8 %) och Abbey Pain Scale (APS) (83,6 %). ESAS och IPOS används också men i mindre omfattning (Tabell 4). Större delen (96,3 %) av de som använde sig av symtomskattningsinstrument upplevde att de blev hjälpta av detta i sitt arbete. Av de som besvarade enkäten angav 65,5 % att de även använde symtomskattning till andra patienter än de som befinner sig i ett palliativt skede (Tabell 4).



Tabell 4 Symtomskattningsinstrument som sjuksköterskor använder (n=54)

Bedömningsinstrument	Antal	%
VAS	45	81,8
APS	46	83,6
ESAS	4	7,3
IPOS	3	5,5
Annat	7	12,7

Av de 87,1% som angav att de symtomskattade patienter i ett palliativt skede, uppgav 54,9 % att de även skattade andra symtom än smärta. Det symtom som förutom smärta var vanligast att skatta var oro följt av illamående. Förvirring var det symtom som sjuksköterskor mest sällan skattade med hjälp av ett validerat instrument (Tabell 5).

Tabell 5. Symtom som sjuksköterskor skattar. (n=54)

Symtom	Antal	%
Illamående	16	53,3
Oro	25	83,3
Förvirring	10	33,3
Nedstämdhet	11	36,7
Andnöd	14	46,7
Annat	3	10,0



Av de nio sjuksköterskor som angett att de inte skattade symtomen angav två sjuksköterskor att de inte såg syftet med att symtomskatta. Två angav tidsbrist, en att hen inte hade tillgång till symtomskattningsinstrumenten och fyra sjuksköterskor angav annat som orsak. Annan orsak kunde vara att sjuksköterskan hellre ville dokumentera symtomen i fritext i journalen. Någon angav också att hen upplevde att den kliniska blicken var bättre för att upptäcka symtom än att använda skattningsinstrument. (Tabell 6).

Tabell 6. Orsak till att inte skatta symtom (n=9)

Orsak till att inte skatta symtom.	Antal	%
Tidsbrist	2	22,2
Ej tillgång till instrument	1	11,1
Ej kunskap	0	0
Ser ej syftet	2	22,2
Annat	4	44,4

Av de svarande sjuksköterskorna hade 32,3 % specialistutbildning. Resultatet visade inte att sjuksköterskor med specialistutbildning skattade symtom mer frekvent jämfört med sjuksköterskor som saknade specialistutbildning ( $p=0.190$ ). Bland de specialistutbildade sjuksköterskorna använde sig av 95% av symtomskattningsinstrument, motsvarande siffra för sjuksköterskor som saknade specialistutbildning var 82,9 % (Tabell 7).

Tabell 7. Skillnad mellan specialistutbildade och allmänsjuksköterskor.

	Specialist- Utbildning		Ej specialist	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Symtomskattar				
Ja	19	95,0	34	82,9



Tabell 7. Skillnad mellan specialistutbildade och allmänsjuksköterskor.

		Specialist- Utbildning		Ej specialist	
Nej	1	5,0	7	17,1	
		n= 20		n=41	
Chi-Square Tests	Value	Df	Asymptotic Significance (2- sided)		
Pearson Chi-Square	1,720a	1	0,190*		

\*. Korrelationen är signifikant vid  $p = 0.05$  nivå (2-tailed).

Vid jämförelse fanns ingen statistisk signifikant skillnad i antal yrkesverksamma år som sjuksköterska och hur frekvent symtomskattningsinstrument användes ( $p=0.857$ ). Bland de sjuksköterskor som arbetat 0-3 år, använde 90 % symtomskattningsinstrument. De sjuksköterskor som minst använde symtomskattningsinstrument var de sjuksköterskor som arbetat 21 år eller mer, där 81,8 % skattade symtom med ett validerat instrument (tabell 8).

Tabell 8. Jämförelse mellan antal år i yrket och frekvens av symtomskattning

	År i yrket 0-3 år		4-7 år		8-14 år		15-20 år		21 år eller mer	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Symtomskattning										
Ja	9	90	5	83,3	15	93,8	7	87,5	18	81,8
Nej	1	10	1	16,7	1	6,2	1	12,5	4	12,2



Tabell 8. Jämförelse mellan antal år i yrket och frekvens av symtomskattning

År i yrket	0-3 år	4-7 år	8-14 år	15-20 år	21 år eller mer
	n=10	n=6	n=16	n=8	n=22
Chi-Square Tests	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)		
Pearson Chi-Square	1,327	4	0,857*		

\*. Korrelationen är signifikant vid  $p = 0.05$  nivå (2-tailed).

I den kommunala hemsjukvården arbetar sjuksköterskor antingen på särskilt boende (SÄBO), ordinärt boende (ORDBO) eller en kombination av båda. Resultatet visade att det inte finns någon statistisk signifikant skillnad ( $p= 0.643$ ) mellan sjuksköterskor som arbetade i ordinärt boende jämfört med sjuksköterskor som arbetade på särskilt boende (tabell 9).

Tabell 9. Symtomskattning på särskilt boende eller i ordinärt boende.

	SÄBO		ORDBO	
	Antal	%	Antal	%
Symtomskattar				
Ja	17	85	24	88,9
Nej	3	15	3	11,1
	n=20		n=27	





Tabell 9. Symtomskattning på särskilt boende eller i ordinärt boende.

SÄBO		ORDBO	
Chi-Square Tests	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	,215a	1	0,643*

\*. Korrelationen är signifikant vid  $p = 0.05$  nivå (2-tailed).

## 8. Diskussion

### Metoddiskussion

#### Design

Designen av studien var en deskriptiv, icke-experimentell enkätundersökning. Denna design är att föredra när det gäller att beskriva insamlad data på ett objektiva och strukturerat sätt (Polit & Beck, 2016). I och med att datan samlades in vid ett tillfälle, betraktades studien som en tvärsnittsstudie, och gav en realistisk bild av hur läget såg ut just då. Detta var också författarnas intention med studien. Hade författarna istället valt en kvalitativ metod hade fokus varit att beskriva sjuksköterskornas upplevelse av att använda skattningsinstrument (Polit & Beck, 2016). Då syftet var att undersöka användandet av symtomskattningsinstrument, anses den valda designen vara relevant (Kristensson, 2014).

#### Urval

Urvalet till studien bestod av samtliga sjuksköterskor som arbetar patientnära i kommunal hemsjukvård i ordinärt boende och/eller särskilt boende där vården innefattar palliativ vård. Detta var 102 av totalt 121 långtidsavikarier/tillsvidareanställda sjuksköterskor. Anledningen att sjuksköterskor inom omsorg och funktionsnedsättning exkluderas var att dessa sällan vårdar patienter i ett palliativt skede. Detsamma gällde demenssköterska och sårvårdssköterska. Genom att från början exkludera dessa grupper, ökade möjligheten att få en korrekt uppfattning om i vil-



ken utsträckning symtomskattningsinstrument används. Kvantitativa studier bygger på att resultatet går att generalisera till en större population, än den som primärt undersöks. För att kunna göra det krävs det att den deltagande gruppen är tillräckligt stor (Polit & Beck, 2016). Genom att inkludera samtliga sjuksköterskor som regelbundet arbetar med palliativ vård, ansåg författarna ha uppnått ett tillräckligt stort material för detta krav. Författarnas val att skapa en egen enkät kan innebära att studiens resultat endast är representativt för aktuell kommun och inte generaliserbart till populationen sjuksköterskor nationellt. Polit och Beck (2016) menar dock att även små studier kan vara värdefulla för den kontext studien genomförts i.

## **Datainsamlingsmetod**

Författarna fick tillgång till enkätverktyget Es-Maker, vilket gjorde enkätens utformning tydlig och användarvänlig. En pilotstudie genomfördes för att stärka att frågorna och svarsalternativen tolkades på samma sätt som författarna avsåg. Efter pilotstudien framkom att två frågor kunde tolkas på olika sätt, vilket gjorde att formuleringen av dessa förtydligades. Genomförandet av pilotstudien ökade studiens validitet (Ejlertsson, 2014; Polit & Beck, 2016). Enkäten gjordes med hjälp av enkätverktyget Es-Makers. Fördelen med att använda enkätverktyg som Es-Maker är att det inte uppstår några bearbetningsfel vid inmatning i statistikprogram eftersom data är direktregistrerade av deltagarna. En annan fördel är att det är det verktyg som generellt används i berörd kommun, vilket gör att deltagarna känner igen layout och uppbyggnad, vilket ofta påverkar svarsfrekvensen positivt (Polit & Beck, 2016).

Enkäten distribuerades via mail och skickades ut som gruppmail. Enligt Billhult (2017) är detta ett kostnadseffektivt och enkelt sätt. Det upplevs också ofta som enkelt för deltagarna att genomföra enkäten. Nackdelen är att det ofta blir en lägre svarsfrekvens, än om enkäten delas ut personligen, vilket den låga svarsfrekvensen i föreliggande studie kan bero på. Två påminnelser skickades ut till de deltagare som inte svarat efter sju respektive tio dagar, då det enligt Billhult (2017b) är praxis att skicka ut två påminnelser vid enkätundersökningar, då det visats att det ger bäst svarsfrekvens. Innan första påminnelsen skickades ut, var svarsfrekvensen 26%, efter första påminnelsen var det 46% och slutligen en svarsfrekvens på 61,8 %. Det krävs att ett flertal svarar på enkäten för att materialet ska bli tillräckligt stort för att kunna generaliseras. Önskvärt var att minst 70% svarade på enkätstudien. Svansan-



delen på föreliggande studie är enligt Polit och Beck (2016) för låg för att kunna ge ett generaliserat svar på studiens syfte. När författarna jämförde spridningen på de som besvarat enkäten med den faktiska spridningen i aktuell kommun avseende ålder, arbetsplats och yrkeserfarenhet, visade sig underlaget vara representativt för hela populationen. För att öka intresset för att så många som möjligt skulle svara skickades i samband med påminnelserna återigen en motivering varför det var så viktigt att svara på enkäten, då den eventuellt skulle kunna leda till ett förbättringsarbete för sjuksköterskor i den aktuella kommunen. Om det gav resultat är svårt att utvärdera.

## **Bortfallsanalys**

Internt bortfall förekommer i fem frågor i enkäten. I fyra av frågorna var bortfallet en person (1,6 %) och har med största sannolikhet inte påverkat resultatet. I en fråga var dock bortfallet fyra personer (7,3 %) vilket till viss del kan ha påverkat resultatet på den enskilda frågan. Hade samtliga frågor varit obligatoriska för att komma vidare i enkäten hade bortfallet varit mindre. För respondenter som svarade nej på frågan om de använde symtomskattningsinstrument avslutades enkäten automatiskt. Däremot användes respondenternas svar på tidigare frågor i enkäten i resultatet. En annan anledning till det interna bortfallet kan vara att författarna själva konstruerade enkäten och inte använde sig av en sedan tidigare testad enkät. Enligt Polit och Beck (2016) bör en enkät först testas på ett mindre underlag och därefter revideras vid behov. Enkäten skickades först ut till fem sjuksköterskor som fick genomföra den och sedan ge synpunkter. Där framkom att två frågor kunde tolkas olika, och författarna förtydligade därför dessa. Tillsammans med verksamhetsutvecklaren i den aktuella kommunen, som är insatt i ämnet gick enkäten ytterligare igenom för att säkerställa att inga frågor skulle missuppfattas. Trots det förekom internt bortfall på vissa frågor (se tabell 1). Externt bortfall kan till stor del bero på att respondenterna inte är intresserade av ämnet eller känner att de har nytta av den kunskap svaren kan komma att tillföra. Av den anledningen kan respondenter välja att avstå från att besvara enkäten (Berntsson, 2016).



## Dataanalysmetod

Vid analys av enkätsvaren granskade författarna tillsammans alla svar. Detta gjordes för att stärka pålitligheten av studien (Henricson, 2017).

Resultatet presenterades i frekvens och procent. Medelvärde och meridian kunde inte räknas ut, då enkäten var konstruerad så att de olika variablerna var kategoriska. Författarna undersökte också om det fanns något samband eller skillnader mellan hur olika grupper av sjuksköterskor använde sig av symtomskattningsinstrument. När sambandet mellan två olika variabler inom nominalskalan undersöks kallas detta bivariat analys och resultatet av analysen redovisades i korstabeller. För att stärka resultatet vid jämförelsen, gjordes chi-två-test (Ejlertsson, 2012; Polit & Beck, 2017). Chi-två testet utfördes i SPSS och redovisades även det i tabellform. Es-Maker tillät dock bara jämförelser mellan två olika variabler. Det hade varit intressant att kunnat jämföra fler variabler för att på så sätt få en mer nyanserad bild av vilka sjuksköterskor som använder sig av symtomskattningsinstrument och hur de används. Då författarna valde att använda sig av en egen konstruerad enkät, fanns inte möjligheten att jämföra det analyserade materialet, med tidigare analyserat material, som annars är att rekommendera då det stärker trovärdigheten på studien (Billhult, 2017a). Det innebär att det är svårt att generalisera resultatet i en större population.

## Forskningsetiska övervägande

Enligt Kjellström (2017) är ett informerat samtycke grunden till ett bra vetenskapligt arbete som ska värna om deltagarnas frihet, integritet och självbestämmande. Detta fick samtliga deltagare information om i det följebrev som skickades ut till samtliga deltagare i samband med enkäten. Vid en enkätundersökning anses ifyllandet av enkäten vara ett bevis på att deltagaren samtyckt att delta i studien (Billhult, 2017a). Författarna ansåg därför att samtliga respondenter som besvarade enkäten, samtyckte. Allt material samlades in via enkätverktyget Es-Makers och datan levererades helt anonymt till författarna. Inga obehöriga har haft tillgång till materialet, vilket gör att författarna anser att kravet på konfidentialitet har uppfyllts. All data redovisades på ett sådant sätt att enskilda personer inte kunde identifieras. Av den anledningen slogs de båda åldersgrupperna 0-25 år och 26-35 år ihop då antalet i den ena gruppen visade sig vara så få att författarna inte kunde garantera anonymi-



teten för deltagarna. Könsfördelningen redovisas inte heller för kunna garantera anonymitet.

## Resultatdiskussion

Syftet var att undersöka om sjuksköterskor i den kommunala hemsjukvården använde sig av ett validerat symtomskattningsinstrument för att bedöma olika symtom hos patienter i palliativa vård, och om det var till hjälp i deras arbete.

Huvudfynden visade att flertalet av både dag och nattsjuksköterskor använder sig av ett validerat symtomskattningsinstrument i sitt arbete. Flertalet använde symtomskattningsinstrument för att bedöma smärta men även vid bedömning av andra symtom såsom exempelvis illamående, oro, andnöd och ångest. Av de som använde sig av ett symtomskattningsinstrument ansåg de flesta att det var till god hjälp i arbetet. Det symtomskattningsinstrument som användes mest var Abbey Pain Scale. En procentuell skillnad kunde ses genom att de sjuksköterskorna med någon form av specialistutbildning använde symtomskattningsinstrument mer frekvent än de utan specialistutbildning. Skillnaden var däremot inte statistisk signifikant. Resultatet visade också att de inte var någon skillnad i användning av skattningsinstrumenten om sjuksköterskan arbetade i ordinärt eller särskilt boende. En procentuell skillnad kunde ses gällande antal verksamma år i yrket, men skillnaden var även här inte statistisk signifikant.

### **Användandet av symtomskattningsinstrument**

Flertalet av sjuksköterskorna som medverkade i föreliggande studie angav att de använde sig av ett symtomskattningsinstrument i sitt arbete med patienter i ett palliativ skede. Vid jämförelse med riket i stort, så visar det att 26,4 % använde sig av ett validerat symtomskattningsinstrument under patientens sista levnadsvecka (Svenska palliativregistret, 2017). Socialstyrelsen (2016) genomförde en stor undersökning år 2015 som inkluderade regioner, kommuner och landsting. Den visade att av de 50997 förväntade dödsfallen var det 10561 personer som symtomskattades under sista levnadsveckan. Från 2011-2015 har andelen patienter som symtomskattas ökat från 9-21%. Det är dock stor variation mellan olika län. I Kronobergs län är andelen som skattar sista levnadsveckan 46,2 % enligt Svenska palliativregistret (2018a). I föreliggande studie innefattar palliativ vård både tidig och sen fas och



inga resultat har tagits fram vad det gäller sista levnadsveckan, vilket gör att det kan vara svårt att jämföra med Socialstyrelsen och Svenska palliativregistret. Flertalet sjuksköterskor använde sig av symtomskattningsinstrument, vilket kan ses som positivt då en regelbunden användning ökar möjligheten för optimal lindring av symptom. Det ökar också möjligheten att lättare kunna utvärdera insatt behandling menar Elovsson & Boström (2011). Genom att symtomskatta görs också patienten delaktig i vården och hänsyn tas till patientens upplevelser. Det är enligt Nyatanga (2013) en viktig aspekt i den personcentrerade vården. Däremot visar tidigare forskning att det finns brister i att skatta andra symptom än smärta sista levnadsveckan (Smedbäck et al., 2017). I resultatet framkom att orsaker till att sjuksköterskor inte skattade symptom var tidsbrist, svårigheter i att få tillgång till validerade symtomskattningsinstrument, samt att de inte såg nyttan med att använda instrumenten. Socialstyrelsen (2013) menar att orsaker till att få skatta symptom kan vara dåliga rutiner för användning och dokumentation, samt att personal inte har tillräckligt med kunskap. Egan och Cornally (2013) bekräftar att tidsbrist skulle kunna vara en bidragande orsak till att sjuksköterskor väljer att inte symtomskatta. En annan anledning kunde enligt Socialstyrelsen (2016) vara att patienter avböjde symtomskattning, då de inte förstod syftet. I studien av Griggs (2010) ansåg sjuksköterskorna att symptomkontroll är mycket viktigt men också att det är svårt och kräver planering samt struktur. Ökad kunskap och utbildning, exempelvis genom ökade anslag för att fler sjuksköterskor kunna få en specialistutbildning, skulle därmed kunna motivera fler att använda validerade instrument.

Abbey Pain Scale var det mätinstrument som deltagarna i studien använde sig mest frekvent av. En studie av Van Iersel et al. (2006) visade att Abbey pain scale är tillförlitlig att använda hos de patienter som inte kan uttrycka sig verbalt, utan personalen får istället observera ansiktsuttryck och kroppsspråk. Fördelar med APS är att det inte krävs någon utbildning, och den är lätt att använda. I aktuell kommun pågår ett arbete för att få en större andel sjuksköterskor att smärtskatta patienter i livets slutskede, bland annat genom att använda sig av APS till patienter som inte själva kan medverka i skattningen. Detta skulle kunna vara en av anledningarna till att APS var det instrument som användes mest frekvent. Det visade sig att VAS också användes i stor omfattning. Anledningen till detta, kan precis som hos APS, bero på den pågående satsningen mot en ökad smärtskattning, men kan också vara ett resultat av att VAS kan användas för att skatta intensiteten på flera olika symptom (Olsson et al., 2011). Resultatet visade att det inte fanns någon statistisk signifikant skillnad i



hur stor andel som använde symtomskattningsinstrument i särskilt respektive ordinarie boende. Enligt svenska palliativregistret (2018b) var det dock en större andel patienter som fick sina symtom skattade med ett validerat smärtskattningsinstrument när den palliativa vården utfördes i hemmet (ordinärt boende) jämfört med om patienten befann sig på korttidsplats eller särskilt boende.

Socialstyrelsen (2016) skriver i sin rekommendation att sjuksköterskorna regelbundet bör analysera och skatta symtom med ett symtomskattningsinstrument. Däremot saknas rekommendationer om vilket symtomskattningsinstrument som bör användas. Önskvärt hade varit att fler sjuksköterskor hade använt sig av ESAS eller IPOS, då dessa instrument täcker in fler symtom och ger en bättre helhetsbedömning av patientens totala situation (Chasen, Bhargava, Dalzell & Pereira, 2015; Raj, Ahuja, Frandsen, Murtagh & Jose, 2018; Salminen et al., 2008).

## **Symtom som skattas av sjuksköterskorna**

Resultatet visar att smärta var det vanligaste symtomet som skattades. Orsaken till det kan vara att det är det vanligaste symtom som uppkommer oavsett vilken diagnos patienten har. Det uppskattas att nästan alla patienter som befinner sig i livets slutskede upplever någon form av smärta (Socialstyrelsen 2013). Vid jämförelse med svenska palliativregistret (2018b) visar det också att det symtom som skattas mest var smärta. Sjuksköterskorna skattade smärta hos 49,4 % av patienterna sista levnadsveckan, jämfört med att övriga symtom såsom exempelvis illamående, oro och ångest skattades hos 28,6 % av patienterna. Jämförelsen är dock svår att göra med resultatet i studien, då svenska palliativ registret endast tar upp symtomskattning sista levnadsveckan, och resultatet i föreliggande studie inte är specifikt inriktat på sista levnadsveckan. Att inte vara smärtlindrad inkräktar på patientens välbefinnande och livskvalitet som leder till ett lidande samt en beroendeställning till sjuksköterskan (Nagington, Walshe & Luker, 2016; Socialstyrelsen, 2013). Vidare uppgav drygt hälften av de medverkande i studien att hen också skattade andra symtom såsom illamående, andnöd, oro, ångest, förvirring och andnöd. Där illamående och oro skattades mest efter smärta. Stapleton, Holden, Epstein, Wilkie, Stapleton & Wilkie, (2016) menar att symtom sällan är en isolerad företeelse utan förekommer ofta tillsammans i kluster. Symtom eller besvär leder ofta till andra symtom. Obehandlad smärta kan exempelvis leda till sömnproblem, aptitlöshet och illamående. Det är därför viktigt att sjuksköterskan har god kunskap om de olika symtomen som



kan tänkas uppkomma (Aktas, Walsh & Rybicki, 2010; Cheung, Le & Zimmerman, 2009; Rha, Lee & Rha, 2017). Symtomlindring är också ett av de sex S:n i Ternerstedt et al (2017) modell och något som sjuksköterskan bör sträva efter att uppnå. Det är då också viktigt att de åtgärder som sjuksköterskan vidtar för att bidra symtom sker i samråd med patient och närstående.

## **Utbildningens påverkan på symtomskattningen**

Det framkom att sjuksköterskor med specialistutbildning i procentuellt högre grad skattade fler symtom än smärta, jämfört med sjuksköterskor utan specialistutbildning. Skillnaden var dock inte statistiskt signifikant. Henoch, Ploner, och Tishelman (2009) påvisade vikten av att sjuksköterskor är väl förtrogna med de symtom som ofta uppstår vid vård i livets slutskede för att kunna hjälpa patienten att lindra symtomen. Här är sjuksköterskors kunskap om skattningsinstrument och symtom i den palliativa vården viktigt för att patienten ska få en god symtomlindring (Henoch et al., 2009; Wilson et al., 2015). Kunskap är en tänkbar orsak till att sjuksköterskor med specialistutbildning oftare skattade fler symtom. I kompetensbeskrivningen för distriktssköterskor beskrivs att den omfattar att självständigt utföra undersökningar, bedömningar, ha fördjupade kunskaper om symtom och göra åtgärder. Distriktssköterskor bör ha en bred kunskap, kunna hantera såväl förutsägbara som oförutsägbara situationer, samt inhämta evidensbaserad kunskap (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Socialstyrelsen (2006) menar att det är viktigt med tillgång till kvalificerad personal, för att kunna ge en god palliativ vård. Regeringen (2017) satsar nu på att vidareutbilda fler sjuksköterskor inom området äldre, och vilket kan bidra till att även området palliativ vård prioriteras.

## **Fördelar med symtomskattning**

Flertalet av sjuksköterskor som svarade att de använde sig av symtomskattningsinstrument för att skatta patientens symtom upplevde att det hjälpte och underlättade för dem i arbetet. Enligt Socialstyrelsen (2016) kan ett symtomskattningsinstrument underlätta att urskilja om symtomet ger upphov till flera symtom och en adekvat behandling lättare kan sättas in. Elovsson & Bohman (2011) poängterar också i sin studie att enbart studera patienten för att bedöma om patienten uppvisar symtom inte räcker utan ett validerat symtomskattningsinstrument bör också användas. Nya-





tanga (2013) förklarar att genom att göra patienten delaktig och lyssna på hans upplevelser, arbetar sjuksköterskan personcentrerat och stärker på så sätt patientens möjligheter till välbefinnande. Det är därför viktigt att sjuksköterskor besitter goda kunskaper inom kommunikation, symtom, symtomskattning och symtomlindring (Steven et al., 2014). Vidare visar forskning att sjuksköterskor som regelbundet använder sig av symtomskattningsinstrument snabbare fick en tydligare helhetsuppfattning av patientens situation och kunde på så sätt snabbare och mer individinriktat sätta in åtgärder (Barbera et al., 2012; Bainbridge et al., 2011; Green et al., 2016; Wong et al., 2016). Detta sätt att arbeta speglar också den palliativa vårdfilosofin om att arbeta personcentrerat och utgå från patientens upplevelse när åtgärder sätts in (Brännström & Boman, 2014; Ekman & Norberg, 2013; RCC, 2016). För att skapa en god och trygg relation till patienten krävs det närvaro, ömsesidigt, förtroende och tillit. Det är viktigt att sjuksköterskan bortser från eget "tyckande" och istället fokuserar på vad patienten berättar (Wu & Volker, 2012). Genom att använda sig av symtomskattningsinstrument, utgår sjuksköterskan från patientens upplevelser och sätter sitt eget tyckande i bakgrunden och arbetar utefter en personcentrerad vård. Genom att regelbundet använda symtomskattningsinstrument för att skatta patientens symtom och på så vis sätta in adekvat behandling, ökas kvaliteten på vården (RCC, 2016). Det leder också till en mer jämställd palliativ vård i hela landet, om sjuksköterskor arbetar mer likvärdigt (Socialstyrelsen, 2016).

## **Konklusion**

Sjuksköterskorna i den aktuella kommunen symtomskattar mer än genomsnittssjuksköterskan i Sverige, vilket är glädjande. Dock behöver sjuksköterskorna bli bättre på att skatta även andra symtom än smärta. Genom att tidigt upptäcka symtom och sätta in adekvata åtgärder kan sjuksköterskan förhindra att andra symtom uppstår och på så sätt öka livskvalitet och förhindra lidande hos patienten (Stapleton, Holden, Epstein, Wilkie, Stapleton & Wilkie, 2016).

Resultatet visade också att sjuksköterskor med specialistutbildning symtomskattar procentuellt mer än sjuksköterskor utan specialistutbildning. Det kan tyda på att en satsning på fler specialistutbildade sjuksköterskor, också kommer att öka kvaliteten på den palliativa vården.



## **Kliniska implikationer**

Författarnas förhoppning är att föreliggande studies resultat, kan ligga till grund för riktade insatser för att öka symtomskattningen i aktuell kommun. Satsningar görs redan på att öka smärtskattningen vid palliativ vård, men om kvaliteten på den palliativa vården ska öka krävs även att andra symtom skattas med validerade symtomskattningsinstrument. En diskussion runt resultatet kan öka medvetenheten om vikten av att symtomskatta. En annan förhoppning är en satsning på fler specialistutbildade sjuksköterskor, då även det troligtvis kan bidra till en ökad kvalitet på den palliativa vården och en ökad livskvalitet hos den enskilda patienten.



## Referenser

Abbey, J., Piller, N., De Bellis, A., Esterman, A., Parker, D., Giles, L., & Lowcay, B. (2004). The Abbey pain scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. *International Journal Of Palliative Nursing*, 10(1), 6-13.

Aktas, A., Walsh, D., & Rybicki, L. (2010). Symptom clusters: myth or reality? *Palliative Medicine*, 24(4), 373–385. doi:10.1177/0269216310367842

Arman, M., & Rehnsfeldt, A. (2007). The 'little extra' that alleviates suffering. *Nursing Ethics*, 14(3), 372-386. doi:10.1177/0969733007075877

Axelsson, B. (2016). *Palliativ medicin i praktiken*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Bainbridge, D., Seow, H., Sussman, J., Pond, G., Martelli-Reid, L., Herbert, C., & Evans, W. (2011). Multidisciplinary health care professionals' perceptions of the use and utility of a symptom assessment system for oncology patients. *Journal of Oncology Practice*, 7, 19–23. doi:10.1200/jop.2010.000015.

Barbera, L., Seow, H., Husain, A., Howell, D., Atzema, C., Sutradhar, R., Dudgeon, D. (2012). Opioid prescription after pain assessment: A population-based cohort of elderly patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30, 1095–1099. doi: 10.1200/jco.2011.37.3068.

Beck, I., Olsson Möller, U., Malmström, M., Klarare, A., Samuelsson, H., Lundh Hagelin, C... Furst, C-J. (2017) Translation and cultural adaptation of the Integrated Palliative care Outcome Scale including cognitive interviewing with patients and staff. *BMJ Palliative Care*. 16:49. 3-12. DOI 10.1186/s12904-017-0232-x  
Billhult, A. (2017a) Enkäter. I: M. Henricson, (red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé*



*till examination inom omvårdnad.* (Andra upplagan, s 121–132). Lund: Studentlitteratur AB.

Berntson, E. (2016). Enkätmetodik. (1. utg.) Stockholm: Natur & kultur.

Billhult, A. (2017b) Analytisk statistik. I: M. Henricson, (red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad.* (Andra upplagan, s 275–284). Lund: Studentlitteratur AB.

Billhult, A. (2017c) Enkäter. I: M. Henricson, (red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad.* (Andra upplagan, s 121-132. Lund: Studentlitteratur AB.

Billhult, A. (2017c) Bortfallsanalys och beskrivande statistik. I: M. Henricson, (red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad.* (Andra upplagan, s 265-274). Lund: Studentlitteratur AB.

Bourbonnais, F., Perreault, A., & Bouvette, M. (2004). Introduction of a pain and symptom assessment tool in the clinical setting -- lessons learned. *Journal Of Nursing Management*, 12(3), 194-200. doi:10.1046/j.1365-2834.2003.00429.x

Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P., & Macmillan K. (1991) The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): A Simple Method for the Assessment of Palliative Care Patients. *Journal of Palliative Care*. 1991; 7:6-9.

Brännström, M. & Boman, K. (2014), Effects of person-centred and integrated chronic heart failure and palliative home care. PREFER: a randomized controlled study. *European Journal of Heart Fail*, 16: 1142-1151. doi:10.1002/ejhf.151

Centrum för personcentrerad vård (GPCC). Hämtat 180917 från: [https://gpcc.gu.se/digitalAssets/1698/1698521\\_gpcc\\_broschyr\\_180829.pdf](https://gpcc.gu.se/digitalAssets/1698/1698521_gpcc_broschyr_180829.pdf)



Chasen, M., Bhargava, R., Dalzell, C., & Pereira, J. L. (2015). Attitudes of oncologists towards palliative care and the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) at an Ontario cancer center in Canada. *Supportive Care in Cancer*, 23(3), 769–778. <https://doi-org.proxy.lnu.se/10.1007/s00520-014-2411-0>

Cheung, W., Le, L. & Zimmermann, C.(2009). Symptom clusters in patients with advanced cancers. *Supportive Care In Cancer*, 17(9), 1223-1230. doi:10.1007/s00520-009-0577-7

Corner, J. (2008) Working with difficult symptoms. In: Payne, S., Seymour, J. & Ingleton, C. (ed.). *Palliative care nursing: principles and evidence for practice*. (2. ed. pp 232-251) Maidenhead: Open University Press.

Desbiens, J., Gagnon, J., & Fillion, L. (2012). Development of a shared theory in palliative care to enhance nursing competence. *Journal of Advanced Nursing*, 68(9), 2113-2124. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05917.x.

Dhiliwal, S. R., & Muckaden, M. (2015). Impact of Specialist Home-Based Palliative Care Services in a Tertiary Oncology Set Up: A Prospective Non-Randomized Observational Study. *Indian Journal Of Palliative Care*, 21(1), 28-34. doi: 10.4103/0973-1075.150170.

Edvardsson, D. (2010) Personcentrerad omvårdnad - definition, mätskalor och hälsoeffekter. I: D. Edvardsson, (red.). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. (1. uppl. s 29–38) Lund: Studentlitteratur.



Egan, M., & Cornally, N. (2013). Identifying barriers to pain management in long-term care. *Nursing Older People*, 25(7), 25–31. <https://doi-org.proxy.lnu.se/10.7748/nop2013.09.25.7.25.e455>

Ejlertsson, G. (2012). *Statistik för hälsovetenskaperna*. (2., moderniserade och utök. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Ejlertsson, G. (2014). *Enkäten i praktiken: en handbok i enkätmetodik*. (3. [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., & ... Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care — Ready for prime time. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-251. doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008

Ekman, I., & Norberg, A. (2015). Personcentrerad vård - teori och tillämpning. I A.-K. Edberg, A. Ehrenborg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Om-vårdnad på avancerad nivå - kärnkompetens inom sjuksköterskans specialistområden* (s. 29–61). Lund: Studentlitteratur AB.

Ellis-Smith, C., Evans, C J., Murtagh, E. M., Henson, Lesley A., Firth, A M., Higginson, I J., Daveson, B A. (2017) Development of a caregiver-reported measure to support systematic assessment of people with dementia in long-term care: The Integrated Palliative care Outcome Scale for Dementia. *Palliative Medicine*. 31(7): 651–660. DOI:10.1177/0269216316675096.

Elovsson, M., & Boström, B. (2011). Sjuksköterskors upplevelse av smärtbehandling av äldre personer i kommunal hälso- och sjukvård...NURSES' EXPERIENCE OF PAIN MANAGEMENT OF OLDER PEOPLE IN MUNICIPAL HEALTH. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*, 31(4), 10–



15. Retrieved from <http://search.ebscohost.com.proxy.lnu.se/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104518852&site=ehost-live>

Eriksson, K. (2015). *Den lidande människan*. (2. uppl.) Stockholm: Liber.

Falk, H. & Jakobsson Ung, E. (2013) Den sista vårdplatsen. I: B. Andershed, B. Ternestedt, & C. Håkanson, (red.) (2013). *Palliativ vård: begrepp & perspektiv i teori och praktik*. (1. uppl. s 79-90) Lund: Studentlitteratur.

Gomes, B., Calanzani, N., Curiale, V., McCrone, P., & Higginson, I. (2013). Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (6), N.PAG.

Green, E., Yuen, D., Chasen, M., Amernic, H., Shabestari, O., Brundage, M., Pereira, J. (2017). Oncology Nurses' Attitudes Toward the Edmonton Symptom Assessment System: Results From a Large Cancer Care Ontario Study. *Oncology Nursing Forum*, 44(1), 116-125. doi: 10.1188/17.ONF.116-125.

Griggs, C. (2010). Community nurses' perceptions of a good death: a qualitative exploratory study. *International Journal Of Palliative Nursing*, 16(3), 139-148.

Hearn, J., & Higginson, I. (1999). Development and validation of a core outcome measure for palliative care: the Palliative Care Outcome Scale. *Quality In Health Care*, 219-227.

Henoch, I., Ploner, A., & Tishelman, C. (2009). Increasing stringency in symptom cluster research: a methodological exploration of symptom clusters in patients with inoperable lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 36(6), E283-92. doi: 10.1188/09.ONF.E283-E292.



Holmsi, J., Walsh, D., Rivera, N., Rybicki, L.A., Nelson, K.A., LeGrand, S.B... Pham, H. (2006) Symptom evaluation in palliative medicine: patient report vs systematic assessment. *Support Care Cancer*. 14. 444-453. DOI: 10.1107/s00520-005-0009-2.

Horton, R. (2002). Differences in assessment of symptoms and quality of life between patients with advanced cancer and their specialist palliative care nurses in a home care setting. *Palliative Medicine*, 16(6), 488–494. <https://doi.org/10.1191/0269216302pm588oa>

Hälso-sjukvårdslagen (2017:30). Hämtad 2018-10-09 från Riksdagens webbplats: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30).

Hölen, J., Hjermstad, M., Loge, J., Fayers, P., Caraceni, A., De Conno, F., & ... Kaasa, S. (2006). Pain assessment tools: is the content appropriate for use in palliative care? *Journal Of Pain & Symptom Management*, 32(6), 567-580.

Johnston, B. M. (2005). Introduction to palliative care: Overview of nursing developments. In J. Lugton., & R. McIntyre (Eds.), *Palliative care: The nursing role* (2nd ed., pp. 1-32). Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone.

Josefsson, K. & Ljung, S. (2017). Sjuksköterskans roll i hemsjukvården. I: Drevenhorn, E. (red.). *Hemsjukvård*. (Andra upplagan s. 19-40). Lund: Studentlitteratur.

Kirkova, J., Walsh, D., Rybicki, L., Davis, M. P., Aktas, A., Jin, T., & Homs, J. (2010a). Symptom severity and distress in advanced cancer. *Palliative Medicine* 24(3), 330–339. doi: 10.1177/0269216309356380

Kirkova, J., Walsh, D., Russel, M., Hauser, C., & Lasheen, W. (2010b). Symptom Assessment in Palliative Medicine: Complexities and Challenges. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 27(1), 75-83. doi: 10.1177/1049909109339619





Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. Berkshire, UK: Open University Press.

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I: M. Henricson, (red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (Andra upplagan, s 57-80). Lund: Studentlitteratur AB.

Kommittén om vård i livets slutskede. SOU 2001:6. Döden angår oss alla: värdig vård vid livets slut: slutbetänkande. Stockholm: Socialdepartementet; 2001. Hämtad 17-10-22 från <http://www.regeringen.se/rattsdokument/statens-offentliga-utredningar/2001/01/sou-20016/>

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik: För studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur och kultur.

Kurucová, R., Žiaková, K., Gurková, E., & Šrámeková, G. (2015). Occurrence of annoying symptoms of patients with cancer. *Central European Journal of Nursing & Midwifery*, 6(1), 185-190. doi:10.15452/CEJNM.2015.06.0002

Lindqvist, O., Tishelman, C., Lundh Hagelin, C., Clark, J.-B., Daud, M.L., Dickman, A., Rasmussen, B.H. (2012). Complexity in Non-Pharmacological Caregiving Activities at the End of Life: An International Qualitative Study. *PLOS medicine*, 9(2). doi: 10.1371/journal.pmed.1001173.

Nagington, M., Walshe, C., & Luker, K. A. (2016). Quality care as ethical care: a poststructural analysis of palliative and supportive district nursing care. *Nursing Inquiry*, 23(1), 12–23. <https://doi-org.proxy.lnu.se/10.1111/nin.12109>



Nilsson, J., Blomberg, C., Holgersson, G., Carlsson, T., Bergqvist, M. & Bergström, S. (2017). End-of-life care: where do cancer patients want to die? A systematic review. *Asia Pacific Journal of Oncology*, 13 (6) 356-364.

Nolan, M., Davies, S., Brown, J., Keady, J., & Nolan, J. (2004). Beyond 'person-centred' care: a new vision for gerontological nursing. *Journal Of Clinical Nursing*, 1345-53. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.00926.x

Nordström, M., & Strang, P. (2018). High Degree of Satisfaction With the Support Given by Multidisciplinary Palliative Home Care Teams in the County of Stockholm. *Journal Of Palliative Care*, 33(2), 109-114. doi:10.1177/0825859718759880

Nyatanga, B. (2013). Palliative care in the community using person-centred care. *British Journal of Community Nursing* 18(11), 567. Från: <http://web.b.ebscohost.com.db.ub.oru.se>

Olsson, L., Östlund, G., Strang, P., Grassman, E. J., & Friedrichsen, M. (2011). The glimmering embers: experiences of hope among cancer patients in palliative home care. *Palliative & Supportive Care*, 9(1), 43-54. doi:10.1017/S1478951510000532.

Payne, S., Seymour, J. & Ingleton, C. (2008) Introduction. In: S. Payne, J. Seymour, & C. Ingleton, (ed.). *Palliative care nursing: principles and evidence for practice*. (2. ed. pp 1-15) Maidenhead: Open University Press.

Petersson L-M & Strang, P. (2012). Livskvalitet och livskvalitetsmätning. I: P. Strang & B. Beck-Friis, (red.) (2012). *Palliativ medicin och vård*. (4., rev. uppl. S 23-29). Stockholm: Liber.



Polit, D.F. & Beck, C.T. (2016[2017]). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer.

Raijmakers, N., Galushko, M., Domeisen, F., Beccaro, M., Lundh Hagelin, C., Lindqvist, O., & ... Ostgathe, o. C. (2012). Quality Indicators for Care of Cancer Patients in Their Last Days of Life: Literature Update and Experts' Evaluation. *Journal Of Palliative Medicine*, 15(3), 308-316. doi:10.1089/jpm.2011.0393

Raj, R., Ahuja, K., Frandsen, M., Murtagh, F. E. M., & Jose, M. (2018). Validation of the IPOS-Renal Symptom Survey in Advanced Kidney Disease: A Cross-sectional Study. *Journal of Pain & Symptom Management*, 56(2), 281–287. <https://doi-org.proxy.lnu.se/10.1016/j.jpainsymman.2018.04.006>

Randall, F.M. & Downie, R.S. (2006). *The philosophy of palliative care: critique and reconstruction*. Oxford: Oxford University Press.

Regeringen. (2017). Bemyndigande att underteckna en överenskommelse om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården 2017–2018. Hämtad från <http://www.regeringen.se/48fa2b/contentassets/5b1c7a81b7754f98afe8438f75d8890d/over-enskommelse-om-stod-till-battre-resursutnyttjande-i-halso--och-sjukvarden.pdf>

Regionala cancercentrum i samverkan (RCC). (2016). Palliativ vård i livets slutskede: Nationellt vårdprogram. Hämtad från <https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/rehabilitering-palliativ-vard/nvp-palliativ-vard.pdf>.

Reid, N., & McCormack, P. (2005). Symptom management. In J. Lugton, & R. McIntyre (Eds.), *Palliative care: The nursing role* (2nd ed., pp. 91-132). Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone.

Rha, S., Lee, J., & Rha, S. Y. (2017). Symptom clusters during palliative chemotherapy and their influence on functioning and quality of life. *Supportive Care In Cancer*, 25(5), 1519-1527. doi:10.1007/s00520-016-3545-z



Salminen E, Clemens KE, Syrjänen K, Salmenoja H, Salminen, E., Clemens, K. E., ... Salmenoja, H. (2008). Needs of developing the skills of palliative care at the oncology ward: an audit of symptoms among 203 consecutive cancer patients in Finland. *Supportive Care in Cancer*, 16(1), 3–8. Retrieved from <http://search.ebscohost.com.proxy.lnu.se/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105672288&site=ehost-live>

Schulman-Green, D., Cherlin, E., McCorkle, R., Carlson, M., Pace, K., Neigh, J., & ... Bradley, E. (2010). Benefits and challenges in use of a standardized symptom assessment instrument in hospice. *Journal Of Palliative Medicine*, 13(2), 155-159. doi:10.1089/jpm.2009.0245

Scott, J., & Huskisson, E. C. (1976). Graphic representation of pain. *Pain (03043959)*, 2(2), 175–184. [https://doi-org.proxy.lnu.se/10.1016/0304-3959\(76\)90113-5](https://doi-org.proxy.lnu.se/10.1016/0304-3959(76)90113-5)

Seekatz, B., Lukasczik, M., Löhr, M., Ehrmann, K., Schuler, M., Keßler, A., & ... van Oorschot, B. (2017). Screening for symptom burden and supportive needs of patients with glioblastoma and brain metastases and their caregivers in relation to their use of specialized palliative care. *Supportive Care In Cancer*, 25(9), 2761-2770. doi:10.1007/s00520-017-3687-7

Smedbäck, J., Öhlén, J., Årestedt, K., Alvariza, A., Fürst, C.-J., Håkanson, C., ... Håkanson, C. (2017). Palliative care during the final week of life of older people in nursing homes: A register-based study. *Palliative & Supportive Care*, 15(4), 417–424. <https://doi-org.proxy.lnu.se/10.1017/S1478951516000948>

Spanner, D., Caraiscos, VB., Muystra, C., Furman, ML., Zaltz-Dubin, J., Wharton, M. & Whitehead, K (2017) Use of Standardizwd assessment tools to improve the effectiveness of palliative care rounds: A quality improvement initiative. *Journal of Palliative Care*. 32(3-4) 134-140. DOI:10.1177/0825859717740051å

Socialstyrelsen (2013). Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Vägledning, rekommendationer och indikationer. Stöd för styrning och led-



ning. Hämtad 2018-09-10 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19107/2013-6-4.pdf>

Socialstyrelsen. (2016). Nationella riktlinjer: Utvärdering: Palliativ vård i livets slutskede: Sammanfattning med förbättringsområden. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2008). Hemsjukvård i förändring En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer (Artikelnummer: 2008-126-59). Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen. (2006). Vård i livets slutskede - Socialstyrelsens bedömning av utveckling i landsting och kommuner. Hämtad 2017-10-18 från [https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9430/2006-103-8\\_20061038.pdf](https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9430/2006-103-8_20061038.pdf). 2017-10-18

Stapleton, S., Holden, J., Epstein, J., Wilkie, D., Stapleton, S. J., & Wilkie, D. J. (2016). Symptom clusters in patients with cancer in the hospice/palliative care setting. *Supportive Care in Cancer*, 24(9), 3863–3871. <https://doi-org.proxy.lnu.se/10.1007/s00520-016-3210-6>

Steven, A., White, G., Marples, G., & Atkinson, J. (2014). End of Life Care: An Educational Pathway for Community Nurses. *Primary Health Care*, 24(1), 18–25. Retrieved from <http://search.ebscohost.com.proxy.lnu.se/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104015815&site=ehost-live>

Stiel, S., Pastrana, T., Balzer, C., Elsner, F., Ostgathe, C., Radbruch, L., & ... Radbruch, L. (2012). Outcome assessment instruments in palliative and hospice care--a review of the literature. *Supportive Care In Cancer*, 20(11), 2879-2893. doi: 10.1007/s00520-012-1415-x

Strang, P. (2012). Symptomkontrollens betydelse i den palliativa vården. I: P. Strang, & B. Beck-Friis, (red.) *Palliativ medicin och vård*. (4., rev. uppl. S 186-189). Stockholm: Liber.



Svenska Palliativregistret (2015a) Smärtskattning. Hämtad 17-10-09 från [http://media.palliativ.se/2015/08/Smärtskattning\\_vers2.pdf](http://media.palliativ.se/2015/08/Smärtskattning_vers2.pdf)

Svenska Palliativregistret (2015b) Utdata. Hämtad 17-10-09 från <http://media.palliativ.se/2016/11/Utdata2016.pdf>

Svenska Palliativregistret (2017) Utdata. Hämtad 180926 från <https://data.palliativ.se/app/utdata/Rapport.aspx>

Svenska Palliativregistret (2018a) Utdata. Hämtad 181008 från <http://portal.palliativ.se/report/kvalitetsindikatorer-lilla>

Svenska Palliativregistret (2018b) Utdata. Hämtad 181010 från <https://data.palliativ.se/app/utdata/Rapport.aspx>

Svensk Sjuksköterskeförening. (2008). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterka. Hämtad 180916 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01.../distriktskoterksa.kompbeskr.webb.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>



Svensk Sjuksköterskeförening. (2016). Personcentrerad vård. Hämtad 18-09-05 från [https://www.swenurse.se/.../svensk\\_sjukskoterskeforening\\_om\\_personcentrerad\\_vard...](https://www.swenurse.se/.../svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard...)

Ternestedt, B., Österlind, J., Hénoch, I. & Andershed, B. (red.) (2012). *De 6 s:n: en modell för personcentrerad palliativ vård*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Van Lancker, A., Cypers, S., Vanwynsberghe, E., Verhaeghe, S., Van Hecke, A., & Beeckman, D. (2015). Symptom Assessment in Hospitalized Older Palliative Patients With Cancer: Agreement Among Patients, Nurses, and Proxies. *Oncology Nursing Forum*, 42(2), 73-90. doi:10.1188/15.ONF.E73-E90.

van Iersel, T., Timmerman, D., & Mullie, A. (2006). Introduction of a pain scale for palliative care patients with cognitive impairment. *International Journal Of Palliative Nursing*, 12(2), 54-59.

Ventura, A. D., Burney, S., Brooker, J., Fletcher, J., & Ricciardelli, L. (2014). Home-based palliative care: A systematic literature review of the self-reported unmet needs of patients and carers. *Palliative Medicine*, 28(5), 391-402. doi: 10.1177/0269216313511141.

Vetenskapsrådet. (2017). God Forskningsred. Hämtad 2017-10-25 från <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/>.

Walshe, C., & Luker, K. (2010). District nurses' role in palliative care provision: A realist review. *International Journal Of Nursing Studies*, 47(9), 1167-1183. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.04.006.



Watanabe, SM., Nekolaichuk, CL. & Beaumont, C (2012) The Edmonton Symptom Assessment System, a proposed tool for distress screening in cancer patients: development and refinement. *Psycho-Oncology*, 21, 977-985. doi: 10.1002/pon.1996.

Vårdhandboken (2016). Smärtskattningsinstrument. Hämtad 17-10-16 från <http://www.vardhandboken.se/Texter/Smarts kattning-av-akut-och-postoperativ-smarta/Smartskattningsinstrument/>

Wilson, E., Morbey, H., Brown, J., Payne, S., Seale, C., & Seymour, J. (2015). Administering anticipatory medications in end-of-life care: A qualitative study of nursing practice in the community and in nursing homes. *Palliative Medicine*, 29(1) 60-70. doi: 10.1177/0269216314543042

Wong, A., Rodriques-Nunez, A., Tayjasanant, S., Park, M., Liu, D., Allo, J...Bruera, E. (2016). Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS): Time duration of self-completion versus assisted-completion in palliative care patients—A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology* 34.(26) 67-67. DOI: 10.1200/jco.2016.34.26\_suppl.67.

World Health Organization [WHO]. (2002). Definition of Palliative Care. Hämtad från <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Wu, H., & Volker, D. (2012). Humanistic Nursing Theory: application to hospice and palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 2(68), 471-479. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05770.x

Öhlen, J. (2013) Perspektiv på lidande. I: B. Andershed, B. Ternstedt, & C. Håkanson, (red.) (2013). *Palliativ vård: begrepp & perspektiv i teori och praktik*. (1. uppl. s 137-150) Lund: Studentlitteratur.





Öhlen, J., Bengtsson, J., Skott, C., & Segesten, K. (2002). Being in a lived retreat -- embodied meaning of alleviated suffering. *Cancer Nursing*, 25(4), 318-325.

Öhlen, J., Reimer-Kirkham, S., Astle, B., Håkanson, C., Lee, J., Eriksson, M., & Sawatzky, R. (2017). Person-centred care dialectics-Inquired in the context of palliative care. *Nursing Philosophy*, 18(4), n/a-N.PAG. doi:10.1111/nup.12177



## Bilagor

### Bilaga (1)

Till Verksamhetschef för Sjuksköterskeorganisationen i X kommun.

I Sverige avlider 90 000 personer varje år och cirka 70 000 av dem beräknas behöva palliativ vård. Av dessa väljer merparten att vårdas i kommunal regi. Sjuksköterskan i den kommunala hemsjukvården och särskilt boende är därför en viktig aktör i den palliativa vården. Många patienter i livets slutskede besväras av olika symtom som leder till försämrad livskvalitet. Sjuksköterskan har därför en viktig uppgift i att tidigt upptäcka symtom och försöka lindra dem.

*Syftet är att undersöka om sjuksköterskor i den kommunala hemsjukvården använder sig av ett validerat symtomskattningsinstrument för att bedöma olika symtom i den palliativa vården, och om det är till hjälp i deras arbete.*

Undersökningen genomförs med hjälp av en webbaserad enkätundersökning, och önskar därför Ert samtycke till att genomföra enkät som tar ca tio minuter att besvara. Studien vänder sig till alla fast och långtids anställda sjuksköterskor i x kommun som arbetar med palliativ vård. En länk till enkäten kommer skickas ut via mail till sjuksköterskornas datorer och besvaras anonymt.

Materialet från enkätundersökningen kommer att behandlas konfidentiellt, vilket innebär att endast vi och vår handledare kommer att ha tillgång till detta material. Deltagandet i studien är helt frivilligt. Deltagaren kan när som välja att avbryta sitt deltagande utan att motivera varför. Du kommer att få ta del av studiens resultat, som kommer att presenteras i form av en uppsats vid Linnéuniversitetet och publiceras på plattformen DiVA.

Vänligen meddela per mail senast 2018-09-10 om du godkänner/inte godkänner att sjuksköterskorna deltar i undersökningen.

Ansvariga för studien är Anna Sjöberg och Jessica Andersson. Vi är två studenter på distriktssköterskeutbildningen vid Linnéuniversitet, Växjö.

Har du några frågor eller synpunkter är du välkommen att kontakta någon nedanstående:

Anna Sjöberg, mobil 070-568 95 79. [as224cm@student.lnu.se](mailto:as224cm@student.lnu.se)

Jessica Andersson, mobil 070-216 73 01. [j223sn@student.lnu.se](mailto:j223sn@student.lnu.se)

Handledare: Ulla Petersson, Linnéuniversitet [ulla.peterson@lnu.se](mailto:ulla.peterson@lnu.se)



## Bilaga (2)

Till sjuksköterskor som arbetar i kommunal regi.

Information om att delta i en enkätundersökning gällande Sjuksköterskors erfarenheter av att använda symtomskattningsinstrument i palliativ vård.

I Sverige avlider 90 000 varje år i Sverige och cirka 70 000 av dem beräknas vara i behov i någon form av palliativ vård, och merparten väljer att vårdas i sitt egna hem eller särskilt boende. Sjuksköterskan i kommunal hemsjukvård blir därför en viktig aktör i den palliativa vården. Många patienter i livets slutskede besväras av olika symtom som leder till försämrad livskvalitet. Sjuksköterskan har därför en viktig uppgift i att tidigt upptäcka symtom och försöka lindra dem. Detta kan bland annat göras genom en noggrann och kontinuerlig symtomskattning med hjälp av symtomskattningsinstrument.

*Syftet är att undersöka om sjuksköterskor i den kommunala hemsjukvården använder sig av ett validerat symtomskattningsinstrument för att bedöma olika symtom i den palliativa vården, och om det är till hjälp i deras arbete.*

Du tillfrågas härmed om deltagande i denna enkätstudie kring ovanstående ämne. Undersökningen kommer att genomföras som en webbaserad enkätundersökning och skickas via mail till din dator på din aktuella arbetsplats. Enkäten kommer skickas ut till samtliga sjuksköterskor i X kommun, som regelbundet arbetar med palliativ vård. Enkäten besvaras anonymt och materialet från enkätundersökningen kommer att behandlas konfidentiellt, vilket innebär att endast vi och vår handledare kommer att ha tillgång till materialet. Du kommer att få ta del av studiens resultat som kommer att presenteras i form av en uppsats vid Linnéuniversitetet och publiceras på plattformen DiVA.

Deltagandet i studien är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan att behöva motivera varför. Genom att besvara frågorna i enkäten, lämnar du ditt samtycke till studien.

Ansvariga för studien är Anna Sjöberg och Jessica Andersson. Vi är två studenter på distriktssköterskeutbildningen vid Linnéuniversitet, Växjö.

Har du några frågor eller synpunkter är du välkommen att kontakta någon nedanstående:

Anna Sjöberg, mobil 070-568 95 79

as224cm@student.lnu.se

Jessica Andersson, mobil 070-216 73 01

j223sn@student.lnu.se

Handledare: Ulla Petersson, Linnéuniversitet

ulla.peterson@lnu.se



## **Bilaga (3)**

### **ENKÄT**

#### **1. Kön**

Kvinna

Man

#### **2. Ålder**

25 år eller yngre

26–35 år

36–45 år

46–55 år

56 år eller äldre

#### **3. Hur länge har Du arbetat som sjuksköterska?**

0–3 år

4–7 år

8–14 år

15–20 år

20 år eller mer

#### **4. Hur länge har du arbetat i kommunen?**

0–3 år

4–7 år

8–14 år

15–20 år

20 år eller mer

#### **5. Har du någon specialistutbildning?**

Ja, vilken

Nej



**6. Vilken är din huvudsakliga arbetstid?**

Dag

Kväll/natt

**7. Var arbetar du i huvudsak?**

Särskilt boende

Hemsjukvård

Både Särskilt boende och hemsjukvård

**8. Använder du symtomskattningsskalor i ditt arbete?**

Ja

Nej

Om du svarat Nej på ovanstående fråga kan du fortsätta till fråga 17.

**9. Om du använder symtomskattningsskalor, vilket/vilka använder Du då?**

VAS

Abbey Pain Scale

ESAS

IPOS

Annat

**10. Om du använder symtomskattningsskalor, upplever Du att det hjälper dig i ditt arbete?**

Ja

Nej

**11. Använder du symtomskattningsskalor på andra patienter utöver patienter i palliativ vård?**

Ja



Nej

**12. Om ja, vid vilka övriga symtom använder du symtomskattningsskalor?**

Illamående

Oro

Förvirring

Nedstämdhet

Andnöd

Annat

**13. Vad är orsaken till att du INTE symtomskattar patienter i palliativ vård?**

Tidsbrist

Ej tillgång till symtomskattningsinstrument

Har ej kunskap om symtomskattningsinstrument

Ser ej syftet med att använda symtomskattningsinstrument

Annat, vad

---

---

---

---

---

Lämna gärna egna kommentarer

---

---

---

---

---

Tack för din medverkan



## Bilaga (4)

### Etisk Egengranskning

		Ja	Kan ske	Ne j
1	Avser undersökningen att behandla känsliga personuppgifter (dvs. behandla personuppgifter som avslöjar ras eller etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse, medlemskap i fackförening eller som rör hälsa eller sexualliv).			x
2	Innebär undersökningen ett fysiskt ingrepp på deltagarna (även sådant som inte avviker från rutinerna men som är ett led i studien)?			x
3	Är syftet med undersökningen att fysiskt eller psykiskt påverka deltagarna (t.ex. behandling av övervikt) eller som innebär en uppenbar risk att påverka?			x
4	Används biologiskt material som kan härledas till en levande eller avliden människa (t.ex. blodprov)?			x
5	Kan frivilligheten ifrågasättas (t.ex. utsatta grupper såsom barn, person med demenssjukdom eller psykisk funktions-nedsättning, personer i uppenbar beroendeställning såsom patienter eller studenter som är direkt beroende av försöksledaren)?			x
6	Avses vetenskaplig publicering såsom vid konferens eller i vetenskaplig tidskrift efter studiens genomförande.			x
7	Kommer personregister upprättas (där data kan kopplas till fysisk person) och anmälas till registeransvarig person (PUL- ansvarig).			x
8	Syftet och metoden är väl avvägt gällande risk-nytta samt anpassat till nivån på studien.	x		
9	I den skriftliga informationen beskrivs projektet så att deltagarna förstår dess syfte och uppläggning (inklusive vad som krävs av den enskilde, t.ex. antal besök, projektlängd etc.) och på så sätt att alla detaljer som kan påverka beslut om medverkan klart framgår. (För studier med minderåriga krävs vårdnadshavares godkännande t ex vid enkäter i skolklasser.)	x		
10	Deltagandet i projektet är frivilligt och detta framgår tydligt i den skriftliga informationen till patient eller forskningsperson. Vidare framgår tydligt att deltagare när som helst och utan angivande av skäl kan avbryta försöket utan att detta påverkar forskningspersonens omhändertagande eller behandling eller, om studenter, betyg etc.	x		



12	<b>Det finns resurser för genomförande av projektet och ansvariga för studien är namngivna (student och handledare)</b>	x		
----	---	---	--	--





<

