



«På en skala fra 0 til 10 ...»
Viktigheten av systematisk kartlegging for
bedre smertelindring av eldre kreftpasienter i
palliativ fase

Kandidatnummer: 691
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8578
Dato: 23.04.2019

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 23.04.2019
<p>Tittel</p> <p style="text-align: center;">«På en skala fra 0 til 10 ...»</p> <p style="text-align: center;">Viktigheten av systematisk kartlegging for bedre smertelindring av eldre kreftpasienter i palliativ fase</p>	
<p><u>Problemstilling</u></p> <p>Hvordan kan sykepleier anvende kartleggingsverktøyet ESAS til å forbedre smertelindring av eldre kreftpasienter i palliativ fase?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p>Oppgaven tar utgangspunkt i relevant sykepleiefaglig litteratur og forskning. Joyce Travelbee blir brukt som sykepleieteoretiker der fokuset er på kommunikasjon og relasjon mellom sykepleier og pasient. Til slutt inkluderer oppgavens teoridel relevante yrkesetiske og juridiske prinsipper.</p> <p><u>Metode</u></p> <p>Oppgaven er litterær, og tar i bruk eksisterende fag- og forskningslitteratur som bidrar til å belyse problemstillingen. Funn fra fire forskningsartikler og én systematisk oversiktsartikkel hentet fra databasene Cinahl, PubMed og SveMed+ er inkludert.</p> <p><u>Drøfting</u></p> <p>Problemstillingen drøftes i lys av fag- og forskningslitteraturen som er presenteres i oppgavens teoridel. Drøftingen er delt inn i fire sentrale temaer med kommunikasjon som et gjennomgående element i alle disse. De fire temaene tar for seg; betydningen av individuell tilnærming under kartlegging, sykepleierens kunnskaper og kompetanse, i tillegg til sykepleierens dokumentasjonsferdigheter, og avslutningsvis betydningen av gjensidig forståelse og sykepleierens holdning. Drøftingen trekker også inn momenter fra Joyce Travelbee sin interaksjonsteori, samt juridiske og yrkesetiske prinsipper som fremstilles i oppgavens teoridel.</p> <p><u>Konklusjon</u></p> <p>ESAS er et godt utgangspunkt kommunikasjon og samtale mellom sykepleier og eldre kreftpasienter i palliativ fase til oppgaven. Selv om ESAS kun inneholder ett spørsmål direkte tilknyttet smerteintensitet, kartlegger ESAS i tillegg forekomsten av andre symptomer som kan påvirke pasientens smerteopplevelse. Dersom sykepleier i tillegg har innsikt i symptomgruppene, evner å dokumentere disse over tid, i tillegg til å ha en helhetlig tilnærming til og oppnådd gjensidig forståelse med pasienten, kan bruk av ESAS føre til bedre smertelindring av eldre kreftpasienter i palliativ fase.</p>	

(Totalt antall ord: 285)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning og bakgrunn for tema	2
1.2	Presentasjon av problemstilling.....	3
1.3	Avgrensning og presisering	3
1.4	Begrepsavklaring	4
1.5	Oppgavens disposisjon.....	5
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag	6
2.1	Palliasjon i lindrende enhet.....	6
2.2	Kreft	7
2.2.1	Symptomer og symptomgrupper	7
2.3	Smerter	8
2.3.1	Faktorer som påvirker smerteopplevelsen	9
2.4	Kartlegging av smerter	11
2.4.1	ESAS	12
2.4.2	Kartlegging av eldre pasienter	13
2.5	Joyce Travelbee	14
2.5.1	Interaksjonsteori	14
2.5.2	Kommunikasjon.....	15
2.6	Aktuelle juridiske føringer og etiske rammeverk	16
2.6.1	Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie	16
2.6.2	Lov om helsepersonell.....	16
2.6.3	Lov om pasient- og brukerrettighetsloven	17
3	Metode	18
3.1	Presentasjon av forskningsartikler, pensum og annen relevant litteratur	18
3.2	Forskningslitteratur	18
3.2.1	Tabell 1: Søkehistorikk.....	18
3.3	Annen relevant litteratur	20
3.4	Kildekritikk	21
3.4.1	Forskningslitteratur.....	21
3.4.2	Faglitteratur	22
4	Presentasjon av forskningsresultater	23
4.1	Tabell 2: Artikkelmatrise	23
5	Drøfting	25
5.1	Betydningen av individuell tilnærming ved kartlegging	25
5.2	Betydningen av sykepleierens kunnskap og kompetanse	28
5.3	Betydningen av sykepleierens dokumentasjonsferdigheter	29
5.4	Betydningen av gjensidig forståelse og sykepleierens holdning.....	31
6	Konklusjon	33
	Referanseliste	35

1 Innledning og bakgrunn for tema

I 2017 var det 33 564 nye krefttilfeller i Norge, og *Kreftregisteret* (u.d.) har anslått at antall krefttilfeller i Norge vil øke drastisk fram mot 2030. Dette mener de i hovedsak skyldes en voksende befolkning hvor andelen eldre øker. Til tross for at flere diagnostisert med kreft overlever i dag sammenliknet med tidligere er det likevel slik at et betydelig antall hvert år dør av kreft, og i år 2017 viste kreftsykdom for første gang å være den hyppigste dødsårsaken i Norge (Folkehelseinstituttet, 2018).

Sommeren 2018 fikk jeg erfare hvordan det er å arbeide på lindrende enhet innad i sykehjem. Flesteparten av pasientene som ble innlagt her var eldre med uhelbredelig kreftsykdom som primærdiagnose, alle med sterke og sammensatte plager som krevde avansert behandling. Under bachelorutdanningen har det vært lite fokus på palliativ omsorg, og under praksisperioder vil heller ikke alle studenter erfare pleie av en pasient nær døden. Selv hadde jeg ikke erfart palliativ omsorg av en pasient i praksis, og ble for første gang introdusert til dette ikke lenge etter at jeg begynte på sommerjobben min. Som snart ferdigutdannet sykepleier gav avdelingen og menneskene der meg et innblikk i sykepleierens ansvar og hvor viktig god pleie er også ved livets slutt. Selv om lindrende enhet er ment å ha større ressurser sammenliknet med vanlige sykehjemsavdelinger for å kunne gi et mer avansert tilbud innen palliativ behandling, herunder smertelindring, opplevde jeg det til tider utfordrende også her å forstå smertene og å vite om man gav tilstrekkelig smertelindring til pasienter som nærmet seg livets slutt.

Forskning viser at det skal være mulig å oppnå tilstrekkelig smertelindring ved nesten alle smerter forbundet med kreftsykdom, men at det allikevel er mange pasienter som opplever dårlig lindring av sine smerter (Torvik, Kaasa, Kirkevold & Rustøen, 2010). Utilstrekkelige kunnskaper, og systematisk kartlegging i tillegg til dokumentering av disse blir beskrevet som mulige årsaker til dette (Lorentsen & Grov, 2016).

I den *Nasjonale handlingsplanen for palliasjon i kreftomsorgen* anbefaler de at alle sykepleiere både i spesialist- og kommunehelsetjenesten skal anvende Edmonton Symptom Assessment Scale, eller ESAS forkortet, til å kartlegge og vurdere smertene til pasienter i palliativ fase (Helsedirektoratet, 2015). Men slik jeg opplevde, var det ingen rutiner på lindrende enhet hvor jeg arbeidet for bruk av standardisert smertekartleggingsverktøy.

1.2 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av utfordringene beskrevet ovenfor er problemstillingen til oppgaven følgende:

«Hvordan kan sykepleier anvende kartleggingsverktøyet ESAS til å forbedre smertelindring av eldre kreftpasienter i palliativ fase?»

1.3 Avgrensning og presisering

Kontekst for oppgaven er lindrende enhet i sykehjem. I tillegg til egne erfaringer som utgangspunkt for dette valget, er konteksten basert på det økte fokuset på og forflytningen av ansvar for palliativ omsorg til i eller i nærheten av hjemmet etter innføringen av Samhandlingsreformen (Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009) og at nesten halvparten av dødsfall i Norge per i dag skjer i sykehjem (Faksvåg & Aass, 2016).

Videre vil målgruppen avgrenses slik som nevnt i problemstillingen. Oppgaven tar for seg kreftpasienter, da dette utgjør 95% av alle pasienter på palliative enheter i Norge (Norsk forening for palliativ medisin (Helsedirektoratet, 2015). I tillegg opplever nesten halvparten av pasienter som rammes av kreftsykdom plagsomme smerter, og ved langtkommen kreftsykdom er det beskrevet at opptil 70-80% av pasientene har behandlingskrevende smerter (Lorentsen & Grov, 2016). Videre er pasienter i palliativ fase kjennetegnet ved et komplekst smerte- og symptombylde med raske variasjoner i løpet av kort tid, som stiller høyere krav til systematisk kartlegging (Norsk forening for palliativ medisin, 2004).

Målgruppen vil tydeligere tilspisses ved kun å fokusere på *eldre*, som ifølge *Statistisk sentralbyrå* (1999) vil si aldersgruppen 67 år og over. Den viktigste risikoen for å få kreft er økende alder, og om lag to tredjedeler av de som får kreft er 65 år eller eldre (Kreftregisteret, u.d.).

Sistnevnt er problemstillingen relevant for begge kjønn og alle kreftpasienter uavhengig av type kreftsykdom. Dog vil hverken kjønn eller krefttyper presiseres eller utelukkes i oppgaven. Pasienter med kognitiv svikt vil ikke kunne utelukkes, da over 80% av pasientene i norske sykehjem har kognitiv svikt i større eller mindre grad (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

1.4 Begrepsavklaring

Pasient: Sykepleieteoretikeren oppgaven baserer sitt sykepleiefaglige perspektiv på anvender ikke begrepet *patient*, da hun mener dette er med å sette en merkelapp på de syke. Oppgaven vil likevel beholde begrepet fordi norsk helselov klart benevner alle som gis eller tilbys helsehjelp som pasienter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3).

Lindrende eller palliativ enhet: en enhet innad i sykehjemmet som er organisatorisk tilrettelagt og har faglig kompetent personale for å kunne gi mer avansert palliativ behandling og pleie enn det som kan tilbys i en vanlig sykehjemsavdeling eller i hjemmetjenesten. Organiseringen av palliative enheter i sykehjem tilpasses lokale forhold og ressursene til sine kommuner, og målgruppen er pasienter med alvorlig sykdom og kort forventet levetid (Helsedirektoratet, 2015, s.158).

Palliasjon: betyr aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet (World Health Organization, u.d.).

Den palliative fasen: defineres til å gjelde fra sykdommen ikke lenger kan helbredes, og inntil død, og er noen steder beskrevet som antatt levetid inntil 9-12 måneder. I virkeligheten lever en del pasienter kortere, og andre lengre enn dette (Helsedirektoratet, 2015, s.12).

Kreft: Kreft er samlenavnet på rundt 200 ulike kreftformer. De har mange likhetstrekk, men også mye som skiller dem fra hverandre. Derfor vil sykdomsforløpet, behandling og overlevelse variere. Kreftsykdom kjennetegnes ved ukontrollert celledeling og opphoper seg i organet hvor veksten startet og etter hvert danne en kreftsvulst. Kreftsvulsten kan spre seg til andre deler av kroppen (vev og organer) når celler løsriveres og føres med blod- og lymfebaner (Kreftforeningen, u.d.). I Norge blir kreftsykdom ofte forbundet med lidelse, smerte og død (Lorentsen & Grov).

1.5 Oppgavens disposisjon

I det følgende presenteres først det teoretiske kunnskapsgrunnlaget med relevant faglitteratur omhandlende palliasjon i lindrende enhet, kreft, smerter og kartlegging, aspekter fra Joyce Travelbee sin interaksjonsteori, i tillegg til relevante yrkesetiske retningslinjer og juridiske føringer. Deretter vil litteraturstudie som metode, med søkehistorikk og kildekritikk bli redegjort for. En kort presentasjon av de inkluderte forskningsartiklene tilhørende oppgavens drøfting vil dernest presenteres i en artikkelmatrise, og relevante funn fra disse vil så bli veid opp mot hverandre eller faglitteratur og drøftet i nest siste del av oppgaven. Avslutningsvis kommer en kort oppsummering og konklusjon i lys av oppgavens problemstilling.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

2.1 Palliasjon i lindrende enhet

Ofte leser eller hører man at de fleste mennesker ønsker å bo hjemme helt frem til livets slutt. Derimot for flertallet av pasientene i palliativ fase vil hjemmebasert omsorg alene være urealistisk. De fleste vil ha behov for ett eller flere opphold på institusjon i løpet av sykdomsperioden, enten av medisinske grunner som akutt symptomsforverring eller for å avlaste pårørende (Helsedirektoratet, 2015). Palliative enheter på sykehjem er merket som korttidsplasser tilrettelagt for pasienter med slike behov, men avhengig av graden av behovet for pleie og behandling kan pasienter trenge å være på enheten til de dør uavhengig av når dette er forventet å skje (Haugen & Aass, 2016).

En palliativ eller lindrende enhet er organisatorisk tilrettelagt ved økt gjennomsnittlig kompetansenivå blant personalet for å skulle kunne gi mer avansert pleie og omsorg til pasienter sammenliknet med en vanlig sykehjemsavdeling (Haugen & Aass, 2016). Det er krav om og forventet at avdelingen skal ha en viss mengde av sykepleiere med relevant videreutdanning innen kreftsykepleie eller palliasjon (Helsedirektoratet, 2015). Men felles for alle sykepleiere etter utført bachelorstudium som gir pleie og omsorg til denne pasientgruppen, er kompetanse innen grunnleggende palliasjon. Dette inkluderer blant annet kunnskaper om og evnen til kartlegging av symptomer og plager, symptomlindring, samt dokumentasjon og kommunikasjon mellom aktørene (Helsedirektoratet, 2015). Enheten er også tilrettelagt ved å ha en større personalomsetning, helst med minst én sykepleier tilstede hver vakt og med ett bemanningsforhold på 1:2 på dagtid (Helsedirektoratet, 2015). Dette vil si at på en palliativ enhet med eksempelvis åtte sengeplasser, er det anbefalt å være fire pleiere på dagvakt.

Palliative enheter i sykehjem får pasienter både fra sykehus og fra hjemmetjenesten i tillegg til at enheten har tilgang til ett bredt tverrfaglig tilbud, og krever gode egenskaper til samhandling og overføring av informasjon om pasienten mellom instansene (Helsedirektoratet, 2015).

2.2 Kreft

Å bli rammet av en kreftsykdom påvirker mennesket, både kroppslig, psykisk, sosialt og eksistensielt. I denne sammenheng har sykepleieren direkte lindrende funksjon ovenfor pasienten, hvor målet er å begrense omfanget av pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelig-eksistensielle belastninger. For å ivareta den lindrende funksjonen må sykepleieren rette oppmerksomheten spesielt mot pasientens livskvalitet og opplevelse og erfaringer knyttet til sykdom og lidelse (Nortvedt & Grønseth), 2016).

2.2.1 Symptomer og symptomsgrupper

Pasienter med langtkommen sykdom har ofte en rekke plager. Vi vet også i dag at kreftpasienter ofte erfarer flere symptomer samtidig, og det er derfor viktig å ha kunnskaper om dette. Studien til Laugsand, Kaasa, Conno, Hanks og Klepstad (2009) som kartla moderat til alvorlig grad av symptomer hos kreftpasienter både i og uten bruk av opioider, fant at 50% av pasientene opplevde slapphet, 28% opplevde angst, 26% opplevde redusert matinntak, 18% opplevde obstipasjon og depresjon, 15% opplevde tung pust og søvnproblemer og 9% opplevde kvalme. 31% opplevde moderate til alvorlige smerter (referert i Kaasa & Loge, 2016, s. 47).

For å få et riktigere bilde av pasientene og hvilke behandlingstiltak som bør iverksettes er det viktig å se sammenhengen mellom symptomene og opptreden av symptomsgrupper. Definisjonen av symptomsgrupper er tre eller flere symptomer som opptrer samtidig og som påvirker hverandre. Hvilke symptomer som opptrer sammen varierer (Rustøen, Torvik, Valeberg, Utne & Stubhaug, 2010)

2.3 Smerter

Smerter er det kreftrelaterte symptomet som er mest fryktet. Smerten forekommer hos 40-50% av pasientene, og ved langtkommen kreftsykdom angir 70%-80% at de har behandlingskrevende smerte. Smerteproblemet er størst ved kreftformer til ved skjelettet, som for eksempel ved brystkreft, prostatakreft og lungekreft, som er tre av de fem vanligste kreftsykdommene blant norsk befolkning per i dag (Lorentsen & Grov, 2016; Kreftregisteret, 2018). Spredningen av kreftsykdommen og behandling har også en innvirkning på smerten. Begrepet «kreftmerter» kan gi inntrykk av at pasienter med kreft bare kan ha en type smerter, og at behandlingen enkelt kan standardiseres. Dette er ikke tilfellet, og pasienter med kreft har ofte flere typer smerte samtidig, noe som kan kreve svært forskjellig behandling eller kombinasjonsbehandling (Lorentsen & Grov 2016).

Den mest brukte definisjonen på smerte i dag er den *International Association for the Study of Pain* (IASP) satte fram i 1994:

«Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade» (Merskey & Bogduk, referert i Stubhaug & Ljoså, s.25).

Denne definisjonen fokuserer på at smerte alltid er en subjektiv, ubehagelig opplevelse, og at denne opplevelsen er sammensatt av flere sensoriske og emosjonelle komponenter.

Mennesker lærer seg bruken av ordet smerte tidlig i livet gjennom opplevelser tilknyttet skade. Etter IASPs definisjon må pasientens rapportering av smerte aksepteres, uavhengig om det er synlig vevsskade til stede eller ikke (Stubhaug & Ljoså, 2010).

2.3.1 Faktorer som påvirker smerteopplevelsen

Faktorer som påvirker smerten, må også kartlegges eller tas hensyn til. Er smertene påvirket av fysiske, psykiske, sosiale og/eller faktorer av eksistensiell karakter? Hvis slike faktorer kan identifiseres, kan påvirkning eller modifisering av dem være like viktige tiltak som å gi medikamenter (Knudsen & Kaasa, 2016).

Psykiske forhold

Mennesker har ulik smerteterskel, og smerte oppleves og uttrykkes forskjellig. Det er også en rekke faktorer som kan modifisere eller helt og holdent undertrykke smerte forårsaket av en vevsødeleggelse. Ved angst/uro eller nedstemthet øker pasientens opplevelse av smerten uavhengig av vevsskade. Pasienter med kreft som får dårlige nyheter eller allerede er i palliativ fase, får ofte økende smerter. Sosiale forhold kan, på samme måte som psykiske forhold, også øke smerten Sosial isolasjon kan ofte være en konsekvens av vedvarende smerte, men sosial isolasjon kan i seg selv også gi økt smerte. De funksjonelle, psykiske og sosiale elementene er derfor essensielle i kartleggingen av smerten (Knudsen & Kaasa, 2016). Det er altså nær sammenheng mellom psykiske symptomer og lidelser og smerter. Hos pasienter med langtkommen kreftsykdom er forekomsten av psykiske plager, slik som angstsymptomer og depresjonslidelse, omkring 25-30%. Man vet også at psykiske problemer, spesielt depresjonslidelse, øker smerten (Knudsen & Kaasa 2016)

Søvn

Mange pasienter med smerte har forstyrret søvn. Det er tidligere vist en sammenheng mellom søvnforstyrrelser og smerter, hvor disse begge kan påvirke hverandre. Søvn er derfor også viktig å kartlegge rutinemessig som del av smertebildet (Knudsen & Kaasa, 2016).

Tidligere erfaringer

Smerteopplevelsen lagres i hjernen, og ved gjentatt smerte kan tidligere erfaringer og opplevelser ha avgjørende betydning for hvordan den aktuelle smerten blir opplevd. Dette kan forklare at en gitt smertestimulus kan oppleves helt ubetydelig i en situasjon, mens den i en annen kan fremkalle uutholdelig smerte. For å behandle smerte effektivt er det nødvendig å ta hensyn til denne komplekse stimulusmoduleringen (Rosland & Tjølsen, 2016).

Medikamenter

Smerter hos en pasient som bruker opioider, kan være forbundet med for lav dosering eller at det ta for lang tid mellom hver av doseringene. Noen pasienter kan også få kraftige episodiske smerter kun ved bevegelse i seng. I slike situasjoner bør medikamentdosen samt tidspunkt og form for administrasjon vurderes og eventuelt endres. I tillegg til å kartlegge hvilke medikamenter pasienten bruker, er det også viktig å få fram pasientens erfaringer med de aktuelle medikamentene (Knudsen & Kaasa, 2016). Det gjelder ikke bare de medikamentene som pasienten bruker i den aktuelle situasjonen, men også de han eller hun har brukt tidligere. Eldre pasienter har ofte en lang tidligere erfaring med smertestillende eller andre medikamenter, og vet hva som har en «god effekt» og hva som har «ingen effekt».

2.4 Kartlegging av smerter

Kartlegging av smerte er viktig for å undersøke om en pasient har smerte, og for å kunne planlegge, gjennomføre og evaluere en eventuell smertebehandling (Torvik, Skauge & Rustøen, 2010). Målet med systematisk kartlegging er å sikre optimal og en individuelt tilpasset smertebehandling (Torvik & Bjøro 2010). Livet til en kreftpasient vil ofte være preget av kortere eller lengre perioder med smerter. Denne variasjonen er det viktig å fange opp gjennom systematisk kartlegging, slik at smertefulle perioder blir så korte som mulig (Kaasa, 2016). Det er derimot usannsynlig med fullstendig smertelindring hos alle kreftpasienter, da årsaken til smerte ofte er sammensatt og består av flere ulike smerteformer. Målet vil derfor være så lite smerte som mulig, og i en slik grad at smertene ikke kommer i veien for en god livskvalitet (Torvik et al., 2010). Et vanlig mål for kreftpasienter ut ifra en numerisk skala vil være at smerteintensiteten kommer ned på 3 av 10 eller lavere (Fredheim, 2016). Ved å kartlegge smerte før en igangsetter en smertebehandling, vil man ha et utgangspunkt for å evaluere om behandlingen er god nok i forhold til målene en ønsker å nå, i tillegg til å sammenlikne med og revaluere ved oppstart av nye smertebehandlingsregimer (Torvik et al., 2010).

Fordi smerter er en subjektiv opplevelse som oppleves ulikt fra individ til individ, er det pasientens smerteopplevelse som skal være utgangspunktet i sykepleierens kartlegging og handlinger (Torvik et al., 2010).

Den mest målte dimensjonen i smertekartlegging er måling av smerteintensiteten, enten gjennom en numerisk skala (NRS), verbal skala (VRS) eller ansiktsskala (VAS) (Torvik & Bjøro, 2010). Men i mange situasjoner, eksempelvis ved kreftsykdommer og hos palliative pasienter med komplekse sykdomsbilder, er det ikke tilstrekkelig å kun kartlegge smerteintensiteten, men må kunne måle flere av dimensjonene rundt smerte. I det *Nasjonale handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen* anbefaler de i tillegg til smerteintensitet, å kartlegge smertens lokalisasjon, karakter, i tillegg til tidspunkt, varighet og smertemønsteret over tid (Helsedirektoratet, 2015).

2.4.1 ESAS

ESAS er et kartleggingsverktøy som ble utviklet for å kunne utføre gjentatte målinger av symptomsintensiteten med minimal belastning for pasienten (Bergh, Haugen, Kaasa & Hjermsstad, 2012). ESAS ble utviklet ved Edmonton General Hospital, Edmonton, Canada, i 1991 og ble opprinnelig utviklet for pasienter i palliative avdelinger. Norge har laget en egen versjon, som ble revidert i 2010 kalt ESAS-r. I Norge er dette anbefalt som standard kartleggingsverktøy i palliativ virksomhet, i både kommune- og spesialisthelsetjenesten (Bergh et al., 2012). ESAS har kun ett spørsmål som berører smerte. Skjemaet dekker videre syv av de andre vanligste symptomene ved langtkommen kreftsykdom: slapphet, døsigheit, kvalme, depresjon, angst, nedsatt matlyst og tung pust. Det også lagt inn et åpent felt mot slutten, hvor pasienten selv kan fylle ut eksistensen og intensiteten av en annen plage. Til slutt er «velvære» tatt med som ett punkt i skjemaet, ment å kartlegge hvordan pasienten har det, alt tatt i betraktning. Siden flere av symptomene som kartlegges her ofte opptrer samtidig og kan forsterke smerteopplevelsen, er det hensiktsmessig å bruke ESAS også ved kartlegging av smerter (Lorentsen & Grov, 2016). Symptomsintensiteten angis på en 11-punkts numerisk skala (0-10), hvor 0 tilsvarer «ingen plage», 1-3 er «mild», 4-6 er «moderat» og 7-10 er «uutholdelig plage». (Bergh et al., 2012). Man kan altså kartlegge både tilstedeværelsen av et symptom og hvor intenst symptomet oppleves. ESAS er i utgangspunktet ment å være et selvrapporteringskjema, men pasienten kan få hjelp dersom dette trengs eller er ønskelig. Det skal krysses av om skjema er fylt ut av pasient, pårørende, helsepersonell, eller av pasienten med hjelp fra enten pårørende eller helsepersonell.

ESAS-skjemaet brukes ofte sammen med ett kroppskart. Dette er viktig da de fleste eldre pasienter eller pasienter med kreftsykdom har smerter på to eller flere områder på kroppen. ESAS-delen med kroppskartet inneholder i tillegg en oversikt over ord og uttrykk for å beskrive smertens karakter. Disse vil være til hjelp for å identifisere hva slags smerter pasienten har, som er svært viktig for planleggingen av behandlingstiltak.

For å dokumentere smertens utvikling over tid (varighet og mønster), samt evaluere effekt av behandlingstiltak skal resultatene etter hver kartlegging med ESAS-skjema registreres i et tilhørende grafisk forløpsskjema som gir en helhetlig oversikt over varierende av symptomenes intensitet over en lengre tidsperiode (Lorentsen & Grov, 2016).

2.4.2 Kartlegging av eldre pasienter

Mange eldre har nedsatt syn, hørsel og kognitiv funksjon. Ved smertekartlegging av eldre må en først kartlegge syn og hørsel, og sørge for at hjelpemidlene som vedkommende bruker er tilgjengelige – eksempelvis briller, høreapparat eller høreforsterker. Sykepleieren må også tilrettelegge for god belysning og skjerming for ikke å bli forstyrret. Ved nedsatt kognitiv funksjon må en justere smertekartleggingen etter hva vedkommende er i stand til å forstå. Det er tidligere blitt vist at eldre med mild til moderat kognitiv svikt kan rapportere egen smerte (Torvik & Bjørø, 2010). Riktignok kan noen ha vanskelig for å tallfeste smerten sin. Da kan en verbal skala med færrest mulig differensierende utsagn benyttes i stedet. Tidsperspektivet for smerte bør også konkretiseres. Pasienter med kognitiv svikt kan ha vanskelig for å huske gjennomsnittlig smerte de siste 24 timene, eller i løpet av en uke (Torvik & Bjørø, 2010). Fokus bør ligge på smerten «her og nå».

I tillegg til kognitiv funksjonssvikt, kan eldre oppleve kroppslig funksjonssvikt. Pasienter med terminal sykdom opplever hyppigst symptomet kalt «fatigue». Generelt kan fatigue defineres som en tilstand karakterisert ved *«en subjektiv følelse av økt ubehag og nedsatt funksjonskapasitet på grunn av redusert energi. Denne tilstanden av økt ubehag og nedsatt funksjonskapasitet kan oppleves som en tretthet eller svakhet som ikke forsvinner ved hvile eller søvn»* (Schjølberg, 2017, s. 153). Denne plagen kan virke inn på pasientens evner og motivasjon til utførelsen av ESAS, og kan være viktig å tilrettelegge for pasienten. Fatigue, eller tretthet ifølge den norske versjonen av ESAS, kan øke ved forverring av sykdom. Opplevelsen av fatigue er heller ikke konstant, den kan variere fra tidspunkt til tidspunkt hos samme pasient selv om sykdommen virker konstant (Schjølberg, 2017).

Sistnevnt er det svært mange eldre som underrapporterer sine smerter. Det er en vanlig oppfatning blant noen at smerter er en del av alderdommen, og at det derfor er lite som kan gjøres for å lindre smertene. Eldre mennesker har i tillegg en tendens til å falle inn i en passiv rolle og setter seg selv på «vent». De vil ikke bry helsepersonell unødvendig og tar derfor ofte ikke initiativ til å prate om sine smerter og andre plager. Det er derfor en vært viktig oppgave blant helsepersonell å spørre de eldre aktivt om smerter eller andre symptomer. Noen eldre unnlater også å si ifra om smerter eller en voksende symptombyrde fordi de er redd for hvilke konsekvenser dette kan føre til eller hva det betyr i forhold til forverring av sykdom (Torvik & Bjørø, 2010).

2.5 Joyce Travelbee

2.5.1 Interaksjonsteori

Joyce Travelbee (1926-1973) var en amerikansk psykiatrisk sykepleier og lærer innen sykepleierutdanningen. Hun definerer sykepleiens mål og hensikt som å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene. Dette krever en gjensidig forståelse og kontakt mellom sykepleieren og pasienten, som oppnås gjennom etableringen av et «*menneske-til-menneske-forhold*». I sin teori er hun opptatt av mennesket som et unikt individ, likt på noen vis, men også ulikt alle andre. Hun anvender ikke begreper som «pasient» i sin teori, da hun mener dette setter en merkelapp eller en stereotyp på mennesker med behov for pleie, og sykepleier vil da ikke klare å se på den sykes individuelle opplevelse av sin sykdom. Grunnen at det ikke finnes to mennesker som er identiske, er at alle menneskers tidligere erfaringer eksempelvis i forhold til smerte er ulike, og de tidligere erfaringene vil alltid innvirke på forståelsen og opplevelsen av nåtidige erfaringer (Travelbee, 1999).

Definisjonen på et «menneske-til menneske-forhold» er:

«Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og den(n) hun har omsorg for. Primærkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt» (Travelbee, 1999, s.177.)

Disse behovene blir ivaretatt av en sykepleier som har evne til disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problemer, kombinert med evnen til å bruke seg selv terapeutisk. Med *disiplinert intellektuell tilnæringsmåte* ligger (1) en logisk metode for tilnærming til problemer, (2) innholdet i eller det teoretiske aspektet ved sykepleiens praksis, det vil si kunnskaper og innsikt i begreper og prinsipper fra fysikk, biologi, atferdsvitenskap, sykepleievitenskap og medisin, og (3) den tilhørende evnen til å ta i bruk disse begreper og prinsipper i omsorgen for andre (Travelbee, 1999, s.42).

For å bruke seg selv terapeutisk er det essensielt å ha selvinnsett og vite hvordan ens egen adferd virker på andre. Sykepleieren må bevisst bruke sin personlighet og kunnskap for å bidra til forandring hos syke personer. Denne virkningen eller forandringen hos den syke betraktes som terapeutisk når den er med på å lindre vedkomnes plager (Travelbee, 1999, s. 44).

«Menneske-til-menneske forholdet» er en gjensidig prosess, og etableres ikke alene; både sykepleieren og den syke bygger opp forholdet mellom seg i løpet av fasene i prosessen. Men ansvaret for å etablere og opprettholde forholdet ligger hos den profesjonelle sykepleieren, ikke hos den syke (Travelbee, 1999, s.178).

2.5.2 Kommunikasjon

Kommunikasjon er ifølge Travelbee (1999) en nødvendighet for sykepleierens evne til å yte god helsehjelp. Uten å kommunisere med den syke har vi ingen mulighet til å bli kjent med den sykes behov. Det er en prosess som kan gjøre sykepleieren i stand til å opprette et «menneske-til-menneske-forhold» til pasienten, og gjennom dette oppnår målet for sykepleie. Sykepleieren bruker denne prosessen til å søke og gi informasjon, og finne en metode å bruke til å hjelpe den syke. Slik at sykepleiere skal få en mulighet til å bli kjent med den syke som et unikt individ og ivareta pasientens individuelle sykepleiebehov, formidler pasienten til sykepleier sin personlighet gjennom ord, ansiktsuttrykk, adferd og holdning. Dette krever at sykepleieren har kunnskapene som trengs for å være i stand til å forstå hva den syke kommuniserer, og hvordan å bruke denne informasjonen i planleggingen av sykepleieintervensjoner.

2.6 Aktuelle juridiske føringer og etiske rammeverk

Juridiske føringer benyttes for å styre samfunnet gjennom like regler med rettsvirkninger som straff og sanksjoner. Det er disse konsekvensene som er hovedforskjellen mellom juridiske og etiske rammeverk. Samtidig stiller de etiske rammeverk krav som kan gi sosiale sanksjoner.

2.6.1 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie

«Sykepleierens fundamentale plikt er å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død. Sykepleierens profesjonsetiske ansvar omfatter mennesker omfatter mennesker i alle livsfaser fra livets begynnelse til slutt» (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 5).

De yrkesetiske retningslinjene består av 6 hovedpunkter men vi har valgt kun deler av punkt 1 og 2 da disse er relevante for oppgavens problemstilling.

Det første punktet i de yrkesetiske retningslinjene handler om sykepleie og profesjonen. Det står at sykepleie skal bygges på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap. Sykepleieren har i tillegg et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 7).

I det andre punktet er det fokus på sykepleieren og pasienten. Det er sykepleieren som skal sørge for at den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg blir ivaretatt. I tråd med dette har sykepleier også et ansvar for å lindre lidelser og bidra til at pasienten får en naturlig og verdig avslutning på livet. (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 8-9).

2.6.2 Lov om helsepersonell

Ifølge *helsepersonelloven* § 4 (1999) skal helsepersonellet utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon for øvrig. Videre har den som yter helsehjelp plikt til å føre journal (§ 39), som skal føres i samsvar med god yrkesetikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen...Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell (§ 40).

2.6.3 Lov om pasient- og brukerrettighetsloven

I henhold til § 3-2 har pasienten eller brukeren rett til informasjon, og skal videre ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger, eksempelvis ved bruk av opioider. Informasjonens form (§ 3-5) skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte, og personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av informasjonen (Pasientrettighetsloven, 1999).

3 Metode

3.1 Presentasjon av forskningsartikler, pensum og annen relevant litteratur

Oppgaven ligger innenfor rammene for en litteraturstudie. Det kjennetegnes ved at en med utgangspunkt i valgt problemstilling, foretar en systematisk og kritisk gjennomgang av eksisterende fag- og forskningslitteratur. Gjennom å samle fag og forskningslitteratur vil en litteraturstudie bidra til ny kunnskap og forståelse (Dalland, 2017).

3.2 Forskningslitteratur

Søk etter forskningslitteratur har vært gjort i databasene Cinahl, PubMed og SveMed+. Under søkeprosessen ble PICO-skjema anvendt for å skaffe en oversikt over synonymer til noen av de mest essensielle søkeordene, i tillegg til å gjøre det enklere å utarbeide ulike søkskombinasjoner. Søkeprosessen utdypes i påfølgende tabell basert på forskningsartiklene som er blitt brukt i oppgaven.

3.2.1 Tabell 1: Søkehistorikk

Søkedato	Database	Søkeord og kombinasjoner	Avgrensninger	Treff	Artikkel (nr. i matrisen)
03.12.2018	Cinahl	«Pain» OR Pain Measurement» AND «Nursing homes» AND «Norway»	Publication year: 2009-2018 Peer reviewed	15	«Pain and quality of life among residents in Norwegian nursing homes» (anvender i oppgavens innledning)
18.03.2019	Cinahl	«Pain Measurement OR ESAS» AND «Health Personnel» AND «Palliative care» AND «Education»	Publication year: 2009-2019 Peer reviewed	22	«Health care providers use and knowledge of ESAS: is there a need to improve information and training?» (nr.1)

18.03.2019	PubMed	«Symptom assessment OR ESAS» AND «Palliative care OR Nurse» AND «Patient perspective»	Text availability: Full text Publication dates: 10 years Species: Humans	44	«The Edmonton Symptom Assessment System 25 Years Later: Past, Present, and Future Developments» (nr.2)
23.03.2019	PubMed	«Patient perspective OR qualitative study» AND «ESAS OR Edmonton Symptom Assessment System» AND «Palliative care» AND «Aged»	Text availability: Full text Publication dates: 10 years Species: Humans	7	«What does the answer mean? A qualitative study of how palliative cancer patients interpret and respond to the Edmonton Symptom Assessment System» (nr.3)
23.03.2019	SveMed+	«ESAS» AND «Pain measurement» AND «Nursing homes»	Peer reviewed tidskrifter Publiceringsår: 2009-2019	1	«Kan smertekartlegging ved bruk av ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale) bidra til å lindre smerte hos eldre på sykehjem?» (nr.4)
23.03.2019	SveMed+	«Symptom assessment» AND «Nursing homes» AND «Palliative care»	Peer reviewed tidskrifter Publiceringsår: 2009-2019	1	«Sykepleieres bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)» (nr.5)

3.3 Annen relevant litteratur

Fagbøker som er brukt for å belyse og drøfte oppgavens problemstilling, er pensumbøker som *Klinisk sykepleie* bind 1 og bind 2. Andre fagbøker som er brukt ble enten funnet under søk i Oria og hentet fra LDH sitt bibliotek, eller oppsøkt og hentet ifra det Deichmanske Hovedbiblioteket: *Palliasjon: Nordisk lærebok*, *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring - Handling*, *Ulike tekster om smerte - Fra nocisepsjon til livskvalitet og Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Flere av litteraturkildene som er anvendt er fagbøker utenfor pensum, da palliasjon er et tema som fokuseres svært lite på i disse bøkene. Alle fagbøker med unntak av *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* ligger innenfor tiårsgrensen i likhet med forskningsartiklene. Jeg har tatt i bruk ulike litterære kilder som dekker samme tema. Dette for å se hva som går igjen, og hvordan de ulike forfatterne tolker de samme momentene av relevans for oppgaven og for å få tilstrekkelig informasjon til å svare på problemstillingen.

Annen viktig informasjon som eksempelvis jus, yrkesetiske retningslinjer og statistikk er hentet fra pålitelige nettsider, derav *Lovdata*, *Norsk sykepleierforbund*, *Statistisk Sentralbyrå*, *Folkehelseinstituttet*, *Kreftforeningen* etc.

3.4 Kildekritikk

Følgende avsnitt er for å forklare styrker og svakheter rundt litteraturen som er blitt brukt med tanke på problemstillingen. Avsnittet deles opp i et kritisk blikk på forskningslitteraturen og faglitteraturen brukt i oppgaven.

3.4.1 Forskningslitteratur

Mye tilgjengelig litteratur, gjør at metoden stiller krav til gode ferdigheter i forbindelse med søk i databaser og etter annen forskning (Dalland, 2017). Opplæring fra skolens bibliotek i databasesøk, samt kunnskap fra forelesning om metode og oppgaveskriving har gitt et bedre grunnlag for å finne frem til og vurdere kvaliteten og litteratur som ble valgt ut. Med hensyn til kvalitetssikring, er alle valgte forskningsartikler fagfellevurderte («Peer reviewed») og hentet fra anerkjente databaser og tidsskrifter innenfor de siste ti årene. Alle tidsskrifter benyttet har en skår på 1 gjennom publiseringskanalen til Norsk senter for forskningsdata.

Tre av de fem valgte artiklene til drøfting er på engelsk. Oversettelse og tolkning av tekster på engelsk vil selvfølgelig kreve en viss grad av engelskspråklig kompetanse. I tillegg vil som nevnt oversettelse fra engelsk til norsk kunne føre til feiltolkninger eller erstatning av engelske ord som ikke finnes i norsk vokabular.

En systematisk oversiktsartikkel er inkludert. Denne gav en god sammenlikning av hva forskning har funnet mest relevant rundt kartleggingsverktøyet ESAS i tidligere, nåværende og fremtidig perspektiv, hvorav flere momenter jeg anser relevant for å besvare problemstillingen. Likevel kan det på samme måte som med språk, være uheldig når andres forskning blir tolket og videreført.

Tre av de fem artiklene som skal anvendes i drøftingen er fra Norge, mens de to resterende studiene er fra Canada og USA. Flest mulig artikler fra Europa (Norge) er blitt utvalgt for at mest mulig av forskningen brukt er basert på gjeldene helsevesen. Riktignok er de to gjenstående artiklene fra andre vestlige land, og var såpass relevante for drøftingen av oppgaven at de ble tatt med. I tillegg samsvarer en del av resultatene fra de to artiklene med resultater fra de norske artiklene, slik at vi kan se at resultatene på tross av fra et annet helsevesen er gjeldene og gjenkjennelig i vårt eget helsevesen.

To artikler tar utgangspunkt i palliativ enhet på sykehjem, hvorav de resterende to tar for seg palliative enheter eller sentre på sykehus. Også noen av artiklene har ett litt større alderssprang enn hva jeg har oppført som min målgruppe, og fra studiene utført på sykehus er pasienter fra en alder 18 år og oppover ofte inkludert. Likevel har alle studiene med pasienter som deltakere svært høye gjennomsnittsaldrer som tyder på at flesteparten av dem er innenfor kategorien «eldre». Andre likheter og forskjeller mellom (studier utført på) palliativ enhet på sykehus vs. sykehjem vil tas hensyn til i drøftingen av problemstillingen.

Avslutningsvis vil jeg nevne at det eksisterer og blir brukt mange ulike versjoner av kartleggingsverktøyet ESAS både i praksis og i forskning. De mest brukte er originalversjonen ESAS og ESAS-revised (med eller uten smertekart). Et par av symptomene i disse kartleggingsverktøyene skiller seg fra hverandre, i tillegg til at ESAS-revised inneholder korte forklaringer på en del av de utvalgte symptomene. ESAS-revised er neste generasjon av ESAS, utviklet etter pasienters formuleringer på utfordringer med originalversjonen. Det er likevel vist i forskning liten forskjell i vanskelighetsgrad av bruken av de to ulike skjemaene, riktignok dersom en er kjent med verktøyet fra før eller får hjelp fra helsepersonell. Bruk av de ulike versjonene, skal for så vidt ikke være av betydning under drøftingen da begge inneholder de viktigste symptomene og drøftingen tar utgangspunkt i ESAS utført av pasient med sykepleier til stede.

3.4.2 Faglitteratur

Jeg har tilstrebet å bruke primærkilder i oppgaven, da tolkning av andre sine tekster kan føre til at innholdet kanskje endrer form (Dalland, 2017). Mellommenneskelige forhold i sykepleie» er benyttet. Utgaven er en oversettelse av Joyce Travelbees bok «Interpersonal Aspects in Nursing» fra 1971, og ble oversatt til norsk i 1999 av Kari Marie Thorbjørnsen. Travelbee sin teori om sykepleierens mellommenneskelige aspekter er i tillegg en gammel kilde, som gjerne vil kunne bli betraktet som en svakhet med tanke på validiteten. Likevel blir hennes teorier ansett som relevante for dagens sykepleie. At boken er oversatt fra engelsk til norsk kan gi rom for feiltolkninger, men for å lette arbeidsprosessen har jeg vurdert det som mest hensiktsmessig å benytte den oversatte utgaven.

4 Presentasjon av forskningsresultater

I stedet for å presentere forskningsartikler og resultater fra disse i løpende tekst, benyttes det en artikkelmatrise. En slik tabell gjør det enklere å strukturere teksten og hva som inkluderes av informasjon. Forskning er kumulativ og bygger på hverandre. Derfor har jeg som en kan se av tabellen valgt flere forskningsartikler som belyser samme tema.

4.1 Tabell 2: Artikkelmatrise

Nr.	Forfattere (årstall)	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode og design	Funn
1	Buttenschoen, D. C., Stephan, J., Watanabe, S. & Nekolaichuk, C. (2014)	«Health care providers use and knowledge of ESAS: is there a need to improve information and training?»	Supportive Care in Cancer 22(1), s. 201-208	Hensikten med studien var å kartlegge helsepersonellens bruk av, kunnskaper om og behov for opplæring i kartleggingsverktøyet ESAS.	Kvantitativ metode i form av en tverrsnittsundersøkelse er benyttet for innhenting av informasjon fra helsepersonalet. 83 av 193 spørreskjemaer ble fullført og returnert, som vil si en svarprosent på 43%. Sykepleiere utgjorde 62% av de som returnerte skjemaet, hvorav de resterende var leger eller andre grupper helsearbeidere.	Majoriteten hadde en god forståelse av terminologien til ESAS. Felles utfordringer som ble rapportert var feiltolkning av noen begreper, kartlegging av pasienter med svekket kommunikasjon, dårlig tid og pålitelighet av kartlegging utført av en omsorgsperson eller pårørende. Deltakere kom med forslag til hvordan å forbedre kunnskaper rundt og bruken av ESAS, eksempelvis gjennom implementering av skriftlige retningslinjer for verktøyet til hver avdeling og regelmessige opplæringer for personalet.
2	Hui, D. & Bruera, E. (2017)	«The Edmonton Symptom Assessment System 25 Years Later: Past, Present, and Future Developments»	Journal of Pain and Symptom Management 53(3), s. 630-343	Artikkelens hensikt er å ta for seg og diskutere den historiske utviklingen av ESAS, dens nåværende bruksområde i ulike settinger, og fremtidig utvikling.	Artikkelen er en systematisk oversiktsartikkel, eller «review article» på engelsk, og tar i bruk totalt 130 tidligere forskningsartikler som referanser og ramme for innholdet i litteraturstudien.	Symptomtombegreper, type skala for måling av symptomsintensiteten og tidsperspektivet eller -rammen for kartlegging i ESAS har forandret seg over tid. Nåtidens versjon av ESAS, kalt ESAS-r, bruker numerisk intensitetsskala og skal i utgangspunktet måle det nåværende intensitetsnivået av et symptom, og ikke det gjennomsnittlige nivået over en lengre tidsperiode. Dette er spesielt viktig da symptomer ofte endrer seg raskt over kortere tidsperioder. Kartlegging av flere symptomer samtidig, gir innsikt i symptomgrupper hos pasienten, og er av vesentlig betydning for planleggingen av eksempelvis smertelindrende tiltak. Videre arbeid med standardiseringen av ESAS trengs.
3	Bergh, I., Kvalem, I. L., Aass, N. & Hjermstad, M. J. (2011)	«What does the answer mean? A qualitative study of how palliative cancer patients interpret and respond to the Edmonton Symptom Assessment System»	Palliative Medicine 25(7), s. 716-724	Hensikten med studien var å undersøke hvordan pasienter i palliativ fase tolker og svarer på ESAS-skjemaet.	Studien er kvalitativ, med hovedfokus på kognitivt intervju. Studien anvender en retrospektiv metode, som i denne artikkelen vil si at spørsmål ble stilt like etter deltakerne hadde fylt ut ESAS-skjemaet. 11 pasienter deltok, med en gjennomsnittlig alder av 65 år og med ulike eller sammensatte sykdomsbilder.	Flere av pasientene beskrev utfordringer tilknyttet tolkning og ulik forståelse av noen symptomer (spesielt depresjon og angst), og i forståelsen og bruken av formatet til ESAS, eksempelvis med den numeriske skalaen og tidsperspektivet for symptomsintensiteten. Mangel på informasjon og tilbakemelding fra sykepleier påvirket skårene, og et par av pasientene uttalte at de skåret tilfeldig i ESAS. Noen for å se om sykepleier la merke til dette, mens andre gjorde det fordi de ikke forstod hvorfor og hvordan ESAS ble brukt. Humør og tidspunktet på dagen påvirket også skåringen. Majoriteten av pasientene foretrekker hjelp av sykepleier under utfylling av ESAS.

4	Gran, S. V. & Landmark, B. T. (2012)	«Kan smertekartlegging ved bruk av ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale) bidra til å lindre smerte hos eldre på sykehjem?»	Nordisk Tidsskrift for Helseforskning 8(1), s. 34-46	Hensikten til artikkelen var å presentere resultater fra et utviklingsprosjekt utført på en korttidsavdeling i norsk sykehjem. Målet med utviklingsprosjektet var å undersøke om systematisk kartlegging ved bruk av ESAS bidro til å lindre den eldre pasientenes smerte.	Studien anvender en kvantitativ metode, hvor en kartla smerter og andre symptomer hos pasientene på avdelingen hvor utviklingsprosjektet foregikk. Tre formelle kartlegginger ble utført; baseline (dag en), fire og ni måneder etter baseline. Totalt deltok 51 pasienter i et aldersspenn fra 58 år til 97 år. Pasienter med ulike sykdomsbilder deltok, inkludert kreftsykdom. En annen del av utviklingsprosjektet var å undervise sykepleierne på avdelingen i ESAS og bruken av den, og siden diskutere hvordan dette kan ha påvirket kartleggingsresultatene.	Kartleggingen viste ingen signifikant forskjell eller reduksjon i pasientenes smerteskår fra førstegangsregistrering (baseline) og etter ni måneder. Likevel ble det konkludert at ESAS gav et helhetlig bilde over pasientens plager. Mangel på generell kunnskap om smerte blant personalet, i tillegg til mangelfull dokumentering etter kartleggingen er vurdert som mulige årsaker til at pasientene ikke ble tilstrekkelig smertelindret.
5	Myhra, C. B. & Grov, E. K. (2010)	«Sykepleieres bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)»	Sykepleien Forskning 5(3), s. 210-218	Studien sin hensikt var å kartlegge bruken av ESAS blant sykepleiere som arbeider med pasienter i palliativ fase ved sykehjem. Både lindrende enhet og vanlige avdelinger med øremerkede senger for palliativ behandling ble kartlagt for bruk av ESAS, for deretter å sammenlikne disse med hverandre.	Studien benyttet en kvantitativ metode, hvor et strukturert spørreskjema ble utarbeidet og sendt ut til 134 sykepleiere ifra 18 sykehjemsavdelinger i 18 kommuner. 83 (62%) av sykepleierne fra 16 sykehjem utførte og returnerte spørreskjemaet.	Det er i hovedsak likhet i sykepleiernes bruk av ESAS ved de to ulike avdelingstypene. Derimot hadde de på palliativ enhet større grad av planer og skriftlige rutiner for bruk av ESAS, i tillegg til systematisk opplæring og rutiner. Sykepleierne på den andre avdelingstypen rapporterer at de ikke bruker ESAS like mye, da deres pasienter ofte er for dårlige til dette. Artikkelen tolker dette på to måter, hvorav den ene tar stilling til at sykepleiere på vanlig avdeling ikke har tilegnet seg metoder for kartlegging av svært dårlige pasienter. At de palliative enhetene kom best ut i denne studien var forventet, grunnet at disse er tilført mer ressurser både personalmessig og organisatorisk.

5 Drøfting

Ut ifra oppgavens problemstilling skal jeg i det følgende ta for meg og diskutere betingelser som vil ha betydning for sykepleiers evne og mulighet til å forbedre smertelindring av eldre kreftpasienter gjennom bruk av ESAS. Både forhold ved sykepleieren som fagperson, men også rammene rundt henne vil inkluderes. Faglitteratur og relevante funn fra forskning vil bli veid opp mot hverandre. Kommunikasjon vil være et gjennomgående tema i hele diskusjonsdelen. Videre vil så hovedtemaer være: Betydningen av individuell tilnærming ved kartlegging, sykepleierens kunnskap og kompetanse, dokumentasjonsferdigheter og rutiner, og til slutt betydningen av gjensidig forståelse og sykepleierens interesse.

5.1 Betydningen av individuell tilnærming ved kartlegging

Joyce Travelbee (1999) hevder i sin teori at uten etableringen av et «menneske-til-menneske-forhold» gjennom kommunikasjon med pasienten, vil ikke sykepleier være i stand til å sette seg inn i pasientens erfaringer og syn på sin sykdom og lidelse, og da videre pasienten sitt individuelle behov for pleie. I utgangspunktet er ESAS et selvrappoteringskjema som pasienter kan fylle ut på egenhånd, men ut ifra Travelbee sin teori vil sykepleieren da ikke klare å virkelig se pasientens behov for pleie. Det er mange pasienter som foretrekker hjelp til utfyllingen av ESAS og flere sykepleiere anser ikke ESAS som en erstatning for samtale rundt pasientens plager og pleiebehov, men som en referanseramme for god kommunikasjon og samtale (Berg, Kvalem, Aass & Hjermsstad, 2011; Buttenschoen, Stephan, Watanabe & Nikolaichuk, 2014).

Når sykepleieren skal hjelpe pasienten i utfyllingen av ESAS, vil det være faktorer som kan påvirke tilnærmingen til pasienten under kartleggingen. Rundt 80% av eldre i sykehjem har en viss grad av kognitiv svikt, som skal gjøre det vanskelig å forstå og betegne smertene sine og andre symptomer på en skala fra 0 til 10. Da må sykepleier kunne tenke kreativt i kommuniseringen av symptomskår (Travelbee, 1999), og kan eksempelvis hjelpe pasienten ved å oversette den numeriske skalaen som blir brukt i ESAS til en verbal skala med færrest mulig ulike uttrykk for pasienten å forholde seg til.

Svikt i korttidshukommelsen til eldre kan også tilrettelegges for ved å presisere at det er den «nåværende» intensiteten av smertene og de andre symptomene i ESAS som skal kartlegges.

Ifølge studien til Buttenschoen et al. (2014) er det ikke alle sykepleiere som har samme oppfatning av tidsperspektivet rundt kartleggingen av symptomintensitet. Noen sykepleiere mener blant annet at det den gjennomsnittlige intensiteten over en periode på eksempelvis 24 timer er hva som skal føres i ESAS. Hui og Bruera (2017) forklarer at tidligere når det var meningen å kartlegge symptomsintensiteten til pasientene daglig, at man da skulle kartlegge gjennomsnittlig symptomintensitet fra de siste 24 timene. Men, da det var flere pasienter som slet med å skåre symptomsintensiteten sin på denne måten, ble det endret til å skulle måle nåværende symptomintensitet i den nye ESAS-r. Videre blir det også i teoridelen av oppgaven beskrevet hyppig underrapportering av smerter blant eldre. Dette kan forebygges ved at sykepleieren tar initiativet til å spørre pasienten og starte en samtale, noe Travelbee (1999) beskriver å være sykepleiers ansvar under relasjonsbygging med pasienten. Det er heller ikke uvanlig når man blir eldre at en eller flere av sansene sine svekkes. Sykepleieren kan tilrettelegge kartleggingen for eldre med syns- eller høreselssvikt, ved at sykepleieren tar med pasienten på et skjermet rom med god belysning, i tillegg til å sørge for at pasienten har tilgang på mer personlige hjelpemidler briller, hørselsapparat eller -forsterker. Et skjermet rom, uten forstyrrelser, vil også være til hjelp ved kartlegging av pasienter med moderat til alvorlig kognitiv svikt, da en reduksjon i stimuli vil gi bedre konsentrasjonsevne til disse pasientene.

I tillegg til utfordringer sykepleier kan møte på ved kartlegging av eldre pasienter, kan en også møte på utfordringer hos pasienter med langtkommen eller terminal sykdom, eksempelvis kreft. Det hyppigste og mest fremtredende symptomet blant de som kartlegges av ESAS er «fatigue», som i den norske versjonen er oversatt til «tretthet» (Schjølberg, 2017). Symptomet øker med progresjon av sykdommen og kjennetegnes ved at pasienten føler seg kraftesløs eller at en har lite energi. Dette kan gjøre at pasienter ikke orker eller er motivert til å kartlegges, og i studien til Gran og Landmark (2012) var det noen pasienter som opplevde kartlegging daglig som slitsomt og som «unyttig mas». Dette krever at sykepleier klarer å være rundere i kantene i forhold til anbefalinger og hva som er best for og ønsket til pasienten. Travelbee (1999) hevder at det å kjenne personen trolig også er det som gjør at sykepleieren utvikler en følelse for «timing» i sykepleiesituasjonen, når den syke bør oppfordres til å snakke og når han bør få være i fred. Likevel er det viktig å kartlegge pasientens symptomer kontinuerlig med ikke for store mellomrom, da intensiteten til symptomene hos pasienter med langtkommen sykdom endrer seg raskt i løpet av korte perioder under palliativ fase (Schjølberg, 2017). Uten systematisk kartlegging over tid kan det

bli vanskelig å få et nøyaktig nok bilde av symptomene og symptomgruppene til pasienten, som er viktig å ha for planleggingen av behandling.

En pasient er også mer enn det sykdomsrettede som «eldre», «kreftpasienter» eller «palliative pasienter», og man må ta hensyn til og det unike med hver pasient slik beskrevet av Joyce Travelbee (1999). Pasienter med samme sykdom kan ha vidt forskjellig sykdomsadferd, som har betydning for hvordan smerter og andre symptomer blir oppfattet og mestret og for samarbeidet om kartleggingen og behandlingen. Sykdomsadferden blir blant annet påvirket av tidligere erfaringer med sykdom og lidelse, eksempelvis smerter. Det er derfor gode grunner til å være til stede under utførelsen av ESAS og forsøke å danne seg et bilde av pasientens oppfatning av sin tilstand, i tillegg til å kartlegge nærmere hvis den synes å avvike fra hva som virker rimelig.

5.2 Betydningen av sykepleierens kunnskap og kompetanse

I den *Nasjonale handlingsplan for palliasjon i kreftomsorgen* kreves det at alle som arbeider innenfor deler av helsetjenesten, inkludert sykehjem, skal ha generell kompetanse/kunnskap innen lindrende behandling (at bachelorutdanningen gir grunnleggende kunnskap om lindrende behandling). Dette inkluderer å ha kunnskap om kartlegging av smerter og andre symptomer og evner til å lindre disse. Målgruppen av oppgaven er en sårbar gruppe med stort behov for pleie og omsorg, og krever kompetent helsehjelp. Den nasjonale handlingsplanen anbefaler ESAS som kartleggingsverktøy både hos spesialist- og kommunehelsetjenesten – optimal for bruk til smertelindring fordi den ser på sammenhengen mellom smerter og andre både fysiske og emosjonelle symptomer, skal være med på å gi en mer helhetlig og flerdimensjonal tilnærming ved vurdering av smertelindrende tiltak.

En studie utført i palliative sykehjemsenheter i Norge, fant de at det var flere sykepleiere på palliative enheter som hadde kjennskap til og tok i bruk ESAS. Men selv om flere her også svarte at de hadde skriftlige rutiner på avdelingen for bruk av ESAS og/eller opplæring i kartleggingsverktøyet tilknyttet avdelingen, var det omtrent en tredjedel som oppga at de ikke hadde dette. Også i spørsmål om utfordringer tilknyttet bruk, var det noen som svarte at de hadde for dårlig tid (Myhra & Grov, 2010). Derimot burde ikke tidspress være et problem på palliative sykehjemsenheter grunnet større personalomsetning per vakt sammenliknet med en vanlig sykehjemsavdeling. Også, i studien til Gran et al. (2012) kom det frem at selv om de hadde fått opplæring i ESAS og bruken av den, hadde de færreste grunnleggende kunnskaper om smerter og faktorer som påvirker disse. Palliativ enhet har også krav om høyere kompetansenivå på avdelingen, så under opplæringsperioden i ESAS tilknyttet sistnevnte forskningsprosjekt var generelle kunnskaper innen smerte blitt forventet.

I artikkelen skrevet av Hui & Bruera (2017) skriver de at man framover må forsøke å standardisere ESAS og utforske dens fulle potensial, blant annet innen bruk til smertelindring.

5.3 Betydningen av sykepleierens dokumentasjonsferdigheter

I studien til Gran og Landmark (2012) blir det konkludert at kunnskaper om bruk av ESAS og om smerter alene ikke er tilstrekkelig for å lindre smertene til pasientene. Det ble videre diskutert at svært mangelfull dokumentasjon i etterkant av kartlegging ved hjelp av ESAS, samt fraværende dokumentering rundt effekten av smertelindrende tiltak trolig var årsaken til at den systematiske kartleggingen ved hjelp av ESAS ikke gav bedre smertelindrende effekt.

Ifølge *helsepersonelloven* §40 (1999) plikter alle som yter helsehjelp til å dokumentere «alle relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen». Denne plikten er især gjeldene blant sykepleiere og annet helsepersonell som mest omgås med pasientene. Nettopp fordi sykepleierne er i mest direkte kontakt med pasientene sammenliknet med andre yrkesgrupper, er det som oftest sykepleierens ansvar å kartlegge, eller å bistå pasienten i rapportering, av sin helsetilstand og behov for pleie. Det er videre sykepleieren sitt ansvar å dokumentere funn fra kartleggingen, iverksatte behandlingstiltak basert på denne og deretter starte på ny ved ny kartlegging og dokumentering av effekten ved iverksatt behandling til pasienten.

Målgruppen som beskrives i denne oppgaven, omfatter i tillegg en gruppe mennesker med svært komplisert og omfattende sykdom, som krever avansert behandling og pleie. Desto mer komplisert sykdommen og behandlingen er, desto viktigere er dokumentasjonen.

I tillegg har palliativ enhet på sykehjem ofte en nær tilknytning til både sykehus og hjemmetjenesten, samt et godt tverrfaglig samarbeid med leger, fysioterapeut og prest for å dekke behovene til pasientene på palliativ enhet på et helhetlig nivå (Helsedirektoratet, 2015). Et slikt tverretatlig og tverrfaglig samarbeid, stiller enda høyere krav til god dokumentasjon. Fordelen da med å bruke ESAS for kartlegging av pasientens smerter og behov, er at dette verktøyet allerede er svært integrert i spesialisthelsetjenesten, i tillegg til at den er kjent blant hjemmetjenesten (Helsedirektoratet, 2015), som gjør at alle aktørene har en felles forståelse for hva som er viktig å dokumentere ifra ESAS og at alle skal ha rutiner for tilsending av denne informasjonen eksempelvis dersom pasienten blir forflyttet fra enheten tilbake til hjemmetjenesten eller omvendt.

Viktigheten av sykepleierens dokumentasjonsferdigheter for effektiv smertelindring kommer tydeligere frem i studien til Landmark og Gran (2010). Studien viste ingen signifikant reduksjon i smertens intensitet mellom første og siste kartlegging, og påpekte at en markant årsak til liten lindrende effekt ved systematisk kartlegging kan være mangelfull dokumentasjon i pasientens tiltaksplan. Landmark og Gran (2010) konkluderte med at dersom smertekartlegging skal ha noen hensikt, må kartleggingen dokumenteres og i tillegg til effekten av implementerte tiltak for smertelindring.

Denne studien hadde riktignok kun fokus på smertens intensitet og lokalisasjon, og det lille som ble dokumentert i tiltaksplanen til pasientene omhandlet også kun smerter og smertestillende medikamenter selv om verktøyet ESAS ble anvendt.

For utforming av smertelindrende tiltak, er det viktig at sykepleier dokumenterer tilstedeværelse og intensiteten av alle symptomer oppført i ESAS. Dette fordi flere av symptomene som kartlegges i ESAS ofte er assosiert med hverandre i form av symptomgrupper, og tiltak som angriper ett symptom kan også påvirke andre. Dette kommer blant annet frem i ett eksempel i fra oversiktsartikkelen skrevet av Bruera og Hui (2017, s.636): *«Spiritual distress, depression and anxiety were also found to be important modulators of symptom expression. These insights into symptom modulators have substational implications for symptom management. For example, a patient with high pain expression, severe depression, and spiritual distress would mandate concurrent interdisciplinary management of his emotional and spititual concerns rather than continual escalation of opioid doses»*. Altså er dokumentering av symptomgrupper, og spesielt symptomene som oftest påvirker smerteopplevelsen, svært viktig å for vurderingen av best mulig tiltak eller lindring av smerter. Dette kan også sees i tråd med sykepleierens ansvar for å sørge for at den enkelte pasientens behov for helhetlig omsorg blir ivaretatt (Norsk sykepleierforbund, 2011). Uten å kartlegge og dokumentere alle symptomene ifra ESAS, ikke bare selve smertesymptomet, vil ikke sykepleier klare å dekke pasientens behov for lindring av alle de ulike dimensjonene til smerte (psykiske, fysiske, sosiale og eksistensielle).

5.4 Betydningen av gjensidig forståelse og sykepleierens holdning

Studier viser at forståelsen av ESAS, symptoms-begrepene, den numeriske skalaen og tidsperspektivet, varierer fra person til person (Butternschoen, Stephan, Watanabe & Nikolaichuk, 2014; berg, Kvaalem, Aass & Hjermstad, 2011). I *de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere* (2011) blir sykepleierens ansvar for å lindre lidelser og å bidra til at pasienten får en naturlig og verdig avslutning på livet, i tillegg til at den *enkelte* pasients behov for helhetlig omsorg skal ivaretas. Dette er i tråd med det Travelbee (1999) mener, hvor ingen pasienter er identiske og hvor alle har ulike erfaringer med lidelse og behov for omsorg. Pasienten skal bli behandlet med respekt og verdighet, som vises gjennom den *mellommenneskelige prosess* hvor sykepleier forsøker å bli kjent med den enkelte pasient med et mål om gjensidig forståelse.

Dersom sykepleier og pasient ikke har samme forståelse av symptomskårene i ESAS, kan sykepleierens oppfattelse av pasientens plager og behov for pleie, være annerledes fra hva pasienten faktisk opplever (Bergh, Kvaalem, Aass & Hjermstad, 2011). Eksempelvis, dersom pasienter har ulik forståelse av hva en smerte på skala 10 betyr – hvor noen pasienter enkelt kan skåre smerten sin til 10, mens andre pasienter er redd dette tallet og ikke engang klarer å forestille seg en så høy smerte. I tillegg kan pasientene ha ulik oppfatning av hvor mye smerten deres er redusert eksempelvis fra en smerte på 7 til en nåværende smerteskår på 6. Det er derfor svært viktig at sykepleier forstår hver enkelt pasient og hvordan pasientene opplever sin smerte i forbindelse med den numeriske skalaen.

Det kan være til fordel for sykepleier og pasient å bli enige om betydningen av ESAS og symptomene i forkant av selve kartleggingen, at sykepleier hjelper pasienten underveis i kartleggingen eller går gjennom ESAS og tanker rundt dette etter pasienten har utført skjema, vil minske risiko for misforståelser og feil oppfatninger mellom pasient og sykepleier som er viktig når sykepleieren skal dokumentere resultater fra kartleggingen (Bergh, Kvaalem, Aass & Hjermstad, 2011).

Pleierne må riktignok være klar over at de har stor innflytelse på pasienten (Travelbee, 1999), og at dersom sykepleier prater med pasienten før eller under kartleggingen kan dette påvirke hvordan pasienten skårer. Som nevnt tidligere i oppgaven kan også pårørende hjelpe pasienten å fylle ut ESAS. Men ifølge studien til Buttenschoen, Stephen, Watanabe & Nikolaichuk (2014) synes de fleste sykepleiere denne måten å kartlegge med ESAS på en stor utfordring for dem i forhold til det å måtte tolke symptomskåren til pasienten, etter at den kan ha blitt påvirket av pårørende sine meninger. Sykepleier får heller ikke mulighet på denne måten til direkte å kommunisere med pasienten om hans/hennes opplevelser og tidligere erfaringer rundt smerter og andre symptomer, og vil ikke få muligheten til å danne et «menneske-til-menneske-forhold» med gjensidig forståelse som mål (Travelbee, 1999).

Sykepleier kan også påvirke ved å kommunisere manglende interesse for pasientens opplevelser og plager dersom hun unnlater å diskutere symptomskåren med pasienten. I studien til Bergh et al. (2011) viste dette å virke negativt inn på skårene til pasientene, og hvor noen hadde tenkt å skåre tilfeldig for å se om sykepleieren ville legge merke til dette eller fordi de ikke forsto hvordan eller hvorfor ESAS skulle brukes.

Joyce Travelbee (1999) setter gjensidig forståelse mellom sykepleier og pasienten som målet med den mellommenneskelige prosessen. Men gjensidig forståelse mellom sykepleierne og annet helsepersonell på den palliative enheten er også av stor betydning i hvordan de ulike pleierne skal tolke skårene til pasienten. Mangel på felles forståelse av ESAS-skjema, symptomene her og tidsperspektivet blir beskrevet i studien til Butterschoen et al. (2014). I denne forskningsetikken kommer helsepersonalet også med løsninger for hvordan utfordringene de opplever å møte kan reduseres, blant annet gjennom skriftlige retningslinjer for hvordan de kan bruke ESAS under kartlegging, felles avklaring av symptomene skjemaet inkluderer og hvor tidsperspektivet blir presisert slik at det skal oppstå mindre ulike formeninger og tolkninger av hvordan helsepersonell skal bruke ESAS til å kartlegge pasientens plager.

6 Konklusjon

ESAS er bekreftet i flere av de valgte forskningsartiklene, i tillegg til det teoretiske kunnskapsgrunnlaget til oppgaven, å være en god referanseramme for kommunikasjon og samtale. Dette fordrer likevel en felles forståelse mellom sykepleier og pasient rundt bruken av ESAS, smerter og andre symptomer som kartlegges. Uten god kommunikasjon og gjensidig forståelse kan det oppstå feiltolkninger av den numeriske skalaen eller symptombegreper under utføringen av ESAS, og pasientene kan ende opp å skåre annerledes enn det de hadde gjort dersom de hadde fått tilstrekkelig veiledning eller tilbakemelding i etterkant fra sykepleier.

Pasientgruppen er kompleks og sammensatt, og det tilsvarende kan bli sagt om smertebildet deres. Dette gir store utfordringer for sykepleieren tilknyttet kartleggingen. Sykepleier må ha innsikt i disse utfordringene og evne til å tilrettelegge for de gjennom både sykdomsrettet og personsentrert tilnærming. Sykepleiere på palliativ sykehjemsenheter har riktignok ikke de samme tidsmessige utfordringene som vanlige sykehjemsavdelinger, og vil dermed ha den tiden de trenger til å utføre en nøye kartlegging av pasientens smerter. Sykepleieren må siden ha tilstrekkelig med kunnskaper, ikke bare om ESAS og bruken av den, men må ha generelle kunnskaper om smerter og hva som kan påvirke smerteopplevelsen i positiv og negativ forstand. Dette inkluderer kunnskaper om andre symptomer, hovedsakelig de psykososiale, i tillegg til symptomgrupper som kan oppstå. Medikamenter og tidligere erfaringer med smerte er også av betydning, og sykepleier bør under utfyllingen av ESAS få oversikt over dette hos hver enkelt pasient. Det viser seg så at systematisk kartlegging ikke er nok til å gi bedre smertelindring av pasientene. Sykepleierens dokumentasjonsferdigheter spiller en viktig rolle, spesielt i å se smertemønsteret til ulike pasientene og dens utvikling over tid. Dette er især viktig for denne pasientgruppen grunnet kort forventet levetid og hyppige endringer i smerte- og symptomintensitet. I tillegg er dokumentering essensielt på en korttidsavdeling som palliativ sykehjemsenheter, hvor behandlingen av pasienten ofte foregår i tett samarbeid med andre yrkesgrupper innenfor helsetjenesten, i tillegg til samarbeid med både spesialisthelsetjenesten og hjemmetjenesten.

Kreftomsorgen i Norge vil møte en stor utfordring de kommende årene med økt antall krefttilfeller, spesielt blant eldre. At overlevelsesraten øker, betyr samtidig at sykdomsforløpet til pasientene vil i gjennomsnitt også øke, som stiller høyere krav til lindring av smerter og andre plagsomme symptomer som utvikler seg over tid hos denne pasientgruppen. Dette vil i sin tur stille høyere krav til kompetanse og økt bemanning de steder som yter helsehjelp til denne gruppen pasienter. Eldre kreftpasienter er sterkt underrepresentert i kliniske studier, og de fleste som arbeider innenfor kreftomsorgen har eller skaffer seg en videreutdanning i kreftsykepleie eller palliasjon, med lite fokus på økt kunnskapsnivå innen geriatri. Sykepleieren bør vite sin kraft i og betydningen av systematisk smertekartlegging blant denne gruppen mennesker.

Konklusjonen her vil være at ESAS er et svært nyttig verktøy for å kartlegge smertebildet til eldre kreftpasienter i palliativ fase og gir muligheten til en mer helhetlig tilnærming i vurderingen av smertelindrende tiltak. Selv om ESAS kun kartlegger intensiteten av pasientens smerter, gir det samtidig sykepleieren innsikt i symptomgrupper og hvordan fremtreden av de andre symptomer kan påvirke smerteopplevelsen til pasienten. Gjennom ESAS kan sykepleier tilegne seg en mer helhetlig forståelse av smertebildet og dens fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle dimensjoner.

Referanseliste

- Bergh, I., Aass, N., Haugen, D., Kaasa, S. & Hjermstad, M. J. (2012). Symptomkartlegging i palliativ medisin. *Tidsskrift for den norske legeforening*. 132(1), 18-19. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2012--18-9.pdf>
- Bergh, I., Kvalem, I. L., Aass, N. & Hjermstad, M. J. (2011). What does the answer mean? A qualitative study of how palliative cancer patients interpret and respond to the Edmonton Symptom Assessment System. *Palliative Medicine*, 25(7), 716-724. DOI: <https://doi.org/10.1177%2F0269216310395985>
- Butternschoen, D. C., Stephan, J., Watanabe, S. & Nikolaichuk, C. (2014). Health care providers' use and knowledge of the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): is there a need to improve information and training? *Supportive Care in Cancer*, 22(1), 201-208. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-013-1955-8>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *Samhandlingsreformen* (St.meld.nr. 47). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2018). Kreft er nå den hyppigste dødsårsak i Norge. Hentet fra *FHI Nyheter*: <https://www.fhi.no/nyheter/2018/dodsarsakene-2017/>
- Fredheim, O. M. S. (2016). Andre smertetilstander hos palliative pasienter. S. Kaasa & J. H. Loge (red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gran, S. V. & Landmark, B. T. (2012). Kan smertekartlegging ved bruk av ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale) bidra til å lindre smerte hos eldre på sykehjem? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 8(1), 34-46. DOI: <https://doi.org/10.7557/14.2330>

- Haugen, D. K. & Aass, N. (2016) Organisering av palliative tilbud. S. Kaasa & J. H. Loge (red.). *Palliasjon: Nordisk lærebok* (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Helsedirektoratet. (2015). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. Hentet fra:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20kreftomsorgen-IS-2285.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2020*. Hentet fra
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2020/id2465117/>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hui, D. & Bruera, E. (2017). The Edmonton Symptom Assessment System 25 Years Later: Past, Present, and Future Developments. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(3), 330-343. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.10.370>
- Kaasa, S. (2016). Smertebehandling – Generelle prinsipper. S. Kaasa & J. H. Loge (red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kaasa, S. & Loge, J. H. (2016). Palliativ medisin – en innledning. S. Kaasa & J. H. Loge (red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Knudsen, A. K. & Kaasa, S. (2016). Smertediagnostikk. S. Kaasa & J. H. Loge (red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kreftforeningen. (u.d.). *Hva er kreft?* Hentet fra:
<https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/>
- Kreftregisteret. (2018). *Cancer in Norway 2017*. Hentet fra
<https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Publikasjoner/Cancer-in-Norway/cancer-in-norway-2017/>

- Kreftregisteret. (u.d.). *Stor økning i krefttilfeller fram mot 2030*. Hentet fra <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Nyheter/Stor-okning-i-krefttilfeller-fram-mot-2030/>
- Loge, J. H., Bjordal, K. & Paulsen, Ø. (2006). Tilnærming til pasienter som trenger palliativ behandling. *Tidsskrift for den norske legeforening*. 126(4), 462-466. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2006--462-6.pdf>
- Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (red.), *Klinisk sykepleie – bind 2* (5.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Myhra, C. B. & Grov, E. K. (2010). Sykepleieres bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS). *Sykepleien Forskning*, 5(3), 210-218. DOI: <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2010.0113>
- Norsk forening for palliativ medisin. (2004). *Standard for palliasjon*. Hentet fra <https://legeforeningen.no/PageFiles/26901/standardforpalliasjon.pdf>
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (red.), *Klinisk sykepleie – bind 1* (5.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-199907-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Rosland, J. H. & Tjølsen, A. (2016). Grunnleggende smertepatofysiologi. S. Kaasa & J. H. Loge (red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

- Rustøen, T., Torvik, K., Valeberg, B., Utne, I. & Stubhaug, A. (2010). Kreft og smerter. T. Rustøen & A. K. Wahl (red.), *Ulike tekster om smerte – Fra nocisepsjon til livskvalitet* (1.utg). Oslo: Gyldendal akademisk
- Schjølberg, T. K. (2017). Fatigue. A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (red.), *Kreftsykepleie. Pasient – Utfordring – Handling*. (4. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Statistisk sentralbyrå. (1999). *Eldre i Norge*. Hentet fra <https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa32/sa32.pdf>
- Stubhaug, A. & Ljoså, T. M. (2010). Hva er smerte? T. Rustøen & A. K. Wahl (red.), *Ulike tekster om smerte – Fra nocisepsjon til livskvalitet* (1.utg). Oslo: Gyldendal akademisk
- Thidemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Torvik, K. & Bjørro, K. (2010). Smerte hos eldre. T. Rustøen & A. K. Wahl (red.), *Ulike tekster om smerte – Fra nocisepsjon til livskvalitet* (1.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Torvik, K., Kaasa, S., Kirkevold, Ø., & Rustøen, T. (2010). Pain and Quality of Life Among Residents of Norwegian Nursing Homes. *Pain Management Nursing*, 11(1), 35-44. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2009.01.001>
- Torvik, K., Skauge, M. & Rustøen, T. (2010). Smertekartlegging. T. Rustøen & A. K. Wahl (red.), *Ulike tekster om smerte – Fra nocisepsjon til livskvalitet* (1.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: universitetsforlaget.
- Vigstad, S., Clancy, A. & Broderstad, A. R. (2019). Palliative patients get greater relief from early screening og symptoms and implementation of measures. *Sykepleien Forskning*, 13(74591)(e-74591). DOI: <http://dx.doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.74591>

World Health Organization. (u.d.). *WHO Definition of Palliative Care*. Hentet fra
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>