

Hinder och möjligheter för sjuksköterskor att göra symtomskattning för patienter med palliativa behov

-En litteraturöversikt

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning palliativ vård, 60 hp

Självständigt arbete, 15 hp, GPA105, HT2021

Nivå: Avancerad nivå

Författare:

Susanna Wetterlund

Handledare:

Maja Holm

Ulrika Solstad

Examinator:

Ragnhild Hedman

Sammanfattning

Bakgrund: Kvaliteten på den palliativa vården i Sverige bygger bland annat på i vilken utsträckning sjuksköterskor symtomskattar patienternas symtom strukturerat och använder sig av symtomskattningsinstrument. Besvärande symtom kan inkludera besvär inom olika dimensioner. Patienter kan lida av psykisk, fysisk, social eller existentiell smärta där den fysiska dimensionen anses vara som en barriär för att få tillgång till symtombördans övriga dimensioner.

Syfte: Syftet var att beskriva hinder och möjligheter för sjuksköterskor att göra symtomskattning för patienter med palliativa behov.

Metod: En strukturerad litteraturöversikt gjordes baserad på systematiska principer. Artiklarna analyserades baserat på Bettany-Saltikov och McSherrys metod i nio steg.

Resultat: I resultatet ses olika kategorier av hinder men även möjligheter att identifiera besvärande symtom genom strukturerad skattning hos patienter med palliativa behov. Det mest angivna hindret var vårdpersonalens arbetsbelastning, detta oavsett var vården gavs. Även kommunikation mellan olika personalkategorier lyftes som hinder men ansågs ändå som en möjlighet gällande kommunikation mellan vårdpersonal och patient. Det som stack ut i kategorin kunskap var att det i flera studier framkom att vårdpersonal inte var införstådda med vad begreppet palliativ vård innebar.

Slutsats: I denna litteraturstudie sågs konkreta hinder och möjligheter till användandet av symtomskattningsinstrument. Arbetsmiljön visades sig vara den mest framträdande enskilda orsaken och att mycket är beroende på hur sjuksköterskor kan påverka denna. Kunskapsbrister sågs inom både skattningsinstrument i sig men även vad palliativ vård innebär generellt.

Nyckelord: Hinder, möjligheter, palliativ vård, sjuksköterska, symtomskattning.

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
PALLIATIV VÅRD	1
<i>Definition och förhållningssätt</i>	1
<i>Allmän palliativ vård</i>	3
<i>Specialiserad palliativ vård</i>	4
SYMPTOM	4
<i>Beskrivning av övriga symtom</i>	5
<i>Total pain</i>	6
<i>Symtomlindring</i>	6
<i>Symtomskattning</i>	7
SJKSKÖTERS KANS ROLL	9
PROBLEMFÖRMULERING	10
SYFTE	10
TEORETISKT RAMVERK	11
METOD	12
URVAL	12
DATAINSAMLING	12
<i>Manuell sökning</i>	14
DATANALYS	14
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	15
RESULTAT	16
ARBETSMILJÖ	16
KUNSKAP	17
KOMMUNIKATION	18
PATIENTNYTTA	19
DISKUSSION	20
RESULTATDISKUSSION	20
METODDISKUSSION	25
SLUTSATS	27
KLINISKA IMPLIKATIONER	27
FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING	28

REFERENSFÖRTECKNING	29
BILAGA 1	47
BILAGA 2	48
BILAGA 3	60

Inledning

Palliativ vård riktar sig till patienter oavsett diagnos, med sjukdom där bot inte finns. Den palliativa vården bygger på en holistisk syn på patienter som individer och deras värde. Livskvalitet står därmed i centrum både för patienter och närstående (Socialstyrelsen, 2020). Författarna har genom arbetslivserfarenhet sett brister i symtomskattning inom den allmänna palliativa vården där båda är verksamma, en kommunal hemsjukvårdsenhet och ett särskild boende för äldre inom två olika regioner i Sverige. Bristerna gällande symtomskattning bekräftas även statistiskt då det ses låga procent gällande symtomskattning övriga symtom inom den allmänna palliativa vården. Med det menas skattning av andra symtom än fysisk smärta sista veckan i livet. Genom att i vetenskaplig litteratur se över vilka hinder och möjligheter som redovisas att genomföra symtomskattning, hoppas vi kunna bidra till samlad kunskap kring vilka hinder och möjligheter det finns och genom detta hitta strategier att implementera symtomskattning inom våra egna enheter.

Bakgrund

Palliativ vård

Definition och förhållningssätt

Ordet palliativ kommer från det latinska ordet pallium vilket betyder mantel. Inom den palliativa vården blir manteln en symbol för omsorg om den döende människan och tros härledas från helgonet Sankt Martins medmänskliga omtanke då han delade sin mantel med en fattig människa utan kläder (Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland, 2017). I en definitionsanalys redovisas att inom kontexten vårdande av döende introducerades begreppet palliativ vård av en kanadensisk läkare vid namn Balfour Mount 1973 men innebörden av det har under åren förändrats till vad det är idag (Pastrana et al., 2008). I Sverige började begreppet användas på 80-talet, före det var begreppet terminal vård vedertaget (Ternestedt & Andershed, 2013) men detta bör enligt Socialstyrelsen ej användas utan likställas med begreppet sen palliativ fas (Socialstyrelsen, 2013). Inom den svenska vårdkontexten förtydligades begreppet palliativ vård i samband med en utredning initierad av Sveriges riksdag "Döden angår oss alla" och innebörden blev att den palliativa vården ska syfta till en

aktiv vård med patienten och närstående i centrum samt att det inte innebär enskilda vårdinsatser utan en vårdkedja som är sammanhållen (SOU 2001:6).

Livskvalitet beskrivs som ett centralt begrepp i den internationella kontexten palliativ vård, vilket ses i World Health Organisations [WHO] (2002) definition där deras beskrivning av palliativ vård bygger på ett förhållningssätt för att om möjligt höja livskvaliteten för patienter med livshotande ej botbar sjukdom. De nämner även att ambitionen för god palliativ vård även gäller närstående och att lindra samtliga symtom oavsett om de är fysiska, psykiska, psykosociala eller existentiella, ett så kallat holistiskt förhållningssätt gentemot patienten. Det senaste året har även en beskrivning gällande förhållningssätt gentemot patienter som har palliativa vårdbehov tagits fram av International association for Hospice and Palliative Care [IAHPC] (Radbrush et al., 2020). Enligt Regional cancercentrum i samverkan [RCC] (2021a) är den stora skillnaden mellan de olika beskrivningarna att WHO lägger vikten på problem relaterat till livshotande sjukdom medan IAHPC i stället fokuserar på patienters lidande relaterat till livshotande sjukdom. Konsensus blir sammantaget att förhållningssättet blir mer personcentrerat (Radbrush et al., 2020).

De nationella riktlinjerna för palliativ vård är framtagna med de internationella som mall. Detta ses framförallt i nationellt vårdprogram för palliativ vård som initierats efter en genomlysning av den svenska palliativa vårdens kvalitet där det framkom att den var ojämlig beroende var och vem som vårdade patienter med palliativ diagnos (Socialstyrelsen, 2006). Uppföljning efter genomlysningen genomfördes av Socialstyrelsen (2016) där förbättringsområden togs fram, bland annat symtomskattning av smärta men även sågs en ändring av begreppet patienter med palliativ diagnos. Det begreppet omnämns i stället med personer i behov av palliativ vård. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS 2017:30) ska målet vara en vård på lika villkor för de som behöver samt att verksamheter inom hälso- och sjukvård ska ansvara för att detta uppfylls. I den senaste upplagan av palliativt vårdprogram utgiven av RCC (2021b) lyfts frågan om det palliativa förhållningssättet även kan appliceras på patientkategorin sköra äldre som är svår att identifiera och därmed en utmaning att ge god palliativ vård.

Enligt Wallerstedt et al. (2019) skiljer sig begreppet palliativ vård åt beroende på vem som tillfrågas. Det upplevs förvirrande och otydligt och olika alternativa begrepp lyftes såsom terminalvård och vård i livets slut men att dessa nyanserade sig till att inbegripa den absolut

sista tiden i en människas liv. Palliativ vård ansågs av flera intervjuade i studien vara ett mer övergripande begrepp där förväntad överlevnad kunde sträcka sig från veckor, månader och även flera år. Inom den kommunala palliativa vården anses begreppet palliativ vård inte användas i deras dagliga vårdande kontext, användandet av uttryck som vårda i livets slut anses mer användbart (Wallerstedt et al., 2019). Enligt Socialstyrelsen (2013) som beskrivits tidigare bör inte begreppet terminal vård användas i Sverige men enligt Ternstedt & Andershed (2013) är det vanligt förekommande i den internationella litteraturen för att beskriva den absolut sista tiden i livet.

De flesta dödsfallen i Sverige är väntade. Patienter avlider av känd obotlig sjukdom och tid finns då att förbereda sig på att livet närmar sig sitt slut (Axelsson, 2018). Närmare bestämt bedöms 80 procent av de som avlider i Sverige varit i behov av palliativ vård (Socialstyrelsen, 2018). Patienter med obotlig sjukdom finns överallt i svensk vård (Socialstyrelsen, 2018) och palliativ vård behöver därför finnas tillgänglig i hela vårdkedjan (Axelsson, 2018).

Allmän palliativ vård

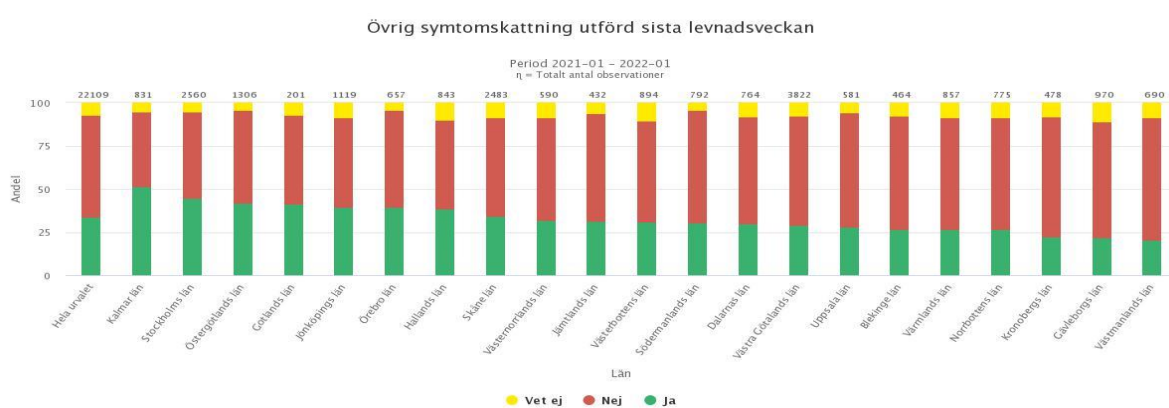
Allmän palliativ vård ges till patienter vars behov kan tillgodoses av vårdpersonal med grundläggande kunskap och kompetens i palliativ vård (Socialstyrelsen, 2018). Den allmänna palliativa vården förknippas ofta med vård som utförs av vårdpersonal inom kommunal verksamhet med stöd av primärvårdsläkare men kan även ske inom sjukhus utanför enheter med palliativ specialistkompetens (Axelsson, 2018). I ett nummer av läkartidningen uppmärksammades bristen på utbildning inom palliativ vård på läkarprogrammet i Sverige, 2016 gavs endast 2–15 timmars utbildning gällande palliativ medicin. Många läkare som utbildat sig tidigare kan vara de som arbetar inom dagens primärvård. Med detta samt bristande utbildning i åtanke kan kunskapsbrist föreligga gällande palliativ medicin och vård vilket berör patienter som vårdas inom ramen för allmän palliativ vård (Axelsson et al., 2016). För sjuksköterskor som gått grundutbildningen är det också olika hur mycket kunskap dessa fått med sig beroende på vilket lärosäte de studerat vid. Det kan variera från enskilda kurser till att den palliativa vården implementeras i befintliga närliggande områden (Socialstyrelsen, 2016). Problemet gällande ökande utbildningsbehov av palliativ vård lyfts av Alvariza et al. (2020) utifrån den nya definitionen av palliativ vård framtagen av IAHP (Radbrush et al., 2020).

Specialiserad palliativ vård

I Sverige delas den palliativa vården upp i olika vårdnivåer. Specialiserad palliativ vård ges till patienter med komplexa symtom eller en livssituation med särskilda behov. Denna typ av vård ska bedrivas av ett multiprofessionellt team bestående av personal med specialiserad kunskap och kompetens inom palliativ vård. Kunskapen och kompetensen ska gälla både medicinskt och omvårdnadsmissigt men även andra yrkeskategorier som kan vara aktuella för verksamheten (Socialstyrelsen, 2018).

Symtom

I livets slut kan patienter drabbas av olika besvärande symtom beroende på grundsjukdom och därmed olika bakomliggande orsaker. Grundorsaken behöver därför utredas och om möjligt lindras. Symtom som är vanligt förekommande är trötthet, smärta, illamående, andnöd, aptitlöshet och oro (Karlsson, 2013). Enligt van Lancker et al. (2018) sågs liknande symtommoder både bland cancerpatienter och icke cancerpatienter. De symtom som registreras via dödsfallsenkät i svenska palliativregistret under övriga symtom är illamående, andnöd, oro, rosslighet och förvirring (Palliativregistret, 2021). Nedanstående figur hämtad från Svenska Palliativregistret förtydligade utförd symtomskattning gällande övriga symtom inom enheter som utför allmän palliativ vård i kommunal regi.



Beskrivning av övriga symtom

Illamående, både med och utan kräkning, är ett vanligt symtom vid olika diagnoser (Walsh et al., 2017). På grund av bristande rutiner kring att regelbundet fråga patienten om denne besväras av illamående, uppmärksammas inte alltid detta symtom av hälso- och sjukvården. Det är viktigt att om möjligt hitta orsaken till illamåendet då det kan bero på olika mekanismer som påverkar kräkcentrum. Beroende på vilken mekanism som är mest trolig kan den behandlas. Vid utebliven effekt kan nästa mest troliga mekanism behandlas i stället och på det sättet komma fram till optimal behandling (Axelsson, 2018).

Andnöd, eller dyspné, är patientens egen känsla av att inte få luft. Det är en subjektiv känsla som inte behöver ha något samband med exempelvis hög syrgasmättnad i blodet (Axelsson, 2018). Enligt Solano et al. (2006) och Henson et al. (2020) är andnöd ett vanligt symtom i livets slut, oberoende av grundsjukdom. Henson et al. (2020) beskriver patienternas skrämmande upplevelse av att inte få luft. Även närstående och personal kan känna frustration eftersom andnöd kan vara svårt att lindra. Andnöd är dessutom ett vanligt enstaka symtom som föranleder till akutsjukvård, även bland patienter med palliativa vårdbehov (Henson et al., 2020).

Rosslighet är starkt förknippat med den absolut sista tiden i en människas liv. Orsaken beror oftast på att kroppen inte längre orkar hosta, svälja eller ändra kroppens läge för att underlätta att slem kommer upp ur luftvägarna. Ljudet som hörs härleds från slemmet som rör sig upp och ner i luftstrupen. Patienter lider oftast inte av rossligheten eftersom det sker sent i döendeprocessen och patienterna inte längre är vid medvetande. Däremot kan det vara obehagligt för närstående, men även personal, och försök att med läkemedel minska sekretutsöndring kan vara att föredra (Campbell & Yarandi, 2013). Närstående upplever ofta obehag/stress över att höra rossligheten och därför kan önskan om lindring vara stor (Shimizu et al., 2014). I samband med läkemedelsbehandling mot rosslighet är det viktigt att ha kunskap om att det sekret som finns inte försvinner, utan att det endast förhindrar att ytterligare sekret bildas (Axelsson, 2018).

Ångest och rädsla är två närliggande symtom där rädsla definieras som att vara ett psykiskt tillstånd där den som är drabbad vet vad rädsan beror på medan ångesttillstånd inte alltid kan härledas till ett specifikt fokus av den drabbade (Sand & Strang, 2019). Ångest kan visa sig med fysiska symtom såsom muskelspänningar, rastlöshet, sömnsvårigheter och fatigue.

Intensiv ångest kan ytterligare visa sig med symtom som hjärklappning, svettningar, skakningar, andnöd, bröstsmärta, illamående och yrsel. På grund av de många olika symtomen är det viktigt att utesluta fysiska orsaker innan slutlig diagnos ställs (Thielking, 2003).

Förvirring eller delirium är ett förhållandevis vanligt symtom för patienter inom palliativ vård. Trots det är det underdiagnostiserat och ofta förväxlat med depression eller fatigue i de fall det rör sig om hypoaktivt förvirringstillstånd. När det gäller hyperaktivt förvirringstillstånd förväxlas det istället ofta med ångest, oro eller rastlöshet (Leonard et al., 2014). Precis som i samband med ångest kan förvirring härledas till fysiska orsaker. Exempel på detta kan vara vid infektion, dehydrering, obalans i elektrolyter framförallt kalcium och även vid låga blodvärden. Därför är det viktigt att identifiera om det finns någon fysisk och därmed medicinskt behandlingsbar orsak (Axelsson, 2018).

Total pain

Total pain är ett begrepp som myntades av läkaren Cicely Saunders. Hon var verksam i England på 60-talet och en pionjär inom den palliativa vården. Under sin kliniska tid uppmärksammar hon att människor som befinner sig i livets slut inte bara lider av fysisk smärta utan även kan lida av smärta inom andra dimensioner. Psykisk, social och existentiell smärta menar Saunders är områden som är tätt förknippade med den fysiska smärtan. För att lindra dessa är det viktigt att den fysiska smärtan lindras för att på så sätt underlätta för patienterna att uttrycka sina andra smärtor. Att se patienterna som Saunders innebär en mer individualiserad vård som tar i beaktande psykiska, fysiska och existentiella behov och därmed utvecklas till en mer holistisk syn på patienter med palliativa vårdbehov (Clark, 1999).

Symtomlindring

Att inom palliativ vård lindra lidande och förbättra livskvalitén genom symtomlindring ska inte underskattas (Stevens & Laverty, 2018). Enligt kompetensbeskrivning för sjuksköterskor i palliativ vård ska sjuksköterskan med denna specialistinriktning, med ett personcentrerat förhållningssätt i grunden, identifiera problem och genom detta lindra symtom. Detta gäller såväl fysiska och psykiska problem, som sociala och existentiella (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). Sand och Strang (2019) beskriver dessa fyra dimensioner som

viktiga var för sig men att de också står i en beroendeställning till varandra. Smärta är exempelvis inte bara en fysisk förnimmelse utan kan även vara ett existentiellt problem då smärtan kan påminna patienten om en förestående död (Sand & Strang, 2019). Inom den palliativa vården i Sverige lyfts vikten av god symtomlindring som en kvalitetsindikator. Detta innebär ett specifikt incitament för att fastställa hur bra eller dålig kvaliteten är på den palliativa vården i Sverige (Socialstyrelsen, 2017). Eftersom besvärande symtom påverkar patienters livskvalitet, oavsett om de är av fysisk, psykisk eller existentiell art, lyfts behovet av att dessa identifieras och hanteras av vårdpersonal (Nordström & Strang, 2018; Bausewein et al., 2016). De fysiska symtomen i sig orsakar den största rädslan och otryggheten för patienten (Kuruová et al., 2015) då nya eller tilltagande symtom kan upplevas som om sjukdomen förvärrats vilket i sig kan leda till oro och ångest (Karlsson, 2013). En patient som är väl symtomlindrad gällande fysiska symtom mår således oftast betydligt bättre när det gäller övriga dimensioner (Axelsson, 2018). Att dela upp olika symtom i fysiska, psykiska, sociala eller existentiella fungerar i samband med analyser av symtom men upplevelsen är ofta inte separerad hos patienten utan är en helhets känsla (Karlsson, 2013).

Förutom läkemedelsbehandling av symtom kan även olika omvårdnadsåtgärder vara aktuella. Vid andnöd kan i vissa fall en så simpel insats som att blåsa i ansiktet på patienten med en hårfön vara effektivt (Galbraith et al., 2010). Rosslighet kan lindras genom lägesändringar (Shimizu et al., 2014). Vid ångest kan humor användas om vårdpersonal har förmåga att känna in när det är "rätt tillfälle". Detta eftersom humorn, om den är passande, kan ha en psykisk terapeutisk effekt (Nyatanga, 2014). I en observationsstudie gjord i Japan med cancerpatienter i behov av palliativ vård ses en tydlig förbättring gällande både fysiska och psykiska symtom i samband med de dagar de badar. I studien uppger patienterna att de känner förbättring gällande fysisk smärta, trötthet, aptitlöshet, nedstämdhet, oro och det allmänna välbefinnandet (Hayashi et al., 2022). Att få göra fotbad har påvisat liknande resultat (Yamamoto & Nagata, 2011) och även för patienter med hjärtsvikt att bada bastu med infraröd uppvärmning (Källström et al., 2018).

Symtomskattning

Att arbeta strukturerat inom palliativ vård innebär bland annat att använda strukturerade symtomskattningsinstrument. Det är stor skillnad mellan vilka symtom en svårt sjuk person

upplever och vad hen spontant informerar hälso- och sjukvården om (Homsí et al., 2006). Att identifiera symtomen tidigt är viktigt för att uppnå optimal lindring men även att utvärdera insatt behandling regelbundet (Homsí et al., 2006; Griggs, 2010). Till exempel kan poängen med att skatta olika fysiska symtom vara att försöka identifiera och lindra dessa genom lämplig medicinsk behandling (Axelsson, 2018).

De fysiska och psykiska symtom som patienter med palliativa vårdbehov kan lida av kan även skattas med hjälp av olika symtomskattningsinstrument. Vanligt förekommande i palliativ vård är Integrated Palliative Care Outcome Scale [IPOS] (Palliativt utvecklingscentrum, u.å.b), Edmonton Symptom Assessment Scale-reviderad [ESAS-r] (Palliativt utvecklingscentrum, u.å.a) och Abbey pain scale (Svenskt demenscentrum, 2020). IPOS är validerad till svensk kontext av Beck et al. (2017) och Lundh Hagelin et al. (2018) har validerat ESAS-r till svensk kontext. Abbey pain scale är utformad för att bedöma smärta hos patienter som saknar ord för att uttrycka sin smärta eller andra besvärande symtom, till exempel patienter med demenssjukdom eller kognitiv funktionsnedsättning som påverkar patienters verbala förmåga (Ludvigsson et al., 2020; Abbey et al., 2004). Symtomskattning som utförs av personal benämns proxyskattning och när patienten själv skattar anges det som patient reported outcome measures [PROM] (Socialstyrelsen, 2017). Både IPOS och ESAS-r kan användas som PROM och proxyskattning. Instrumenten är användbara oavsett grundsjukdom, då de har ett helhetsperspektiv med fokus på symtom (Watanabe et al., 2011; Pos-pal.org., u.å.).

Att använda strukturerade symtomskattningsinstrument ger patienten möjlighet att själv identifiera och uppge sina symtom utifrån sin egen upplevelse och ger en bättre grund för identifiering av de symtom som är besvärande och hur mycket det inskränker på patientens livskvalitet. Inom den palliativa vården förordas öppna frågor för att ge patienten möjlighet att berätta utifrån sig själv. I samband med symtomskattning är det inte lika självklart det bästa alternativet eftersom syftet är att identifiera specifika symtom för att om möjligt lindra dessa (Homsí et al., 2006). Denna identifiering kan göras genom att använda öppna frågor eller genom strukturerad intervju med patienten, men ett skattningsformulär kan vara mer praktiskt att använda. Där kan även proxyskattning användas vid behov om patienten av någon anledning inte själv kan fylla i formuläret. Den primära källan till information om symtom bör

vara patienten själv eftersom evidens finns för att andra än patienten själv, som observerar symtom, inte skattar patientens symtom lika (Bjordal, 2004). Att som vårdpersonal ställa frågor kring besvärande symtom är något patienter upplever som positivt, kortfattat inga frågor inga svar (McIlfatrick & Hasson, 2014).

I en sammanställning gjord av Harding et al. (2011) identifierades 99 symtomskattningsinstrument för klinisk verksamhet vilket då ansågs vara för många. Bausewein et al. (2016) har utvecklat ett dokument innehållande 12 punkter rörande symtomskattningsinstrument på uppdrag av European association for palliative care [EAPC]. Där förordas skattningsinstrument som förutom säkrad validitet till aktuell population även bör vara multidimensionellt uppbyggda. Nio instrument ges som exempel och där är både IPOS och ESAS med. Symtomskattningsinstrument bör vara användbara, utöver kliniskt, även inom både nationell och internationell forskning för att kunna göra jämförelser mellan olika kulturer (Bausewein et al., 2016). Om personal känner sig trygga i att använda skattningsinstrument blir proxyskattningarna säkrare (Evans et al., 2013) dock är PROM-skattning viktigt för att patienten ska få en chans att själv avgöra vilka symtom som besväras denne mest (Bausewein et al., 2016). Att patienterna själva ska skatta sina symtom har länge ansetts som en gyllene regel och det bästa alternativet (van Lancker et al., 2018).

Att som vårdpersonal ha ett proaktivt förhållningssätt gällande symtomskattning för tidig upptäckt kan vara avgörande för symtomlindring. Detta eftersom många symtom kan lindras bättre i förhållande till patientens livskvalitet i ett tidigt skede (Verschuur et al., 2014).

Sjuksköterskans roll

Sjuksköterskan ska enligt Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska kunna göra en bedömning av patientens hälsotillstånd vad gäller både objektiva data och dennes subjektiva upplevelse av sin hälsa, samt även utvärdera hälsotillstånd mot de mål som satts. Patientens ska ges förutsättningar för att kunna prioritera vårdens innehåll (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b). I Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor med specialistkompetens i palliativ vård finns beskrivet hur specialistsjuksköterskan ska ha kunskap i att bedöma patientens symtom och problem samt identifiera behov, genom att använda strukturerade verktyg (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). I International Council

of Nursing [ICN] etiska kod, vilken är översatt till svenska av Svensk sjuksköterskeförening beskrivs att sjuksköterskan i sin profession ska utarbeta och använda riktlinjer i omvårdnad (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a). Som beskrivits tidigare i denna litteraturöversikt utförs inte alltid symtomskattning vilket gör att förutsättningarna för att kunna utföra detta behöver belysas. Enligt Johansson och Wallin (2020) har dessutom specialistsjuksköterskan ett ansvar gentemot undersköterskor/vårdbiträden att undervisa och informera om vilka omvårdnadsåtgärder som kan vara aktuella utifrån evidensbaserad vetenskap.

Problemformulering

Palliativ vård bygger på ett holistiskt förhållningssätt med fokus på den enskilda individen och dennes lidande som är orsakat av obotlig sjukdom. Patienter med obotlig sjukdom finns överallt i svensk vård och palliativ vård behöver finnas tillgänglig i hela vårdkedjan. I livets slut kan patienter, beroende på grundsjukdom, drabbas av olika besvärande symtom. Sjuksköterskan, eller annan vårdpersonal med inriktning omvårdnad, har bland annat symtomskattningsinstrument till hjälp för att synliggöra symtom som är besvärande för patienten. Sjuksköterskan har också ett ansvar att bedöma symtom samt utarbeta och använda riktlinjer, där symtomskattning ingår. Inom den palliativa vården i Sverige lyfts vikten av god symtomlindring som en kvalitetsindikator. I Svenska palliativregistret registreras övrig skattning av symtom som utförts sista veckan i patientens liv där låga procent ses. Eftersom besvärande symtom påverkar patienters livskvalitet, lyfts behovet av att dessa identifieras och hanteras. Att arbeta strukturerat inom palliativ vård innebär bland annat att använda strukturerade symtomskattningsinstrument. Det ger patienten möjlighet att själv identifiera och uppge sina symtom utifrån sin egen upplevelse vilket ger en bättre grund för identifiering av besvärande symtom och hur de påverkar patientens livskvalitet. Det är därför viktigt att undersöka vilka hinder och möjligheter som finns för att skatta symtom.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva hinder och möjligheter för sjuksköterskor att göra symtomskattning för patienter med palliativa behov.

Teoretiskt ramverk

I litteraturöversikten valdes personcentrerad vård som teoretiskt ramverk. Detta då syftet utgår från symtomskattning i palliativ vård och palliativ vård kräver ett personcentrerat förhållningssätt. I Patientlag (SFS 2014:821) 5 kapitel § 1 och Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659) 6 kapitel 1§ finns patientens delaktighet beskriven, att vården vad gäller både utformning och genomförande ska ske i dialog med patienten så långt det är möjligt.

McCormack och McCance (2006) har utarbetat ett ramverk för personcentrerad omvårdnad som innehåller fyra delar. De fyra delarna är *förutsättningar* som handlar om egenskaper hos sjuksköterskan, *vårdmiljön* där fokus ligger på i vilken kontext vården bedrivs, *personcentrerade processer* med fokus på att ge vård genom en rad olika aktiviteter och *förväntat utfall* som är resultatet av effektiv personcentrerad omvårdnad. Egenskaperna hos sjuksköterskan inkluderar att vara professionell, ha färdigheter i mellanmänskliga samspel, vara engagerad i arbetet, ha tydliga värderingar och självkänedom. Vårdmiljön handlar om vårdkontexten och en kombination av färdigheter, system som underlättar för att i samverkan ta beslut, effektiva möten mellan personal, stödjande system, delad makt, samt möjlighet att vara innovativ. Vårdmiljön har stor inverkan på hur man definierar personcentrerad vård och är den faktor som har störst potential att begränsa möjligheten att arbeta personcentrerat. Den personcentrerade processen är den delen i ramverket som specifikt fokuserar på patienten, och handlar exempelvis om att arbeta i enlighet med patientens värderingar, om engagemang, sympati, informerade beslut samt ombesörja patientens fysiska behov. Resultatet av effektiv personcentrerad omvårdnad är det förväntade utfallet. Detta inkluderar exempelvis patientens tillfredsställelse med vården vilket i forskning visats vara en indikator för god vårdkvalité (McCormack & McCance, 2006). En teori eller modell kan i en studie användas som teoretiskt ramverk och det kan då användas som ett verktyg för tolkning (Polit & Beck, 2021). Personcentrerad vård som teoretiskt ramverk är i litteraturöversikten tänkt att användas som avslutande reflektion i resultatdiskussionen (Henricson, 2021).

Metod

En litteraturöversikt gjordes för att få en översikt över aktuell forskning där syftet besvarades. Denna strukturerade litteraturöversikt baserades på systematiska principer. Detta utfördes enligt en metod som beskrivits av Bettany-Saltikov och McSherry (2016). Enligt Polit och Beck (2021) bör en litteraturöversikt genomförd enligt systematiska principer inhämta resultat från forskning utifrån en på förhand bestämd sökstrategi. Sökningarna behöver även gå att kopiera och det ska framgå bestämda inklusions – och exklusionskriterier (Polit & Beck, 2021). I litteraturöversikten kombinerades resultat från både kvalitativa och kvantitativa studier.

Urval

Inklusions -och exklusionskriterier behöver urskiljas innan litteraturöversikten påbörjas, detta för att sökningen skall specificeras för att hitta relevanta artiklar i relation till syftet och exkludera icke – relevanta artiklar (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). I de träfflistor som genererades utifrån sökningarna togs inte artiklar med som handlade om barn. Det vill säga att studier inriktade på personer under 18 år exkluderades. Även studier som handlade primärt om patienters eller närståendes perspektiv kring symtomskattning exkluderades, men artiklar togs med som innehöll annan vårdpersonals åsikter gällande vilka hinder och möjligheter som ansågs vara kopplade till symtomskattning. För läsförståelsen inkluderas endast artiklar skrivna på engelska. Artiklarna skulle vara publicerade från och med januari 2011 till och med december 2021, det skulle finnas läsbara sammanfattningar och artiklarna skulle vara förhandsgranskade före publikation.

Datainsamling

För att bryta ned frågan och göra den tydligt avgränsad användes PEO enligt Bettany-Saltikov och McSherry (2016). PEO gav forskningsfrågan tydlig struktur där P innebar population, E exposure och O outcome. PEO användes eftersom frågeställningen var kvalitativ (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Initialt delades forskningsfrågan upp i de olika delarna enligt PEO med fokus på sjuksköterskor verksamma inom allmän palliativ vård. Då provsökning inte genererade tillräckligt antal träffar, breddades frågan att gälla

symtomskattning inom palliativ vård i stort. Detta för att hitta tillräckligt antal originalstudier inom området. Litteraturöversikten bygger på originalstudier för att få tillgång till primärkällan/ursprungliga forskarens resultat, med andra ord få förstahandsinformation. Population i denna studie blev slutligen sjuksköterskor inom palliativ vård, exposure symtomskattning och outcome hinder och möjligheter.

Artiklarna söktes inom databaserna Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature [CINAHL] samt Public Medline [PubMed] då dessa var databaser för artiklar inom vetenskaperna omvårdnad och medicin. Sökningar gjordes under perioden november 2021 till december 2021, men endast de slutgiltiga sökningarna redovisas i Bilaga 1. För att hitta ämnesord för de olika sökorden användes Svensk MeSH för ämnesord i PubMed och CINAHL Subject Headings för CINAHL. Relevanta ord och uttryck som inte kunde hittas genom ämnesord översattes med hjälp av svensk-engelskt lexikon där även synonymer togs fram, fritextord. Under tiden olika sökningar gjordes hittades även synonymer i artiklars titlar och abstract, vilket sökningen utökades med. Efter två konsultationer med olika bibliotekarier verksamma på Ersta Sköndal Bräcke Högskola valdes slutligen sökord ut i de båda databaserna.

Syftet med att använda sig av bibliotekariers expertkunskap var att få hjälp med sökningarnas specificitet och sensitivitet. På det sättet ringades artiklar in som kunde vara aktuella för litteraturstudiens syfte och därmed resultat (Rosén, 2017).

De olika delarna i PEO, sjuksköterskor inom palliativ vård, symtomskattning samt hinder och möjligheter, bildade sedan de tre olika sökblocken i databaserna, där hinder och möjligheter utgjorde ett gemensamt sökblock. OR användes inom sökblock mellan ämnesord och fritextord, AND användes mellan sökblocken. På så sätt skulle alla artiklar till resultatet slutligen innehålla de olika delarna i PEO och svara på studiens syfte. I de slutgiltiga sökningarna gjordes genomgång av träffarna av författarna enskilt i en databas vardera. Artiklarnas titlar lästes och för de artiklar som var relevanta utifrån studiens syfte lästes sammanfattning. Då det där var oklart om artikeln svarade på syftet lästes artikeln igenom i helhet. Detta resulterade i 10 artiklar till resultatet och ytterligare två artiklar hittades sedan baserat på manuell sökning.

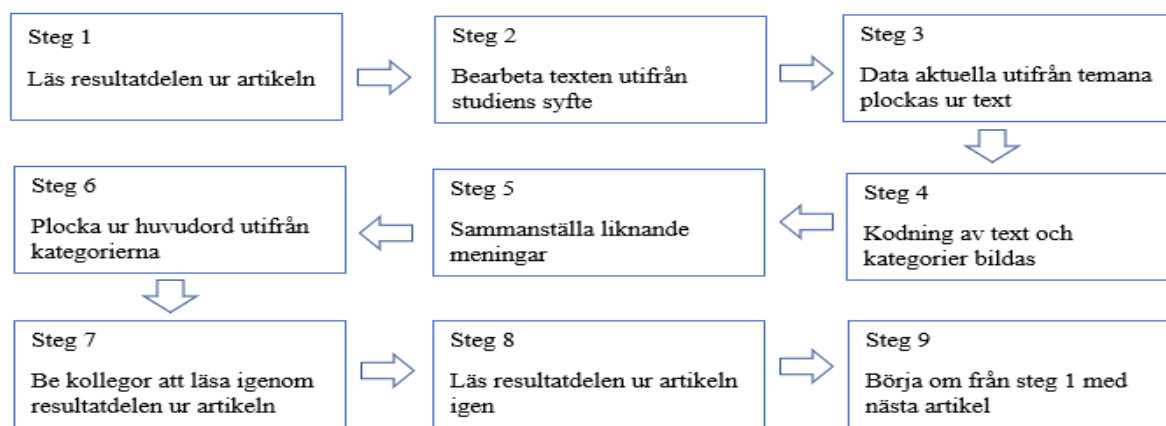
Manuell sökning

Under arbetets gång uppmärksammas en författare/forskare som är återkommande i olika artiklar, Sonja McIlfatrick. Detta ledde till en manuell sökning på författarens namn och ytterligare två artiklar hittades som var intressanta för syftet och togs därför med i resultatet: Burns och McIlfatrick (2015) samt De Witt Jansen et al. (2018). Att söka manuellt via specifika författare, för ämnet betydande, understöds av litteraturen (Polit & Beck, 2020). Manuell sökning anses som ett godkänt arbetssätt i den systematiska litteratursökningsprocessen (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016).

Datanalys

Bearbetning av artiklarna har gjorts genom olika analyssteg där information som svarar på syftet har tagits fram. I processen att ta fram denna information ur artiklarna har mall för att extrahera data ur kvalitativa och kvantitativa artiklar använts enligt Bettany-Saltikov och McSherry (2016). Bettany-Saltikov och McSherry (2016) beskriver ett sätt i nio steg att ta fram data ur studiens resultat, enligt Figur 1.

Figur 1



Denna strukturerade litteraturöversikt har inspirerats av dessa steg. Resultatdelen i de inkluderade artiklarna lästes flertalet gånger för att komma in i materialet. Detta gjordes enskilt av författarna i en databas vardera. Texten bearbetades utifrån litteraturstudiens syfte och resultat som visade på hinder och möjligheter färgkodades i materialet. Data från artiklarnas resultatdel som handlade om hinder och möjligheter att göra symtomskattning identifierades. För att tydliggöra om det handlade om hinder eller möjligheter fördes data från

resultatdelarna in i en tabell. Ur denna data lyftes sådana ord eller meningsenheter ut som var relevanta utifrån frågeställningen och kodades i olika typer av kontext vilket bildade kategorier. Kategorierna sågs över med tanke på liknande innehåll och vissa kategorier ombildades under processen tills slutliga kategorier framkom. Sedan sågs resultatdelen i artiklarna över igen av båda författarna för att se så att allt relevant resultat täckts in. Alla inkluderade artiklar har bearbetats enligt dessa steg (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016).

I denna litteraturoversikt har samtliga för resultatet aktuella artiklar granskats enligt modifierat bedömningsunderlag för att klassificera och kvalitetsbedöma varje enskild vetenskaplig artikel utifrån Caldwell et al, 2011, hämtat från Canvas lärplattform (Självständigt arbete, <https://shh.instructure.com/courses/1168/files/folder/Kursdokument?preview=207313>), Bilaga 3.

Forskningsetiska överväganden

I samband med litteraturoversikter är det viktigt att utvärdera huruvida de artiklarna som väljs har ett dokumenterat etiskt godkännande. Att det finns ett etiskt godkännande från etisk kommitté anses höja reliabilitet och validitet av studien eftersom det säkerställer att studien håller forskningsetisk standard. Etiska ställningstaganden kan även redovisas genom samtycke direkt av dem det berör (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). I Sverige har en rapport givits ut gällande god forskningssed och forskningsetik där etiska regler kring inhämtning av data i samband med forskningsprojekt redovisas (Vetenskapsrådet, 2017). World Medical Association [WMA] (2013) hänvisar till Helsingforsdeklarationen som innehåller etiska riktlinjer. Dessa riktlinjer syftar till att värna om de personer som ingår i medicinska forskningsstudier, vilket innefattar personers liv, hälsa, personlig integritet, värdighet, självbestämmanderätt och konfidentialitet av personlig information. Även riktlinjer gällande risker, forskningsnytta och etiska riktlinjer som ska ingå vid publicering av vetenskapliga artiklar. Samtliga data aktuell för resultatet som inhämtats har redovisats, inte heller har data vinklats för att påverka resultatet positivt eller negativt. Polit och Beck (2021) beskriver att författarnas subjektivitet med utgångspunkt från erfarenheter och förväntningar kan påverka resultatet. För att minimera denna risk har författarna försökt sätta sig in i ämnet med utgångspunkt från tidigare studier. Utifrån rättvisepincipen och godhetsprincipen skulle

denna litteraturöversikt kunna vara till gagn för patienter med palliativa vårdbehov. Eventuellt även till gagn för sköra äldre, då sköra äldre med symtom som är väl hanterade är mer benägna att känna sig trygga, ha känsla av kontroll och uppleva god hälsa (Eckerblad et al., 2015; Sandman & Kjellström, 2018)

Resultat

I resultatet i denna litteraturstudie är det 12 vetenskapliga artiklar som sammanställts och presenteras i fyra kategorier med innehållande möjligheter samt hinder.

Kategori	Möjligheter	Hinder
Arbetsmiljö	Motivation och engagemang hos personal	Stor arbetsbelastning och tidsbrist, bristande motivation och engagemang hos personal
Kunskap	Utbildning, klinisk och praktisk träning	Avsaknad av utbildning, mistro mot skattningsinstrument, okunskap om vad palliativ vård är och svårigheter att skilja detta från äldrevård
Kommunikation	Skattningsinstrument underlättar kommunikation både mellan patienter och vårdpersonal men även inom personalgruppen	Att läkare inte kunde tolka skattningsresultaten samt kognitiv svikt hos patienterna
Patientnytta	Fokus på det mest besvärande symtomet, följa symtomutveckling	Symtomskattningsinstrument ej relaterade till specifik diagnos

Arbetsmiljö

Som orsaker till att symtomskattning inte genomfördes angavs att vårdpersonalens arbetsbelastning och därmed tidsbrist var ett stort hinder (Beesley et al., 2020; Burns & McIlpatrick, 2015; Buttenschoen et al., 2013; Lind et al., 2019; Odierna et al., 2018; Schick-Makaroff & Sawatzky, 2019; Sommerbakk et al. 2016; Williamsson et al., 2021). Att behöva vänta på att patienten fyllde i skattningsinstrument kunde vara tidskrävande och patienter rapporterade ibland symtom som inte hade med det aktuella besöket att göra (Green et al.,

2016). Trots övervägande rapporter om att tidsbrist fanns nämndes även att tid var den största möjliggöraren i samband med samtal med patienterna (Beesley et al., 2020).

Skattningsinstrument ansågs attraktivt som hjälpmedel (Sommerbakk et al., 2016).

I en studie där endast läkare intervjuades uttrycktes specifikt att läkarnas upplevelse av sjuksköterskornas arbetsbelastning ansågs underminera användandet av symtomskattningsinstrument. Detta fick i sin tur konsekvenser för patienternas välbefinnande och livskvalitet men även försvårade läkarnas möjligheter att lindra besvärande symtom (Harasym et al., 2020). Det framkom även att både läkare och sjuksköterskor ansåg skattningsinstrument i sig vara en möjliggörare för att bestämma och utvärdera behandling, men även att fokusera på vad patienterna prioriterade (Beesley et al., 2020; Brooks et al., 2020; Buttenschoen et al., 2013).

Låg motivation att göra symtomskattningar hos både vårdpersonal och patient sågs i studien av Sommerbakk et al. (2016). Den låga motivationen var som ett hinder att använda symtomskattningsinstrument då inte all personal såg fördelen av att använda dessa. Trots detta ansåg samtliga som intervjuades att personalens motivation var avgörande i implementering oavsett intervention (Sommerbakk et al., 2016). Delvis hängde motivationsbristen ihop med arbetsinsatsen kontra tidsbrist men vid hög arbetsbelastning fanns inte heller tid att motivera patienter att själva skatta sina symtom. Motivationen steg då sjuksköterskor/vårdpersonal märkte att resultatet av skattningen efterfrågades av läkare (Sommerbakk et al., 2016). I en studie inför en implementering av ett nytt skattningsinstrument sågs ingen vinst med användandet vilket var en orsak till låg motivation hos personal att symtomskatta med instrument. Framkom även att sjuksköterskor ändå dokumenterade i patienternas journal att symtomskattningar var genomförda trots att det inte var gjort (De Witt Jansen et al., 2018)

Kunskap

Som ett hinder uppgavs bristande information till patienter hur skattningsinstrumenten skulle fyllas i. Detta ledde till att vårdpersonal ansåg att det ej blev tillförlitliga skattningar (Buttenschoen et al., 2013; Green et al., 2016; Schick-Makaroff & Sawatzky, 2019) som till exempel att patienterna angav för höga skattningar och att risken för övermedicinering ansågs föreligga (Odierna et al., 2018). Av sjuksköterskor framfördes oro om vad som skulle hända

med patienterna med behov av medicinska bedömningar av läkare för att uppnå symtomlindring då läkare inte alltid hade kunskap att tolka resultat av skattningsinstrument (Williamsson et al., 2021). Ett annat patientrelaterat problem var att patienterna skattade sina symtom, framförallt smärta, för lågt på grund av rädsla för opioidberoende och andra besvärande biverkningar (Burns & McIlfatrick, 2015), eller att äldre patienter underskattade sin smärta med förklaringen att de förväntade sig att ha smärta på grund av sin höga ålder (Sommerbakk et al., 2016). Sommerbakk et al. (2016) belyser i sin studie att vårdpersonalens bristande kunskap om symtomskattningsinstrumentet påverkar användandet (Sommerbakk et al., 2016) och kunskapen var starkt förknippad med utbildning (Burns & McIlfatrick, 2015). Därmed efterfrågades utbildning för att mer använda sig av skattningsinstrument (De Witt Jansen et al., 2018), förslagsvis årliga utbildningar (Buttenschoen et al., 2013). Möjlighet till utbildning och träning i användandet av skattningsinstrument uppgavs vara viktigt, då det ansågs höja förtroendet för detsamma (Williamson et al., 2020). Palliativt utvecklingsteam eller specialister på skattningsinstrument ansågs som mycket goda utbildare (Burns & McIlfatrick, 2015). Ett förslag till förbättringar gällande utbildning var definitionsbeskrivningar av symtom men även stöd för hur frågor kan ställas till patienten (Buttenschoen et al., 2013; Green et al., 2016). I samband med personalens ökade kunskap sågs även att patienterna blev mer angelägna att skatta sina symtom (Lind et al., 2019). Att få tillgång att träna kliniskt på skattningsinstrument sågs som något positivt (Beesley et al., 2020; Odierna et al., 2018) samtidigt som det framkom från vårdpersonal att använda skattningsinstrument inte var intressant därför att de ansåg att de bedömde symtom lika bra utan att använda symtomskattningsinstrument (Odierna et al., 2018). Avsaknad av kunskap om vad begreppet palliativ vård innebar har framförts som ett hinder för symtomskattning (Lind et al., 2019; Odierna et al., 2018).

Kommunikation

Symtomskattningen i sig upplevdes som en möjliggörare gällande kommunikation om patienterna, mellan olika personalkategorier. Detta ledde till större förtroende då ett gemensamt språk gentemot varandra framkom (Harasym et al., 2020). Även vid överrapportering mellan personal upplevdes systematiskt skattningsinstrument som något positivt (Lind et al., 2019). Sommerbakk et al. (2016) beskriver hur datastöd för symtomskattningsinstrument skulle underlätta användandet, genom att detta gör informationen mer lättillgänglig för vårdpersonalen.

I två studier gällande skattningsinstrument framkom problem med hur olika symtom tolkades av patienterna och att det även kunde missuppfattas i samband med graderingen på tolkningsskalan (Buttenschoen et al., 2013; Green et al., 2016). Studier har beskrivit hur symtomskattningsinstrument upplevdes vara svåra att använda för personer med kognitiva kommunikationssvårigheter (Buttenschoen et al., 2013; Sommerbakk et al., 2016). I flera artiklar framkom det positiva i att symtomskattningsinstrumentet kunde öppna upp för kommunikation mellan personal och patient (Buttenschoen et al., 2013; Green et al., 2016; Schick-Makaroff & Sawatzky, 2019). Det kunde dessutom underlätta fokusering på vad som besvärade patienten men även vad som var viktigt för att uppnå livskvalitet (Green et al., 2016; Schick-Makaroff & Sawatzky, 2019). I samband med generella samtal med patienter angående livets slut samt att initiera om det samma ansågs skattningsinstrument vara något positivt att använda (Buttenschoen et al., 2013) under förutsättning att patienten var informerad om sin medicinska status och vad det innebar (Lind et al., 2019). Specifikt uppgavs symtom som kunde härledas till patienters psykiska hälsa ha god nytta av att skattningsinstrument i samtal användes (Schick-Makaroff & Sawatzky, 2019) men samtidigt upplevdes psykosociala symtom vara skrämmande för personal att inleda samtal kring (Lind et al., 2019). Rädsla att orsaka mer skada än nytta uttrycktes (Lind et al., 2019).

Patientnytta

I en studie som undersökte sjuksköterskors inställning till samt användning av symtomskattningsinstrument framkom att sjuksköterskor hade olika synpunkter på om skattningsinstrument var bästa praxis eller inte. Vissa ansåg att de inte alltid var passande eller räckte till för personer med olika typer av diagnoser, beroende på sjukdom eller behandling kunde symtom missas då de inte täcktes in av skattningsinstrumentet. Skattningsinstrumenten borde istället användas som riktlinjer (Green et al., 2016). Även oro från sjuksköterskor framkom att skattningsinstrumentet endast skulle bli ytterligare ett byråkratiskt arbetsmoment och inte tillföra något till patienternas behov (Williamson et al., 2020). I en studie påtalades att det inte upplevdes av vårdpersonal vara några positiva effekter att använda skattningsinstrument (De Witt Jansen et al., 2018). Vårdpersonal i en annan studie ansåg att standardiserade symtomskattningsinstrument gjorde att alla patienter kunde få en bedömning på ett konsekvent sätt och därmed hitta patientens mest besvärande symtom på ett effektivt sätt (Green et al., 2016). Även att användandet av skattningsinstrument kunde bidra

till djupare samtal mellan vårdpersonal och patient (Williamson et al., 2020). En möjlighet noterades att skattningsinstrumenten kunde hjälpa både vårdpersonal och patienten att hålla fokus på behov (Green et al., 2016; Schick-Makaroff & Sawatzky, 2019).

Användandet av skattningsinstrument genom proxyskattning upplevdes som en möjlighet, av både vårdpersonal och patienter, att underlätta identifiering och prioritering gällande symtomhantering (Brooks et al., 2020; Schick-Makaroff & Sawatzky, 2019). Flera studier har visat på låg tillförlitlighet gällande proxyskattning (Burns & McIlfatrick, 2015; Buttenschoen et al., 2013; Lind et al., 2019; Odierna et al., 2018; Schick-Makaroff & Sawatzky, 2019), medan en av studierna visade att proxyskattning mycket väl kan överensstämma med patientens egen skattning (Brooks et al., 2020). Vårdpersonal ansåg att symtomskattning med instrument möjliggjorde att patienterna fick komma till tals och därmed sätta ord på vad de upplevde som besvärande symtom (Odierna et al., 2018). Oavsett hur skattningsinstrument användes underlättades det för både patient och personal att följa svårighetsgraden för olika symtom över tid (Brooks et al., 2020; Buttenschoen et al., 2013).

Diskussion

Resultatdiskussion

I denna litteraturstudie gällande hinder och möjligheter att göra symtomskattning för patienter med palliativa behov ses flera hinder och möjligheter. Fyra kategorier har identifierats: arbetsmiljö, kunskap, kommunikation och patientnytta, där det i resultatdiskussionen fokuseras på arbetsmiljö och kunskap.

Resultatet i litteraturstudien var mycket tydlig att just tidsbrist men även för tung arbetsbelastning var en avgörande faktor till varför inte symtom skattades med skattningsinstrument, oavsett i vilken vårdmiljö de befann sig. I begreppet arbetsmiljö ingår både psykiska och fysiska komponenter vilket är avgörande för personalens stress. Vad orsaken till den dåliga arbetsmiljön med tillhörande stress kan vara varierar men det kan bero på att relationerna inom personalgruppen inte är kompatibla, med andra ord dålig teamkänsla (Steege & Dykstra, 2016). Även hur mycket personal själva kan styra sitt arbete och därmed arbetsbelastning har en avgörande betydelse för hur arbetssituationen upplevs. Att själv ha möjlighet att påverka hänger i sin tur ihop med i vilken utsträckning närmsta chef tillåter det

men även hur det styrs högre upp i beslutshierarkin (van Riet Paap, 2014; Steege & Dykstra, 2016). Enligt Hommel et al. (2020) har det organisatoriska klimatet på en enhet avsevärd betydelse för att påverka möjligheterna till utveckling och att driva omvårdnaden framåt. Detta kan ses i relation till det teoretiska ramverket där det enligt McCormack och McCance (2006) har stor betydelse hur vårdmiljön är organiserad. Gynnsam arbetsmiljö för personal är den faktor som är mest avgörande för möjligheten att utöva personcentrerad vård. Redan 2013 gjordes en svensk intervjustudie som synliggjorde sjuksköterskors upplevelse att arbeta inom kommunal vårdkontext. Det framkom bland annat att arbetsbördan upplevdes som betungande både gentemot läkare men även annan vårdpersonal, undersköterskor/vårdbiträden. I förhållandet med läkare upplevdes till exempel att sjuksköterskor fick ta beslut som inte var deras att ta, till exempel gällande samtal med patienterna om svåra frågor ämnade för läkare att besvara. Att tillgången till läkare var bristfällig ansågs vara en risk för patientsäkerheten, god palliativ vård. När det gällde annan vårdpersonal inom samma organisation upplevdes brister i omvårdnaden och på det sättet riskerades patientsäkerheten. En av förklaringarna då var att chefer ansvariga för vårdpersonalen ofta inte hade utbildning i omvårdnad utan mer social inriktning (Törnqvist et al., 2013). Att som personal inte känna att patientsäkerheten kan garanteras är i sig stressande och därmed ett specifikt incitament för dålig psykisk hälsa hos personal (Steege & Dykstra, 2016). Med patientsäkerheten i åtanke och därmed patientens bästa i fokus borde tiden för att som vårdpersonal ha möjlighet att ge god vård vara högprioriterat inom all vård men i synnerhet inom den palliativa vården. Eftersom god och säker vård är en av kärnkompetenserna inom sjuksköterskeyrket blir sjuksköterskans patientansvar extra tydligt för att detta ska uppnås genom att använda sig av evidensbaserad kunskap (Öhrn, 2020). Dessutom åligger det specialistsjuksköterskan att ha ett kritiskt förhållningssätt gentemot organisatoriska ramar, hierarkier och makt med patienten i fokus (Edberg et al., 2020). När det gäller att använda symtomskattningsinstrument måste tid finnas då det optimala är att patienten själv skattar sina symtom (van Lancker et al., 2018; Bausewein, et al., 2016). Tid behövs även för att som vårdpersonal ha möjlighet till god kommunikation med patienter. Detta är nödvändigt för att möjliggöra skattning av vilka symtom patienten besväras av och därmed ha ambitionen att vårda personcentrerat (Galekop et al., 2019; Moore et al., 2017). De som har makt gällande tidsåtgång har ett stort ansvar för att upprätta en god arbetsmiljö och därmed en god vård med patienten i centrum. Men även personalens attityd till implementering av ett nytt förhållningssätt i vården är betydelsefull. Ett hinder att arbeta personcentrerat är risken att vårdpersonal faller tillbaka till tidigare rutiner, på grund av brist

på intresse, kunskap eller engagemang. De kan även uppge att de arbetar personcentrerat utan att faktisk göra det (Moore et al., 2017). Enligt McCormack och McCance (2006) är sjuksköterskans engagemang och professionalitet gällande exempelvis specifika färdigheter avgörande för god personcentrerad vård.

Hinder gällande kunskap var exempelvis bristande information till patienter hur skattningsinstrumenten skulle fyllas i, vårdpersonal ansåg att symtomskattningen ej blev tillförlitlig. Bergh et al. (2011) beskriver att validiteten i ett instrument är beroende av en gemensam förståelse för frågorna samt svarsalternativen. Människor tolkar ofta frågor på olika sätt samt sätt man inte förväntar sig, jämfört med vad som var avsikten när instrumentet utvecklades. När patienter själv skattar symtom finns potentiella felkällor under tiden som patienten fyller i formuläret. Istället för att fråga om patienten förstår frågan kan det, för att undvika potentiella felkällor, istället vara av vikt att undersöka vad frågan betyder för patienten. Om hälso- och sjukvårdspersonal har bristande kunskap om hur patienten förstår och fyller i skattningsinstrumentet kan det leda till att symtomlindringen inte blir optimal. Patientens tolkning av symtomskattningen bör därför alltid funderas över och tas hänsyn till och hälso- och sjukvårdspersonal borde alltid sträva efter att minimera sådana fel genom att gå igenom symtomskattningsformuläret med patienten (Bergh et al., 2011). Den personcentrerade processen enligt McCormack och McCance (2006) fokuserar till exempel på patientens fysiska behov där självskattning av besvärande symtom ingår.

Personalens kunskap inom palliativ vård handlar inte enbart om enskilda medarbetares specifika kunskaper. Det optimala är även att hela teamet runt den svårt sjuka patienten har kunskap om hur svåra situationer men även svåra symtom bör hanteras. Mognaden hos teamet med öppet klimat är också avgörande för att som personal känna förtroende att vilja lära sig av varandra. Detta oavsett vilken profession den enskilda medarbetaren tillhör. En stor del i vilken utsträckning kunskap ska vara möjligt att inhämta beror också på hur det är sanktionerat av chefer men även av organisationen i stort (van Riet Paap, 2014). Inom den svenska äldre vården med olika huvudmän kan givetvis teamkänslan till viss del gå förlorad och att försäkra sig som sjuksköterska i vilken utsträckning undersköterskor har kunskap kan vara svårt. Oftast är det undersköterskor eller vårdbiträden som är närmast patienten och även i den yrkeskategorin behöver kunskap prioriteras. Vad gäller vården av patienter med palliativa behov upplever ofta denna kategori av personal att vården är aktuell den absolut sista tiden i en människas liv (Beck et al., 2012). Identifiering av vilka patienter med palliativa behov är kan underlättas genom användandet av en vårdguide för palliativa behov.

I denna vårdguide ges samtliga personalkategorier möjlighet att bidra med sin kunskap som kan vara aktuellt för patienter med palliativa behov (Birgisdóttir et al., 2021). Att kunskapen kring skattningsinstrument inte enbart prioriteras bland sjuksköterskor utan även övriga teammedlemmar såsom undersköterskor och läkare har visat sig vara positivt. Sjuksköterskor upplevde mer konstruktiva samtal kring patienten med läkare och undersköterskor kände sig mer trodda efter att patientens symtom skattats och analyserats (Mamhidir et al., 2017). Resultatet av hur bra den personcentrerade vården upplevs av patienten är enligt McCormack och McCance (2006) beroende av exempelvis personalens förhållande och samarbete gentemot varandra, det vill säga fungerande teamarbete (McCormack & McCance, 2006). Även läkare har uttryckt fördelen med användandet av ifyllt skattningsinstrument som underlag i samband med patientsamtal. För att på så sätt lättare se hela patienten och identifiera besvärande symtom oavsett i vilken dimension de inkluderas i (Veazey Brooks et al., 2020). En studie har undersökt läkares bedömning av hinder för och strategier kring vård i livets slutskede på äldreboende. Här ses hinder som exempelvis brist på symtomskattning, låg sjuksköterskebemanning, sjuksköterskors brist på kunskap kring symtomskattning samt deras brist på kunskap kring hur hantera symtom. Bland strategierna för att ge god vård i livets slut fanns användningen av symtomskattningsinstrument, rutiner för planering av patientens framtida vård samt undervisning inom vård i livets slut för sjuksköterskor och läkare. Strategier var också att använda sig av sjuksköterskor specialiserade inom palliativ vård samt att öka sjuksköterskebemanningen (Fosse et al., 2017). Primärvårdsläkare redovisar i en annan studie att de inte känner sig bekväma gällande symtom inom den sociala dimensionen men även medicinska behandlingar i arbetet med patienter med palliativa behov (Winthereik et al., 2016). Kunskapsbristen inom den svenska äldrevården, där många har palliativa vårdbehov, uppmärksammas redan 2018 av Sveriges inspektionsmyndighet för vård och omsorg [IVO] och att just denna brist är en stor utmaning för vården. Detta oavsett var den bedrivs (Inspektionen för vård och omsorg, 2019). Eftersom allmän palliativ vård ska vara möjligt att utföra inom samtliga vårdkontexter bör hänsyn tas till kunskapsbehov hos grundutbildade sjuksköterskor, eller generellt sjuksköterskor utanför den specialiserade palliativa vården. Ett sätt skulle kunna vara att använda sig av webbaserad information i samband med symtomlindring. Detta för att ha som stöd vid besvärande symtom och på det sättet finna alternativa behandlingsmetoder oavsett om det är farmakologiska eller icke farmakologiska (Wheeler, 2016). Det är känt att patienter på äldreboende har behov som inte är tillgodosedda vad gäller symtomlindring (Lampuu et al., 2021) och många äldre bor den sista tiden av sitt liv på äldreboende (Fosse et al., 2017). Lampuu et al. (2021) har undersökt

effekten på skattning av symtom sex och tolv månader efter undervisande workshops inom ämnet palliativ vård. Interventionen riktade sig mot hälso- och sjukvårdspersonal inom äldreboende. Under en tolv månaders-period bedömdes patienternas symtom med symtomskattningsinstrument och signifikant lägre siffror kunde ses jämfört med kontrollgruppen efter halva tiden, dock hade skillnaden försvagats vid sista uppföljning (Lampuu et al., 2021). Det har visats att vad som motiverar sjuksköterskor i arbetet inom äldrevården och vad som också främjar personcentrering är aspekter kring relationer så som att vara till nytta för andra, att få glädjande kommentarer kring sitt arbete samt att uppleva personlig utveckling genom starka band med de boende (Midje et al., 2021). För att underlätta att arbeta personcentrerat, att se personens individuella behov, kan det vara av vikt att använda palliativ vårdplan som inkluderar validerade symtomskattningsinstrument, exempelvis IPOS (Birgisdóttir et al., 2021).

Kunskap hos personal är avgörande hur god palliativ vård som ges. Inte endast gällande symtom utan även generellt vad palliativ vård innebär. Även enhetschefers inställning till hur palliativ vård ska bedrivas har betydelse (Karacsony et al., 2019; Mamhidir et al., 2017) till så stor del att det anses är den mest avgörande faktorn för hur bra genomförandet av personcentrerad palliativ vård går (Bökberg et al., 2019; McCormack & McCance, 2006). Detta genom utebliven stöttning av sjuksköterskor från både organisationen i sig men även enhetschef (Bökberg et al., 2019). Men även vårdpersonals/teamets mognad och attityd till detsamma samt hur och när förbättringsarbeten ska göras är avgörande (Karacsony et al., 2019; Mamhidir et al., 2017). I en svensk studie påvisas patienter och närståendes nöjdhet med hemsjukvård som gavs inom den specialiserade palliativa vården med personcentrerad ansats. Grunden till att just den vården blev bra ansågs bero på det väl fungerande teamarbetet inom samtliga aktuella yrkeskategorier (Nordström & Strang, 2018). Med detta resultat i åtanke kan nämnas att för att få del av denna typ av vård är det av betydelse av var i Sverige patienterna bor och att det redan 2016 redovisades hur ojämlik denna vård är. Detta hämmar patientens kvalitet på vård men även personal inom den kommunala palliativa vårdens möjligheter till att inhämta kunskaper för att möta behovet hos vissa patienter (Axelsson et al., 2016). Ett första steg för att få en överblick hur mycket kunskap undersköterskor har inom området palliativ vård kan vara att på ett strukturerat sätt använda sig av validerade frågeformulär och utifrån resultatet inrikta sig på aktuellt behov av utbildning (Karacsony et al., 2019).

I en sammanställning av data som gäller allmän palliativ vård, från svenska palliativregistret, sågs ett tydligt samband mellan symtomlindring och användandet av skattningsinstrument i livets slut. Trots att det uppgavs att injektioner var ordinerade mot de vanligaste symtomen i livets slut sågs fortsatt höga skattningar. Detta kan antas härledas till sjuksköterskors bristande kunskap hur och när symtomlindring bör ges alternativt bristande kunskap i användandet av skattningsinstrument (Andersson et al., 2018).

Metoddiskussion

Denna studie är en litteraturöversikt baserad på 12 vetenskapliga artiklar som granskats och sammanställts. Att sammanställa forskning i en översikt bidrar till fördjupad kunskap och en samlad bild inom området, vilket skapar möjligheter för utveckling och evidensbaserad vård (Polit & Beck, 2021). Mycket forskning har gjorts inom både palliativ vård och symtomskattning. Dock är många inriktade på utvärdering av specifika skattningsinstrument och inte rent generellt vilka hinder och möjligheter som föreligger till hur mycket eller lite sjuksköterskor, men även annan vårdpersonal, gör symtomskattning inom palliativ vård. Initialt hade författarna intention att undersöka hinder och möjligheter för symtomskattning inom allmän palliativ vård. Detta fick sedan utökas till palliativ vård generellt. För att få svar på frågan om hinder och möjligheter till att göra symtomskattning med en mer generell ansats hade en kvantitativ studie med frågeformulär varit möjlig (Polit & Beck, 2021; Billhult, 2021). Inom kursens ramar samt med hänsyn till arbetets storlek ansågs det inte aktuellt. Då tidigare forskning inom området fanns blev valet att istället göra en litteraturöversikt. De studier som inkluderades i översikten skulle handla om orsaker till varför eller varför inte symtomskattning gjordes.

Av de studier som utgjorde resultatet baserades tre på sjuksköterskor en på läkare och åtta där deltagarna ingick i team med bland annat undersköterskor och enhetschefer. Samtliga studier utgick från möjligheter och hinder för användandet av symtomskattningsinstrument. Eftersom symtomlindring är en så central del i den palliativa vården fokuserades på att identifiera vad som verkligen var hinder och möjligheter. Artiklarna i resultatet har utgångspunkt från både sjukhusvård och vård av patienter boende på någon typ av äldreboende. Detta kan eventuellt ha påverkat resultatet men med utgångspunkt från författarnas primära intresse gällande i vilken vårdkontext, allmän palliativ vård, vården gavs ansågs det som försvarbart. En tidsbegränsning på max 10 år valdes också för att få så aktuella data som möjligt, men med

resultatet i hand skulle möjligtvis ett snävare tidsspänn varit möjligt vilket dock inte var känt av författarna innan sökningarna påbörjades. En annan aspekt på 10-års spannet kan vara att eventuell tydlig utveckling hade utkristalliserats vilket dock inte sågs. Även en begränsning att artiklarna skulle vara skrivna på engelska var ett krav, vilket berodde på att minska bias på grund av författarnas språkkunskaper samt att engelska är vanligt förekommande inom forskningsvärlden.

Databassökningar gjordes i de två databaserna CINAHL och PubMed eftersom dessa är specifikt inriktade på medicin och omvårdnad och därmed ansågs vara mest relevant gällande innehållet för detta arbete. Eftersom litteraturöversikten inte var systematisk och att den skulle göras under en begränsad tidsperiod ansågs detta vara det bästa. Författarna är medvetna om att all tillgänglig forskning inte har inhämtats men detta var nödvändigt för att göra arbetet hanterbart. Möjligtvis skulle även PsycInfo kunnat vara en aktuell databas att söka i eftersom det visade sig att mycket kring syftet handlade om personalens tunga arbetssituation med ibland förekomst av stressrelaterad psykisk ohälsa och hur det påverkade deras inställning till användandet av symtomskattningsinstrument.

Efter att bakgrundsinformation inhämtats innan databassökningarna påbörjades, fick författarna en fördjupad kunskap inom det aktuella området. Detta bidrog till att fastställa vilka sökord som kunde vara aktuella. Hjälp från de två bibliotekarierna på Ersta Sköndal Bräcke bibliotek var värdefull eftersom kunskap krävs för att utföra sökningarna på rätt sätt. Enligt Polit och Beck (2021) anses det som en styrka för resultatet om mer än en person analyserar samma material. För att få ett så brett underlag valde författarna att utgå från Polit och Becks (2021) förklaring gällande integrativ ansats och därmed välja artiklar oavsett om de hade en kvalitativ eller kvantitativ ansats. Detta sätt anses hålla hög standard och generaliserbarhet eftersom det ger en mer heltäckande bild av det område som avses. Ur kvalitativa data lyftes meningar ut för att på så sätt identifiera möjligheter och hinder, medan kvantitativa data identifierades utifrån resultaten från till exempel olika statistiska data med utgångspunkt från till exempel frågeformulär. Samtliga artiklar genomgick granskning baserat på Bettany-Saltikov och McSherry (2016) nio steg för att på det sättet kategorisera olika enheter. Koder och underkategorier skapades gemensamt av författarna i samband med gemensamt internetdokument men även via zoommöten. Trots att det ibland upplevdes svårt att jämföra resultat av olika slag, kunde tydliga resultat som passade in i kategorierna och bekräftade olika hinder och möjligheter till sjuksköterskors möjligheter och hinder att göra

symtomskattningar identifieras. Eftersom båda författarna arbetar inom vårdkontexten allmän palliativ vård, och därmed har en viss förståelse inom området, ansågs det vara viktigt att ha i beaktande hur det påverkat urval eller resultat under arbetets gång. Kunskap baserad på egna erfarenheter har fått stå tillbaka för att kunna fokusera på de upplevelser som beskrivs i forskningen, även om båda författarna kände igen mycket av det som kom fram i de olika artiklarna. I kvalitetsgranskningen ingick även att studierna skulle ha genomgått etisk granskning vilket var ansatsen då samtliga artiklar ingick i kriteriet att vara förhandsgranskade. Detta ansågs vara en viss garanti för att litteraturstudien inte skulle inkludera något material där någon utsatts för orätt.

Slutsats

I denna litteraturstudie sågs konkreta hinder och möjligheter till användandet av symtomskattningsinstrument. Arbetsmiljön visade sig vara den mest framträdande enskilda orsaken om och hur systematisk symtomskattning genomfördes och att mycket är beroende på hur sjuksköterskor kan påverka denna. Även framkom kunskapsbrister inom både skattningsinstrument i sig men även vad palliativ vård innebär generellt. En tydlig koppling mellan kvalitet på palliativ vård ses i förhållande till arbetsmiljö och då specifikt tidsbrist och för hög arbetsbelastning.

Kliniska implikationer

Resultatet i litteraturöversikten visar att kompetens behövs inom hur vårdpersonal gör symtomskattning och använder symtomskattningsinstrument. Att lyfta kravet på utbildning och möjlighet till utveckling behöver göras. Inte enbart behövs kunskap gällande användandet av symtomskattningsinstrument utan även kunskap om den palliativa vårdens filosofi. Detta för att lindra lidande men framför allt underlätta för patienterna att leva tills de dör. Att genom resultatet tydliggöra kopplingen mellan den palliativa vårdens kvalitet och hur den påverkas av vårdpersonalens tillgång i tid. Detta kan användas både nationellt, regionalt och lokalt.

Förslag till fortsatt forskning

Mycket forskning upplevs inrikta sig på specifika skattningsinstrument och inte generellt varför de inte används i mer allmän bemärkelse. Arbetsmiljön har visat sig ha en avgörande betydelse oavsett var den palliativa vården bedrivs, men även kunskaper gällande nyttan av att systematiskt göra symtomskattningar med avsedda skattningsinstrument. Med båda dessa insikter ser vi att behov av forskning finns kring kunskapsbehovet inom alla yrkeskategorier nationellt som är kliniskt aktiva inom den allmänna palliativa vården. Vilka hinder och möjligheter som ses och utifrån det strukturera åtgärder. Det behöver även göras studier kring ämnet inom enheter som ansvarar för den allmänna palliativa vården i Sverige, förslagsvis inom den kommunala sjukvården.

Referensförteckning

Abbey, J., Piller, N., De Bellis, A., Esterman, A., Parker, D., Giles, L., & Lowcay, B. (2004).

Abbey pain scale: A 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia.

International Journal of Palliative Nursing, 10(1), 6-13.

<https://doi.org/10.12968/ijpn.2004.10.112013>

Alvariza, A., Axelsson, B., Rasmussen, B., Ternestedt, B.M., & Fürst, C.-J. (2020). Ny definition av palliativ vård med fokus på lidande. *Läkartidningen*, 44-45. Hämtad 21 januari, 2022, från <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/rapport/2020/10/ny-definition-av-palliativ-var-d-med-fokus-pa-lidande/>

Andersson, S., Årestedt, K., Lindqvist, O., Fürst, C.-J., & Brännström, M. (2018). Factors associated with symptom relief in end-of-life care in residential care homes: A national register-based study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(5), 1304-1312.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.12.489>

Axelsson, B. (2018). *Palliativ medicin i praktiken*. Studentlitteratur.

Axelsson, B., Sallerfors, B., & Furst, C.- J. (2016). Bostadsort avgör den palliativa vårdens resurser och kvalitet: Satsningar för att öka kompetensen behövs. *Läkartidningen*, 47.

Hämtad 11 november, 2021, från <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/temaartikel/2016/11/bostadsort-avgor-den-palliativa-var-dens-resurser-och-kvalitet/>

Bausewein, C., Daveson, B., Currow, D., Downing, J., Deliens, L., Radbruch, L., Defilippi, K., Lopes Ferreira, P., Costantini, M., Harding, R., & Higginson, I. (2016). EAPC White paper on outcome measurement in palliative care: Improving practice, attaining outcomes and delivering quality services - Recommendations from the European Association for Palliative Care (EAPC) Task Force on Outcome Measurement. *Palliative Medicine*, 30(1), 6-22.

<https://doi.org/10.1177/0269216315589898>

*Beesley, V. L., Staneva, A., Nehill, C., Milch, V., Hughes, F., & Webb, P. M. (2020). Patterns of, and barriers to supportive care needs assessment and provision for Australian women with gynecological cancer and their caregivers: a mixed-methods study of clinical practice. *Palliative and Supportive Care*, *18*(2), 170–177. <https://doi.org/10.1017/S147895151900052X>

Beck, I., Olsson Möller, U., Malmström, M., Klarare, A., Samuelsson, H., Lundh Hagelin, C., Rasmussen, B., & Fürst, C.- J. (2017). Translation and cultural adaptation of the integrated palliative care outcome scale including cognitive interviewing with patients and staff. *BMC Palliative Care*, *16*, Article 49. <https://doi.org/10.1186/s12904-017-0232-x>

Beck, I., Törnquist, A., Broström, L., & Edberg, A.-K. (2012). Having to focus on doing rather than being- nurse assistants' experience of palliative care in municipal residential care settings. *International Journal of Nursing Studies*, *49*(4), 455-464. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.10.016>

Bergh, I., Kvaalem, I. M., 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. <https://doi.org/10.1177/0269216310395985>

Bettany-Saltikov, J., & McSherry, R. (2016). *How to do a systematic literature review in nursing: A step-by-step guide*. McGraw-Hill Education/Open University Press.

Billhult, A. (2021). Enkäter. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 121-131). Studentlitteratur.

Birgisdóttir, D., Duarte, A., Dahlman, A., Sallerfors, B., Rasmussen, B., & Fürst, C.-J. (2021). A novel care guide for personalised palliative care – a national initiative for improved quality of care. *BMC Palliative Care*, 20, Article 176. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00874-4>

Bjordal, K. (2004). Impact of quality of life measurement in daily clinical practice. *Annals of Oncology*, 15(4), 279-282. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdh939>

*Burns, M., & McIlfatrick, S. (2015). Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(10), 479-487. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.10.479>

*Brooks, J. V., Poague, C., Formagini, T., Sinclair, C. T., & Nelson-Brantley, H. V. (2020). The role of a symptom assessment tool in shaping patient-physician communication in palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 59(1), 30-38. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.08.024>

*Buttenschoen, D. C., Stephan, J., Watanabe, S., & Nekolaichuk, C. (2013). Health care providers' use and knowledge of the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): is there a need to improve information and training?. *Support Care Cancer*, 22(1), 201-208. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1955-8>

Bökberg, C., Behm, L., Wallerstedt, B., & Ahlström, G. (2019). Evaluation of person-centeredness in nursing homes after a palliative care intervention: pre- and post-test experimental design. *BMC Palliative Care*, 18, Article 44. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0431-8>

Campbell, M. L., & Yarandi, H. N. (2013). Death rattle is not associated with patient respiratory distress: is pharmacologic treatment indicated?. *Journal of Palliative Medicine*, 16(10), 1255-1259. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0122>

Clark, D. (1999). 'Total pain', disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1967. *Social Science and Medicine*, 49(6), 727-736.

[https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(99\)00098-2](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(99)00098-2)

*De Witt Jansen, B., Brazil, J., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfatrick, S., Morgan, S., Watson, M., & Parsons, C. (2018). "A tool doesn't add anything". The importance of added value: use of observational pain tools with patients with advanced dementia approaching the end of life - a qualitative study of physician and nurse experiences and perspectives. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(10), 1346-1354.

<https://doi.org/10.1002/gps.4931>

Eckerblad, J., Theander, K., Ekdahl, A., Jaarsma, T., & Hellstrom, I. (2015). To adjust and endure: A qualitative study of symptom burden in older people with multimorbidity. *Applied Nursing Research* 28(4), 322-327. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.03.008>

Edberg, A.-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H., & Öhlén, J. (2020). Introduktion. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (ss. 15-26). Studentlitteratur.

Evans, C. J., Benalia, H., Preston, N. J., Grande, G., Gysels, M., Short, V., Daveson, B. A., Bausewein, C., Todd, C., & Higginson, I. J. (2013). The selection and use of outcome measures in palliative and end-of-life care research: The morecare international consensus workshop. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(6), 925-937.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.01.010>

Fosse, A., Zuidema, S., Boersma, F., Malterud, K., Schaufel, M. A., & Ruths, S. (2017). Nursing home physicians' assessments of barriers and strategies for end-of-life care in

Norway and the Netherlands. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(8), 713-718. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.03.005>

Galbraith, S., Fagan, P., Perkins, P., Lynch, A., & Booth, S. (2010). Does the use of a handheld fan improve chronic dyspnea? A randomized, controlled, crossover trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(5), 831-838. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.09.024>

Galekop, M., van Dijk, H., van Exel, J., & Cramm, J. (2019). Views of professionals and volunteers in palliative care on patient-centred care: a q-methodology study in the Netherlands. *BMC Palliative Care*, 18, Article 97. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0479-5>

*Green, E., Yuen, D., Chasen, M., Krzyzanowska, M. K., Klinger, C., Ismail, Z., and Pereira, J. (2016). Oncology nurses' attitudes toward the Edmonton Symptom Assessment System: Results from a large cancer care ontario study. *Oncology Nursing Forum* 44(1), 116-125. <https://doi.org/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), 140-149. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2010.16.3.47326>.

*Harasym, P., Brisbin, S., Afzaal, M., Sinnarajah, A., Venturato, L., Quail, P., Kaasalainen, S., Straus, S., Sussman, T., Virk, N., & Holroyd-Leduc, J. (2020). Barriers and facilitators to optimal supportive end-of-life palliative care in long-term care facilities: a qualitative descriptive study of community-based and specialist palliative care physicians' experiences, perceptions and perspectives. *BMJ Open*, 10(8), e037466. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037466>

Harding, R., Simon, S., Benalia H., Downing, J., Daveson, B., Higginson, I., & Bausewein, C. (2011). The PRISMA symposium 1: Outcome tool use. Disharmony in european outcomes

research for palliative and advanced disease care: Too many tools in practice. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(4), 493-500.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.06.008>

Hayashi, E., Aoyama, M., Fukano, F., Takano, J., Shimizu, Y., & Miyashita, M. (2022). Effects of bathing in a tub on physical and psychological symptoms of end-of-life cancer patients. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 24(1), 30-39.

<https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000803>

Henricson, M. (2021). Forskningsprocessen. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 43-53). Studentlitteratur.

Henson, L., Maddocks, M., Evans, C., Davidson, M., Hicks, S., & Higginson, I. (2020). Palliative care and the management of common distressing symptoms in advanced cancer: Pain, breathlessness, nausea and vomiting, and fatigue. *Journal of Clinical Oncology*, 38(9), 905-914. <https://doi.org/10.1200/JCO.19.00470>

Hommel, A., Idvall, E., & Andersson, A.-C. (2020). Kvalitetsutveckling. I A.-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlen (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå-kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (ss. 147-175). Studentlitteratur.

Homsy, J., Walsh, D., Rivera, N., Rybicki, L., Nelson, K., Legrand, S., Davis, M., Naughton, M., Gvozdjan, D., & Pham, H. (2006). Symptom evaluation in palliative medicine: patient report vs systematic assessment. *Supportive Care of Cancer*, 14(5), 444-453.

<https://doi.org/10.1007/s00520-005-0009-2>

Inspektionen för vård och omsorg [IVO]. (2019). Vad har IVO sett 2018: brister i kunskap skapar risker inom äldreomsorgen, hämtad 15 februari, 2021, från

<https://www.ivo.se/publicerat-material/nyheter/nyheter-2019/vad-har-ivo-sett-2018-brister-i-kunskap-skapar-risker-inom-aldreomsorgen/>

Johansson, E., & Wallin, L. (2020). Evidensbaserad vård. I A.-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (ss. 103-139). Studentlitteratur.

Karacsony, S., Good, A., Chang, E., Johnson, A., & Edenborough, M. (2019). An instrument to assess the education needs of nursing assistants within a palliativ approach in residential aged care facilities. *BMC Palliative Care*, 18, Article 61. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0447-0>

Karlsson, M. (2013). Hantering av svåra symtom. I B. Andershed, B.-M. Ternstedt & C. Håkansson (Red.), *Palliativ vård-begrepp & perspektiv i teori och praktik* (ss. 405-413). Studentlitteratur.

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. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2015.06.0002>

Källström, M., Soveril, I., Oldgren, J., Laukkanen, J., Ichiki, T., Tei, C., Timmerman, M., Berglund, L., & Hägglund, H. (2018). Effects of sauna bath on heart failure: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Cardiology*, 41(11), 1491-1501. <https://doi.org/10.1002/clc.23077>

Lamppu, P. J., Laakkonen, M.-L., Finne-Soveri, H., Kautiainen, H., Laurila, J. V., & Pitkälä, K. H. (2021). Training staff in long-term care facilities—effects on residents' symptoms, psychological well-being, and proxy satisfaction. *Journal of Pain and Symptom Management*, 62(4), e4-e12. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.03.020>

Leonard, M., Nekolaichuk, C., Meagher, D., Barnes, C., Gaudreau, J. D., Watanabe, S., Agar, M., Bush, S., & Lawlor, P. (2014). Practical assessment of delirium in palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(2), 176-190.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.10.024>

*Lind, S., Wallin, L., Fürst, C.-J., & Beck, I. (2019). The integrated palliative care outcome scale for patients with palliative care needs: Factors related to and experiences of the use in acute care settings. *Palliative and Supportive Care*, 17(5), 561–568.

<https://doi.org/10.1017/S1478951518001104>

Ludvigsson, C., Isaksson, U., & Hajdarevic, S. (2020). Experiencing improved assessment and control of pain in end of-life care when using the Abbey Pain Scale systematically.

Nursing Open, 7(6), 1798–1806. <https://doi.org/10.1002/nop2.566>

Lundh Hagelin, C., Klarare, A., & Fürst, C.-J. (2018). The applicability of the translated Edmonton Symptom Assessment System: revised [ESAS-r] in swedish palliative care. *Acta Oncologica*, 57(4), 560-562. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2017.1366050>

Mamhidir, A.-G., Sjölund, B.-M., Fläckman, B., Wimo, A., Sköldunger, A., & Engström, M. (2017). Systematic pain assessment in nursing homes: a cluster-randomized trial using mixed-methods approach. *BMC Geriatrics*, 17, Article 61. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0454-z>

McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>

McIlfatrick, S., & Hasson, F. (2014). Evaluating an holistic assessment tool for palliative care practice. *Journal of Clinical Nursing*, 23(7-8), 1064-1075. <https://doi.org/10.1111/jocn.12320>

Midje, H. H., Øvergård, K. I., & Torp, S. (2021). Exploring work engagement in the context of person-centred practices: a qualitative study in municipal long-term care facilities for older people. *International Practice Development Journal*, 11(2), 1-17. <https://doi.org/10.19043/ipdj.112.006>

Moore, L., Britten, N., Lydahl, D., Naldemirci, Ö., Elam, M., & Wolf, A. (2017). Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 662-673. <https://doi.org/10.1111/scs.12376>

Nordström, M., & Strang, P. (2018). High degree of satisfaction with the support given by multidisciplinary home care teams in the county of Stockholm. *Journal of Palliative Care*, 33(2), 109-114. <https://doi.org/10.1177/0825859718759880>

Nyatanga, B. (2014). Does humour have a place in palliative care? *British Journal of Community Nursing*, 19(4), 202-202. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2014.19.4.202>

*Odierna, D., Katen, M., Feuz, M., McMahan, R., Ritchie, C., McSpadden, S., Burns, M., Volow, A., & Sudore, R. (2018). Symptom assessment solutions for in-home supportive services and diverse older adults: A roadmap for change. *Journal of Palliative Medicine*, 21(10), 1486-1493. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0704>.

Palliativregistret. (2021). Hämtad 11 november, 2021, från <https://palliativregistret.se/utdata/>

Palliativt utvecklingscentrum. (u.å a). Skattningsinstrument. ESAS-r. Hämtad 15 november, 2021, från <https://palliativtutvecklingscentrum.se/palliativ-var/d/skattningsinstrument/esas-r/>

Palliativt utvecklingscentrum. (u.å b). Skattningsinstrument. IPOS. Hämtad 15 november, 2021, från <https://palliativutvecklingscentrum.se/palliativvard/skattningsinstrument/validering-av-ipos/>

Pastrana, T., Junger, S., Ostgathe, C., Elsner, F., & Radbruch, L. (2008). A matter of definition-key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. *Palliative Medicine*, 22(3), 222-232. <https://doi.org/10.1177/0269216308089803>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins.

Pos-pal.org. (u.å). *Palliative Care Outcome Scale (POS)*. Hämtad 12 december, 2021, från <https://pos-pal.org/maix>

Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., Blanchard, C., Bruera, E., Buitrago, R., Burla, C., Callaway, M., Cege Munyoro, E., Centeno, C., Cleary, J., Connor, S., Davaasuren, O., Downing, J., Foley, K., Goh, C...Pastrana, T. (2020). Redefining palliative care-a new consensus-based definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(4), 754-764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>

Regionala cancercentrum i samverkan. (2021a). *Nationellt vårdprogram: Palliativ vård i livets slutskede*. Hämtad 15 november, 2021, från <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/palliativvard/vardprogram/inledning/#chapter-2-3-Definitioner-av-palliativ-ward>

Regionala cancercentrum i samverkan. (2021b). *Nationellt vårdprogram: Palliativa vårdbehov ur olika sjukdomsperspektiv*. Hämtad 18 december, 2021, från

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/palliativ-var/vardprogram/palliativ-var-ur-olika-sjukdomsperspektiv/#chapter-15-6-Skora-aldre>

Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland. (2017). ASIH och Palliativ vård.

https://cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/tjock--och-andtarm-anal/stockholm---gotland/stod-vid-information/13-palliativvard_tillagg.pdf

Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturoversikt. I. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 375-387). Studentlitteratur.

Sand, L., & Strang, P. (2019). *När döden utmanar livet: Om existentiell kris och coping i palliativ vård*. Natur & Kultur.

Sandman, L., & Kjellström, S. (2018). *Etikboken: Etik för vårdande yrken* (2. Uppl.). Studentlitteratur.

*Schick-Makaroff, K., & Sawatzky, R. (2019). Divergent perspectives on the use of the Edmonton Symptom Assessment System (Revised) in palliative care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 22(1), 75-81. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000617>

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm. Riksdagen. Hämtad 11 november, 2021, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30

SFS 2014:821. Patientlag. Hämtad 14 november, 2021, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

SFS 2010:659. Patientsäkerhetslag. Hämtad 14 november, 2021, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag_-2010659_sfs-2010-659

Shimizu, Y., Miyashita, M., Morita, T., Sato, K., Tsuneto, S., & Shima, Y. (2014). Care strategy for death rattle in terminally ill cancer patients and their family members: Recommendations from a cross-sectional nationwide survey of bereaved family members' perceptions. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(1), 2-12. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.07.010>

SOU 2001:6. *Döden angår oss alla - Värdig vård vid livets slut*. Hämtad 21 januari, 2022, från <https://www.regeringen.se/49b6c2/contentassets/9b252638652e497ab0e16f66a0a54cf9/doden-angar-oss-alla>

Socialstyrelsen. (2006). *Vård i livets slutskede. Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2006-103-8.pdf>.

Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede, vägledning, rekommendationer och indikatorer - stöd för styrning och ledning*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2013-6-4.pdf>

Socialstyrelsen. (2016). *Palliativ vård i livets slutskede - Sammanfattning med förbättringsområden. Nationella riktlinjer - Utvärdering*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2016-12-3.pdf>

Socialstyrelsen. (2017). *Palliativ vård i livets slutskede. Målnivåer för indikatorer*.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2017-10-22.pdf>.

Socialstyrelsen. (2018). *Palliativ vård – förtydligande och konkretisering av begrepp*.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-8-6.pdf>

Socialstyrelsen. (2020). *Om palliativ vård av äldre personer*. Hämtad 11 november, 2021, från <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/palliativ-var-d-av-aldre-personer/om-palliativ-var-d-av-aldre-personer/>.

Solano, J. P., Gomes, B., & Higginson, I. J. (2006). A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(1), 58-69.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2005.06.007>

*Sommerbakk, R., Haugen, D. F., Tjora, A., Kaasa, S., & Hjermsstad, M. J. (2016). Barriers to and facilitators for implementing quality improvements in palliative care – results from a qualitative interview study in Norway. *BMC Palliative Care*, 15(61), 1-17.
<https://doi.org/10.1186/s12904-016-0132-5>.

Steege, L., & Dykstra, J. (2016). A macroergonomic perspective on fatigue and coping in the hospital nurse work system. *Applied Ergonomics*, 54, 19-26.
<https://doi.org/10.1016/j.apergo.2015.11.006>

Stevens, A.-M., & Laverty, D. (2018). Physical symptom management, with a focus on nursing interventions for complex symptoms. In C. Walshe, N. Preston & B. Johnston (Eds.),

Palliative Care Nursing: Principles and Evidence for Practice (3. ed., pp. 134-157). Open University Press.

Svenskt demenscentrum. (2020). Skolor. Abbey pain scale. Hämtad 15 november, 2021, från <https://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Verktyg/Skattningsskalor-instrument/Abbey-Pain-Scale>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017a). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. <https://beta.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icns%20etiska%20kod%20f%C3%B6r%20sjuksk%C3%B6terskor%202017.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017b). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. <https://swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksk%C3%B6terska%202017.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2019). *Sjuksköterskor för palliativ omvårdnad. Kompetensbeskrivning avancerad nivå. Specialistsjuksköterska med inriktning palliativ vård*. <https://swenurse.se/download/18.2583e78a172e5093ed635b/1593001299928/kompetensbeskrivning-palliativ-vard-2019.pdf>

Ternestedt, B.-M., & Andershed, B. (2013). Den palliativa vårdens utveckling. I B. Andershed, B.-M. Ternestedt & C. Håkansson (Red.), *Palliativ vård-begrepp & perspektiv i teori och praktik* (ss. 103-114). Studentlitteratur.

Thielking, P. (2003). Cancer pain and anxiety. *Current pain and headache reports*, 7(4), 249-261. <https://doi.org/10.1007/s11916-003-0045-x>.

Törnquist, A., Andersson, M., & Edberg, A.-K. (2013). In search of legitimacy – registered nurses' experience of providing palliative care in a municipal context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3), 651–658. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01074.x>

van Lancker, A., Van Hecke, A., Verhaeghe, S., Mattheeuws, M., & Beeckman, D. (2018). A comparison of symptoms in older hospitalised cancer and non-cancer patients in need of palliative care: a secondary analysis of two cross-sectional studies. *BMC Geriatrics*, 18, Article 40. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0721-7>

van Riet Paap, J., Vernooj-Dassen, M., Brouwer, F., Meiland, F., Iliffe, S., Davies, N., Leppert, W., Jaspers, B., Mariani, E., Sommerbakk, R., Vissers, K., & Engels, Y. (2014). Improving the organization of palliative care: identification of barriers and facilitators in five European countries. *Implementation Science*, 9(130). <https://doi.org/10.1186/s13012-014-0130-z>

Veazay Brooks, J., Poague, C., Formagini, T., Sinclair, C., & Nelson-Brantley, H. (2020). The role of a symptom assessment tool in shaping patient-physician communication in palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 59(1), 30-38. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.08.024>

Verschuur, E., Groot, M., & Van der Sande, R. (2014). Nurses' perceptions of proactive palliative care: a dutch focus group study. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(5), 241-245. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2014.20.5.241>

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf

Wallerstedt, B., Benzein, E., Schildmeijer, K., & Sandgren, A. (2019). What is palliative care? Perceptions of healthcare professionals. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(1), 77-84. <https://doi.org/10.1111/scs.12603>

Walsh, D., Davis, M., Ripamonti, C., Bruera, E., Davies, A., & Molassiotis, A. (2017). 2016 Updated MASCC/ESMO consensus recommendations: Management of nausea and vomiting in advanced cancer. *Support Care Cancer*, 25(1), 333-340. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3371-3>

Watanabe, S., Nekolaichuk, C., Beaumont, C., Johnson, L., Myers, J., & Strasser, F. (2011). A multicenter study comparing two numerical versions of the Edmonton Symptom Assessment System in palliative care patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(2), 456-468. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.04.020>.

Wheeler, M. (2016). Primary palliative care for every nurse practitioner. *Journal for Nurse Practitioners*, 12(10), 647-653. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2016.09.003>

*Williamsson, S., Hack, T., Bangee, M., Benedetto, V., & Beaver, K. (2021). The patient needs assessment in cancer care: identifying barriers and facilitators to implementation in the UK and Canada. *Supportive Care in Cancer*, 29(2), 805-812. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05542-6>

Winthereik, A., Neergaard, M., Vedstedt, P., & Jensen, A. (2016). Danish general practitioners self-reported competences in end-of-life care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 34(4), 420-427. <https://doi.org/10.1080/02813432.2016.1249059>

World Health Organization [WHO]. (2002). Definition of palliative care. Hämtad 11 november, 2021, från <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>

World Medical Association. (2013). *WMA declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 5 januari, 2022, från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Yamamoto, K., & Nagata, S. (2011). Physiological and psychological evaluation of the wrapped warm footbath as a complementary nursing therapy to induce relaxation in hospitalized patients with incurable cancer: a pilot study. *Cancer Nursing*, 34(3), 185-192. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181fe4d2d>

Öhrn, A. (2020). Säker vård. I A.-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå-kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (ss. 181-211). Studentlitteratur.

Bilaga 1

Sökmatrix

Databas	Kombination av sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
PubMed 211220	"Palliative Care"[Mesh] OR "Hospice and Palliative Care Nursing"[Mesh] OR "Terminal Care"[Mesh] OR "end of life care" AND "Symptom Assessment"[Mesh] OR "symptom assessment" OR "symptom evaluation" OR "symptom measurement" OR "symptom estimation" OR "Needs Assessment"[Mesh] AND barrier* OR obstacle* OR hinder* OR challenge* OR hindrance* OR facilitator* OR opportunities OR opportunity OR possibilities OR possibility	20110101- 20210131 Abstract English	261	38	11	6
Cinahl 211220	facilitator* OR opportunities OR opportunity OR possibilities OR possibility AND barrier* OR obstacle* OR hinder* OR challenge* OR hindrance* "end of life care" OR (MH "Hospice and Palliative Nursing") OR (MH "Hospice Care") OR (MH "Terminal Care") OR (MH "Palliative Care") AND "symptom evaluation" OR "symptom measurement" OR "symptom estimation" OR "symptom assessment" OR "symptom assessment tool" (MH "Nursing Assessment") OR (MH "Patient Assessment") OR (MH "Needs Assessment") OR (MH "Clinical Assessment Tools")	20110101- 20211231 Abstract English Peer review	302	40	12	4

Bilaga 2

Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År/land/ tidsskrift	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/T yp
Beesley, V.L., Staneva, A., Nehill, C., Milch, V., Hughes, F., & Webb, P.M	Patterns of, and barriers to supportive care needs assessment and provision for Australian women with gynecological cancer and their caregivers: a mixed-methods study of clinical practice	2019 Australia <i>Palliative and Supportive Care</i>	Dokumentera nuvarande klinisk praxis vad gäller bedömningar av vård- och stödbehov för kvinnor med gynekologisk cancer och deras närstående, identifiera hinder och möjligheter att ge vård	Mixad-metod Hälso- och sjukvårdspersonal som arbetade i alla olika delar av Australien, inom vård av kvinnor med gynekologisk cancer. 64 svarade på e- undersökning och av dessa gjorde 8 även djupintervjuer via telefon med semistrukturerade frågor. Beskrivande analys och intervjuerna analyserades genom innehållsanalys.	64 (8) deltagare i e - undersökning 8 deltagare i intervju	Bedömning av behov var ofta del av nuvarande praxis men gjordes oftast inte med validerade instrument, tid var den faktor som både var den största möjliggöraren och det största hindret att ge god stödjande vård.	KE II (28)

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År/land/ tidsskrift	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/ Typ
Brooks, J. V., Poague, C., Formagini, T., Sinclair, C. T., & Nelson- Brantley, H. V.	The role of a symptom assessment tool in shaping patient- physician communication in palliative care.	2020. USA. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i>	Undersöka hur symtomskat tningsinstru ment kan forma kommunikat ion mellan patienter och vårdpersona l genom att undersöka patienters skattning av symtom jämfört med läkarens proxyskattni ng	Mixad metod. Öppenvård vid ett cancercentrum med palliativt team. Deltagarna i studien var patienter som fick vård i öppenvården och vårdpersonal. I samarbete med det palliativa teamet hittade forskarna patienter och vårdpersonal som ville och kunde delta i studien. I kvalitativ del av studien gjordes semistrukturerade intervjuer med patienter och vårdpersonal. Dessa spelades in under besök på cancercentrum men en deltagare hade intervju per telefon. Socialkonstruktivistiskt förhållningssätt till grounded theory, I kvantitativ del av studien jämfördes patientens skattning med läkarens proxyskattning, skattningsformulär togs fram via medicinsk journal.	18 patienter 13 vårdpersonal intervjuades. 766 utförda symtomskattnin gar dokumenterade i journaler där 383 är utförda av patienter och 383 av läkare. Då vissa patienter träffade läkare vid flera tillfällen är antalet patienter 189. (388)	Deltagarna rapporterade att symtomskattningsinstrumen t fungerade bra vad gäller prioriteringar kring sina symtom, lättare att identifiera sina egna prioriteringar, och att det var en guide under besöket hos läkaren. God till mycket god överensstämmelse mellan patientens skattning och läkarens proxyskattning.	KE I (33)

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År/land/ tidsskrift	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/Typ
Burns, M., & McIlfratrick, S.	Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting.	2015. England. <i>International Journal of Palliative Nursing.</i>	Att utröna sjuksköterskors kunskap och attityd till smärtskattning av patienter med demens vilka var boende på vårdboende. Vilka faktorer inspirerar sjuksköterskors kunskap och attityd gentemot smärtskattning.	Kvantitativ Sjuksköterskor kliniskt aktiva inom äldreboenden vilka var belägna inom ett mindre geografiskt område i England Frågeformulär, cross/sectional indelat i tre delar lämnades ut till 96 sjuksköterskor kliniskt arbetande på 17 äldreboenden. Insamlad statistiska data sorterades och analyserades med hjälp av Mann-whitney test. Svaren på de öppna frågorna analyserades tematiskt.	96 (64)	Det mest förekommande hindret för att smärtskatta var låg bemanning och tidsbrist. Bristande förståelse för smärtskattning samt avsaknad av läkare. Möjligheter för god smärtskattning ansågs vara mer utbildning, både enskilt och i grupp. Sjuksköterskor som fått utbildning via specialistenhet sågs en signifikant skillnad gällande kunskap än mot de som inte fått samma möjlighet till träning/utbildning.	CCT I (29)

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År/land/ tidsskrift	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/Typ
Buttenschoen, D. C., Stephan, J., Watanabe, S., & Nekolaichuk, C.	Health care providers' use and knowledge of the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): is there a need to improve information and training?	2013. Canada. <i>Support Care Cancer.</i>	Utvärdera hälso- och sjukvårdspersonals användning, kunskap och behov av att träna på att göra ESAS	Tvärsnittsstudie. 193 hälso- och sjukvårdspersonal inom palliativ vård och kronisk smärta som använde ESAS, dessa arbetade inom Edmonton Zone Palliative Care Program (EZPCP) och University of Alberta Hospital (UAH) Chronic Pain Clinic. Undersökning, frågeformulär i fem delar totalt bestående av 27 frågor, datainsamling skedde under en 3-månadersperiod september till november 2010, studiedeltagarna kontaktades personligen eller via mail. Beskrivande statistik, innehållsanalys	83 (193)	43% svarsfrekvens, av dessa 62% sjuksköterskor, majoriteten hade en god förståelse för termerna i ESAS. Kunskapshinder inkluderade att skilja mellan trötthet och dåsighet, tolka andfåddhet som en kombination av subjektiva och objektiva symtom, inte beskriva symtomen så som de är just nu och att välja fel siffra vid bedömning av välbefinnande och aptit (0 istället för 10 eller tvärt om) Svårigheter var missförståelse av några termer i ESAS, att bedöma patienter med kommunikationssvårigheter, tidsbrist och tillförlitligheten i proxyskattningar. Deltagarna kom med förslag på hur deras kunskap och användning av ESAS kunde förbättras.	KE I (35)

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År/land/ tidsskrift	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/Typ
De Witt Jansen, B., Brazil, J., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfatrick, S., Morgan, S., Watson, M., & Parsons, C.	“A tool doesn’t add anything”. The importance of added value: use of observational pain tools with patients with advanced dementia approaching the end of life - a qualitative study of physician and nurse experiences and perspectives.	2018. Irland. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry.</i>	Att utforska läkare och sjuksköterskors användning av symtomskattningsinstrument, vid vård av döende patienter med svår demens. Samt deras syn på utveckling av instrument och behov av utbildning/träning.	Kvalitativ 23 läkare och 24 sjuksköterskor kliniskt arbetande inom olika typer av vård. Enskilda intervjuer spelades in utifrån semistrukturerade frågor. Tematisk analys av inspelat material för att identifiera huvudteman.	47	Sammantaget framkom behov av kontinuerlig fortbildning och integrering för att överbrygga hinder och gynna möjligheter att använda symtomskattningsinstrument.	K I (36)

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År/land/ tidsskrift	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/Typ
Green, E., Yuen, D., Chasen, M., Krzyzanowska, M. K., Klinger, C., Ismail, Z., & Pereira, J.	Oncology nurses' attitudes toward the Edmonton Symptom Assessment System: Results from a large cancer care ontario study.	2016 Canada <i>Oncology Nursing Forum.</i>	Undersöka onkologisjuksköterskors inställning till samt användning av Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) samt besluta om arbetade år samt eventuell specialistutbildning inom onkologi har samband med deras inställning och rapporterade användning.	Explorativ mixad metod Kliniskt aktiva sjuksköterskor på något av 14 regionala cancercentrum i Ontario, Canada. Frågeformulär besvarades av 353 sjuksköterskor. Frågeformuläret bestod av 21 punkter med både slutna och öppna frågor. Svaren på de öppna frågorna jämfördes med de slutna för att få en komplettering till de kvantitativa frågorna.	353	Mer än hälften av sjuksköterskorna upplevde en bättre lindring för patienterna när symtomskattningsinstrument användes. Ett hinder ansågs dock vara att just ESAS inte var diagnosspecifikt.	CCT I (33)

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År/land/ tidsskrift	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/Typ
Harasym, P., Brisbin, S., Afzaal, M., Sinnarajah, A., Venturato, L., Quail, P., Kaasalainen, S., Straus, S., Sussman, T., Virk, N., & Holroyd- Leduc, J.	Barriers and facilitators to optimal supportive end-of-life palliative care in long- term care facilities: a qualitative descriptive study of community- based and specialist palliative care physicians' experiences, perceptions and perspectives	2020 Canada <i>BMJ Open</i>	Att identifiera hinder och möjligheter för att ge sköra vuxna optimal palliativ lindring utifrån primärvårdsläkares perspektiv tillsammans med specialistläkare palliativ vård	Kvalitativ 23 läkare kliniskt aktiva inom äldreården i Alberta, Canada. Semistrukturerade intervjuer med öppna och slutna frågor utskickade via internet. Initialt skickades det till läkare kliniskt aktiva inom stort område. 18 allmänläkare och 5 specialistläkare ingick slutligen i studien via enskilda intervjuer. Specifikt kodningsschema som grundades på motivation, kapacitet och möjlighetsfaktorer.	23 (0)	Läkare uppgav hinder och möjligheter relaterat till sjuksköterskors kunskap gällande symtomskattning, både med och utan skattningsinstrument.	K I (33)

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År/land/ tidsskrift	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/ Typ
Lind, S., Wallin, L., Fürst, C.J., & Beck, I.	The integrated palliative care outcome scale for patients with palliative care needs: Factors related to and experience s of the use in acute care settings.	2019 Sverige <i>Palliative and Supportive Care</i>	Att utforska faktorer som bidrar eller hindrar att patienter med palliativa vårdbehov för att själva bedöma sina symtom med hjälp av IPOS. Ytterligare syfte var att utforska sjuksköterskors erfarenheter att använda IPOS med samma frågeställning hinder och möjligheter. Det övergripande syftet var sammantaget att utröna möjligheter att införa IPOS inom akutsjukvården.	Explorativ Mixad metod Patienter, enhetschefer, sjuksköterskor, undersköterskor och läkare på tre olika avdelningar på ett akutsjukhus. 309 patienter som själva fick symtomskatta sina symtom i IPOS. Även hur många sjuksköterskor och eller läkare som deltog i utbildning gällande användning av IPOS. Tio sjuksköterskor/undersköterskor, sex sjuksköterskor som var drivande och möjliggörare för införandet av symtomskattningsinstrument IPOS samt tre enhetschefer. Deskriptiva och analytiska data analyserades med statistiska metoder för att utfinna signifikanta likheter och olikheter. Transkriberad text genomlästes och meningenheter kondenserades, kodades och delades in i två kategorier som diskuterades intill konklusion.	309 patienter 19 personal	Personal såg möjligheter att förbättra livskvaliteten genom att använda symtomskattningsinstrumentet IPOS. Hinder att använda det uppgavs arbetsbelastning, behov av träning/utbildning, patienters medicinska status	CCT/K I (36)

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År/land/ tidsskrift	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/Typ
Odierna, D., Katen, M., Feuz, M., McMahan, R., Ritchie, C., McSpadden, S., Burns, M., Volow, A., & Sudore, R.	Symptom assessment solutions for in-home supportive services and diverse older adults: A roadmap for change.	2018. USA. <i>Journal of Palliative Medicine</i>	Att utforska om och hur symtomskattning genomförs på äldreboende, vilka möjlighet och hinder ses att införa skattningsinstrument	Kvalitativ Samtliga deltagare skulle vara engelskspråkiga och även ha möjlighet att ta sig till intervjuplatsen samt arbeta inom äldreboende. Semistrukturerade intervjuer i fokusgrupper. Tio grupper med fem i varje. Intervjuerna spelades in, transkriberades och kodades.	50 (0)	Hinder om patienten själv skattar sina symtom finns risk för övermedicinering, låg tilltro till promskattning. Högre arbetsbelastning för sjuksköterskan. Positivt för patienten med skattning, att patienten får komma till tals, att träna på att skatta symtom ger färdighet, är utvecklande samt uppskatta symtom görs redan men skattas inte systematiskt med instrument	K I (32)

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År/land/ tidsskrift	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/Typ
Schick- Makaroff, K., & Sawatzky, R.	Divergent perspectives on the use of the Edmonton Symptom Assessment System (revised) in palliative care	2019. Canada. <i>Journal of Hospice and Palliative Nursing</i>	Att förstå hälso- och sjukvårdspersonals perspektiv i användningen av ESAS-r i palliativ vård på sjukhus och i hemmet	Kvalitativ Sjuksköterskor, läkare, socialarbetare och samordnare inom andlig vård i palliativ vårdenhet med 10 sängplatser och palliativ hemsjukvård på Canadas västkust. 14 fokusgrupper, 24 djupintervjuer Fokusgrupper/djupintervjuer spelades in, transkriberades och kodades.	46 deltagare i fokusgrupper 20 deltagare i djupintervjuer	Möjligheter benämndes som positivt för i första hand patienterna men även den del av personal som var positiv till skattning över huvud taget. Hinder uttrycktes som arbetsbelastning/tidsbrist men även att när skattningar gjordes upplevdes det att inget gjordes med resultatet.	K I (34)

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År/land/ tidsskrift	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/Typ
Sommerbakk, R., Haugen, D. F., Tjora, A., Kaasa, S., & Hjerstad, M. J.	Barriers to and facilitators for implementing quality improvements in palliative care – results from a qualitative interview study in Norway.	2016 Norge <i>BMC Palliative Care</i>	Vilka hinder och möjligheter för att implementera förbättringar inom palliativ vård har erfarits av hälso- och sjukvårdspersonal i Norge? Vilka av de erfarna faktorerna är specifika för palliativ vård?	Kvalitativ Läkare och sjuksköterskor i klinisk verksamhet inom palliativ vård samt ledare som deltog i organisering av palliativ vård. Två sjukhus, ett äldreboende, två korttidsboenden. Semistrukturerade intervjuer Induktiv kodning och tematisk ansats av intervjutext	20 (0)	Fyra hinder som specifikt riktade sig till patienter med palliativa vårdbehov identifierades: patienternas dåliga medicinska status, symtomskattningsinstrument som inte var validerade för gällande patientgrupp, bristande kunskap bland personal inom palliativ och personals olika syn på palliativ vård.	K I (36)

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År/land/ tidsskrift	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/Typ
Williamsson,S., Hack, T., Bangee, M., Benedetto, V., & Beaver, K.	The patient needs assessment in cancer care: identifying barriers and facilitators to implementation in the UK and Canada.	2021 England (Lanchaster och Soth Cumbria) och Canada (Manitoba) <i>Supportive Care in Cancer</i>	Att fastställa i vilken utsträckning sjuksköterskor som arbetar inom cancervård värderar behovsbedömning och identifiera eventuella hinder och möjligheter de upplever för att genomföra detta.	Mixad metod Sjuksköterskor arbetande inom cancervård, onkologavdelningar inom angett geografiskt område, med ansvar för behovsbedömningar. Enkäter utskickat via internet med 19 slutna och fem öppna frågor. Deskriptiv statistisk analysmetod samt innehållsanalys	110 (England) (30) via snöbollseffekt svarade sammanlagt 306 221 (Canada) (105)	Sjuksköterskor uttryckte oro för att de olika bedömningsinstrumenten endast bidrog till mer byråkrati och inte gynnade patienterna. Hinder för att utföra bedömningarna var tidsbrist, bemanningsbrist, känsla av otrygghet i att använda instrumenten, avsaknad av att hitta avskildhet i samband med att patienten tillfrågades och resursbrist. Möjligheter för att använda instrument i bedömning uppgavs vara fysiska miljöer (enskilda rum) för att underlätta känsliga samtal, adekvat träning för aktuellt instrument hur det ska användas samt vetskap om möjlighet till att patienten kan remitteras till mer passande enhet.	KE I (32)

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Bilaga 3

Modifierat bedömningsunderlag för att klassificera och kvalitetsbedöma varje enskild vetenskaplig artikel utifrån Caldwell et al, 2011. Klassificering utifrån Polit & Beck 2016/2017 (kryssa i rutan).

Kvantitativa studier

- “ Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT)/experimentell studie; är prospektiv och innebär att den innehåller en intervention och jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper där fördelningen av deltagarna mellan grupperna har gjorts slumpmässigt (randomiserat).
- “ Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT)/kvasi-experimentell studie med kontrollgrupp; är prospektiv och innebär att den innehåller en intervention och jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.
- “ Kvasi-experimentell studie (KE) utan kontrollgrupp; är prospektiv och innehåller en intervention.
- “ Prospektiv icke-experimentell studie/kohortstudie (P); innehåller ingen intervention, jämförelser görs över tid
- “ Icke-experimentell studie/korrelationsstudie/observationsstudie/tvårsnittsstudie (IE); innehåller ingen intervention, samband studeras.
- “ Retrospektiv studie/fall-kontroll studie; jämförelser mellan fall och kontroller (R).

Kvalitativ studie

- “ Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2016/2017). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Frågor för kvalitetsbedömning	Beskriv kortfattat egen bedömning	<u>Poäng</u> Nej=0, Delvis=1 och Ja=2
1. Återspeglar titeln studiens innehåll? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
2. Har författarna publicerat något inom samma eller närliggande område? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
3. Sammanfattar abstractet de viktigaste delarna? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
4. Är rationalen/problemformuleringen för studien tydligt beskriven? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
5. Är litteraturen i bakgrunden tillräcklig och uppdaterad (vilka år) inom forskningsområdet? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
6. Är syftet för studien tydligt förklarad?		

(Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
7. Identifieras och diskuteras alla etiska frågor tillräckligt? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
8. Är metoden identifierad och tillräckligt beskriven? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
9. Är designen tydligt beskriven, motiverad samt lämplig? (Kvantitativ studie) Är bakgrunden, designen tydligt beskriven, motiverad och lämplig? (Kvalitativ studie)		
10. Är det en hypotes tydligt formulerad? Är huvudvariablerna tydligt beskrivna? (Kvantitativ studie) Är de centrala begreppen tydligt beskrivna? (Kvalitativ studie)		
11. Är kontexten för studien beskrivet? (kvantitativ studie) Är kontexten för studien beskriven? (Kvalitativ studie)		
12. Är urvalet adekvat beskrivet och representativt för populationen?		

<p>(Kvantitativ studie)</p> <p>Är urvalet av deltagare och datainsamlingsmetoden adekvat beskrivet?</p> <p>(Kvalitativ studie)</p>		
<p>13. Är metoden för datainsamling valid och reliabel? (Kvantitativ studie)</p> <p>Är metoden för datainsamlingen granskningsbar och trovärdig?</p> <p>(Kvalitativ studie)</p>		
<p>14. Är metoden för dataanalys valid och reliabel? (Kvantitativ studie)</p> <p>Är metoden för dataanalys trovärdig och tillförlitlig? (Kvalitativ studie)</p>		
<p>15. Är resultaten presenterade på ett lämpligt och tydligt sätt?</p> <p>(Kvantitativ- och Kvalitativ studie)</p>		
<p>16. Är diskussionen tillräcklig. Diskuteras resultaten i förhållande till tidigare forskning inom området, diskuteras studiens styrkor och svagheter, är diskussionen ”objektiv”?</p>		

17. Är konklusionen tillräcklig. Baseras konklusionen (uteslutande) på studiens resultat?		
18. Är resultaten generaliserbara? (Kvantitativ studie) Är resultaten överförbara? (Kvalitativ studie)		
Totalt (max 36 poäng)		

(Caldwell K, Henshaw L, Taylor G. Developing a framework for critiquing health research: An early evaluation. Nurse Education Today 31 (2011) e1-e7.

Cut off värde för kvalitet

Mycket god kvalitet, 29-36 poäng

God kvalitet, 20-28 poäng

Låg kvalitet, <20 poäng