



# SYM TOMSKATTNINGSINSTRUMENT FÖR PATIENTER MED PALLIATIVA VÅRDBEHOV

- Vårdpersonals erfarenheter

En litteraturöversikt

# SYMPTOM ASSESSMENT INSTRUMENT FOR PATIENTS WITH PALLIATIVE CARE NEEDS

- Health care professionals' experiences.

A literature review

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning palliative vård, 60 hp

Självständigt arbete, 15 hp GPA105, HT2022

Nivå: Avancerad nivå

Författare

Rasmus Olofsson

Handledare

Malin Lövgren

Examinator

Sandra Doveson

## Sammanfattning

<b>Bakgrund:</b>	Palliativ vård utgår från en helhetssyn kring patientens mående och sjukdomsyttanden. En av kvalitetsindikatorerna för palliativ vård är regelbunden användning av symtomskattningsinstrument. Symtom är multidimensionella och återfinns i både existentiella, fysiska, psykiska och sociala dimensioner. En tydlighet behövs kring hur symtomskattningsinstrument används och arbetas med för patienten med palliativa vårdbehov.
<b>Syfte:</b>	Syftet var att beskriva vårdpersonalens erfarenheter av att använda symtomskattningsinstrument för patienter med palliativa vårdbehov.
<b>Metod:</b>	Litteraturstudie med grund i artiklar av både kvalitativa, kvantitativa och mixad metod inkluderades och som analyserats med tematisk analys. Databassökningar i Cinahl, Pubmed och Psycinfo.
<b>Resultat:</b>	10 artiklar presenteras med huvudtema möjligheter att arbeta mer effektivt och personcentrerat och Hinder i användandet av symtomskattningsinstrument med undertema ej kliniskt användbart, brist på kunskap och utbildning, tidsbrist och tidsaspekter.
<b>Slutsats:</b>	Denna litteraturstudie har visat på att det finns varierad användning av symtomskattningsinstrument och flera aspekter kring vårdpersonalens erfarenheter. Den mest framträdande erfarenheten hos vårdpersonalen var att användningen av symtomskattningsinstrument ökade effektiviteten hos patienten, patienten fick lättare att artikulera sina symtom.
<b>Nyckelord:</b>	Palliativ vård, vårdpersonalens erfarenheter, symtomskattningsinstrument, palliativa vårdbehov.

# Innehållsförteckning

<b><i>Inledning</i></b> .....	<b>1</b>
<b><i>Bakgrund</i></b> .....	<b>1</b>
Vad är palliativ vård? .....	1
Symtomlindring: en av den palliativa vårdens hörnstenar .....	3
Sjuksköterskans arbete inom palliativ vård .....	5
Kvalitetsindikationer i palliativ vård.....	5
<b><i>Problemformulering</i></b> .....	<b>6</b>
<b><i>Syfte</i></b> .....	<b>6</b>
<b><i>Teoretiskt ramverk</i></b> .....	<b>6</b>
<b><i>Metod</i></b> .....	<b>8</b>
Urval.....	8
Datainsamling .....	8
Datanalys .....	9
<b><i>Forskningsetiska överväganden</i></b> .....	<b>10</b>
<b><i>Resultat</i></b> .....	<b>11</b>
Möjligheter att arbeta mer effektivt och personcentrerat .....	11
Hinder för att använda symtomskattningsinstrument.....	12
Ej kliniskt användbart.....	12
Brist på kunskap/utbildning: .....	13
Tidsbrist och tidsaspekter .....	14
<b><i>Diskussion</i></b> .....	<b>14</b>
Resultatdiskussion: .....	14
Symtomskattningsinstrumentens tidsaspekter .....	14
Varierad användning av symtomskattningsinstrument:.....	15
Metoddiskussion:.....	17
<b><i>Slutsats</i></b> .....	<b>19</b>
<b><i>Kliniska implikationer</i></b> .....	<b>20</b>
<b><i>Förslag till fortsatt forskning</i></b> .....	<b>20</b>
<b><i>Referensförteckning</i></b> .....	<b>21</b>

–

<b><i>Bilaga 1- sökmatris</i></b> .....	<b>27</b>
<b><i>Bilaga 2-</i></b> .....	<b>29</b>
<b><i>Bilaga 3</i></b> .....	<b>39</b>

## **Inledning**

I mitt arbete som sjuksköterska inom specialiserad palliativ slutenvård ser jag att det är av stor vikt att patientens symtom identifieras och behandlas på ett adekvat sätt. Hur identifieringen av symtom utförs är olika från sjuksköterska till sjuksköterska. Det upplevs skapa ett problem då det inte finns ett systematiskt arbete kring symtom och symtomskattning. Beroende på vilken sjuksköterska som har ansvaret för patienten kan patienten också få olika vård. Specialistsjuksköterskan bör ha ett övergripande ansvar kring symtomskattning och dess användningsområden för att stärka patienten vård och inkludera närstående som kan ha en viktig del i hanteringen av symtom. Mer kunskap om symtomskattningsinstrument och hur dessa kan användas skulle kunna underlätta sjuksköterskans arbete med patienter som har palliativa vårdbehov.

## **Bakgrund**

*Vad är palliativ vård?*

Det finns olika definitioner för palliativ vård. Den vanligaste är den av Världshälsoorganisationen (WHO) som beskriver att palliativ vård är en vårdform som syftar till att öka livskvaliteten hos patienter med livshotande sjukdom. Genom tidig identifiering ska vården förebygga och minska lidande via bedömning och behandling av symtom både psykosocialt, fysiskt och andligt. Det utförs via teamarbete för att skapa helhetsstöd kring patienten och dess närstående, att skapa ett så gott liv som möjligt fram till döden (WHO, 2020). Radbruch et al. (2020) beskriver att palliativ vård först definierades för att användas för vård av patienter i livets slut. Detta har nu ändrats och används nu tidigare i vårdförloppet. Historiskt sett var en cancerdiagnos ett av kriterierna för palliativ vård, men detta har också ändrats. Palliativ vård innefattar numer patienter med livshotande sjukdom, oavsett diagnos. En annan nyare definition av palliativ vård är den av International association for Hospice and Palliative care- IAHPC (2019). Det som är signifikant för IAHPC definition är att de sätter fokus på lidande. De definierar palliativ vård som en holistisk vård som bedrivs för patienter i alla åldrar med hälsobesvär på grund av svår sjukdom, med extra tyngdpunkt för dem nära livets slut. Detta för att öka livskvalitet för patienten och dess familj (IAHPC, 2019). Det finns fler än dessa två definitioner av palliativ vård. Dessa två är dock vanligt förekommande. De gemensamma nämnarna för dessa definitioner: 1) att vården ser till hela personen (fysiska, psykiska, sociala och existentiella dimensioner). 2) att fokus är på att främja välbefinnande, och 3) inslagen i vården relaterar till döden, döendet eller livbegränsande prognos. I detta

–

arbete definieras patienten med palliativa vårdbehov utifrån definitionen av International association for Hospice and Palliative care (IAHPC). Detta för att definitionen är bredare och att aspekten av lidande oavsett sjukdom eller prognos bedöms mest adekvat relaterat till denna litteraturstudie om symtom och symtomskattningsinstrument.

En procent av befolkningen i Sverige dör varje år, ca 90.000 personer och 80% av dem avlider av sjukdomar av en eller flera orsaker. Det är viktigt att all personal inom vård och omsorg har kunskap om palliativ vård då personer som är svårt sjuka vårdas inom alla vårdformer (Axelsson, 2016). Den palliativa vården vilar på sina fyra hörnstenar: *Teamarbete, kommunikation/relation, närståendestöd och symtomlindring*. Detta för att optimera livskvaliteten patientens sista tid i livet (Axelsson, 2016). Vidare beskriver Regionalt cancercentrum i det nationellt vårdprogrammet för palliativ vård (2021) att de fyra hörnstenarna är ett arbetsredskap för vården där det totala lidandet och de fyra smärtdimensionerna (existentiellt, fysiskt, psykiskt och socialt) står i fokus. Teamarbete innefattar arbete med multiprofessionellt då flera olika professioner behövs för att uppnå patientens helhetsvård. Kommunikation och relation innebär god relation och kommunikation till patienten och dess närstående men också i teamet kring patientens vård. Närståendestöd är viktigt både under patientens sjukdomstid och efter patientens dödsfall. Det kan uppstå via delaktighet och anpassad information utifrån närståendes förutsättningar och behov (Regionalt cancercentrum, 2021).

Socialstyrelsen (2018) beskriver att det finns både allmän och specialiserad palliativ vård. Inom den allmänna vården utförs vård med personal som har en grundläggande kompetens och kunskap inom palliativ vård. Den bedrivs inom alla vårdformer som vård- och omsorgsboende, sjukhus, primärvård och hemsjukvård. Den allmänna vården förväntas ha kunskap om bedömning av förväntad överlevnad, kunskap kring att utföra brytpunktssamtal och att se behov av symtomlindring. Vidare beskrivs att den specialiserad palliativa vården skall finnas till för patienter med mer komplexa symtom. Kunna utföra prognosbedömning av sjukdom av mer oklara symtom och behov, tillgodose läkemedelsanvändning utanför gängse doser eller indikationsområde exempelvis palliativ sedering. Även att kunna avbryta behandling vid icke gynnsamt förlopp i samråd mellan vårdpersonal, patient och dess närstående (Socialstyrelsen, 2018).

### *Symtomlindring: en av den palliativa vårdens hörnstenar*

En del av den palliativa vården handlar om symtomlindring. Karlsson (2013) beskriver helheten kring människan i olika dimensioner som existentiella, fysiska, psykiska och sociala. Det är viktigt att kunna se de bakomliggande orsakerna till symtom för att kunna ge god symtomlindring: att ställa frågorna hur och varför (Karlsson, 2013). Cicely Saunders, som är grundare av det moderna hospicet, myntade också begreppet ” Total pain”. Total pain innefattar en holistisk syn på patienten som inte enbart innefattar fysiska symtom utan också spirituella symtom, sociala symtom och psykiska symtom. Detta synsätt utvecklade Saunders då hon såg att patienterna lämnades åt sina öden när läkaren insåg att det inte fanns någon botande åtgärd kvar (Wood, 2022). Regionala cancercentrum (2021) beskriver att behandling av symtom alltid bör ses som en del av en helhet, det är viktigt att se sambandet mellan psykiskt lidande, kommande separation, social problematik och den uppenbara fysiska smärtan. För att kunna föra ett meningsfullt samtal kring patientens sjukdomsförlopp är det viktigt att identifiera var i sjukdomsförloppet patienten befinner sig. Detta för att kunna erbjuda adekvat symtomlindring. Den fysiska smärtan uppges vara den tydligaste formen av smärta. Detta då den kan vara lättast att uttrycka och kan vara en obehaglig upplevelse med hotad eller verklig vävnadsskada. Social smärta kan vara kopplat till relationer, både de som patienten kan förlora i sjukdomen och i och med stundande död, men även tanken kring belastning för närstående. Psykisk smärta kan vara kopplat till känslor som sorg, oro eller ångest och hur de känslorna kommer att yttra sig. Den kan även beskrivas som en reaktion på förluster och kan skapa en svårighet att ta vara på den tid som finns kvar. Det kan uppkomma frågor om att livet och ens existens är hotad, meningen med livet och hopplöshet kontra hopp inom den existentiella smärtan. Smärta är en subjektiv upplevelse, som tolkas i hjärnan på ett känslomässigt plan via tidigare erfarenheter. Smärtupplevelsen kan lindras av exempelvis en lugn och tryggvårdsituation gentemot oro eller dödsångest. Patientens smärta ökar ofta mot livets slut (Regionala cancercentrum, 2021).

Det är vanligt att symtom uppkommer i kluster så kallade symtomkluster, där flera symtom kommer samtidigt och påverkar varandra. Jiménez et al. (2011) tar upp i sin forskning om avancerad cancer och beskriver fyra grundläggande symtomkluster; 1) neuropsykologiska så som sömnproblem, ångest och depression, 2) anorexia-kakexia så som anorexia, trötthet och viktnedgång, 3) förvirringskluster som innefattar konfusion, agitation och urininkontinens, 4) mag-tarmkanalkluster med illamående och kräkningar. De visade även att konfusionskluster var mer vanligt för patienter över 70 år. Symtomklusterna var påverkade av

cancerlokalisering, patientens ålder, kön och dess allmäntillstånd. Det fanns ett samband mellan antalet symtomkluster och förväntad överlevnad, ju fler symtomkluster som presenterades desto högre risk för tidig död (Jiménez et al., 2011). I en litteraturstudie gjord av Kwekkeboom (2016) beskrivs att kunskap om symtomkluster kan vara bra för vårdpersonal att känna till för att förebygga att ytterligare symtom uppkommer. Utifrån de symtom som uppmärksammas vid symtomskattning kan vårdpersonal förutse att det kan komma andra symtom som ingår i samma kluster och kan då förutse symtom i stället för att förbises och missas (Kwekkeboom, 2016).

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för palliativ vård presenterar olika symtomskattningsinstrument. De beskriver att för att lindra smärta och andra symtom behövs systematiskt användning av skattningssinstrument. Bedömning kan skilja sig mellan om det är vårdpersonal eller patienten själv som skattar sina symtom. Vid enskilda symtom kan exempelvis Visuellt analog skala (VAS) eller Numerisk beskrivande skala (NRS) användas. Vid symtomskattning av flera symtom samtidigt kan Edmonton symtom assessment scale (ESAS) användas eller när en patient ska beskriva sina egna symtom kan Integrated palliative outcome scale (IPOS) användas. När en patient har svårt att själv beskriva sina symtom kan Abbey pain scale användas (Socialstyrelsen, 2016).

Skattning av symtom kan utföras på olika sätt. I studie gjord av Weldring och Smith (2013) beskrivs att Patient-reported outcomes (PRO) utförs direkt av patienten själv, utan påverkan eller tolkning av vårdpersonal. Den kan användas för att utvärdera exempelvis en direkt behandling eller utvärdera effekt av tidigare behandling, exempelvis hur smärtan känns 30minuter efter administration av smärtbehandling. För att sedan kunna använda resultaten som uppkommer vid PRO-skattning så används Patient-reported measures (PROMs). Denna kan antingen vara styrd mot en viss sjukdom eller mer som en generell mätning. PROM kan exempelvis användas för att utvärdera en viss behandling eller operation (Weldring & Smith, 2013). Vidare visar studien gjord av Clapham et al. (2021) att PROM kan användas inom palliativ vård, även i ett mer akut tillstånd. Deras resultat belyser att det är tre olika faktorer som påverkar PROM: patientens diagnos, vilken typ av vårdmiljö patienten vårdas i och hur brådskande patientens behov var (Clapham et al., 2021).



### *Sjuksköterskans arbete inom palliativ vård*

Sjuksköterskans specifika kompetens är omvårdnad. Genom en humanistisk människosyn innefattas ett patientnära arbete som vilar på det vetenskapliga kunskapsområdet. För att patienten ska bibehålla, förbättra och återfå sin hälsa vårdar sjuksköterskan varje patient med självständiga kliniska beslut. Detta i enlighet med gällande lagar och styrdokument som upprättats för hälso- och sjukvården. Sjuksköterskans kliniska beslut vilar på en grund av etiskt förhållningssätt, respekt för mänskliga rättigheter, patientens egna självbestämmande och vanor, dess värdighet och integritet (Svensk sjuksköterskeförening, 2021). Via kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor inom palliativ omvårdnad beskrivs att sjuksköterskan ska skapa en god och säker palliativ vård med stöd i kompetensbeskrivningen. Sjuksköterskan ska bidra med stöd till närstående under vårdförloppet men också efter dödsfallet (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). Skorpen Tarberg et al. (2020) beskriver i sin forskning att det finns en viktig komponent kring att sjuksköterskan inom palliativ vård tidigt introduceras för närstående för att öka den medkännande vården. Vårdpersonalen upplevde att närstående inte hade tillräcklig erfarenhet eller kunskap kring tidig introducering av vårdpersonal. Genom tidig introducering upplevdes att den medkännande vården ökade och att närstående fick ökat stöd (Skorpen Tarberg et al., 2020).

I kompetensbeskrivningen uppmärksammas även att sjuksköterskan självständigt ska kunna verka och ha en handlingsberedskap och prioriteringsförmåga kring komplexa vårdsituationer. Via evidens och bästa praxis behöver sjuksköterskan kunna utföra, utvärdera och planera både specialiserad och allmän palliativ vård, och vid behov kunna påbörja medicinsk behandling i symtomlindrande syfte. Som via symtomskattning och symtomskattningsinstrument kunna utvärdera vidtagna vårdåtgärder, kunna lindra svåra symtom så som smärta. Även förespråka användningen och utvecklingen av kvalitetsindikatorer (Svensk sjuksköterskeförening, 2019).

### *Kvalitetsindikatorer i palliativ vård*

För att kunna utvärdera och följa upp vårdens kvalitet och resultat behövs nationella kvalitetsregister (Regionala cancercentrum, RCC, 2021) I Sverige finns det svenska palliativa registret för att följa upp vårdens kvalitet i livets slut. RCC, (2021) beskriver att kvalitetsindikatorer används för att följa och initiera förbättringsarbete inom vården. Det finns nio kvalitetsindikatorer inom palliativ vård i livets slutskede: 1) utan förekomst av trycksår vid dödstillfället 2) vidbehovs ordination av ångestdämpande läkemedel, 3) vidbehovsordination av opioid mot smärta sista levnadsveckan, 4) munhälsobedömning under sista levnadsveckan, 5) utförandet av brytpunktssamtal, 6) smärtskattning under sista

levnadsveckan, 7) regelbunden användning av symtomskattningsinstrument, 8) öka täckningsgraden i det Svenska palliativregistret, 9) bedömning av inskrivning i slutenvården de sista 30 dagarna i livet. Utav dessa nio indikatorer så återfinns åtta av dem i det Svenska palliativ registret och nationella målnivåer finns för sex av de nio kvalitetsindikationer som presenterats (RCC, 2021). I det palliativa registret, under år 2020, har vårdpersonal registrerat att 63% av alla som dött i Sverige under den perioden smärtskattades sista veckan i livet, men att resterande personer inte smärtskattades med symtomlindringsinstrument (6% av dessa visste inte om smärtskattning hade utförts). De nationella målnivåerna för smärtskattning sista levnadsveckan är 100% (Socialstyrelsen, 2013b). I denna litteraturstudie tydliggörs hur symtomskattning och symtomskattningsinstrument används inom palliativ vård och skapar en ökad förståelse kring en av kvalitetsindikatorerna inom palliativ vård.

## **Problemformulering**

Palliativ vård utgår från en helhetssyn kring patientens mående och sjukdomsyttranden. Den palliativa vården bör bygga på de fyra hörnstenarna: symtomlindring, multiprofessionellt samarbete, kommunikation- relation och stöd till närstående. En av kvalitetsindikatorerna för palliativ vård är regelbunden användning av symtomskattningsinstrument. Symtom är multidimensionella och återfinns i både existentiella, fysiska, psykiska och sociala dimensioner. För att en helhetsvård skall utföras krävs en tydlighet kring symtom, vilket återfinns genom identifiering av symtom med hjälp av symtomskattningsinstrument. Regelbunden symtomskattning via instrument rekommenderas i palliativ vård. Trots detta finns uppgifter om att symtomskattning inte alltid genomförs. Att identifiera vårdpersonals erfarenheter av att använda symtomskattningsinstrument skulle kunna leda till att eventuella hinder för användandet kan identifieras. Mer kunskap om detta skulle i sin tur kunna leda till adekvata strategier som underlättar användandet av symtomskattningsinstrument införs och att symtomskattningsinstrument i högre utsträckning används regelbundet.

## **Syfte**

Syftet var att beskriva vårdpersonals erfarenheter av att använda symtomskattningsinstrument för patienter med palliativa vårdbehov.

## **Teoretiskt ramverk**

Då denna litteraturstudie har som grund i symtomlindring och symtomskattning hos en patient med palliativa vårdbehov bedömdes att 6 SN: modell för personcentrerad vård vore lämplig.

Då symtomlindring och symtomskattning vid symtomskattningsinstrument bygger på att patienten och dess symtom står i centrum och blir centrerat. Österlind och Henoch (2021) påtalar att för att uppnå personcentrerad vård inom den palliativ vården så kan de 6 SN:s modell användas (Österlind & Henoch, 2021).

Modellen för de 6 S:n bygger på att stärka patientens roll och fokusera på existentiella, andliga, sociala, psykiska och fysiska behov. För att kunna se hela patientens vårdbehov behövs inledningsvis symtomidentifiering och först när symtomkontroll uppnåtts så kan patientens helhetsvård fullföljas.

De 6 S:n bygger på 1) *Självbild* som innebär patientens identitet. Självbild och identitet kan liknas vid synonymer till varandra. Hur patienten blir bemött och är i relation till andra, hur patienten känner och tänker om sig själv. Självbilden skapas och ändras under hela ens livstid, en livslång utveckling. I samspelet med andra så ändras och formas en självbild. 2)

*Självbestämmande* som innebär bestämmandet över det egna livet. Vissa vill vara aktiva i beslut medan andra är mer passiva kring beslut gällande vård och livsfrågor. Det som påverkar en persons självbestämmande kan böttna i vem personen är, dess hälsotillstånd och hur personen tidigare levt sitt liv. Både vid födelse, under livets gång och livets slut så är personer beroende av andra och varandra, vilket utmynnar i eget självbestämmande för att öka patientens egen autonomi. 3) *Sociala relationer*, att patienten själv bestämmer vilka relationer som är viktiga och kan främja just de relationerna. Tydlighet kring att det finns en variation mellan olika patienters sociala nätverk och sociala relationer. Det inkluderar även stöd till närstående så de orkar att stödja patienten och själva kunna må bra i en svår situation. 4) *symtomlindring*, att se vad som besvärar patienten mest. I symtomlindring återfinns psykiska, sociala, andliga och fysiska symtom. I samband med "Total pain". Att se människan som en enhet. 5–6) *Sammanhang och strategier*, fokus på livets existentiella dimensioner. I linje med patientens vilja identifiera och möta behov av existentiell karaktär. Sammanhang och strategier brukar vanligtvis sammankopplas men också särskiljas genom att beskrivas och förklaras att sammanhang är tillbakablick och strategier är framåtblickande. Dessa S:en upplevs uppmärksammas i vardagliga händelser som exempelvis hjälp med den personliga hygien. Sammanfattningsvis kan sammanhang beskrivas innebära att se tillbaka på sitt liv och få en möjlighet att reflektera kring det och via det få och skapa sig strategier inför sin kommande död (Ternstedt et al., 2017). Det valda teoretiska ramverket används i resultatdiskussionen genom att diskutera denna litteraturstudies resultat.

## Metod

Studien har utförts som litteraturstudie där studier av både kvalitativa, kvantitativa och mixade studier har inkluderats. Forsberg och Wengström (2015) beskriver att både kvalitativ och kvantitativ metod är av forskningstradition och att de kompletterar varandra. Även artiklar med mixad metod inkluderats för att förutsättningslöst se all fakta kring studerad sakfråga. Vid mixad metod så har forskaren både med kvantitativa och kvalitativ data, med förklaringen att ett fenomen kan belysas ur olika synvinklar (Forsberg & Wengström, 2015). Metoden presenteras sedan med induktiv ansats som möjliggör att via delar kunna skapa och förstå en helhet (Kristensson, 2014).

### *Urval*

Inklusionskriterier var vetenskapliga artiklar relevanta att svara på studiens syfte, artiklar publicerad mellan 2008-2023, som var skrivna på engelska och granskade (så kallad peer-reviewed). Exklusionskriterier var studier som innefattande barn och barnsjukvård.

För att få ett hanterbart sökresultat användes PEO- som står för P) Population, vem/vilka är i fokus av studien E) Exposure, vilket problem belyses som intressant, O) Vad, i relation till problemet som är intressant (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). I denna studie innebar P) vårdpersonal, E) symtomskattning, O) erfarenheter.

### *Datainsamling*

Artiklarna söktes fram i databaserna Cumulative Index for Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) och Public medline (PUBMED). Det är de databaserna som är speciellt användbara inom vårdrelaterad forskning (Polit & Beck, 2021). Sökning utfördes även i databasen PSYCINFO för att täcka in ett brett sökområde. CINAHL täcker in områden som arbetsterapi, sjukgymnastik och omvårdnad, har data from år 1982 och framåt och innehåller bland annat vetenskapliga artiklar och doktorsavhandlingar. PUBMED täcker in odontologi, omvårdnad och medicin, har data from år 1966 och framåt i majoriteten av innehållet med vetenskapliga artiklar. PSYCINFO täcker internationell forskning, har forskning from år 1872 och framåt som täcker in medicin inom psykologisk forskning och omvårdnad. Data presenteras både i avhandlingar, forskningsrapporter och vetenskapliga artiklar (Forsberg & Wengström, 2015).

Databassökningen avgränsades med filter för att matcha litteraturstudiens inklusion och exklusionskriterierna. I sökningarna användes även boolerska sökoperatorena som enligt

Kristensson (2014) beskrivs som AND, OR och NOT. Dessa används för att söka på närliggande begrepp men också för att exkludera begrepp. Det utfördes fritextsökningar för att hitta artiklar som ännu inte blivit knutna till indexord. I enlighet att uppmärksamma artiklar som kan ha betydelse att svara på studiens syfte, som annars hade missats då dem inte fått indexord tilldelade (Kristensson, 2014). I datainsamling har även trunkering används, som beskrivs av Forsberg och Wengström (2015) att täcka in olika varianter av ett begrepp, det görs genom att sätta asterisk "\*" i stället för början eller slutet av ett ord. Sökning i databaserna formades med hjälp av bibliotekarie från Marie Cederschiöld högskola. I databaserna Cinahl och Pubmed är sökfunktionen gjorda på olika sätt och det finns olika strategier för sökningen, därav olika sökord beroende på vilken databas som användes. I Cinahl användes sökorden "symptoms", "symptom assessment", "symptom evaluation", "symptom identification" i det första sökblocket för att adressera symptom och symptomvariationer. I andra sökblocket fokuserades sökningen på att få fram instrumentet och sökorden "instrument", "scale" och "tool" användes. Orden symptom och instrument särskiljdes då det rekommenderades via bibliotekarien och provsökning med orden tillsammans gav inte några relevanta träffar. Det tredje och sista sökblocket fokuserade på vårdformen som undersöktes. Sökord som "terminal care" "hospice care" och "palliative care" användes. Psycinfo använder liknande databasstruktur som Cinahl och därför användes samma sökning både i Cinahl och Psycinfo. Sökning i Pubmed liknar sökningarna i Cinahl och Psycinfo men sökorden har ändrats för att konfigurera med databasens struktur. Pubmed har flera sökord med underkategorier som innebär att via sökning på huvudkategorin så ingår orden i underkategorin. När sökningen och avgränsningarna gjorts så lästes artiklarnas titlar först och om den upplevdes svara på syftet så lästes sammanfattningen och slutligen hela artikeln för att se om artikeln kunde vara relevanta för att svara på denna studies syfte. Alla studier som var relevanta sparades och sedan kontrollerades för att upptäcka dubletter, detta för att flertalet artiklar publiceras i flertalet databaser. Om dubletter hittades så inkluderades artikeln från den databas där artikeln först hittades.

### *Datanalys*

Artiklarna som framkom kvalitetsgranskades med hjälp av Caldwell et al. (2011) bedömningsunderlag för att kvalitetsbedöma vetenskapliga artiklar (Bilaga 3).

Bedömningsunderlaget innefattade arton frågor som kritiskt granskar artiklarnas kvalitet och på så vis stärker litteraturöversiktens överförbarhet och trovärdighet. Kvalitén som bedöms

kan vara av låg, god eller mycket god kvalitet, beroende på vilket poäng som artikeln får. De artiklar som inkluderades i denna litteraturstudie hade god eller mycket god kvalitet.

Vid dataanalys gjordes en tematisk analys med stöd i Bettany Saltikovs och McSherrys nio stegs analys. Analysen utfördes i enlighet med steg 1–5 i analysen. Steg 1 innebar att läsa artiklarnas resultat flera gånger för att öka förståelsen kring artiklarnas resultat och att få ett perspektiv kring informanternas förståelse och svar. Steg 2 innebar att färgmarkera de stycken i texten som ansågs vara relevanta för syftet och de bildade sedan meningsbärande enheter. Steg 3 innebar att olika kategorier bildades utifrån de meningsenheter som framkommit i steg 2. Steg 4 innebar att koppla ihop och koda mindre kategorier. Steg 5 innebar att gruppera ihop de olika kategorierna och genom dem skapa huvudtema och undertema (Bettany- Saltikov & McSherry, 2016).

Sökmatrix bifogas i bilaga 1 och matrix över urval av artiklar till resultat i bilaga 2.

## **Forskningsetiska överväganden**

All forskning inom vård- och omsorg ska ha forskningsetiska övervägande. Det finns flertalet olika etiska koder men de vanligaste är Nürnbergkoden och Helsingforsdeklarationen.

Nürnbergkoden sammanfattas med tio punkter och uppger att deltagande i forskning skall vara frivilligt med informerat samtycke. Alla deltagare kan när som helst avsluta sin medverkan i forskningen. Forskningens potentiella nytta ska överstiga risken för skador.

Helsingforsdeklarationen ska inkluderas när medicinsk forskning involverar människor. Det finns fyra centrala principer att förhålla sig till ”Autonomiprincipen, nyttoprincipen, inte skada-principen och rättvisepprincipen” (Kristensson, 2014; Polit & Beck, 2021).

Litteraturstudie inom både grundläggande och avancerad nivå behöver inte i juridisk mening genomgå någon etisk prövning. Den som genomför en litteraturgranskning behöver ta ställning till frågeställningar inom forskningsetiska termer (Kristensson, 2014). I denna litteraturstudie kontrollerades de artiklar som presenterats i resultatet att de har ett etiskt godkännande. För att öka forskningsetiska övervägande har alla artiklar som både stödjer och inte stödjer syftet presenterats i litteraturstudiens resultat (Forsberg & Wengström, 2015).

Författaren till denna litteraturstudie arbetar inom den vårdkontext som artiklarna är presenterade ifrån och har strävat efter att vara objektiv kring sin egen förförståelse.

## Resultat

Resultatet bygger på tio vetenskapliga artiklar, som presenteras under två huvudteman varav ett huvudtema har tre underteman. Det första huvudtemat heter: *Möjligheter att arbeta mer effektivt och personcentrerat*. Det andra huvudtemat heter *Hinder i användandet av symtomskattningsinstrument* och har följande underteman: *Ej kliniskt användbart, brist på kunskap och utbildning, samt tidsbrist och tidsaspekter*.

### *Möjligheter att arbeta mer effektivt och personcentrerat*

Vårdpersonal menade att Edmonton symptom assessment scale (ESAS) ökade effektiviteten i mötet med patienten, att det hjälpte patienterna att artikulera sina symtom vilket i sin tur genererade att vårdpersonalens symtombedömning förbättras (Chasen et al., 2014). Även Pereira et al. (2016) uppger att mer än hälften av vårdpersonalen i deras studie menade att ESAS hjälpt dem att bli mer effektiva i mötet med patienten, och att mer än en tredje del av dem alltid eller ofta tittar på patientens ESAS poäng (Pereira et al., 2016). Vårdpersonalen menar vidare att ESAS hjälper patienten att bättre identifiera sina symtom och via det bättre kunna prioritera dem, vilket skapade en ökad medvetenhet och identifiering av symtom (Brooks et al., 2019).

Symtomskattningsinstrument användes genom att screena patientens symtom och genom jämförelse av symtomskattnings resultaten kunna följa upp insatt behandling. Även vid lärande tillfällen kring symtom och symtomskattning (Carli buttenschoen et al., 2013). Även Ihler och Saeteren (2019) uppgav att vårdpersonalen tyckte att symtomskattningsinstrumentet skapade en god grund kring hur patienten mådde och vilka symtom som behövde adresseras. Vårdpersonalen ansåg att ESAS upplevdes vara en bra start till samtal, det möjlig gjorde för patienten att prata om sina symtom, något som annars inte upplevdes vara lätt. Det ledde i sin tur till ökad information. Vårdpersonalen uppgav även att patienterna var positivt inställda till att använda symtomskattningsinstrument då de märkte att vårdpersonalen använder resultaten från symtomskattningsinstrumentet till att arbeta med symtomen (Ihler & Saeteren, 2019).

Både Green et al. (2017); Brooks et al, (2019) och Spaner et al, (2017) fann att vårdpersonalen beskrev att ESAS var ett instrument som styrdes av patienten själv, det var patienten som bedömde sina symtom och kunde prioritera symtomen och se till att inga symtom missades. Vården blev därmed person- och patient-centrerad. Annars kunde det vara närstående som tillfrågas om symtom i stället för patienten själv. Det stärktes och

uppmärksammades i forskning av Schulman-Green et al. (2010) som uppger i sin forskning att vårdpersonalen beskrev att just ESAS var bra då det var patienten själv som involverades och tillfrågades om sina symtom i stället som tidigare att vårdpersonalen tillfrågade närstående (Schulman- Green et al., 2010). På så vis antog vårdpersonalen ingenting om patientens symtom då det var patienten själv som fyllde i symtomskattningsinstrumentet (Ihler & Saeteren, 2019)

Vidare uppgav vårdpersonalen delade meningar kring användningen av instrumentets diagramfunktion och att använda ESAS igen när patienten kom på återbesök, eller vid varje besök inom vården som patienten hade. Vårdpersonal beskrev att de uppskattade diagramfunktionen då det visade på eventuella symtomförändringar över tid och att det var patientens egna perspektiv som undersöktes (Pereira et al., 2016). Vårdpersonal beskrev också att det fanns större skillnader mellan vilket område och profession som läkare arbetade inom om de uppskattade och använde diagramfunktionen (Chasen et al., 2015) Det fanns rutiner kring att symtomskattningsinstrument skulle användas vid inskrivning, vid uppkomst av svåra symtom och i kontakt med palliativa team. Men det framkom att det inte var fallet utan att flera uppgav att det i stället användes när sjuksköterskan själv ansåg det var nödvändigt. Orsaken till det kunde vara tidsbrist och att vårdpersonalen la sin egen tolkning bakom patientens svar, vårdpersonalen bedömdes kunna bedöma patientens symtom bättre än patienten själv (Ihler & Saeteren, 2019).

### *Hinder för att använda symtomskattningsinstrument*

#### *Ej kliniskt användbart*

Lucey et al. (2012) beskrev i sin forskning en svårighet kring introduktionsprocessen som ledde till otillräcklig utbildning kring symtomskattningsinstrument. Det framkom att flertalet vårdpersonal i studien uppgav att de tyckte ESAS var ett forskningsprojekt som inte ansågs vara fördelaktigt i det dagliga vårdarbetet. Instrumentet var inte kliniskt signifikant eller hjälpsfullt och de ansåg att det inte skulle vara flera försök att introducera symtomskattningsinstrumentet på enheten. Det framkom också att vårdpersonalen ansåg att symtomskattningsinstrumentet var ett forskningsprojekt som inte var anpassat för de dagliga arbetet kring patienten.

Vårdpersonalen uppgav att dem uppmärksammat att patienterna kan missförstå frågorna i ESAS (Bainbridge et al., 2011). Vårdpersonalen uppgav även att dem uppmärksammade att patienterna hade en svårighet kring instrumentets siffersystem, att kunna bedöma och sätta



siffror på varje enskilt symtom. Det kunde leda till att vårdpersonalen försökte bistå patienten med ord som substitut för siffran för att skapa en ökad förståelse hos patienten.

Vårdpersonalen såg också en ökad svårighet kring symtomskattning om patienten var okänd för patienten, om patienten inte var talbar, inte var vid medvetande eller hade en kognitiv svikt (Schulman-Green et al., 2010). Mötet mellan vårdare och patient kunde försvåras vid användning av symtomskattningsinstrument, då instrumentet upplevdes kunna ta över det naturliga i ett samtal (Schulman-Green et al., 2010).

#### *Brist på kunskap/utbildning:*

Vårdpersonalen uppgav att det behövdes ökad kunskap kring hur patienten ska fylla i ESAS (Green et al., 2017). Även Carli Buttenschoen et al. (2013) beskrev att vårdpersonalen ansåg att de har fått adekvat utbildning inom ESAS men det fanns även de som uppgav att deras utbildning inte var tillräcklig. Utbildningen kring symtomskattningsinstrument var varierad, viss vårdpersonal uppgav att de fått kunskap via gruppträning, att de själva fick läsa skriftligt material och sen fanns det vårdpersonal som uppgav att dem inte fått någon kunskap alls (Carli Buttenschoen et al., 2013). I studien gjord av Spaner et al. (2017) studerades hur symtomskattningsinstrument användes i det dagliga arbetet på den medicinska rondan. Studien visade på att ESAS sällan användes som diskussionsunderlag. Det framkom att det var viktigt att ESAS användes på rondan för att få ett systematiskt fokus på patientens symtombörda. Genom att träna vårdpersonalen i hur ESAS skulle användas så ökade användandet av ESAS. Som visade på att ökade kunskaper kring symtomskattningsinstrument ledde till att instrumenten användes och förbättrar vården för patienterna (Spaner et al., 2017).

Förbättring av symtomskattningsinstrumentet framkom i studien av Carli Buttenschoen et al. (2013) som gav förslag till att dela in symtom i grupper, de symtom som liknade och påverkade varandra. Exempelvis depression, oro/ångest och välbefinnande som kunde bilda gruppen psykosociala symtom. Även att ändra sifferskalan till ord som ”mild, måttlig och svår”. Även Bainbridge et al. (2011) gav förslag att det borde finnas en initial förklaring i början av instrumentet som förklarar hur instrumentet ska användas och fyllas i. Det fanns också förslag till att göra ESAS mera sjukdomsspecifik och variera frågor och symtommodeller beroende på sjukdomstillstånd. För att förenkla användningen gavs förslag att säkerställa tillgängligheten av patientens tidigare och nuvarande poäng och skattning till vårdgivarna (Bainbridge et al., 2011).

### *Tidsbrist och tidsaspekter*

Green et al. (2015) beskriver att tidsåtgången vid användningen av symtomskattningsinstrument kan bli problematiskt, instrumentet kan ta tid att fylla i och kan uppmärksamma symtom som inte är relevanta för nuvarande vårdtillfälle. Det beskrevs även att det tog tid för vårdpersonalen att vänta på att patienten skulle fylla i symtomskattningsinstrumentet. Även Bainbridge et al. (2011) uppgav att vårdpersonalens tidsbrist kunde leda till att symtomskattningsinstrument inte användes. Både Lucey et al. (2012) och Pereira et al. (2016) uppgav vårdpersonalens oro kring att ESAS kan ta för mycket av deras arbetstid och därmed försena det kliniska arbetet. Även Carli buttenschoen et al. (2013) beskrev att tidsbrist kan leda till svårigheter att bedöma nuvarande symtomnivå (Carli buttenschoen., 2013). Det kunde visa på missförstånd av frågorna när patienten fyller i instrumentet. Forskningen visade att vårdpersonalen tyckte det var missvisande när patienten skulle fylla i instrumentet och härleda till de senaste tjugofyra timmarna. Exempelvis så beklagade sig en patient för smärta, behandling av smärtan med smärtlindring gavs och smärtan blev bättre, patienten fyllde då i att smärtan var bra. Sjuksköterskorna upplevde då att det inte var en sann bedömning (Lucey et al., 2012).

## **Diskussion**

### *Resultatdiskussion:*

Resultatet visade på huvudtema *Möjligheter att arbeta mer effektivt och personcentrerat* och *Hinder i användandet av symtomskattningsinstrument*, med underteman *ej kliniskt användbart, brist på kunskap och utbildning, tidsbrist och tidsaspekter*.

I resultatet uppmärksammades två fynd som diskuteras vidare här i diskussionen.

- Symtomskattningsinstrumentens tidsaspekter
- Varierad användning av instrumentet

### *Symtomskattningsinstrumentens tidsaspekter.*

De artiklar som uppmärksammat tid och tidsaspekten via symtomskattningsinstrumentet var (Bainbridge et al., 2011; Carli buttenschoen et al., 2013; Green et al., 2017; Ihler och Saeteren., 2019; Lucey et al., 2012; Pereira et al., 2016). Sammanfattningsvis så beskrivs att orsaken till låg användning av symtomskattningsinstrument kan vara tidspress hos vårdpersonalen. Att instrumentet tar upp symtom som inte är relevanta för aktuellt

vårdtillfälle och då använder ytterligare tid för vårdpersonalen att förklara och bortse från viss information. Via ökad kunskap kring användningen av symtomskattningsinstrument så upplevs det att vårdpersonalen kan vinna tid genom att snabbare kunna adressera patientens symtom, minska sin egen etiska stress, öka vårdpersonalens etiska aspekter och på så vis även patienten symtom och symtombörda. De samhälleliga aspekterna ökar då vården kan bli mera effektiviserad och lägsta möjliga resursanvändning behövs.

Wong et al. (2020) tar upp i sin forskning att tidsaspekten kring ESAS har en minimal påverkan på det kliniska arbetet. Att fylla i symtomskattningsinstrumentet visades kunna göras på runt en minut. I studien studerades skillnaden mellan att patienten själv fyller i instrumentet i jämförelse med att patienten får hjälp av en vårdpersonal att fylla i instrumentet. Resultatet visade även att det fanns skillnader mellan vilka grundsjukdomar som patienten hade men också nivån av patientens läskunnande (Wong et al., 2020). Denna litteraturstudies resultat visade en annan aspekt kring tidsaspekten kring symtomskattningsinstrumenten som var de tjugofyra timmar som patienten skulle referera sitt symtom kring. I studie gjord av Hannon et al. (2015) studerar dem modifierade versioner av ESAS med tillägg av förstoppning och sömn. Deras studie visade på att patienterna föredrog det tjugofyra timmars bedömningen över bedömningen ”nu”. För att uppmärksamma symtomens variation över tid. Och då i ökad aspekt relaterat till just förstoppning och sömn som kan vara symtom som varierar stort över tid (Hannon et al., 2015). Detta resultat är intressant i jämförelse med denna litteraturstudies resultat som också visade på att vårdpersonalen tyckte att symtomskattningsbedömningen skulle spegla ”nu” i stället för det ”24-timmars” tidsaspekten som används via ESAS-instrumentet. Även Hui och Bruera., (2016) som gjort historisk överblick över ESAS 25-åriga utveckling beskriver att tidsspännet med 24 timmar är bättre lämpad för att uppmärksamma symtomens variation över tid.

#### *Varierad användning av symtomskattningsinstrument:*

Majoriteten av artiklarna presenterade i resultatet tog upp och presenterar resultat om användningen av symtomskattningsinstrument. Det beskrevs varierade användningsområden, både kopplat till de olika professioner som vårdpersonalen hade och via vårdpersonalens egen uppfattning av dess nytta och icke nytta kopplat till användningsområden. Vårdpersonalens etiska aspekter utmanades genom deras egen uppfattning kring symtomskattningsinstrumentens nytta och icke nytta. Är det etiskt försvarbart att inte använda symtomskattningsinstrument för att få fram patientens egen subjektiva bedömning på deras

symtom. Oavsett vårdpersonalens varierade användningsområden av symtomskattningsinstrument. Den palliativa vården strävar efter att ha en personcentrerad vård där patienten har stor del i sin vård, därav borde det vara vårdpersonalens strävan att patientens symtom lindras och patientens hälsa ökar. Även kopplat till de samhälleliga aspekterna, där användningen av symtomskattningsinstrument kan minska vårdens belastning då patienten kan få bättre symtomlindring och bättre vård.

Aslakson et al. (2017) beskrev i sin litteraturstudie att det inte finns symtomskattningsinstrument som systematiskt granskade smärta och instrument som gjorde bedömning av kulturella, strukturella, spirituella och lagliga och etiska domäner var låga. Det saknas även de instrument som tar upp upplevelser av vården i livets slut. De uppgav att det inte finns några studier som jämför olika symtomskattningsinstrument (Aslakson et al., 2017). Det leder till att fundering uppstår kring om det är därför det finns skillnader kring vad vårdpersonalen anser kring symtomskattningsinstrument och hur dem använder symtomskattningsinstrument. Om det funnits jämförelse mellan olika symtomskattningsinstrument kunde vårdpersonalen använda rätt instrument till rätt patient och patientgrupp, via olika sjukdomstillfällen och sjukdomstillstånd. På så vis öka den samhälleliga aspekten kring bättre symtomlindrad patient, bättre hjälp till närstående, som lett till mindre belastning på en eventuellt betyngd vårdorganisation.

Resultatet visade även varierad användning av symtomskattningsinstrument i relation till patienten och vårdpersonalens tolkning av betydelsen av symtomen. Bergh et al. (2011) beskriver i sin studie med patientperspektivet att det framkommit att patienterna uppgav en svårighet kring symtomens betydelse och att det var av vikt att svaren på symtomskattningsinstrumentet gås igenom med patienten innan det lämnas in, för att se över så att patienten förstått instrumentet och fyllt i det på rätt vis.

Det teoretiska ramverk som valdes för studien var de 6 SN: modell för personcentrerad vård. Det ramverket valdes för att modellens grundtanke om personcentrerad vård tycktes vara central i symtomskattning och symtomskattningsinstrument. Symtomskattning är den största och övergripande del av den palliativa vården. Patientens vård är grundad i helhetsvård och bör därför vara personcentrerat. Patienten och dess symtom står i centrum och blir centrerat. I resultatet framkom det att vårdpersonalen uppgav att användningen av symtomskattningsinstrument ökade effektiviteten i mötet med patienten. Genom att patienten lättare kunde artikulera sina symtom. Att kunna prioritera och öka medvetenheten kring

symtomen. Symtombedömningen styrs av patienten själv och inga symtom missades, som det annars kunde göra när sjuksköterskan tolkar patientens symtom. Det kan öka de samhälleliga aspekterna kring symtom och symtomskattning genom minskad arbetsbelastning för vårdpersonalen och att det i sin tur genererar ökad hälsa för patienten. Resultaten kan sammankopplas med de 6 SN: modell för personcentrerad vård, det är patienten själv som bestämmer och verifierar sina symtom. Flertalet av de 6 SN kan återfinnas i vårdpersonalens beskrivning i denna litteraturstudies resultat. Patientens självbild och självbestämmande förstärks genom aktivt deltagande i symtomskattningen. Symtomlindringen blir optimal genom att patienten själv uppger sina symtom. Patienten kan själv se sina sammanhang och strategier och förutse och se sitt liv i relation till eventuella symtom och symtomlindring. Österlind & Heno (2021) påtalar att för att uppnå personcentrerad vård inom den palliativa vården så kan de 6 SN:s modell användas (Österlind & Heno, 2021).

#### *Metoddiskussion:*

Författaren till denna litteraturstudie har uppmärksammat svårigheter och variation kring symtomskattningsinstrument i klinisk verksamhet. I enlighet med det valdes litteraturstudie för att sammanställa litteratur för att exempelvis skapa förändringsarbete till rutin eller till förändrat arbetssätt (Kristensson, 2014). Andra studieformer så som intervju eller enkät ansågs inte lämpligt i enlighet med tidsspannet som det kliniska arbetet styrs av. Om mera tid funnits hade exempelvis intervju varit gynnsamt då en strukturerad intervju hade kunnat uppbringa ytterligare klarhet kring problemet och intervjuaren hade kunnat skapa frågor via mål att frågorna uppfattas liknande av informanterna och att följdfrågor hade kunnat inkluderas (Forsberg & Wengström, 2015).

Vid sökning av vetenskapliga artiklar valdes tidsspannet på 15 år för att få fram relevant forskning som kunde svara på studiens syfte. Först sattes tidsavgränsning på 10 år men via manuell sökning framkom det att flertalet artiklar som var av god kvalitet var publicerade längre tillbaka än 10 år. För att få med så bra artiklar som möjligt som kunde svara på syftet ändrades tidsavgränsningen därför från 10 till 15 år. Avgränsningar till engelska språket gjordes för att författaren till litteraturstudien inte besitter kunskap till något annat språk men också att majoriteten av den vetenskapliga litteraturen skrivs på engelska (Forsberg & Wengström, 2015). Exklusionskriterier för denna litteraturstudie var barnsjukvård. Det har inte gjorts någon avgränsning till vårdplats då patienter med palliativa vårdbehov vårdas inom vårdens alla kontexter. Även har begreppet vårdpersonal används i stället för exempelvis specifikt sjuksköterska, då författaren anser att all vårdpersonal inom hälso- och sjukvård

gynnas av att använda symtomskattningsinstrument. För att studera ett problem via fördjupning och reflektion som görs i en litteraturstudie, behövs avgränsning av problemet. I denna litteraturstudie valdes PEO (Population, exposure, outcome) som avgränsning då den i kvalitativa studier lämpar sig bättre (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Andra modeller som kan användas är PICO (Population, intervention, control, outcome) eller SPICE (Setting, perspective, intervention, comparison, evaluation) (Forsberg & Wengström, 2015). PEO valdes för denna litteraturstudie då det ansågs svara på studiens syfte som har en övergripande kvalitativ utgångspunkt i vårdpersonalens erfarenheter.

Litteraturstudien bygger på 10 stycken vetenskapliga artiklar som sammanställts och granskats. Uppsatsen valdes att göras som en litteraturstudie med ansats både i kvalitativ, kvantitativ och med mixad metod. Att få med alla ansatserna beror på artiklarnas uppbyggnad, att smärtskattningsinstrumenten har delad informationsgivning. Både mätbart (Kvantitativt) via svarsresultaten men också via vårdpersonalens upplevelser och erfarenheter (Kvalitativt) kring ämnet (Kristensson, 2014). Vidare så har en mixad metod varit gynnsam för denna litteraturstudie för att belysa symtomskattningsinstrument ur olika synvinklar. Forsberg och Wengström (2015) uppgav att det kan vara fördelaktigt att dela upp resultatet från de olika ansatserna (Forsberg och Wengström, 2015). Medan Polit och Beck (2021) menar att det inte finns någon regel i hur resultaten med olika ansatser ska integreras, men att resultaten integrerats med varandra är det centrala. Författaren till denna litteraturstudie har valt att arbeta ihop de olika ansatsernas resultat för att få ett ökat flyt i texten och då presentera dem samtidigt. Den uppger också att om en litteraturstudie grundar sin översikt på mixad metod så innehåller den vanligtvis två forskningsfrågor, en kvantitativ fråga och en kvalitativ fråga (Polit & Beck., 2021). Författaren till denna litteraturstudie har funderat kring att använda frågeställningar, då det har uppkommit en svårighet kring att presentera det kvantitativa och det kvalitativa från artiklarnas resultat. Författaren valde sedan att enbart ha ett syfte och inte ha frågeställningar. Detta för att resultatet presenterades integrerat och svarade på syftet. Med frågeställningar upplevdes en ökad svårighet att skapa ett integrerat resultat.

Databassökningarna gjordes i databaserna CINAHL, Pubmed och Psycinfo. Det gjordes för att CINAHL och Pubmed är inriktade på medicin och omvårdnad, och ansågs därmed vara relevanta för att hitta studier att svara på litteraturöversiktens syfte. Psycinfo inkluderades för att den databasen täcker in psykologisk omvårdnad och kunde därmed innehålla artiklar om

vårdpersonalens erfarenheter via en psykologisk aspekt och hur vårdpersonalens inställning påverkade till att använda symtomskattningsinstrumenten.

För att på ett tidseffektivt och grundlig sätt hitta vetenskapliga artiklar togs kontakt med bibliotekarie som hjälpte till och stöttade i både utformningen av sökningen men också bistod med kunskap kring olika databaser och hur optimeringen av sökningen sker i olika databaser. Det är en styrka att använda bibliotekaries kunskap då de har aktuell information om databaser men att de också känner till indexeringsätt och strukturen hos de olika databaserna (Forsberg & Wengström, 2015).

Polit och Beck. (2021) menar att det är en styrka i att mer än en person analyserar resultaten från de fram sökta artiklarna. Denna litteraturstudie är skriven av en enskild författare och då enbart analyserat av en person, vilket kan medföra lägre reliabilitet. Men då det finns tydliga matriser över artiklarna och en tydlig förklaring kring hur artiklarna framsökts via valda databaser så ökar det validiteten. Tydliga sökkriterier är viktiga, för att andra ska kunna göra om litteraturstudien och kunna få ett liknade resultat (Polit & Beck, 2021).

Artiklarna har kvalitetsgranskats via Caldwell et al. (2011) bedömningsunderlag för kvalitetsbedömning av vetenskapliga artiklar (Bilaga 3). Artiklarna som inkluderats har en bedömd kvalitetsgradering. Att artiklarna har kvalitetsgranskats visar på en styrka för litteraturöversiktens resultat. Alla artiklar inkluderades oavsett dess kvalitet, det för att kunna få ett så brett resultat som möjligt.

Det har varit viktigt för författaren till denna studie att till största mån ha beaktande kring att egen kunskap kring området har fått stå tillbaka och att det enbart är de fram sökta artiklarnas resultat som legat till grund för denna litteraturöversikt.

## **Slutsats**

Denna litteraturstudie har visat på att det finns varierad användning av symtomskattningsinstrument och flera aspekter kring vårdpersonalens erfarenheter. Det framkom huvudteman i olika möjligheter att arbeta mer effektivt och personcentrerat men också hinder i att använda symtomskattningsinstrument. Via uppmärksammade svårigheter att använda symtomskattningsinstrument så kunde resultatet visa på underlättande faktorer för att öka användandet av symtomskattningsinstrument, öka patientens välmående inom palliativ vård och underlätta för vårdpersonalens symtomskattning. Litteraturstudiens centrala delar var

exempelvis att det kunde vara ett hinder att göra symtomskattningar då det sågs som tidsödande och vara lågt förankrat i vårdarbetet kring patienten. Att det fanns få studier som studerat jämförelsen mellan olika symtomskattningsinstrument, det skapade fundering kring om det kunde vara en av orsakerna till att symtomskattning utfördes inom låg nivå. Den mest framträdande erfarenheten hos vårdpersonalen var att användningen av symtomskattningsinstrument ökade effektiviteten hos patienten, patienten fick lättare att artikulera och sätta ord och mening på sina symtom.

### **Kliniska implikationer**

Litteraturstudiens resultat visar på att användningen av symtomskattningsinstrument kan vara komplex inom palliativ vård. Symtomskattning är en kvalitetsindikator och återfinns i vårdens grundfilosofi, en av de palliativa hörnstenarna. Att genom resultatet visa på kopplingen mellan vårdpersonalens erfarenheter och dess användning av symtomskattningsinstrument, det kan användas både regionalt och lokalt. Det kan behövas ökat fokus på symtomskattning både för att få vårdpersonalens vårdarbete mer effektiviserat och på så vis mer personcentrerad vård men också att minska patientens lidande som kan uppkomma vid otillräcklig symtomskattning och behandling av symtom.

### **Förslag till fortsatt forskning**

Det bedöms behövas mer forskning kring symtomskattningsinstrument i allmänhet, då det upplevs finnas fler artiklar om specifika instrument i stället för artiklar med fokus på övergripande och jämförande karaktär om flera instrument. Då resultatet visade på både möjligheter att arbeta mer effektivt och personcentrerat och på hinder i användandet av symtomskattningsinstrument så behövs mera forskning på hur patienten upplever symtomskattning. Det upplevs finnas en del sådana studier men att det finns en svårighet att göra studier med den utgångspunkten, då patienterna med palliativ sjukdom kan vara medvetandesänkta och betygda av sin sjukdom.



## Referensförteckning

Aslakson, R. A., Dy, S. M., Wilson, R. F., Waldfogel, J., Zhang, A., Isenberg, S. R., Blair, A., Sixon, J., Lorenz, K. A., & Robinson, K. A. (2017). Patient- and Caregiver-Reported Assessment Tools for Palliative Care: Summary of the 2017 Agency for Healthcare Research and Quality Technical Brief. *Journal of pain and symptom management*, 54(6), 961–972.e16. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.04.022>

Axelsson, B. (2016). *Palliativ medicin i praktiken*. Studentlitteratur

\*Bainbridge, D., Seow, H., Sussman, J., Pond, G., Martelli-Reid, L., Herbert, C., & Evans, W. (2011). Multidisciplinary health care professionals' perceptions of the use and utility of a symptom assessment system for oncology patients. *Journal of oncology practice*, 7(1), 19–23. <https://doi.org/10.1200/JOP.2010.000015>

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.

Bergh, I., Kvalem, I. L., Aass, N., & Hjermstad, M. J. (2011). What does the answer mean? A qualitative study of how palliative cancer patients interpret and respond to the Edmonton Symptom Assessment System. *Palliative medicine*, 25(7), 716–724. <https://doi.org/10.1177/0269216310395985>

\*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>

\*Carli Buttenschoen, D., Stephan, J., Watanabe, S., & Nekolaichuk, C. (2014). Health care providers' use and knowledge of the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): is there a need to improve information and training?. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 22(1), 201–208. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1955-8>

Caldwell, (2011). *Bedömningsunderlag för att kvalitetsbedöma vetenskapliga artiklar*.  
Canvas. <https://shh.instructure.com/courses/1389/files/folder/Kursdokument?preview=259915>

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

Clapham, S., Daveson, B. A., Allingham, S. F., Morris, D., Blackburn, P., Johnson, C. E., Eagar, K., & Allingham, s. (2021). Patient-reported outcome measurement of symptom distress is feasible in most clinical scenarios in palliative care: an observational study involving routinely collected data. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(2), 1-7. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab075>

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Natur och kultur, Stockholm.

\*Green, E., Yuen, D., Chasen, M., Amernic, H., Shabestari, O., Brundage, M., Krzyzanowska, M. K., Klinger, C., Ismail, Z., & Pereira, J. (2017). Oncology Nurses' Attitudes Toward the Edmonton Symptom Assessment System: Results From a Large Cancer Care Ontario Study. *Oncology nursing forum*, 44(1), 116–125. <https://doi.org/10.1188/17.ONF.116-125>

Hannon, B., Dyck, M., Pope, A., Swami, N., Banerjee, S., Mak, E., Bryson, J., Rodin, G., Ridley, J., Lo, C., Le, L. W., & Zimmermann, C. (2015). Modified Edmonton Symptom Assessment System including constipation and sleep: validation in outpatients with cancer. *Journal of pain and symptom management*, 49(5), 945–952. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.10.013>

Hui, D., & Bruera, E. (2017). The Edmonton Symptom Assessment System 25 Years Later: Past, Present, and Future Developments. *Journal of pain and symptom management*, 53(3), 630–643. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.10.370>

IAHPC. (2019). *Palliative care definition*. Hämtad 1 November, 2022, från <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>

\*Ihler, E. M., & Sæteren, B. (2020). Registered nurses' experiences of using ESAS to map cancer patients' symptoms. *Norwegian Journal of Clinical Nursing/Sykepleien Forskning*, 1-16.

Jiménez, A., Madero, R., Alonso, A., Martínez-Marín, V., Vilches, Y., Martínez, B., Feliu, M., Díaz, L., Espinosa, E., & Feliu, J. (2011). Symptom clusters in advanced cancer. *Journal of pain and symptom management*, 42(1), 24–31. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.10.266>

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. 475–489). Studentlitteratur.

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

Kwekkeboom K. L. (2016). Cancer Symptom Cluster Management. *Seminars in oncology nursing*, 32(4), 373–382. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2016.08.004>

\*Lucey, M.R., Conroy, M., & Ryan, K. (2012). Exploring the challenges of implementing the Edmonton symptom assessment scale in specialist palliative care unit. *Journal of palliative care and medicine*, 2012, 1-5.

\*Pereira, J. L., Chasen, M. R., Molloy, S., Amernic, H., Brundage, M. D., Green, E., Kurkjian, S., Krzyzanowska, M. K., Mahase, W., Shabestari, O., Tabing, R., & Klinger, C. A. (2016). Cancer Care Professionals' Attitudes Toward Systematic Standardized Symptom Assessment and the Edmonton Symptom Assessment System After Large-Scale Population-Based Implementation in Ontario, Canada. *Journal of pain and symptom management*, 51(4), 662–672.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.11.023>

Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., Blanchard, C., Bruera, E., Buitrago, R., Burla, C., Callaway, M., Munyoro, E. C., Centeno, C., Cleary, J., Connor, S., Davaasuren, O., Downing, J., Foley, K., Goh, C., Gomez-Garcia, W., ... 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, RCC. (2021). *Nationellt vårdprogram palliativ vård*. Hämtad 221122, från <https://palliativregistret.se/media/wzcc2f3b/nationellt-v%C3%A5rdprogram-palliativ-v%C3%A5rd-2021.pdf>

\*Schulman-Green, D., Cherlin, E. J., McCorkle, R., Carlson, M. D., Pace, K. B., Neigh, J., Hennessy, M., Johnson-Hurzeler, R., & Bradley, E. H. (2010). Benefits and challenges in use of a standardized symptom assessment instrument in hospice. *Journal of palliative medicine*, 13(2), 155–159. <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0245>

Skorpen Tarberg, A., Landstad, B. J., Hole, T., Thronaes, M., & Kvangarsnes, M. (2020). Nurses' experiences of compassionate care in the palliative pathway. *Journal of clinical nursing*, 29(23-24), 4818–4826. <https://doi.org/10.1111/jocn.15528>

Socialstyrelsen. (2013a). *Information till patienter om nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede*. Hämtad 1 november, 2022, från <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/palliativ-varld/om-riktlinjerna-for-patienter/>

Socialstyrelsen. (2013b). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede Vägledning, rekommendationer och indikatorer Stöd för styrning och ledning*. Hämtad 14 Maj, 2023, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2013-6-4.pdf>

Socialstyrelsen. (2016). *Palliativ vård i livets slutskede- indikatorer och underlag för bedömningar*.

Socialstyrelsen. (2018). *Palliativ vård- förtydligande och konkretisering av begrepp*. Hämtad 7 november 2022, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-8-6.pdf>

\*Spaner, D., Caraiscos, V. B., Muystra, C., Furman, M. L., Zaltz-Dubin, J., Wharton, M., & Whitehead, K. (2017). Use of Standardized Assessment Tools to Improve the Effectiveness of Palliative Care Rounds: A Quality Improvement Initiative. *Journal of palliative care*, 32(3-4), 134–140. <https://doi.org/10.1177/0825859717740051>

Svensk sjuksköterskeförening. (2019). *Kompetensbeskrivning för sjuksköterska inom palliativ omvårdnad*. Hämtad 1 november, 2022, från <https://swenurse.se/publikationer/kompetensbeskrivning-for-sjukskoterskor-inom-palliativ-omvardnad>

Svensk sjuksköterskeförening. (2021). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 1 november, 2022, från <https://swenurse.se/publikationer/kompetensbeskrivning-for-legitimerad-sjukskoterska>

Ternstedt, B-M., & Österlind J. (2013). De 6 S:n – en modell för personcentrerad palliativ vård. I B. Andershed., B-M. Ternstedt., & C. Håkansson (Red.), *Palliativ vård - Begrepp & Perspektiv I Teori och Praktik* (ss. 475–489). Studentlitteratur.

Ternstedt, B. M., Hénoch, I., Österlind, J., & Andershed, A. (2017). De 6 S: N- *En modell för personcentrerad palliativ vård*. Studentlitteratur.

Världshälsoorganisationen. (2020). Palliativ vård. Hämtad 8 december från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Weldring, T., & Smith, S. M. (2013). Patient-Reported Outcomes (PROs) and Patient-Reported Outcome Measures (PROMs). *Health services insights*, 6, 61–68. <https://doi.org/10.4137/HSI.S11093>

Wood J. (2022). Cicely Saunders, 'Total Pain' and emotional evidence at the end of life. *Medical humanities*, 48(4), 411–420. <https://doi.org/10.1136/medhum-2020-012107>

Wong, A., Tayjasanant, S., Rodriguez-Nunez, A., Park, M., Liu, D., Zapata, K. P., Allo, J., Frisbee-Hume, S., Williams, J., & Bruera, E. (2021). Edmonton Symptom Assessment Scale Time Duration of Self-Completion Versus Assisted Completion in Patients with Advanced Cancer: A Randomized Comparison. *The oncologist*, 26(2), 165–171.

<https://doi.org/10.1002/onco.13619>

Österlind, J., & Hensch, I. (2021). The 6S-model for person-centred palliative care: A theoretical framework. *Nursing philosophy : an international journal for healthcare professionals*, 22(2), e12334. <https://doi.org/10.1111/nup.123347>

## Bilaga 1- sökmatrix

Databas	Kombination av sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
Cinahl	((MM "Symptoms/DI") OR ("Symptom Assessment*" OR "symptom evaluation*" OR "symptom identification")) AND (instrument* OR scale* OR tool*) AND ((MM "Terminal Care") OR (MM "Hospice Care") OR (MM "Palliative Care"))	Engelska 2008-2023 Peer-reviewed	324	56	10	1
Pubmed	((("Symptom Assessment"[Mesh]) OR ("symptom evaluation*" OR "Symptom identification*")) AND (Instrument* OR Scale* OR Tool*)) AND (("Palliative Care"[Mesh]) OR ("terminal care*" OR "hospice care*"))	Engelska 2008-2023	130	37	11	5
PsycINFO	((MM "Symptoms/DI") OR ("Symptom Assessment*" OR "symptom evaluation*" OR "symptom identification")) AND (instrument* OR scale* OR tool*) AND ((MM "Terminal Care") OR (MM "Hospice Care") OR (MM "Palliative Care"))	Engelska Full text 2008-2022	324	23	5	0

Manuell sökning	Referenslista från artikel:	Inkluderad artikel:	Vald artikel till resultat, se bilaga 2.
230111	Spaner, D., Caraiscos, V. B., Muysta, C., Furman, M. L., Zaltz-Dubin, J., Wharton, M., & Whitehead, K. (2017).	Schulman-Green, D., Cherlin, J-E., McCorkle, R., Carlson, D.A, M., Pace, Beckman, K., Neigh, J., Hennessy, M., Hurzeler-Johnson, R., Bradley H, E.	1
230209	Brooks, V. J., Poague,C., Formagini, T., Sinclair, T.C., Nelson-Brantley, V.H.	Pereira, J. L., Chasen, M. R., Molloy, S., Amernic, H., Brundage, M. D., Green, E., Kurkjian, S., Krzyzanowska, M. K., Mahase, W., Shabestari, O., Tabing, R., & Klinger, C. A.	1
230311	Carli Buttenschoen, D., Stephan, J., Watanabe, S., & Nekolaichuk, C. (2014).	Bainbridge, D., Seow, H., Sussman, J., Pond, G., Martelli-Reid, L., Herbert, C., & Evans, W. (2011)	1
230311	Carli Buttenschoen, D., Stephan, J., Watanabe, S., & Nekolaichuk, C. (2014).	Lucey, M.R., Conroy, M., & Ryan, K. (2012).	1



## Bilaga 2-

Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/Typ
Bainbridge, D., Seow, H., Sussman, J., Pond, G., Martelli-Reid, L., Herbert, C., & Evans, W. (2011)	Multidisciplinary health care professionals' perceptions of the use and utility of a symptom	2011 Canada  Journal of clinical practice	Syftet med studien var att undersöker upplevda värden av ESAS bland kliniska team och dess hinder för att förbättra multidisciplinär vård	Urval: All vårdpersonal anställda på cancer-center fick inbjudan att delta i online-enkät.  Datainsamling: Enkäter  Analys: Deskriptiv analys	128  (111)	Beskrivning av skillnaden mellan vårddyrkena och användningen av ESAS. Orsaken till att eller varför inte ESAS användes. Förslag till förbättring av Instrumentet presenterades.	I  (Kv)

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K), Kvantitativ studie (Kv) eller Mixad studie (M)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/Typ
Brooks, V. J., Poague, C., Formagini, T., Sinclair, T. C., Nelson-Brantley, V. H.	The role of symptom assessment tool in shaping patient-Physician communication in Palliative care.	2019 USA  Journal of pain and symptom management	Syftet med studien var att förstå hur ESAS skapar kommunikation mellan patienten och vårdare genom att undersöka patienten och vårdarens erfarenheter kring att använda ESAS och bedöma nivån av jämlikhet mellan symtombedömning.	Urval: Anställda vid ett cancercenter  Datainsamling: Intervjuer och journalsökning  Analys: Grundad Teori	31  (0)	Deltagarna rapporterade att ESAS var ett fördelaktigt instrument för att prioritera symtom och via det guida besöket hos en palliativ vårdgivare. Men också viss svårighet att fylla i ESAS. Det visade sig en god till utmärkt nivå mellan patienten och vårdarens bedömning av symtom.	I  (K)

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K), Kvantitativ studie (Kv) eller Mixad studie (M).

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/Typ
Buttenschoen, C.D., 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 Survey	Syftet med studien var att bedöma sjukvårdspersonalens användning, kunskap och utbildningsbehov av ESAS.	Urval: Vårdpersonal arbetandes med palliativ vård och/eller med kronisk smärta inom angivet sjukhus eller klinik, fick inbjudan att delta i enkät.  Datainsamling: Enkäter  Analys: Beskrivande statistik med tematisk analysmetod.	193  (110)	Majoriteten hade god förståelse och kunskap kring ESAS. Svårigheter var missförstånd av villkoren av ESAS, hur man utför ESAS med patient med nedsatt kommunikativ förmåga, tidsbrist och vårdarnas pålitlighet kring symtombedömning.	I  (Kv)

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K), Kvantitativ studie (Kv) eller Mixad studie (M).

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/Typ
Chasen, M., Bhargava, R., Dalzell, C., & Pereira, J. L.	Attitudes of oncologists towards palliative care and the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) at an Ontario cancer center in Canada	2015 Canada Support cancer care	Syftet var att undersöka onkologers attityder kring palliativ vård och Edmonton symptom assessment system (ESAS)	Urval: riktat urval till anställda onkologer vid specifik klinik/avdelning.  Datainsamling: Intervjuer och enkäter  Analys: Deskriptiv analys	40  (0)	Resultatet visade att deltagarna var överens om att ESAS förbättrade vården och bedömningen av symtomens svårighetsgrad. Skillnader mellan onkologer, strålkonkologer, allmän onkologer.	I  (M)

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K), Kvantitativ studie (kv) eller Mixad studie (M).

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/Typ
Green, E., Yuen, D., Chasen, M., Amernic, H., Shabestari, O., Brundage, 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	2017 Canada Oncology nursing forum	Syftet var att undersöka onkologsjuksköterskornas attityder till och deras rapporterad användning av edmonton symtomskattningsinstrument (esas) och avgöra om längden på arbetslivserfarenhet och närvaro av onkologcertifiering associerad med deras attityder och rapporterade användning.	Urval: Anställda på utvalt cancercenter fick erbjudande att svara på en anonym enkät och fick fyra veckor på sig att svara.  Datainsamling: Enkäter  Analys: Innehållsanalys	353  (8)	Mer än 50% av deltagarna i studien håller med om att ESAS ökar symtomskattning och att dem skulle tänka sig att uppmuntra patienter att fylla i ESAS. De tyckte att symtomhantering ingick i deras praktiska arbete och kliniska ansvar. studien visade på ingen statistisk signifikant skillnad mellan certifierade eller icke certifierade sjuksköterskor	I  (M)

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K), kvantitativ studie (Kv) eller Mixad studie (M).

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/Typ
Ihler, E.M., Saeteren, B.	Registered nurses' experiences of using ESAS to map cancer patients' symptoms	2019 Norge Sykepleien forskning	Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskornas erfarenheter av att använda ESAS för att kartlägga symtom för sjukhuspatienter med cancer i palliativ vård.	Urval: Via avdelningssjuksköterskor så förfrågades sjuksköterskor att delta i studien. Deltagandet var frivilligt. Inklusionskriterier var att sjuksköterskorna skulle ha kunskap och erfarenheten av kartläggning av symtom och erfarenhet av ESAS. Ha arbetat minst 2 år.  Datainsamling: Intervju  Analys: Malterud's systematiska textkondensering	6  (0)	ESAS var ett användbart instrument för att få en bild av patientens subjektiva symtom. Som leder till bättre symtomlindring och lättare samtal med patienten om dess symtom. Viktigt med rutin användning av instrumentet. Dock används inte instrumentet rutinmässigt. Det framkom även flertalet barriärer att arbeta med för att förbättra rutinmätningar med ESAS.	I  (K)

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K), Kvantitativ studie (Kv) eller Mixad studie (M).

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalite

Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/Typ
Lucey, M.R., Conroy, M., & Ryan, K.	Exploring the Challenges of Implementing the Edmonton Symptom Assessment Scale in a Specialist Palliative Care Unit. <i>Journal of Palliative Care &amp; Medicine</i> , 2012, 1-5.	2012 Irland  Journal of palliative care & medicine	Syftet var att undersöka orsaken till låg användning av ESAS inom enheten.	Urval: Mailförfrågan om deltagande i intervju skickades till alla sjuksköterskor arbetandes på bestämd vårdenhet. Deltagandet var anonymt.  Datainsamling: Frågeformulär och fokusgrupp  Analys: kvalitativ innehållsanalys	28  (o)	Resultatet visade på att den låga användningen av ESAS berodde på att sjuksköterskorna bedömde det var för ansträngande för patienterna att fylla i relaterat till deras symtombörda. De tyckte även att instrumentet inte var hjälpfullt och att det tog för lång tid för patienterna att fylla	I  (M)

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K), Kvantitativ studie (Kv) eller Mixad studie (M).

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/Typ
Pereira, J. L., Chasen, M. R., Molloy, S., Amernic, H., Brundage, M. D., Green, E., Kurkjian, S., Krzyzanowska, M. K., Mahase, W., Shabestari, O., Tabing, R., & Klinger, C. A.	Cancer Care Professionals' Attitudes Toward Systematic Standardized Symptom Assessment and the Edmonton Symptom Assessment System After Large-Scale Population-Based Implementation in Ontario, Canada	2016 Canada Journal of pain and symptom management	Syftet var att undersöka professionella inom cancer vårdens attityder av systematiska symtom skattningar och Edmonton symtom skattningsinstrument (ESAS) och deras självskattade användning av instrumentet i en större jurisdiktion där det användes rutinmässigt.	Urval: Deltagare till studie togs fram via representativt urval vid de fjorton regionala cancer center som studerades. Flertalet olika vårdprofessioner inkluderades.  Datainsamling: Enkäter  Analys: Statistisk analysprogram	960 enkätsvar  (105)	Resultatet visade på att 88% av deltagarna tyckte att symtomskattning var viktigt i deras arbete. Och att ESAS var bra att använda som en startpunkt för att se patientens symtom. Flertalet förbättringar av ESAS och symtomskattningsinstrument identifierades.	I  (Kv)

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K), Kvantitativ studie eller Mixad studie (M).

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet



Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/Typ
Spaner, D., Caraiscos, V. B., Muysta, C., Furman, M. L., Zaltz-Dubin, J., Wharton, M., & Whitehead, K.	Use of standardized assessment tools to improve the effectiveness of palliative care rounds: A quality improvement initiative	2017 Canada Journal of palliative care	Syftet var att öka användningen av bedömningsinstrument vid diskussion om patientvård på rondan och att öka dokumentationen och tillgängligheten för viktig information i journal med inkludering av mål av vården.	Urval: riktat urval till personal som arbetade inom bestämd verksamhet.  Datainsamling: enkät och journalgranskning av symtomskattningssystem  Analys: Jämförelseanalys.	21 stycken Sjuksköterskor och summan av hela vårdlaget som inkluderades i studien var 46 stycken.  (0)	Resultatet visade på att rondan kan förbättras genom att använda standardiserade utvärderingsverktyg och att förändringar i mötesstrukturen kan ske för att bättre styra och fokusera på patientens vård.	II  (Kv)

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K), Kvantitativ studie (Kv) eller Mixad studie (M).

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/TYP
Schulman-Green, D., Cherlin, J-E., McCorkle, R., Carlson, D.A, M., Pace, Beckman, K., Neigh, J., Hennessy, M., Hurzeler-Johnson, R., Bradley H, E.	Benefits and challenges in use of a standardizes symptom assessment instrument in hospice.	2010 USA Journal of palliative medicine	Hospicepersonalens erfarenheter att använda ett standardiserat symtomskattningsinstrument.	Urval: riktat urval till 9 Hospice med olika variation på ägarskap, storlek, plats, kunskap. Varje Hospice utsåg sedan 3-5 vårdpersonal att agera gruppleddare för samarbetet.  Datainsamling: Intervju  Analys: Grundad teori analys	24  (15)	Resultatet visade att ESAS var enkel att använda och att använda med journalanteckningar hjälpte till att uppmärksamma symtom. Fick patienterna engagerade i sina symtom. Skapade grund för att kunna följa symtom och att användas i lärande tillfälle. Resultatet visade också på svårigheter kring Inklusionskriterier och att det fanns en svårighet att omsätta symtom till siffror. Se enskilda preferenser bakom symtomen och kunde upplevas som onaturligt att använda.	I  (K)

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K), Kvantitativ studie (Kv) eller Mixad studie (M).

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/tvärnsnittsstudie (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.

<b>Frågor för kvalitetsbedömning</b>	<b>Beskriv kortfattat egen bedömning</b>	<b><u>Poäng</u></b> 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)		

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

(Kvalitativ studie)		
<p>12. Är urvalet adekvat beskrivet och representativt för populationen? (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) Är metoden för datainsamlingen granskningsbar och trovärdig?</p> <p>(Kvalitativ studie)</p>		
<p>14. Är metoden för dataanalys valid och reliabel? (Kvantitativ studie) Är metoden för dataanalys trovärdig och tillförlitlig? (Kvalitativ studie)</p>		
<p>15. Är resultaten presenterade på ett lämpligt och tydligt sätt?</p>		

(Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
16. Är diskussionen tillräcklig. Diskuteras resultaten i förhållande till tidigare forskning inom området, diskuteras studiens styrkor och svagheter, är diskussionen ”objektiv”?		
17. Är konklusionen tillräcklig. Baseras konklusionen (uteslutande) på studiens resultat?		
18. Är resultaten generaliserbara? (Kvantitativ studie)  Är resultaten överförbara? (Kvalitativ studie)		
<b>Totalt (max 36 poäng)</b>		

(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