

MASTEROPPGAVE

Master i Sykepleie - klinisk forskning og fagutvikling

MASYD5950

17. September 2018

*Sykepleieres erfaringer med bruk av
ESAS for å kartlegge symptomer hos pasienter med kreft i palliativ fase*

Elise Marie Ihler

MASYKVDA Klasse A 2015H

Veileder: Berit Sæteren

Antall ord: 3502

Fakultet for helsevitenskap

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

OsloMet – storbyuniversitetet

Tittelside til tidsskriftet: «Sykepleien Forskning»

*Sykepleieres erfaringer med bruk av
ESAS for å kartlegge symptomer hos pasienter med kreft i palliativ fase*

Elise Marie Ihler

Kreftsykepleier

Oslo Universitetssykehus, Ullevål

Antall tegn (med mellomrom): 23 391

Antall ord: 3502

Antall tabeller: 2

Antall figurer: 1

Forfatterveiledningen til tidsskriftet: «Sykepleien Forskning» (Vedlegg 1)

SAMMENDRAG

Bakgrunn Pasienter med kreft i palliativ fase har ofte et sammensatt symptombilde med mange plagsomme symptomer som reduserer pasientens livskvalitet. Symptomopplevelsen er subjektiv. En forutsetning for effektiv symptomlindring er systematisk symptomkartlegging der bruk av standardiserte kartleggingsverktøy som Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) anbefales. På tross av denne anbefalingen er det utfordringer med bruk av ESAS i klinisk praksis. Sykepleiere er en faggruppe som har en sentral rolle i kartlegging og symptomlindring, og er derfor brukere av ESAS.

Hensikt Studien skal utforske sykepleiere sine erfaringer med bruk av ESAS for å kartlegge symptomer hos pasienter med kreft i palliative fase som er innlagt på sykehus.

Metode Kvalitative dybdeintervjuer av 6 sykepleiere fra 2 onkologiske sengeposter fra et sykehus i Helse Sør-Øst Regionen. En semistrukturert intervjuguide basert på problemstillingen ble benyttet til intervjuene. Datamaterialet ble analysert med Malteruds, Systematisk tekstkondensering.

Resultater Sykepleierne opplever ESAS som et nyttig kartleggingsverktøy som gir et bilde av pasientens subjektive symptombilde og er en inngangsport for samtale med pasientene om deres symptomer, noe som igjen bidrar til bedre symptomlindring og livskvalitet for pasientene. Rutinemessig bruk vektlegges for å oppnå skjemaets formål, men ESAS brukes likevel i varierende grad, noe som påvirker graden skjemaet bidrar til å systematisere kartleggingen. Flere barrierer og forbedringstiltak for rutinemessig bruk av ESAS ble identifisert av sykepleierne.

Konklusjon Dersom ESAS skal bidra til å systematisere kartleggingen bør skjemaet brukes rutinemessig. Derfor bør fremtidig forskning vektlegge identifisering av barrierer og evaluering av tiltak som kan forbygge barrierene som fører til den varierende bruken av ESAS.

Nøkkelord Palliasjon, Kreft, Edmonton Symptom Assessment System, Symptomkartlegging, Sykepleier, Kvalitative dybdeintervju

ABSTRACT

Background Patients in the palliative stages of cancer often experience a wide range of complex and burdensome symptoms, many of which reduce patient quality of life. The experience of symptoms is subjective. A prerequisite for effective symptom relief is the systematic mapping of symptoms. Using standardized mapping tools such as the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) is recommended. Despite this recommendation, challenges arise with the use of ESAS in clinical practice. Nursing professionals play a central role in the mapping of and relief of symptoms, and are users of ESAS.

Purpose The aim of this study is to explore nurses' experiences using the ESAS to map out symptoms of hospitalized patients in the palliative stages of cancer.

Method Qualitative in-depth interviews with 6 nurses from 2 hospital oncology wings in the Helse Sør-Øst Region. A semi-structured guide based on the study content was used for the interviews. The data was analyzed using Malterud's Systematic Text Condensation method.

Results The nurses experience ESAS as a useful mapping tool. It provides a more comprehensive picture of patients' subjective symptoms and provides a gateway for conversation with patients about these symptoms, contributing to improved symptom relief and quality of life for the patients. Routine use is highly recommended to achieve the goals of the form, but ESAS is nevertheless used inconsistently, which affects the degree in which the form helps in systematizing the mapping. Several barriers to and improvement measures for routine use of ESAS were identified by the nurses.

Conclusion If the ESAS is to improve systematization of the mapping of patients' symptoms, the form must be used routinely. Therefore, future research should emphasize the identification of barriers contributing to the inconsistent use of ESAS and evaluate measures that can eliminate these barriers.

Keywords Palliative care, Cancer, Edmonton Symptom Assessment System, Symptom mapping, Nurse, Qualitative in-depth interviews

INTRODUKSJON

I 2016 ble 32 827 nye krefttilfeller registrert i Norge og 262 884 nordmenn som lever med og/eller har hatt minst en kreftsykdom (1). I dag lever mange lengre med uhelbredelig kreft takket være moderne kreftbehandling. Dette har ført til et stadig økende behov for palliativ behandling, pleie og omsorg (2, 3).

Et symptom er en subjektiv opplevelse av at noe er unormalt med en selv, som smerte (4). Pasienter med uhelbredelig kreft har ofte et sammensatt symptombilde med mange plagsomme symptomer som reduserer pasientens livskvalitet (2, 3, 5-8). Forskning viser at denne pasientgruppen i snitt rapporterer 9-13 symptomer, der høy grad av symptombyrde ofte oppleves hos pasienter med mange symptomer (7-9). Fatigue, smerte, kvalme, nedsatt matlyst, dyspne, angst, søvnevansker, depresjon og eliminasjonsproblematikk er de mest rapporterte symptomene (7, 9, 10). Verdens Helseorganisasjon (WHO) har definert palliasjon («Palliative care») som en tilnærming som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres pårørende i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse ved hjelp av tidlig identifisering, grundig vurdering og behandling av smerte og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art (11). Den palliative faren er fra sykdommen ikke lengre kan helbredes, og avsluttes når pasienten dør (2).

Kartlegging innebærer å utrede og avdekke pasientens totale situasjon som skal danne et bilde av den enkelte pasientens symptomer og plager, slik at årsaken kan identifiseres, målrettede tiltak iverksettes, og effekt og bivirkninger evalueres systematisk (2, 5). En forutsetning for effektiv symptomlindring er systematisk symptomkartlegging der bruk av standardiserte kartleggingsverktøy anbefales. Dette skal bidra til effektiv kartlegging og forbygge tilfeldig kartlegging (2, 3, 5, 7). Systematisk kartlegging er også viktig fordi forskning viser manglende samsvar mellom pasientens rapporterte symptomopplevelse og det helsepersonell rapporterer. Videre har helsepersonell en tendens til å undervurdere pasientenes symptomer. Resultatet blir udiagnostiserte symptomer og manglende symptomlindring (7, 12, 13).

Siden symptomopplevelsen er subjektiv anbefales selvrapporтерingsverktøy slik at pasienten kan beskrive sin symptomopplevelse (2, 5, 7). Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i

kreftomsorgen (2) anbefaler Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) som det standardiserte kartleggingsverktøyet. ESAS (Figur 1) ble utviklet av Bruera mfl. (14) i 1991 som et klinisk kartleggingsverktøy med formål å bedre kartlegging av pasientenes symptomer og bidra til at flere symptomer oppdages. Dette skal igjen bidra til økt kvalitet på behandling og pleie. Den reviderte utgaven, ESAS-r fra 2010, (omtales som ESAS) er et validert og internasjonalt selvrappingsskjema som dekker 9 symptomer (smerte, slapphet, døsighet, kvalme, matlyst, tungpust, depresjon, angst og generelt velvære) og et tilleggsspørsmål (Annet problem). Symptomene skåres med en numerisk skala (NRS) fra 0 til 10 (Ingen til verst tenkelig plage). Ved smerte, benyttes kroppskart (Figur 1) der pasienten beskriver smertens karakter og lokalisasjon (10, 14-16).

Til tross for at det er anerkjent at systematisk symptomkartlegging er essensielt for å lindre pasientens symptomer er det utfordrende å få helsepersonell til å bruke ESAS (5, 17-19). I følge fagprosedyren til ESAS (15) er helsepersonell som har daglig ansvar for behandling og pleie av pasientene, brukere av ESAS. Sykepleieren er i direkte kontakt med pasienten gjennom døgnet. Sykepleierens fundamentale oppgave er å ivareta pasientens grunnleggende behov (6).

Kreftsykepleie er en vanlig spesialisering blant sykepleiere som arbeider med den palliative pasientgruppen. Kreftsykepleierens lindrende funksjon omfatter å utføre sykepleietiltak som begrenser omfanget av pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle belastninger. For å ivareta pasientenes behov må sykepleieren til enhver tid kartlegge pasientens ressurser og behov, og iverksette og evaluere tiltak. Systematisk symptomkartlegging med ESAS er derfor en viktig sykepleieoppgave (6, 18, 20).

Litteratursøk ble utført i april-mai 2017 og 2018 (forskning <10 år) i Cinahl, Medline, Cochrane, PubMed og McMasterPluS. Søkene indikerer at det er begrenset med studier om sykepleieres erfaringer rundt systematisk symptomkartlegging med ESAS, noe som støttes i artikkelen til Fitch mfl. (18). Det ble ikke funnet noen kvalitative studier rundt tema, med unntak av et par kvantitative studier som hadde kvalitative innslag (21, 22). Flertallet av de kvantitative enkeltstudiene (22-26) og de systematiske oversiktsartiklene (17, 19, 27) inkluderte både sykepleiere, annet helsepersonell og/eller pasienter. Når sykepleieren har en så viktig rolle i kartlegging av pasientenes symptomer er det et behov for å gå i dybden for å belyse hvordan sykepleiere bruker ESAS i klinisk praksis. Derfor ble det valgt å gjøre en kvalitativ undersøkelse der hensikten er å

utforske sykepleiere sine erfaringer med bruk av ESAS for å kartlegge symptomer hos pasienter med kreft i palliative fase som er innlagt på sykehus med følgende problemstilling:

«Hvilke erfaringer har sykepleiere med bruk av ESAS for å kartlegge symptomer hos pasienter med kreft i palliativ fase?»

METODE

Design

Dette er en fortolkende kvalitativ studie der det ble utført dybdeintervju. En semistrukturert intervjuguide ble utviklet basert på problemstillingen slik at nødvendige temaer ble dekket, samtidig som deltakerne fikk frihet til å fortelle sine erfaringer (28, 29). Spørsmålene omfattet bruk i praksis, skjemaets bidrag til systematisk kartlegging, samsvar mellom praksis og fagprosedyren, fordeler og utfordringer og betydning for pasientens behandling. Intervjuene fant sted på deltakernes avdelinger og varte 30-45 minutter. Intervjuene ble dokumentert med lydopptak, som ble transkribert av forskeren.

Utvalg

Et strategisk utvalg ble benyttet der sykepleiere ble rekruttert fra to onkologiske sengeposter fra et sykehus i Helse Sør-Øst. Begge avdelingene har mange pasienter med behov for palliasjon. Deltakerne ble rekruttert via avdelingssykepleierne som videresendte deltakerforespørselen til sine sykepleiere, som igjen kunne frivillig melde seg til å delta. Seks sykepleiere ble intervjuet november–desember-17. Se tabell 1 for deltaker informasjon.

Metode for analyse

For å få en dypere forståelse av sykepleierne erfaringer er det behov for å fortolke og finne mening i erfaringene. En fortolkende tverrgående analyse basert på Malterud metode, Systematisk tekstkondensering, ble brukt for analyse av datamaterialet. Malterud sin analysemetode består av 4 trinn: 1. Helhetsinntrykk, 2. Meningsbærende enheter, 3. Kondensering og 4. Syntese (28). Se tabell 2 for utdrag av analysen.

Etiske overveielser

Studien er godkjent av Norsk Samfunnsfaglig Datatjeneste (NSD) med referansenummer 55706. Deltakelse er frivillig med signert samtykke. Alle opplysninger og data er behandlet konfidensielt, anonymisert og oppbevart etter pålagte forskrifter (29).

RESULTATER

Det var mange likhetstrekk mellom sykepleiernes erfaringer og få forskjeller på tvers av avdelingene. Gjennom analysefasen fremstod 2 overordnede tema med underpunkter.

Et nyttig verktøy for å kartlegge pasientenes symptomer

Et bilde av pasientens subjektive symptombilde

ESAS beskrives som et nyttig verktøy med relevante punkter for å kartlegge pasientenes symptomer: «ESAS inneholder de viktigste punktene for å kunne kartlegge pasienten» (4); «Jeg bruker ESAS som utgangspunkt for å ha noe å gå etter» (5); «Du får et fint bilde av hvordan pasienten har det og hvilke ting vi må ta tak i» (3). ESAS gir et øyeblikksbilde, i tillegg kan sykepleierne følge pasientens symptomer over tid. Sykepleierne bemerket spesielt at ESAS får frem pasientens opplevelse av sine symptomer: «Du får pasientens subjektive opplevelse av de forskjellige symptomene» (6); «Det er pasientens egen kartlegging. Det er ikke vi som anslår noe» (2).

En inngangsport for samtale med pasienten

Sykepleierne erfarer at ESAS åpner for samtale med pasienten der pasienten kan gi uttrykk for sine symptomer, og sykepleieren får en oversikt over deres symptomer og behov: «En får ofte en veldig god samtale med pasienten, så jeg opplever egentlig at det er en god inngangsport» (1); «ESAS gjør pasienten i stand til å selv tenke gjennom hvordan de har det og komme i god samtale med sykepleierne» (3); «Jeg er veldig fornøyd at jeg har fått oversikt over deres behov med ESAS» (6). Sykepleierne opplever at de fanger opp mer med ESAS, i tillegg gjør det lettere å komme innpå pasientenes symptomer i og utenom ESAS: «Det er ikke mange pasienter som sier rett ut hvordan de har det og føler det, men med ESAS kan det bli lettere å åpne for samtale» (6); «Jeg føler man ofte fanger opp mer enn hvis man bare spør «Hei, hvordan har du det i dag?»» (3); «Jeg tror mange synes det er vanskelig å spørre pasientene om angst og depresjon.

Det er kanskje enklere å ta det opp når man har et skjema mellom seg» (2). Dette mener sykepleierne igjen har en positiv innvirkning på pasientens holdning til ESAS: «Pasienten ser at det de gir uttrykk for blir tatt på alvor, og at det blir satt inn tiltak som fungerer for dem. Da blir det mer motiverende å svare på ESAS igjen (6)».

Variierende bruk i klinisk praksis

Bruk av ESAS blant sykepleierne

Sykepleierne forteller at de har ansvar for å dele ut ESAS, hjelpe pasientene med utfyllingen, gjennomgå svarene med pasientene, ta med ESAS på legevisitten/tverrfaglige møter og elektronisk journalføre ESAS. Videre vektla sykepleierne betydningen av rutinemessig bruk av ESAS og å følge opp svarene, og beskrev sine rutiner. ESAS ble hyppigst brukt ved innleggelse av nye pasienter, ved kompliserte symptombilder særlig smerteproblematikk eller ved kontakt med palliativt team. På tross av det sykepleierne forteller, så brukes ESAS i varierende grad, og blir ofte bare «et papir i bunken». ESAS ble ofte brukt når den enkelte sykepleier mente ESAS var nødvendig: «Vi synes at ESAS er et godt verktøy. Vi bruker det litt sånn fast. Vi bruker det fast ved innkomst og en dag i uka. Så skal det brukes når man har forandring. Det er det som er planen, men jeg tror ikke vi alltid er så gode til å gjøre det» (1). Rutinene ble oppfattet som uklare og det ble uttrykt en bekymring for hvilken konsekvens dette har: «Vi har litt ulik praksis, og vi får fort ulike svar av den samme pasienten. Det er dessverre det med ikke-bruk av ESAS siden det ikke er noen klare rutine for det på avdelingen, så vi går kanskje glipp av mange symptomer» (6); «Hvis pasienten ikke har noen opplevelse av at det er blitt gjort noe med ESAS ser de kanskje ikke nytten av ESAS. Da blir ESAS bare mas» (6). Variierende bruk resulterer i at sykepleierne opplever at ESAS bidrar i liten grad til å systematisere kartleggingen.

Barrierer for bruk av ESAS:

Sykepleierne trakk frem flere barrierer som kan påvirke bruken av ESAS. En viktig barriere var manglende fokus: «Vi har ikke kjempe fokus på ESAS på denne avdelingen» (5). Dette gjaldt ikke bare sykepleierne, men også andre faggrupper, spesielt legene, som viser liten interesse for

ESAS med mindre sykepleierne oppfordrer dem. Mangel på tid og konsekvenser hvis ESAS ikke brukes var andre utfordringer: «*Det er travelt og du prioriterer så godt du kan. Da blir ofte ESAS glemt eller nedprioritert*» (1); «*Bruker vi ikke ESAS får vi ikke avvik*» (5). Det var også lite fokus i undervisning, samt lite kjennskap til ESAS sin fagprosedyre: «*Det er nok fordi vi har hatt litt lite om ESAS i undervisningen på avdelingen og fokus på hva det faktisk skal brukes til*» (2). Elektronisk registrering var en annen utfordring: «*Det er kanskje mange som har innvendinger til å føre ESAS inn i DIPS. Jeg tror de fleste ville begrunne at det blir tidskrevende*» (3); «*Kroppskartet kan ikke bli dokumentert noe sted systematisk*» (2). En siste utfordring var sykepleieres tiltro til egne kliniske vurderinger framfor pasientens symptombeskrivelse: «*Vi tror nok at vi er flinkere til å lese og forstå pasienter enn det vi egentlig er. Når du fyller ut et ESAS har pasienten det nesten alltid annerledes enn en tror*» (1).

Forslag til bedre praksis:

Sykepleiernes forslag for at ESAS skal brukes mer rutinemessig omfattet behov for et større fokus på ESAS blant hele helsepersonalet, i undervisningssammenheng og engasjement fra ressurspersoner og ledelsen: «*Jeg tror vi må sette mer fokus på undervisning, hva man skal bruke ESAS til og hvordan man skal følge opp svarene*» (2); «*Hvis det hadde vært mer fokus på det fra fagsykepleier eller ledere hadde vi kanskje automatisk blitt bedre på det*» (5). Større eksponering av ESAS for tverrfaglige grupper ble også foreslått: «*Vi bør sikkert ta det med inn til dem oftere og de andre faggruppene bør kanskje også ha mer fokus på det*» (2).

DISKUSJON

På bakgrunn av resultatene vil diskusjonen vektlegge sykepleiernes erfaringer av ESAS som et nyttig kartleggingsverktøy for pasienter med kreft i palliative fase. Videre vil diskusjonen se på sykepleiernes varierende bruk av ESAS på tross av at sykepleiernes beskrivelse av deres ansvar til ESAS, og viktigheten av rutinemessig bruk for å oppnå systematisk kartlegging. Barrierer og forbedringstiltak vil også diskuteres.

Et nyttig verktøy for å kartlegge pasientenes symptomer

Siden symptomopplevelsen er subjektiv vil det være viktig å bruke selvrapporteringsverktøy som ESAS slik at pasientenes subjektive symptomopplevelse kommer frem (2). Sykepleierne i denne studien opplever at ESAS er et nyttig kartleggingsverktøy fordi skjemaet gir både et øyeblikksbilde av pasientens subjektive symptomopplevelse og symptomene kan følges over tid. Dette støttes av tidligere forskning og litteratur (2, 7, 15, 21, 22, 24, 30). I tillegg viser annen forskning at pasienter med høy ESAS skår ofte har en høy symptombyrde (31). Pasienter med kreft i palliativ fase opplever ofte mange symptomer som kan endre seg raskt, endre seg over tid, påvirker hverandre og varierer utifra kreftdiagnose (5, 7, 8). De overnevnte fordelene med ESAS vil derfor kunne bidra til bedre kartlegging ved at identifiserte symptomer og tiltak kan følges opp systematisk over tid, og nye symptomer blir oppdaget mer effektivt. Samtidig kan misforståelser oppstå rundt ESAS som kan påvirke hvorvidt ESAS representerer pasientens symptomopplevelse som feiltolkning av definisjoner f.eks. «døsighet» eller feiltolkning av NRS-skalaen (7). Dette indikerer at hensiktsmessig bruk av ESAS krever at sykepleiere har tilstrekkelig kunnskap om ESAS som sørger for at pasienten forstår skjemaet.

For å få frem pasientenes subjektive symptomopplevelse er kommunikasjon mellom pasient og sykepleiere nødvendig (2). Sykepleierne i denne studien erfarer at ESAS åpner for samtale der pasienten kan tenke gjennom og gi uttrykk for sine symptomer og behov. Dette samsvarer med resultater fra tidligere forskning og litteratur (2, 15, 21, 22, 24, 25). Siden ESAS ikke dekker alle symptomer pasienten kan oppleve, kan ESAS brukes som et utgangspunkt for samtale med pasienten om deres symptomer, noe som støttes av flere studier (21, 22) og fagprosedyren (15). Ved å begynne samtalen rundt ESAS vil sykepleieren kunne fange opp flere symptomer og gå i

dybden av pasientenes symptomer både i og utenom skjemaet, noe som igjen kan bidra til at pasientene føler seg mer sett og tatt på alvor. Samtidig er det en risiko for at sykepleierens ikke klarer å utføre en samtale med ESAS som utgangspunkt, noe som potensielt kan føre at ikke alle pasientens symptomer identifiseres og utdypes, og da heller ikke blir optimalt lindret. Derfor er det kritisk at sykepleiere har gode kommunikasjonsferdigheter for å få frem pasientens symptomopplevelse og behov. Dette gjelder både symptomene på ESAS og utenom skjemaet.

Sykepleierne i denne studien er opptatt av at ESAS må brukes rutinemessig om symptomkartlegging med skjemaet skal bli systematisk. Dette støttes av nasjonale retningslinjer (2) som sier at effektiv kartlegging forutsetter systematisk kartlegging og fagprosedyren (15) som anbefaler regelmessig bruk. Systematisk kartlegging vil også være viktig siden forskning som sier at pasienter har mange symptomer de ikke rapporterer på egenhånd og mange symptomer blir ikke identifisert. Bruk av selvrapporteringsverktøy som ESAS vil derfor ha en vital rolle i å kartlegge og identifisere flere symptomer som har behov for nærmere kartlegging og behandling (9). Resultatene kan derfor tolkes som rutinemessig bruk av ESAS er en forutsetning til at skjemaet skal bidra til systematisk kartlegging, og igjen bedre symptomlindring. Dette støttes av Chen og Hollis (27) som anbefaler rutinemessig bruk av selvrapporteringsverktøy som ESAS da det sikrer bedre kommunikasjon mellom pasienten og helsepersonell, flere symptomer blir identifisert, behandlingstiltak monitorerer bedre og større pasientfornøydhetsnivå av deres behandling.

Variierende bruk i klinisk praksis

Både sykepleierne i denne studien og andre studier bekrefter at kartlegging og lindring av pasientens symptomer er et av deres ansvarsområder (21, 22, 24). I denne studien presiserer sykepleierne hvor viktig det er at ESAS brukes rutinemessig og hvilket ansvar de har for å sikre god kartlegging. Det er derfor undrende at til tross for sykepleiernes bevissthet på dette så brukes ESAS variert. Her skiller sykepleierens erfaringer seg fra andre studier der flertallet rapporterer at de alltid/nesten alltid bruker ESAS og oppfordrer pasienter til å bruke ESAS (21, 22, 24).

Sykepleierne bemerker at deres variierende bruk og kan føre til at ikke alle pasientenes symptomer fanges opp og de kan få ulike svar fra samme pasient. Det kommer også frem at egne kliniske vurderinger ofte vektlegges over vurderinger dokumentert med ESAS. Forskning viser

at helsepersonell ofte undervurderer pasientens symptomopplevelse der ikke alle symptomene fanges opp, noe som styrker argumentet for å bruke selvrapporteringsverktøy (7, 12, 13). Når sykepleierens kartlegging ikke reflekterer pasientenes symptomopplevelse er det vanskelig å iverksette målrettede tiltak som lindrer pasientens symptomer. Videre vil det også være vanskelig å følge pasientens symptomer over tid hvis ESAS ikke rutinemessig dokumenteres og føres inn elektronisk. Det kan derfor tolkes at variert bruk betydelig reduserer skjemaets nytteverdi og anvendbarhet, noe som tydeliggjør at ESAS må brukes rutinemessig for å bidra til bedre kartlegging. Videre må sykepleierne få en større bevissthet av deres ansvar for å bruke ESAS og hvordan deres varierende bruk kan motvirke skjemaets hensikt om å systematisere symptomkartleggingen.

Sykepleierne peker på flere potensielle barrierer og tiltak for rutinemessig bruk av ESAS. Barrierene omfatter uklare rutiner, manglende fokus på tvers av avdelingen, manglende engasjement fra ressurspersoner og ledelse, tidsmangel og nedprioritering av ESAS, mangel på elektronisk dokumentering, manglende konsekvenser ved manglende bruk, lite fokus i undervisningssammenheng og tiltro til egne vurderinger fremfor ESAS. Større fokus på ESAS blant hele helsepersonalet, i undervisningssammenheng og engasjement fra ressurspersoner og ledelsen nevnes som forslag på tiltak. Barrierene og tiltakene i denne studien samsvarer med resultater i tidligere forskning og litteratur (7, 12, 17-19, 21-26, 30) Resultatene indikerer at det behov for å identifisere og løse opp i barrierer som hindrer rutinemessig bruk for sikre hensiktsmessig bruk av ESAS. Dette støttes av flere systematiske oversiktsartikler (17, 19) vektlegger betydning av å identifisere og være oppmerksom på barrierer som forhindrer og faktorer som tilrettelegger for implementering og bruk av selvrapporteringsverktøy/kvalitetsforbedringer som ESAS i palliativ praksis.

Selv om sykepleiere kan se en tydelig verdi av å bruke ESAS er det vanskelig å opprettholde bruken i en hektisk hverdag, ikke minst når rutine opplevs som uklare. Dette blir spesielt vanskelig når det ofte er opp til hver enkelt sykepleier å ha disiplin til å bruke ESAS konsekvent og over tid. Når de heller ikke kan stole på at sykepleiere på neste vakt kommer til å bruke ESAS videre kan det bli enda vanskeligere å holde på rutine selv. Det vil også være utfordrende å bruke ESAS rutinemessig når sykepleierne tilsynelatende blir ansvarlig for å oppfordre andre faggrupper til å bruke ESAS, og det er lite interesse for ESAS fra ledelsen og/eller

ressurspersoner. På den annen side, dersom sykepleierne visste at ledelsen, ressurspersoner, andre faggrupper eller sykepleierkollegaer forventer å få ESAS som en del av rapporten, journalen osv. vil ESAS kunne bli et selvsagt verktøy som er enkelt og nødvendig å bruke. Resultatene kan derfor indikerer at forskning i fremtiden bør vektlegge identifisering av barrierer og evaluering av tiltak som kan forbygge barrierene, hvis ESAS skal bidra til systematisk kartlegging.

Studiens begrensninger

- I denne studien har forskeren en bakgrunn i palliasjon. Av den grunn kan forskerens forforståelse ha betydning for hvordan datamaterialet er tolket (29).
- En kvalitativ studie med 6 sykepleiere kan være vanskelig å generalisere eller overføre. Likevel bør sykepleiernes erfaringer kunne ha en intern validitet og relevans til andre avdelinger innenfor samme fagområde, med begrensninger fra sted til sted (28).
- Dataen er fra onkologiske sengeposter med både onkologisk og palliativt fokus. Det kan være at sykepleiere ved rene palliative sengeposter har andre erfaringer.
- Fem av seks er kreftsykepleiere og flertallet har mange år med yrkeserfaring og ansettelsestid. Erfaringer kan variere fra sykepleiere med mindre erfaring og/eller uten spesialisering.

KONKLUSJON

Sykepleieren opplever å ha en sentral rolle rundt bruk av ESAS og beskriver skjemaet som et nyttig verktøy for å kartlegge symptomer hos pasienter med kreft i palliativ fase som er innlagt på sykehus. ESAS bidrar til bedre kartlegging ved å gi et bilde av pasientenes subjektive symptom-bilde og er en inngangsport for samtale med pasientene om deres symptomer, noe som igjen bidrar til bedre symptomlindring og livskvalitet for pasientene. Rutinemessig bruk vektlegges for å oppnå skjemaets formål. Likevel brukes ESAS i varierende grad, noe som påvirker graden skjemaet bidrar til å systematisere kartleggingen. Videre peker sykepleiernes erfaringer på flere potensielle barrierer og tiltak for rutinemessig bruk av ESAS. Det er begrenset med forskning rundt problemstillingens tema, spesielt kvalitativ forskning som kan sette den kvantitative forskning i perspektiv. For å få en større helhetsforståelse av sykepleiernes erfaringer er det behov for ytterligere forskning. Dersom målet er at ESAS skal brukes mer rutinemessig og bidra til å systematisere kartleggingen, kan denne studien antyde 4 faktorer som kan fremme en slik bruk:

- Tydeliggjøring og enighet om rutiner på tvers av avdelingen rundt bruk av ESAS.
- Økt fokus på ESAS i undervisningssammenhenger slik at det blir en større tverrfaglig fellesforståelse av skjemaets hensikt, relevans og bruk.
- Større bevisstgjøring av den enkeltes og hver faggruppes ansvar for ESAS utifra deres forventede ansvarsområde.
- Større engasjement fra ressurspersoner og ledelsen som fremmer rutinemessig bruk av ESAS, der konsekvenser for manglende bruk tydeliggjøres.

REFERANSER

1. Krefregisteret. Cancer in Norway 2016 - Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway [Internett]. Oslo: Krefregisteret; 2017. [nedlastet 15.05 2018]. Tilgjengelig fra: <https://www.krefregisteret.no/Generelt/Publikasjoner/Cancer-in-Norway/cancer-in-norway-2016/>.
2. Helsedirektoratet. Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. [nedlastet 10.05 2018]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen>.
3. Kaasa S, Loge JH, Haugen DRF. Palliativ medisin - En innledning I: Kaasa S, Loge JH, Red. Palliasjon: Nordisk lærebok 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk 2016. s. 34-49.
4. Nylenna M. Medisinsk ordbok. 7. utg. Oslo: Kunnskapsforlaget; 2009.
5. Kaasa S, Loge JH. Diagnostikk innen palliasjon - en generell innføring I: Kaasa S, Loge JH, Red. Palliasjon: Nordisk lærebok. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 202-16.
6. Sæteren B. Omsorg for alvorlig syke og døende pasienter : sorg og sorgarbeid. I: Reitan AM, Schølberg T, Red. 4. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2017. s. 224-50.
7. Chang VT, Smith TJ, Savarese DM. Approach to symptom assessment in palliative care [Internett]. Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer; 2018. [oppdatert 16.04.2018; nedlastet 20.05 2018]. Tilgjengelig fra: https://www-uptodate-com.ezproxy.hioa.no/contents/approach-to-symptom-assessment-in-palliative-care?search=Symptom%20assessment&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

8. Deshields TL, Potter P, Olsen S, Liu J, Dye L. Documenting the symptom experience of cancer patients. *Journal of Supportive Oncology*. 2011;9(6):216-23.
9. White C, McMullan D, Doyle J. "Now that you mention it, doctor ... ": symptom reporting and the need for systematic questioning in a specialist palliative care unit. *Journal of palliative medicine*. 2009;12(5):447.
10. Hui D, Bruera E. The Edmonton Symptom Assessment System 25 Years Later: Past, Present, and Future Developments. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2017;53(3):630-43.
11. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care [Internett]. Geneva: World Health Organization; 2002. [nedlastet 10.05 2018]. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
12. Rhondali W, Hui D, Kim SH, Kilgore K, Kang JH, Nguyen L, et al. Association between patient-reported symptoms and nurses' clinical impressions in cancer patients admitted to an acute palliative care unit. *Journal of palliative medicine*. 2012;15(3):301.
13. Laugsand EA, Sprangers MAG, Bjordal K, Skorpen F, Kaasa S, Klepstad P. Health care providers underestimate symptom intensities of cancer patients: A multicenter European study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2010;8:104-.
14. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *Journal Of Palliative Care*. 1991;7(2):6-9.
15. Oslo universitetssykehus HF. ESAS - Edmonton Symptom Assessment System Oslo: Oslo universitetssykehus HF; 2018. [oppdatert 01.06.2018; nedlastet 01.07 2018]. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/esas-edmonton-symptom-assessment-system--260510>.

16. Watanabe SM, Nekolaichuk CL, Beaumont C. The Edmonton Symptom Assessment System, a proposed tool for distress screening in cancer patients: development and refinement. *Psycho-Oncology*. 2012;21(9):977-85.
17. Antunes B, Harding R, Higginson IJ. Implementing patient-reported outcome measures in palliative care clinical practice: A systematic review of facilitators and barriers. *Palliative Medicine*. 2014;28(2):158-75.
18. Fitch MI, Howell D, McLeod D, Green E. Screening for distress: responding is a critical function for oncology nurses. *Canadian oncology nursing journal = Revue canadienne de nursing oncologique*. 2012;22(1):12.
19. Sommerbakk R, Haugen DF, Tjora A, Kaasa S, Hjermland MJ. Barriers to and facilitators for implementing quality improvements in palliative care - results from a qualitative interview study in Norway.(Report). *BMC Palliative Care*. 2016;15(1).
20. Reitan AM. *Kreftsykepleie I: Reitan AM, Schølberg T, Red. Kreftsykepleie: pasient - utfordring - handling 4. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2017. s. 33-47.*
21. Green E, Yuen D, Chasen M, Amernic H, Shabestari O, Brundage M, et al. Oncology Nurses' Attitudes Toward the Edmonton Symptom Assessment System: Results From a Large Cancer Care Ontario Study. *Oncology nursing forum*. 2017;44(1):116-25.
22. Pereira JL, Chasen MR, Molloy S, Amernic H, Brundage MD, Green E, et al. 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*. 2016;51(4):662-72.e8.

23. Dudgeon D, King S, Howell D, Green E, Gilbert J, Hughes E, et al. Cancer Care Ontario's experience with implementation of routine physical and psychological symptom distress screening. *Psycho-oncology*. 2012;21(4):357.
24. Bainbridge D, Seow H, Sussman J, Pond G, Martelli-Reid L, Herbert C, et al. Multidisciplinary health care professionals' perceptions of the use and utility of a symptom assessment system for oncology patients. *Journal of oncology practice*. 2011;7(1):19.
25. Carli Buttenschoen 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? *Supportive Care in Cancer*. 2014;22(1):201-8.
26. Beddard-Huber E, Jayaraman J, White L, Yeomans W. Evaluation of the Utility of the Edmonton Symptom Assessment System (revised) Scale on a Tertiary Palliative Care Unit. *Journal of Palliative Care*. 2015;31(1):44-50.
27. Chen J, Ou L, Hollis SJ. A systematic review of the impact of routine collection of patient reported outcome measures on patients, providers and health organisations in an oncologic setting. *BMC Health Services Research*. 2013;13(1):211.
28. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*. 4. utg. Oslo: Universitetsforl.; 2017.
29. Christoffersen L, Johannessen A, Tufte PA, Utne I. *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag; 2015.
30. Myhra CB, Grov EK. Sykepleieres bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS): palliativ behandling. *Sykepleien forskning*. 2010;5(3):210-8

31. Selby D, Chakraborty A, Myers J, Saskin R, Mazzotta P, Gill A. High Scores on the Edmonton Symptom Assessment Scale Identify Patients with Self-Defined High Symptom Burden. *Journal of Palliative Medicine*. 2011;14(12):139-1316.

TABELL 1: Informasjon om deltakerne

Deltakere	Kjønn	Videreutdanning	Yrkeserfaring (år)	Arbeidssted (år)	Alder
Sykepleier 1 (S1)	Kvinne	Kreftsykepleie	17	10	40
Sykepleier 2 (S2)	Kvinne	Kreftsykepleie	6	2	30
Sykepleier 3 (S3)	Kvinne	Kreftsykepleie	6,5	6	28
Sykepleier 4 (S4)	Kvinne	Kreftsykepleie	28	11	49
Sykepleier 5 (S5)	Kvinne	Kreftsykepleie	20	7	41
Sykepleier 6 (S6)	Kvinne	Ingen	1,5	1,5	35

TABELL 2: Systematisk tekstkondensering – utdrag fra analysen (S1)

1. Helhetsinntrykk Villnis til foreløpige temaer	2. Meningsbærende enheter Foreløpige temaer til koder og sortering		3. Kondensering Kode til abstrahert meningsinnhold		4. Syntese Kondensering til beskrivelser, begreper og resultater	
Foreløpige tema	Kode-gruppe	Meningsbærende enheter	Sub-gruppe	Kondensat	Syntese	Ny overskrift
Et godt verktøy	Erfaringer med ESAS som et godt verktøy	En får ofte en veldig god samtale med pasienten, så jeg opplever egentlig at det er en god inngangsport» (1). Når jeg får pasienter til å fylle ut et ESAS gjør jeg det enten sammen med de eller hvis de fyller det ut selv, så går jeg alltid inn etterpå og så snakker vi om de punktene hvor de har en skår over 3. En får ofte en veldig god samtale og veldig mye informasjon (1), Da opplever jeg at en får en ganske fin samtale og kan avklare hva de selv har gjort i forhold til det, og om de ønsker hjelp i forhold til det, og hva vi eventuelt kan tilby (1), Jeg opplever at det egentlig kommer fram ting som de rett og slett ikke visste at de kunne få hjelp til (1), Det gir pasienten et fint rom for pasienten til å fortelle hvordan de har det, som er veldig viktig (1).	Åpner for samtale med pasienten	Det gir pasienten et fint rom for pasienten til å fortelle hvordan de har det (1). Da opplever jeg at en får en ganske fin samtale og kan avklare hva de selv har gjort i forhold til det, og om de ønsker hjelp i forhold til det, og hva vi eventuelt kan tilby (1), <u>Gullsitat:</u> En får ofte en veldig god samtale med pasienten, så jeg opplever egentlig at det er en god inngangsport (1).	ESAS fungerer som en inngangsport for samtale som gir pasienten rom til å fortelle sykepleieren om deres symptom-opplevelse og hva de ønsker hjelp med.	En inngangsport for samtale med pasienten

FIGUR 1: Edmonton Symptom Assessment System med kroppskart (15)

Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

Vennligst sett ring rundt det tallet som best beskriver hvordan du har det NÅ:

Ingen smerte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig smerte
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

Ingen slapphet (Slapphet=mangel på krefter)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig slapphet
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------

Ingen døsighet (Døsighet=å føle seg søvnig)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig døsighet
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------

Ingen kvalme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig kvalme
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

Ikke nedsatt matlyst	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig nedsatt matlyst
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------------

Ingen tung pust	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig tung pust
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

Ingen depresjon (Depresjon=å føle seg nedstemt)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig depresjon
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

Ingen angst (Angst=å føle seg urolig)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig angst
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------

Best tenkelig velvære (Velvære=hvordan du har det alt tatt i betraktning)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig velvære
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------

Ingen _____ Annet problem (f. eks. forstoppelse)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig _____
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------

Pasientens navn: _____

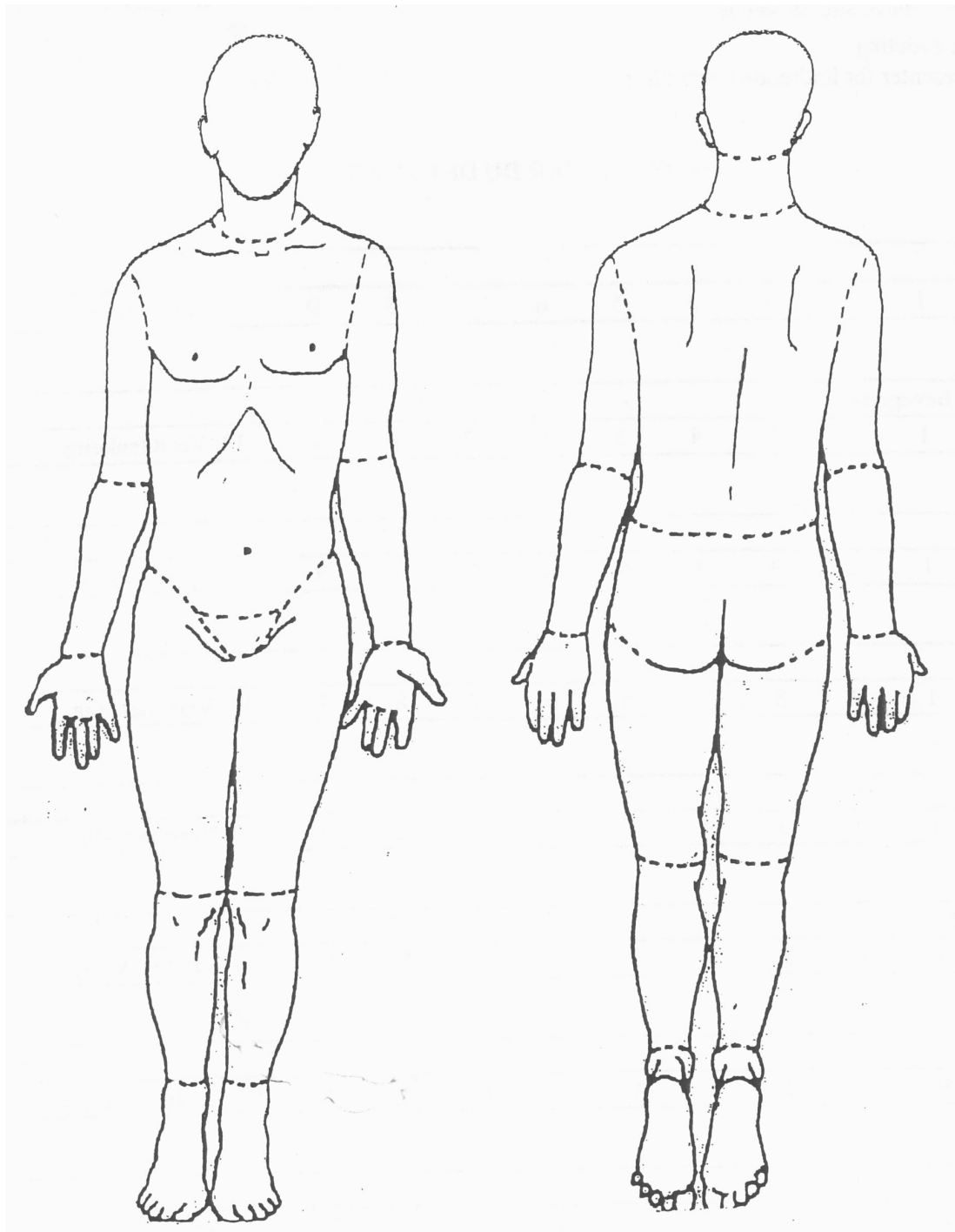
Dato: _____

Tidspunkt: _____

Fylt ut av (sett et kryss):

- Pasient
- Pårørende
- Helsepersonell
- Pasient med hjelp fra pårørende eller helsepersonell

SMERTEREGISTRERING



Smertens karakter:

1. Konstant

2. Ujevn

3. Utløst av bevegelse

A. Verkende	G. Brennende
B. Pulserende	H. Utstrålende
C. Stikkende	I. Sviende
D. Skjærende	J. Ilende
E. Rivende	K. Annet
F. Trykkende	

VEDLEGG 1: Sykepleien Forskning Forfatterveiledning

Forfatterveiledning

Innsending av artikler til Sykepleien Forskning skjer i manuskripthåndteringssystemet ScholarOne. Forfattere oppretter en konto og laster opp artikkelen med vedlegg, følgebrev og erklæring om interessekonflikter. Du kommer til nettstedet ved å trykke på denne lenken.

Om Sykepleien Forskning

Tidsskriftet Sykepleien Forskning er et fagfellevurdert vitenskapelig tidsskrift som blir utgitt digitalt. Vi ønsker å være den foretrukne kanalen for å formidle sykepleieforskning i Norge. Sykepleien Forskning har som mål å være relevant, interessant og praksisnær, med en tydelig klinisk profil. Vi vil også bidra til at helsepersonell leser forskning og bruker forskningsresultater i teori og i praksis.

Sykepleien Forskning er foreløpig indeksert i EBSCO-Cinahl, Nordart og SveMed+, men arbeider med å bli indeksert i flere internasjonale databaser. Forskningsartiklene vi publiserer, er fritt tilgjengelige for alle via internett. Til tider inviterer Sykepleien Forskning en fagperson til å kommentere originalartiklene, og kommentaren publiseres sammen med artikkelen.

Forfattere som publiserer hos oss, beholder copyright til teksten og kan lenke til publikasjonen på våre nettsider, for eksempel fra den institusjonen de er ansatt i. Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskript til flere eller andre vitenskapelige tidsskrifter til bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet eller resultatene skal ikke ha vært publisert i et annet vitenskapelig tidsskrift. Med tidligere publisering menes også publisering i allment tilgjengelige former som aviser, magasiner og på internett, for eksempel institusjonelle arkiver. Dobbeltpublisering og sekundærpublisering aksepteres som hovedregel ikke.

Generelt

Artikkelmanuskript med alle vedlegg sendes elektronisk i Microsoft Word-programmets doc-form.

All tekst skrives med teksttypen Times New Roman, skriftstørrelse 12.

Overskriftene markeres med fet skrift.

Linjeavstand skal være 1,5.

Høyre marginal skal ikke jevnes ut.

Fotnoter skal ikke brukes.

Figurer og tabeller fremstilles på separate sider.

Bruk av fremmedord skal begrenses. Fremmedord skal forklares, og forkortelser forklares første gang de forekommer i teksten.

Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig. Unngå bruk av undertittel. Husk at flere og flere leser artiklene på mobiltelefon, slik at titlene bør tilpasses de nye formatene.

Sykepleien Forskning språkvasker antatte artikler, men forfatterne må sørge for at manuskriptet er korrekturlest før innsending.

Antall ord er maksimalt 3000 (ikke iberegnet sammendrag, figurer, tabeller og referanser).

INNHold I MANUSKRIPtET SOM SENDES INN:

På nettsiden har vi beskrevet forventninger til struktur og innhold i de ulike delene av vitenskapelige artikler som vi publiserer under overskriften Skrivetips. Artiklene struktureres etter IMRAD-prinsippet.

Hovedmanuskriptet (main document) som lastes opp i ScholarOne, skal ha følgende innhold:

1. Tittelside:

Tittel på manuskriptet (maksimalt 75 tegn inkludert mellomrom). Sykepleien Forskning kan endre tittelen for at den skal tilpasses nettformatet bedre og nå ut til et bredere publikum.

- forfatterens/forfatterens navn, stilling og arbeidssted

Hvis det er flere forfattere av et artikkelmanuskript, presenteres i tillegg kontaktpersonens

- for- og etternavn
- postadresse
- e-postadresse
- telefonnummer

I tillegg skal det fremkomme:

- antall tegn inkludert ordmellomrom og antall ord (ikke medregnet tittel, sammendrag eller referanser)
- antall figurer og tabeller

2. Sammendrag

Forfatteren/forfatterne fremstiller et norsk sammendrag. Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet og struktureres etter følgende overskrifter:

- bakgrunn
- hensikt
- metode
- resultat
- konklusjon

Lengde: maksimalt 300 ord eller 1 500 tegn inkludert mellomrom. Oppgi tre–fem nøkkelord som du enten kan velge fra listen som kommer opp i ScholarOne, eller legge til dine egne. Angi minst ett som viser anvendt forskningsdesign.

Sykepleien Forskning sørger for oversetting av sammendraget til engelsk sammen med hele artikkelen.

Tekstsider

Generelle regler for vitenskapelig tekstproduksjon etterstrebes, og disposisjonen beror på artikkelmanuskriptets karakteristika.

Overskriftene (mellomtitlene) i den løpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med fet skrift.

Språket i artiklene bør ha en aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging:

Eksempel på aktiv setning: Sykepleieren delte ut medisiner. (Subjektet utfører handlingen – sykepleieren deler ut ...)

Eksempel på passiv setning: Medisinene ble utdelt av sykepleiereb. (Subjektet deler ikke ut – medisinene blir utdelt ...)

Du finner gode tips til skriving i det grønne feltet nederst på Sykepleien Forsknings hjemmeside, kalt Skrivetips.

Se også redaktørens leder: [Slik skriver du gode forskningsartikler](#)

Oppbygging av selve artikkelen

Til artikkelmanuskripter som er basert på empiriske studier, anbefaler vi følgende struktur:

Introduksjon til emnet/tematikken, som avsluttes med: «Hensikten med studien er å ...»

Hensikt med studien og problemstilling(er).

Metodedel. Her beskrives forskningsdesign og metoder samt datainnsamlingsmetode, gjennomføring (inkludert hvilken tidsperiode og år dataene ble samlet inn, bearbeiding og analyse av dataene, godkjenning av REK, eventuelt Personvernombudet, og andre relevante instanser. Metodedelen skal være kortfattet og tilpasset Sykepleien Forsknings målgruppe.

Resultater. Her presenteres resultatene som besvarer studiens problemstilling i en logisk rekkefølge og uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller, skal ikke gjentas i teksten. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren. Vi anbefaler at forfattere som bruker kvantitativ metode, får studien vurdert av en statistiker før den sendes inn.

Diskusjon (validitetsdiskusjon skal inkluderes i den generelle diskusjonen over studiens resultat). Studiens resultater drøftes i relasjon til problemstillingen og annen internasjonal relevant forskning. Studiens begrensninger/svakheter angir hvilke konsekvenser disse har for tolkning av funnene.

Konklusjon. Implikasjoner for sykepleiepraksis, videre forskning og eventuelt teoriutvikling. Konklusjonen må fullt ut underbygges av funnene som er gjort.

Figurer og tabeller

Artikkelen kan ha til sammen maksimalt fem figurer og tabeller (tre tabeller og to figurer). Disse kan lastes opp som en del av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene) eller som egne dokumenter. Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten.

Figurene og tabellene skal ha en kort og informativ overskrift. Mer spesifikk informasjon skrives under figuren/tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminsking til ulike nettfomater, som nettbrett og mobiltelefon.

Referanser

Referanser angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen. Antall referanser bør ikke overstige tretti.

Alle referanser som finnes på internett, skal ha oppgitt korrekt nettadresse samt nedlastingsdato. Tilleggsinformasjon, som «red.» og «utg.», skrives på norsk, ikke engelsk.

Eksempler på korrekt føring av referanser:

1. Lindhardt T, Hallberg IR, Poulsen I. Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2008 mai;45(5):668–81.
2. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* 9. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2012.
3. Brenne AT, Estenstad B. *Hjemmedød. I: Kaasa S, Loge H, red. Palliasjon: nordisk lærebok.* 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 161–71.
4. Helsedirektoratet. *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser.* Oslo; 2012. IS-1948. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf> (nedlastet 08.11.2017).
5. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html> (nedlastet 30.03.2017).
6. Humerfelt K. *Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan.* (Doktoravhandling.) Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap; 2012.
7. Melbye L, Ådnanes M, Kasteng F. *Sykepleiere i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.* Trondheim: SINTEF; 2017. SINTEF Rapport A28053.
8. NOU 2011: 11. *Innovasjon i omsorg.* Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011.
9. Meld. St. nr. 29 (2012–2013). *Morgendagens omsorg.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.
10. Bufdir. *Foreldreveiledning i grupper (ICDP) [internett].* Oslo: Bufdir; 08.04.2015 [oppdatert 22.11.2017; sitert 08.12.2017]. Tilgjengelig fra: https://www.bufdir.no/Familie/veiledning_til_foreldre/foreldreveiledning_landsoversikt/

Innsending av manuskript

Artikkelen lastes opp i Sykepleien Forsknings manuskriphåndteringssystem på følgende adresse:

<http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>

Forslag til habile fagfeller

Artikkelforfatterne må oppgi forslag til minst to habile fagfeller. For å unngå tvil om habilitet kan ikke fagfeller arbeide ved samme institusjon som artikkelforfatter(ne). Fagfeller kan heller ikke ha profesjonelle eller personlige bånd til artikkelforfatter(ne) som kan innebære tvil om habilitet.

Følg brev til redaktør / cover letter

I følgebrevet må forfatterne oppgi:

- Hva artikkelen tilfører av ny kunnskap. Skriv kort, og bruk maksimalt ti linjer.
- En redegjøring for hvorvidt resultatene er publisert tidligere, for eksempel som poster eller foredrag på en vitenskapelig konferanse.
- Det er også ønskelig med en beskrivelse av hvorfor denne artikkelen har interesse for Sykepleien Forsknings lesere.
- Hvis manuset bygger på resultater som også er presentert i avlagt masteroppgave, må forfatterne opplyse om dette samt om hvor lenge masteroppgaven er klausulert i en eventuell nettversjon for å unngå plagiering/dobbeltpublisering.

Vurderingsprosessen

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskripter som sendes til oss. I første omgang foretar redaktøren en vurdering av om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter for revidering eller oversendes til fagfeller (referees/reviewers) for nærmere vurdering. Sykepleien Forskning bruker åpen fagfelleevaluering, hvor navn på både forfatter og fagfelle er kjent for hverandre. Ved å logge deg inn i manuskriphåndteringssystemet kan du følge med på hvor manuset ditt er i vurderingsprosessen.

Artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen, bedømmes først ut fra følgende kriterier:

- Er tematikken i artikkelmanuskriptet relevant for helsepersonell?
- Passer tematikken i artikkelmanuskriptet til tidsskriftets profil?

Redaktøren og/eller redaksjonen kan forkaste artikkelmanuskriptet på dette tidspunktet. Artikkelmanuskripter som antas å være aktuelle, sendes til fagfelleevaluering.

Alle artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen, må følge denne forfatterveiledningen. Manuskripter som ikke følger veiledningen, blir returnert til forfatterne selv om innholdet er

relevant for tidsskriftet.

Innsending av revidert manuskript

1. Etter fagfelleevaluering blir artikkelen sendt tilbake til forfatter(ne) med kommentarer fra både fagfeller og redaktør.
2. Det må utarbeides et eget dokument som viser i detalj hvordan forfatter(ne) har bearbeidet manuskriptet etter kommentarene fra fagfeller og redaktør. Dette lastes opp sammen med revidert manuskript i ScholarOne som Author's response.
3. Alle endringer i revidert manuskript skal markeres med rødt eller ved hjelp av funksjonen Spor endringer.
4. Revidert manuskript og Author's response lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>. Følg lenken i svarbrevet fra redaktøren.

Godkjenning av manuskript

1. Forfatter(ne) får beskjed fra redaktøren når artikkelen er godkjent for publisering.
2. Det er viktig å følge instruksjer fra redaksjonen vedrørende språkvask av endelig manuskript.

Oversetting til engelsk

1. Fra høsten 2016 blir alle forskningsartikler i Sykepleien Forskning oversatt til engelsk av en profesjonell oversetter. I tillegg til selve artikkelen oversettes også tabeller/figurer og sammendrag.
2. Forfatter(ne) vil få tilsendt den engelske versjonen til gjennomlesning før publisering.

Krav til medforfatterskap

Når et artikkelmanuskript har flere forfattere, skal alle forfatterne ha deltatt i arbeidet i en slik utstrekning at vedkommende kan ta offentlig ansvar for gjeldende deler av innholdet. En eller flere forfattere må ta ansvar for helheten i arbeidet, fra planlegging til publisering. Bare personer som oppfyller alle følgende tre kriterier, kan være medforfatter av en artikkel:

1. Å yte vesentlige bidrag til forskningsprosessen i sin helhet.
2. Å ha ført rapportutkastet i pennen, revidert det kritisk eller på en annen måte gitt vesentlige intellektuelle bidrag.
3. Å ha gitt endelig godkjenning.

Ved felles (kollektivt) forfatterskap må en eller flere personer som er ansvarlige, navngis. Kriteriene sier ikke noe om forfatterrekkefølgen. Det åpnes for spesifisering av forfatternes bidrag, for eksempel «XX og YY har bidratt like mye til denne artikkelen». Personer som har bidratt til arbeidet, men ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt, bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personenes samtykke.

Erklæring om interessekonflikter

Erklæring om interessekonflikter inneholder opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering. Hvis noen av forfatterne har interessekonflikter, må dette oppgis når manuskriptet sendes inn.

Forfatterveiledning

Forfatterskap

Erklæring om interessekonflikt

Sammendrag av doktoravhandling

Nettsted for innsending av manuskripter

Forskningsetikk og pasientopplysninger