



Korleis skal me lindra når du ikkje lenger kan fortelje sjølv?

- *Bruk av livets siste dagar til døyande pasientar
med demens.*

Inger Johanne Ousdal

Master i avansert geriatrisk sykepleie

120 studiepoeng

Institutt for helse og samfunn

Avdeling for sykepleievitenskap

Universitetet i Oslo



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for
sykepleievitenskap.
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Namn: Inger Johanne Ousdal	Dato: 15.11.2019
Tittel og undertittel: Korleis skal me lindra når du ikkje lenger kan fortelje sjølv? - Bruk av livets siste dagar til døyande pasientar med demens.	
Samandrag:	
Bakgrunn: Åtti prosent av dei som dør på sjukeheim har ein kognitiv svikt. «Livets siste dagar - ein plan for lindring» er ei revidert utgåve av Liverpool Care Pathway, ein tiltaksplan for å ivareta døyande pasientar. Forskinga er delt i synet på om «Livets siste dagar» er eigna til døyande pasientar med demens.	
Formål: Undersøke kva erfaringar sjukepleiarar har med bruk av livet siste dagar til pasientar med demens.	
Metode: To kvalitative fokusgruppeintervju blei gjort med til saman sju sjukepleiarar med brei erfaring frå palliasjon. Intervjua blei tatt opp på lydband, og transkribert før det blei nytta kvalitativ innhaldsanalyse som resulterte i 6 overordna tema.	
Resultat: Ved oppstart av «Livets siste dagar», kjem det fram at denne kan vera vanskeleg, då personar med demens kan ha eit meir svingande sjukdomsforløp. Ved eitt godt og tidleg forarbeid, kan ein innhenta opplysningar frå pasienten sjølv. Saman med ei revurdering av «Livets siste dagar» gjer dette at pasienten blir sikra. Sjukepleiarane meinte vidare at planen både fungerte som eitt kvalitets og minstemål. Sjukepleiarane meinte at «Livets siste dagar» er veleigna når pasienten ikkje har språk. Best bruk av planen for ein om personalet kjenner pasienten frå før, noko som også er viktig for god symptomhandtering. Bruk av «Livets siste dagar» skapar også eit viktig skilje i sjukdoms utviklinga for pårørande og personalet. Sjukepleiarane opplevde system utfordringar knyta til overgangen til elektronisk dokumentasjonssystem og ulik kompetanse blant helsepersonellet.	
Konklusjon: «Livets siste dagar» kan vera eit godt verktøy å bruke til personar med demens. Dette avheng av at ein innhentar informasjon, helst frå pasienten sjølv, i tidleg fase av sjukdommen. Vellukka bruk av planen er avhengig av at sjukepleiarar har tilstrekkeleg tid til å følgje opp, og at helsepersonell har god kunnskap om både palliasjon og demens.	
Nøkkelord: Sjukeheim, demens, LCP, Livets siste dagar, palliasjon, lindrande omsorg	



UNIVERSITET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for
sykepleievitenskap.
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Name: Inger Johanne Ousdal	Date: 15.11.2019
<p>Title and subtitle: How can we palliate when you no longer can tell us how? - The use of "Life's last days" for dying patients with dementia.</p> <p>Summary:</p> <p>Background: Eighty percent of those who die in a nursing home have a cognitive failure. "Life's last days - a plan for palliation" is a revised version of Liverpool Care Pathway, a plan of action on how to care for dying patients. There are disagreements in research if "Life's last days" is suitable for dying patients with dementia.</p> <p>Purpose: Investigate the experiences of nurses who have used "Life's last days" on patients with dementia.</p> <p>Method: Two qualitative focus group interviews were conducted with seven nurses with experience from palliative care. The interviews were audio recorded and transcribed before a qualitative content analysis was used to identify 6 overall themes.</p> <p>Results: The start-up phase of "Life's last days" can be difficult because persons with dementia have more fluctuating courses of illness. With good and early preparations, one can collect information from the patients themselves. The preparation and reassessment make the patient's care safer. The plan worked as both a quality measure and minimum standard. The nurses thought that "Life's last days" is suitable when the patient no longer can express themselves. When the staff know the patient, it contributes to a better symptom management. The use of "Life's last days" marks a distinction in the illness trajectory for next of kin and personnel. The nurses experienced system challenges related to transition into electronic documentation systems and differences in competence among the health care personnel.</p> <p>Conclusion: "Life's last days" is considered appropriate for use with persons with dementia. It is dependent of obtaining information about the patient in an early stage of the patient's illness. Successful use of the plan is accomplished when the nurses have sufficient time for following up the plan and that the health care personnel have good knowledge about both palliation and dementia.</p>	
<p>Keywords: Nursing home, dementia, LCP, Life's last days, palliation, palliative care</p>	

Forord.

Denne masteroppgåva er forma etter regler for masteroppgåvearbeit – Masterstudiet i avansert geriatrisk sjukepleie og normer for skriftleg arbeid ved Universitetet i Oslo. Oppgåva presenterast som ein artikkel og møter krava til publisering i Nordisk sykjepleieforskning.

Det er tre personar som gjer at eg i dag kan levere ei masteroppgåve. Takk til 1 veileiar Edel Jannecke Svendsen og 2 veileiar Hilde Wøien, for god vegleiing og støtte under arbeidet. Takk til mamma som har frigjort tid for meg desse åra med all hjelpe i sauehuset, utan deg kunne eg aldri ha starta på masterutdanninga.

Vidare er det fleire personar som må takkast.

Universitetsbibliotekar for god hjelp til litteratur søker.

Utviklingssenteret i Vest Agder og ikkje minst alle positive og kunnskapsrike sjukepleiarar i deira to ressurssjukepleier nettverk i palliasjon.

Sirdal kommune for støtte til vidareutdanning.

Anders og Tom Gunnar for hjelp til gjennomlesing av oppgåva.

Gjennom fleire år som sjukepleiar har eg hatt mange pasient og pårørande møter som ein stadig lærer noko av. Det å vera ein av dei som for lov til å vera med å gjera den siste tida best mogleg for pasient og pårørende, er ein spesiell og fin del av arbeidet som sjukepleiar.

«You matter because you are you, and you matter to the end of your life».

Cicely Saunders

Skeie 15.11.2019

Inger Johanne Ousdal

Innhald til framside ved innlevering til tidsskrift.

Vitskapleg artikkel.

Antall ord: 4923

Korleis skal me lindra når du ikkje lenger kan fortelja sjølv? - Sjukepleiars erfaringar med bruk av «Livets siste dagar» til personar med demens.

Forkorta tittel: Bruk av «Livets siste dagar» til personar med demens.

Inger Johanne Ousdal Sirdalsveien 5596 4440 Tonstad. E-post: ingjo81@hotmail.com. Fagansvarleg sjukepleiar pleie og omsorg Sirdal. Mastergrads student i avansert geriatrisk sjukepleie ved UIO.

Bakgrunn.

Demens er ein felles omtale av fleire ulike kroniske syndrom eller skadar i hjernen. Over åtti prosent av dei som dør på sjukeheim kvart år, har ein form for demens (1). Forventa levetid for personar med demens varierer frå 3-12 år. Dette er avhengig av alder ved debut, kor alvorleg sjukdommen er og komorbiditet. Hjå personar med langt kommen demens ser ein fallande funksjonsnivå og problem med å få i seg tilstrekkeleg næring. Demens er ein livsforkortande sjukdom. Personar med demens kan også døy av andre sjukdommar så som kreft, eller stor grad av komorbiditet (2).

I nasjonal faglege retningslinjer om demens blir det sterkt anbefalt at ein legg til rette for lindrande behandling / palliasjon gjennom heile sjukdomsløpet (1). Lindrande behandling har fokus på behandling av liding grunna fysisk smerte og problem grunna åndeleg/eksistensielle, psykisk og sosiale forhald. Målet er best mogleg livskvalitet for pasienten og pårørande (3).

I 2013 implementerte utviklingssenteret i Vest Agder tiltaksplanen Liverpool Care Pathway (LCP) gjennom lindrande nettverk. LCP vart revidert i 2015 og fekk namnet «Livets siste dagar - plan for lindring i livets sluttfase». I 2016 tok kommunar som bruker profil som elektronisk pasientjournal (EPJ) i bruk livets siste dagar i elektronisk form (4). Tiltaksplanen byggjar i følgje kompetansesenteret for lindrande behandling, på nasjonale og internasjonale behandlingsprinsipp. Den kan brukas til døyande vaksne pasientar uavhengig av diagnose. For å kunne bruke «Livets siste dagar», skal helsepersonellet ha kompetanse i grunnleggande palliasjon og undervisning i bruk av planen (5). Innhaldet i «Livets siste dagar» består av 3 deler. Del 1 omhandlar vurderingar kring oppstart. For å kunne starte opp skal alle moglege reversible tilstandar vera vurdert og det skal vera tverfageleg einighet om at pasienten er døyande. I tillegg skal 2 av 4 andre kriteria vera til stades. Del 2 inneheld helsepersonell sine vurderingar av vanlege symptom hjå pasienten som kvalme, uro og smerte, samt

ivaretaking av pasientens sosiale og åndelege behov. Del 3 omhandlar tida etter dødsfallet. Planen er meint å erstatte all anna dokumentasjon,- utanom medisinlista. Blir pasienten betre eller lever på dag 3, skal planen revurderast (5). LCP har vore omdiskutert spesielt i England der planen først vart tatt i bruk. I Noreg har LCP også gitt negative oppslag i media, til dømes med overskrifter som «forskarar trur demente feilaktig blir lagt på dødsleie» (6).

Det er motstridande funn på om «Livets siste dagar» er eigna til pasientar med demens. I ein litteraturjennomgang med 12 inkluderte studiar, konkluderer forfattarane med at LCP ikkje er tilpassa individuelle behov hjå sjukeheimpasientane og døyande personar med demens. Grunna lite forsking kan LCP heller ikkje seiast å vera eit valid verktøy til pasientgruppa. Forfattarane er også kritisk til at livets siste dagar i stor grad er lik LCP. Dei hevder også at skifte av namnet frå LCP til «Livets siste dagar», kamuflerer behovet for utdanning og kompetanse på sjukeheimar (7). Andre studiar har hevdat at LCP ikkje er til hinder for å gjev individuell omsorg til pasient. Helsepersonell opplevde ein tryggleik i at dei hadde ei felles tilnærming til lindrande omsorg. Ein fekk også meir fokus på involvering av pårørande og anbefalte at LCP kan vera eit nyttig verktøy også til bruk blant døyande personar med langt komen demens (8).

I palliasjon er ein opptatt av heile menneske for å kunne gjev god omsorg mot slutten av livet (3). I ein svensk studie vart LCP brukt som bakgrunn for å gå igjennom pasientjournalar frå pasientar med demens på sjukeheim i terminal fase. Her fann ein at dokumentasjonen i hovudsak beskrev fysisk symptom, og lite kommunikasjon i forhold til åndeleg/ eksistensiell behov. Det var ingen dokumentasjon på samtaler med pasienten om kva dei tenkte om livet eller døden, og berre få notat om samtaler med pårørande om dette emne. Bakgrunnen for dette kan vera at demens ikkje blir oppfatta av helsepersonell og pårørande som ein livsforkortande sjukdom. Det blir også peika på at helsepersonell kan venta med å ta opp spørsmål som har med døden, då det kan vera vanskeleg å seia noko om kva tid døden kjem (9). Ein trur at opp mot 60-80 prosent av pasientar med demens på sjukeheim har smerten. Symptom på smertar hjå personar med demens kan blant anna vera uro, vandrings, apati, aggressjon og uro (2). Smerten er med på å gjev nedsett livskvalitet. For å førebygge dette er systematisk kartlegging av smerte og andre symptom ein viktig del av arbeidet til helsepersonell (10). Eit valid smertekartleggingsverktøy kan vera spesielt viktig og bruke om ein ikkje har kjennskap til pasienten frå før, eller har liten erfaring i å vurdere smerte (11).

Når det gjeld eldre pasientar med høg alder som ikkje har ein kreftdiagnose, kan det vera vanskeleg å gjev diagnosen døyande. Helsetilstanden går ikkje jamt nedover, men er dei siste år ofte prega av mange alvorlege sjukdomsforverringar, etterfylgt av forbetrinigar. Til trass for dette, viste studia frå

sjukehuset at personalet hadde positive erfaringar med LCP, fordi det skapte ein auka fokus i omsorga for døyande og deira pårørande (10).

På bakgrunn av tidlegare forsking er det uklart om LCP/ «Livets siste dagar», eignar seg for døyande pasientar med demens. Personar med demens er ei sårbar gruppe. Dei har få moglegheiter til å uttrykke eigne ynskjer og behov i slutten av sjukdomsfasa. Det er difor behov om meir kunnskap om korleis den reviderte utgåva av «Livets siste dagar» fungerer hjå denne pasientgruppa.

Hensikt.

Hensikta med studien var å finna ut kva erfaringar sjukepleiarar har med bruken av tiltaksplanen «Livets siste dagar», hjå døyande pasientar med demens.

Forsking spørsmåla var:

Opplever sjukepleiarane at «Livets siste dagar» kjem behova hjå døyande pasientar med demens i møte?

Erfarer sjukepleiarane at dei må sjå etter andre teikn hjå personar med demens, enn hjå pasientar utan denne diagnosen, på at døden er nær førekommande?

Metode.

Metode og datainnsamling.

Artikkelen er skreve i samband med masteroppgåve i avansert geriatrisk sjukepleie. Som avansert geriatrisk sjukepleier skal ein kunne fylgia opp og tilby avansert sjukepleie til eldre med funksjonssvikt eller kronisk sjukdom (13). Dette er ein kompetanse pasientar med langt kommen demens også har nytte av.

Fokusgruppeintervju vart valt som metode for datainnsamlinga. Fokusgruppeintervju er en måte å samle kvalitative data, på kor ein engasjerer eit lite antall personar til ein samtale som er fokusert kring eit emne (14, s.84). Metoden er nyttig når personane har god kjennskap til emnet og ein vil få fram nyanserte erfaringar(15, s.511). I forhald til «Livets siste dagar» så vil sjukepleiarar som arbeidar med palliasjon i primærhelsetenesta vera egna til å gjev rike beskrivingar om bruken av denne planen.

Anbefalt gruppestørelsen for fokusgruppeintervju er 6-12 personar, når opplysningsane ikkje er sensitive (15,s.511).

Utval og rekruttering.

Det vart nytta eit strategisk utval der ressurs sjukepleiarar innan lindrande omsorg med erfaring med «Livets siste dagar» i fylket vart inviterte med hjelp av utviklingssenteret for sjukeheim og heimetenester. Dette er sjukepleiarar med vidareutdanning i kreftsjukepleie eller palliativ omsorg, som har eit særskilt ansvar i sin kommune /sone eller sjukeheim (3). Ressurs sjukepleiarar frå heimebaserte tenesta vart ekskludert då få pasientar med demens dør heime. Nokon ressurssjukepleiarar hadde ikkje sjølv erfaring med pasientar med demens og rekrutterte difor andre sjukepleiarar.

Det vart sendt invitasjon til 45 deltagarar i to lindrande nettverk. Eit interkommunalt nettverk og eit frå ein storkommune. Sju deltagare frå 5 ulike sjukeheimar hadde anledning til å stille til intervju. Sjukepleiarane hadde mellom 9 og 32 års erfaring frå yrket.

Datainnsamling.

Intervjua fant stad på eit uforstyrra rom på to av sjukeheimane grunna kort reiseveg for flest mogleg av sjukepleiarar. Ein strukturert intervjuguide med opne spørsmål vart utvikla og nytta. Det vart gjennomført 2 fokusgruppe intervju på 60 minuttar. Deltakarane gav rike data. Masterstudenten var moderator for begge gruppene. Begge fokusgruppeintervjuer vart tatt opp på lydband. Begge interjuva tilførte nye data sjølv om nokon opplysningar gjekk att i begge interjuva. For å nå mettingspunktet burde det ha vore gjennomført fleire fokusgruppeintervju (15 s.497).

Intervjuar har sjølv ein vidareutdanning i palliasjon og har nytta av «Livets siste dagar». Det vart difor lagt vekt på at intervju spørsmåla var nøytrale.

Tabell 1

Intervju spørsmål

1) Kva erfaringar har dykk med «Livets siste dagar»?

- Generelt.

2) Del 1 i planen handlar om oppstarts kriteria. Korleis vurderer dykk når «Livets siste dagar» skal startast opp hjå personar som har demens?

- Kva omsyn må tas til denne pasientgruppa?

- Er det teikn ein ser i forkant før oppstart av «Livets siste dagar»?

- Korleis blir det vurdert om tilstanden er reversibel?

- Korleis opplever dykk drøftinga rundt punktet om tverfageleg einigheit?

3) I del 2 går mange av måla ut på pasientane sine subjektive opplevelingar (smerte, dyspne, og kvalme). Korleis vurderer dykk desse områda om pasienten ikkje kan gjev utrykk for dette sjølv?

- Kva teikn ser ein etter?

- Kva med pasienten sine åndelege behov? Forståing for eigen situasjon

4) Kva erfaringar har dykk med revurderinga?

- Korleis blir revurderinga gjennomført ?

- Korleis er det å få tilgang til lege når planen skal revurderast?

- Dokumentasjon av revurderinga?

- Hender det ofte at ein må revurdere planen?

5) Er det noko dykk saknar i planen når den brukast til personar med demens?

Oppsummering.

Då har me tal om :

6) Før me avsluttar, er det nokon som har nokon fleire tankar som ikkje har kome fram?

Dataanalyse.

Intervjuet er analysert ut frå Graneheim og Lundman sin innhaldsanalyse (16). Interjuva blei transkribert og det blei lytta gjennom lydbanda 3 gongar for å sikre korrekt transkribering. Intervjuet blei så delt opp i meiningseininger saman med veileiar. Meiningseiningerane blei delt i 41 kategoriar, som igjen blei delt inn i 6 tema. I arbeidet med å analysere blei det gått fram og attende mellom meiningseiningerane og intervjuet (16).

Etiske refleksjonar.

Studiet blei godkjent av norsk senter for forskings data (NSD). Skriftleg informasjon om studien vart delt ut på forhand. Deltaking var frivillig og det var anledning til å trekke seg. Interjuva blei tatt opp på lyd band, som blir sletta etter studien er gjennomført. Lydband og samtykke skjema er oppbevart avskilt og låst inne. Opplysningar i transkribert intervju er anonymisert.

Funn.

Dataanalysen resulterte i 6 tema: Oppstart av «Livets siste dagar» til bruk hjå personar med demens vart oppfatta som vanskeleg, forarbeid og revurdering av «Livets siste dagar» sikrar pasienten, «Livets siste dagar» er eitt kvalitets- og minstemål, å kjenne pasienten er viktig for god symptomlindring, oppstart på «Livets siste dagar» skaper eit viktig skilje og system utfordringar med bruk av livets siste dagar.

Oppstart av «Livets siste dagar» til bruk hjå personar med demens vart oppfatta som vanskeleg.

Sjukepleiarane beskriv at ein hjå personar med langt kommen demens ser ei utvikling der funksjonar sviktar gradvis. Pasientane sov meir, kan få meir vondt og til slutt får dei problem med å svele. Sjukepleiarane opplevde at oppstartskriteria i livets siste dagar stemmer, men dei beskriv også at personar med demens kan ha ein svingande helsetilstand i den siste fasen av livet. Sjukepleiarane erfarer difor at det er vanskeleg å vurdere kva tid pasienten er i sluttfasen av livet. Nokre sjukepleiarar har opplevd at pasientar med demens oppfyller oppstartskriteria ei kort stund, for så å få ein betring i funksjonane.

Det hender at tiltaksplanen blir gjort klar til oppstart på ein legevisitt. Dei fleste sjukepleiarane i intervjua arbeider på avdelingar der tilsynslegen vil bli kontakta i staden for legevakt, når tilstanden til pasientane forvorrar seg. Sjukepleiarane vektla at legen kjende pasientane. Dei opplevde også at legen hadde tillit til vurderingane deira.

Forarbeid og revurdering av «Livets siste dagar» sikrar pasienten.

Sjukepleiarane fortel om ulike rutinar for å henta inn opplysningar så som innkomstsamtale, årssamtale, forhandsamtale og livshistorie. Desse samtalene blir tatt seint i sjukdoms utviklinga. Ei av sjukepleiarane seier det slik:

« Nede på langtid er dei demente for därlege til å svare sjølv på ein del av desse spørsmåla. Det hadde vore så godt å veta noko, før vi går i gang med noko som helst før de kom inn på avdelinga . Dette med livssyn og veta litt om kva dei tenker om livet fram mot døden. Nå veit vi på en måte ingenting, vi veit berre kva pårørande tenker, ikkje sant. Det er ein bit som eg saknar»

Når ein bruker pårørande til informasjon kan ein oppleve at dei har ulike bildar av den sjuke. Tema som omhandlar død og det åndelege / eksistensielle kan opplevast som vanskelege. Det er difor forskjell på kor opent ein taler om dette i ulike familiar. Sjukepleiarane var opptatt av å ta opp tema kring behandlingsavklaring og den siste tida med jamne mellomrom med pårørande. Fleire pårørande vart takksame for at emnet vart tatt opp.

Sjukepleiarane opplever at enkelte pasientar er i stand til å seia noko om kva dei ynskjer framover i daglegdagse situasjoner. Skjer dette blir det dokumentert av sjukepleiarane, som også tek det opp med pårørande.

Sjukepleiarane opplever at revurderinga sikrar pasienten i tilfelle helsetilstanden blir betre. Nokre sjukepleiarar fortel at pasientar har starta opp på livets siste dagar fleire gonger. Dette blir ikkje opplevd som noko problem. Om ein avsluttar livets siste dagar er erfaringa at ein ofte må starta opp att tiltaksplanen etter kort tid. Ved revurdering blir som oftast tilsynslege brukt. Nokre gonger blir revurderinga framskunda i forhold til legevisitt og helg. Dersom planen avsluttast er pasienten sin helsetilstand ofte så forandra at pleieplanen må skrivast på nytt.

«Livets siste dagar» er eitt kvalitets- og minstemål.

Livets siste dagar blir av sjukepleiarane oppfatta som både ei kvalitetssikring det er viktig å bruke hjå personar med demens, men og som eit minstemål av omsorg. Planen lister opp fysiske symptom, psykiske, sosiale og åndelege behov og sikrar informasjon til pasient og pårørande. Dette skaper ei kvalitetssikring når pasienten ikkje kan uttrykke seg sjølv. «Med bruk av «Livets siste dagar» er det ingenting som gliper. «Det er ikkje personavhengig kven som er på jobb og det er veldig flott» seier ei av sjukepleiarane. Vidare blir det framheva at «Livets siste dagar» gjev tryggleik, spesielt om helsepersonell på vakt ikkje har så mykje erfaring frå dødsfall. At «Livets siste dagar» har fokus på åndelege behov, er noko sjukepleiarane trekk fram som eit stort fordel, då åndelege behov kan vera

tabu å tale om for helsepersonell. Personar med demens, som har hatt ei personleg tru, kjenner seg att i bibelvers og bønner. Dette kan gje tryggleik og betre søvn.

Planen angjev observasjon av pasienten sin tilstand kvar 4. time. Dette gjer at planen blir sett på som eit minstemål, fordi ein ser til pasienten oftare. Å skulle krysse av for om pasient har forståing for eigen situasjon i planen, opplever sjukepleiarane som problematisk. Nokon sjukepleiarar skriv uvisst, medan andre hopper over dette punktet. Sjukepleiarane er opptatt av at alle har rett til å veta at livet går mot slutten, men å skulle fortelja det kan opplevast som sterkt. Fleire oppfatta at pasienten sjølv kanskje intuitivt forstod at livet snart var slutt. Sjukepleiarar sa dei taler indirekte om døden til pasienten med utsegn som: «du er ikkje så god no» og «kroppen din klarer ikkje dette stort lenger». Om pasienten er bevisst blei ofte spørsmålet «er du redd for å døy?» brukt som inngangsspørsmål. Sjukepleiarane meinte at denne samtalen måtte tas tidlegast mogleg og helst før terminal fase, då pasientens tilstand raskt forverra seg. Om pasienten ikkje er bevisst opplevde sjukepleiarane spørsmålet unødig. Dei ville likevel fortsett å tale til pasienten, sjølv om pasienten ikkje lenger klarer å gjev respons på bakgrunn av at pasienten enno kan høyra.

Å kjenne pasienten er viktig for god symptomlindring.

Terminal fase hjå personar med demens opplever sjukepleiarane ikkje ulik frå andre pasientar. Få har språk eller er ved bevisstheit. Sjukepleiarane legg vekt på at kjennskap til pasientane er viktig for å kunne gjev individuell pleie den siste tida. «Vi tenker at nokon som kjenner dei godt skal kjenne dei når dei dør. For mykje av det lindrande arbeidet byggjer på den kunnskapen du har om dei frå før. Det ville vera uaktuelt å flytte dei i den mest sårbare fasen. For det er jo vi som kjenner mimikken» seier ei av sjukepleiarane. Pasientane som har demens er dårlegare når dei kjem til sjukeheim enn tidlegare. I tillegg er det sjukeheimar som flyttar pasientar til andre avdelingar når pasienten blir fysisk dårlegare og ikkje lenger har behov for skjerming grunna fysisk uro. Nokon av sjukepleiarane påpeikar at det kunne vera vanskeleg å fange opp symptom på delir, som pasientar med demens er sårbare for. For å finne ut om pasienten med demens har behov for symptomlindring grunna uro smerte eller kvalme, såg sjukepleiarane etter utekk som rynke i panna, yning, og stønning.

I nokon grad brukte sjukepleiarane kartleggings skjema som mobic 2, for å kartlegga smerte. På andre avdelingar oppfatta sjukepleiarane at personalets vurdering av smerte var subjektiv.

Medikament som blei brukt til symptomlindring fantes ofte på ei liste som ble fylt ut av lege (morfin, haloperidol, midazolam og robinul), berre morfin må doserast individuelt til kvar pasient. Bruk av desse medikamenta gjev som oftast god lindring og gjorde at sjukepleiarane hadde ein tryggleik. Dei slapp å kontakte lege ved vanlege symptom i terminal fase. Ein utfordring for sjukepleiarane var å

veta om uro faktisk var uro eller om årsaka var smerte. I forhald til haloperidol, var det ein sjukepleiar som nemnde at dette kunne vera kontraindikasjon hjå personar med demens. Iblant såg sjukepleiarane at symptomlindringa kom for seint i gang, smerter før terminal fase vart ikkje lindra. Nokon få pasientar som såg ut til å ikkje ha plagsame symptom som kravde medikamentell lindring i terminal fase. Ofte opplevde sjukepleiarane at pasienten blei därlegare når ein byrja med morfin, men nokon blei betre. Sjukepleiarane kunne og bruke non verbal kommunikasjon for å lindre smerte og uro hjå pasientane med langt kommen demens. Ein sjukepleier beskrev det slik:

«eg har god erfaring med å få kontakt via hand massasje. Det kan faktisk lindra smerte. Du kan merke at det kan roa og det er bra. Pasienten søker blikk kontakt eller blir meir avslappa. Det er fleire som søker litt nærliken, berre det og bli hold i handa.»

Sjukepleiarane framheva også bruk av musikk i miljøarbeidet, då personar med demens ofte kunne synge sjølv om språket var borte. Dei såg moglegheitene for at musikk kunne skape fine stunder på slutten av livet.

Oppstart på «Livets siste dagar» skaper eit viktig skilje.

Sjukepleiarane erfarte at pårørande ofte var takknemlege for at ein tok opp teama kring døden. Samtalane kring døden byrjar før det er aktuelt med «Livets siste dagar». Sjukepleiarane var opptatt av å vera i forkant og få fram pårørande sitt synspunkt. «Når pasienten er därlegare opnar det vindauge for neste samtale, neste møte. Du byrjar å sjå kvar pårørande er, kvar bebuaren er og korleis me skal planlegge godt videre.» Nokon pårørande måtte kanskje sjølv oppleve kor därlege pasienten var. I terminalfasen var sjukepleiarane opptatt av å gjev informasjon om symptomlindring. Flest pårørande var bekymra for at den døyande skulle ha smerter, men i enkelte tilfelle var pårørande redde for at den døyande skulle få for mykje medisinar. For å involvera pårørande fortalte sjukepleiarane at dei samtala om smerteteikn hjå pasienten og informasjon om kva pårørande kunne gjera. Sjukepleiarane kjende på pasienten si panne eller held i handa, både for å observere og for å vise pårørande at berøring er greitt. Når det vart definert at livet var inne i dei siste dagane og timane, skapte dette eit skilje for helsepersonell. Sjukepleiarane beskrev at dei fekk meir ro over situasjonen og hadde fokus på at den siste tida skulle bli verdig og fin. Tida blei omtala som ei spesiell tid, som kunne væra tøff for dei pårørande. Sjukepleiarane beskrev at ein kjem nærmare inn på pasient og pårørande. Dette gjorde at kommunikasjonen med pårørande blei tettare og nærmare.

System utfordringar med bruk av «Livets siste dagar».

Har avdelinga få dødsfall i året, seier sjukepleiarane at bruk av «Livets siste dagar» blir vanskelegare. Dei fortel at erfaringa både helsefagarbeidarar og sjukepleiarar har om døyande pasientar kan vera ulik. Har helsepersonell lang erfaring kjennar dei seg tryggare og veit kva teikn dei skal sjå etter. Det finns også ein ulikskap mellom yrkesgruppene når det gjeld dokumentasjon av livets siste dagar. Nokon av sjukepleiarane opplever at helsefagarbeidarar støtter seg på sjukepleiarane sin dokumentasjon. Sjukepleiarane framheva at helsefagarbeidarane, som ofte kjennar pasienten best, har eit hovudansvar for å dokumentera det dei gjer hjå pasienten. Ressurssjukepleiaren fortel at å fylgje opp bruk av planen kan vera krevjande «Som ressursperson var det veldig utfordrande for meg å få oversikt over døyande og preterminale pasientar og over kven av personalet som trengte kunnskap , når det er så stort og ein ikkje kjennar kvarandre på tvers av avdelinga». Ein ressurssjukepleiar såg tydeleg forbetrinigar i bruk av «Livets siste dagar» etter stort fokus på at personalet skulle skrive pleieplanar elektronisk.

Fleirtalet av sjukepleiarane i intervjuet hadde erfaring med «Livets siste dagar» både i papirform og elektronisk. Har ein berre tilgang til papirforma av livets siste dagar, skapte det forvirring at ein ikkje lenger skulle skrive noko på elektronisk pasientjournal. Sjukepleiarane opplevde at det tok lang tid å starte opp ein elektronisk plan. Erfaringane var at klokkesletta og kva ein skal vurdera, ikkje kom så tydeleg fram elektronisk. Sjukepleiarane peikar sjølv på at dette kunne ha samanheng med at ein ofte dokumenterte ei gong til dagen, før ein går av vakt. Likevel er inntrykket hjå sjukepleiarane har at «Livets siste dagar» blir fylgd like godt opp uansett om det er elektronisk eller på papirform. Fleire reflekterer over praksisen med å berre gå inn og kvittere for at ein har gjort tiltaka elektronisk. Det er enkelt og det gjer at tid til pasient blir frigjort. Likevel opplever sjukepleiarane at det ligg ein fare i at ein ikkje alltid går inn og leser beskrivinga av tiltaka. Er tiltaket oppdatert utan at ein veit dette, kan det føra til at ein kvittrar for meir ein har gjort og at observasjonar kan gå tapt.

Diskusjon.

Intervjuet viser at noko av det som i hovudtrekk skil personar med demens frå andre terminale pasientar, er at om dei dør av sin demenssjukdom, vil fleire av dei ha ein lang sjukdomsperiode. Her er dei ikkje lenger er i stand til å formidla sine ynskjer og kva er viktig for dei. At pasientane er dårlegare når dei kjem inn på sjukeheimen er ei ynskja utvikling både i forhold til samfunnsøkonomi,

men også for at pasienten skal få vera i kjent miljø lengst mogleg (17). Når livshistoriekartlegginga og forhandssamtale blir tatt seint ut i sjukdomsprosessen, mister pasienten moglegheita for å sjølv fortelje kva som er viktig for han. Å få ein alvorleg sjukdom gjer noko med sjølv oppfatninga til personen. Å kunne fortelje livshistoria si kan gjev personen moglegheit til å sjølv fortelje kven han er og bidra til meistring (18 s.129-133). Personane for heller ikkje oppnemnde sjølv kven som skal utale seg på deira vegner når det gjeld behandlingsavklaring. Pårørande kan også ha ulike blider av den sjuke eller ikkje vera klar over pasienten sine ynskje. Alle har heller ikkje nær familie som kan ivareta deira interesse. At ein ikkje for innhenta opplysningar direkte frå pasienten sjølv, gjer det utfordrande å gjev individuell omsorg og kan ha noko å seia for bekymringa når det gjeld bruk av livets siste dagar til personar med demens (7).

Funna i min studie samsvarer og med Danielson, Norberg et.al med at samtaler om døden blir tatt for seint. Slik eg forstår det, var det ofte helsepersonell som ventar, på grunn av at det er vanskeleg å seia kva tid pasient er i terminal fase (9). Dette er i motsetning til det sjukepleiarane i interjuva mine vektlia. Dei såg nødvendigheita av å ta samtalene tidlegare. Dette kan ha samanheng med at sjukepleiarane i intervjuet hadde ein spesiell funksjon i avdelinga, eller at ressurssjukepleiarane som sjølv ikkje hadde erfaring med pasientgruppa spurde sjukepleiarar som var spesielt opptatt av emnet. Når pasienten var for dårleg til å vera med på slike samtaler kunne dei dokumentera frå daglegdagse situasjonar om pasienten sjølv kom inn på temaet. Men så lenge pasienten var kome langt i sjukdomsutviklinga når dei kom til avdelinga var det eit ynskje om at anna helsepersonell hadde gjort eit arbeid før pasient kom til avdelinga.

Det finnест ingen sjekkliste for å ivareta kva pasienten tidlegare har sagt eller ynskja seg i livets siste dagar. I tillegg til dette erstattar «Livets siste dagar» all tidlegare dokumentasjon. I praksis betyr dette ofte at den eldre pleie planen blir avslutta. Informasjon om tidlegare ynskjer frå pasienten blir då vanskelegare for helsepersonell å hente fram. Er pasienten nyleg flytta til ei anna avdeling grunna sjukdomsutviklinga, eller det er ukjent personell på vakt, har ein då få moglegheiter for å kunne gjev individuell pleie. Det kan sjå ut som pasientar med demens for ein tredobbel utfordring når det gjeld ivaretaking av deira identitet i slutten av livet. Sjukdommen gjer at dei i stor grad mister evna til å fortelje kva som er viktig for dei. Helsepersonell si datainnsamling kjem for seint i gong og «Livets siste dagar» erstattar all tidlegare dokumentasjon. Det er ingen sjekkpunkt som ber helsepersonell hente informasjon frå tidlegare ynskjer. Dette viser at å ha fokus på lindrande omsorg gjennom heile sjukdoms tida enno ikkje er implementert fleire stader i pleie og omsorgstenesta (1).

Sjukepleiarane framheva at ein med livets siste dagar fekk meir fokus på dei åndelege behova hjå personar med demens, enn ein hadde hatt før. Dette samsvarer med den svenske studien som fant

lite dokumentasjon på desse områda i den terminale sjukdom tida, om det ikkje var ein felles mal å gå ut i frå (9). Intervjuet viser at pasientar med langkommen demens som har hatt ei personleg tru, kan finne tryggleik i bønner og religiøse songar. Dei åndeleg behova er ein viktig del av lindrande omsorg (3) som «Livets siste dagar» ser ut til og ivareta på ein god måte.

Resultata i mi studie viste at sjukepleiarane opplever at kriteria for oppstart stemmer hjå pasientar med demens. Dei peikar også på at det kan vera vanskelegare å vurdera kva tid det er rett å starte opp livets siste dagar. Dette kan ha samanheng med sluttstadiet der pasienten sov meir og har svært vanskar (2). Det er i intervjuet nemnt at delir kan vera vanskelege å oppdaga. Dette gjeld spesielt hypomane delir som kjenneteiknast ved at pasienten er uoppmerksam og sov mykje (19). Delir kan vera teikn på sjukdom, men også vera ein følgje av det å vera i terminal fase (20). At alle reversible tilstander skal vera vurdert er ein sikkerheit for pasienten (5). Dette gjer det særskilt viktig at lege og sjukepleiar ikkje berre har kunnskap om palliasjon, men også om symptom som kjem frå demenssjukdommen. Dette er arbeidsgjevar si plikt å legge til rette for (5,1). Ein kan ha teoretisk kompetanse på området, men likevel ikkje ha stor erfaring med døyande. Denne erfaringa kjem først når ein har vore til stades ved dødsfall. I overgangen her kan «Livets siste dagar» vera særskilt nyttig. Men i interjuva ser ein at og bruk av livets siste dagar treng erfaring. Det blir også peika på at helsepersonell må ha gode kunnskapar i EPJ, som blir bruk på avdelinga. Sjukepleiarane opplever «Livets siste dagar» som eit godt hjelpemiddel når personell på vakt har lite erfaring med døyande. At «Livets siste dagar» opplevast som ei felles mal og støtte, samsvarer med funna i den svenske studien (8). I interjuv materialet finn eg liten grunn til å tru at sjukeheimane beivist bruker «Livets siste dagar» til å kamuflere kompetansebehov om grunnleggande palliasjon hjå personalet. Ein viktig føresetnad for at personalet skal ha nok kunnskap og støtte, er likevel at ressurs sjukepleiarane er tilstrekkeleg mange eller har tid nok avsett til arbeidet.

Når det gjeld del 2 og 3 i «Livets siste dagar», opplever sjukepleiarane at det meste er likt uavhengig av diagnose. Difor er det grunn til og tru at del 2 og 3 er minst uavhengig av kva diagnose pasienten har. Det er få gonger det blir brukt smertekartleggingsverktøy så som mobic 2. Det er grunn for å systematisk kartlegge smerter (10) og bruke eit valid smerteverktøy (11) i vurderinga av smerter hjå personar med demens. Nokon sjukepleiarar reagerer på det er lite fokus på smerter før terminal fase. Erfaringane med at nokon pasientar kan bli betre ved oppstart av morfin kan underbyggje at det enno er ei underbehandling av smerter før terminal fase hjå personar med demens. Revurderinga saman med lege fungerer, men blir tilpassa slik at tilsynslege kan følgje opp. Ulempa er at revurderinga blir framskunda i forhold til planen. Fordelen er at denne praksisen sikrar at også lege kjenner pasienten. Når det gjeld dokumentasjon er det ein fare med å krysse av å kvittere. Dette kan

føre til at ein miste viktig informasjon om pasienten. Samstundes gjer enkel rapportering at ein for meir tid hjå pasienten.

Styrker og svakhetar med studia.

Med å rekruttere blant utvalet sikra eg at deltagarar til interjuva hadde kunnskap og oversikt over bruken av «Livets siste dagar». Samstundes kan det tenkast at med å intervju desse for ein fram betre resultat, enn ein hadde gjort om ein hadde rekruttert eit breiare utval av helsepersonell. I forhold til anbefalingar var det også få deltagara per interjuv. I hovudsak var det profil som vart brukt som EPJ på sjukeheimane sjukepleiarane var frå. Det kan hende at ein opplever at mindre informasjon går tapt om pasienten sin pleieplan enno ligg oppe.

Kliniske implikasjonar.

Studien viser at for at ein skal kunne bruke livets siste dagar optimalt må ein byrja å samtale med pasienten i tidlegare i sjukdoms perioden. Å tenke lindring i tidleg fase er og anbefalt frå helsedirektoratet i retningslinjer om demens. Dette sett andre krav til måten kommunen organiserer arbeidet til helsepersonell som møter pasienten i tidleg fase av sjukdommen.

Konklusjon.

Livets siste dagar kan vera ein viktig tiltaksplan til bruk for døyande personar med demens. For at livets siste dagar skal kunne fungere optimalt er det avhengig av ein rekke forhald som må kartleggast før pasient kjem i terminal fase. Det er utvikla mange gode kartlegging verktøy og veileiar for førebuande samtaler. Viss ein systematisk tek dette i bruk slik at pasienten sjølv kan seia noko vil dette bidra til at ein kjenner meir til pasienten, og kan gjev individuell omsorg gjennom heile sjukdomsperioden. Denne informasjonen må det finnест system for slik at den bli vidare formidla til ulike tenestenivå. I tillegg er det viktig at ressurspersonar er tilstrekkeleg mange, eller har nok tid til å følgje opp spørsmål om planen. For å gje gode vurderingar i forhold til planen er det naudsynt at helsepersonell har god kompetanse både i palliasjon og om demenssjukdommar. Eit uventa funn var refleksjonane kring «Livets siste dagar» på EPJ og i papirform. Dette er eit område det trengs meir forsking på.

Litteraturliste.

1 Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for demens. (Internett). Oslo: Helsedirektoratet;2019 (henta 2018-06-22). Tilgjengelig fra:
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-om-demens>

2 Huurink A, Haugen F D. Palliativ behandling til personer med demens i: Kaasa og Loge, red. Palliasjon Nordisk Lærebok Oslo: Gyldendal akademiske; 2016.s. 673-689.

3 Helsedirektoratet. Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. (Internett). Oslo: Helsedirektoratet 2019 (henta 2019-11-14). Tilgjengelig fra
<https://www.helsedirektoratet.no/produser?tema=retningslinje>.

4 Utviklingsenteret for sykehjem og hjemmetjenester.(Internett) Oslo: Senter for fagutvikling og forskning, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. (henta 2019-11- 9). Tilgjengeleg fra
<https://www.utviklingssenter.no/?id=6136683&cat=179664>

5 Helse Bergen. (Internett) Bergen: Helse Bergen.(henta 2019-9 28.) Tilgjengelig fra <https://helse-bergen.no/kompetansesenter-i-lindrande-behandling/palliasjon-verktøy-for-helsepersonell/livets-siste-dagar-plan-for-lindring-i-livets-sluttfase>

6 Nrk.no. (Internett) Oslo: NRK. (henta 2018-06-22.)Tilgjengelig fra
<https://www.nrk.no/hordaland/forskar-trur-demente-feilaktigblir-lagt-pa-dodsleie-1.13214314>

7 Husebø S B, Flo E, Engedal K. The Liverpool Care Pathway: discarded in cancer patients but good enough for dying nursing home patients? A systematic review BMC Medical Ethic 2017

8 Anderson S, Lindqvist O, Fürst C J, Brännström M. Care professional's experiences about using Liverpool Care Pathway in end-of-life care in residential care homes. Scand J Caring Sci 2017 June;33(1):299-308

9 Høgsnes L, Danielson E, Norbergh KG, Melin-Johansson C. Healthcare professionals' documentation in nursing homes when caring for patients with dementia in end of life – a retrospective records review. JCN 2016;jun;25(11-12):112-6.

10 Rostad HM, Grov EK, Halvardsrud L. Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langkommen demens og smerter. Sykepleien Forskning. 2019 Okt 14

11 Witt Jansen BD, Brazil K, Passmore P, Buchanan H, Maxwell D, McIlpatrick S, Morgan SM, Watson M, Persons C. A tool doesn't add anything". The importance of added value: Use of observational pain tools with patients with advanced dementia approaching the end of life—a qualitative study of physician and nurse experiences and perspectives. *Int J. Geriatric Psychiatry*. 2018 July;33(10):1346-1354

12 Iversen S G, Haugen F D. Liverpool Care Pathway Personalets erfaringer i to norske sykehus. *Sykepleien forskning* 2015 mai 2

13 UIO. Universitetet i Oslo. (Internett). Oslo: UIO;2019 (hentet 2019-11-14). Tilgjengelig fra <https://www.uio.no/studier/program/geriatrisk-sykepleie-master/>

14 Silverman D. Qualitative Research London: SAGE (2016)

15 Polit DF, og Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 10th ed. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, 2016. 784 s.

16 Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24:105–12.

17 Gjøra L, Michelet M. Kommunal omsorgskjede – organisering og innhold. I: Engedal K, Haugen PK, red. Demens – Sykdommer, diagnostikk og behandling. Tønsberg: Forlaget aldring og helse – akademisk; 2018. s 278-299.

18 Fossland T, Thorsen K: Livshistorier i teori og praksis.1 utg.Bergen:Fagbokforlaget;2010. 230s.

19 Krogseth M. Delirium. I: Engedal K, Haugen PK, red. Demens – Sykdommer, diagnostikk og behandling. Tønsberg: Forlaget aldring og helse – akademisk; 2018. s152- 166.

20 Loge JH, Hjermstad JM, Løhre ET. Delirium I: Kaasa og Loge, red. Palliasjon Nordisk Lærebok Oslo: Gyldendal akademiske; 2016.s.501-510.

Forfatterveiledning til Nordisk sykjepleieforskning

Levering av manuskript

Manuskripter leveres i vårt manushåndteringsverktøy ScholarOne:
<https://mc04.manuscriptcentral.com/uf-sygepleje>. Kun manuskripter som følger format og innhold angitt nedenfor, vil bli vurdert.

MANUSKRIFTSTANDARD

Vitenskapelige artikler skal ikke overskride 5000 ord. Essay begrenses til 3000 ord.

Krav til manuskript

- *Tittelseite* som beskriver type manuskript, antall ord, manuskriptets tittel, en forkortet versjon av tittel, navn og adresse til korresponderende forfatter, navn og e-postadresser til samtlige forfattere, deres stilling/utdanning og arbeidsplass (lægges opp særskilt på ScholarOne).
- *Sammendrag* (eller abstract) både på originalspråk og på engelsk inkludert engelsk tittel.
- *Fire til åtte nøkkelord* (keyword) som beskriver artikkelen og ikke forekommer i tittelen skal angis på begge språkene.
- *Tabeller og figurer* – max 4 i alt – leveres i eget dokument. I selve artikkelen må den angis hvor tabellene og figurene skal stå, med forløpende siffer. Hver tabell og figur skal ha en egen tekst som gir presis informasjon om hva tabellen eller figuren viser og skal nummereres i den rekkefølge de nevnes i teksten. Vedlagte bilder kvalitet skal være god, minst 300 dpi. Det er forfatternes ansvar å innhente tillatelse til bruk av illustrasjoner.

Forfatterne oppfordres til å levere manuskripter med dobbel linjeavstand, ren tekst med minst mulig fet eller kursiv tekst, understrekning, innrykk, deling av ord og lignende. Forfattere av empiriske artikler oppfordres til å følge en struktur i sine manuskripter med introduksjon/bakgrunn, hensikt/mål, metode, resultat/funn, diskusjon, kliniske implikasjoner, konklusjon og referanser.

REFERANSESYSTEM

NSF bruker Vancouver-stil (nummerert stil) som referanseverktøy. Referanser i teksten er nummerert fortløpende og en nummerert ordnet referanseliste angis bakerst i manuskriptet. For veiledning til Vancouver-stilen, se [denne siden](#). Benytt et referanseverktøy som EndNote eller lignende.

Referanser i teksten

Ved henvisninger i selve teksten skrives forfatterens navn og referanse nummer i rund parentes etter forfatter, eksempel:

- Morse (1) eller Redmond (2) asserts that the [...]
- Ved direkte sitat føres nummer og sidetall rett etter sitatet med komma og punktum, men før kolon og semikolon, for eksempel:
- [...] en ny definisjon (3, s. 12-3) .
- Vi foretrekker denne mulighet (3); idet [...]
- Henvisninger til flere verk føres i nummerert rekkefølge på følgende måte: (1-5). Eller hvis rekkefølgen brytes adskilles med komma, men ingen mellomrum for eksempel: (1,3,8) eller (2-5,8,10)
- Flere studier (2-4,9) viser

Referanseliste

Referanseliste skrives etter hovedteksten helt til slutt, i nummerert rekkefølge som de er nevnt i teksten. Hvis det er seks eller færre forfattere skal alle forfattere nevnes. Ved flere enn seks forfattere nevnes de første seks og deretter skrives «et al.». Dette ved alle typer av referanser. Husk tittel på tidsskrift er forkortet i Vancouver style (eksempel: Scand J Caring Sci)

Eksempel på referanse til artikler:

- Giske T, Gjengedal E, Artinian B. The silent demand in the diagnostic phase. *Scand J Caring Sci.* 2009;23(1):100-6. doi:10.1111/j.1471-6712.2008.00595.x.

Eksempel på referanse til bøker:

- Gilje N, Grimen H. Samfunnsvitenskapens forutsetninger. Oslo: Universitetsforlaget; 1993.

Eksempel på referanse til websider:

- Muskelsvindfonden [Internet]. Aarhus: Muskelsvindfonden, plads til forskelle [sitet 2015 januar 5]. Tilgjengelig på:
<http://muskelsvindfonden.dk/>

DOI-referanser

Referansene skal alltid inkludere DOI (digital object identifier) for kilder som har dette. DOI skal være en klikkbar URL og plasseres til sist i referansen. Hvis du er usikker på hva DOI-koden til en referanse er, eller om en DOI-kode finnes, kan du gjøre et raskt søk etter tittel, forfatternavn osv. på <http://search.crossref.org/>

VITENSKAPELIGE ARTIKLER OG FAGFELLEVURDERING

Vitenskapelige artikler vil først bli vurdert av redaktør med tanke på relevans og kvalitet. Dersom manuskriptet vurderes som relevant og av tilstrekkelig kvalitet vil det bli vurdert av to fagfeller. *Nordisk sygeplejeforskning* praktiserer double blind peer review, dvs. at verken forfatters eller fagfellers identitet gjøres kjent for partene.

ETIKK

Bidraget skal karakteriseres av vitenskapelig redelighet og følge gjeldende lover og etiske retningslinjer (se for eksempel <http://www.etikkom.no/>). Vi henviser spesielt til Helsinkideklarasjonen fra Verdens legeforening

(<https://www.etikkom.no/forskingsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/>) og Vancouverreglene, utarbeidet av International Committee for Medical Journal Editors (<http://www.icmje.org/>). For medforfatterskap kreves at samtlige forfattere oppfyller Vancouverreglene. Det vil si at de har bidratt med idé, planlegging og utforming eller analyse og innsamling eller fortolkning av data, har medvirket ved utarbeidelse eller kritisk innholdsmessig revidering av manuskriptet og godkjenning av det endelige manuskriptet.

Forfattere som ønsker å publisere i *Nordisk Sygeplejeforskning* må garantere

- At manuskriptet eller deler av manuskriptet ikke er publisert andre steder.
- At manuskriptet ikke er under vurdering i et annet tidsskrift eller er sitert/publisert i et annet tidsskrift.
- At de har delt all informasjon om finansiering, sponsorer, institusjonelle tilknytninger, mulige interessekonflikter, incentiver for deltagere og informasjon vedrørende tiltak for å behandle og/eller kompensere deltagere som blir skadet som følge av sin deltagelse i forskningsstudien.
- At man har innhentet frivillig, informert samtykke fra mennesker som nevnes i manuskriptet.
- At forsøksdyrs velferd har blitt respektert.
- At krav med hensyn til opphavsrett er fulgt.
- At nødvendige tillatelser for publisering er innhentet. At referanser er oppgitt – også for sekundære publikasjoner.

Redaksjonen er opptatt av at det som publiseres i tidsskriftene, er av høy faglig kvalitet og følger internasjonale etiske standarder for vitenskapelig publisering. Tidsskriftet følger retningslinjene til Committee of Publication Ethics (COPE).

