

## FORDYPNINGSOPPGAVE I PALLIATIV OMSORG, TRINN 2

”Hvordan kan Liverpool Care Pathway  
bidra til at pasienten får en god død?”

### KANDIDATER:

091423

100426

100427



Høgskolen i Gjøvik  
Avdeling for helse, omsorg og sykepleie  
Seksjon helse, teknologi og samfunn  
Mai 2011

# INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	s.4
<i>1.1 Bakgrunn for valg av tema og presentasjon av problemstilling</i> .....	s.4
<i>1.2 Avgrensninger og begrepsavklaringer i oppgaven</i> .....	s.5
<i>1.3 Oppgavens disposisjon</i> .....	s.5
<b>2.0 METODE</b> .....	s.6
<i>2.1 Søkehistorikk</i> .....	s.6
<i>2.2 Kildekritikk</i> .....	s.7
<b>3.0 TEORI</b> .....	s.8
<i>3.1 Liverpool Care Pathway</i> .....	s.8
<i>3.2 Den terminale pasienten</i> .....	s.10
<i>3.3 Hospicefilosofien</i> .....	s.11
<i>3.4 Tverrfaglig samarbeid</i> .....	s.12
<i>3.5 God død</i> .....	s.13
<b>4.0 ”HVORDAN KAN LIVERPOOL CARE PATHWAY BIDRA TIL AT PASIENTEN FÅR EN GOD DØD?”</b> .....	s.16
<i>4.1 Barriers to implementing an integrated care pathway for the last days of life in nursing homes</i> .....	s.16
<i>4.2 Tiltaksplan for døende pasienter</i> .....	s.19

<i>4.3 The effect of the Liverpool Care pathway for the dying: a multi-centre study</i> .....	s.22
<i>4.4 End-of-life decision making for cancer patients in different clinical settings and the impact of the LCP</i> .....	s.23
<i>4.5 Introducing the Liverpool Care Pathway into nursing homes</i> .....	s.25
<i>4.6 End-of-life care pathways for improving outcomes in caring for the dying (Review)</i> .....	s.26
<b>5.0 KONKLUSJON</b> .....	s.28
<b>6.0 LITTERATURLISTE</b> .....	s. 30
<i>Vedlegg 1: Eksemplar av Liverpool Care Pathway</i> .....	s. 32

Antall ord: 8403

## 1.0 INNLEDNING

### *1.1 Bakgrunn for valg av tema og presentasjon av problemstilling*

Søren Kierkegaard sier noen vise ord om døden (Husebø og Husebø 2003, s.27):

*Det betyr ikke så meget  
hvordan man er født,  
men det har uendelig meget å si  
hvordan man dør.*

I løpet av vårt første år i videreutdanningen i palliasjon ble vi fortalt om Liverpool Care Pathway, som har sitt utløp fra hospicefilosofien. Dette er en tiltaksplan for omsorg til døende og deres pårørende. Den er laget i den hensikt å videreføre den helhetlige omsorgen som døende og deres pårørende blir møtt med på et hospice til andre deler av helsetjenesten, slik som sykehus, sykehjem og hjemmetjenesten (Iversen 2011). Grunnen til at vi ønsker å skrive en oppgave om Liverpool Care Pathway er at vi ble nysgjerrige på hva dette verktøyet innebærer. Vi har samtidig lyst til å starte med dette på vår arbeidsplass.

Vi ser på denne oppgaven som en fin anledning til å øke vår kunnskap og kompetanse rundt dette temaet. Intensjonen med denne oppgaven er å finne argumenter for hva som taler for eller imot bruk av Liverpool Care Pathway.

Vi har på grunnlag av dette kommet frem til denne problemstillingen:

**”Hvordan kan Liverpool Care Pathway bidra til at pasienten får en god død?”**

## ***1.2 Avgrensninger og begrepsavklaringer i oppgaven***

Liverpool Care Pathway er en tiltaksplan som blir satt i verk i pasientens siste timer og dager. Pasienten er da i en terminal fase. Pasientgruppen vi vil omtale i denne oppgaven er mennesker uavhengig av diagnoser eller sykdomsbakgrunn, som er inneliggende på et somatisk sykehjem. Vi vil heretter i oppgaven referere til Liverpool Care Pathway som LCP. Da det gjelder vår egen erfaring med LCP er den meget begrenset. Vi har 2 dagers hospitering på lindrende avdeling, ved Boganes sykehjem. Her fikk vi en nøye innføring i LCP. Derfor må det meste vi legger til grunn i denne oppgaven bli hentet fra litteratur.

I problemstillingen vår har vi valgt å benytte begrepet en god død. I begynnelsen hadde vi tenkt å velge begrepet en verdig død. Gjennom diskusjoner og lesing i litteratur har vi funnet ut at begrepet en verdig død har fortolkningsmuligheter. I nyere tid har begrepet en verdig død i visse tilfeller blitt benyttet i sammenligning med eutanasi. Dette da autonomi og verdighet forbindes med hverandre (Dalgaard 2011).

Vi har i denne oppgaven valgt å drøfte 6 studier/forskningsartikler. På grunn av ordbegrensning i oppgaven, har vi drøftet mer utdypende to av de artiklene vi mener var mest relevante opp i mot vår problemstilling.

## ***1.3 Oppgavens disposisjon***

Kapittel 2: er et metodekapittel hvor vi omtaler søkehistorikk og kildekritikk.

Kapittel 3: er et teorikapittel hvor vi beskriver LCP, den terminale pasienten, hospicefilosofien, den gode død og tverrfaglig samarbeid.

Kapittel 4: er en presentasjon av forskningsartikler vi har funnet gjennom søking i databaser, og drøfting av disse opp i mot begrepene vi har beskrevet i kapittel 3 og egne erfaringer.

Kapittel 5: er oppgavens konklusjon.

Kapittel 6: er en litteraturliste.

## **2.0 METODE**

Ut i fra høgskolens retningslinjer er det bestemt at fordypningsoppgaven skal være en litteraturstudie. Derfor er vår oppgave i hovedsak bygget på kunnskap fra bøker og andre skriftlige kilder, men med noen egne erfaringer.

Vi har vært i kontakt med LCP- sykepleier ved Kompetansesenteret i lindrende behandling Helseregion Vest. Hun har anbefalt artikler og litteratur til oss. I vår hospiteringspraksis dette året besøkte vi en lindrende enhet i Stavanger som benytter seg av LCP som et verktøy. Der fikk vi en nøye innføring i hva dette innebærer. I Stavanger fikk vi anbefalt en engelsk bok som beskriver bruken av LCP, - Care of the dying: a pathway to excellence (Ellershaw and Wilkinson 2011).

### **2.1 Søkehistorikk**

De databasene vi har søkt i er:

- British nursing index
- Cinahl
- MEDLINE
- Science Direct
- Academic search elite

Noen av søkeordene vi har brukt er: Liverpool Care Pathway, LCP, terminal care, nursing home, good death og impact.

Vi stiller oss kritiske til om vi har funnet tilstrekkelig relevant litteratur utifra denne søkingen. Vi ble anbefalt å lese en litteraturstudie gjort i England som ble publisert i 2010(Chan and Webster 2010). Her hadde de funnet 920 artikler med relevant overskrift, men de hadde ekskludert de fleste av disse, da artiklene ikke svarte på kriteriene som var satt. Vi har sett på deres referanseliste og har vurdert de vi føler kan være aktuelle i vår oppgave.

## ***2.2 Kildekritikk***

LCP blir benyttet i 20 land, men er utarbeidet i England. Denne tiltaksplanen er internasjonalt anerkjent. I Norge er det ingen forskning i bruken av LCP, men vi har i denne oppgaven valgt å bruke en norsk fagartikkel. Per høsten 2010 er det kun 4 steder som benytter dette i Norge. Vi har valgt å legge vekt på engelsk forskning og litteratur da LCP har sitt opphav i England, men har også omtalt to studier fra Nederland. Vi vet ikke hvordan helsesystemet i England eller Nederland er bygget opp eller fungerer, men ser på denne litteraturen som relevant for oss. Dette da LCP har sitt opphav i hospicefilosofien. Hospicefilosofiens grunnverdier står også sterkt her i Norge.

Ut ifra et etisk perspektiv ser vi at det er vanskelig å gjennomføre forskning hos denne pasientgruppen. Den terminale pasienten og dens pårørende er i en meget sårbar fase, og den døende har som oftest ikke mulighet til å utale seg om sine tanker, følelser og opplevelser. Det blir da de pårørendes og helsepersonellens opplevelse og observasjoner, som det blir lagt vekt på og gjort forskning ut ifra. Vi ser på dette med kritiske øyne, da forskningen har blitt gjennomført fra et objektivt ståsted, og ikke ut ifra pasientens subjektive opplevelse.

Den engelske litteraturen er oversatt og tolket av oss. Dette ser vi på som en svakhet på grunn av lite erfaring med engelske faguttrykk.

Vi har undersøkt om litteraturen er fagfellevurdert. De forskningsartiklene vi har brukt holder nivå 1 og 2. Vi har brukt en norsk fagartikkel. Vi ser at denne artikkelen konkluderer med det vi har funnet i de engelske forskningsartiklene.

De ansvarlige forfatterne av LCP, har utarbeidet en bok til hjelp for de som bruker LCP. Denne ser vi på som relevant for vår oppgave. Undersøkelser og forskning er i denne boken lagt til grunn for å videreutvikle LCP.

## **3.0 TEORI**

### ***3.1 Liverpool Care Pathway***

Et prosjekt ble startet opp i England sent på 1990- tallet. Hensikten med prosjektet var å forbedre kvaliteten på omsorgen til den døende og dens pårørende. Målet for å utvikle LCP var å videreføre den helhetlige omsorgen, som den døende og de pårørende blir møtt med på et hospice, til andre arenaer i helsevesenet, slik som sykehus, sykehjem og hjemmebasert omsorg. Samarbeidet ble utført mellom spesialister i palliativ omsorg ved Royal Liverpool and Broadgreen University hospitals NHS trust og Marie Currie Hospice Liverpool. Frem til i dag blir tiltaksplanen fortsatt forbedret og det er i alt blitt laget 12 versjoner (Ellershaw and Wilkinson 2011).

LCP er i dag internasjonalt anerkjent, og blir benyttet i 20 land. Tiltaksplanen har blitt et ledende kvalitetsverktøy innenfor omsorg ved livets slutt. Kompetansesenteret i lindrende behandling Helseregion Vest har oversatt LCP til norsk. Dette har ført frem til en godkjent norsk utgave, versjon 11. Denne har blitt tilpasset til bruk i 4 ulike arenaer, som palliative enheter, sykehjem, hjemmesykepleie og sykehus. På kompetansesenteret må man foreta en registrering for å kunne benytte tiltaksplanen. Dette grunnet at LCP er et copyright produkt. Gjennom denne registreringen vil man motta en registreringspakke. Oppstart av LCP krever undervisning, opplæring og oppfølging. Dette for å sikre en tilstrekkelig god forståelse og en forsvarlig bruk av tiltaksplanen (Iversen 2011).

Høsten 2010 er det 4 steder som benytter LCP i Norge, og 6 som har søkt om oppstart (Iversen 2010).

Bruk av LCP er uavhengig av pasientens diagnose og planen gir en evidensbasert veiledning i forhold til de ulike aspektene ved terminalomsorgen. Aspektene er pleietiltak, forutseende forskrivning av behovsmedikasjon og seponering av unødvendige medikamenter, psykisk støtte, åndelig omsorg og ivaretagelse av pårørende (Iversen 2011).

LCP erstatter ikke den kliniske vurderingen. Hensiktsmessig bruk krever regelmessige vurderinger. Vurderingen involverer kontinuerlig refleksjon, kritiske beslutningsprosesser og kliniske evner. Det er viktig at pasient og pårørende forstår at fokuset for behandlingen er endret, og at livet nå går mot slutten. Dette krever evne til god kommunikasjon som også



inkluderer å se sin egen kompetanse, og videre innse når det er riktig å søke hjelp hos spesialister (Ellershaw and Wilkinson 2011).

“A care pathway is not defined as a document or a tool but as a ”complex intervention””  
(Ellershaw and Wilkinson 2011, s.3).

All annen dokumentasjon blir erstattet når LCP settes i gang, og LCP blir da den eneste formen for journalføring. Kriterier som må være tilstede for at LCP kan taes i bruk er at alle mulige reversible årsaker til pasientens tilstand er vurdert, og at det tverrfaglige teamet har tatt en beslutning om at pasienten er døende. 2 av følgende kriterier er vanligvis oppfylt: Pasienten er sengeliggende, i lengre perioder ikke kontaktbar, drikker bare små slurker og svelger ikke lenger tabletter.

Tiltaksplanen er delt inn i 3 deler.

Del 1 omhandler den første vurderingen som tar for seg diagnose, symptomer, vurderinger i forhold til medisiner og pleietiltak, pasientens og pårørendes innsikt, kommunikasjon og åndelig omsorg.

Del 2 er en fortløpende vurdering hvor man skal krysse av i et skjema for observasjon av de ulike symptomer hver fjerde time.

Del 3 omhandler prosedyrer etter dødsfallet. I tillegg er det et ark hvor man dokumenterer rapport om mål som ikke er oppnådd, tiltak som ble gjennomført og effekten av disse (Vedlegg 1).

Hvis pasienten har stått på LCP i 3 dager, bør en revurdering foretas. Dersom tilstanden forbedres, avsluttes LCP og man går tilbake til vanlig dokumentasjon (Iversen 2010)

### ***3.2 Den terminale pasienten***

Når livet går mot slutten og døden nærmer seg, kan man ofte observere en del typiske endringer hos den syke. Søvnbehovet og behovet for sengeleie øker, ettersom det kan oppstå en fysisk svekkelse. Interesse for omgivelsene reduseres og man ser ofte en sløret bevissthet. De pårørende kan oppleve å få mindre respons av den syke. Orienteringsevnen reduseres, med periodevis eller tiltakende forvirring. Behovet for næring endres, interessen for å spise svekkes, og den syke trenger ikke like mye drikke som tidligere. Den syke drikker bare noen slurker vann, og som regel ser man et økende problem med å svelge tablett. Hos noen pasienter varer denne fasen bare i kort tid, for eksempel bare i noen timer. Hos andre kan denne fasen strekke seg over dager og uker.

Cyanose perifert er noe man ofte observerer siste levedøgn. Marmorering kan sees på lepper, hender og føtter. Pulsene endres og blir hurtigere og svakere. Nese, ører og hender er kalde. Respirasjonen forandres, veksler mellom dyp og overfladisk, rask og langsom, med korte eller lengre pauser. Pga at den døende er veldig svak har han ikke krefter til å hoste opp slim, noe som kan gi økende surkling, også kalt dødsralling. Pasienten har ofte en så lav bevissthet, så han ikke har noen plage av dette selv. Dette kan da være en større plage for de som sitter rundt den døende pasienten. God smerte- og symptomlindring vil oftest hjelpe på disse plagene (Rosland, Hofacker, Paulsen 2006).

WHO har definert krav til terminal pleie. Disse sier at pasienten skal være informert om sin tilstand, ha enerom, slippe å være alene, få lindring av smerter og andre symptomer og gis anledning til å snakke om eksistensielle og åndelige spørsmål (Norsk forening for palliativ medisin 2004). For å starte med LCP hos en pasient, må det til et tverrfaglig samarbeid. Det tverrfaglige teamet må være enige om at pasienten er i en palliativ fase i sitt liv, og at han nå er terminal. WHO's definisjon på palliasjon er:

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet (Norsk forening for palliativ medisin 2004, s.8).

### ***3.3 Hospicefilosofien***

Hospicefilosofien har sin opprinnelse som en del av klosteromsorgen i forbindelse med pilegrimsvandringen i Europa. Dette var et sted hvor syke mennesker som ikke hadde mulighet for legehjelp, kunne trekke seg tilbake fra omverdenens krav. Her kunne de oppholde seg og dermed unngå ytterligere elendighet. I 1967 ble St. Christopher Hospice i London opprettet under ledelse av dame Cicely Saunders. Dette ble starten på den moderne hospicebevegelsen. Hospicefilosofiens grunnverdier bygger på et helhetlig menneskesyn og betydningen av det enkelte menneskets verdi. Behandlingen på hospice tar verken sikte på å fremskynde eller utsette døden. Behov og problemer av fysisk, psykisk, sosial og åndelig karakter er hovedfokus.

”You matter because you are you, and you matter until the last moment of your life. We will do all we can, not only to help you die peacefully but to help you live until you die”(Kopp 2011, s.50). Disse ordene stammer fra dame Cicely Saunders og har hatt en avgjørende betydning for utviklingen av hospicefilosofiens forståelse. Forståelsen for at det levende, lidende mennesket har betydning, alene fordi det er (Kopp 2011).

Gunnar Eckerdal (2005) legger vekt på 4 mål for hospice. Disse er lindrig av smerte og andre plagsomme symptomer, psykologisk støtte til pasienten, støtte for å hjelpe pasienten til et så aktivt liv som mulig, selv om pasienten vet at døden er nært forestående, og psykologisk støtte til familien i sykdomsperioden og i sorgen.

### ***3.4 Tverrfaglig samarbeid***

I følge kriteriene for LCP skal et tverrfaglig team ta avgjørelsen for når en pasient er døende. Et tverrfaglig team vil si at man arbeider i fellesskap på tvers av faggruppene, med en felles plan og målsetning. I en terminal/ palliativ fase kan disse forskjellige faggruppene for eksempel være sykepleier, lege, hjelpepleier, prest, fysioterapeut, psykolog, ernæringsfysiolog, sosionom etc. Det er nødvendig med en tverrfaglig tilnærming for å kunne gi pasienten og pårørende et tilfredsstillende tilbud. Pasienten har ofte et sammensatt behov og lider av flere plager samtidig. Plager av fysisk, psykisk, åndelig og eksistensiell art. (NOU 1999:2).

Det er ofte en fagperson som har primærkontakten med pasienten, og som aktivt koordinerer samarbeidet mellom faggruppene. Det er pasientens behov og samarbeidsgruppens ressurser, som avgjør hvem denne fagpersonen er. På sykehus er det oftest en sykepleier som har denne rollen.

Alle i det tverrfaglige teamet skal hele tiden være orientert om og forholde seg til, de felles mål og planer som ble bestemt forut for samarbeidet. Pasienten selv har ikke direkte, personlig kontakt med alle i teamet, men vet hvilke fagpersoner som er involvert. Fagpersonene i et tverrfaglig samarbeid har respekt for den enkeltes kompetanse i teamet. I møte med pasienten representerer de hverandre, og det kan føre til rolle endringer mellom faggruppene. Et tverrfaglig samarbeid er avhengig av respekt og interesse for hverandres faglige kompetanse. Tverrfaglig samarbeid er avhengig av nærhet og samråd gjennom kontinuerlig kommunikasjon (Gudbergson 2008).

### **3.5 God død**

Norges offentlige utredninger 1999:2 omhandler begrepet Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende. Dette er en plan som er utarbeidet for å sikre den uhelbredelig syke og døendes rettigheter. Store deler av planen bygger på FN's erklæring om den døendes rettigheter. Livshjelp blir beskrevet her som at hvert menneske skal få en optimal behandling, pleie og omsorg slik at livet kan føles meningsfullt og verdifullt, selv om det er begrenset levetid og forandringer i funksjonsdyktigheten. Den døende skal få hjelp til å leve best mulig i sine omgivelser, slippe angst og fysiske plager, og hjelp til å møte døden på sine egne premisser. Det skal gis hjelp fra et helhetlig menneskesyn. Fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle behov skal ivaretas. FN's erklæring om den døendes rettigheter er som følgende:

- Jeg har rett til å bli behandlet som et levende menneske til jeg dør
- Jeg har rett til å beholde et håp selv om målet for det endrer seg
- Jeg har rett til å bli behandlet av slike som kan opprettholde et håp selv om målet for det endrer seg
- Jeg har rett til å gi uttrykk for mine tanker og følelser omkring min forestående død på min egen måte
- Jeg har rett til å delta i avgjørelser som gjelder behandling av meg
- Jeg har rett til å forvente kontinuerlig medisinsk behandling og omsorg selv om målet endrer seg fra helbredelse til lindring
- Jeg har rett til å slippe å dø alene
- Jeg har rett til smertelindring
- Jeg har rett til å få ærlige svar på mine spørsmål
- Jeg har rett til å få hjelp av og for min familie til å akseptere min død
- Jeg har rett til å få dø i fred og med verdighet
- Jeg har rett til å bevare min individualitet og ikke dømmes for mine valg selv om de går imot andres oppfatninger
- Jeg har rett til å drøfte og gi uttrykk for mine religiøse og/eller åndelige

(eksistensielle) opplevelser uansett hva de måtte bety for andre

- Jeg har rett til å forvente at menneskekroppen blir behandlet med verdighet etter døden
- Jeg har rett til å bli behandlet av omsorgsfulle, medfølende, kyndige mennesker som vil prøve å forstå mine behov og som vil oppleve det som givende å hjelpe meg å møte min død (NOU 1999:2).

Kan man ved å opprettholde disse rettighetene bidra til en god død?

Hva er en god død? Peter F. Hjort (2001) skriver om god dødspleie. Det han legger i dette ordet er hele omsorgen for den døende. En kombinasjon mellom medisinsk behandling, sykepleie og menneskelig omsorg for pasienten, pårørende og personalet. Han sier at dødspleie ikke skal være passiv, men engasjert, faglig god og menneskelig nær. Hjort skriver i spesiell øyemed om de gamle i denne artikkelen, hvor den grunnleggende forutsetningen at tiden er inne, ligger til grunne. Han sier noe om at alle mennesker er forskjellige og at dødspleien alltid er individuell og at den aldri er en rutine. Men at den allikevel bygger på allmenne prinsipper. Allmenne prinsipper som: Ikke aktiv dødshjelp, nei til aktiv livsforlengende behandling, ikke kunstig næring og væske, god lindrende behandling, god sykepleie og informasjon til pasient og pårørende, slippe de pårørende til, menneskelig nærhet, trygghet og tillit, religiøs trygghet og oppfølging etter at døden inntraff. Hjort skriver at de aller fleste får en god død hvis en følger enkle prinsipper for dødspleien.

I boken Ved livets afslutning (Dalgaard 2011) omtaler de en artikkel om den gode død. Her skriver forfatteren at vi alle har en ide om den beste måten å avslutte vårt liv på, og at vi med dette kan betegne hva den gode død eller en god avslutning på livet er. Noen benytter betegnelsen den gode død som den død man selv ville ha valgt hvis vi som mennesker hadde hatt mulighet for dette. Hva som kjennetegner den gode død er individuelt. Kultur spiller også her en stor rolle. Det er mange forskjellige tolkninger av hva den gode død er. I artikkelen har den gode død i utgangspunktet en subjektiv (en persons perspektiv eller mening) og kontekstuell (omstendighetene omkring) forståelse i stedet for en objektiv og universell forståelse. De har laget en hierarkisk rangering av den gode død. På toppen har vi de mest diffuse begrepene som gir størst mulighet for individuell tolkning og fortolkning av den gode død. I bunnen er de mest konkrete begrepene. En verdig-, akseptert-, fredfull-, og naturlig

død, dø uten smerter og lidelse, bevare autonomi og kontroll, åpenhet og bevissthet om egen død, være uavhengig av andre, å dø til rett tid, ha sine nære rundt seg, dø når man sover, plutselig død, å få dø hjemme, en god død for familien. Her er det begreper som omtaler dødsforløpet, døds måte, den fysiske død, psykologiske-, eksistensielle-, etiske-, medisinske-, kontekstuelle-, relasjonelle- og tidsmessige aspekter. Det er her viktig å tenke på at den enkeltes ønsker om hva den gode død er, ikke alltid kan oppnås. Man har som helsepersonell verdier og normer i forhold til juridiske retningslinjer og hva som er moralsk akseptabelt. Dermed kan ikke alltid den enkeltes ønsker for en god død være hovedmålet i palliasjonen, ettersom det da ikke alltid kan realiseres i praksis, men det er det man må jobbe mot som hovedmål.

Et godt samspill mellom pasient, pårørende og helsepersonell spiller en avgjørende rolle i den mellommenneskelige prosess som identifiserer og virkeliggjør pasientens gode død.

Oppmerksomhet, profesjonell ydmykhet og romslighet har en stor betydning for å nå målet med å realisere den døendes gode død.

”Hva er en god død i sykehjem?” Forskere på dette området sier at det først og fremst kun er pasienten som kan vurdere hva som er en god eller verdig død. Mens andre tror at begrepet en god død både kan være en subjektiv og objektiv opplevelse. De mener at den subjektive følelsen er pasientens egen, og den objektive er andre menneskers identifisering av handlinger som kan krenke den døendes verdighet. I forskningsartikkelen har informantene funnet fem temaer som er grunnleggende forutsetninger som bør stå sentralt i den siste fasen i et menneskes liv, slik at pasienten får en god død. Disse forutsetningene er respekt, god smerte- og annen symptomlindring, trygghet, ikke- livsforlengende behandling og forholdet til pårørende (Gjerberg og Bjørndal 2007).

Vi har ikke funnet noen klar definisjon på hva en god død er. Men vi kan oppsummere med at det omhandler den døendes ønsker, behov, rettigheter, behandling fra helbredelse til lindring, omsorg, respekt fra sykepleier og annet helsepersonell, at han opplever livet som meningsfylt og verdifullt, samtidig som han får møte døden på sine egne premisser uten smerter, plager og angst.

## **4.0 ”HVORDAN KAN LIVERPOOL CARE PATHWAY BIDRA TIL AT PASIENTEN FÅR EN GOD DØD?”**

I dette kapittelet presenterer vi 6 studier hver for seg. Etter hver presenterte studie drøftes denne opp i mot teori fra kapittel 3 og egne erfaringer.

### ***4.1 Barriers to implementing an integrated care pathway for the last days of life in nursing homes***

I en studie over 12 måneder fra England har de tatt for seg innføringen av LCP på 8 sykehjem. Funnene i denne studien viser til 6 faktorer som kan vanskeliggjøre innføringen. Disse er:

1. Mangel på kunnskap om medisiner brukt i palliasjon, og symptomkontroll ved livets slutt var en faktor som påvirket innføringen av LCP. Pleierne opplevde en utfordring i å skille mellom symptomer, som for eksempel smerte og aggresjon. De hadde også en manglende kunnskap vedrørende medikamenter, og savnet en detaljert beskrivelse på dosering av medikamenter.
2. Mangel på forberedelse da døden er nært forestående. Pleierne følte det var vanskelig ”å gi slipp” på pasienten da de observerte at pasienten ikke fikk dekket sine ernæringsbehov. Deres tidligere praksis var å gjøre alt for at pasienten skulle få i seg mat og drikke, selv om pasientens tilstand viste at døden var nært forestående. Denne praksisen var vanskelig å endre under innføringen av LCP. Ved å sette pasienten på LCP, følte pleierne at de gav opp pasienten, og overleverte pasienten til døden.
3. Mangel på kunnskap om når pasienten er døende eller forståelse av dødsprosessen. Pleierne observerte ikke at pasienten var døende og dermed rakk de ikke å sette i verk LCP før døden inntraff.
4. Mangel på tverrfaglig samarbeid på sykehjem. Den største mangelen på samarbeid var med lege. Sykepleieren ble ofte stående med ansvaret alene.



5. Mangel på trygghet om kommunikasjon som omhandler døden. Kommunikasjonen om døden ble fra tidligere sett på som et tabu. Dette var en faktor som ble opprettholdt, og vanskeliggjorde innføringen av LCP.

6. Enkelte sykehjem viste manglende interesse for endring. Manglende tid og nedprioritering, manglende kultur for læring og motivasjon, og manglende støtte av ledelsen var faktorer som vanskeliggjorde innføringen (Watson, Hockley and Dewar 2006).

Denne studien er gjennomført over 12 måneder. De har funnet 6 faktorer som gjør innføringen av LCP utfordrende. Vi stiller oss kritiske til funnene, og tidsaspektet på studien. Er studien over for kort tid? Ifølge Ellershaw and Wilkinson (2011) krever alle store forandringer innenfor en organisasjon tid og engasjement. Dette gjelder også for LCP. Tiden denne prosessen tar, skal aldri undervurderes. I generelle settinger kan det ta opptil 2 år og innføre LCP vellykket. Men i spesialistenheter som for eksempel hospice kan prosessen være raskere. The Marie Curie Palliative Care Institute i Liverpool krever registrering før oppstart. En oppstartspakke blir utlevert slik at innføringen utføres korrekt.

Manglende basiskunnskap i palliasjon er noe vi ser på som den største utfordringen i denne studien. Dette er også noe vi som sykepleiere har erfart gjennom vår praksis. Livsforlengende og feil behandling har vi opplevd er blitt forordnet da manglende kunnskap om når pasienten er døende foreligger. Vi kjenner oss igjen i disse funnene. Vi stiller spørsmål ved innføringen av LCP i denne studien. Er det gjort på rett måte? Er det gitt undervisning i grunnleggende palliasjon? Studien viser at kunnskap om dødsprosessen økte hos helsepersonellet etter hvert som de kom lenger ut i innføringen. Ved at man kanskje hadde satt mer fokus på undervisning, kunne personalet tidligere identifisert de typiske tegnene på endringer hos syke pasienter. De kunne også fått mer kunnskap om medikamenter og symptomkontroll, samt bedret sine evner i kommunikasjon

I studien opplevde pleierne det som vanskelig å se at deres pasienter ikke mestret å innta mat og drikke lenger. Tidligere hadde de gjort alt de kunne for at pasientene skulle få i seg næring. I en terminal fase kan bevissthetsnivået til pasientene være av forskjellig grad. Vi stiller oss meget spørrende til denne praksisen. Ut ifra et faglig og etisk perspektiv, mener vi at pleierne burde ha reflektert over situasjonene, slik at de forstod at næring i denne fasen ikke var det

riktige å legge fokus på. Ut i fra det vi legger i begrepet en god død, ser vi at mange av punktene som må ligge til rette for å oppnå dette, mangler blant resultatene i studien. Den døende har rett til å dø i fred og med verdighet, og av mennesker som vil prøve å forstå dens behov til å møte dens død (NOU 1999:2). Peter F. Hjort (2001) beskriver allmenne prinsipper for en god død, hvor blant annet ikke kunstig næring og væske blir nevnt, god lindrende og ikke aktiv livsforlengende behandling. Vil da bruken av LCP føre til en god død i situasjonene som de opplever problematisk i studien?

Hospicefilosofiens grunnverdier bygger på et helhetlig menneskesyn og betydningen av det enkelte menneskets verdi. Som tidligere nevnt i oppgaven er det behov og problemer av fysisk, psykisk, sosial og åndelig karakter som er hovedfokuset. LCP er bygget på hospicefilosofien, og vi føler at det helhetlige menneskesynet mangler i denne studien. Dette ut ifra mangelen på grunnleggende kunnskap om palliasjon.

LCP krever at det er en tverrfaglig avgjørelse om pasienten er døende. I denne studien var mangelen på legekontakt stor. De rakk ikke å sette i verk LCP før døden inntraff. En sammensetning av mangel på kunnskap om dødsprosessen og mangel på samarbeid med lege, vil gjøre oppstart av LCP nesten umulig. Vi som sykepleiere på et sykehjem med 20 % legestilling, merker at oppfølgingen av pasienter kan mangle, da det kun er de sykeste eller de med et akutt oppstått problem som får legetilsyn denne ene dagen. Det viser seg vanskelig da sykdom oppstår på andre dager, kveld eller helg, da kontakten må gjøres per telefon og det kun er sykepleierens observasjon som blir lagt til grunn. Og det er heller ikke alltid at det er tilsynslegen som man får snakket med. Utfallet av telefonkonsultasjonen vil være avhengig av sykepleierens kompetanse og legens samarbeidsevne. Studien beskrev manglende interesse for endring på noen av sykehjemmene. Hvem viser den manglende interessen? Er det enkeltpersoners manglende kunnskaper som kommer til uttrykk? Vi har erfart ved innføring av nye prosedyrer at det kan forekomme en skepsis og motvilje hos enkelte, som muligens kan vanskeliggjøre prosessen. Samtidig vil man i en innføringsfase være avhengig av støtte fra ledelsen og deres godkjenning i bruk av ekstraressurser.

## ***4.2 Tiltaksplan for døende pasienter***

I et samarbeidsprosjekt mellom høgskolen i Østfold og 6 sykehjem fra 5 kommuner i Østfold, er det blitt gjort en undersøkelse ut ifra prosjektet: Implementering av Liverpool Care Pathway (Lillemoen, Velund og Østensvik 2011). Faglig kompetanseutvikling i relasjon til døende pasienter og deres pårørende, samt å synliggjøre LCP for studenter var prosjektets hovedmål. Før det ble startet opp med LCP på disse enhetene, ble det organisert en studietur. Gjennom denne turen lærte de at personellopplæring må gis høy prioritet, informasjon må være lett tilgjengelig, oppfølging i bruk av LCP er nødvendig og godt samarbeid med sykehjemmenes leger er viktig.

Denne studien viser til argumenter for og imot bruk av LCP. Omsorg ved livets slutt og lindrende behandling utenfor sykehus er et av satsningsområdene i omsorgsplanen 2015. Retningslinjene for palliasjon i kreftomsorgen, i Nasjonalt handlingsprogram, anbefaler at alle sykehjem skal beherske grunnleggende palliasjon. Argumentene for LCP er flere i denne studien. Tiltaksplanen er anbefalt av National Institute for Clinical Excellence Supportive and Palliative Care Strategy.

I denne studien var intensjonen å styrke kvaliteten på pleie og omsorgstilbudet til døende og deres pårørende. Intensjonen ble innfridd i stor grad, men de ser potensialer til forbedring. De ansatte savnet rom for etisk refleksjon og at tid og rom for ettertanke burde vært satt i et system. I studien kommer det frem at helsepersonell må i bruken av LCP ha et bevisst forhold til når tiltaksplanen skal iverksettes og kunne identifisere når pasienten er terminal. Denne identifiseringen må man gjøre i samarbeid med legen. For å kunne gjennomføre et slikt prosjekt er det nødvendig at tilsynslegen støtter og deltar aktivt i bruken av LCP. I studien opplevde de forskjellige sykehjemmene varierende samarbeid med legene. Dette varierende samarbeidet, viste seg i forhold til hvor stor stillingsprosent legen hadde på det aktuelle sykehjemmet.

Personalet opplever gjennom studien å ha blitt mer samkjørte, og at de gir hverandre kollegial støtte. De opplever større trygghet i møte med døende pasienter og deres pårørende. God observasjon og symptomkontroll i terminalfasen ble bedret gjennom bruken av LCP. Planen sikret kontinuitet i den lindrende behandling og omsorg, samt at det er et godt verktøy for å oppnå god praksis. Pasientenes åndelige og eksistensielle behov blir mer tydeliggjort gjennom

LCP. Tiltak og dokumentasjon til disse behovene blir påpekt som der det bør gjøres en ekstra innsats. LCP ble sett på som en inngangsport for samtale, og at man i større grad enn før brukte mer tid på samtale med pasient og pårørende. Dette resulterte i større opplevelse av trygghet hos pasient og pårørende. Helsepersonellet følte LCP skjerpet kvaliteten på lindrende omsorg og behandling.

Tidligere i oppgaven har vi beskrevet mange argumentasjoner for hva som er positivt med LCP, men studien har også kommet frem til mangler. Studien viste at de så på det som en stor utfordring at LCP ikke er i noen elektronisk versjon. Noen sykehjem opplevde lang oppstartsfasen i bruk av LCP, på grunn av at ressurspersonene ikke hadde vært tilgjengelige. I studien kom de frem til at for å lykkes trenger man tilgjengelige ressurspersoner, både i oppstarten av LCP og til fortløpende veiledning under bruk. Veiledning av ressurspersoner bør også gjøres mer systematisk, hvis dette ansees å være nødvendig. Svakheter i studien var at opplæring av ansatte ikke var satt i system, men var overlatt til ressurspersonen alene. Med en mer tilrettelagt og systematisk opplæring, mener de at undervisningen av personellet ville blitt mer lik, og belastningen av ressurspersonene mindre.

Et standardisert skjema som LCP, kan være negativt. Det kan sette pasient og pårørende i en ramme som hindrer individuell tilrettelagt omsorg og fleksibilitet. Et slikt skjema alene sikrer ikke en god praksis. Helsepersonellens mellommenneskelige og faglige kvalifikasjoner er avgjørende for betydningen av pleien.

Ellershaw and Wilkinson (2011, s.19) skriver: "The LCP is only as good as the teams who are using it. As with all clinical guidelines and pathways the LCP aims to support but does not replace clinical judgement".

Konklusjonen i denne studien er at LCP kan være med på å bidra til god praksis for den døende og de pårørende. Men dette er avhengig av aktørene i relasjonen og helsepersonellens omsorgsevne.

I Stavanger fortalte de at de måtte scanne inn dokumentene. Dette følte de til tider var mer krevende enn hva som var ønskelig. Vi opplevde under vår hospitering i Stavanger at personellet hadde et tett og nært samarbeid med tilsynslegen. Legen var svært engasjert i

LCP, og var tilgjengelig for å bli kontaktet 24 timer i døgnet. Vi opplever på vårt arbeidssted, da tilsynslegen kun har 20 prosent stilling, at oppfølging og samarbeid blir begrenset.

Tilsynslegen ved vårt sykehjem viser stor interesse og engasjement for palliasjon. Han har gitt sykepleierne tillatelse til å kontakte han per telefon også utenom hans arbeidstid. Dette har bedret vår oppfølging i forhold til de døende pasientene.

Selv om terminalpleien på vårt arbeidssted oppleves som positiv, ser vi at de åndelige og eksistensielle behovene blir nedprioritert, oversett eller rett og slett glemt. NOU (1999:2) sier den døende har rett til å drøfte og gi uttrykk for sine religiøse og/eller åndelige (eksistensielle) opplevelser uansett hva de måtte bety for andre. En pasient ved vårt arbeidssted fortalte en gang: Jeg har min kristne tro, og den skal ingen få ta ifra meg. Ved å bistå slik at pasienten kan opprettholde sin tro, og vi som sykepleiere retter tiltak mot åndelige/eksistensielle problemer, jobber vi etter definisjonen på palliasjon. I LCP er det et eget delmål som omhandler åndelig omsorg. Dette vil da gjøre at man vil rette sin oppmerksomhet i økende grad for å imøtekomme pasientens åndelige behov.

Denne studien synes vi er tydelig i samsvar med hospicefilosofien, som dekker de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behovene. Ettersom LCP er bygget opp av hospicefilosofiens grunnverdier, vil en mer vellykket innføring av LCP gjøre at et helhetlig omsorgsperspektiv blir ivaretatt. Den gode døden vil også da i større grad bli møtt tilfredsstillende, ved at pasientens evne til kommunikasjon og dens innsikt i situasjonen er punkter man skal ta stilling til i LCP. Pasientens egne ønsker og behov kommer da tydeligere frem, og en mer systematisk observasjon av symptomer og plager vil da bli satt mer i fokus.

I motsetning til den første studien vi har beskrevet i denne oppgaven, har det norske samarbeidsprosjektet gjort et godt forarbeid før innføringen av LCP. Noe av det vi følte manglet i den første studien. De har lagt stor vekt på å øke kompetansen hos personalet innenfor palliasjon. I studien er det ikke beskrevet noen problemer rundt det å identifisere terminale, noe vi tenker kan være på grunn av at de har lagt vekt på undervisning i forkant av oppstart.

### ***4.3 The effect of the Liverpool Care pathway for the dying: a multi-centre study***

I denne studien fra Nederland er det blitt sammenlignet 2 forskjellige perioder. I den første perioden, som gikk over 15 måneder, ble omsorgen gitt som vanlig. I den andre perioden, som gikk over 12 måneder, ble LCP benyttet hos alle pasienter hvor den døende fasen hadde begynt. Etter døden ble pleiepersonell og pårørende bedt om å svare på spørsmål. Her har de studert effekten av LCP ut ifra dokumentasjon om pleie, symptomer og kommunikasjon i 3 helsesettinger - sykehus, sykehjem og hjemmebasert omsorg. Majoriteten var kreftpasienter.

Kommunikasjonen var sammenlignende under begge perioder. Institusjonene som var deltakende i studien hadde kunnskap om grunnleggende palliasjon fra tidligere. Dette kunne være årsaken til at kommunikasjonen ikke utgjorde noen forskjell i de ulike periodene.

Studien konkluderer med at LCP bidrar i kvaliteten på dokumentasjon og symptomlindring. Studien anser LCP som gunstig for omsorgen til den døende og deres pårørende. LCP legger til rette for omfattende dokumentasjon av symptomer, problemstillinger og pleie i dødsprosessen. Dette fører også til en strukturering av pleie og omsorgen. Det gir også praktiske eksempler for utdanning og videre profesjonalitet av pleien til døende. Økt dokumentasjon trenger nødvendigvis ikke føre til bedre omsorg. De så at LCP førte til en liten, men en vesentlig nedgang i symptombyrde. Dette ble sett både av pårørende og pleiere. Etersom dette ikke var en blindet studie, kan det ha ført til at pleiere var mer observante på symptomer, da disse er listet opp av LCP. De kan også ha gitt høyere positive tilbakemeldinger enn hva som faktisk var realistisk under perioden med LCP (Veerbeek, L. m.fl. 2008).

Vi forstår argumentet om at dette ikke er en blindet studie. Men at personalet ble mer observante på symptomer, ser vi på som et naturlig og positivt utfall av LCP. LCP er utviklet for å videreføre helhetlig omsorg for den døende. Del 1 og 2 i LCP omhandler vurderinger i forhold til behov og problemer av fysisk, psykisk, sosial og åndelig karakter. Dette føler vi da er i tråd med hospicefilosofien og definisjonen på palliasjon. I studien hadde institusjonene god kunnskap om palliasjon fra tidligere. De har ikke beskrevet noen oppståtte problemer da

det gjelder identifisering av terminale pasienter. Vi antar derfor at de hadde god nok bakgrunnskunnskap og at de arbeidet tverrfaglig.

Den døende pasient har rett til smertelindring (NOU 1999:2). 1 av 5 forutsetninger for at en god død skal muliggjøres er god smerte- og annen symptomlindring (Gjerberg og Bjørndal 2007). I løpet av denne studien så de en nedgang i symptombyrde, og at LCP la til rette for omfattende dokumentasjon av symptomer. Vil funnene i denne studien da kunne føre til en god død?

#### ***4.4 End-of-life decision making for cancer patients in different clinical settings and the impact of the LCP.***

I en annen studie gjort i Nederland er det også innebefattet sykehus, sykehjem og hjemmebasert omsorg. Undersøkelsene er blitt gjort på samme måte som i den forrige studien som vi har beskrevet ovenfor. De har sammenlignet to forskjellige perioder, med og uten LCP. De har studert avgjørelser rundt livsforlengende behandling og innflytelsen av LCP. Leger og pårørende etter 311 pasienter gjennomførte spørsmål rundt dette. LCP ble innført 3 måneder inn i studieperioden, da de var halvveis i studien.

Resultatene i denne studien viser at LCP ikke hadde noen vesentlig effekt på hvilke medikamenter som ble benyttet under terminalfasen. Studien viser at det var en reduksjon i bruken av medikamenter som man kunne anse og ha en potensiell livsforkortende effekt. Det kom også frem at pasienter var mer involverte i avgjørelsen, om slike medikamenter skulle bli brukt hos den enkelte. Pårørende til pasienter på sykehus syntes å være de som var minst positive til pasientens og deres egen deltakelse i avgjørelsene som ble gjort. De konkluderer med at kreftpasienter som dør på sykehus er mer intensivt behandlet gjennom den siste fasen i livet. Kommunikasjon om avgjørelser i medisinsk behandling synes å være bedre i sykehjem og i hjemmet (Heide, A. m.fl. 2010).

Palliativ behandling skal verken fremskynde døden eller forlenge selve dødsprosessen (Norsk forening for palliativ medisin 2004). Ved å redusere bruken av medikamenter som man kan

anse og ha en potensiell livsforkortende effekt, jobber man etter definisjonen på palliasjon. Den døende har rett til å delta i avgjørelser som gjelder sin egen behandling (NOU 1999:2). Pasientene i denne studien var mer involverte i sin egen behandling, etter innføringen av LCP. Det uttrykkes i studien at de pårørende som var minst fornøyd, var de som hadde sine nære på sykehus. De som døde på sykehus var mer intensivt behandlet. Vi har gjentatte ganger erfart dette med sykehus. Pasientene kommer til sykehjemmet, uten at det er tatt viktige beslutninger om videre behandling, og samtalen med pasient og pårørende ikke er utført. Da sykehuset ikke gjennomfører disse viktige oppgavene, viser det til at den helhetlige omsorgen ikke blir ivaretatt. Mangel på kunnskap og kompetanse? Mangel på tverrfaglig samarbeid?

Etter at vi har lest og drøftet denne studien ser vi at det er store forskjeller på hvordan problemstillinger rundt døden blir håndtert, dette ut ifra hvilke arenaer pasienten befinner seg i. Som nevnt tidligere i denne oppgaven, må det beregnes god tid til innføringen av LCP. Konklusjonen i denne studien er basert på grunnlag av funn etter 3 måneders bruk av LCP. Dette følger ikke anbefaling for innføring, og derfor kan det muligens ha vært for tidlig å trekke konklusjoner.



#### ***4.5 Introducing the Liverpool Care Pathway into nursing homes.***

Denne studien er et pilotprosjekt på et sykehjem i England, med et mål om å redusere antall veldig syke eldre pasienter som blir akutt innlagt på sykehus, gjennom bruk av LCP. Det ble gjort nøye forarbeid før implementering og diskusjoner om mulige aktuelle problemstillinger ble tatt opp. Etter seks måneder ble det gjort en undersøkelse. Der kom det frem at personalet følte at LCP gjorde at de ble tryggere i å kommunisere åpent med de pårørende om situasjonen, og at det nå var tid for lindring i stedet for aktiv behandling. De følte det ble lettere å forklare terminalpleien som blir gitt på sykehjemmet og de fikk pårørendes støtte til oppstart av LCP. Dette økte da muligheten for at pasienten kunne få lov til å være på sykehjemmet i vante og trygge omgivelser, i stedet for å bli sendt på sykehuset. Men de syntes det var vanskelig å identifisere når oppstart av LCP var riktig. For noen pasienter ble det startet opp med LCP for sent, mens hos andre for tidlig, slik at de måtte revurdere bruken av LCP pga en forbedring i pasientens helsetilstand. Pleiepersonalet viser til at legen var støttende og kom jevnligere på besøk, da en pasient ble diagnostisert som døende. Dette hadde bedret kommunikasjonen og forbedret praksisen på sykehjemmet (Duffy and Woodland 2006).

Vi stiller oss kritiske til at undersøkelsen ble gjort etter 6 måneder. Som vi har beskrevet tidligere i oppgaven, så krever innføringen lenger tid enn dette for å bli suksessfull. Man må kunne mestre å identifisere når en pasient er terminal, for at LCP skal bli benyttet riktig. De manglet derfor grunnleggende kunnskaper i palliasjon, noe som vi tenker var grunnen for at de syntes det var vanskelig å ta i bruk LCP til rett tid. Har dem jobbet ut ifra det helhetlige menneskesynet som hospicefilosofien bygges opp av?

Studien beskriver et bedret samarbeid med lege, som da muliggjør et bedre tverrfaglig samarbeid, noe som igjen kommer pasient og pårørende til gode. Dette samarbeidet med lege tenker vi at kan føre til en god symptomlindring, økt kunnskap, trygghet i pleien og god kommunikasjon med pårørende. Ved å få lov til å være på sykehjemmet den siste tiden av livet, vil man kunne hjelpe pasienten til å dø i fred og med verdighet. Her opprettholder man en av de døendes rettigheter. Vil dette øke sjansen for å oppnå en god død? Ved å bedre kommunikasjonen, vil man i større grad få frem pasientens egne ønsker, og man kan da øke sjansene for å møte den gode død.

#### ***4.6 End-of-life care pathways for improving outcomes in caring for the dying (Review)***

I 2010 ble det publisert en Cochrane review. Målet for undersøkelsen var om tiltaksplaner i livets siste fase forbedrer pleien til den døende. Dette var en litteratur studie, for å sammenligne ulike studier gjort tidligere innenfor dette området. Det var strenge kriterier for hva disse studiene måtte inneholde. Søkingen gav i litteraturen 920 relevante titler, men ingen av studiene møtte alle kriteriene for hva som var bestemt. Det er ulike tiltaksplaner når det gjelder omsorgen til den døende. LCP er et eksempel på en av tiltaksplanene de undersøkte i denne studien, og som de har lagt mest vekt på. Kvaliteten på omsorgen i livets slutt varierer fra person til person, og den kan være vanskelig å definere og måle. Det er uenighet mellom personene bak LCP og andre utenforstående om det kan være ulemper med å bruke en slik tiltaksplan. Kan en for rask iverksettelse av LCP lede til for tidlig avslutning av behandling, og at tegn på muligheter til forbedring blir oversett? Noe som da vil føre til en raskere livsavslutning. Ut ifra dette så de det som viktig å gjøre en systematisk undersøkelse. Dette for å finne ut om bruk av LCP og andre tiltaksplaner er skadelig eller gunstig for den døende pasienten. De ville sammenligne om det var noe forskjell i pleien gitt ut ifra vanlig palliativ pleie, og pleien gitt med tiltaksplaner.

Et antall av flere studier indikerer at tiltaksplaner kan ha en potensiell forbedring, men at det er vanskelig å fastslå. De potensielle forbedringene er innenfor symptomkontroll, klinisk dokumentasjon, vurderingsevne, forordning av medisiner, kunnskap hos medisinstudenter og sorgstøtte for pårørende. De kommer frem til at det er vanskelig å fastslå effekten av tiltaksplaner fra disse studiene. Men de synes det er verdt å legge merke til at ingen studier har rapportert uønskede effekter. En støtte for å fortsette bruken av disse tiltaksplanene kan gis, inntil det motsatte er bevist. Men de kan allikevel ikke anbefale oppstart av tiltaksplaner pga manglende bevis av effekt (Chan and Webster 2010).

De gjentar flere ganger i denne studien at det er vanskelig å fastslå effekten av tiltaksplaner. Vi tenker at grunnen til dette kan være at denne pasientgruppen i hovedsak er vanskelig å gjøre studier på. Dette fordi ingen pasienter er sammenlignbare, det er umulig å gjøre en kontrollstudie på samme pasient, og det kan være vanskelig å få pasientens egne subjektive opplevelser, tanker og følelser rundt situasjonen, hvis man tenker ut ifra et etisk perspektiv. I

de andre artiklene vi har omtalt her i oppgaven, er det ingen som har funnet noen uønskede effekter. Dette konkluderte de også med i denne studien.

Ettersom de har sammenlignet studier mellom vanlig palliativ pleie og pleie gitt med tiltaksplaner, må vi gå ut ifra at kunnskap om hospicefilosofi og identifisering av terminale er kjent. Dette kommer ikke klart frem eller er beskrevet i studien. De viser til at kunnskap hos medisinstudenter kan bli forbedret. Planen kan gi bedring innen symptomkontroll og forordning av medikamenter, noe som kan være med å gi pasienten en god død, sammen med forbedret sorgstøtte for pårørende. Det kommer ikke frem i studien om hvordan det tverrfaglige samarbeidet har fungert i de ulike studiene, ettersom målet for studien var om omsorgen for den døende ble forbedret. Dette er en studie som omtaler forskjellige studier på et generelt nivå, og den går ikke inn i detaljer.

## 5.0 KONKLUSJON

Intensjonen med denne oppgaven var å finne argumenter for hva som taler for eller imot bruk av LCP. Det er vanskelig å mene noe objektivt da de subjektive meningene forblir usagte, og det ikke ligger noe målbart til grunn. Dette da pasientgruppen vi har omtalt her er vanskelige å gjøre studier på. Man må legge til grunn for at vi trolig ikke har funnet all vesentlig dokumentasjon som kan gi et sikkert svar på problemstillingen. Alle studiene vi har funnet er i hovedsak skrevet ut i fra personalets og de pårørendes opplevelser, tanker og følelser.

Ut i fra funnene i studiene ser vi at et godt forarbeid før oppstart er nødvendig for at LCP skal bli suksessfullt innført. Det er viktig at undervisning i grunnleggende palliasjon til alle ansatte blir satt i system, slik at de kan gjennomføre god lindrende behandling etter hospicefilosofiens grunnverdier og definisjonen på palliasjon. Dette kan medføre at personalet blir tryggere på identifiseringen av den terminale pasienten, noe som gjentatte ganger i flere av studiene har blitt opplevd som et problem. Ellershaw and Wilkinson (2011, s.19) skriver: "The LCP is only as good as the teams who are using it. As with all clinical guidelines and pathways the LCP aims to support but does not replace clinical judgement".

Innføringen av LCP vil kreve at det blir utpekt tilgjengelige ressurspersoner på oppstartsstedet. Samtidig er det også viktig å opparbeide et godt tverrfaglig samarbeid for å kunne møte kriteriene i planen. Funn i studier viser at de stedene som har liten legedekning, sliter med å få gjennomført LCP på riktig måte. På vårt sykehjem har vi lege i 20 % stilling. Vi tenker at dette trolig vil være for liten tilgjengelighet for å opparbeide et godt tverrfaglig samarbeid. Dette vil også være avhengig av legens tilgjengelighet utenom hans stillingsprosent hos oss.

Det er viktig å være klar over at LCP er et standardisert skjema. Dette bør ikke være til hinder for individuell tilrettelagt omsorg og fleksibilitet. "A care pathway is not defined as a document or a tool but as a "complex intervention"" (Ellershaw and Wilkinson 2011). Vi ser på det som positivt at det er en liste med punkter som man skal gå igjennom, for da sikrer man at hele pasienten blir sett. Behov og problemer av fysisk, psykisk, sosial og åndelig karakter er i hovedfokus. LCP legger til rette for at pasienten skal være informert om sin tilstand, og at han i større grad får mulighet til å ta del i sin egen behandling der dette lar seg gjøre.

I studiene vi har lest er det ikke funnet noen uønskede effekter i bruk av LCP. Gjennom denne oppgaven har vi ikke mistet lysten for å starte med LCP. Men vi ser at mye forarbeid trengs. I løpet av vår hospitering i Stavanger fikk vi høre om mange positive erfaringer. Forutsetninger vi ser må være tilstede for å innføre LCP er å ha forankring hos ledelsen, undervisning i grunnleggende palliasjon hos personalgruppen, økt tverrfaglig samarbeid og økt legetilgjengelighet.

Vi har ingen klar definisjon på hva den gode død er, da dette er individuelt tilpasset for den enkelte pasient. LCP vil ikke i seg selv bidra til den gode død alene. Hvis man arbeider ut ifra hospicefilosofien, den døendes rettigheter, definisjonen på palliasjon, tverrfaglighet og med grunnleggende kunnskaper i palliasjon, vil dette uansett med eller uten LCP, bedre praksisen på arbeidssstedet. Men med et felles mål og enighet om å starte med LCP, kan man øke fokuset rundt omsorgen til den døende. Man vil da ha en bedre begrunnelse på hvorfor man vil gjennomføre en nøye målrettet og tilrettelagt opplæring av personalet. I flere av studiene tidligere i oppgaven har de kommet frem til at LCP fører til en bedre dokumentasjon. Dette vil ikke direkte føre til en god død for pasienten, men vil kunne bidra til kvalitetssikring av dokumentasjonen. Men samtidig vil en mer dokumentert helhetlig måte å tenke på sikre at hele pasienten blir sett. Noe vi tenker kan være med på å møte forutsetningene for at pasienten skal oppleve en god død. Kan man med LCP som et verktøy, kvalitetssikre pleien ved livets slutt? Vi vil i denne oppgaven konkludere med at LCP kan bidra til en god død, hvis alle av de riktige forutsetningene ligger tilstede.

## 6.0 LITTERATURLISTE

Chan, R. and J. Webster (2010). End-of-life care pathways for improving outcomes in caring for the dying (Review). I: *The Cochrane Library*, Issue 11. Utgivelsessted: John Wiley & Sons, Ltd.

Dalgaard, K. M (2011). Den gode død – mellom ideal og virkelighet. I: Birkelund, R. (red) *Ved livets afslutning: om palliativ omsorg, pleje og behandling*. s. 82-104. Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Duffy, A. and C. Woodland (2006). Introducing the Liverpool Care Pathway into nursing homes. I: *Nursing older people*. 18(9), s. 33-36

Eckerdal, G. (2005). Hva er hospice? I: Beck- Friis, B. and P. Strang (red.) *Palliativ medicin*. s. 187- 192. Stockholm: Liber Forlag

Ellershaw, J. and S. Wilkinson (2011). *Care of the dying: a pathway to excellence*. Oxford, Oxford University Press.

Gjerberg, E. og A. Bjørndal (2007). Hva er en god død i sykehjem? I: *Forskning*. 3(2), s. 174-180.

Gudbergson, S. B (2008). Rehabilitering av pasienter med kreft. I: Reitan, A. M. and T. K. Schjøberg (red). *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling*. s. 243-250. Oslo, Akribe.

Heide, A. m.fl. (2010). End-of-life decision making for cancer patients in different clinical settings and the impact of the LCP. I: *Journal of Pain and Symptom Management*. Vol. 39 No.1, s.33- 43

Hjort, P. (2001). God dødspleie. I: *Verdier ved livets slutt*. s.241-246. Oslo: Verdikommisjonens styringsgruppe.

Husebø, B. S. og S. Husebø (2003). *De siste dager og timer – behandling, pleie og omsorg ved livets slutt*. Oslo: MEDLEX Norsk Helseinformasjon

Iversen, G. S. (2010) *Hva er LCP? Hvilke ressurser fins for avdelinger som vil innføre denne tiltaksplanen?* [online] URL:

[http://www.palliativ.org/admin\\_files/Bergen2010/Hva\\_er\\_LCP\\_av\\_Grethe\\_Skorpen\\_Iversen.pdf](http://www.palliativ.org/admin_files/Bergen2010/Hva_er_LCP_av_Grethe_Skorpen_Iversen.pdf) (11.03.11)

Iversen, G. S (2011). *Liverpool care pathway* [online]. URL: <http://www.helsebergen.no/omoss/avdelinger/klb/Sider/liverpool-care-pathway.aspx> (12.02.11)

Kopp, K (2011). Hospicetanken. I: Birkelund, R. (red) *Ved livets afslutning: om palliativ omsorg, pleje og behandling*. s. 42-60. Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Lillemoen, L., R. U. Velund og E. Østensvik (2011). Tiltaksplan for døende pasienter. I: *Tidsskriftet sykepleien*. 1 (99). s. 60-63

Norsk forening for palliativ medisin (2004). *Standard for palliasjon* [online] URL: <http://www.legeforeningen.no/asset//24404/2/244042.pdf> (13.02.11)

NOU 1999:2. *Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Rosland, J. H., S. Hofacker and Ø. Paulsen (2006). Den døende pasient. I: *Tidsskrift for den norske legeforening*. 4(126),s. 467-470

Veerbeek, L. m. fl. (2008). The effect of the Liverpool Care Pathway for the dying: a multi-centre study. I: *Palliative medicine* 22, s. 145-151.

Watson, J., J. Hockley and B. Dewar (2006). Barriers to implementing an integrated care pathway for the last days of life in nursing homes. I: *International Journal of Palliative Nursing*. 12(5), s.234-240.

## Vedlegg 1:



Pasientdata
-------------

### ***Liverpool Care Pathway (LCP)- for SYKEHJEM***

#### **En tiltaksplan for omsorg til døende og deres pårørende**

**Referanser:**

The National Council for Palliative Care (2006) Changing Gear: Guidelines for Managing the Last Days of Life in Adults. London: The National Council for Palliative Care.

Ellershaw JE, Wilkinson S, eds. (2011). Care of the dying: A pathway to excellence. Second edition. Oxford: Oxford University Press.

Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (rev. utgave 2010). Oslo: Helsedirektoratet.

Nettsider: [www.mccpcil.org.uk/liverpool-care-pathway/](http://www.mccpcil.org.uk/liverpool-care-pathway/) og [www.helse-bergen.no/lindrendebehandling](http://www.helse-bergen.no/lindrendebehandling)

**Bruksveiledning:**

1. Alle mål er skrevet med **uthevet skrift**. Tiltak, som er en hjelp til å nå målene, er skrevet med vanlig skrift.
2. Retningslinjer for symptomlindring er trykket på de siste sidene i skjemaet. Vær snill og henvis til disse når det trengs.

Helsepersonell står fritt til å gjøre sine egne faglige vurderinger, men enhver endring i forhold til de anbefalte retningslinjene i tiltaksplanen skal dokumenteres som et avvik på siste side.

**Kriterier for å bruke denne tiltaksplanen for omsorg til døende:**

- **Alle mulige reversible årsaker til pasientens tilstand er vurdert.**
- **Det tverrfaglige teamet er enige om at pasienten er døende. To av følgende kriterier vil vanligvis være oppfylt:**

Pasienten er sengeliggende  Pasienten er i lengre perioder ikke kontaktbar

Pasienten klarer bare å drikke små slurker  Pasienten kan ikke lenger svelge tabletter

Når denne planen settes i gang, erstatter den all annen dokumentasjon og blir den eneste form for rapport som brukes.

Dokumentasjon av medikamentforordning og -utlevering følger sykehjemmets vanlige retningslinjer.

Dato/Klokkeslett:

Avd.:

Lege:

Sykepleier:





Navn.....

Avd.....

Dato: .....

Del 1		Første vurdering (vurdering ved inklusjon)			
Diagnose og personopplysninger	Hoveddiagnose:	Bidiagnoser:			
	Personnummer:	<input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Kvinne Nasjonalitet:			
	Innlagt dato:				
Symptomer og funn	Klarer ikke å svelge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Våken	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
	Kvalme	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Bevisst	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
	Brekninger, oppkast	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Vannlatingsbesvær, UVI	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
	Obstipert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Kateterisert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
	Forvirret	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Surkling i luftveiene	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
	Urolig, agitert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Dyspne	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
	Rastløs	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Smerte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
	Anspent, engstelig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Annet (f.eks. ødemer, kløe)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
	Delmål ved første vurdering	Mål 1 Aktuell medikasjon er vurdert og ikke-essensielle medikamenter seponert			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
		Hensiktsmessig peroral medikasjon er endret til subkutan, og subkutan pumpe er satt i gang hvis hensiktsmessig.			
Uhensiktsmessig medikasjon er seponert.					
Mål 2 Behovsmedikasjon til subkutan administrasjon er skrevet opp for følgende symptomer etter avdelingens prosedyrer:					
Smarter		- smertestillende	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
Uro, agitasjon		- beroligende	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
Surkling i luftveiene		- antikolinergikum	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
Kvalme og brekninger		- kvalmestillende	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
Dyspne		- ansedempende/muskelavslappende	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
Mål 3 Uhensiktsmessige tiltak seponeres					
Blodprøver		<input type="checkbox"/> ikke aktuelt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei			
Antibiotika		<input type="checkbox"/> ikke aktuelt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei			
Iv væske		<input type="checkbox"/> ikke aktuelt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei			
Journalfør at resusitering ikke er aktuelt (R -)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei			
Deaktivering av implantert defibrillator (ICD)		<input type="checkbox"/> ikke aktuelt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei			
Kontakt pasientens kardiolog					
Henvis til lokale retningslinjer og prosedyrer					
Gi ev. informasjonsbrosjyre til pasient/pårørende					
Degens underskrift:		Dato:			
Mål 3a Det er tatt en avgjørelse om å avslutte ikke-hensiktsmessige pleietiltak					
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei					
Skal en ha et regime for å snu pasienten, eller gjøre det bare ved behov, vurdere antidecubinusmadrass, vurdere huden, skal en fortsette med å ta BT, puls og temp, osv					
Mål 3b Smertepumpe er satt i gang innen 4 timer etter at den ble forordnet av legen					
<input type="checkbox"/> ikke aktuelt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei					
Sykepleierens underskrift:		Dato:			
		Klokkeslett:			



Navn.....

Avd.....

Dato: .....

<b>Del 1</b> <i>Innsikt/forståelse</i>	<b>Første vurdering – fortsettelse</b> <b>Mål 4</b> Evne til å kommunisere på norsk er vurdert som adekvat hos pasienten <input type="checkbox"/> komatøs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei hos de pårørende (familie eller andre) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei <b>Mål 5</b> Innsikt i pasientens tilstand er vurdert: Pasienten er klar over diagnosen <input type="checkbox"/> komatøs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei De pårørende er klar over diagnosen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Pasienten er klar over at han/hun er døende <input type="checkbox"/> komatøs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei De pårørende er klar over at pasienten er døende <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<i>Åndelig omsorg</i>	<b>Mål 6</b> Religiøse/åndelige behov er vurdert hos pasienten <input type="checkbox"/> komatøs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei hos de pårørende <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Pasienten eller de pårørende kan være engstelige for seg selv eller andre. Vurder spesielle behov i forhold til familiens kulturelle bakgrunn. Vurder støtte fra prest eller annen åndelig veileder.  Pas. trosretning eller livssyn er kjent <input type="checkbox"/> ikke aktuelt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Hvis ja, hvilken/hvilket <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Gitt tilbud om kontakt med prest /annen kontaktperson  Navn: ..... tlf: ..... dato: ..... Kommentarer (spesielle behov nå i forbindelse med dødsfallet, etter dødsfallet):
<i>Kommunikasjon med de pårørende</i>	<b>Mål 7</b> Det er avtalt hvordan pårørende skal informeres ved forandring i pasientens tilstand <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei - uansett tidspunkt på døgnet <input type="checkbox"/> - ikke om natten <input type="checkbox"/> - pårørende overnatter på sykehjemmet <input type="checkbox"/> Nærmeste pårørende: ..... tlf: ..... Relasjon til pasienten: ..... Evt. annen pårørende: ..... tlf: ..... Relasjon til pasienten: .....
	<b>Mål 8</b> Pårørende er gitt informasjon om sykehjemmet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Skriftlig informasjon om parkering, telefon, mat og drikke, overnatting og annen praktisk informasjon
<i>Kommunikasjon med primærhelsetjenesten</i>	<b>Mål 9</b> Pasientens fastlege er klar over pasientens tilstand <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Hjemmesykepleien er informert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<i>Sammendrag</i>	<b>Mål 10</b> Plan for videre behandling og pleie er forklart for og drøftet med pasienten <input type="checkbox"/> komatøs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei de pårørende <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei <b>Mål 11</b> De pårørende gir uttrykk for at de forstår hva som er planen videre <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei De pårørende er klar over at videre behandling og pleie har fokus på at pasienten er døende. De pårørende har fått komme frem med sine ønsker og bekymringer og disse er dokumentert. Tiltaksplanen kan drøftes hvis dette vurderes som hensiktsmessig.
Hvis du har svart "nei" på et av delmålene, bør du utdype svaret på siste side. Underskrift: ..... Stilling: ..... Dato: .....	



Navn.....

Avd.....

Dato: .....

Del 2	Fortløpende vurderinger: Er målet oppnådd?					
Fortløpende vurderinger	<i>Kryss "ja" (mål oppnådd) eller "nei" (mål ikke oppnådd). Hvis svaret er nei, beskrives tiltak og resultat på siste side.</i>					
Delmål	04:00	08:00	12:00	16:00	20:00	24:00
<b>Smerter</b> Mål: Pasienten er smertefri - Pasienten sier det (dersom ved bevissthet) - Pas. er smertefri ved bevegelse - Pas. virker fredfull - Vurder behov for leieforandring	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Uro/forvirring</b> Mål: Pasienten er rolig og avslappet - Pasienten frembyr ikke tegn på delirium, dødsangst eller rastløshet ("plukker") - Utelukk urinretensjon som årsak - Vurder behov for leieforandring	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Surkling i luftveiene</b> Mål: Pasienten er ikke plaget med uttalt surkling - Medikament skal gis så snart symptomer oppstår - Vurder behov for leieforandring - Symptomet er droftet med de pårørende	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Kvalme og oppkast</b> Mål: Pasienten er ikke kvalm og kaster ikke opp - Pasienten sier det (dersom ved bevissthet)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Dyspne (tung pust)</b> Mål: Pasienten er ikke plaget av tung pust - Pasienten sier det (dersom ved bevissthet) - Vurder behov for leieforandring	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Andre symptomer (f.eks ødemer, kløe)</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Behandling/prosedyrer</b>						
<b>Munnstell</b> Mål: Munn er fuktig og ren - Se retningslinjer for munnstell - Munnens vurderes minst hver 4. time - Pårørende deltar i munnstell	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Vannlatingsbesvær</b> Mål: Pasienten er ubesværet - Legg inn kateter hvis retensjon - Bruk kateter eller bleier hvis pas. generelle tilstand fører til inkontinens	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Medikamenter</b> Mål: Alle medikamenter er gitt korrekt i forhold til legens forordning - Smertepumpe kontrollert minst hver 4. time	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Underskrift:</b>						
<i>Bruk et nytt ark for hvert døgn</i>						



Navn.....

Avd.....

Dato: .....

Del 2	Fortløpende vurderinger – <i>fortsettelse</i> Er målet oppnådd?		
	<i>Kryss "ja" (mål oppnådd) eller "nei" (mål ikke oppnådd). Hvis svaret er nei, beskrives tiltak og resultat på siste side.</i>		
<b>Delmål</b>		<b>08:00</b>	<b>20:00</b>
<b>Liggestilling/ trykkområder</b>	Mål: Pasienten ligger godt i trygge omgivelser Klinisk vurdering av: Hud, ev. trykksår, behov for leieforandring, spesialmadrass, personlig hygiene, sengebud, stell av øynene	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Tarmfunksjon</b>	Mål: Pasienten er ikke plaget av obstipasjon eller diaré	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Forståelse/ innsikt</b>	Mål: Pasienten er klar over situasjonen - Pasienten får nødvendig informasjon og støtte gjennom ord, berøring og nærvær	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Mål: De pårørende er forberedt på at døden er nær forestående og at målet er fred og forsoning innfor døden - Vurder forståelsen hos de pårørende, inkludert barn og ungdom og de som ikke var til stede ved første vurdering - Forviss dere om at de forstår at pasienten er døende og hvilke tiltak som blir gjort for å lindre - Tilby støtte fra sykehjemspresten eller annen kontaktperson	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Åndelig omsorg</b>	Mål: Behovet for åndelig omsorg er ivare tatt - Pasienten eller de pårørende kan være engstelige for seg selv eller andre - Støtte fra sykehjemspresten kan være til hjelp - Vurder spesielle behov i forhold til familiens kulturelle bakgrunn	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Ivaretagelse av de pårørende</b>	Mål: Pårørendes behov er ivare tatt - Vurder pårørendes behov for helsehjelp eller sosial støtte - Forviss dere om at de er kjent med sykehjemets lokaliteter og tilbud	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Underskrift av sykepleier: <span style="float: right;">Dag:                      Kveld:                      Natt:</span>			
<i>Bruk et nytt ark for hvert døgn</i>			
Utfyllende kommentar om forløpet (fra alle yrkesgrupper):			



Navn.....

Avd.....

Dato:

<b>Del 3</b>	<b>Ved dødsfallet</b>
--------------	-----------------------

Dato:

Klokkeslett:

Klokkeslett attestert av lege:

Hvem var til stede:

Rapport:

Underskrift:

Delmål etter dødsfallet	
<i>Hvis svaret er nei, beskrives tiltak og resultat på siste side</i>	
Mål 12 Fastlegen er informert om dødsfallet Ta kontakt neste arbeidsdag hvis dødsfallet skjer utenom arbeidstiden Hjemmesykepleien er informert om dødsfallet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Mål 13 Avdelingens prosedyrer ved mors og ved stell av døde er fulgt (spesielle religiøse/kulturelle behov ivare tatt)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Mål 14 Avdelingens prosedyrer etter dødsfall er fulgt Sjekk følgende punkter: - syning av liket - fjerning av ev. pacemaker eller ICD og kremsjon - obduksjon - registrering av dødsfallet/dødsattest fylt ut - journalen avsluttet og epikrise diktret - beskjed formidlet til ev. andre offisielle instanser	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Mål 15 De pårørende er gitt informasjon om rutiner ved dødsfall Brosjyre med praktisk informasjon ved dødsfall er gitt til de pårørende	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Mål 16 Sykehjemmets prosedyrer vedr. pasientens verdisaker og eiendeler er fulgt - Eiendeler og verdisaker er signert for av identifisert person - Gjenstander er pakket for senere avhenting - Verdisakene er registrert og lagret på et trygt sted	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Mål 17 Nødvendig informasjon er gitt til rette vedkommende - Hæftet: "Når en av våre nærmeste dør" er utlevert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Mål 18 Skriftlig informasjon til etterlatte er gitt til de pårørende - Informasjonshfte om sorg og aktuell oppfølging i lokalmiljøet delt ut ("etterlattemappe")	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Underskrift:	Dato:



Navn.....

Avd.....

**Når målet ikke er oppnådd:**

**Analyse av problem, tiltak og resultat:**

Hvilket delmål ble ikke oppnådd?	Tiltak for å oppnå målet	Effekt/resultat (Ble målet oppnådd?)
Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:
Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:
Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:
Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:
Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett: