



Palliasjon til ikke-kreftpasienter

Hvordan kan vi sikre et likeverdig tilbud til alle pasienter, uavhengig av diagnose?

Kandidatnummer: 20

VID vitenskapelig høgskole

Haraldsplass

Fordypningsoppgave

Videreutdanning i palliativ sykepleie

Kull: 2017-2019

Antall ord: 5973

12. april 2019

Sammendrag

Bakgrunn: En tidlig palliativ tilnærming er vist å kunne bedre både pasientens og pårørendes livskvalitet, samt begrense unødvendig behandling, uhensiktsmessig bruk av intensiv medisin, gjøre at flere pasienter kan få mer hjemmetid, samt å dø hjemme dersom ønskelig. I spesialisthelsetjenesten i dag er det hovedsakelig kreftpasienter som får palliativ behandling. En av grunnene til at KOLS- og hjertesviktpasienter ikke får samme tilbud om palliativ behandling, pleie og omsorg, kan tenkes å være at det er vanskelig å gjenkjenne endestadiet sykdommene, da utviklingen er ujevn sammenlignet med f.eks. kreft. Et annet hinder er at helsepersonell vegrer seg for å snakke med pasientene om fremtiden og prognose, samtidig som flere ikke vet hva som kjennetegner en pasient som har behov for en palliativ tilnærming, eller hva dette innebærer. **Problemstilling:** Hvordan sikre et likeverdig palliativt tilbud til pasienter innlagt i sykehus, uavhengig av diagnose? **Metode:** Fagutviklingsprosjekt er valgt som metode, og det skal bygge på forsknings- og erfaringsbasert kunnskap. Prosjektet vil ta sikte på å implementere en bevisst og strukturert palliativ tilnærming til pasienter innlagt på sykehus. Dette skal gjøres ved hjelp av undervisning og informasjon til helsepersonell, samt implementering av screeningverktøy for å identifisere pasienter med behov for palliativ tilnærming, til riktig tid. Et behovsvurderingsskjema skal sikre at alle pasienter får et likeverdig tilbud om palliativ tilnærming. Fagutviklingsprosjektet betydning for palliativ sykepleie belyses ved hjelp av Kari Martinsens omsorgsteori og Cicely Saunders «total pain», samt Hospicefilosofien. **Konklusjon/Ønsket resultat:** Med begrunnelse i forskningen er det grunn til å tro at flere pasienter vil oppleve bedre livskvalitet, føle seg trygget, få bedre informasjon, mer hjemmetid og om ønskelig; hjemmedød, ved realisering av fagutviklingsprosjektet. Konsekvenser av dette kan tenkes å være færre reinnleggelser og dødsfall på sykehus.

Nøkkelord/Keywords:

Palliasjon, sykepleie, palliativ sykepleie, KOLS, hjertesvikt, sykehus

Palliative care, nursing, palliative nursing, COPD, heartfailure, hospital

Innhold

1.	Innledning, bakgrunn og problemstilling	1
1.1	Tema, aktualitet og arbeidet med prosjektplanen	1
1.2	Tidligere forskning	2
1.2.1	Søkeprosessen	2
1.2.2	KOLS.....	2
1.2.3	Hjertesvikt	3
1.2.4	Barrierer for integrering av et bredere palliativt tilbud	5
1.3	Teoretiske perspektiv	6
1.3.1	Kari Martinsen.....	6
1.3.2	Cicely Saunders	7
1.4	Problemstilling, avgrensing og hensikt	8
2.0	Praktisk metodisk gjennomføring.....	10
2.1	Valg av metode og gjennomføring av prosjekt	11
2.1.1	Implementering	11
2.1.2	Informasjon og undervisning.....	13
2.2	Utvalg og varighet	14
2.3	Bruk av allerede utarbeidet verktøy	14
2.3.1	Screeningverktøy – identifisering av den palliative pasienten	15
2.3.2	Koordineringsliste	15
2.3.3	Behovsvurdering for den palliative pasienten	15
2.3.4	Valg av koordinerings-skjema.....	16
2.4	Budsjett.....	16
2.5	Etiske overveielser og tillatelser.....	16
2.6	Evaluering av prosjektet	17
2.7	Metodologiske drøftinger	18
3.0	Formidling/målgrupper	19
	Litteraturliste	20
	Vedlegg 1 – Søkehistorikk	23
	Vedlegg 2 - Granskningstabell	25
	Vedlegg 3 – Screeningverktøy for identifisering av palliative pasienter	30
	Vedlegg 4 – Sjekkliste palliativ tilnærming	33
	Vedlegg 5 – Koordineringsliste.....	36

1. Innledning, bakgrunn og problemstilling

1.1 Tema, aktualitet og arbeidet med prosjektplanen

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Dette innebærer lindring av pasientens fysiske smerter og plagsomme symptomer, samt tiltak rettet mot psykisk, sosial og åndelig/eksistensiell smerte. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet, både for pasienten og pårørende. Palliasjon hverken fremskynder eller forlenger selve dødsprosessen, men anerkjenner døden som en del av livet (European Association for Palliative Care, u.å. & World Health Organization, u.å.).

Dette gjelder alle pasienter med uhelbredelig sykdom, uavhengig av diagnose, og prinsippene kan anvendes tidlig i sykdomsprosessen (Helsedirektoratet, 2015). Dette fremheves også i NOU 2017:16 (s.9 og s.38). Tidlig integrasjon av palliasjon kan bedre livskvaliteten, både til pasient og pårørende, begrense unødvendig behandling, uhensiktsmessig bruk av intensivmedisin, gjøre at flere pasienter kan få mer hjemmetid, samt å dø hjemme dersom ønskelig.

I spesialisthelsetjenesten i dag er det hovedsakelig kreftpasienter som får palliativ behandling. Det forklares med at det palliative tilbudet ofte er organisert under en kreftklinik/kreftavdeling. Palliasjon bør bli en større del av andre spesialiteter også, som f.eks. lungemedisin og kardiologi (NOU 2017:16, s.38).

Ifølge Haugen og Aas (2016, s.119) skjer ca. 33 % av alle dødsfall i Norge på sykehus. Folkehelseregisterets statistikk over dødsårsaker i 2017 i Norge, viser at flesteparten dør av kreft (Folkehelseinstituttet, 2018). Like bak på statistikken er både hjerte-, kar- og lungesykdommer (Til sammen 17.335 dødsfall). Det er 17.335 nordmenn med behov for palliativ tilnærming! Jeg etterlyser en bevisst og strukturert palliativ tilnærming til disse pasientene, slik at alle kan få et likeverdig tilbud.

På min arbeidsplass tilbys et strukturert palliativt tilbud til kreftpasienter, men ikke for øvrige pasientgrupper. I tråd med anbefalinger i NOU 2017:16 (s.39) ønsker jeg å gjøre noe med dette.

Temaet i denne prosjektplanen er implementering av palliativ tilnærming til pasienter med uhelbredelig sykdom, innlagt i en sykehusavdeling.

Ifølge Hauken (2009, s.1) er prosjektarbeid et godt arbeidsredskap for implementering av ny praksis i sykepleierfaget. Arbeidet skal derfor implementeres gjennom et fagutviklingsprosjekt. Dette skal skje ved en medisinsk avdeling på et lokalsykehus, underlagt St. Olavs Hospital. Avdelingen består av generell indremedisin, infeksjon, lungemedisin og kreft m.m.

1.2 Tidligere forskning

1.2.1 Søkeprosessen

Databaser brukt for å finne relevant forskning var Chinal, Medline og Swemed+. I tillegg ble noen artikler funnet ved håndsøk. Søkeord var palliative care, palliative nursing, COPD, heart failure, dementia, renal failure, neurological disease, liver failure, non-cancer patients, frail elderly og elderly patients. Avgrensinger var Abstracts og <10 år gamle studier (vedlegg 1).

Søket viste at det finnes mye forskning på KOLS, hjertesvikt og demens kombinert med palliasjon. Grunnet oppgavens omfang, velger jeg å ta utgangspunkt i KOLS og hjertesvikt, da disse sykdommene er blant toppen av dødsårsaksstatistikken i Norge. Flere av artiklene viser at den palliative tilnærmingen er anvendelig ovenfor flere pasientgrupper da palliasjon skal være rettet mot det behovet en pasient har, og ikke selve sykdommen (Maddocks et al., 2017, s.998, og Iley, 2012, s.42).

De inkluderte artiklene ble vurdert og gransket (vedlegg 2) etter inspirasjon fra Forsberg og Wengstrøm (2013, s.168). Til tross for funn av artikler i både Medline, Chinahl og Swemed+, ble det etter nøye granskning av flere artikler, klart at alle artikler som til slutt ble inkludert, var funnet i samme database (Medline). Bl.a. ble en aktuell artikkel ekskludert grunnet feil fremstilling av resultatet. Andre ble ekskludert grunnet endring av fokus i oppgaven, eller fordi de ikke tilførte noe nytt.

1.2.2 KOLS

I følge Maddocks et al. (2017, s.989) er det få pasienter med alvorlig KOLS som mottar palliativ behandling. Så lite som 2-20 % hadde fått tilbud om palliativ behandling. Iley (2012, s.41-42) fant i sin litteraturstudie at KOLS-pasienter har mye mindre sannsynlighet for å bli henvist til palliativ behandling enn kreftpasienter, til tross for at de har mye av den samme symptombyrden og psykososiale behov. Hayle, Coventry, Gomm & Caress (2013, s.861) trekker fram at pasienter med alvorlig KOLS opplever en lignende og til og med verre symptombelastning sammenlignet med pasienter med små-cellet lungekreft.

En av grunnene til at KOLS-pasienter ikke får samme tilbud om palliativ pleie, behandling og omsorg som lungekreftpasienter, kan tenkes å være at det er vanskelig å gjenkjenne endestadiet av KOLS, da utviklingen av sykdommen er ujevn sammenlignet med f.eks. lungekreft (Iley, 2012, s.42, & Maddocks et al., 2017, s.996).

Et annet hinder for at KOLS-pasienter fikk et godt palliativt tilbud, var at helsepersonell vegret seg for å snakke med dem om fremtiden og prognose (Iley, 2012, s.44). Iley (2012, s.43) viser videre til at mange pasienter og pårørende ikke forstår at denne sykdommen er uhelbredelig, og noe pasienten til slutt vil dø av. Pasienten og pårørende kan også unngå å diskutere prognosen, fordi de ønsker å fokusere på å holde seg i live. Mange er også av den misoppfatning at palliasjon er det samme som «å bli gitt opp».

I følge Maddocks et al. (2017, s.989) har mange KOLS-pasienter en begrenset forståelse av sin egen sykdom, symptombyrden og psykososiale plager som følge av dette. De rapporterer 11-14 symptomer som median, og de fleste over 65 år har minst tre andre tilleggssykdommer. De vanligste symptomene er tungpusthet, angst og depresjon.

Hayle et al. (2013, s.865-866) undersøkte KOLS-pasienters opplevelse av et palliativt tilbud, og fant at flere pasienter beskrev bedring av symptomer som dyspné, smerter og insomnia. I tillegg rapporterte pasientene at de opplevde færre henvendelser til helsevesenet (dette var ikke målbart i studien). De fikk økt følelse av verdighet og opplevde en positiv psykososial effekt. Disse pasientene møtte likemenn ved et dagtilbud, men studien kunne ikke konkludere om den positive psykososiale effekten kom av dette, eller av palliative tiltak. Pasientene opplevde også at de ble mer åpne for å snakke om fremtiden, og flere endret syn på hva palliasjon innebar, da mange tidligere trodde palliasjon var det samme som «å gi opp».

Maddocks et al. (2017, s.996 og 998) foreslår at det settes fokus på å bedre det palliative tilbudet til KOLS-pasienter og deres pårørende, særlig på sykehus hvor flesteparten i denne pasientgruppen dør. Det poengteres videre at en palliativ tilnærming skal skje lenge før terminalfasen; gjerne så tidlig som mulig. Hayle et al. (2013, s.862) argumenterer for at det palliative tilbudet som er utviklet for kreftpasienter også må tilpasses en bredere pasientgruppe, og det må gjøres forsknings- og kunnskapsbasert.

1.2.3 Hjertesvikt

Hjertesvikt er en kronisk sykdom som, når den progredierer, kan være skremmende og ukomfortabel for pasienten, både fysisk og psykisk (Rogers et al., 2017, s.333).

Hjertesviktpasienter har ofte symptomer som fatigue, dyspné, nedsatt matlyst, kakeksi,

ødemer, depresjon, dårlig livskvalitet og eksistensielle plager (Xu et al., 2018, s.1, & Rogers et al., 2017, s.333). Chow og Senderovich (2018, s.3) viser med sin oppsummerte forskning at symptomene ved alvorlig hjertesvikt kan sammenlignes med symptomer ved alvorlig kreftsykdom, og kan i noen tilfeller være verre. I tillegg vil symptombyrden øke når hjertesvikten når endestadiet, noe som kan være vanskelig å identifisere (Xu et al., 2018, s.3, Chow og Senderovich, 2018, s.6).

Den oppsummerte forskningen til Xu et al. (2018, s.3) og Chow og Senderovich (2018, s.3) viser at det er få hjertesviktpasienter som mottar palliativ behandling, pleie og omsorg i dag, selv om forskning anbefaler det til denne pasientgruppen. På bakgrunn av høy dødelighet og dårlig livskvalitet hos hjertesviktpasienter, til tross for standard hjertesviktbehandling, etterlyser også Rogers et al. (2017, s.333) en nytenkning rundt denne pasientgruppen; de anbefaler palliativ tilnærming. Chow og Senderovich (2018, s.5 og 7) anbefaler dette tidlig i forløpet for bedre symptomkontroll og økt livskvalitet. Samtidig identifiserer de misforståelser blant flere kardiologer, som ikke helt vet hva palliasjon er, og tror dette handler om å avslutte livsforlengende behandling. Det at hjertesviktpasienter ikke får palliativ behandling, pleie og omsorg, gjør at de også «frarøves» tilskudd og støtteordninger som (palliative) kreftpasienter får tilbud om (Chow & Senderovich, 2018, s.9).

Chow og Senderovich (2018, s.3,7 og 9) påpeker at det sjeldent kommuniseres godt med pasient og pårørende om hvor alvorlig diagnosen hjertesvikt er. En av grunnene er at også helsepersonell kan ha vansker med å anerkjenne hjertesvikt som en dødelig sykdom, før det har gått lang tid. En annen faktor er at helsepersonell vegrer seg for å snakke med pasientene om dette, da de ikke ønsker å «ta fra dem håpet». Chow og Senderovich (2018, s.10) belyser også problemene som kan oppstå når pasienten og pårørende ikke har samme oppfatning av sykdommens alvorlighetsgrad og veien videre. De antyder at en palliativ tilnærming kan hjelpe alle parter til å komme på «samme spor».

I Xu et al. (2018, s.3) sin oppsummerte forskning kommer det fram at palliasjon til hjertesviktpasienter ga en signifikant bedring i deres symptombyrde, målt i ESAS-skjema. Til tross for bedring i ESAS-score, bedret det ikke pasientenes livskvalitet.

Funn gjort av Rogers et al. (2017, s.337) i deres randomiserte kontrollerte studie viser at hjertesviktpasienter som fikk palliativ behandling i tillegg til standard hjertesviktbehandling rapporterte bedring i fysiske, psykiske og eksistensielle plager, sammenlignet med en gruppe hjertesviktpasienter som kun fikk standard hjertesviktbehandling. Til forskjell fra Xu et al.

(2018), fant Rogers et al. (2017 s.338) at palliativ behandling til denne pasientgruppen bedret livskvaliteten. Det kommer videre fram at det pasientene opplevde som viktig var å få god symptomlindring og det å få hjelp til å planlegge og å snakke om livets slutfase, i form av forhåndssamtaler. Mangel på et strukturert palliativt tilbud til disse pasientene, og mangel på forhåndssamtaler gjør at hjertesviktpasienter har større sannsynlighet for å dø i en øyeblikkelig-hjelp-setting (sykehus) enn kreftpasienter (Chow & Senderovich, 2018, s.7).

På den ene siden viser Rogers et al. (2017, s.337) til at palliativ behandling som tillegg til standard hjertesviktbehandling ikke påvirker antall reinnleggelser. Likevel påpekes det hvor viktig det er at det jobbes med palliasjon utenfor sykehus, nettopp for å kunne gi pasienten trygghet og de midlene han/hun trenger for å få mer hjemmetid, eller eventuelt en god hjemmedød. På den annen side tyder funnene til Xu et al. (2018, s.3) på at palliativ behandling, pleie og omsorg kan redusere antall reinnleggelser i sykehus, og dermed også være kostnadseffektivt for samfunnet.

Basert på sine funn, kommer Chow og Senderovich (2018, s.7 og 10) med forslag til tiltak for å gjøre et palliativt tilbud tilgjengelig for hjertesviktpasienter. Bl.a. nevnes informasjon til pasient og pårørende, kompetanseløft til helsepersonell, fokus på samtaler om fremtiden og pasientsentrert arbeid i tverrfaglige team. Et samarbeid mellom leger med spesialisering i palliasjon og kardiologer er nødvendig, da de har hver sin spesialitet som er avgjørende for god palliasjon til hjertesviktpasienter.

1.2.4 Barrierer for integrering av et bredere palliativt tilbud

Aldridge et al. (2016, s.224) sin litteraturstudie belyser nøkkelbarrierer som hindrer integreringen av et bredere palliativt tilbud. Den første er utdanning og kompetanseheving - flere leger tror at palliasjon er noe som ekskluderer annen behandling, og at det kun er en tilnæringsmåte til terminale pasienter. Denne oppfatningen deles av offentligheten (Aldridge et al., 2016, s.228-229). Videre belyses mangel på kompetent helsepersonell. Det er for få leger som spesialiserer seg i palliasjon, og for få sykepleiere som går videreutdanning, i forhold til det enorme behovet. De viser også til at bedre bemanning, f.eks. på en sykehusavdeling, øker sjansen for større integrering av palliasjon (Aldridge et al., 2016, s.229).

Aldridge et al. (2016, s.231) påpeker at det er vanskelig å identifisere pasienter, til riktig tidspunkt, som har behov for palliativ tilnærming. De viser også til en undersøkelse utført på 800 amerikanere i 2011 hvor det kommer fram at etter å ha blitt informert om hva palliasjon

er, ønsket 94 % å få palliativ behandling, pleie og omsorg selv eller for sine nærmeste, dersom de ble alvorlig syke.

Ifølge Aldridge et al. (2016, s.235-237) foreslo «Center of Advance Palliative Care» i 2011 disse kriteriene for å identifisere en pasient som har behov for palliativ tilnærming:

- Dårlig symptomkontroll
- Oppsøker akuttmottak/legevakt ofte
- 1 eller flere innleggelses siste måned
- Og/eller langt opphold på intensivavdeling

Dersom pasienten oppfyller ett eller flere av disse kriteriene, skal man tenke at pasienten kan ha nytte av en palliativ tilnærming.

I tillegg er det viktig at legen spør seg: «Blir jeg overrasket om denne pasienten dør i løpet av 1 år?»

Aldridge et al. (2016, s.231) argumenterer for en palliativ tilnærming, da dette er vist å kunne redusere reinnleggelses og dødsfall på sykehus.

1.3 Teoretiske perspektiv

1.3.1 Kari Martinsen

Fagutviklingsprosjektets relevans for palliativ sykepleie, og sykepleierens rolle i møte med pasienten belyses ved hjelp av Kari Martinsens omsorgsteori (gjengitt av Kirkevold, 1992, s.132-134).

Ifølge Martinsen er omsorg ikke bare sykepleiens verdigrunnlag, men også en grunnleggende forutsetning for menneskelig liv. Mennesker er avhengige av hverandre, noe som særlig kommer til syne i møte med sykdom, lidelse og funksjonshemming. Denne avhengigheten krever et motsvar, som ifølge Martinsen er *omsorg*. Martinsen trekker frem tre aspekter ved omsorg; relasjonell, praktisk og moralsk.

Omsorg er *relasjonell* da den baseres på forholdet mellom to personer (pasienten-sykepleier). Den baseres videre på fellesskap, gjensidighet og solidaritet. «Grunnholdningen» for den relasjonelle omsorgen er at man anerkjenner den andre ut ifra hans/hennes situasjon, noe som er en forutsetning for å kunne yte omsorg. Videre skal ikke omsorgsyter/sykepleier vente å få noe tilbake. Omsorgen er betingelsesløs.

Omsorg er *praktisk* ettersom det innebærer en praktisk handling. Omsorgen baseres på den konkrete tilstanden og situasjonen mottakeren/pasienten befinner seg i. Konkrete, situasjonsbetingede, praktiske handlinger skal utføres, basert på faglig skjønn. Faglig skjønn bygger på sykepleierens etiske og faglige vurdering, og på det man mener er «til den andres beste».

Omsorg er *moralsk* da den er knyttet til ansvaret for de svake. Martinsen knytter det moralske begrepet til det å handle «fornuftig» gjennom ansvarlig maktbruk, da forholdet mellom mennesker er preget av makt og avhengighet. Fornuft er å forene det emosjonelle og rasjonelle. Man skal ta hensyn til både de involverte partene, situasjonen, etiske verdier og normer. Moralsk praksis må læres gjennom erfaring, drøftinger og læring.

Martinsens omsorgsteori går videre ut på at sykepleie skal rettes mot den *syke* syke, altså de svakeste og mest hjelpetrengende, herunder pasienter med behov for palliasjon. Det konkrete målet er å gjøre det så godt som mulig for pasienten, her og nå, unngå forverring, opprettholde visse funksjoner, samt styrke pasientens livsmot (gjengitt av Kristoffersen, 2014, s.215). Dette finner man igjen i definisjonen av palliasjon (se 1.1).

1.3.2 Cicely Saunders

Cicely Saunders regnes som å være en av de viktigste enkeltpersonene innen palliasjon, og har jobbet mye for å utvikle faget (Kaasa & Loge, 2016, s.37). Hun anerkjente bl.a. at døende pasienter har behov for mer enn bare smertelindring. Saunders mente man skulle ha en holistisk tilnærming - hun lanserte ideen om «total pain», som moderne palliasjon bygger på (gjengitt av Battista & LaRagione, 2015, s.852). Man finner også dette igjen i definisjonen av palliasjon (se 1.1). «Total pain» betyr at smerte både kan være fysisk, psykisk, sosial og åndelig/eksistensiell. Dette vitner om at pasientenes smerte og lidelse ofte kan være sammensatt og vanskelig å lindre, med mindre man har en holistisk tilnærming (NOU 2017:16, s.9).

Den moderne Hospicefilosofien har sine røtter hos Cicely Saunders (Preston & Froggatt, 2015, s.1080). Filosofien bygger på teambasert/tverrfaglig tilnærming til pasientene for å dekke deres fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle behov. Saunders mente at det alltid var noe å gjøre for en døende pasient, og at det var viktig å sette den enkelte pasienten i fokus (Battista & LaRagione, 2015, s.852). Derav er et av nøkkelpunktene å støtte pasientens ønsker og la han/hun være sjef i eget liv. Videre satte Saunders et fokus på familien til pasientene, og at de også hadde behov for å bli ivaretatt, både mens pasienten var syk, men

også etterpå i form av sorgarbeid (gjengitt av Preston & Froggatt, 2015, s.1080). I tillegg belyser hun et behov for omsorg til omsorgsyteren, herunder sykepleier, da det kan være utfordrende å jobbe med alvorlig syke og døende mennesker, samt deres pårørende (gjengitt av Rønsen, 2018).

1.4 Problemstilling, avgrensning og hensikt

- Hvordan sikre et likeverdig palliativt tilbud til pasienter innlagt i sykehus, uavhengig av diagnose?
 - o Implementering av en bevisst og strukturert palliativ tilnærming til pasienter innlagt på sykehus

Oppgaven avgrenses til å gjelde pasienter over 18 år innlagt i sykehus, som har en uhelbredelig sykdom, men kreft ekskluderes. Bakgrunnen for dette er at det palliative tilbudet til kreftpasienter i Norge i dag er godt utarbeidet og tilstede på sykehusavdelingen hvor arbeidet skal implementeres. Jeg velger å ikke fokusere kun på pasienter med kort forventet levetid, men også de med plagsomme symptomer som forventes å kunne leve lenge. Dette med bakgrunn i at det argumenteres, både i forskning og litteratur (Helsedirektoratet, 2015, Chow & Senderovich, 2018, s.10, Maddocks et al., 2017, s.996 og 998, Aldridge et al., 2016, s.235-237, & Iley, 2012, s. 42), for at palliativ omsorg skal starte tidligere enn i terminalfasen.

Fagutviklingsprosjektet vil være rettet mot helsepersonell som jobber med denne pasientgruppen. Det vil være fokus på å undervise helsepersonell, både om hva en palliativ pasient er, hva tilbudet innebærer og bruken av verktøyene som er valgt (se 2.3.1, 2.3.2 og 2.3.3).

Hensikten med oppgaven er å sikre et likeverdig tilbud til palliative pasienter, innlagt på sykehus, uavhengig av diagnose.

Et godt palliativt tilbud vil trolig medføre at pasienten og pårørende:

- Blir bedre lindret
- Føler trygghet
- Får mer hjemmetid, og om pasienten ønsker det: hjemmedød
- Om mulig; hindre reinnleggelser på sykehus

- Både pasienten og pårørende er sikret å få informasjon om tiden som kommer, og kanskje føler seg mer forberedt.

2.0 Praktisk metodisk gjennomføring

Det er behov for kompetanseløft hos helsepersonell, innen palliasjon (Aldridge et al., 2016, s.224, Chow & Senderovich, 2018, s.7 og 10, og Iley, 2012, s.42). Alle må vite hva som kjennetegner en pasient som har behov for palliativ tilnærming, og hva dette innebærer. Ifølge Haugen og Aas (2016, s.114) skal grunnleggende palliasjon innebære:

- Kartlegging av symptomer
- Grunnleggende symptomlindring
- Kommunikasjon og informasjon
- Pårørende
- Pleie og symptomlindring
- Tverrfaglig tilnærming
- Sorgarbeid
- Kommunikasjon og dokumentasjon mellom aktørene (f.eks. sykehus og kommune).

Dette er i samsvar med Hospicefilosofien (gjengitt av Battista & LaRagione, 2015, s.852, se 1.3.2).

Som det framgår av forskningen er det ikke enighet om hva som er riktig tidspunktet for å henvise pasienten til en palliativ tilnærming. Noen sier fra diagnosetidspunkt (Maddocks et al., 2017, s.996 og 998, Chow & Senderovich, 2018, s.5 og 7), mens andre hevder at det riktige er å starte når pasienten begynner å få plagsomme symptomer (Aldridge et al., 2016, s.235-237, Iley (2012, s.42). For å sikre at pasientene blir vurdert for palliativ tilnærming, er det gunstig å ha et «screeningverktøy» for å identifisere de pasientene som har behov for palliativ tilnærming. Flere av forskningsartiklene foreslår screeningverktøy, men disse er diagnosebasert og vil ikke fungere i en sykehusavdeling som behandler en så variert pasientgruppe. Kompetansesenteret i lindrende behandling – Helse Bergen (heretter forkortet KLB-HB) har nylig utviklet et screeningverktøy som kan benyttes uavhengig av diagnose (se 2.3.1 og vedlegg 3). Etter Martinsens omsorgsteori (gjengitt av Kristoffersen, 2014, s.215, se 1.3.1) må vi i første omgang kunne tilby palliasjon til de som trenger det mest (de syke syke), altså pasientene som bl.a. har flere plagsomme symptomer, og de som ikke forventes å leve lenger enn 1 år. På lang sikt må vi kunne tilby palliativ tilnærming lenge før pasientene får mange plagsomme symptomer, slik at vi kan være i forkant, men dette vil per dags dato være et uoverkommelig mål.

For å sikre at den palliative tilnærmingen blir strukturert, og at vi har et likeverdig tilbud til alle pasientene, lønner det seg å ha en sjekklister for hva vi skal tilby (se 2.3.2 og 2.3.3).

Etter Martinsens omsorgsteori vil omsorgen vi gir pasientene på denne måten både være praktisk og moralsk (gjengitt av Kirkevold, 1992, s.132-134).

2.1 Valg av metode og gjennomføring av prosjekt

Mål er viktig for å kunne styre et prosjekt. Det skal være middel for å skape engasjement og motivasjon, samt sikre felles forståelse av oppgaven (Hauken, 2009, s.2).

Visjonen med fagutviklingsprosjektet er at alle pasienter, innlagt ved sykehusavdelingen, som har behov for palliativ tilnærming, skal få likeverdig tilbud. Hovedmålet med dette prosjektet vil være å identifisere pasienter som har behov for en palliativ tilnærming, og å tilby dem en palliativ tilnærming på en strukturert måte. Delmål vil derfor være undervisning til helsepersonell, bedre kartlegging av og symptomlindring for pasientene, bedre informasjon til pasienter og pårørende, færre reinnleggelse og flere henvisninger til andre faggrupper.

Det skal dannes en prosjektgruppe (se 2.2) som ideelt vil begynne planleggingsfasen høsten 2019. Ifølge Hauken (2009, s.1-2) er planleggingsfasen noe av det viktigste i prosjektarbeidet. Prosjektgruppen skal lage en prosjektbeskrivelse som brukes for å søke midler og å informere om prosjektet. Prosjektbeskrivelsen blir styringsverktøyet og skal inneholde mål, bakgrunn for prosjektet, metode, budsjett, oversikt over prosjektorganisasjonen, fremdriftsplan, evaluering og rapportering (Hauken, 2009, s.2-6).

Jeg har undersøkt om noe lignende er gjort andre steder i Norge og fant at Helse Bergen har et lindrende tilbud som ikke er forbeholdt kun kreftpasienter. Til tross for dette er det veldig få pasienter med andre diagnoser som blir henvist, i tillegg til at de blir henvist veldig sent i forløpet (M. Grindheim, personlig kommunikasjon, 19. mars 2019)

Ellers er det vanskelig å finne et slikt tilbud til pasienter som ikke har kreft andre steder i landet. Det virker å være et «hull» i helsetilbudet på landsbasis, og basert på forskningen; på verdensbasis!

2.1.1 Implementering

Implementeringsarbeid på en sykehusavdeling tar tid og er krevende. Det vil derfor lønne seg å arbeide med dette som et fagutviklingsprosjekt.

Førland (2014, s.237) nevner lokale forhold som barrierer ved implementering. Det er 5 viktige forhold som bør være på plass for en vellykket implementering:

1. Personalet må ha engasjement og eierforhold til det som skal implementeres
2. Kunnskapen/verktøyene «skreddersys» til arbeidsplassen
3. Den nye kunnskapen er i samsvar med institusjonens visjoner og mål
4. Implementeringen må ha lederforankring
5. Arbeidet må være integrert i organisasjonen og av varig karakter.

I tillegg bør den nye kunnskapen være godt dokumentert og bekreftet av forskning, og hovedtiltaket må være identifisert i forskning og tilpasset lokale forhold.

Lokale forhold ved sengeposten:

1. Det er et stort engasjement i personalgruppa rundt dette temaet. Flere mener at noe bør gjøres, da det ikke er rettferdig fordeling av ressursene, slik det er i dag.
2. Det at prosjektgruppa arbeider på den aktuelle sengeposten gjør at det blir enklere å «skreddersy» verktøyene etter forholdene.
3. St Olavs Hospital sine verdier er trygghet, respekt og kvalitet. Helhet, likeverd og medbestemmelse er kulturen verdiene bygger på. Hovedstrategier for kvalitetsforbedring på St. Olavs Hospital er bl.a. kontinuerlig forbedring og optimal ressursbruk. Vi har et mål og en visjon om «fremragende behandling» og å være sterk på kompetanse (St. Olavs Hospital, 2017). Dette prosjektet kan være et viktig bidrag i målet om «fremragende behandling».
4. Min nærmeste leder er positiv til dette fagutviklingsprosjektet! Hun ser også at dette er et «hull» i behandlingstilbudet på avdelingen, og ønsker å støtte arbeidet med prosjektet. Per dags dato er det oppe til vurdering hos avdelingssjef for sykepleie ved medisinsk avdeling, Orkdal sjukehus.
5. Det at arbeidet skal være integrert og av varig karakter avhenger mye av både planleggingsfasen, og av gjennomføringen. Med en god prosjektskisse, god nok avsatt tid og undervisning til personalet, ser jeg for meg at dette er gjennomførbart, bl.a. på bakgrunn av punkt 1-4.

I en stadig travlere hverdag er det vanskelig å pålegge sykepleiere merarbeid. Derfor er det desto viktigere med god informasjon og undervisning, slik at nytten og betydningen ved implementeringen av arbeidet veier opp for belastningen av flere oppgaver. Et godt argument er at både Rogers et al. (2017, s.337) og Hayle et al. (2013, s.865-866) viser at en palliativ

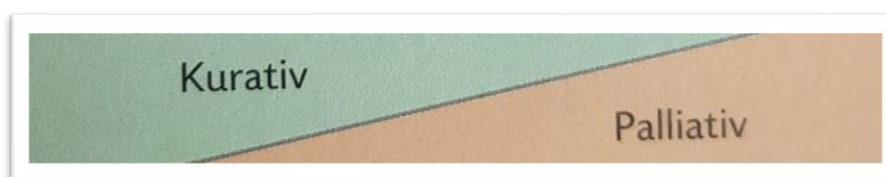
tilnærming gjør at pasientene blir bedre lindret og kan få økt livskvalitet. I tillegg viste Aldridge et al. (2016, s.231) og Xu et al. (2018, s.3) til at palliativ tilnærming kan redusere reinnleggelse og dødsfall på sykehus.

Jeg tror ikke det er behov for flere ressurser/personale på avdelingen for å få til dette, eller at andre oppgaver må «vike», men dette blir kun spekulasjoner. På den annen side påpeker Aldridge et al. (2016, s.229) at bedre bemanning øker sjansen for integrering av palliasjon. Kanskje kan det være et langsiktig mål å få økt bemanningen for å sikre denne pasientgruppen et godt palliativt tilbud?

2.1.2 Informasjon og undervisning

Mangel på utdanning og kompetanse er som tidligere nevnt en barriere for implementering av et bredere palliativt tilbud (Aldridge et al., 2016, s.224). Undervisningen må bygge på funn fra forskning og litteratur, samt vise til både forsknings- og erfaringsbasert kunnskap.

Min erfaring er at mange fremdeles er av den oppfatning at palliasjon har med kreftpasienter og terminalfasen å gjøre. Flere av studiene som er utgangspunkt for denne prosjektplanen belyser nettopp dette (Iley, 2012 s.42 og Chow & Senderovich, 2018, s.7). For å kunne endre praksis, må man derfor starte med å opplyse helsepersonell om at palliasjon er diagnoseuavhengig, og at det bør integreres i behandlingen ved et tidlig tidspunkt for pasienter som har en uhelbredelig sykdom. Palliasjon bør integreres parallelt med kurativ/livsforlengende behandling for så å bli gradvis mer dominerende, som illustrert nedenfor.



(Kaasa & Loge, 2016, s.43)

Arenaer for informasjon og undervisning vil være fagdager, internundervisning, skriftlig informasjon og avdelingsmøter. Undervisningen bør gjennomføres i planleggingsfasen. Dette begrunnes i at alle bør vite hva palliasjon er før vi starter med implementeringen av arbeidet.

I tillegg må man sikre at pasientene som mottar tilbud om palliativ tilnærming forstår at dette ikke er det samme som at vi «gir opp». Det er behov for god informasjon til pasienter og pårørende, slik at de ikke opplever palliativ tilnærming som en belastning.

Videre er det viktig at vi som kolleger støtter og trygger hverandre. I tråd med Saunders Hospicofilosofi må vi også ha fokus på omsorg for omsorgsysterene, altså hverandre (gjengitt av Rønsen, 2018). Helsepersonell vegrer seg for å snakke med pasient og pårørende om fremtiden og prognose (Chow & Senderovich, 2018, s.10, Iley, 2012, s.44). Pasienten og pårørende må ikke frarøves muligheten for reorientering rundt sykdommen - de har behov for god informasjon.

Prosjektgruppa skal lage et undervisningsopplegg basert på funn gjort i del 1 av oppgaven, som bl.a. vil inneholde tema som:

- Palliasjon er ikke kun til terminale pasienter eller kreftpasienter
- Palliasjon bør komme inn tidlig i forløpet
- Man kan motta behandling samtidig med palliasjon.
- Nyttan av en palliativ tilnærming må understrekes! Målet med all palliasjon skal være lindring og bedre livskvalitet for pasienten og pårørende.

2.2 Utvalg og varighet

I prosjektgruppen, i tillegg til meg selv, ønsker jeg å ha med meg en overlege, en sykepleier under videreutdanning i lungesykepleie og fagutviklingssykepleier. Jeg har informert de påtenkte deltakerne i gruppa ved å fortelle dem om hva jeg jobber med rundt prosjektet.

Fagutviklingsprosjektet skal foregå over 2 år, med en planleggingsfase på 6 måneder, og skal (i første omgang) kun omfatte 1 sykehusavdeling.

2.3 Bruk av allerede utarbeidet verktøy

Som tidligere nevnt (se 2.0) er det vanskelig å identifisere en pasient som har behov for palliasjon. Det vi trenger på avdelingen er ett screeningverktøy, som man kan bruke på alle pasienter, uavhengig av diagnose.

Med tanke på symptomkartlegging bruker vi allerede EAPC på avdelingen. utfordringen blir å bruke dette kartleggingsskjemaet oftere. EAPC kommer igjen i skjema for behovsvurdering som også vil vise hva palliativ tilnærming innebærer, og sikre at dette skjer strukturert (se 2.3.3 og vedlegg 4).

2.3.1 Screeningverktøy – identifisering av den palliative pasienten

KLB-HB har som tidligere nevnt nylig utviklet et screeningverktøy som skal identifisere pasienter med behov for palliasjon (vedlegg 3). Her finner man igjen noen av punktene som også ble nevnt av Aldridge et al. (2016, s.235-237, se 1.2.4). Styrken med dette screeningverktøyet er at det ikke er diagnoseavhengig, og derfor egner seg godt å bruke ved den aktuelle sengeposten. Screeningverktøyet tar utgangspunkt i behovet en pasient har for palliativ tilnærming, og ikke hvor pasienten er i sykdomsprosessen. Dersom pasienten bl.a. har flere symptomer som er dårlig lindret, eller ikke forventes å leve lenger enn 1 år frem i tid, har pasienten behov for palliativ tilnærming (vedlegg 3). Svakheten med screeningverktøyet er at det både er nytt for personalet og derfor krever opplæring, samt at det er et lite utprøvd verktøy. Med tilpasninger til den aktuelle sengeposten er det gjennomførbart å benytte dette verktøyet. Sykepleier kan f.eks. ta vurderingen før legevisitten, for så å se om legen er enig. Verktøyet i seg selv må også implementeres, og vil derfor bli en del av undervisningen (se 2.1.2). Legene ved avdelingen må også inkluderes i undervisningen, slik at de vet hva de skal etterspørre dersom en slik vurdering ikke er gjort, og hva de skal forholde seg til dersom de blir presentert for skjemaet på visitt.

2.3.2 Koordineringsliste

Koordineringslisten som allerede brukes til palliative kreftpasienter ved avdelingen kan tilpasses alle pasienter (vedlegg 5). Forslag til en tilpasset koordineringsliste vil se slik ut:

- EAPC:
- Fysio:
- Ergo:
- KEF:
- Sosio:
- Prest/samtalepartner:
- Familiesamtale:
- Kommunalt samarbeid:
- (Oppfølgingssamtale ved poliklinikk?)
- (Samtale med fastlegen?)

2.3.3 Behovsvurdering for den palliative pasienten

Skjema for behovsvurdering er også nylig utviklet av KLB-HB (vedlegg 4). Dette skjemaet er mer utfyllende enn koordineringslisten med tanke på vurdering av pasientens funksjon,

pårørende og deres behov, og den er mer konkret hva angår informasjon til pasient og pårørende. Skjema må tilpasses til avdelingen, og det vi har av ressurser tilgjengelige. Styrkene med sjekklista er at den kan benyttes av sykepleier som et koordineringsverktøy, og at den vil sikre at alle pasienter som er identifisert som en pasient som har behov for palliativ tilnærming, får et likeverdig palliativ tilbud. Svakheten med sjekklista er at den er lite utprøvd da den nylig er utviklet, og at den er omfattende og dermed tidkrevende. I tillegg vil den kreve at sykepleierne som skal benytte den får informasjon og opplæring i bruken av den.

2.3.4 Valg av koordinerings-skjema

Det vil bli diskutert i prosjektgruppa hvorvidt koordineringslista er «for enkel», eller om det er bedre å ta utgangspunkt i KLB-HB sin sjekkliste. Jeg ser for meg at «Behovsvurdering for den palliative pasienten» (vedlegg 4) skal tilpasses til bruk i avdelingen ved hjelp av den allerede eksisterende koordineringslisten (vedlegg 5). Derfor nevnes begge verktøyene.

2.4 Budsjett

Dette vil bli et stort prosjekt, men vil antagelig ikke kreve store økonomiske ressurser, utover lønn. Det er nødvendig med en «prosjektstilling» til prosjektleder, f.eks. i 20 %. Estimat på 20 % lønn til spesialsykepleier over 2,5 år er 227.500 kr. Resten av gruppen må kunne møtes som vanlig møtevirksomhet, f.eks. 1 gang annenhver uke. Arbeidet med prosjektet skal gjøres i arbeidstiden. Derfor er det viktig at det er avsatt tid til dette. Det må vurderes om resten av gruppen også skal kjøpes ut for en periode. Ifølge Hauken (2009, s.6) er en av suksessfaktorene til et prosjekt at det er avsatt nok tid og personell.

50% av de økonomiske midlene bør komme fra egen organisasjon, mens resterende 50 % kan søkes om utad (Hauken, 2009, s.5). Fagutviklingssykepleier på sykehuset skal undersøke hvor vi kan få midler fra innad i organisasjonen. Kompetansesenteret i lindrende behandling gir dessverre økonomiske midler kun til kommunene, men det kan bl.a. søkes om midler hos Extrastiftelsen gjennom LHL (Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, u.å.).

2.5 Etske overveielser og tillatelser

I tråd med Vitenskapsrådet tar dette prosjektet avstand fra fusk og uærlighet. Ingen data skal fabrikkeres, materialet skal ikke være stjålet eller plagiert, men riktig referert og forskningsprosessen skal være korrekt utført. Også forskningen som er valgt som grunnlag for

prosjektet skal innfri disse kriteriene (Forsberg & Wengstrøm, 2013, s.69). Videre må det søkes om tillatelse til innsyn i journaler for å kunne evaluere prosjektet (se 2.7, Helsepersonelloven, 2000, §21a). Det holder at en person i gruppen får denne tillatelsen for å kunne gå gjennom journaler og se på evalueringsfaktorene (se 2.7). Informasjonen vil kun bli presentert som tall og hoveddiagnose for å opprettholde taushetsplikten (Helsepersonelloven, 2000, §21)

Det må vurderes om det er etisk riktig å bruke tid og penger på et slikt prosjekt, og om det kommer pasientene til gode, noe jeg mener at det absolutt vil gjøre! Vil personalgruppen oppleve dette som merarbeid og en belastning pga. verktøy de ikke kjenner? Prosjektgruppen bør reflektere over dette før igangsetting av prosjektet. Dette bør evalueres underveis i prosessen (se 2.6).

I tillegg må fagutviklingsprosjektet søkes inn til REK, da det framgår av deres nettside at medisinske og helsefaglige forskningsprosjekter må ha en etisk forhåndsgodkjenning (REK – Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, 2018).

Nærmeste leder ved sykehusavdelingen har godkjent prosjektet. Det er per nå opp for vurdering ved avdelingssjef for sykepleie ved medisinsk avdeling, Orkdal sjukehus.

2.6 Evaluering av prosjektet

Det vil være gunstig å se på disse målbare faktorene allerede før oppstart, slik at man har noe å sammenligne med underveis og ved avslutning. Forslag til målbare faktorer:

- Reinnleggelser
- Henvisninger til andre faggrupper
- Er EAPC utført?
 - Bedres EAPC-score fra innleggelse til utskrivelse?

For å kunne se på disse faktorene må man søke om innsyn i journaler. Helseforskningsloven stadfester at innhenting av opplysninger skal ha et uttrykkelig angitt formål, og at helseopplysningene skal være nødvendige og relevante for å nå forskningsprosjektets formål (Helseforskningsloven, 2009, §32). Det vil være nødvendig å se på disse opplysningene, da de er målbare faktorer for om prosjektet har noen effekt.

Særlig punktet «reinnleggelser» er interessant, da det er uenighet om dette i forskningen som legges til grunn for prosjektet. Her spiller kompetansen i hjemmesykepleien også en stor rolle, men ved å legge en god plan og et godt grunnlag før utskrivelse, kan vi hjelpe dem på vei.

Denne evalueringen vil være en del av planleggingsfasen for å se hvordan status er før oppstart. Den vil bli gjentatt etter at fagutviklingsprosjektet er avsluttet.

I tillegg vil det være viktig å evaluere hvordan personalet opplever nytten/belastningen med bruken av de nye verktøyene ved hjelp av et spørreskjema. Dette vil bli brukt underveis (for å kunne justere) og etter endt prosjekt.

2.7 Metodologiske drøftinger

Sterke sider ved prosjektet vil bl.a. være at tiltakene som settes i gang gjennom fagutviklingsprosjektet bygger på forsknings- og erfaringsbasert kunnskap. Tiltakene rettes hovedsakelig mot helsepersonell som jobber med pasienter som kan ha nytte av en palliativ tilnærming. Det vil således ikke belaste pasientene ved at de aktivt er deltakende i et prosjekt. Likevel vil prosjektet indirekte (forhåpentligvis) ha en positiv effekt på pasientenes livskvalitet. Prosjektet krever ikke store økonomiske midler, og ressurser som allerede er tilgjengelige, vil bli brukt. Størsteparten av personalgruppen er enige i at dette prosjektet vil fylle et «hull» i vårt behandlingstilbud, og derfor er det naturlig å tro at det vil være en positiv innstilling til prosjektet blant personalet.

En svak side kan være at valgte verktøy er lite utprøvd, samt at det er nye verktøy for personalet. Samtidig kan det være utfordrende å kreve merarbeid av ansatte som allerede opplever en travel arbeidshverdag.

På bakgrunn av dette mener jeg at fagutviklingsprosjektet er høyst realistisk og praktisk mulig å få gjennomført!

3.0 Formidling/målgrupper

Når fagutviklingsprosjektet er ferdig og evaluert ser jeg for meg at vi har lært mye. Kanskje lærer vi noe som vi kan justere og forbedre oss på? Kanskje lærer vi at denne formen for tilnærming til pasienter med uhelbredelig sykdom og flere fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle plager virkelig utgjør en forskjell for pasient og pårørende, til det bedre? Kanskje ser vi også en økonomisk gevinst dersom denne tilnæringsmåten minsker reinnleggelser i sykehus? Da er det også naturlig å tro at man kan se en økning i hjemmetid og kanskje også hjemmedød? Det vil uansett være viktig og etisk riktig å videreformidle den kunnskapen vi lærer av dette prosjektet, og det vil derfor være naturlig å tenke at vi skal presentere våre erfaringer og funn i f.eks. en artikkel. Hayle et al. (2013, s.867) understreker at alt arbeid med å bedre det palliative tilbudet til f.eks. KOLS-pasienter bør bli evaluert og delt med andre, slik at informasjonen kommer flere til gode. Det kan tenkes at dette fagutviklingsprosjektet vil lede til et forskningsprosjekt.

Litteraturliste

- Aldrige, M., Hasselaar, J., Garralda, E., van der Eerden, M., Stevenson, D., McKendrick, K., ..., & Meier, D. E. (2016) Education, implementation, and policy barriers to greater integration of palliative care: A literature review. *Palliative Medicine*, 2016, 30 (3). s. 224-239. doi: 10.1177/0269216315606645
- Battista, V., & LaRagione, G. (2015) Pediatric hospice and palliative care. I Ferrel, B. R., Coyle, N., & Paice, J. A., *Oxford textbook of palliative nursing* (4. Utg., s. 851-872). New York: Oxford University press.
- Chow, J., & Senderovich, H. (2018) It's time to talk: Challenges in providing integrated palliative care in advanced congestive heart failure. A narrative review. *Current cardiology reviews*, 2018, 14(2). s. 128-137. doi: 10.2174/1573403X14666180123165203
- European Association for Palliative Care (u.å). Hentet 14. januar 2019 fra: <https://www.eapcnet.eu/about-us/what-we-do>
- Folkehelseinstituttet (2018). Hentet 1. februar 2019 fra: <https://www.fhi.no/nyheter/2018/dodsarsakene-2017/>
- Forsberg, C., & Wengstrøm, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier – värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (3. utg., s. 69-84, s. 163–174). Stockholm: Natur og kultur.
- Førland, O. (2014). Fagutvikling og praksisutvikling i kommunale helse- og omsorgstjenester. I Haugan, G., & Rannestad, T. (red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (1. utg., s. 225-241). Oslo: Cappelen Damm.
- Haugen, D. F., & Aass, N. (2016). Organisering av palliative tilbud. I Kaasa, S., & Loge, J. H. (red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (2. utg., s. 112-188). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hauken, M. A. (2010) Hva er et godt prosjekt? *Sykepleien* 2009. 97 (17), s. 62-65. doi: 10.4220/sykepleiens.2009.0136
- Hayle, C., Coventry, P. A., Gomm, S., & Caress, A-L. (2013) Understanding the experience of patients with chronic obstructive pulmonary disease who access specialist palliative care: A qualitative study. *Palliative Medicine*, 2013 (9). s. 861-868. doi: 10.1177/026921631486719

- Helsedirektoratet (2015) Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Hentet 14. januar 2019 fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen>
- Helseforskningsloven. (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20 44). Hentet 9. april 2019 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helse- og omsorgsdepartementet/ Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon informasjonsforvaltningen (2017). *NOU På liv og død – palliasjon til alvorlig syke og døende*, (NOU: 2017-16), Oslo.
- Helsepersonelloven (2000) *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Hentet 11. april 2019 fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5#%C2%A725
- Iley, K. (2012) Improving palliative care for patients with COPD. *Nursing standard*, 2012, 26 (37), s. 40-46. doi: [10.7748/ns2012.05.26.37.40.c9108](https://doi.org/10.7748/ns2012.05.26.37.40.c9108)
- Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (u.å.). *Extrastiftelsen* Hentet 06. mars 2019 fra: <https://www.lhl.no/forskning-og-utvikling/soknad-om-midler-til-helseprosjekter/>
- Kaasa, S. & Loge, J. H. (2016) Palliativ medisin – en innledning. I Kaasa, S., & Loge, J. H. (red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (2. utg., s. 34-50). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M. (1992) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering* (s. 131-143). Aurskog: Ad Notam Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J. (2014) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A. (red.), *Grunnleggende sykepleie – Bind 1 – Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. Utg., s. 207-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Maddocks, M., Lovell, N., Booth, S., Man, W. D-C., & Higginson, I. J. (2017) Palliative care and management of troublesome symptoms for people with chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*, 2017 (390), s. 988-1002. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32127-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32127-X)
- Preston, N., & Froggatt, K. (2015) Palliative care in the UK. I Ferrel, B. R., Coyle, N., & Paice, J. A., *Oxford textbook of palliative nursing* (4. Utg., s. 1080-1086). New York: Oxford University press.

REK – Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. (2018). Hentet 9.

April 2019 fra:

https://helseforskning.etikkom.no/reglerogrutiner/loverogregler?p_dim=34770&_ikb_LanguageCode=n

Rogers, J. G., Patel, C. B., Mentz, R. J., Granger, B. B., Steinhauser, K. E., Fiuzat, M., ..., & Tulsy, J. A. (2017) Palliative Care in Heart failure – The PAL – HF Randomized, controlled clinical trial. *Journal of the American College of Cardiology*, 2017 (3), s. 331-341. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2017.05.030>

Rønsen, A. (2018, 14. mars) Hospice: en behandlings- og omsorgsfilosofi i praksis. Hentet

11. April 2019 fra: <https://barnepalliasjon.no/hospice-en-behandlings-og-omsorgsfilosofi-i-praksis/>

St. Olavs Hospital – Visjoner, verdier, strategier og mål. Hentet 20. mars 2019 fra:

<https://stolav.no/om-oss/visjon-verdier-strategier-og-mal>

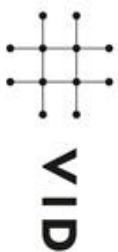
World Health Organization (u.å.). WHO definition palliative care. Hentet 14. januar 2019 fra:

<https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Xu, Z., Chen, L., Jin, S., Yang, B., Chen, X., & Wu, Z. (2018) Effect of Palliative Care for Patients with Heart Failure – A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Heart Journal*, 2018, s. 1-7. doi: 10.1536/ihj.17-289

Vedlegg 1 – Søkehistorikk

Mal søketabell hentet fra Irene Hunskår, VID Bergen, 15. mars 2019.



SØKEHISTORIKK
Viser kun inkluderte artikler

Problemstilling: Implementering av palliasjon til pasienter med uhelbredelig sykdom, uavhengig av diagnose, innlagt på en sykehusav

Database/ Søkemotor/ nettsted	Søk- nummer	Søkeord/ Emneord/ søkekombinasjoner	Antall treff	Kommentarer til søket/treffliste (fyll ut etter behov, kommenter gjerne kombinasjonene)
Medline	1	Palliative care	50187	
	2	Palliative nursing	492	
	3	1 OR 2	50423	
	4	COPD	50870	
	5	3 AND 4	355	Forsøkte å avgrense søket mer, men da forsvant mye relevant forskning. Leste gjennom de første sidene, abstract på flere, noen i sin helhet, og satt igjen med Hey, K. (2012)
14. Januar 2019				
	1	Palliative care	50209	
	2	Palliative nursing	494	
	3	1 OR 2	50579	
	4	Heart failure	111880	
	5	3 AND 4	616	

	6		164	Limit to: Abstract + <10 år gammel forskning. Leste gjennom de første sidene, abstract på flere, noen i sin helhet, og satt igjen med Chow, J., & Senderovich, H. (2018) og Xu et al. (2018).
Medline				
14. Januar 2019				
	1	Palliative care	50209	
	2	Palliative nursing	494	
	3	1 OR 2	50579	
	4	COPD	50942	
	5	3 AND 4	360	
	6		199	Limit to: Abstract + <10 år gammel forskning. Leste gjennom de første sidene, abstract på flere, noen i sin helhet, og satt igjen med Maddocks et al. (2017).

2016 IHU

Hånd søk

Forfattere

Aldridge, M. et al. (2016)
Hayle, C. et al. (2013)
Rogers et al. (2017)

Vedlegg 2 - Granskingstabell

Mal inspirert av Forsberg og Wengstrøm (2013, s.168).

Forfattere, «tittel», tidsskrift, år, land	Søkemotor, dato for funn, søkeord	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ instrument, deltakere/bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet/ aktualitet
Aldridge, M. D., Hasselaar, J., Garralda, E., van der Eerden, M., Stevenson, D., McKendrick, K., Cepiteng, C., & Meier, D. E. «Education, implementation, and policy barriers to greater integration of palliative care: A literature review» <i>Palliative medicine</i> 2016 USA	Håndsøk i litteraturlista til artikkel som til slutt ikke ble inkludert i studien. Denne artikkelen var: Kichler, C. M., Cothran, F. A., & Phillips, M. A.	A skape en oversikt over barrierer for å få et bredere palliativt tilbud i USA.	Review. Søkt i Pubmed på litteratur mellom 2005 og 2015 med søkeord «barriers» og «palliative care». Review'en baseres på 18 artikler/bøker, og har en solid referanseliste.	Nøkkelp barrierer som ble belyst: 1. Mangel på kunnskap/undervisning, både til helsepersonell og offentligheten, 2. for få helsepersonell med videreutdanning/kursing i palliasjon, 3. barrierer som går på oppbyggingen av det amerikanske helsevesenet og forsikringer. Velger å ikke dra fram dette punktet i oppgaven, da det er lite sammenlignbart med det norske helsevesenet og helseforsikringer her.	Meget aktuell artikkel! Solid grunnlag. Belyser mye som også kommer frem i andre artikler som er inkludert. Kan ta utgangspunkt i flere funn fra denne artikkelen når man vil bedre det palliative tilbudet. Tidsskriftet som artikkelen er publisert i krever at forskning som publiseres, gjøres i henhold til Helsinkideklarasjonen (etisk riktig).
2018 USA	<i>Journal of Hospice and Palliative Nursing</i>				

Forfattere, «tittel», tidsskrift, år, land	Søkemotor, dato for funn, søkeord	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ instrument, deltakere/bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet/ aktualitet
<p>Chow, J, & Senderovich, H. «It's time to talk: Challenges in providing integrated palliative care in advanced congestive heart failure, A narrative review» <i>Current Cardiology Reviews</i> 2018 Canada</p>	<p>Medline 14. januar 2019 Palliative nursing OR Palliative care AND Heart failure 322 treff</p>	<p>Å belyse hovedutfordringene knyttet til tilgang på og tilbud av palliativ behandling, pleie og omsorg til hjertesviktspasienter. Oppsummere anbefalinger for klinisk praksis basert på tilgjengelig litteratur.</p>	<p>Review basert på 67 artikler fra 1997-2017. Søk gjort i Medline og Embase. Bare 4 av disse var RCT-studier.</p>	<p>Utfordringer: 1. Prognose, 2. Informasjon og utdanning til helsepersonell, 3. Usikkerhet rundt koordinering av tjenester, 4. Tidspunkt for henvisning, 5. Mangelfull kommunal støtte, 6. Vansker med å snakke om usikkerhet, 7. Frykten for å ta vekk håpet, 8. Mangel på forhåndssamtaler, 9. Manglende forståelse av sykdommen, og 10. uoverensstemmelse mellom pasienten og pårørendes ønsker.</p> <p>Anbefalinger: Pårørende og pasient informasjon, tidlig diskusjon rundt prognose, tverrfaglig tilnærming.</p>	<p>Aktuell artikkel! Solid grunnlag. Tidsskriftet som artikkelen er publisert i krever at forskning som publiseres, gjøres i henhold til Helsinkideklarasjonen (etisk riktig).</p>

Forfattere, «tittel», tidsskrift, år, land	Søkemotor, dato for funn, søkeord	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ instrument, deltakere/bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet/ aktualitet
<p>Hayle, C., Coventry, P. A., Gomm, S., & Carress, A-L.</p> <p>«<u>Understanding the experience of patients with chronic obstructive pulmonary disease who access specialist palliative care: A qualitative study</u>»</p> <p><u>Palliative Medicine</u></p> <p>2013</p> <p>Storbritannia</p>	<p>Håndسøk i litteraturlista til annen artikkel som brukes i oppgaven:</p> <p>Kichler, C. M., Cothran, F. A., & Phillips, M. A.</p> <p>«<u>Effect of a Palliative Screening Tool on Referrals – An Approach to Increase Access to Palliative Care Services</u>»</p> <p><u>Journal of Hospice and Palliative Nursing</u></p> <p>2018</p> <p>USA</p>	<p>Å belyse opplevelsene til KOLS-pasienter som har hatt tilgang på palliativ omsorg og behandling.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Semistrukkerte intervju med 8 pasienter (44% av de som ble spurt). Alle samtykket skriftlig.</p> <p>Intervju-person hadde ingen kjennskap til disse fra tidligere.</p> <p>Alle pasientene hadde på et tidspunkt hatt tilgang til det samme dag-hospice'et, og fått det samme tilbudet.</p>	<p>Pasientene beskriver: -Bedring av symptomer (smerte, dyspné og <u>insomnia</u>).</p> <p>-Opplevd redusert bruk av helsevesenet (ikke målbart).</p> <p>-Økt følelse av verdighet.</p> <p>-Positiv psykososial påvirkning (men dette kom muligens av dagtilbudet hvor de møtte likemenn? Men kunne også skyldes palliative tiltak).</p> <p>-Tanker om fremtiden, og mer åpen for å snakke om dette.</p> <p>-Endret syn på palliasjon. Flere trodde dette var forbeholdt døende pasienter, men de fleste satt igjen med et inntrykk av at det var en holistisk fremgangsmetode for å bedre livskvaliteten.</p>	<p>Etisk godkjent.</p> <p>Liten gruppe og derfor ikke grunnlag for å trekke konklusjoner, men gir et innblikk i hvordan enkelte pasienter kan oppleve palliativ omsorg og behandling.</p> <p>Bra utgangspunkt å gå videre på (da det er en kvalitativ studie som sier noe om hvordan pasientene opplever et palliativt tilbud).</p>

Forfattere, «tittel», tidsskrift, år, land	Søkeomotor, dato for funn, søkeord	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ instrument, deltakere/bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet/ aktualitet
lley, K. «Improving palliative care for patients with COPD» <i>Nursing Standard</i> 2012 Storbritannia	<i>Medline</i> 20. september 2018 Palliative care OR Palliative <i>nursing</i> AND COPD 360 artikler	Belyse hvordan man kan sikre at KOLS- pasienter får palliativ pleie, behandling og omsorg. Hvordan kan vi få det til, og hva er hindringene?	Litteraturstudie Baseres på 50 referanser, men det framgår ikke av artikkelen hvordan disse er funnet eller hva som legges til grunn for at akkurat disse er valgt. Dette er en svakhet.	KOLS-pasienter har mindre sannsynlighet for å motta palliativ pleie, behandling og omsorg. Vanskelig å gjenkjenne endestadiet av KOLS, noe som gjør det vanskelig å velge type behandling til disse pasientene i sykehus. Informasjon til pasient og pårørende vedr. diagnose og behandlingsmuligheter bør være en rutine. Tverrfaglig samarbeid rundt denne pasientgruppen må forbedres. Kompetanseløft hos helsepersonell innen kommunikasjon om omsorg ved livets slutt trengs!	Veldig aktuell for tema! MEN er 7 år gammel? Likevel mye relevant, så velger å ha den med. Artikkelen er publisert i et tidsskrift som har strenge krav til at etiske retningslinjer følges.

Forfattere, «tittel», tidsskrift, år, land	Søkemotor, dato for funn, søkeord	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ instrument, deltakere/bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet/ aktualitet
Maddocks, M., Lovell, N., Booth, S., Man, W. D-C., & Higginson, I. J. «Palliative care and management of troublesome symptoms for people with chronic obstructive pulmonary disease» <i>The Lancet</i> 2017 England	Medline 14. januar 2019 Palliative nursing OR palliative care AND COPD Limits: Abstract 199 artikler	Beskrive vanlige fysiske og psykososiale symptomer og bekymringer hos pasienter med langtidskommun KOLS. Oppsummere nåværende forskning om hvordan disse symptomene kan bli lindret ved bruk av palliativ behandling. Vurdere ulike modeller for integrering av palliativ behandling hos pasienter med KOLS og vurdere effekten av disse (i høy-innkommst-land).	Review/oppsummert forskning Søkt etter artikler i Cochrane library, Medline og Embase, utgitt mellom 1980—2017. Inkluderte artikler var fra siste 5 år. Baseres på artikler som er systematiske reviewer og meta-analyser, samt observasjons- og kvalitative studier.	Moderne tilnærminger til palliativ behandling baseres på den enkeltes behov framfor prognose. Dette vil være spesielt gunstig for KOLS-pasienter som har en sykdom hvor prognosen er vanskelig å forutsi. Få pasienter med langtidskommun KOLS mottar palliativ behandling i dag. Tilgang til palliativ behandling bør forbedres for pasienter og deres pårørende! Det bør sikres at et avansert palliativt tilbud er tilgjengelig på sykehus (hvor de fleste dør).	Godt grunnlag for oppsummert forskning (lang referanseliste). Veldig aktuell for temaet!

Forfattere, «tittel», tidsskrift, år, land	Søkemotor, dato for funn, søkeord	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ instrument, deltakere/bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet/ aktualitet
Rogers, J. G., Patel, C. B., Mentz, R. J., Granger, B. B., Steinhauer, K. E., Fizatz, M. (...), & Tulsky, J. A. «Palliative Care in Heart Failure – The PAL- HF Randomized, controlled clinical trial» <i>Journal of the American College of Cardiology</i> 2017 USA	Artikkel utlevert på skolen i forbindelse med artikkelgranskning 04. desember 2018	Palliativ behandling i tillegg til standard hjertesvikt-behandling VS kun standard hjertesvikt-behandling - Utgjør det en forskjell for pasientene? - Bedrer det symptomer? Minsker det reinnleggelser og dødelighet?	RCT-studie, 150 deltakere delt 50/50. En gruppe mottar palliativ behandling som tillegg til standard hjertesvikt-behandling, mens den andre gruppen kun mottar standard hjertesvikt-behandling. Resultatet måles med 2 «livskvalitet-screeninger» Studien går over 6 måneder, både når pasienten er inneliggende og etter at han/hun er skrevet ut. 29 % døde under studien, 12 % trakk seg (likt fordelt i gruppene).	Palliativ behandling som tillegg til standard hjertesviktbehandling bedret symptomer som depresjon, angst, eksistensiell velvære og livskvalitet. Det ble ikke gjort funn på at reinnleggelser i sykehus eller dødelighet minsket. Viktig å fortsette palliativ behandling utenfor sykehus!	Utvalget i de to gruppene er ganske like. Bredt utvalg som kan representere en større gruppe <u>hertesvikt</u> pas. MEN studien er gjort på ett senter. Finner ikke noe om etisk godkjent? Men artikkelen er publisert i et tidsskrift rangert som nivå 2, og man må derfor kunne anta at de har visse krav til hva de publiserer. På journalens hjemmeside står det at all forskning som publiseres har krav til etisk godkjenning og skriftlig samtykke fra pasienter.

Forfattere, «tittel», tidsskrift, år, land	Søkemotor, dato for funn, søkeord	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ instrument, deltakere/bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet/ aktualitet
Xu, Z., Chen, L., Jin, S., Yang, B., Chen, X., & Wu, Z. Effect of Palliative Care for Patients with Heart Failure – A Systematic Review and Meta- Analysis International Heart Journal 2018 Kina	<u>Medline</u> 14. januar 2019 Palliative nursing OR palliative care AND Heart Failure Limits: <u>Abstract</u> 164 artikler	<u>Utforske</u> effekten palliativ behandling har på pasienter med hjertesvikt.	<u>Review</u> av 5 forskingsartikler (RCT- studier) fra USA, Kina og Sverige. Databaser: <u>pubmed</u> , <u>embase</u> , <u>web of</u> <u>science</u> , EBSCO og <u>cochrane library</u> med søkeordene palliative care og <u>heart failure</u> , + håndسøk i de inkluderte artiklenes litt. liste. Inklusjonskriterier: diagnostisert med hjertesvikt, intervensjonen var palliativ behandling versus standardbehandling, RCT-studier. Eksklusjonskriterier: alvorlig psykisk lidelse, kognitiv svekkelse, livsbegrensende ikke- hjertelidelse.	Palliativ behandling utgjør en signifikant reduksjon i antall reinnleggelser i sykehus. Bedring i ESAS-score og hjertesvikt-skjema (bedring i symptombelastning). Utgjør ingen effekt på dødelighet eller livskvalitet. Bedre palliativ oppfølging etter sykehusinnleggelse (kommunen) gjør dette kostnadsbesparende dersom man unngår reinnleggelser.	Ikke nødvendig med etisk godkjenning, da det er en <u>review</u> . Stort utvalg, og representanter fra forskjellige verdensdeler -> overførbart!
Inkluderer totalt 545 pasienter.				Få pasienter (med hjertesvikt) mottar palliativ behandling, men det anbefales!	

Vedlegg 3 – Screeningverktøy for identifisering av palliative pasienter

Helse Bergen (2019) Identifisere palliativ pasient. Hentet 25. mars 2019 fra:

[https://helse-](https://helse-bergen.no/seksjon/KLB/Documents/Praktisk%20info/Identifisere%20palliativ%20pasient.pdf)

[bergen.no/seksjon/KLB/Documents/Praktisk%20info/Identifisere%20palliativ%20pasient.pdf](https://helse-bergen.no/seksjon/KLB/Documents/Praktisk%20info/Identifisere%20palliativ%20pasient.pdf)



Hvem er den palliative pasienten?

Identifisering av den palliative pasienten:

Overraskelsesspørsmålet (the surprise question):

1. Hadde du blitt overrasket dersom pasienten din døde i løpet av det nærmeste året?

Dersom svaret er **nei**, så gå videre:

2. Pasienten har minst 3 av nedenstående indikatorer: 2 generelle og 1 sykdomsspesifikk, eller 3 generelle:

Generelle indikatorer:

- dårlig funksjonsstatus (sengeliggende, eller i stol >50 % av våken tid gjennom døgnet)
- avhengig av andre for ivaretagelse av de fleste behov for personlig stell og pleie pga helseproblemer
- to eller flere akutte innleggelse siste halvår
- 5–10% vekttap de siste 3–6 måneder og/eller lav BMI
- vedvarende plagsomme symptomer til tross for optimal behandling av underliggende tilstand
- pasienten har etterspurt palliativ behandling eller å avslutte livsforlengende behandling

Sykdomsspesifikke indikatorer:

- hjerte-/ karsykdom: NYHA III/IV eller alvorlig perifer vaskulær sykdom
- luftveissykdom: alvorlig kronisk lungesykdom, langtids oksygenbehandling (LTOT) eller ventilasjonsbehandling for respirasjonssvikt
- nyresykdom: eGFR <30 ml/min, komplikasjoner av kronisk nyresykdom, dialyse avsluttes
- leversykdom: avansert levercirrhose med komplikasjon(er), levertransplantasjon kontraindisert
- neurologisk sykdom: tale- og/eller svelgvansker, gjentatte aspirasjonspneumonier
- demens/skrøpeligheit: inkontinens, lite sosial kontakt, flere fall, gjentatte infeksjoner, trenger hjelp til forflytning/spising/påkledning
- kreft: progredierende metastaserende kreftsykdom, symptomrettet behandling

Dersom du har identifisert en palliativ pasient, må du vurdere en palliativ tilnærming videre.

Behovsvurdering for lindrende behandling (BLB) Del 1 finner du ved å gå tilbake til [nettsiden Palliasjon - verktøy for helsepersonell](#).

Vedlegg 4 – Sjekkliste palliativ tilnærming

Helse Bergen (2019) Behovsvurdering for palliativ behandling (BLB) Del 1. Hentet 25. mars 2019 fra: https://helsebergen.no/seksjon/KLB/Documents/Praktisk%20info/Behovsvurdering%20for%20lindrende%20behandling_BLB.pdf

https://helsebergen.no/seksjon/KLB/Documents/Praktisk%20info/Behovsvurdering%20for%20lindrende%20behandling_BLB.pdf



Behovsvurdering for lindrende behandling (BLB) - Del 1

Målsetting:

- Å identifisere pasientens behov for lindrende behandling og gjøre en koordinert vurdering av behovene
- Å gi pasienten mulighet til å planlegge, forberede og/eller gjøre viktige og meningsfulle prioriteringer ved alvorlig sykdom eller når en vet at levetiden er begrenset

Dato	
Pasientens navn	
Personnummer	
Hoveddiagnose	
Bidagnoser	
Navn på enhet	

1.1 Symptomer og status

Verktøy som kan brukes

- ESAS-r
- EAPC grunnleggende datasett

			NRS				NRS
Smerter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei		Depresjon	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
Tung pust	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei		Angst	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
Slapphet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei		Søvnvansker	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
Døsighet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei		Nedsatt velvære	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
Nedsatt matlyst	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei		Forvirret	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
Kvalme	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
Forstoppelse	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	

NRS numerisk skala som går fra 0 (ingen plage) til 10 (verst tenkelig plage)

Tiltak for å lindre symptomer v/NRS > 3 er igangsatt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ikke aktuelt
--	-----------------------------	------------------------------	---------------------------------------

Pasienten er kognitivt adekvat	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Varierer	<input type="checkbox"/> Ikke mulig å bedømme
Pasienten kan kommunisere	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Varierer	<input type="checkbox"/> Ja, med tolk

1.2 Funksjoner i dagliglivet (ADL)

Pasientens funksjonsstatus beskrives i henhold til ECOG funksjonsstatus:

Ingen funksjonsbegrensninger	<input type="checkbox"/> 0
Kan utføre lettere oppgaver/aktiviteter selv	<input type="checkbox"/> 1
Oppegående >50 % av våken tid gjennom døgnet	<input type="checkbox"/> 2
Sengeliggende/i stol >50 % av våken tid gjennom døgnet	<input type="checkbox"/> 3
Fullt sengeliggende, avhengig av hjelp	<input type="checkbox"/> 4

Pasienten trenger hjelp til:

Personlig hygiene	<input type="checkbox"/>
Av- og påkledning	<input type="checkbox"/>
Toalettbesøk	<input type="checkbox"/>
Forflytning	<input type="checkbox"/>
Mat og drikke	<input type="checkbox"/>
Husarbeid	<input type="checkbox"/>
Transport	<input type="checkbox"/>
Annet _____	<input type="checkbox"/>
Klarer ADL uten hjelp	<input type="checkbox"/>

Aktuelle hjelpemidler	
-----------------------	--

Antall tilsyn fra Hjemmesykepleien:	<input type="checkbox"/> i løpet av døgnet <input type="checkbox"/> i løpet av uken <input type="checkbox"/> ikke etablert kontakt
-------------------------------------	--

1.3 Pårørende

Bor pasienten alene?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Er pårørende bekymret?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Har pårørende behov for støtte?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Har pasienten barn som pårørende (0-18 år)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Har enhetens personell kartlagt hva barnet/barna vet om diagnose og prognose?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei

1.4 Informasjonssamtale

Pasienten har hatt samtale med lege om sykdommen og målsetting for behandling	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Dato Sign:
---	-----------------------------	------------------------------	---------------

Kompiarasvoserier i lindrende behandling Helseregion Vest, Versjon 1, mars 2019. Inngår av Nasjonell vårdplan for palliativt vård, bedømming av palliativt vårdbehov MVP Del 1.

Pasient og pårørende har hatt samtale med lege om sykdommen og målsetting for behandling	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
Pasienten har fått brosjyre om sjekklisten BLB	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
Pasienten er orientert om utfallet av kartleggingen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
Pasienten har fått brosjyre om forhåndssamtale	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
Pasienten har gjennomført forhåndssamtale	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
Pasienten har fått tilbud om forhåndssamtale	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	

1.5 Resultat av kartleggingen

Pasienten har behov for:

	Henvist dato
<input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie	
<input type="checkbox"/> Ressurssykepleier	
<input type="checkbox"/> Fysioterapi	
<input type="checkbox"/> Ergoterapeut	
<input type="checkbox"/> Ernæringsfysiolog	
<input type="checkbox"/> Prest / representant for tro- eller livssynssamfunn	
<input type="checkbox"/> Psykolog	
<input type="checkbox"/> Tolk	
<input type="checkbox"/> Sosionom	
<input type="checkbox"/> Palliativ team	
<input type="checkbox"/> Plass på palliativ sengeenhet	
<input type="checkbox"/> Tilsyn lege	
<input type="checkbox"/> Frivillig	
<input type="checkbox"/> Sykehjemsplass	
<input type="checkbox"/> Annet _____	
<input type="checkbox"/> Ingen av disse	

1.6 Videre oppfølging

Fastlege	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Pasienten gir tillatelse til at kopi av sjekklisten sendes til fastlegen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Hjemmesykepleie (HSY)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Pasienten gir tillatelse til at kopi av sjekklisten sendes til HSY	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Poliklinisk time	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Sjekklisten BLB-Del 2 er tilgjengelig og kan tas i bruk ved en ny innleggelse	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Oppfølging av palliativt uteteam	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Annet _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei

Vedlegg 5 – Koordineringsliste

Hentet fra Doculive ved sengepost B4, Orkdal sykehus.

27.02.2019 19:30	Evaluering	
EAPC:		
FYSIO:		
ERGO:		
KEF:		
SOSIONOM:		
PREST/SAMTALEPARTER:		
FAMILIE SAMTALE:		
KOMMUNALT SAMARBEID:		
INFOTVERRFAGLIG SAMARBEID:		
PASIENTENS PERM:		
OPPFØLGINGSAVTALE KREFTPOL. V/UTREISE:		
Søkeord	Problem	Tiltak
		T: Koordinering pallasjon
Ansvarlig: Spl. Kristin Hustad Rian/78876		Medisinsk sengepost Orkdal B4