



Hvordan kan tiltaksplanen «Livets siste dager» bli til et nyttig verktøy for personalet i en travel korttidsavdeling?

Kandidatnummer: 27

VID vitenskapelig høgskole

Haraldsplass

Fordypningsoppgave

Videreutdanning i palliativ sykepleie

Kull: 2018-2020.

Antall ord: 5945

10.06.20

**Opphavsrettigheter**

Forfatteren har opphavsrettighetene til rapporten.  
Nedlasting for privat bruk er tillatt.

# ***Sammendrag***

*Livets siste dager – plan for lindring i livets slutfase.* Et verktøy som har som hensikt å forbedre kvaliteten på omsorgen for døende og deres pårørende. Jeg har laget en plan for å øke bruken av denne på egen arbeidsplass fordi jeg tror på at bruken av den kan gjøre en forskjell. Jeg gikk inn i dette arbeidet med en formening om at det vil være mulig og bra å bruke planen i forbindelse med alle forventede dødsfall. Jeg ser flere utfordringer nå når planen er ferdig utarbeidet og tenker at det er en styrke i gjennomføringen av prosjektet. Det er viktige forutsetninger som må være tilstede. Det er ikke selve planen som øker kvaliteten. Den er et hjelpemiddel for personalet men det er personalets kompetanse og ferdigheter som skaper god kvalitet. Arbeid med døende og deres pårørende krever stor etisk bevissthet hos personalet og jeg har derfor valgt å integrere etisk refleksjon i min prosjektplan. Det å ha satt seg inn i forskning på området har vært særlig nyttig. Andres erfaringer med bruk av tiltaksplan for den døende fasen har gitt meg nyttige innspill i planarbeidet. Implementeringsteori og teori om prosjektarbeid har vist meg vei i forhold til det å skape gode betingelser for å lage det som forhåpentligvis har blitt en realistisk og gjennomførbar prosjektplan.

Planarbeidet har gitt meg et litt mer nyansert bilde på bruken av tiltaksplanen *Livets siste dager*. Jeg har blitt mer bevisst på viktigheten av at forutsetningene for bruken av planen, presentert i fagprosedyren for implementering, er til stede. Fokuset må derfor ligge på å sikre tilgjengelige legeressurser, nødvendig kompetanse i grunnleggende palliasjon i hele personalgruppen og god kontakt med nærmeste palliative team. Tiltaksplanen kan ikke brukes dersom disse forutsetningene ikke er til stede. Behov for en landsdekkende gjennomgang og evaluering av *Livets siste dager* er pekt på i offentlige anbefalinger og utredninger tilbake til 2015 uten at dette så langt har blitt utført. En slik evaluering tror jeg ville vært bra for å sikre at planen er i tråd med ny kunnskap.

Nøkkelord: *Livets siste dager*, sykehjem, implementering.

Keywords: *Liverpool care pathway*, End of life, End of life care plan, implementation, nursing home



## Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	III
1 Innledning, bakgrunn og problemstilling .....	1
1.1 Innledning.....	1
1.2 Tidligere forskning .....	2
1.2.1 Søkeprosessen .....	2
1.2.2 Forskningsartikler.....	3
1.2.3 Oppsummering av forskning.....	6
1.3 Teoretisk perspektiv .....	7
1.3.1 Hospicefilosofi .....	7
1.3.2 Kari Martinsen - «Å se med hjertets øye».....	8
1.4 Problemstilling, avgrensning og hensikt .....	9
2 Praktisk metodisk gjennomføring .....	11
2.1 Valg av metode og gjennomføring av prosjektopplegg.....	11
2.1.1 Undervisning.....	12
2.1.2 Etisk refleksjon.....	14
2.2 Utvalg og varighet .....	14
2.3 Bruk av allerede utarbeidet verktøy.....	16
2.4 Budsjett.....	18
2.5 Etiske overveielser.....	18
2.6 Evaluering av prosjektet .....	18
2.7 Metodologiske drøftinger .....	19
3 Formidling / målgrupper .....	21
4 Litteraturliste .....	22
5 Vedlegg .....	25
5.1 Vedlegg 1: Livets siste dager - plan for lindring i livets slutfase, til bruk i sykehjem. 26	
5.2 Vedlegg 2: Behovsvurdering for lindrende behandling (BLB).....	34
5.3 Vedlegg 3: Hvem er den palliative pasienten? .....	37



# 1 Innledning, bakgrunn og problemstilling

## 1.1 Innledning

*Livets siste dager* er en tiltaksplan utarbeidet for å forbedre omsorgen til døende pasienter og deres pårørende. Planen kan brukes ved forventede dødsfall hos voksne, uavhengig av diagnose og omsorgssted. Tiltaksplan for livets slutfase har vært i bruk i Norge siden 2006, og i sin nåværende form siden 2015. *Livets siste dager* er en videreutvikling av tiltaksplanen *Liverpool care pathway*, heretter kalt LCP. LCP ble utviklet i England på slutten av 1990 tallet og er tatt i bruk som modell i over 20 land. I 2014 ble LCP avvirket i Storbritannia etter kritiske medieoppslag etterfulgt av en nasjonal granskning. Det ble avdekket at mangelfull implementering og opplæring hadde ført til dårlig ivaretagelse av døende og pårørende. (Brenne og Dalene, 2016, s. 651).

I Norge har det også vært ulike oppfatninger om bruken av en slik tiltaksplan for den døende fasen og den er blant annet omtalt i en Sintefrapport (Melby, Das, Halvorsen & Steihaug, 2017) der tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende behandling ble evaluert. Her sier leger og sykepleiere blant annet om bruk av planen at den forutsetter god opplæring i grunnleggende palliasjon og bruk av planen. God kommunikasjon med pårørende og pasienten fremheves også. Før planen tas i bruk skal det slås fast at pasienten er i den døende fasen. Informantene påpeker at dette er en krevende prosess som krever innsikt og erfaring. Det oppleves vanskelig å bruke planen til pasienter med kognitiv svikt og demens. Dette indikerer at planen må brukes med forsiktighet overfor denne gruppen. Informantene er fornøyde med planen. Den fungerer som en sjekklister, skaper systematikk, enhetlig praksis, gir trygghet og ansvarliggjør. Informantene opplever problemer med å få til et godt samarbeid med lege (Melby et al., 2017, s. 16-17).

Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest har en landsdekkende funksjon som koordinerende enhet for *Livets siste dager*, og implementering og bruk forutsetter registrering. Planen var per 08.05.20 tatt i bruk ved 460 brukersteder (Kompetansesenter i Lindrende behandling, Helse Vest, 2020).

Min arbeidsplass er i kommunehelsetjenesten, i en korttidsavdeling på sykehjem. Avdelingen har 20 senger og tar imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus og øyeblikkelig hjelp pasienter. I tillegg har avdelingen 3 lindrende senger. Oppgavene er mange og spenner fra rehabilitering, utredning, behandling og lindring. Kommunen har brukt LCP og deretter *Livets siste dager* siden 2007. Bruken er ledelsesforankret og prosedyren for implementering og bruk av planen er fulgt.

Min erfaring er at *Livets siste dager* sjelden tas i bruk. Jeg derfor gått igjennom alle dødsfall ved avdelingen i 2019 og kartlagt om planen har vært brukt. I 2019 var det totalt 22 dødsfall i avdelingen. Av disse var 19 forventede dødsfall. *Livets siste dager* har vært brukt ved 5 av disse. Funnene bekrefter antakelsen om at tiltaksplanen er lite i bruk. Etter min oppfatning er *Livets siste dager* et godt verktøy som forbedrer omsorgen til pasient og pårørende i livets slutfase. Målet med prosjektet er å øke bruken av dette på egen arbeidsplass.

## 1.2 Tidligere forskning

### 1.2.1 Søkeprosessen

Jeg har fokusert på å finne forskning som belyser:

1. Implementering og videreføring av behandlingsplaner for den døende fasen.
2. Erfaringer med bruk av «Livets siste dager»

Jeg har gjort søk i SveMed+, PubMed, Cinahl med fulltext, Helsebiblioteket, Cochrane Library. Jeg har også gjort søk i Norsk Sykepleierforbund forskning og Google Scholar for å finne noen av artiklene i fulltekst. Jeg har i tillegg brukt Up to Date for å følge med på det siste innen forskning. Endringer er gjort på søkeordene og kombinasjonene underveis for å finne mest mulig relevante artikler.

Søkeord: Liverpool care pathway (LCP), End of life care, End of life care plan, nursing home, implementation, Livets siste dager, sykehjem.



Jeg har valgt å søke på LCP fordi denne tiltaksplanen er forløperen til *Livets siste dager*, og fordi jeg har erfart at det er gjort mest forskning på LCP. Andre før meg har ansett overføringsverdien som stor og velger derfor å støtte meg på det samme.

## 1.2.2 Forskningsartikler

1. Systematic Realist Review of Key Factors Affecting the Successful Implementation and Sustainability of the Liverpool Care Pathway for the Dying Patient (McConnel, O'Halloran, Porter & Donnelly, 2013).

Irske forskere har i etterkant av kritikken mot LCP og tilbaketrekkingen i Storbritannia, ønsket å undersøke hvilke faktorer som fremmer og hvilke som hemmer implementering og opprettholdelse av LCP.

Metoden som ble brukt var litteratursøk. Det ble supplert med sitat sporing i engelsk språklige aviser for å kartlegge omfanget av relevant informasjon om implementering av LCP. Det ble brukt en realistisk review tilnærming. Alle studier med fokus på pleie ved livets slutt og integrerte behandlingsplaner for døende og der teorier forklarer hvordan LCP eller andre behandlingsplaner fungerer, ble vurdert. 58 studier ble integrert i undersøkelsen. Følgende nøkkelfaktorer ble identifisert; en dedikert tilrettelegger, undervisning og øvelse, kontroll og tilbakemelding, betydningen av organisasjonskulturen og tilgjengelige ressurser.

Undersøkelsen konkluderer med at det i tillegg til at man må gjennomføre implementeringsprosessen som anbefales av utviklerne av LCP, også må ta hensyn til de nevnte nøkkelfaktorene for en vellykket implementering og opprettholdelse. Støtte fra ledelsen med vilje til å stille nødvendige ressurser til rådighet trekkes også frem som viktig. I tillegg til betydningen av en organisasjonskultur som erkjenner at ikke alle pasienter kan kureres. (McConnel et al., 2013, s. 218)

Artikkelen er fra 2013, og jeg kunne i utgangspunktet tenkt meg en oversiktsartikkel av nyere dato. Jeg har likevel tatt den med og anser den for å være relevant for mitt prosjekt. Den påpeker viktigheten av å følge implementeringsplanen og i tillegg ha gode systemer for

videreføring. Betydningen av god organisasjonskultur og lederforankring underbygger tanker jeg har gjort meg i forhold til eget prosjekt.

2. Palliative care after the Liverpool Care Pathway: a study of staff experiences (Collins & Raby., 2019).

Denne britiske studien kartlegger sykepleieres synspunkter på omsorgen for døende etter tilbaketrekningen av LCP. Det ble gjort semistrukturerte intervjuer med 13 sykepleiere som arbeidet i palliative enheter, og hadde erfaring med bruk av LCP. Intervjuene ble utført mellom juli 2017 og januar 2018. Temaanalyse av innsamlede data fikk frem følgende 3 og temaer; oppfatninger av LCP, miljøfaktorer og pasient- og pårørendeerfaringer.

Studien gir innsikt i det rådende klimaet innenfor palliasjonen i Storbritannia. Ifølge deltakerne har tilbaketrekningen av LCP og innføringen av ny dokumentasjon ført til store forskjeller innen palliasjon. De påpeker nødvendigheten av å innføre felles nasjonalt verktøy og øke oppmerksomheten rundt livets siste fase. Medias rapportering om LCP førte til at planen ble oppfattet på en negativ måte og dette har stigmatisert palliativ omsorg. Erfaringene fra brukere av LCP ble ikke hørt og feilinformasjon ble ikke rettet opp (Collins & Raby, 2019, s. 1001-1003).

Svakheten med studien er at den innbefatter en liten gruppe sykepleiere, alle kvinner og arbeidende innenfor samme felt. Jeg inkluderer den i prosjektet fordi den bekrefter viktigheten av god implementerings- og vedlikeholds prosess.

3. Care professionals experiences about using Liverpool Care Pathway in end-of-life care in residential care homes. (Andersson, Lindqvist, Fürst & Brännström, 2018).

Dette er en svensk beskrivende kvalitativ studie, der målet var å beskrive helsepersonells erfaringer med bruk av LCP i sykehjem. Slik jeg tolker det er pleiepersonalet sykepleiere og leger. Antall deltakere i studien var 24. 9 av deltakerne hadde <10 års erfaring mens 15 hadde ≥10 års erfaring.

Resultatet av studien viser at personalet ga uttrykk for at de følte trygghet gjennom å ha en felles tilnærming til pleien. De følte seg oppmuntret til å ta hensyn til beboernes individuelle behov og det å involvere pårørende både i avgjørelser og i selve pleien. De ble mer oppmerksomme på omsorgsmiljøet.

Resultatene av studien viser at bruk av LCP kan være et nyttig verktøy for forbedring av pleien til døende gjennom økt oppmerksomhet til målene for pleien, pasientens individuelle behov og betydningen av pårørendemedvirkning. (Andersson et al., 2018, s. 299).

Svakheten med studien er at intervjuene er utført i 2011. Det har vært vanskelig å finne nyere studier, og jeg har derfor valgt å ta den med i prosjektet. Den viser viktige erfaringer fra bruk av planen og det at den er svensk gjør den overførbart til norske forhold.

4. Ansattes erfaringer med Liverpool Care Pathway. Hvordan erfarer ansatte på sykehjem innføring av tiltaksplanen Liverpool Care Pathway og tjenestetilbudet til alvorlig syke og døende pasienter? (Johansen & Helgesen, 2015).

Studien er en tverrsnittstudie utført med bakgrunn i et kvalitetsforbedringsprosjekt på et sykehjem. Hensikten var å kartlegge ansattes erfaringer fra innføringen av LCP og viktige sider ved tjenestetilbudet til alvorlig syke og døende og deres pårørende. Før innføring av tiltaksplanen fikk alle 142 ansatte tilbud om opplæring, i underkant av 100 deltok. Alle 142 ansatte ble bedt om å besvare et spørreskjema. Svarprosenten var på 62%.

Studien antyder behov for større bevissthet rundt forberedende samtaler og mer tid til lindrende nærvær. Den antyder også behov for en mer aktiv tilnærming til begrensnig av livsforlengende behandling i behandlingsteamet og også her involvering av pårørende. Studien synliggjør behov for fortløpende kompetanseheving for å sikre god kvalitet.

I denne studien er flere yrkesgrupper spurt om erfaringer ved bruk av LCP. Mitt prosjekt fokuserer på hele personalgruppen og denne studien anser jeg derfor for å være relevant.

Studien mangler evaluering av svakheter og den mangler også legeperspektivet (Johansen & Helgesen, 2015, s. 9).

5. Liverpool Care Pathway: Personalets erfaringer i to norske sykehus. (Iversen & Haugen, 2015).

Studien er gjennomført ved åtte ulike sengeposter i to norske sykehus. Metoden som er brukt er spørreundersøkelse og deretter fokusgruppeintervju for å utdype svarene fra spørreundersøkelsen.

Spørreundersøkelsen ble sendt ut til hele pleie- og legegruppen, totalt 356 ansatte, desember 2010. Svarprosenten var på 47%.

Hovedresultatet var at bruk av LCP skapte trygghet og forutsigbarhet i arbeidet. Det som var mest endret etter innføringen av LCP var det å lindre plagsomme symptomer hos den døende og det å avslutte uhensiktsmessige behandlings- og pleietiltak. 94% av respondentene ønsket å fortsette med bruk av LCP. Fokusgruppeintervjuet viste endring av beredskap og bevissthet i møte med døende og deres pårørende. Det å vurdere om en pasient er døende og så komme frem til beslutning om iverksettelse av LCP, opplevdes som utfordrende. Undervisning og tettere samarbeid med sykehusets palliative team kan sette personalet bedre i stand til å vurdere når en pasient er døende. (Iversen & Haugen, 2015, s. 144).

Denne studien er utført i sykehus, men på grunn av typen sykehjemsavdeling jeg jobber på synes jeg likevel at den er relevant for mitt prosjekt.

### **1.2.3 Oppsummering av forskning**

Forskning jeg har funnet på dette feltet viser mye de samme resultatene. Den identifiserer en rekke nøkkelfaktorer som er avgjørende for en vellykket implementering og videreføring av en tiltaksplan for den døende fasen. Betydningen av en dedikert tilrettelegger, opplæring i grunnleggende palliasjon og bruk av tiltaksplanen, evaluering av bruken og tilbakemelding til personalet. Betydningen av ledelsesforankring for en vellykket implementering og videreføring av tiltaksplan for den døende fasen fremheves som ekstra viktig. I tillegg pekes

det på betydningen av å følge fagprosedyren for implementering. Erfaringer med bruk av tiltaksplanen som erkjenner at ikke all sykdom er kurerbar og der personalet har kunnskaper i grunnleggende palliasjon. Brukerne opplever at planen hever kvaliteten på omsorgen til døende og deres pårørende. Den kan forhindre unødig behandling og sikre kontinuitet i pleien. Det trekkes frem flere utfordringer, slik som manglende lege- og sykepleieressurser. Flere av studiene peker også på at den bør brukes med forsiktighet til pasienter med demens eller annen kognitiv svikt. Materialet jeg har sett på peker også på behov for mer forskning i Norge på erfaringer med bruk av *Livets siste dager*.

## 1.3 Teroretisk perspektiv

Cicely Saunders (1918-2005) regnes som grunnleggeren av den moderne hospicebevegelsen. Hennes arbeid og tanker ligger til grunn for utviklingen av det palliative fagfeltet. Hennes hospicefilosofi har vært inspirasjonskilden til utviklingen av LCP og senere *Livets siste dager* (Iversen & Haugen 2015, s. 145) For å belyse tema og problemstilling vil jeg derfor si noe om Cicely Saunders hospicefilosofi. I tillegg har jeg som sykepleieteoretisk forankring til prosjektplanen tatt utgangspunkt i noe av arbeidet til den norske sykepleieren, professoren og filosofen Kari Martinsen.

Jeg støtter meg også til implementeringsteori og teori om prosjektutvikling i helsetjenesten. Velger å ikke utdype dette nærmere her men vil henviser til aktuell teori i prosjektplanens del 2.

### 1.3.1 Hospicefilosofi

“You matter because you are you, and you matter to the last moment of life and we do all we can, not only to help you to die peacefully but to live until you die”. (Cicely Saunders gjengitt etter Twycross u.å.). Med dette berømte sitatet oppsummerte Cicely Saunders hospicefilosofiens tanker rundt hver enkelt pasient.

Saunders introduserte begrepet *total pain* som illustrerer pasientenes behov for bred faglig tilnærming. (Kaasa & Loge, 2016, s. 37). Smerte dreier seg ikke bare om fysisk smerter men

inkluderer også pasientens psykiske, åndelige og sosiale smerte. «This is the *total pain* with which any institution for such patients must continually deal» (Saunders, 2006, s. 73).

Det er alltid noe vi som hjelpere kan gjøre for en pasient. Vi må være til stede hos pasienten, observere og sammen med pasienten finne ut hvordan vi kan lindre symptomer. Selv når vi føler at vi ikke kan gjøre noe må vi være tilstede. Ved å nettopp gjøre dette utviklet Saunders nye metoder for smertelindring og satte systematisk symptomlindring på agendaen (Saunders, 2006, s. 2-4).

Ivaretagelse av pårørende står sentralt i hospicefilosofien. I et av sine mest kjente utsagn sier Saunders at hvordan et menneske dør vil forbli viktige minner hos dem som lever videre. Det er derfor like viktig med hensyn til pårørende som av hensyn til pasienten selv, at vi som helsepersonell kjenner til hva som forårsaker smerte og andre plager og hvordan vi skal behandle disse effektivt. Det som skjer de siste timene av et menneskes liv kan både forhindre og hjelpe pårørende gjennom sorgen. Pårørende trenger å bli ivaretatt også etter dødsfallet, og det er nødvendig å ha et opplegg rundt dette og da også kunne fange opp dem som eventuelt har et ekstra behov for hjelp i sorgarbeidet. I tillegg setter hun ord på personalets behov for ivaretagelse og debriefing etter dødsfall. En holistisk tankegang, forståelsen for at smerte er et sammensatt begrep, fokuset på livskvalitet, lindring av plagsomme symptomer, gi omsorg og hjelpe pasienten til å få styrke til å fullføre de siste dagene sammen med sin familie, er essensen i hospicefilosofien (Saunders: 2006. s. 127-130).

### **1.3.2 Kari Martinsen - «Å se med hjertets øye».**

Å se hvert enkelt menneske som betydningsfullt, og la det få være til som seg selv, gir stor mening i møte med pasienter med livstruende og uhelbredelig sykdom. Sykepleieren må se pasienten med et sansende, tilstedeværende og deltakende øye, det Martinsen kaller hjertets øye. Slik kan pasienten vise sin sårbarhet og tre frem som seg selv. Hvert enkelt menneske har en mening med å være til og skal tas vare på.

Martinsen snakker om personorientert profesjonalitet og definerer dette som en metode der sykepleieren bruker både sin konkrete erfaringskunnskap og den abstrakte allmenne

kunnskapen til å se hele mennesket og ikke bare pasienten redusert til sin sykdom. En slik veksling mellom profesjonell faglighet og menneskelighet som hun beskriver fremstår for meg som særlig viktig i omsorgen for døende. (Martinsen, 2002. s. 23-41).

## 1.4 Problemstilling, avgrensning og hensikt

Hensikten med dette prosjektet er å lage en plan for å øke bruken av *Livets siste dager* på egen arbeidsplass. Denne tiltaksplanen er allerede forankret og implementert i virksomheten og systemet for implementering og bruk av planen er fulgt. Jeg har i samarbeid med min leder avdekket at planen er lite brukt. Jeg mener at bruk av denne planen kan øke kvaliteten på omsorgen til døende og deres pårørende.

Jeg fokusere på pleiepersonalet i avdelingen. Pleiepersonalet består av sykepleiere (13,63 årsverk), helsefagarbeidere (10,7 årsverk) og ergoterapeut (0,8 årsverk). Totalt antall ansatte er 42. Helsefagarbeidere utgjør en stor gruppe i kommunehelsetjenesten og de står for mye av den direkte pasientkontakten. Det er derfor helt vesentlig og en viktig suksessfaktor at de inkluderes i prosjektet på lik linje med sykepleierne. (Førland, 2016, s. 228). Avdelingen har døgntkontinuerlig legedekning der to tilsynsleger og en lege i turnustjeneste deler på det daglige ansvaret for avdelingen. To andre leger deltar i bakvaksordning kveld og helg. Lege har det overordnede medisinske ansvaret for vurderinger knyttet til oppstart, bruk og eventuell avslutning av *Livets siste dager*. Lege og sykepleier har ansvar for gjennomføringen av behandlingen og øvrig personale har ansvar for å følge opp behandling, pleie og omsorg, i samarbeid med lege og sykepleier. (Helse Bergen og Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland, 2016). Legene er sentrale i bruk av tiltaksplanen og dersom dette prosjektet skal lykkes må de inkluderes.

Min problemstilling blir da: Hvordan kan tiltaksplanen *Livets siste dager* bli til et nyttig verktøy for personalet i en travel korttidsavdeling?

Når dette prosjektet er avsluttet ønsker jeg at personalet i avdelingen har gode grunnleggende kunnskaper i palliasjon. Vi har et godt system for opplæring av nyansatte.

Palliasjon er etablert fast inn som tema i avdelingens årshjul. Etisk refleksjon etter dødsfall gjennomføres. Vi er kommet til et punkt der tiltaksplanen *Livets siste dager* tas i bruk når det er riktig og uavhengig av hvem som er på jobb.



## 2 Praktisk metodisk gjennomføring

### 2.1 Valg av metode og gjennomføring av prosjektopplegg.

«Jo bedre planlagt et prosjekt er, jo større sjanse for at det lykkes» (Hauken, 2019, s. 53).

Jeg skal utarbeide prosjektplan for et fagutviklingsprosjekt. I fagutvikling er det yrkesutøverne, fagene og fagfeltene som utvikles og hensikten er å forbedre praksis (Førland, 2014, s. 225-226). Prosjektet har som mål å øke bruken av *Livets siste dager* fordi jeg mener at bruken av denne planen kan øke kvaliteten på omsorgen til døende og deres pårørende. Prosjektplanen skal gi svar på hvordan planen kan bli til et nyttig verktøy for min arbeidsplass. For å få til dette vil jeg styrke personalets kunnskaper i grunnleggende palliasjon og bruk av tiltaksplanen. Jeg vil også utarbeide et undervisningsopplegg for nyansatte, tilpasset den enkeltes profesjon og ansvar. Før videre presentasjon av metode og prosjektopplegg vil jeg gjøre rede for en del avklaringer jeg har gjort innledningsvis i planarbeidet.

Et prosjekt består av ulike faser, initieringsfasen, planleggingsfasen, gjennomføringsfasen og avslutningsfasen (Hauken, 2019, s. 47)

I initierings- og vurderingsfasen er det viktig å avklare egen motivasjon og prosjektdeltakernes motivasjon for prosjektet. Det å jobbe i prosjekt er interessant og spennende, men også krevende og utfordrende. Motivasjon er derfor en sentral suksessfaktor for et vellykket prosjektresultat (Hauken, 2019, s. 34). Et aktivt engasjement og eierforhold til kunnskapen som skal implementeres er en forutsetning for å lykkes (Førland, 2014, s. 238). For å kunne initiere min prosjektide må jeg sørge for en god og inkluderende prosess med de ansatte som skal involveres i eller blir påvirket av prosjektet (Hauken, 2019, s. 50). Jeg har derfor i denne fasen drøftet min ide med de ansatte i avdelingen for å få tilbakemelding i forhold til nytteverdi og for å skape interesse for prosjektet. Tilbakemeldingene har styrket prosjektets grunnlag.

Ledelsesforankring er en forutsetning for alle prosjekter. Det må sikres aktiv støtte og deltakelse fra ledelsen (Førland, 2014, s. 238). *Livets siste dager* er allerede implementert i

virksomheten og bruk av denne er forankret hos toppledelsen i kommunen. Jeg har hatt tett dialog med nærmeste leder og sikret støtte for prosjektet. Bruk av planen er i samsvar med kommunens visjon, *Sammen for alle*, og våre felles verdier som er vennlig, kompetent og løsningsorientert.

Implementeringsteori legger vekt på viktigheten av å vurdere kontekstuelle forhold på arbeidsplassen, slik som økonomiske ressurser, fysiske omgivelser, kompetanse, arbeids- og læringskultur, evaluerings- og veiledningsopplegg, og ledelsesforhold. Kunnskapen jeg har tenkt å formidle er derfor tilpasset den lokale konteksten og organisasjonen. (Førland, 2014, s. 238-239). Kulturen i avdelingen er preget av engasjerte ansatte og ledelse som ser på endringer som positivt og nødvendig for å forbedre praksis. På grunn av avdelingens karakter skjer det ofte endringer og personalet er derfor vant med å tilegne seg ny kunnskap. Jeg har tatt høyde for at det i et utviklingsprosjekt vil være en viss usikkerhet i forhold til både kontekstuelle- og organisasjonsmessige forhold og har lagt opp til en årvåkenhet i forhold til endringer i omgivelsene og er villig til å justere mål og planer ved behov. (Hauken, 2019, s. 54).

Prosjektopplegget mitt er todelt og metodevalg er undervisning og refleksjonsgrupper. Undervisningen har som mål å styrke kunnskapsnivået i grunnleggende palliasjon og å gi spesifikk kunnskap om *Livets siste dager*. Refleksjonsgrupper brukes for å øke personalets etiske bevissthet i arbeid med døende og deres pårørende, og for å sette fokus på viktigheten av ivaretagelse av personalet etter dødsfall.

### **2.1.1 Undervisning.**

En av forutsetningene for bruk av *Livets siste dager* er tilgjengelig personale med nødvendig kompetanse i grunnleggende palliasjon (Helse Bergen og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland, 2016). Forskningen jeg har funnet på feltet understøtter viktigheten av kunnskap for en vellykket implementering og opprettholdelse av en tiltaksplan. Hele personalgruppen blir invitert til undervisning i grunnleggende palliasjon og bruk av *Livets siste dager*. Siden avdelingen har døgnkontinuerlig drift vil det settes opp to ulike tidspunkt for undervisning. Disse tidspunktene skal være nær hverandre i tid slik at alle hører det samme uten at det går lang tid mellom, og for å holde entusiasmen oppe i

prosjektet. På forhånd vil jeg legge til rette for at deltakerne kan gjøre seg kjent med tiltaksplanen *Livets siste dager* ved å vise til hvor i kvalitetssystemet de kan finne den og i tillegg legge frem papirversjon.

Undervisningen vil ha en varighet på to til tre timer. For de som kommer på fritiden for å delta vil det bli kompensert med timer til utbetaling eller timer til avspasering. Dette er en innarbeidet praksis i avdelingen fordi leder ønsker å stimulere til faglig utvikling. Jeg starte med etisk refleksjon der jeg deler personalet inn i grupper på tre og ber dem reflektere over en gitt case. Dette for å få tankene inn på etiske aspekter i forhold til tema. Gode, rette verdivalg kan fremme livskvalitet og verdighet helt frem til døden (Aakre, 2016, s. 87). Etisk refleksjon styrker også faget og fremmer samhandling og kvalitet (Aakre, 2016, s.263).

Som utgangspunkt for undervisning i grunnleggende palliasjon vil jeg bruke 3 skjema:

Vedlegg 1: *Livets siste dager* - plan for lindring i livets slutfase, til bruk i sykehjem.

Vedlegg 2: *Behovsvurdering for lindrende behandling (BLB)*

Vedlegg 3: *Hvem er den palliative pasienten?*

Forskningen på området viser at personalet finner det utfordrende å vurdere om pasienten er døende (Iversen & Haugen, 2015, s. 144). Dette og egne erfaringer, gjør at jeg vil belyse dette temaet i mitt undervisningsopplegg. For å undervise i grunnleggende palliasjon vil jeg be en av legene fra Palliativt senter, Stavanger Universitetssykehus, bidra med undervisning. Palliativt team er vår samarbeidspartner i palliasjon og ved å engasjere dem vil vi både få oppdatert undervisning og det vil kunne styrke samarbeidet. En av forutsetningene for å bli godkjent som brukersted for *Livets siste dager* er mulighet for bistand fra nærmeste palliative team. (Helse Bergen og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland, 2016)

Til å undervise i tiltaksplanen vil jeg engasjere kreftkoordinator i kommunen som er hovedkontakt for bruken av planen. Den praktiske opplæringen i bruken av tiltaksplanen vil måtte foregå i reelle pasientsituasjoner og det vil derfor være viktig at ansatte med liten

erfaring med døende pasienter og deres pårørende får god støtte av en erfaren kollega. Å sikre dette vil være et ledelsesansvar.

For å sikre varighet og bærekraft for dette prosjektet over tid er det, etter min mening, viktig å ha et godt system for opplæring av nytilsatte. De må blir satt grundig inn i grunnleggende palliasjon og de verktøyene, inkludert *Livets siste dager*, vi bruker i avdelingen. Avdelingen har, på grunn av sin karakter, en svært lang sjekklister for opplæring av nytilsatte.

Opplæringen blir gitt delvis av leder, faglig koordinator og oppnevnt fadder. Lindrende behandling er et av punktene på listen og jeg har sammen med min leder kommet frem til at opplæringen bør forbedres.

## **2.1.2 Etisk refleksjon**

I prosjektperioden vil jeg også holde fokus på etisk refleksjon, fordi etikkarbeid bør være en naturlig del av kvalitets- og kompetanseutvikling (Aakre, 2016, s. 280). Avdelingen har satt refleksjon etter dødsfall på dagsorden og fremhevet betydningen av dette for kvalitetsforbedring og god ivaretagelse av personalet. Det er satt av en fast dag i uken, og det er utarbeidet en egen prosedyre for slik refleksjon. Refleksjon etter dødsfall løftes frem med å sette det på dagsorden på første personalmøte etter undervisningen. Refleksjonen bør helst finne sted så raskt som mulig etter dødsfallet.

## **2.2 Utvalg og varighet**

Hvordan kan tiltaksplanen *Livets siste dager* bli til et nyttig verktøy for personalet i en travel korttidsavdeling? Hovedfokus er pleiepersonalet, tilsynslegene inkluderes også fordi de spiller en avgjørende rolle i bruk av planen. Praktisk tilrettelegging er avgjørende for at denne kunnskapen skal bli virksom praksis. En eller flere ansatte må få ansvar for lokal opplæring, tilpasning og tilrettelegging. En eller flere dedikerte tilretteleggere med gode kunnskaper og kommunikasjonsevner og som kan skape begeistring er av avgjørende betydning (Førland, 2014, s. 239). Et prosjekt bør heller ikke være for personavhengig, da dette kan gjøre prosjektgjennomføringen mer sårbar (Hauken, 2019, s. 35).

På bakgrunn av disse aspektene og for å sikre fremdrift og entusiasme i prosjektet ønsker jeg å etablere en prosjektgruppe. Hensikten med å etablere en prosjektorganisasjon er å tydeliggjøre fordelingen av myndighet, roller og oppgaver i prosjektet (Hauken, 2019, s. 123). Den skal bestå av: Leder i avdelingen, fordi ledelsen må være aktivt støttende og deltakende i implementeringen for at den skal bli vellykket (Førland, 2014, s. 238). Kommuneoverlegen, som også er en av tilsynslegene i avdelingen, fordi legene er helt avgjørende i bruk av tiltaksplanen. Prosjektleder, avdelingens ressursperson i palliasjon og palliativ sykepleier. I tillegg vil den bestå av en dedikert sykepleier (mangeårig ressursperson i avdelingen) og en dedikert helsefagarbeider med videreutdanning i kreftomsorg. Jeg velger å ikke ta med for mange personer i prosjektgruppen for å sikre effektivitet og på grunn av begrensede økonomiske ressurser.

Det tar som regel tid å planlegge og å gjennomføre et prosjekt, da det kan skje endringer og oppstå uforutsette utfordringer underveis. I tillegg trenger man en viss tid for å kunne evaluere resultater på nok grunnlag. En prosjektvarighet på fra et til tre år anbefales derfor (Hauken, 2019, s 34). Prosjektet starter opp høsten 2020, med undervisning i november og med varighet ut 2021. Opplæring av nytilsatte og vikarer vil bli utført fortløpende og ved behov. Etter at undervisningen er ferdig vil jeg sammen med prosjektgruppen holde fokus på bruken av *Livets siste dager* hele 2021. I tillegg vil etisk refleksjon etter dødsfall bli fokusert. Evaluering av prosjektet vil bli gjort i prosjektgruppen januar 2022. Prosjektets totale varighet vil da bli 1½ år.

Deltakerne i prosjektet blir invitert til å delta skriftlig både med oppslag i avdelingen og via e-post. I tillegg vil jeg informere og reklamere for prosjektet i god tid på forhånd og ser for meg å gjøre dette i personalmøter og i det daglige når jeg får muligheten. Jeg må ta spesielt hensyn til at vi har egne nattevakter og sammen med leder legge forholdene til rette for deres deltakelse

## 2.3 Bruk av allerede utarbeidet verktøy

I prosjektet skal jeg ta utgangspunkt i et allerede utarbeidet verktøy, *Livets siste dager*, som er en plan for lindring i livets slutfase. Tiltaksplanen kan brukes ved forventede dødsfall hos voksne, uavhengig av pasientens diagnose. Den kan brukes både i sykehus, sykehjem, hjemmesykepleie og på palliative-, lindrende enheter eller hospice. Den finnes derfor i 4 utgaver og jeg tar utgangspunkt i utgaven til bruk i sykehjem (vedlegg 1). Planen skal kun brukes til døende, det vil si i pasientens siste levedager og -timer. Planen skal sikre en felles overordnet ramme og struktur for behandling, pleie- og omsorg i livets slutfase. Den baserer seg på kunnskapsbasert praksis og er i tråd med nasjonale og internasjonale prinsipper og anbefalinger for omsorg til døende (Kompetansesenter i Lindrende behandling, Helse Vest, 2016). Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen (Helsedirektoratet, 2019, s. 42-43) sier dette om innholdet i en slik tiltaksplan; den bør inneholde delmål for optimal lindring av plagsomme symptomer, seponering av uhensiktsmessig behandling, inkludering og ivaretagelse av pårørende, ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov og angi klare retningslinjer for forventet utvikling og mulige komplikasjoner.

Helse Bergen og Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland har utarbeidet en fagprosedyre for implementering og bruk av «Livets siste dager» som er tilgjengelig på Helsebiblioteket.no. Den skal sikre enhetlig implementering og rett bruk av planen og gjelder for helsepersonell som har ansvar for implementering av «Livets siste dager» på systemnivå og for helsepersonell som bruker planen (Helse Bergen og Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland, 2016). Prosedyren klargjør ansvarsforhold, angir forutsetninger for bruk og beskriver praktisk bruk av *Livets siste dager*.

Planens ulike deler:

Innledningsvis skal behandlingsteamet, minimum lege og sykepleier, dokumentere at det er enighet om at pasienten er døende. Alle reversible årsaker til pasientens tilstand skal være vurdert. I tillegg skal minst to av følgende fire kriterier være tilstede: pasienten er

sengeliggende, klarer bare å drikke små slurker, kan ikke lengre svelge tabletter, og er i lengre perioder ikke kontaktbar. Bruk vurderes fortløpende og revurderes dersom pasientens tilstand bedres, det uttrykkes tvil, bekymring eller uenighet om bruk av planen og uansett dersom planen har vært i bruk i 3 døgn.

Planens del 1 er en vurdering bestående av 11 delmål som sikrer ivaretagelse av den døende på det fysiske, psykiske, åndelige/eksistensielle og sosiale området. Samhandling og ivaretagelse av pårørende står også sentralt her.

I del 2 registreres fortløpende vurderinger av tilstand i forhold til aktuelle delmål som går på vanlige symptomer hos døende. Dersom delmål ikke er nådd iverksettes det tiltak som dokumenteres og evalueres. Registrering gjøres hver 4 eller 12 time gjennom hele døgn. Pasienten tilses utenom etter behov. Nytt skjem brukes for hvert døgn.

Del 3 skal sikre respektfull og riktig behandling av den døde og ivaretagelse av pårørende etter dødsfallet. Ivaretagelse av personalet kommer også inn her. *Livets siste dager* skal være et hjelpemiddel for personalet og ikke en erstatning for deres kompetanse og kliniske vurderinger. (Helse Bergen og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland 2016).

Det er ulike oppfatninger om bruk av tiltaksplan i det norske fagmiljøet. Bruken støttes av norske myndigheter, og helsedirektoratet har blant annet støttet implementeringsprosjekter med midler til kompetanseheving for å kvalitetssikre bruken (Helsedirektoratet, 2015). Behov for å evaluere bruken av verktøyet for å få frem erfaringer og vurdere videre bruk påpekes både i *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt – å skape liv til dagene* (Helsedirektoratet, 2015, s. 63) i NOU fra 2017, *På liv og død- Palliasjon til alvorlig syke og døende* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 63), og nå i mai 2020 i Stortingsmelding 24: *Lindrende behandling og omsorg – Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve*. «Regjeringen vil sørge for en gjennomgang og evaluering av Livets siste dager. Evalueringen skal bidra til å sikre at planen er i tråd med ny kunnskap. Helsedirektoratet vil få i oppdrag å evaluere planen» (Helse og omsorgsdepartementet, 2020, s.41).

## 2.4 Budsjett

Direkte kostnader ved prosjektet er knyttet til lønnsutgifter og utgifter til utstyr. Møter i prosjektgruppen vil kunne la seg gjennomføre innenfor den ordinære driften, men det må tas høyde for at noen må komme på fritiden mot ekstra betaling. Prosjektet innebærer ikke store kostnader til utstyr, men noe må likevel beregnes. Undervisningen skal foregå i lokaler tilknyttet avdelingen hvor utstyr er tilgjengelig. Foredragsholderne bidrar kostnadsfritt, men reisekostnader må beregnes.

De indirekte kostnadene ved prosjektet vil være kontor, administrative tjenester, datautstyr, strøm og rengjøring. Dette er tilgjengelige ressurser som ikke krever ekstra kostnader.

Det er forbundet med kostnader å drive et prosjekt. Dersom det blir behov for det vil det vurderes å søke støtte til prosjektet.

## 2.5 Ethiske overveielser

Etisk refleksjon er tatt med som et viktig tiltak for bevisstgjøring og ivaretagelse av personalet. Jeg mener prosjektet vil være et gode for personalet og bidra til trygghet i møte med døende og deres pårørende. Prosjektet er drøftet med nærmeste leder og gjennomføring av prosjektet vil bli endelig diskutert i etterkant av at planarbeidet er ferdigstilt. Planen inneholder ikke taushetsbelagt informasjon.

Kartleggingen jeg har foretatt i forhold til bruk av *Livets siste dager* innledningsvis i planarbeidet er godkjent av nærmeste leder og ansvarlig for journalsystemet. Utover dette kreves det ingen tillatelser. Jeg planlegger en lik kartlegging i januar 2021 for å måle effekten av prosjektet og har klarert tillatelse til dette.

## 2.6 Evaluering av prosjektet

Evaluering av prosjektet er viktig for å dokumentere måloppnåelse og sikre overgang til videre drift (Haugen, 2019, s. 163). For å dokumentere måloppnåelse vil det bli gjort en kartlegging av bruken av tiltaksplanen ved dødsfall i avdelingen i 2021. Dette vil vise om de tiltakene som er iverksatt har hatt effekt. Det vil føres logg gjennom prosjektperioden der



det jevnlig dokumenteres hva som skjer under prosjektet. Logg kan være et godt hjelpemiddel når projektrapport skrives (Haugen, 2019, s. 161). I tillegg blir det viktig å innhente erfaringer fra personalet i avdelingen.

## 2.7 Metodologiske drøftinger

Prosjektets styrke ligger i at det inkluderer hele pleiepersonalet og alle tilsynslegene ved avdelingen. Dette er en viktig suksessfaktor og nødvendig for at det skal utvikles en felles forståelse for prosjektets tema. Det er viktig å legge til rette for at alle får utvikle seg i et arbeidsmiljø (Førland, 2014, s. 237).

Avdelingen har mange ulike pasientgrupper som skal ivaretas. Kommunen er pålagt å drive med fagutvikling og kvalitetsforbedring, og den enkelte ansatte plikter å holde seg faglig oppdatert. Økt behov og etterspørsel fører til økt arbeidsbelastning. Det kan derfor være utfordrende å prioritere fagutvikling (Førland, 2014, s. 229).

Det har vært flere kontekstuelle forhold å ta hensyn til i planleggingen av dette prosjektet. Kvaliteter ved de fysiske omgivelsene har betydning for god ivaretagelse av døende.

Avdelingen har ikke enerom til alle pasienter selv om dette har forbedret seg noe det siste halve året. Det trengs enerom og nok plass til at pårørende kan være til stede. Personalet har ulik kompetanse og erfaringsbakgrunn, noe som i utgangspunktet er positivt, men som også kan føre til at ulike deler av fagfeltet må konkurrere om oppmerksomheten. Det kan også være utfordrende å hele tiden veksle mellom ulike behandlingsfokus i løpet av en vakt.

Læringskulturen på arbeidsplassen er preget av at både ansatte og ledelse er opptatt av å tilegne seg ny kunnskap og ser på det som en nødvendighet for kvalitetsforbedring. Ledelsen er aktivt støttende til og deltar også aktivt i implementering av ny kunnskap. Dette er en stor styrke for prosjektet.

Legedekningen i kommunen er en utfordring i prosjektet. Det mangler legeressurser, og dette går ut over vår avdeling. Det er vanskelig å be legene prioritere å gå igjennom tiltaksplanen sammen med sykepleier. En viktig forutsetning for prosjektet er dermed truet.

Innledningsvis i prosjektet var hypotesen at *Livets siste dager* er lite i bruk i vår avdeling. Dette har jeg fått bekreftet med å foreta en undersøkelse i forhold til dette. Resultatet fra denne har begrenset verdi fordi den kun forteller om planen har vært i bruk eller ikke. Jeg har ikke gått i dybden og undersøkt andre forhold rundt disse dødsfallene. Det ville ikke vært etisk riktig og det ville krevd en annen tillatelse.

### 3 Formidling / målgrupper

Målgruppen for dette prosjektet er personalet i en travel korttidsavdeling. Tiltaksplanen *Livets siste dager* brukes i mange enheter i vår kommune, både sykehjem, bo- og servicesentra og hjemmesykepleien. Dersom prosjektet blir vellykket tenker jeg at alle enheter kan ha nytte av det, og målet vil være å nå ut til flest mulig. I første omgang vil jeg dele våre erfaringer med den kommunale ressursgruppen i palliasjon der alle enheter har sin representant og i tillegg bruke de interne kanalene vi har tilgjengelig for å formidle budskapet.

## 4 Litteraturliste

Andersson, S., Lindqvist, O., Fürst, C. J. & Brännström, M. (2017). Care professional's experiences about using Liverpool Care Pathway in end-of-life care in residential care homes. *Scandinavian Journal of Caring Science* 2015(32), s. 299-308. Doi: 10.1111/scs.12462

Brenne, A.T. & Dalene, B. (2016). Symptomlindring av den døende pasienten. I Kaasa, S & Loge, J.H (red.). *Palliasjon: Nordisk lærebok*. (3 utg., s. 638-652). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Chan, R. J., Webster, J., & Bowers, A. (2016). End-of-life care pathways for improving outcomes in caring for the dying. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). 10.1002/14651858.CD008006.pub3

Collins, H. & Raby, P. (2019). Palliative care after the Liverpool Care Pathway: a study of staff experiences. *British Journal of Nursing* 28(15), s. 1001-1007. Doi: 10.12968/bjon.2019.28.15.1001

Førland, O. (2014). Fagutvikling og praksisutvikling i kommunale helse- og omsorgstjenester. I G. R. Haugen & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 225-241). Oslo: Cappelen Damm.

Hauken, M.Aa. (2019). *Prosjektutvikling i helsetjenesten: Lang-kort er bedre enn kort-lang*. Bergen: Fagbokforlaget.

Helse Bergen og Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland. (2016). Livets siste dager - implementering og bruk av plan for lindring i livets slutfase. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/livets-siste-dager;jsessionid=B3F386BC71430C5F9CB3EFD8D9CEF4F6>

Helsedirektoratet. (2013). *Beslutningsprosesser ved begrensnig av livsforlengende behandling*. Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet. (2015). *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt (IS-2278)*. Hentet fra

[https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3bfb32c6b9ef43/rapport\\_hdir\\_palliasjonsrapport\\_160315.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3bfb32c6b9ef43/rapport_hdir_palliasjonsrapport_160315.pdf)

Helsedirektoratet. (2019). Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Oslo: Helsedirektoratet

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Lindrende behandling og omsorg — Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve.* (Meld. St. nr. 24). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20192020/id2700942/>

Johnansen, H. og Helgesen, A. K. (2015). Ansattes erfaringer med Liverpool Care Pathway. *Geriatrisk sykepleie*, 2015(3), s. 8-17.

Kompetansesenter i Lindrende behandling, Helse Vest. (2020). Registrerte brukersteder for Livets siste dager. Hentet fra [https://helse-bergen.no/seksjon/KLB/Documents/Livets%20siste%20dagar/Brukersteder\\_Livets%20siste%20dager.pdf](https://helse-bergen.no/seksjon/KLB/Documents/Livets%20siste%20dagar/Brukersteder_Livets%20siste%20dager.pdf)

Kompetansesenter i Lindrende behandling, Helse Vest. (2016). *Registreringspakke for bruk av Livets siste dager: Plan for lindring i livets slutfase.* Hentet fra [https://helse-bergen.no/seksjon/KLB/Documents/Livets%20siste%20dagar/Registreringspakke\\_Livets%20siste%20dager.pdf](https://helse-bergen.no/seksjon/KLB/Documents/Livets%20siste%20dagar/Registreringspakke_Livets%20siste%20dager.pdf)

Kaasa, S & Loge, J.H. (2016). Palliativ medisin – en innledning. I Kaasa, S & Loge, J.H (red.). *Palliasjon: Nordisk lærebok.* (3 utg., s. 34-50). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

NOU 2017:16. (2017). *På liv og død — Palliasjon til alvorlig syke og døende.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Martinsen, K. (2002). *Øyet og kallet.* Bergen: Fagbokforlaget.

McConnell, T., O'Halloran, P., Porter, S. & Donnelly, M. (2013). Systematic Realist Review of Key Factors Affecting the Successful Implementation and Sustainability of the Liverpool Care Pathway for the Dying Patient. *Worldview on Evidence-Based Nursing* 10(4), s. 218-237. Doi: 10.1111/wvn.12003

Melby, L., Das, A., Halvorsen, T., & Steihaug, S. (2017). *Evaluering av tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg*. Hentet fra [https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/avdelinger/helse/20.3.17-rapport-lindrende-behandling\\_revidert-i-versjonsbeskrivelse-og-i-5.2-002.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/avdelinger/helse/20.3.17-rapport-lindrende-behandling_revidert-i-versjonsbeskrivelse-og-i-5.2-002.pdf)

Meneses-Echàvez, J.F., Flodgren, G., & Berg, R.C. (2016). *Bruk av Liverpool Care Pathway ved livets slutt*. Oslo: Folkehelseinstituttet avdeling for Kunnskapsoppsummeringer i Kunnskapssenteret

Saunders, C. (2006). *Selected Writings*. Oxford: Oxford University Press

Twycross, R. (u.å.). *Tributes to Dame Cicely Saunders*. Hentet fra <https://www.stchristophers.org.uk/about/damecicelysaunders/tributes>

Aakre, M. (2016). *Jakten på dømmekraft. Praksisnært etikkarbeid i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

## 5 Vedlegg

## 5.1 Vedlegg 1: Livets siste dager - plan for lindring i livets slutfase, til bruk i sykehjem.



Kompetansesenter i  
lindrende behandling  
Helseregion Vest

Pasientdata

### *Livets siste dager*

#### Plan for lindring i livets slutfase, til bruk i sykehjem

##### Bruksveiledning:

- Alle mål er skrevet med **uthevet** skrift. Tiltak, som er en hjelp til å nå målene, er skrevet med vanlig skrift.
- Retningslinjer for symptomlindring er tilgjengelig på [www.helse-bergen.no/palliasjon](http://www.helse-bergen.no/palliasjon).
- Helsepersonell står fritt til å gjøre sine egne faglige vurderinger, men enhver endring i forhold til anbefalinger i denne planen skal dokumenteres på siste side.

Bruk av denne planen forutsetter kommunikasjon med pasienten og de pårørende slik at deres behov og ønsker er kartlagt og de er informert om at pasienten er døende.

##### Kriterier for å bruke denne planen for lindring til døende:

1. **Alle mulige reversible årsaker til pasientens tilstand er vurdert.**
2. **Behandlingsteamet, minimum lege og sykepleier, er enige om at pasienten er døende.**

I tillegg vil minst to av følgende punkter 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 annen dokumentasjon og blir den eneste form for rapport som brukes.

Dokumentasjon av medikamentordinasjon og -utlevering følger sykehjemmets vanlige retningslinjer.

##### Bruk av planen skal vurderes fortløpende og alltid revurderes dersom:

- **pasientens tilstand bedres**
- **det uttrykkes tvil, bekymring eller uenighet knyttet til bruken av planen**
- **planen er brukt i inntil tre døgn**

Dato/klokkeslett:

Avd.:

Lege:

Sykepleier:

International  
Collaborative  
for Best Care  
for the Dying Person

Dette dokumentet er utarbeidet i henhold til anbefalinger fra International Collaborative for Best Care for the Dying Person



**Referanser:**

Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling. Oslo: Helsedirektoratet, revidert utgave 2013. IS-2091.

Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. Oslo: Helsedirektoratet, revidert utgave 2015. IS-2285.

Ellershaw JE, Wilkinson S, red. Care of the dying: A pathway to excellence. 2. utgave. Oxford: Oxford University Press, 2011.

International Collaborative for Best Care for the Dying Person  
<http://www.mcpcil.org.uk/international-collaborative.aspx>

EKSEMPEL

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	Er i stand til å svelge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Våken	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
	Kvalm	<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	<b>Mål 1 Aktuell medikasjon er vurdert og ikke-essensielle medikamenter seponert</b>				
	Hensiktsmessig peroral medikasjon er endret til subkutan, og subkutan pumpe er satt i gang hvis hensiktsmessig.				
	Uhensiktsmessig medikasjon er seponert.				
	<b>Mål 2 Behovsmedikasjon til subkutan administrasjon er ordinert for følgende symptomer etter avdelingens prosedyrer:</b>				
	Smertes		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	
	Uro, agitasjon		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	
	Surkling i luftveiene		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	
	Kvalme og brekninger		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	
	Dyspne		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	
	<b>Mål 3 Uhensiktsmessige tiltak er seponert</b>				
<b>Beslutningene bygger på grundig vurdering av alle aktuelle tiltak.</b>					
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	
Væskebehandling		<input type="checkbox"/> ikke aktuelt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	
Ernæringsbehandling		<input type="checkbox"/> ikke aktuelt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	
Journalført at hjerte-lungeredning ikke er aktuelt (HLR-)			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	
Ev. andre tiltak seponert:.....					
<b>Deaktivering av implantert defibrillator (ICD)</b>					
<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					
Legens underskrift:		Dato:			
<b>Mål 3a Det er tatt en avgjørelse om å avslutte uhensiktsmessige pleietiltak</b>					
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei					
Skal en ha et regime for å snu pasienten, eller gjøre det bare ved behov, vurdere antidecubitusmadrass, vurdere huden, skal en fortsette med å ta BT, puls og temp, osv.					
<b>Mål 3b Subkutan pumpe er satt i gang innen 4 timer etter at den ble forordnet av legen</b>					
<input type="checkbox"/> ikke aktuelt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei					
Sykepleierens underskrift:		Dato:		Klokkeslett:	

Navn.....

Avd.....

Dato: .....

Del 1		Første vurdering – fortsettelse	
Innsikt/forståelse	<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:	<input type="checkbox"/> komatøs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> komatøs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> komatøs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Behov hos barn/ungdom som pårørende er vurdert <input type="checkbox"/> ikke aktuelt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
Åndelig/eksistensiell omsorg	<b>Mål 6</b> Åndelige/eksistensielle 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: Gitt tilbud om kontakt med prest / annen kontaktperson <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei  Navn: ..... tlf: ..... dato: .....  Kommentarer (spesielle behov nå, i forbindelse med dødsfallet, etter dødsfallet):		
Kommunikasjon med de pårørende	<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: .....		
Kommunikasjon med primærhelsetjenesten	<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.		
Sammendrag	<b>Mål 9</b> Pasientens fastlege er klar over pasientens tilstand	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
	Hjemmesykepleien er informert dersom de er tjenesteyter <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Målet er kun aktuelt dersom korttidsopphold.		
Sammendrag	<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 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei <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. Selve plandokumentet kan drøftes hvis dette vurderes som hensiktsmessig. Skriftlig informasjon kan være aktuelt, ev. tilpasset alder og språk.			
Hvis du har svart «nei» på et av delmålene, bør du utdype svaret på siste side.			
Underskrift:	Stilling:	Dato: .....	

Navn.....

Avd.....

Dato: .....

<b>Del 2</b>	<b>Fortløpende vurderinger: Pasienten bør tilses jevnlig, hyppigheten vurderes individuelt. Vurderinger gjort til andre tidspunkt, beskrives fortløpende på siste side.</b>					
<b>Fortløpende vurderinger</b>	<b>Kryss "ja" (mål oppnådd) eller "nei" (mål ikke oppnådd). Hvis svaret er nei, beskrives tiltak og resultat på siste side.</b>					
	<b>Er målet oppnådd?</b>					
<b>Delmål</b>	<b>04:00</b>	<b>08:00</b>	<b>12:00</b>	<b>16:00</b>	<b>20:00</b>	<b>24:00</b>
<b>Smerter</b> <b>Mål: at pasienten er smertefri</b> - Pasienten sier det - 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> <b>Mål: at pasienten er rolig og avslappet</b> - Pasienten frembyr ikke tegn på delirium, dødsangst eller rastløshet ("plukker") - Utelukk smerter/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> <b>Mål: at pasienten ikke er plaget med surkling</b> - Medikament skal gis så snart symptomer oppstår - Vurder behov for leieforandring - Symptomet er drøftet 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> <b>Mål: at pasienten ikke er kvalm/ikke kaster opp</b> - Pasienten sier det - Pas. virker fredfull	<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> <b>Mål: at pasienten ikke er plaget av tung pust</b> - Pasienten sier det - Pas. virker ikke tung i pusten - 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</b> <b>Mål: at pasienten ikke er plaget (f eks av 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, drikke</b> <b>Mål: at munnen er fuktig og ren</b> - Tilby drikk til pas. som er i stand til å svelge - Se retningslinjer for munnstell - Munnen vurderes minst hver 4. time - Pårørende kan gjerne delta 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> <b>Mål: at pasienten er ubesværet</b> - 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> <b>Mål: at alle medikamenter er gitt korrekt i forhold til legens forordning</b> - Subkutan pumpe 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
Underskrift						
<b>Bruk et nytt ark for hvert døgn</b>						

Navn.....

Avd.....

Dato: .....

Del 2		Fortløpende vurderinger – fortsettelse: Er målet oppnådd?	
Kryss "ja" (mål oppnådd) eller "nei" (mål ikke oppnådd). Hvis svaret er nei, beskrives tiltak og resultat på siste side.			
<b>Delmål</b>		<b>08:00</b>	<b>20:00</b>
<b>Liggestilling/ trykkområder</b>	<b>Mål: at pasienten ligger godt i trygge omgivelser</b> - 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>	<b>Mål: at pasienten ikke er plaget av obstipasjon eller diaré</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Innsikt/forståelse</b>	<b>Mål: at pasienten er klar over situasjonen</b> - 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
	<b>Mål: at de pårørende er forberedt på at døden er nær forestående</b> - 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/ eksistensiell omsorg</b>	<b>Mål: at behovet for åndelig/eksistensiell omsorg er ivaretatt</b> - 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>	<b>Mål: at pårørendes behov er ivaretatt</b> - 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
<b>Andre behov/ hensyn</b>	<b>Mål: at spesielle behov/hensyn er ivaretatt</b> ..... .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> ikke aktuelt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> ikke aktuelt
Underskrift:			
Underskrift av sykepleier:		Dag:	Kveld: Natt:
<b>Bruk et nytt ark for hvert døgn</b>			
Utfyllende kommentarer 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:

Pårørende varslet dersom ikke til stede:  ikke aktuelt  ja  nei

Rapport:

Underskrift:

<b>Delmål etter dødsfallet</b>	
Hvis svaret er nei, beskrives tiltak og resultat på siste side	
<b>Rutiner/prosedyrer</b>	<p><b>Mål 12 Fastlegen er informert om dødsfallet</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei                      Ta kontakt neste arbeidsdag hvis dødsfallet skjer utenom arbeidstiden</p> <p>Hjemmesykepleien er informert om dødsfallet dersom de er tjenesteyter <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei                      Målet er kun aktuelt dersom korttidsopphold</p> <p><b>Mål 13 Avdelingens prosedyrer ved mors og ved stell av døde er fulgt</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei                      (spesielle religiøse/kulturelle behov ivaretatt)</p> <p><b>Mål 14 Avdelingens prosedyrer etter dødsfall er fulgt</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei  <b>Sjekk følgende punkter:</b>                      - syning av liket                      - fjerning av ev. pacemaker eller ICD på kreimasjon                      - obduksjon                      - registrering av dødsfallet / dødsattest fylt ut                      - journalen avsluttet og epikrise diktert                      - beskjed formidlet til ev. andre offentlige instanser</p>
<b>Ivaretagelse av etterlatte</b>	<p><b>Mål 15 De pårørende er gitt informasjon om rutiner ved dødsfall</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei                      Brosjyre med praktisk informasjon ved dødsfall er gitt til de pårørende</p> <p><b>Mål 16 Avdelingens prosedyrer vedr. pasientens verdisaker og eiendeler er fulgt</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei                      - Eiendeler og verdisaker er signert for av identifisert person                      - Gjenstander er pakket for senere avhenting                      - Verdisakene er registrert og lagret på et trygt sted</p> <p><b>Mål 17 Nødvendig informasjon er gitt til rette vedkommende</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei                      - Hefte: "Når en av våre nærmeste dør" er utlevert</p> <p><b>Mål 18 Skriftlig informasjon til etterlatte er gitt til de pårørende</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei                      - Informasjonshfte om sorg og aktuell oppfølging i lokalmiljøet delt ut ("etterlattemappe")</p>
<b>Ivaretagelse av personell</b>	<p><b>Mål 19 Personalet er ivaretatt etter dødsfall</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei                      - Formell/uformell refleksjon/debriefing (tilgjengelig mal: "Refleksjon etter dødsfall")</p>
	<p>Underskrift: _____ Dato: _____</p>

Navn.....

Avd.....

**Når målet ikke er oppnådd:**

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

Hvilket delmål ble ikke oppnådd?	Tiltak for å oppnå målet (Dokumentasjon av medikament- utlevering skal føres på kurve)	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:

## 5.2 Vedlegg 2: Behovsvurdering for lindrende behandling (BLB)



### Behovsvurdering for lindrende behandling (BLB)

#### 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	
Bidiagnoser	
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:
---	-----------------------------	------------------------------	---------------

Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest. Versjon 1, mars 2019. Inspirert av Nationell vårdplan för palliativ vård, bedömning av palliativt vårdbehov NVP. Revidert mai -20

Pasient og pårørende har hatt samtale med lege om sykdommen og målsetting for behandling	<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 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"/> Palliativt 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
Oppfølging av palliativt team	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Annet _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei

## 5.3 Vedlegg 3: Hvem er den palliative pasienten?



### 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 innleggelses siste halvår
- 5–10% vekttnap 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](#).