

Haraldsplass diakonale høyskole

**Fordypningsoppgave i Tverrfaglig videreutdanning i
palliativ omsorg – 60 studiepoeng.**

**Kan bruk av Liverpool Care Pathway bidra til ein betre kommunikasjon
mellom sjukepleiarar og pårørande?**

Can the use of Liverpool Care Pathway contribute to a better communication between nurses
and relatives?

Kandidatnummer: 104

Kull: 2011

Antall ord: 5639

Innleveringsdato: 12.04.13

Publiseringsavtale fordypningsoppgave Haraldsplass diakonale høgskole

Tittel på norsk: *Kan bruk av Liverpool Care Pathway bidra til ein betre kommunikasjon mellom sjukepleiarar og pårørande?*

Tittel på engelsk: *Can the use of Liverpool Care Pathway contribute to a better communication between nurses and relatives?*

Kandidatnummer: 104

Årstall: 2013

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage Haraldsplass med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Haraldsplass diakonale høgskolen en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja
nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

ja
nei

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja
nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

ja
nei

Samandrag

Bakgrunn: Som sjukepleiar opplever eg at kommunikasjon med pårørande til pasientar i terminal fase kan vere utfordrande. Det er ikkje uvanleg at det oppstår misforståingar og konfliktrar. Mange av desse trur eg kunna ha vore unngått dersom vi hadde fått til ein meir open og direkte kommunikasjon mellom sjukepleiarar og pårørande. Når eg gjennom vidareutdanninga mi i palliativ omsorg blei kjent med tiltaksplanen Liverpool Care Pathway satt eg igjen med følelsen av at denne kanskje kunne hjelpe med å forbetre kommunikasjonen. Hensikt med denne oppgåva er å finne ut om sjukepleiarar opplever at kommunikasjonen med pårørarande blir betre ved bruk av Liverpool Care Pathway. Og via desse funna bidra med auka kunnskap og ei større forståing av Liverpool Care Pathway sin effekt i praksis.

Problemstilling: *Kan bruk av Liverpool Care Pathway bidra til ein betre kommunikasjon mellom sjukepleiarar og pårørande?*

Metode: I denne fordjupningsoppgåva har det blitt brukt litteraturstudie som metode. Litteraturen er henta i frå pensum, andre fagbøker og nyare forskning. Eg har tatt med fire forskingsartiklar (tre kvalitative og en kvantitativ), og en fagartikkel. Søkeorda eg nytta var: Liverpool Care Pathway, relatives, family, nurse/nurses/nursing, communication og experience.

Teori og drøfting : Teori omhandlande Liverpool Care Pathway, pårørande, kommunikasjon, og kommunikasjonsutfordringar i terminal omsorg blir drøfta opp i mot forskning og egne erfaringar.

Konklusjon: Sjukepleiarane opplever hovudsakelig at Liverpool Care Pathway bidreg med ein positiv effekt på kommunikasjon med pårørande. Den bidreg til dømes med betre samarbeid mellom helsepersonalet, at sjukepleiarane føler seg tryggare på seg sjølv i møte med pårørande, og ein plattform å starte samtalar med. Men det blei og oppdaga at god kommunikasjonskompetanse og opplæring i bruk av Liverpool Care Pathway er essensielt for at den skal fungere i praksis. Liverpool Care Pathway er kun så god som dei som brukar den.

Abstract

Background: As a nurse, I'm experiencing that communication with relatives of patients in the terminal phase can be challenging. It's not unusual for there to be misconceptions and conflicts. I think a lot of them could have been avoided if we had time for a more open and direct communication between nurses and relatives. Through my education in palliative care, I got to know about the action plan, «Liverpool Care Pathway», I was left with the feeling that this might help to improve communication. The purpose of this thesis is to determine if nurses feel that communication with relatives improves when using the Liverpool Care Pathway. And through these findings, contribute to increased knowledge and greater understanding of the Liverpool Care Pathway's effect in practice.

Issue: *Can the use of Liverpool Care Pathway contribute to a better communication between nurses and relatives?*

Method: In this specialization task there has been used literature study method. The literature is taken from the curriculum, other books and recent research. I have used four research articles (Three qualitative and one quantitative), and a scientific article.

The searchwords I used were: Liverpool Care Pathway, relatives, family, nurse/nurses/nursing, communication and experience.

Theory and discussions: Theory about Liverpool Care Pathway, relatives, communication and communication challenges in terminal care is being discussed against research and own experiences.

Conclusion: Nurses mainly experience that Liverpool Care Pathway contributes with a positive impact on communication with relatives. For example, it contributes with a better collaboration between the staff, greater confidence when meeting relatives, and a platform to start off conversations. But I did discover that good communication skills and training in the use of the Liverpool Care Pathway is essential for it to work. Liverpool Care Pathway is only as good as the people who use it.

Innhaldsliste:

1.0 Innleiing	6
1.1 Bakgrunn.....	6
1.2 Hensikt.....	6
1.3 Avgrensing.....	6
2.0 Problemstilling	7
3.0 Teori	8
3.1 Liverpool Care Pathway.....	8
3.2 Pårørende og kommunikasjon.....	9
3.3 Kommunikasjonsutfordringar i 13 palliativ omsorg.....	10
4.0 Metode	11
4.1 Val av metodisk tilnærming.....	11
4.2 Forskingsartiklar.....	12
4.2.1 Nurses' views on using the Liverpool Care Pathway in an acute hospital setting.....	12
4.2.2 Expectations about impact of the Liverpool Care Pathway for the dying patient in an Italian Hospital.....	12
4.2.3 The Liverpool Care pathway in intensive care: an exploratory study of doctor and nurse percetions.....	12
4.2.4 Using the LCP: Bereaved Relatives' Assessments of Communication and Bereavement.....	13
4.2.5 Tiltaksplan for døende pasienter.....	13
4.2.6 Oppsummering.....	14
4.3 Metode og kjeldekritikk.....	14
4.4 Etikk.....	15
4.5. Bruk av allereie utarbeide verktøy.....	15
5.0 Diskusjon	16
5.1 Sjukepleiarane gjer LCP god i praksis.....	16
5.2 Godt samspel skapar god kommunikasjon.....	18
5.3 God opplæring for rett bruk.....	19
6.0 Formidling/målgruppe	20
7.0 Avslutning	20
Litteraturliste.....	21
Vedlegg 1.....	24
Vedlegg 2.....	29

1.0 Innleiing:

1.1 Bakgrunn:

Når ein arbeidar i palliativ omsorg og pasienten er døydde er det ei sentral oppgåve til sjukepleiaren å ivareta pårørande. Både for at pårørande skal meistre si eiga oppleving av dødsfallet, og for at dei skal klare å vere ein støtte for den døydde (Sæteren, 2010). Som sjukepleiar opplever eg at kommunikasjon med pårørande i denne fasen kan vere utfordrande. Det er ikkje uvanleg at det oppstår misforståingar og konflikter. Mange av desse trur eg kunna ha vore unngått dersom vi hadde fått til ein meir open og direkte kommunikasjon mellom sjukepleiarar og pårørande.

Når eg gjennom vidareutdanninga mi i palliativ omsorg blei kjent med tiltaksplanen Liverpool Care Pathway satt eg igjen med følelsen av at denne kanskje kunne hjelpe med å forbetre kommunikasjonen. Liverpool Care Pathway er en tiltaksplan for omsorg til døydde og deira pårørande. Planen gjer at ein kan gi omsorg og pleia ut i frå pasienten og pårørande sine individuelle behov (Ellershaw og Wilkinson, 2011). Grunnen til at eg trur Liverpool Care Pathway kan hjelpe oss med å skape ein betre kommunikasjon er fordi den involverer dei pårørande. Der er punkt i planen som er direkte knytta til dei pårørande, til dømes at planen for vidare behandling av pasienten er forklart for og drøfta med dei pårørande.

På bakgrunn av dette har eg valt å fokusere på Liverpool Care Pathway og kommunikasjon som tema i mi fordjupingsoppgåve.

1.2 Hensikt

Hensikt med oppgåva er å finne ut om sjukepleiarar opplever at kommunikasjonen med pårørande blir betre ved bruk av Liverpool Care Pathway. Og via desse funna bidra med auka kunnskap og ei større forståing av Liverpool Care Pathway sin effekt i praksis.

1.3 Avgrensing

Eg vil i denne oppgåva ikkje legge vekt på diagnose, eller kvar i helsevesenet ein møter pårørande. Men eg personleg har erfaringar frå sjukehus, så alle opplevingane og erfaringane er presenterer i oppgåva er henta der i frå. Eg har ingen erfaring med bruk av Liverpool Care Pathway i praksis. Eg tek utgangspunkt i eit sjukepleiar perspektiv, men eg vil til tider bruke ordet helsepersonell då det ikkje er kun sjukepleiarar som brukar LCP og er i kontakt med pårørande.

Vidare i oppgåva brukar eg forkortinga LCP når eg snakkar om Liverpool Care Pathway.

Begrepsavklaring:

- *Pårørande* er den pasienten oppgjev som sin pårørande. Dersom pasienten ikkje er i stand til å sei kven pårørande er, skal nærmaste pårørande vere den som har i størst grad hatt varig og fortløpande kontakt med pasienten (Helsedirektoratet, 2012).
- *Kommunikasjon* ein prosess der meiningar utvekslas mellom individ gjennom språk, tegn eller gester. Det krev at der forelegg ein avsendar, ein mottakar og ei meining som forståast av alle partar (Travelbee, 1999).

2.0 Problemstilling

Kan bruk av Liverpool Care Pathway bidra til ein betre kommunikasjon mellom sjukepleiarar og pårørande?

3.0 Teori

3.1 Liverpool Care Pathway

Liverpool Care Pathway er ein evidensbasert vegleiar. Hensikta med LCP er å overføre omsorga pasientar og pårørande får i palliative einingar til andre delar av helsetenesta. LCP har som mål å forbetre kvaliteten på omsorga gitt dei siste dagane og timane i livet. Den guidar og muliggjer helsepersonell til å gi pleie og omsorg som er tilpassa behova til den individuelle pasienten og pårørande.

LCP er delt inn i tre hovuddelar.

- **Innleiande vurdering:**
Der ein vurderar pasienten sin tilstand og kva symptom/plager den har.
Ein snakkar med pasient og pårørande om deira behov, og ein diskuterer og avklarar vidare behandling. Fysisk, psykisk, åndeleg og sosiale områder blir vektlagt.
- **Pågåande vurdering:**
Der blir pasienten sin tilstand vurdert etter oppstart med LCP. Ein kontrollera pasienten sine symptom, og ut i frå observasjonar vurderer ein om det trengst endringar i behandlinga.
- **Omsorg etter døden (Ellershaw og Wilkinson, 2011).**

Før oppstart av planen må det tverrfaglege teamet vere einige om at pasienten er døyande, og alle mulige reversible årsaker må vurderast. To av følgjande kriteria vil vanlegvis vere oppfylt: Pasienten er sengeliggande, han er ikkje medviten i lengre periodar, han klarer kun å drikke små slurkar og kan ikkje lenger svelgje tablettar. Dersom pasienten lever tre dagar etter oppstart av LCP, skal det revurderast om ein skal fortsette med planen eller ikkje (Ellershaw og Wilkinson, 2011).

LCP er på ingen måte meint å erstatte ekspertrisa eller ferdigheita til dei som brukar den, og den er kun så god og effektiv som dei som brukar den. Men den hjelp helsepersonalet til å bestemme fokus på kva som er best omsorg for den enkelte pasient på dette tidspunktet. For at ein skal suksessfullt starte opp med og bruke LCP er det essensielt at helsepersonalet har god kommunikasjon med pasient og pårørande. For å kunne bruke LCP på rett måte er det viktig

med god opplæring og forståing for korleis planen skal brukast i praksis (Ellershaw og Wilkinson, 2011).

Der er kritikk til bruk av LCP, dette har spesielt kome fram i England, via engelske media. Denne kritikken inneheld pårørande som opplever at LCP blir brukt til å framskande døden, til dømes ved at pasientane blir fråtatt mat og drikke. Der har og vore tilfeller der pårørande ikkje visste at det var starta opp med LCP (Mula,2013).

3.2 Pårørande og kommunikasjon

I den palliative omsorga er ivaretaking av pårørande vektlagt. I definisjonen av palliasjon står det at målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og *pårørande* (Helsedirektoratet, 2012). Sjukepleieteoretikaren Travelbee (1999) trekk og fram viktigheita med ivaretaking av familie. Den sjuke er ein del av familien, alt som angår pasienten angår og familien/pårørande.

Pårørande er ein viktig ressurs for pasienten. Dei kjenner pasienten, og sit med informasjon som helsepersonalet kan ha god nytte av. Mange pårørande ønskjer å delta i stell og omsorg. For at det skal vere mogleg treng dei informasjon om diagnose, behandling og forventna utvikling (Helsedirektoratet, 2012). Pårørande ønskjer ærleg og direkte informasjon. Dei har ikkje same erfaring som helsepersonell og kjenner ikkje teikna på at døden nærmar seg (Grøthe,2010). Dersom ein gjev uklar informasjon om at pasienten er døyande kan dette skape kommunikasjonsproblem (Helsedirektoratet,2012). Pårørande vil føle seg engstelege, misfornøgde og det kan gi urealistiske forventningar (Ellershaw og Wilkinson, 2011). God informasjon gjev større tryggleik og mindre risiko for misforståingar og konflikhtar (Schjødt et al., 2008).

For at pårørande skal få nytte av den informasjonen dei får er det ein føresetnad at den er forstått. For å oppnå dette krev det fungerande kommunikasjon mellom partane.

Kommunikasjon er ein gjensidig prosess, ved at sjukepleiaren søker og gjev informasjon og pårørande brukar den til å få hjelp. Kommunikasjonen er ikkje eit mål i seg sjølv, men ein prosess til å nå mål og hensikt. Dersom informasjonen som blir gitt blir feiloppfatta eller ikkje blir mottatt, sviktar kommunikasjonen (Travelbee,1999). Det å kunne utrykke oss forståeleg og å kunne lytte til andre er grunnleggande profesjonell ferdigheit (Skau, 2011). Som fagperson må sjukepleiaren kunne gå inn i en relasjon og legge til rette for god kommunikasjon (Røkenes og Hansen, 2004).

For å kunne kommunisere med pårørende om at deira familiemedlem skal dø er det nødvendig med kunnskap og kompetanse angående kommunikasjon. Ein kan ikkje stole på at erfaringar er nok til å utvikle gode kommunikasjonsferdigheiter. Det er nødvendig å lære og forstå visse ferdigheiter og kunnskap for å kunne lese folks behov. Manglande opplæring og ueffektiv kommunikasjon kan føre til at sjukepleiarane blir stressa, og utbrent (Ellershaw og Wilkinson, 2011).

3.3 Kommunikasjonsutfordringar i terminal omsorg

Å snakke med pasient og pårørende om døden er stressande, vondt og vanskeleg, også for den profesjonelle og erfarne pleiaren (Gauthier, 2008, Franklin, 2006). Det er legen sitt ansvar å fortelje om dårlege nyheiter om diagnosen, men sjukepleiarane er i aukande grad involvert i å dele nyheita. Sjukepleiaren er saman med pasient og pårørende etter informasjonen er gitt, og dei tek i mot dei spørsmåla som kjem i ettertid. Desse spørsmåla som kjem i ettertid er ei stor utfordring for sjukepleiarane (Kinghorn, Gaines og Satterley, 2007). Dei kjem ofte uvarsla, og kan omhandle til dømes: kor lang tid er det igjen, korleis vil døden bli, kvifor skjer dette? Slike spørsmål fører ofte til samtalar som sjukepleiarar forbinder med følelsen av ubehag, og utilstrekkelighet. Fleire frykta for konsekvensane av å snakke om den vanskelege situasjonen (Duke og Bailey, 2008). Dette kan til dømes vere følelsesladde reaksjonar, både frå pårørende og seg sjølv, som dei finn vanskeleg å handtere. Ein anna barriere for å gå inn i samtalar er at sjukepleiaren ikkje veit kva pårørende er informert om. Misforståingar og dårleg kommunikasjon mellom helsepersonalet kan forverre sensitive situasjonar og kan skape frustrasjon og misforståingar (Gauthier, 2008). Difor er det viktig med samstemt og klar kommunikasjon mellom helsepersonalet (Schjødt et al., 2008).

4.0 Metode

4.1 Val av metodisk tilnærming

For å finne svar på problemstillinga mi har eg brukt litteraturstudie som metode. Ein utfører eit litteraturstudie ved å systematisk søke, kritisk vurdere og samanfatte litteratur innanfor valt tema eller problemområde (Forsberg og Wengstrøm, 2008). Eg har valt å bruke denne metoden fordi eg då kan gå til forskning og litteratur for å finne sjukepleiarar sine opplevingar og erfaringar rundt område.

Litteraturen eg har brukt i oppgåva har eg funne via pensumlitteraturen, andre fagbøker og forskingsartiklar. Eg begynte studie ved å sjå på pensumet for aktuell litteratur. Vidare søkte eg via Bibsys for å finne andre aktuelle fagbøker. Det neste eg gjor var å finne forskning rundt temaet, dette gjor eg ved å søke i forskjellige databasar. Databasane eg søkte i var: Ovid nursing, PubMed, Svemed+, Cinahl og Sykepleien. Eg har og sett på referanselister på artiklane og bøker eg har funne for anna aktuell litteratur. Eg tok og kontakt med nettverkskoordinator for LCP ved Kompetansesenter i lindrande behandling Helseregion Vest, og spurde om ho kunne hjelpe meg med aktuell forskning. Ho sendte meg linkar til fleire artiklar, eg har valt å bruke den eine artikkelen: *Using the LCP: Bereaved Relatives' Assessments of Communication and Bereavement* (Veerbeek et al., 2008). Men eg fant den og under mine søk på databasane.

Søkeorda eg nytta var: Liverpool Care Pathway, relatives, family, nurse/nurses/nursing, communication og experience. I Bibsys og Sykepleien søkte eg både med engelske og norske søkeord.

Ved å gjer eit generelt søk med søkeordet Liverpool Care Pathway fekk eg opp 109 treff på PubMed, 94 treff på Chinal og 44 treff på Ovid nursing. Når eg søkte på Sykepleien fekk eg opp et treff. Ved søk på Svemed+ fekk eg ingen treff på Liverpool Care Pathway, og valte difor å ikkje gå vidare med søk der.

For å snevre inn søka kombinerte eg LCP med dei andre søkeorda. Eg avgrensa søket med kunn å ta med artiklar som var frå 2008 og nyare, at artiklane var skrive på norsk eller engelsk, at studia var utført i Europa, og at det skulle vere originalartiklar. Eg fekk såleis opp mindre treff, sjå vedlegg 1 for søkehistorikk. Tilslutt enda eg opp med fire forskingsartiklar som eg presenterar i neste avsnitt. Eg har og valt å ta med ein fagartikkel frå Sykepleien.

4.2 Forskingsartiklar:

4.2.1 *Nurses' views on using the Liverpool Care Pathway in an acute hospital setting.*

O'Hara (2011) undersøkte sjukepleiarar sine meiningar om bruk av LCP i sjukehusavdelingar med akutt situasjonar. Ho utførte eit kvalitativt studie, der ho nytta intervju via fokusgrupper som metode. To fokusgrupper blei plukka ut, med seks sjukepleiarar i kvar gruppe. Ei gruppe med generelle sjukepleiarar, og ei med sjukepleiarar med erfaring og spesial interesse i palliativ omsorg. Dette for å kunne samanlikne dei to gruppene. Begge fokusgruppene følte av LCP gav dei betre sjølvtilit, ved at dei følte seg i betre stand til å snakke med pårørande. Gruppene erfarte at LCP opna for kommunikasjon både innanfor det tverrfaglege teamet og med pårørande. Dei følte det gav dei ein plattform der ein kan starte ein diskusjon i frå. For dei minst erfarne, den gruppa med generelle sjukepleiarane var det svært viktig å gjere alt riktig. Dei følte LCP gav dei et rammeverk som viste dei kva dei skulle gjere, og korleis dei skulle gi den beste pleia.

4.2.2 *Expectations about impact of the Liverpool Care Pathway for the dying patient in an Italian hospital.*

Eit kvalitativt studie, som utforskar sjukepleiarar og legar sine forventingar og opplevingar ved bruk av Liverpool Care Pathway på ei generell medisinsk avdeling. For å samle data blei det brukt intervju via fokusgrupper som metode. Det var to grupper beståande både av sjukepleiarar og legar. Det var to gruppetimar, ein time ved oppstart av LCP og ei etter at LCP var innført. Fem av seks legar møtte til begge samlingane. Åtte av ni sjukepleiarar møtte til den fyrste timen, og seks av dei møtte til den siste timen. Før innføring av LCP syntes deltakarane at det var utfordrande å kommunisere med pårørande. Både sjukepleiarar og legar identifiserte det som eit sentralt problem som trengtes forbetring. Dei hadde forventningar om at innføring av LCP ville gi dei auka ferdigheiter som ville forbetre kommunikasjonen med pårørande. Etter innføringa av LCP opplevde dei forbetring av kommunikasjonen, men dei meinte det sannsynligvis hadde samanheng med at det var betre kommunikasjon i mellom sjukepleiarane og legane i gruppene. Dei opplevde framleis utfordringar rundt temaet, men dei følte seg tryggare og hadde betre ferdigheiter. Dei var og blitt meir bevisste om kompleksiteten av problemet. Deltakarane oppdaga og sine egne problem vedrørende kommunikasjon. Dette førte til at dei, paradoksalt, blei meir usikre på deira evne til å støtte og informere pårørande (Di Leo et al., 2011).

4.2.3 The Liverpool Care Pathway in intensive care: an exploratory study of doctor and nurse perceptions.

Walker og Read (2010) uførte eit studie med hensikt å få fram sjukepleiarar og legar sine erfaringar med bruk av LCP, og kva verknad det utgjør i praksis på intensiv avdelingar. Det er eit kvalitativt studie med semi-strukturerte intervju som metode. Der blei brukt ein guide med fire spørsmål. Seks stykk blei intervjuet, fem sjukepleiarar og ein lege. Fleirtal av deltakarane hadde positiv oppleving av LCP, og følte det forfremma kommunikasjonen. Men ein deltakar meinte det blei nytta som eit metafor for død, det var eit bra reiskap for dei tilsette men ikkje i kommunikasjon med familien. To stykk meinte at LCP utgjør ein liten forskjell, dei følte dei hadde eit godt forhold til pårørande uansett.

4.2.4 Using the LCP: Bereaved Relatives' Assessments of Communication and Bereavement

Dette er ein kvantitativ studie der forskarane samanlikna pårørande sin oppleving av kommunikasjon og sorg før og etter innføring av LCP. Den blei utført på sjukeheimar, sjukehus og i heimesjukepleia i Nederland. Det blei nytta spørjeskjema som metode. Tre månadar etter dødsfallet fekk pårørande tilsendt eit skjema der dei blei spurt om å evaluere opplevinga rundt kommunikasjonen med helsepersonalet dei siste tre dagane før pasientens død, avgjeringane om den medisinske behandlinga og den personlege og religiøse behova for pasienten. I perioden før innføring av LCP kunne 220 av 283 pasientar bli inkluderte i studiet. Av desse pasientane var det 131 (59%) pårørande som fylde ut spørjeskjemaet. I perioden der ein brukte LCP var det 255 av 292 pasientar som kunne delta i undersøkinga. Her svarte 140 (55%) av pårørande på spørjeskjemaet. Dei pasientane som blei utelukka av studiet var på grunnlag av at dei ikkje kunne bli informert eller fordi dei ikkje ville at deira journal skulle bli brukt etter dødsfallet. Resultatet på undersøkinga viste at kommunikasjonen mellom helsepersonell og pårørande var tilsvarende i begge periodane. Bortsett frå at fleire pårørande opplevde informasjonen meir forståleg i den perioden LCP var innført (Veerbeek et al., 2008).

4.2.5 Tiltaksplan for døende pasienter

Dette er ein fagartikkel som formildar erfaringane frå prosjektet: ”Implementering av Liverpool Care Pathway”. Dette var eit samarbeidsprosjekt Høgskolen i Østfold hadde med seks sjukeheimar i fem kommunar i fylket. Målsettinga til prosjektet var å utvikle den faglege kompetansen i relasjon med døyande og deira pårørande. Det var og for at studentane som var i praksis skulle bli kjent med LCP som eit reiskap for kvalitetsikring av omsorg ved livets

slutt. Når prosjektperioda var over kom det mange positive tilbakemeldingar frå deltakarane. Dei opplevde at innføring og bruk av LCP gjor dei meir samkjørte og dei følte større tryggleik i møte med døyande og deira pårørande. Dei syns at LCP var ein fin inngangsport til samtalar. Det blei og i større grad sett av meir tid til samtalar, og pasient og pårørande fekk større oppmerksomd (Lillemoen, Velun og Østensvik, 2011).

4.2.6 Oppsummering:

Dei kvalitative artiklane som var intervju av sjukepleiarar viste at dei fleste opplevde at LCP hadde ein positiv effekt på kommunikasjonen med pårørande. Den kvantitative artikkelen som var ein spørjeundersøking av pårørande viste at kommunikasjonen var samsvarande med og utan bruk av LCP.

4.3 Metode og kjeldekritikk:

Eg har hovudsakleg prøvd å nytte mest mogleg litteratur som er primærkjelder i oppgåva. Dette for å unngå andre sine eventuelle feiltolkingar av litteraturen (Dalland, 2001). Eg har difor valt å ikkje bruke oversiktsartiklar. Eg fann ikkje nokon norsk forskning rundt mitt tema, men eg fann en fagartikkel i Sykepleien omhandlande LCP og valte difor å ta med den. Forskingsartiklane er to engelske artiklar, en nederlandsk og en italiensk. Difor er alle artiklane skrive på engelsk. Fleire av fagbøkene i teoridelen er og skrive på engelske. Sjølv om store delar av teori og forskning ikkje er frå Noreg meiner at funna kan overførast til norsk praksis.

For å finne ut om artiklane var fagfelleverdert gjekk eg inn på norsk samfunnsvitenskapelige datatjenester (nsd.no) og søkte opp tidskriftene eg hadde funne artiklane i. Her kom det fram at tidskriftene International Journal of Palliative Nursing og Palliative Medicine er av forskningsnivå 1. Dette er ei kvalitetsikring på at dei er pålitelige kjelder. Tidskrifta American Journal of Hospice & Palliative Medicine som eg og har nytta var dessverre ikkje registrert på sida, eg veit difor ikkje kva forskingsnivå den er på.

Når eg søkte etter forskning såg eg raskt at det var mykje av dei same artiklane på alle tre databasane. Og når eg var ferdig å utføre søka mine satt eg igjen med dei same fire artiklane som eg fant aktuelle på alle dei tre databasane. Dette kan tyde på at der er lite forskning rundt temaet. Dersom eg hadde gjort mindre avgrensingar, og/eller søkt ved fleire databasar kunne eg kanskje ha fått eit større funn. Men det blir framheva i tre av forskingsartiklane at det er gjort lite forskning rundt helsepersonell sine erfaringar rundt bruk av LCP. Det har derimot

blitt gjort ein god del forskning om korleis best innføre LCP (Walker og Read, 2010, O'Hara, 2011, Di Leo et al., 2011).

Ulemper med dei kvalitative studia eg har med i oppgåva er at det er små studie. Det betyr at ein ikkje kan generalisere resultatet. Men i følge Ellingsen og Drageset (2008) er ikkje hensikta med kvalitativ forskning å generalisere funna. Den er heller at vi får utvida vår forståing av området, og at ein løftar resultatata frå eit mindre utval til eit teoretisk nivå. I fleire av artiklane var metoden fokusgrupper. Når ein bruker fokusgrupper er 5-8 deltakarar ein passende størrelse. Ei mindre gruppe kan avgrense meningsutvekslingane, og ei større gruppe kan gi parallelle diskusjonar og nokon av meiningane kan bli skjult (Ellingsen og Drageset, 2008). Ut i frå dette ser eg på studia eg har valt som representative til å belyse mitt tema.

Sidan eg er ute etter sjukepleiarar sin erfaringar vil det vere naturleg å bruke kvalitativ forskning. Eg har likevel valt å ta med ein kvantitativ studie, då den tek føre seg pårørande sine opplevingar. Dette for å kunne samanlikne funna. Ulempene med dette er at pårørande kun kan evaluere kommunikasjonen enten før innføringa eller etter LCP, dei kan ikkje samanlikne periodane. Ei anna ulempe med den kvantitative artikkelen er at svarprosenten er lav, på henholdsvis 59 og 55 %. Dette er i grunnen for lavt til at vi kan stole på resultatet. Dei har heller ikkje beskrive kvifor dei resterande prosentane ikkje har svart. Eg har likevel valt å ta den med i oppgåva då eg føler den er relevant for å samanlikne sjukepleiarane og pårørande sine opplevingar.

4.4 Etikk

Alle forskningstudia eg har brukt i oppgåva er godkjent av etiske komitear. Eg har ikkje innhenta noko personleg data frå pasientar, pårørande eller kollegaer, så eg har ikkje behov for samtykke, eller godkjenning frå etisk komité.

Dei sjølvfarte opplevingane som eg har tatt med er heilt anonyme og kan ikkje sporast tilbake til enkeltpersonar.

4.5 Bruk av allereie utarbeide verktøy

Denne oppgåva bygger på tiltaksplanen Liverpool Care Pathway, som eg blei kjend med via utdanninga. Link til planen ligg på nettsida til Kompetansesenter i lindrande behandling Helseregion vest (<http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/klb/Sider/liverpool-care-pathway.aspx>) Legger ved planen som vedlegg 2.

5.0 Diskusjon

5.1 Sjukepleiarane gjer LCP god i praksis.

I artiklane eg har funne opplevde dei fleste deltakarane at LCP hadde ei positiv verknad på kommunikasjonen med pårørande (Di Leo et al., 2011, O'Hara, 2011, Walker og Read, 2010, Lillemoen, Velun og Østensvik 2011). Den eine sjukepleiaren formulerte seg slik: "Du er meir fri til å snakke med pårørande, mens før (LCP) visste du ikkje kva du skulle sei.... No veit du kva ord du skal sei til dei, og du veit kvar du skal skrive det når du er ferdig. Det gir en klar forståing mellom oss, pasient og pårørande."(O'Hara, 2011, s 241).

Ellershaw og Wilksinson (2011) sei at det er du som gjer at LCP blir god i praksis. Dette blir og støtta av Murphy(2011): LCP gjev oss ikkje svar på utfordringar vi møter i terminal omsorg. Den hjelper oss med å sjå klarleik og finne fokus, mens kommunikasjonen og medfølinga kjem frå deg. Korleis kunne da denne sjukepleiaren føle at LCP gav ho dei orda ho trengte? LCP er en vegleiar og ingen fasit. Den har ikkje svar på alle spørsmål som pårørande har. Både teori (Ellershaw og Wilkinson,2011) og forskning (O'Hara 2011, Di Leo et al.,2011) påpeikar at god kunnskap om kommunikasjon er viktig for at ein skal lykkast med bruk av LCP. Sjukepleiaren som er nemnt tidligare hadde truleg god kunnskap om kommunikasjon frå før, og no når ho hadde LCP og støtte seg til blei det lettare å finne fokuset og bruke den kunnskapen. Av egne erfaring opplever eg at mange sjukepleiarar bruker mykje tid og energi på å gru seg til å gå inn i samtalar, og dermed gløymer korleis det skal kommunisere. Dei klarar ikkje å fokusere på pårørandes behov, men heller på korleis dei sjølv skal kome seg igjennom samtalen. Det er vanskelig å snakke om døden, uansett kor erfaren en er (Gauthier, 2008, Franklin, 2006). Med det blir ikkje lettare dersom ein tenker og fokusere på kor vanskeleg det er. Då lagar ein eit ekstra problem for seg sjølv. Ein er redd for å vise følelsar og ein er redd for reaksjonar pårørande kjem med (Duke og Bailey, 2008). Det er eit emosjonelt tema, og der vil vere reaksjonar. Men sannsynlegvis er ikkje det så vanskeleg som ein trur det vil bli. Når vi bruker LCP får vi vete noko om kva behov og ønskjer pårørande og pasienten har. Dersom ein klare å legge vekt på dette å sleppe taket på si eiga frykt trur eg det blir lettare å gå inn i samtalen. Det er tross alt pasienten og pårørande som er fyrste prioritert. Og som Røkenes og Hansen (2004) sei så må sjukepleiarane som fagpersonar kunne gå inn en relasjon og legge til rette for ein god kommunikasjon

I Di Leo at el. (2011) sit studie viste det seg at sjukepleiarane blei meir bevisst over kor omfattande problemet rundt kommunikasjon var. Dette gjor at dei blei usikker på om dei

hadde nok kompetanse til å informere og støtte pårørende. Med det fyrste ser dette ut som at LCP har ein negativ innflytelse på korleis sjukepleiarane handtera kommunikasjon med pårørende, ved å bli meir usikre i situasjonar. Men på den andre sida har det ein positiv effekt. Når ein er klar over problemet med manglande kommunikasjonsferdigheiter er det større sannsyn at det blir starta opp tiltak for å forbetre dette. For eksempel utdanne sjukepleiarane. Som nemnt må kommunikasjonen mellom helsepersonalet og pårørende fungere for å kunne bruke LCP i praksis (Ellershaw og Wilkinson, 2011).

Som sagt viser dei kvalitative artiklane eg har brukt har sjukepleiarane stort sett opplevd at LCP har positiv effekt på kommunikasjonen. Men opplever pårørende forskjell på kommunikasjonen med sjukepleiarane når LCP blir brukt? Veerbeek et al. (2008) utførte eit studie der dei samanlikna pårørende sine opplevingar av kommunikasjon med og utan LCP. Resultatet på undersøkinga var at pårørende opplevde kommunikasjonen lik begge periodane. Så kva vil dette sei i forhold til mine funn i dei kvalitative studia? Innbiller sjukepleiarane at kommunikasjonen blir betre fordi dei trur LCP gjer den betre? I forskinga sa fleire av sjukepleiarane at dei følte seg meir sjølvsikre og tryggare på å møte dei pårørende, og at dei var i betre stand til å snakke med pårørende når dei brukte LCP (Di Leo et al. 2011, O'Hara, 2011 og Lillemoen, Velun og Østensvik 2011). LCP gav dei en plattform eller ein inngangsport som dei kunne starte ein samtale i frå (O'Hara, 2011, Lillemoen, Velun og Østensvik 2011). Truleg er det dette som er grunnlaget for at dei opplevde kommunikasjonen som betre. Dei bruker sannsynligvis ikkje så mykje energi på å tenke på kor vanskeleg det er å samtale med pårørende, og såleis blir det lettare. Ueffektiv kommunikasjon kan føre til at sjukepleiarane blir stressa, og utbrent (Ellershaw og Wilkinson, 2011) Men dette er ikkje nødvendigvis synleg for pårørende.

Dei fleste pårørende var positive til korleis informasjonen var gitt i både med og utan LCP (Veerbeek et al. 2008). Dessverre var det lav svarprosent på denne undersøkinga, høvesvis 59 og 55%. Og vi veit ikkje kvifor restrandte ikkje svarte. Det kan hende dei hadde ein anna oppleving av kommunikasjonen, både i negativ eller positiv forstand. Men det kom fram at nokon opplevde at informasjonen dei fekk var meir forståeleg når det blei brukt LCP (Veerbeek et al. (2008). Dette kan tyde på at bruk av LCP gjer det lettare å legge til rette for at pårørende får informasjon tilpassa deira behov. Dette kan kome av at pårørende no blir i større grad involvert i diskusjonen på korleis pasienten skal behandlast vidare, og dermed forstår betre kva som skjer.

5.2 Godt samspel skapar god kommunikasjon.

Som presentert tidlegare er det viktig at kommunikasjonen mellom legar og sjukepleiar er samstemt og klar (Schjøldt et al., 2008). Dette for å unngå misforståingar og konflikter mellom legar og sjukepleiar, som vidare kan føre til misforståingar mellom helsepersonalet og pårørande. Som sagt i teoridelen kan sjukepleiarane oppleve at dei ikkje veit kva pårørande har blitt informert om av legen (Gauthier, 2008). Dette kan bidra til usikkerheit blant sjukepleiarane dersom dei til dømes får spørsmål frå pårørande omhandlande behandling. Eg har sjølv stått i denne situasjonen og kjent på ubehaget dette medbringer. Kanskje sjukepleiar og lege ikkje har same oppfatning av situasjonen og ikkje er einige om behandlinga, og kan såleis gje forskjellig informasjon. Dersom sjukepleiaren viser usikkerheit, eller det blir gitt tvetydige svar fører dette til at pårørande blir utrygge og bidreg til unødig frustrasjon. Sjukepleiaren kan, for å få oppklart kva pårørande veit, spørje kva legen har informert dei om. Dette er og ein måte å finne ut om pårørande har forstått informasjonen dei har fått. Men det kan bidra til bekymring blant pårørande at sjukepleiaren ikkje veit kva behandling pasienten får. Av erfaring er det beste at både sjukepleier og legen er til stede når informasjonen blir gitt, og at dei på førehand er blitt einige om kva som er det beste for pasienten. Når ein startar opp med LCP og skal gå gjennom den innleiande vurderinga er det naturleg at både sjukepleiar og lege er til stades, saman med pasienten og pårørande. I studie til Di Leo et al. (2011) opplevde deltakarane at kommunikasjonen mellom legane og sjukepleiarane blei betre ved bruk av LCP. Og at dette medførte at kommunikasjonen mellom helsepersonalet og pårørande blei betre. Dette funnet viser korleis LCP kan ha ei positiv effekt på kommunikasjon i praksis. Det vise også verknaden eit godt samspel mellom legar og sjukepleiarar har. At LCP hadde innverknad på samarbeidet blant helsepersonalet kom og fram i andre artiklar. Deltakarene i O'Hara (2011) sitt studie opplevde og at LCP bidrog til betre kommunikasjon innanfor det tverrfaglege teamet. Og i Lillemoen, Velund og Østenvik (2011) sin artikkel kjem det fram at personalet opplevde at dei vart meir samkjørte. Når samarbeidet mellom lege og sjukepleiar fungerer trur eg det blir lettare å legge plan for behandlinga framover. Eg har sjølv stått i situasjonar der dårleg planlegging er med på å skape unødig frustrasjon. Eit døme på dette var at det ikkje var lagt noko plan for behovsmedisin som kunne gjevast ved eventuelle symptom som kunne oppstå. På ei kveldsvakt blei pasienten plaga med uro, og eg måtte kontakte vakthavande lege, som ikkje kjente pasienten, for hjelp. Vakthavande viste lite interesse og hadde ingen gode råd. Eg kom med idear sjølv som vart avvist. Pårørande var fortvila over sin kjære som leid på dødsleie. Eg vart usikker og følte meg hjelpelaus. Det var ikkje noko system på det som blei forsøkt, og

pårørende viste tydelig at dei ikkje var fornøgde. Eg trur at dersom eg hadde hatt ein plan å følgje hadde situasjonen vore mindre frustrerende. I studie til O'Hara (2011) opplevde dei minst erfarne sjukepleiarane at LCP gav dei et rammeverk som viste dei kva dei skulle gjer, og korleis dei skulle gi den beste pleia. Grøthe (2010) sei at tiltaksplanar kan vere til god hjelp for personalet som har mindre erfaring med palliative pasientar. Og dersom pårørende opplever at ting blir utført etter ein plan får dei større tillit til sjukepleiaren (Grøthe, 2010).

5.3. God opplæring for rett bruk.

I studie til Walker og Read (2010) kom det fram at ein av sjukepleiarane opplevde at LCP blei brukt som eit metafor for døden. Ho meinte at det fungerte bra som eit kommunikasjonsmiddel blant personalet, men ikkje mellom personalet og pårørende. Dette tyder på feil bruk av LCP. Dei som startar opp og brukar LCP må kunne klare å snakke opent om døden, og bruke ordet døyande. Elles er det vanskeleg for pårørende å forstå kva hensikta med LCP er. Eit av måla med LCP er å skape open kommunikasjon rundt døden (Veerbeek et al. 2008). Som nemnt tidlegare ønskjer og treng pårørende direkte informasjon (Grøthe, 2010, Helsedirektoratet, 2012). Dette for å unngå misforståingar og urealistiske forventningar (Ellershaw og Wilkinson, 2011). Dersom ein ikkje brukar LCP rett, og pårørende ikkje har forstått kva den inneberer kan dette skape trasige situasjonar.

Truleg er dette noko av grunnen til den negative kritikken som har oppstått i England. Der pårørende har fortalt skrekkehistorier om deira kjære som blir fråtatt mat og drikke, og dermed svelt i hel på grunn av LCP (Mula, 2013). Men det er ikkje slik LCP skal fungere. Når ein startar opp med LCP betyr ikkje dette at ein automatisk skal fjerne mat og drikke. Intravenøst behandling skal diskuterast og avklarast, og dette skal alltid involvere pårørende og pasienten, dersom den er i stand til det (Ellershaw og Murphy, 2011). Som Travelbee (1999) sei: det som anngår pasienten anngår også pårørende. Klarar pasienten å få i seg drikke og mat sjølv skal den sjølv sagt få dette. Men når ein startar opp med LCP er pasienten ofte så dårleg at den ikkje er i stand til dette. Pårørende fortalte og at dei hadde opplevd at pasientar hadde blitt satt på LCP utan at dei var informert om det (Mula, 2013). Her ser ein et eksempel på manglande kommunikasjon. Pårørende og pasienten skal vere informert om at ein startar opp med LCP, og dei skal vere involvert i avklaringa på vidare behandling (Ellershaw og Murphy, 2011). Ein må huske at pårørende ofte er i ei sjokkfase når dei blir informert om at pasienten kun har få dagar igjen å leve, og at ein startar opp med LCP. Dette betyr at dei kanskje ikkje får med seg kva LCP er. Difor kan det vere nødvendig å gjenta informasjonen, og forsikre seg at den er forstått. Det kan virke som dei som har brukt LCP i desse tilfella ovanfor ikkje har hatt god

nok opplæring, eller har mangelfull kommunikasjonskunnskapar til å kunne bruke den rett. Som Ellershaw og Wilkinson (2011) sei er det nødvendig at dette er på plass for at LCP skal fungere i praksis. Og ikkje minst at dei har forstått hensikta med bruken av den.

6.0 Formidling/målgrupper

Denne oppgåva har sjukepleiarar som målgruppe. Den gjev ei innsikt i andre sjukepleiarar sine erfaring med LCP i praksis, som kan ein ta med seg vidare i sin eigen praksis. På min arbeidsplass skal vi no starte opp med LCP. I samband med det kan eg ta med funna eg har gjort her og undervise mine kollegaer, og/eller la dei lese oppgåva. For formidling til større grupper kan ein publisere ein fagartikkel. Det hadde også vore interessant å gjennomført ein undersøking blant norske sjukepleiarar å fått fram deira erfaringar rundt område, for eksempel gjennom ei mastergradsoppgåve.

7.0 Avslutning

I denne oppgåva har eg sett på om Liverpool Care Pathway har verknad på kommunikasjonen mellom sjukepleiarar og pårørande. Forsking viser at sjukepleiarane opplever at LCP har ein positiv verknad på kommunikasjonen (Di Leo et al., 2011, O'Hara, 2011, Walker og Read, 2010, Lillemoen, Velun og Østensvik 2011). Dette på grunn av at det blir betre kommunikasjon og samarbeid mellom helsepersonalet, at sjukepleiarane føler seg tryggare til å møte pårørande og at dei fekk ein plattform til å starte ein samtale. Men det kom og fram at ein blei klar over problem og utfordringar ved kommunikasjon med pårørande i denne fasen. Det som er nødvendig for å få LCP til å fungere bra i praksis er god kunnskap om kommunikasjon til pårørande som er i denne fasen, og rett opplæring i bruk av LCP. Som Ellershaw og Wilksinson (2011) sei LCP er kun så god som dei som brukar den.

Litteraturliste:

- Dalland, O. (2001) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Di Leo, S., Beccaro, M., Borreani, C., Costantine, M. & Finelli, S. (2011) Expectations about impact of the Liverpool Care Pathway for the dying patient in an Italian hospital *Palliative Medicine*, 25(4), s. 293-303.
- Duke, S. & Bailey C. (2008) Communication: patient and family. I: Payne,S., Seymour, J. & Ingleton, C. red. *Palliative Care Nursing: Principles and Evidence for Practice*. England, Open University Press S. 121- 145.
- Ellershaw, J. & Murphy, D. (Mars, 2011). The Liverpool Care Pathway for the Dying Patient (LCP), [internett]. Liverpool, Marie Curie Palliative Care Institute. Tilgjengelig frå <http://www.liv.ac.uk/media/livacuk/mcpcil/documents/March-2011-LCP-Briefing-Paper.pdf> [Nedlasta 04 april 2013].
- Ellershaw, J. & Wilkinson.S. (2011) *Care of the dying: a pathway to excellence*. second edition. Oxford University Press.
- Ellingsen,S. & Drageset S.(2008) Kvalitativ tilnærming i sykepleieforskning, en introduksjon og og oversikt. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 10(3) s. 23-38.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. 2. utgave. Stockholm, Natur og Kultur.
- Franklin, M. (2006) Breaking bad news. I: Cooper, J. red. *Stepping into palliative care 2, Care and practice*. Oxford, Radcliffe publishing Ltd, s. 170-181.
- Gauthier, D.M. (2008) Challenges and Opportunities: Communication Near the End of Life *MEDSURG Nursing*, 17 (5), s. 291-296.
- Grøthe, Å. (2010). *Kyndig og dedikert, en studie av pårørandes erfaring i møte med helsepersonell i ei palliativ avdeling*. Mastergradsoppgåve, Høgskolen i Buskerud.

Helsedirektoratet (8. august 2012) Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen [internett] Tilgjengelig frå <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen-/Publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-palliasjon-2012.pdf> [Nedlasta 16. januar 2013].

Kinghorn, S., Gaines, S., & Satterley, G. (2007) Communication in advanced illness: challenges and opportunities. I: Kinghorn, S. & Gaines, S. red. Palliative Nursing, Improving end-of-life care. London, Elsevier Limited s.95-111.

Lillemoen, L., Velund, R.U. & Østensvik, E. (2011) Tiltaksplan for døende pasienter. *Sykepleien*, 99 (01), s. 60-63.

Mula, C. (2013) Can the Liverpool Care Pathway make a recovery? *International Journal of Palliative Nursing*, 19 (2), s. 55.

Murphy, D. (2011). The Liverpool Care Pathway provides clarity and focus; communication, care and compassion come from you. *International Journal of Palliative Nursing*, 17(11), s. 529.

O'Hara, T. (2011) Nurses' views on using the Liverpool Care Pathway in an acute hospital setting. *International Journal of Palliative Nursing*, 17 (5), s. 239-244.

Sæteren, B. (2010) Omsorg for døende pasienter. I: Reitan, A.M & Schjølberg, T.K. red. *Kreftsykepleie, pasient-utfordring-handling*. Oslo, Akribe, s. 235-255.

Røkenes, O. H. & Hansen, P. (2004) *Bære eller breste, kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Shjødt, B., Haugen, F.D., Straume, M. & Værholm R. (2008) Familien. I: Kaasa, S. red. *Palliasjon, nordisk lærebok*. 2. utgave. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag. S. 89-114.

Skau, G.M., (2011) *Gode fagfolk vokser, personleg kompetanse i arbeid med mennesker*. 4. Utgave. Oslo, Cappelen Damm AS.

Travelbee, J. (1999) Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Veerbeek, L., de Bakker, R., van der Heide, A., van der Maas, P.J., van der Rijt, C.C.D., Swart, S.J., de Vogel-Voogt, E. & van Zuylen, L. (2008) The effect of the Liverpool Care Pathway for the dying: a multi-centre study. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 22 (2), s. 145-151

Walker, R. & Read, S. (2010) The Liverpool Care Pathway in intensive care: an exploratory study of doctor and nurse perceptions. *International Journal of Palliative Nursing*, 16 (6), s 267-273.

Vedlegg 1, databasesøk:

Søk i Pubmed

Søkeord	Treff	Leste abstract	Leste artiklar	Brukte atiklar
Liverpool Care Patway	113	0	0	0
Liverpool Care Pathway 5 år og nyare	84	8	0	0
Liverpool Care Patway AND communication 5 år og nyare	19	5	4	2 Di Leo et al. Veerbeek et al.
Liverpool Care Pathway AND nursing 5 år og nyare	29	3	2	2 O'Hara Walker and Read
Liverpool Care Pathway AND relatives OR family AND communication 5 år og nyare	10	3	2	2 Dei same artiklane var funne ved tidligare søk.
Liverpool Care Pathway AND nursing AND communication 5 år og nyare	10	5	1	0
Liverpool Care Pathway AND nursing AND experience 5 år og nyare	4	2	1	1 Funnet ved tidligare søk.

Liverpool Care Pathway AND communication AND nursing AND relatives OR family 5 år og nyare	5	3	1	1 Funnet ved tidligere søk.
Liverpool Care Pathway AND nurses AND relative OR family 5 år og nyare	7	3	3	2 Funnet ved tidligere søk

Søk i Ovid Nursing

Søkeord	Treff	Leste abstracts	Leste artiklar	Brukte artiklar
Liverpool Care Pathway	45	0	0	0
Liverpool Care Pathway 5 år og nyare	33	0	0	0
Liverpool Care Pathway AND nurs\$ 5år og nyare	28	2	0	Fann to som eg hadde funnet i PubMed, O'Hara og Walker and Read.
Liverpool Care Patway AND communication 5 år og nyare	0	0	0	0

Liverpool Care Pathway AND relatives OR family AND communication 5 år og nyare	7	0	0	Her og fekk eg treff på to som eg hadde funne i PubMed tidligere Veerbeek et al, og Di Leo et al.
Liverpool Care Pathway AND nursing AND communication 5 år og nyare	6	1	0	0
Liverpool Care Pathway AND nursing AND experience 5 år og nyare	3	2	0	Fann en som eg fant i PubMed Walker and Read
Liverpool Care Pathway AND communication AND nursing AND relatives OR family 5 år og nyare	3	0	0	En funnet ved tidligere søk.
Liverpool Care Pathway AND nurses AND relative OR family 5 år og nyare	10	2	0	En funnet ved tidlegare søk.

Søk i CINAHL

Søkeord	Treff	Leste abstracts	Leste artiklar	Brukte artiklar
---------	-------	-----------------	----------------	-----------------

Liverpool Care Pathway	92	0	0	0
Liverpool Care Pathway 5 år og nyare	64	4	1	0
Liverpool Care Pathway AND nursing 5år og nyare	44	2	1	0
Liverpool Care Patway AND communication 5 år og nyare	17	0	0	0
Liverpool Care Pathway AND relatives OR family AND communication 5 år og nyare	3	1	1	0
Liverpool Care Pathway AND nursing AND communication 5 år og nyare	14	0	0	0
Liverpool Care Pathway AND nursing AND experience 5 år og nyare	0	0	0	0
Liverpool Care Pathway AND communication AND nursing AND	2	0	0	0

relatives OR family 5 år og nyare				
Liverpool Care Pathway AND nurses AND relative OR family 5 år og nyare	3	0	0	0

Eg har skreve null på brukte artikkelar på CINAHL, men eg fant og her dei fire som eg og fant i PubMed og Ovid som eg har valgt å ta med i oppgåva

Vedlegg 2, Liverpool Care Pathway:***Liverpool Care Pathway (LCP)- for SYKEHUS*****En tiltaksplan for omsorg til døende og deres pårørende****Referanser:**

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

in Adults. London: The National Council for Palliative Care.

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

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

Nettsider: www.mcpcil.org.uk/liverpool-care-pathway/ og www.helse-bergen.no/lindrendebehandling

Bruksveiledning:

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

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

Kriterier for å bruke denne tiltaksplanen for omsorg til døende:

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

Pasienten er sengeliggende Pasienten er i lengre perioder ikke kontaktbar

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

tabletter

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

Dokumentasjon av medikamentforordning og -utlevering følger sykehusets vanlige retningslinjer.

Dato/Klokkeslett:

Avd.:

Lege:

Sykepleier:



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



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


 Navn: **Del 2**

Fortløpende vurderinger: Er målet oppnådd?

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

 Navn:

Avd.:

Dato:



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

Navn:

Avd.:

Dato:



Del 3

Ved dødsfallet

Dato:

Klokkeslett:

Klokkeslett attestert av lege:

Hvem var til

stede:

Rapport:

Underskrift:

Delmål etter dødsfallet	
<i>Hvis svaret er nei, beskrives tiltak og resultat på siste side</i>	
Mål 12 Fastlegen er informert om dødsfallet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Ta kontakt neste arbeidsdag hvis dødsfallet skjer utenom arbeidst iden	
Hjemmesykepleien er informert om dødsfallet	
Mål 13 Avdelingens prosedyrer ved mors og ved stell av døde er fulgt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
(spesielle religiøse/kulturelle behov ivaretatt)	
Mål 14 Avdelingens prosedyrer etter dødsfall er fulgt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Sjekk følgende punkter:	
- syning av liket	
- fjerning av ev. pacemaker eller ICD pga kremasjon	
- obduksjon	
- registrering av dødsfallet/dødsattest fylt ut	
- journalen avsluttet og epikrise diktert	
- beskjed formidlet til ev. andre offisielle instanser	
Mål 15 De pårørende er gitt informasjon om rutiner ved dødsfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Brosjyre med praktisk informasjon ved dødsfall er gitt til de pårørende	
Mål 16 Sykehusets prosedyrer vedr. pasientens verdisaker og eiendeler er fulgt	<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	
Mål 17 Nødvendig informasjon er gitt til rette vedkommende	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
- Heftet: "Når en av våre nærmeste dør" er utlevert	
Mål 18 Skriftlig informasjon til etterlatte er gitt til de pårørende	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
- Informasjonshefte om sorg og aktuell oppfølging i lokalmiljøet delt ut ("etterlattermappe")	
Underskrift:	Dato:

Navn:

Avd.:

Når målet ikke er oppnådd:

Analyse av problem, tiltak og resultat:

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

<p>Underskrift: Dato/klokkeslett:</p>	<p>Underskrift: Dato/klokkeslett:</p>	<p>Underskrift: Dato/klokkeslett:</p>
---	---	---