

**Fordypningsoppgave i tverrfaglig videreutdanning i palliativ omsorg**

**Innføring av Liverpool Care Pathway i sykehjem**

**Introducing Liverpool Care Pathway in nursing homes**

Kandidatnummer: 106  
Kull: Pall. 60 H-2011  
Antall ord: 6006

Innleveringsdato: 12. april 2013

## **Sammendrag**

Litteraturstudie som tar for seg hvordan en skal innføre Liverpool Care Pathway i sykehjem på en god måte. Sykepleierne har ofte dårlig kunnskap om den terminale fasen, og Liverpool Care Pathway er ett redskap som skal være med på å gi pasientene best mulig terminal fase. Ved å bruke Liverpool Care Pathway sørger en for at alle aspekter av pasienten blir tatt hånd om, både fysisk, psykisk, sosialt og det spirituelle. Litteraturstudien vil støtte seg på hospice filosofien til Cicely Saunders, og sykepleieteoretikeren Virginia Henderson, som sier mye om hva sykepleie er. Sentrale føringer innenfor palliasjon vil også bli tatt hensyn til, ved at jeg vil inkludere nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Litteratur er funnet i anerkjente databaser, og jeg har inkludert 4 artikler som omhandler innføring, og bruk av Liverpool Care Pathway. For å kunne introdusere Liverpool Care Pathway på en god måte, må en sørge for at ulike forutsetninger er tilstede. Det viser seg at opplæring er ett av de sentrale punktene for en god innføring. Ved å ha god opplæring, sørger en for at pleierne føler seg tryggere i møte med den palliative pasienten, og i bruk av tiltaksplanen. Videre bør en ha godt samarbeid mellom yrkesgruppene, og mye avhenger av at ledelsen er positiv til innføringen. Kommunikasjonen mellom leger og sykepleiere er viktig, og en blir nødt til å tenke i forkant, med både HLR status, og medisinerer. Ved å innføre tiltaksplanen på en god måte kan en skape bedre symptomlindring, og det viser seg at dokumentasjonen blir bedre ved innføring, noe som videre frigjør tid. Det kan være nyttig med tid til refleksjon når en bruker Liverpool Care Pathway. Litteraturstudiet viser at bruk av Liverpool Care Pathway kan være nyttig i den terminale fasen, og kan være med på å integrere den palliative tenkningen i sykehjem.

Nøkkelord: Liverpool Care Pathway, Palliativ omsorg, Sykehjem, tverrfaglig samarbeid, opplæring, ledelse

## Summary

This assignment is a literature study, which looks at how to implement Liverpool Care Pathway in a good way. The nurses often have bad knowledge of the terminal phase, and Liverpool Care Pathway is a tool that will make sure the last days are as good as they can be. When using Liverpool Care Pathway we can make sure that every aspect of the patient is taken good care of, both physical, psychological, social and the spiritual. The assignment is supported by Cicely Saunders hospice philosophy, and the nurse theoretics Virginia Henderson, who defines what nursing is about. Central leads from the government will also be taken into account, by including the national program of action with guidelines for palliative care in cancer treatment. The literature has been searched for in well recognized databases, and I have included 4 articles about implementing and use of Liverpool Care Pathway. To introduce Liverpool Care Pathway in a good way, you have to make sure that certain criteria are met. It's found that training is one of the central elements for a good introduction. By having well implemented training, you make sure that the nurses feel safer in meeting with the palliative patient, and in using the pathway. You should also have a well functioning collaboration between the different professional group, and a lot is dependent on the management being positive to the implementation. Communication between the doctors and the nurses is important, and it forces them to think ahead with both DNR and medications. By implementing the pathway in a good way, you can achieve better symptom management, and the documentation has shown to be better using the pathway, and extricates time. It may be useful to have time to reflect when using Liverpool Care Pathway. The paper shows that using Liverpool Care Pathway can be useful in the terminal phase, and can incorporate the palliative thinking into nursing homes.

Key word: Liverpool Care Pathway, Palliative care, nursing home, multidisciplinary team, training, management

## Innholdsfortegnelse

1.0 Innhold .....	5
1.1 Bakgrunn .....	5
1.2 Hensikt/avgrensing .....	5
2.0 Problemstilling .....	7
3.0 Teoretisk perspektiv .....	8
3.1 Teori .....	8
Hospice filosofien og Cicely Saunders .....	8
Virginia Henderson .....	9
Nasjonal handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen .....	9
4.0 Metode .....	11
4.1 Valg av metodisk tilnærming .....	11
4.2 Bruk av allerede utarbeidete verktøy .....	15
4.3 Etske overveielser og tillatelser .....	16
5.0 Drøfting .....	17
Den terminale fasen – behov for struktur? .....	17
Barrierer ved innføring av LCP på sykehjem .....	18
Kompetanse og tverrfaglig samarbeid .....	19
Utfordringer .....	22
6.0 Formidling/målgrupper .....	23
7.0 Avslutning .....	24
Litteraturliste .....	25

## 1.0 Innhold

### 1.1 Bakgrunn

Den siste tiden kan være utfordrende for både sykepleier, pasient og pårørende, og det kan være vanskelig å møte pasienter og pårørende på en god måte. På sykehjem dør 40 % av befolkningen (Husebø og Husebø 2005). Dette er pasienter med hjertelidelser, lungelidelser, kreftdiagnoser, eller andre alvorlige diagnoser som de kan ha levd med i mange år. Det vil være viktig å gjøre den siste tiden så god som mulig for pasienter og pårørende, og ett av tiltakene som kan settes i gang for å få det til er å introdusere Liverpool Care Pathway, videre omtalt som LCP i denne oppgaven, da det er LCP som blir brukt i dagligtalen. LCP er en tiltaksplan som er internasjonalt anerkjent (Anderson og Chojnacka 2012). Den brukes for å kvalitetssikre omsorgen vi gir til døende og de pårørende (KLB-helse Bergen). Tiltaksplanen fokuserer på de siste døgn av livet til pasientene, og det skal være oppfylt visse kriterier for å ta i bruk LCP. LCP har flere hovedområder som må tas hensyn til i pleien den siste tiden, både fysisk, psykisk, sosialt, og det spirituelle (Ellershaw, og Wilkinson, 2011). Ved innføring av LCP på sykehjem kan det være utfordringer som må overkommes for å få brukt dette verktøyet skikkelig. Dette er utfordringer som samarbeid, kommunikasjon, dokumentasjon, erfaring og kunnskap om terminal pleie og palliasjon.

Dette temaet er viktig å belyse, da en i oppstart med LCP kan ha behov for å ha tenkt i gjennom disse problemstillingene på forhånd, og videre ha et bevisst forhold til hvordan tiltaksplanen brukes.

Oppgaven kan gi bidra til økt kunnskap i faget ved at det øker bevisstheten i forhold til innføringen av nye rutiner ved sykehjemmet. Videre kan en være mer forberedt til å takle utfordringer.

### 1.2 Hensikt/avgrensning

Valget av temaet har bakgrunn i at det på det sykehjemmet jeg jobber, skal startes opp med LCP. Allerede i oppstartsfasen er det tydelig at vi kan møte på utfordringer i forbindelse med dette, og det vil være nyttig med forskningsbasert kunnskap, som kan være med å veilede oss videre i arbeidet med innføringen, og hvordan en bruker tiltaksplanen på best mulig måte.

I oppgaven vil jeg avgrense den til å handle om LCP på sykehjem. Jeg vil ikke ta en bestemt diagnosegruppe hos pasientene, da mangfoldet på sykehjem er stort, og det kan være flere pasienter som dør av hjerte- og lungelidelser enn for eksempel en kreft diagnose. Jeg vil ha

hovedfokuset på sykepleieren, og hvordan bruke tiltaksplanen mest mulig effektivt, og ha fokus på systemet rundt tiltaksplanen, og ikke gå direkte inn i bruken av tiltaksplanen. Det er også blitt rettet en del kritikk av LCP, særlig i England. Jeg vil i oppgaven ikke fokusere på denne kritikken.

## **2.0 Problemstilling**

Problemstillingen blir følgende:

Hvordan på en god måte innføre Liverpool Care pathway på sykehjem?

## 3.0 Teoretisk perspektiv

### 3.1 Teori

#### Hospice filosofien og Cicely Saunders .

I den mer moderne tiden er begrepet som blir brukt om pleie til døende, palliasjon, palliativ omsorg, eller palliativ medisin. Hospice er det navnet som er grunnlaget for den moderne behandlingsfilosofien innen palliasjon, som ble grunnlagt av Cicely Saunders på 60 tallet internasjonalt, og som kom til Norge på 70-80 tallet. I Norge brukes begrepet Hospice om både virksomheter innen for palliasjon, eller for å beskrive en retning, behandlingsfilosofi innen palliasjon (Strømskag, 2012).

Cicely Saunders interesserte seg for smerte og symptomlindring, og mente tidlig at når en hadde fått de fysiske smertene under kontroll ble andre sider av smertene synlige. Cicely Saunders hadde en holistisk tilnærming til pasientene, og så hele personen, ikke bare smertene (Strømskag, 2012).

Hospicefilosofien er noe av de viktige Cicely Saunders har tilført den palliative retningen. Grunnlaget i hospice filosofien er begrepet Total pain. Dette begrepet er vidt, og innebærer fysisk smerte, psykisk smerte, symptomer, sosiale, eksistensielle og åndelige problemer, og personalet som igjen kan påvirke pasienten med sin smerte. Dette er en holistisk tilnærming til pasienten. (Strømskag, 2012). Tverrfaglighet var viktig, sammen med familien til de døende. Cicely Saunders skriver at de grunnleggende prinsippene i palliasjon er symptom kontroll, som er det viktigste, selv om ikke dette skal stå alene uten å ta hensyn til resten av pasienten. Hele pasienten bør tas vare på av ett multiprofesjonelt team, og det er viktig å maksimere potensialet til pasienten og familien. I etterkant må sorgen tas på alvor hos alle involverte parter. Spirituelle behov må tas hensyn til. Videre er det viktig med undervisning av pleiepersonale, videre forskning innen palliasjon, og administrering (Saunders 2006).

Saunders skriver i forordet til Care of dying, at introduksjonen av tiltaksplaner har vært viktig for å ha ett godt samarbeid og utvikling av gode strategier i palliative team (Ellershaw og Wilkinson, 2011).

Hospice filosofien, og Cicely Saunders er relevant for oppgaven, da det er denne filosofien som er grunnlaget for arbeidet med LCP.



### **Virginia Henderson**

En anerkjent sykepleieteoretiker er Virginia Henderson. Hun har arbeidet med å definere sykepleierens funksjon i samfunnet, og sier hun tidlig ble oppmerksom på at pasienten både har en kropp og en sjel som må ivaretas, ikke bare det fysiologiske. I følge Henderson har pasienten 14 grunnleggende behov som sykepleieren har behov for hjelp til, og disse må møtes på ulikemåter etter hva mennesket har behov for. Hun nevner også i sine teorier viktigheten av å hjelpe noen med å dø med verdighet. En fredfull død skal være i ett miljø som er tillitsfullt, og estetisk tilrettelagt, der de religiøse behovene skal ivaretas. Her kan hospice være nyttig for de døende. Pårørende til alvorlig syke pasienter kan ha behov for å bli veiledet til å forstå hva pasienten trenger fra dem, og sykepleieren kan være til god hjelp. Sykepleien må være gjennomtenkt, planlagt og dokumentert (Mathisen, 2005).

I følge Henderson er sykepleieren selvstendig, men kan bidra med mye kunnskap og kan bidra med noe unikt i tverrfaglige samarbeid. At sykepleieren har kunnskaper er viktig i det tverrfaglige samarbeidet. Faggruppene må vise at det er pasienten som er i sentrum, og at pleierne er tilstede for å hjelpe. God sykepleie krever at sykepleieren har kunnskap, engasjement, ansvar og omtanke (Mathisen, 2005).

Henderson er relevant for oppgaven da hun snakker om sykepleieren sine oppgaver, og om tverrfaglighet og kunnskap noe som kan dras inn i diskusjonen om innføringen av LCP.

### **Nasjonal handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen**

Det er egne retningslinjer innenfor palliasjon, der det slås fast hva som er viktig i den palliative fasen. Her er blant annet tiltaksplaner nevnt som ett tiltak.

I det nasjonale handlingsprogrammet har de brukt EACP/WHO sin definisjon på palliasjon, der ”palliasjon blir definert som aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom, og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter, og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale, og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden, eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet” (Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen 2010).

Handlingsprogrammet slår blant annet fast at det skal være en helhetlig tilnærming til pasientene og pårørende, og at pasientene skal få nødvendig pleie av fagfolk med nødvendig kompetanse.

Handlingsprogrammet slår videre fast at den døende pasienten kan ha behov for en tiltaksplan, der de viktigste områdene er ivaretatt, som at pasienten og de pårørende er informert om situasjonen, all uhensiktsmessig behandling er seponert, alle symptomer blir lindret på best måte, eksistensielle/åndelige behov er ivaretatt, og pårørende er ivaretatt. (Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen 2010).

Handlingsprogrammet er relevant for oppgaven, da den tar for seg hva som er viktig fra styrende organer sin side.

## 4.0 Metode

### 4.1 Valg av metodisk tilnærming

Oppgaven er en litteraturstudie, der jeg skal fordype meg i temaet, ved og systematisk gå gjennom tidligere forskning og litteratur om emnet. Litteraturstudie er valgt fordi det er en god måte å tilegne seg kunnskap på. Jeg har søkt i følgende databaser for å finne relevant litteratur, swemed, pubmed, cochrane library og Embase. Søkeord jeg har brukt er terminal care, pathway, nursing home, palliative care, og nursing kombinert i ulike varianter for å få best mulig treff. Når jeg hadde med Liverpool Care pathway som søkeord ble antall treff tilnærmet null. Dette søkeordet er derfor ikke brukt i alle databasene. Artikler jeg har funnet er både review artikler og artikler fra kvalitative og kvantitative studier. Det er i hovedsak artikler fra England, de fleste fra sykehjem. En artikkel er fra Rotterdam. Gjennom arbeidet med å lese artiklene viser det seg at de aller fleste artiklene og prosjektene er gjort av personer som har en tilknytning til Marie Cure Palliative Care Institute, eller nære samarbeidspartnere av dette senteret. Lite av litteraturen er skrevet av forfattere uten tilknytning til dette. Inklusjonskriteriene jeg har hatt for å inkludere artiklene i litteraturstudien er at de omhandler LCP, handler om sykepleie, og fortrinnsvis på sykehjem. Artiklene må være nyere en 2007.

Jeg har også etter samtale med nettverkskoordinator på Kompetansesenteret for lindrende behandling fått tilsendt artikler som omhandler LCP.

Det systematiske litteratursøket gir følgende treff:

Swemed+: terminal care, palliative care, nursing, nursing home, pathway: 2 treff.

Pubmed: terminal care, palliative care, nursing, nursing home, pathway: 9 treff.

Cochrane library: pathway: 39 treff, Liverpool Care Pathway, 2 treff.

Embase: terminal care, palliative care, nursing, pathway: 5 treff.

Videre leste jeg abstraktene, og valgte ut 10 artikler å lese. Av disse var 4 artikler relevante, og de vil videre presenteres, samt en kritisk vurdering av disse artiklene. Artiklene som ikke var relevante handlet i stor grad om symptomlindring og pårørende.

Benefits of using the Liverpool care pathway in end of life care (Anderson, & Chojnacka, 2012):

Artikkelen er en oversiktsartikkel der det er blitt inkludert åtte studier etter inklusjonskriteriene er oppfylt. Studiene skulle være nyere enn 2000, forskning i Europa eller USA, Primært forskning, ikke oversiktsartikler, de skal være publisert, og på engelsk. Søkeord som er brukt er Liverpool Care Patway og end of life care, kombinert i søk i databaser som CINAHL, Medline, Cochrane og SwetsWise. Dette gav totalt 26 artikler, som videre ble til åtte. Hovedtrekkene i disse åtte var symptom kontroll, kommunikasjon og dokumentasjon.

Oversiktsartikkel som ser på om det er nok bevis for å kunne si at LCP representerer den beste rutinen i forhold til omsorg i den terminale fasen, og om pasienter som mottar pleie der LCP blir brukt får bedre pleie en hos pasienter der en ikke bruker LCP. Hovedområdene i LCP som blir vektlagt i denne artikkelen er symptom kontroll, kommunikasjon og dokumentasjon.

Hovedfunnene i artikkelen er når det gjelder symptombehandling er at LCP er med på å øke kvaliteten, på tvers av alle helseinstitusjoner. LCP har en positiv effekt ved at den er med på å støtte og gi trygghet hos pleiere som ikke er eksperter i palliativ pleie. Videre er pleiere og leger som bruker LCP tidligere ute med en proaktiv fremgangsmåte, der for eksempel pasienter settes på behovsmedisiner som kan være aktuelle tidligere, og de får raskere og mer effektivt behandling for symptomer de opplever.

Kommunikasjonen syntes å være bedre, men det er vanskelig å finne litteratur som støtter oppunder dette med statistisk signifikans. De som har skrevet artikkelen påpeker at det er forskjell på statistisk signifikans, og klinisk signifikans, så det kan allikevel være at LCP bedrer kommunikasjonen. Kommunikasjonen kan blant annet bli bedre da LCP gir retningslinjer, som hjelper pleiere å gi rett informasjon på rett tidspunkt, samt at en blir mer bevisst på kommunikasjonen en har med både pasient og pårørende. De slår fast at kommunikasjon uavhengig av LCP er ett område som trenger forbedringer. Videre har de undersøkt dokumentasjon, som synes å være bedre der en bruker LCP. Det viser seg at en sparer tid ved å ha all dokumentasjonen samlet i tiltaksplanen, og denne tiden kan videre brukes på pasientene.

Kritisk vurdering av artikkel: Artikkelen er en nyere oversiktsartikkel, der de skal undersøke om LCP representerer den beste praksisen i palliasjon, og om pasienter der de bruker LCP får bedre pleie. Artikkelen er tydelig og klar på formålet, og artiklene de har funnet er relevante, og oppfyller tydelige inklusjonskriterier. Bortsett fra en tabell over de artiklene som er funnet, og diskusjon om funn i artiklene, er det sagt lite om hvordan funnene i de forskjellige artiklene er analysert, og om dette kan ha påvirket resultatene. Videre kommer artikkelen frem til at det er

gjort lite forskning på dette området, og at det er behov for mer for å få godt grunnlag for kunnskapsbasert praksis innen dette området. De påpeker i artikkelen at mye av forskningen er gjort av personer med tilknytning til Marie Curie Palliative Institute Liverpool, der LCP var utviklet, og at dette kan gjøre at funnene ikke er representative for andre helseinstitusjoner. Funnene i artikkelen er anvendbare, da de viser at symptomlindring og dokumentasjon kan bli bedre ved bruk av LCP, og LCP kan være ett aktuelt virkemiddel for å bedre praksis i palliasjon.

Artikkelen er relevant for litteraturstudien da den omtaler sentrale tema vedrørende LCP, og bruken av tiltaksplanen.

The effect of the Liverpool Care pathway for the dying: a multi-centre study (Veerbeck et al. 2008):

pre/post intervensjons design

Studie der de ser på om det har effekt å innføre LCP på vanlig avdeling på sykehus, kreft avdeling på sykehus, vanlig og palliativ avdeling på sykehjem. Studien er av nyere dato, og er utført i Rotterdam. De har først hatt en periode der de ikke har hatt spesielle tiltak på avdelingen, før de har innført LCP på alle disse fire avdelingene. LCP ble brukt hos alle pasienter i terminal fase, og pleiere og pårørende ble spurt om å fylle ut spørreskjema etter dødsfallet både før og etter intervensjonen. Resultatene viser at flere områder var signifikant bedre dokumentert etter innføring av LCP. Hos både pårørende og pleiere scorer de på at de fleste symptomene var lavere etter innføringen, særlig mener sykepleierne at dette gjelder for smerter, mens pårørende mener at problemer med urolighet og slim var bedre. Kommunikasjon var ikke signifikant bedre.

Kritisk vurdering av artikkel: Studien har et pre/post design, der de vurderer effekten av en intervensjon på utvalgte sykehus/sykehjem avdelinger. Studien har et tydelig formål, og denne måten å gjøre en studie på kan være til nytte. Det som kan diskuteres er om det hadde vært mer hensiktsmessig å ha en kontrollgruppe på avdelinger istedenfor pre/post design. Dette diskuterer også forfatterne, men kommer frem til at endringene ikke kommer av annet enn intervensjonen, da intervensjonen kommer rett etter baselinen, og pasientenes alder, kjønn og diagnose hadde likhet i de to periodene. De har beskrevet designet, data innsamlingen, og hvordan analysen blir gjort, og hvilke pasienter som er i utvalget er nevnt. Av de som var med i studien og hadde fått besvart spørreskjema fra helsearbeiderne var det henholdsvis 59 % før intervensjon, og 55 %

etter intervensjon der pårørende fylte ut spørreskjema. Dette kan være for lavt antall svarprosent, og en kan stille spørsmål ved om funnene er gyldige og generaliserbare.

Artikkelen er relevant for litteraturstudien da den handler om sentrale tema innenfor bruk av LCP.

The integrated implementation of two end-of-life care tools in nursing care homes in the UK: an in-depth evaluation (Hockley et al., 2010).

Kvantitativ evalueringsartikkel hvor de undersøker om innføringen av verktøy, som LCP i den palliative fasen har effekt på kvaliteten på pleien. Studien inkluderer syv sykehjem som innførte to verktøy, the gold standards framework for care homes, og LCP, og varte i 18 mnd hvor de undersøkte hvordan det hadde vært før disse verktøyene ble tatt i bruk, og hvordan det ble etterpå. Funnene viser at det var en stor økning av HLR registrering, og at det var færre sykehusinnleggelse, hvor pasientene døde på sykehus etter innføringen. Videre er det viktig at personalet får tilstrekkelig opplæring, og da blir tryggere på seg selv i den terminale fasen. Det er da enklere å kommunisere med pårørende, og personalet føler de kjenner igjen de ulike fasene i den terminale fasen bedre. Det kommer frem at slike prosjekter må være forankret i ledelsen, for å unngå unødige problemer med innføringen av programmer som dette, og det er viktig for at pleierne skal ha muligheten og ressursene til å få systemet til å fungere, for eksempel med tanke på opplæring.

Kritisk vurdering av artikkel: De har brukt en kvantitativ metode, hvor de har samlet data ved å sende spørreskjema til de sykehjemmene som er inkludert i studien. De har en intervensjon, hvor de blant annet har opplæring av personalet, og jevn oppfølging av de sykehjemmene som var med på studien. De har gått tilbake i tid for å samle data fra før de startet med intervensjonen. Funnene er satt opp i tabeller, men det er ikke tydelig hva p-verdiene er på de ulike spørsmålene. To av sykehjemmene hadde en lav svar prosent, bare en pleier fra hvert sykehjem responderte. Videre kan det stilles spørsmål til om det hadde vært mer hensiktsmessig å innføre forskjellige tiltak på forskjellige sykehjem, for å så vurdere effekten av de ulike programmene. I denne studien er det vanskelig å si hvilket av programmene som har hatt mest effekt, da de ble implementert samtidig.

Artikkelen er relevant for litteraturstudien da den omhandler en del av problemstillingene ved å innføre tiltaksplaner som LCP.

Tiltaksplan for døende pasienter (Lillemoen, Velund, & Østensvik, 2011):

Norsk artikkel som har til hensikt å beskrive ett prosjekt gjort i Østfold, ”Implementering av Liverpool Care Pathway (LCP)”. Prosjektet hadde som hensikt å gi bedre kvalitet, gi en høyere kompetanse i møte med døende, og styrke utdanningen til bachelorstudenter. De konkluderer med at målsettingene er i stor grad innfridd, og at det videre vil være viktig å fokusere på refleksjon og etiske utfordringer. Tryggheten hos pleiepersonalet er større der de har innført LCP, og symptomkontrollen er bedre. Systematisk dokumentasjon og kontinuitet er bedre ved bruk av LCP. De påpeker at det ville vært en fordel om LCP var elektronisk, og at det er viktig og ikke glemme omsorgen når en har standardiserte skjema som LCP.

Kritisk vurdering: Artikkelen er ikke en studie, men mer en gjennomgang av ett prosjekt som er gjort på en Høyskole, og sykehjem i Østfold. Det er ingen metodedel, men de har beskrevet hva som er gjort i prosjektet, og funnene de har i de ulike områdene. Videre er det brukt lite forskningslitteratur å støtte seg på i artikkelen, og den handler først og fremst om deres erfaringer av prosjektet. Artikkelen er den eneste som er skrevet på norsk, og handler om innføringen av LCP på norske sykehjem. Konklusjonene i artikkelen samsvarer med andre artikler som omhandler LCP, og er derfor relevante.

Artikkelen er relevant for litteraturstudien da den omhandler oppstart med LCP på ett norsk sykehjem.

## **4.2 Bruk av allerede utarbeidete verktøy**

I oppgaven vil jeg bruke LCP som er en ferdig utarbeidet tiltaksplan. Denne tiltaksplanen registrerer en seg for å få kunne bruke, og rettighetene til denne tiltaksplanen er det Marie Cure Palliative Care Institute i Liverpool som har. Eksempel på tiltaksplanen kan finnes her:

[http://www.helsebergen.no/omoss/avdelinger/klb/Documents/LCP/Sykehjem\\_LiverpoolCarePathway\\_aug2012\\_undervisningsutgave.pdf](http://www.helsebergen.no/omoss/avdelinger/klb/Documents/LCP/Sykehjem_LiverpoolCarePathway_aug2012_undervisningsutgave.pdf)

### **4.3 Etiske overveielser og tillatelser**

Dette er en litteraturstudie, der jeg bruker tidligere forskning og litteratur, og ikke direkte går og innhenter informasjon fra pasienter, pårørende og kollegaer. I de tilfeller der hvor jeg kommer med egne erfaringer fra praksis vil jeg anonymiserer slik at det ikke vil bli gjenkjennbart hvem som omtales.



## 5.0 Drøfting

### Den terminale fasen – behov for struktur?

For å kunne innføre LCP på en god måte, vil det være relevant å ha kunnskap om behovet for en slik tiltaksplan, samarbeid mellom faggrupper, kompetanse og opplæring. Det vil derfor være nyttig å ha sett på hvorfor behovet for LCP er til stede. Innføring av nye tiltak vil alltid bli en utfordring. Pleiere som har vært i helsevesenet i mange år kan ha problemer med å tilpasse seg nye rutiner, og synes alt var bedre før i tiden. Dette bekreftes av Lillemoen, Velund og Østensvik (2011) i deres samarbeidsprosjekt. Å kunne tilpasse seg nye rutiner handler om å følge utviklingen i faget, og skaffe seg kunnskap for å lære hvordan en skal gjøre det beste for pasientene, noe Henderson peker i retning av når hun snakker om kunnskap hos sykepleierne (Mathisen, 2005).

Den terminale pasienten har kort levetid igjen, og den siste tiden bør være en god opplevelse for både pasienten, pårørende, og pleiere. For å kunne skape en god tid de siste dagene, er det viktig at vi som sykepleiere er gode på disse tingene, og tilrettelegger. I løpet av mine år som sykepleier har jeg erfart at det ikke er alltid like mye fokus på denne fasen. Ikke alle er like flinke i palliasjon, og det hersker en usikkerhet blant personalet i den siste fasen. For å skape trygghet hos sykepleierne kan det være viktig med ett redskap som LCP. Det nasjonale handlingsprogrammet slår selv fast at det kan være behov for tiltaksplan der de viktigste områdene blir ivaretatt, og at det er viktig med personell med kompetanse (Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen 2010). Virginia Henderson nevner i sitt arbeid at sykepleien skal være gjennomtenkt og planlagt (Mathisen, 2005). Dette viser at vi må være strukturerte for å gi god sykepleie. Ved å gi sykepleie som er planlagt har en bedre forutsetninger for å kunne gi en god og tilrettelagt pleie i siste fase. Behovet for LCP viser seg spesielt sterkt i situasjoner der det er dårlig planlegging. LCP tvinger frem ett tidlig samarbeid mellom lege og sykepleierne på avdelingen (Anderson, & Chojnacka, 2012). Noe som trekkes frem av både Saunders, Henderson og det nasjonale handlingsprogrammet er viktigheten av å se på pasienten som en helhet. Her er holismen ett begrep, og LCP er bygget rundt dette, slik at hele pasienten skal ivaretas ved bruk av tiltaksplanen (Anderson & Chojnacka 2012). Ved å bruke LCP er en med på å innføre litt av hospice tanken inn i vanlige sykehjem (Anderson & Chojnacka 2012). Også Henderson mener tanken om hospice kan være nyttig, da de døende må få dø i ett fredfullt miljø, som er tillitsfullt, estetisk, der religiøse behovene skal ivaretas (Mathisen 2005). Ved å ha kunnskap om dette erfarer jeg at det er lettere å forstå hvorfor ett slikt

redskap som LCP kan være viktig å innføre, og det vil bli lettere for pleierne og godta slike endringer, og dermed lettere å innføre.

Innføring av LCP handler også om symptomkontroll. Ved å ha innført LCP på en god måte, har en ett godt grunnlag for å bruke tiltaksplanen riktig. LCP er ett verktøy som er ment til å være med på å blant annet lindre ubehag i den terminale fasen. LCP bygger på Cicely Saunders sin filosofi om total pain, der hele mennesket er like viktig (Strømskag 2012). Henderson nevner også i sine teorier at mennesket har både kropp og sjel, og ikke bare det fysiologiske som må ivaretas (Mathisen, 2005). Dette er en holistisk tilnærming som speiles igjen i tiltaksplanen. I både Veerbeek et. al (2008), sin studie, og Anderson, og Chojnacka, (2012) sin oversiktsartikkel viser resultatene at ved innføring av LCP blir det bedre symptomkontroll i den siste fasen, mye på grunn av den proaktive holdingen til å skrive ut eventuell medisin, men også fordi pleierne får en mer bevisst holdning til smerter og symptom kontroll.

### **Barrierer ved innføring av LCP på sykehjem**

For å kunne innføre LCP på en god måte, bør en ha tenkt igjennom ulike problemstillinger som kan oppstå. Vi har ulike barrierer som kan hindre en god innføring av LCP. Studien til Hockley et al. (2010) trekker spesielt frem disse; kunnskap hos pleierne, sykehjemmene følger ikke utviklingen innen for den palliative retningen, dårlig samarbeid mellom yrkesgruppene, dårlig bemanning, økonomi, og dårlig lederskap. Ved innføringen av LCP er det viktig at lederne ved sykehjemmet er involvert i prosessen, og er positive til prosessen. Sykehjem hvor ledelsen er involvert viser bedre respons på innføringen, og åpner øynene for viktigheten av palliativ pleie. Det er også viktig hos styrende parter, høyere oppe i systemet at det er enighet i fokus, da det blir lettere å få gjennomført endringene (Hockley et al.2010). Også Saunders peker på viktigheten av administrering (Strømskag 2012). I Norge har vi det nasjonale retningsprogrammet med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (2010) som slår fast at tiltaksplaner kan være et nødvendig tiltak for døende pasienter. Videre er det stort fokus på innføring av LCP ifra kompetanseklinikken i lindrende behandling, Helse vest (KLB-helse Bergen).

Erfaringer tilsier at dårlig bemanning fører til dårlig tid hos pleierne. Det blir travelt for pleierne som er i avdelingen når det er høyt sykefravær, og studier fra England viser at der er andelen sykepleier pr. pasient er den samme på tross av økning av beboere (Hockley et al. 2010).

Oversiktsartikkelen til Anderson og Chojnacka (2012) peker på kommunikasjon som ett av temaene som går igjen som hoved tema i artiklene de har sett på. De peker blant annet på at

dårlig kommunikasjon kan føres tilbake til dårlig tid hos pleierne. Artikkelen konkluderer med at det er usikkert hvor stor effekt innføring av LCP har på kommunikasjon, noe som blir bekreftet av Veerbeek et al. (2008) sin studie. Dette kan vise at enten er pleierne gode på kommunikasjon fra tidligere, eller at på tross av innføringen av LCP, er det ikke nødvendigvis bedre tid til å bruke på kommunikasjon. Erfaringer jeg har, er at pleierne er gode på kommunikasjon. Slik jeg ser det, vil det viktigste være å ta med seg den gode kommunikasjonen vi har fra tidligere, inn i arbeidet med LCP, og at en ikke glemmer å kommunisere med pasient og pårørende når en bruker tiltaksplanen.

LCP viser seg å kunne frigjøre tid for pleieren som kan brukes hos pasienten, ved at det er mindre papirarbeid, og at alt er samlet på en plass. Noe som gjør det lettere å finne frem til viktig informasjon, og tiltaksplanen brukes som en veileder (Anderson, & Chojnacka, 2012). Det kan stilles spørsmål til om at bedre dokumentasjon betyr bedre pleie for pasientene.

Dokumentasjonen gjenspeiler ikke nødvendigvis hvilken pleie pasienten har fått. Videre er det viktig at den frigitte tiden som følge av LCP bruken brukes på pasienten, og ikke andre oppgaver i avdelingene. Tid handler om økonomi, og økonomi kan være med på å påvirke kompetansen, opplæring i bruk av LCP, bemanning og rekruttering. Her spiller også ledelse inn, og en kan stille spørsmål om hva som er riktig bruk av ressurser (Hockely et al. 2010). Jeg erfarer at dokumentasjonen kan være mangelfull, og dokumentasjon blir nedprioritert i travle tider, da en heller ønsker å bruke tid sammen med pasienten. Dokumentasjon kommer ofte på slutten av dagen, og da har en det ofte travelt. Det kan også være vanskelig å huske alle de ulike elementene en har vurdert hos pasienten i løpet av en dag, og vi glemmer ofte å skrive relevante observasjoner. For å innføre LCP på en god måte må en bruke tiltaksplanen riktig, og dokumentere i tiltaksplanen, og dermed vil det kunne føre til bedre dokumentasjon, også på min arbeidsplass.

### **Kompetanse og tverrfaglig samarbeid**

For å innføre LCP på en god måte viser det seg at kompetanse og opplæring er ett av de sentrale elementene. I sykehjemmet det jeg jobber har vi tidvis mye ufaglært personal på jobb. Det kan også for de som er helsepersonell være utfordringer ved terminal pleie. Mange har ikke erfaring, og har behov for mer kunnskap for å føle seg trygg. Henderson viser også i sine arbeid til betydningen av å ha kunnskap, ved at de er selvstendig, men at de skal kunne bidra med mye kunnskap og noe unikt i det tverrfaglige (Mathisen 2005). Ved min arbeidsplass har det tidligere ikke vært noen med palliativ utdanning. Det nasjonale handlingsprogrammet med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (2010) har også slått fast hvor viktig det er med kompetanse, og at

pasientene skal få pleie av fagfolk med nødvendig kompetanse. Det viser seg at ved bruk av LCP opplever de en større trygghet, og forsøk viser at når LCP blir brukt er de ansatte mer skjerpet på hva god praksis er, og de føler ett mer fellesskap ved at de jobber mot det samme målet (Lillemoen, Velund, & Østensvik, 2011).

Opplæring i bruk av tiltaksplanen er viktig når en skal starte opp med LCP, dette for å kunne bruke tiltaksplanen korrekt, på tryggest mulig måte, og på mest effektiv måte. Dette gjelder for alle i det tverrfaglige teamet som skal arbeide med pasientene (Ellershaw & Wilkinson, 2011).

En må fortsette med opplæring kontinuerlig, og ikke ta for gitt at alle vet hvordan de skal bruke tiltaksplanen på best mulig måte selv om de har brukt den over lang tid. Studien til Veerbek et. al (2008) viser til at pleiere som har brukt tiltaksplanen i lang tid var mindre flink til å fylle ut alle deler av tiltaksplanen. Det er også ofte nye pleiere som må få god opplæring i bruk, da de ikke nødvendigvis har vært borti tiltaksplanen tidligere. På min arbeidsplass fikk vi oppstartspakke når vi bestemte oss for å bruke LCP. I oppstartspakken var det laget klart ett undervisningsopplegg, i tillegg til at vi fikk tilbud om å få undervisning av kompetansesenteret for lindrende behandling. Undervisningsopplegget kan være aktuelt å bruke videre i oppfriskning, og opplæring av nye pleiere. Vi har også på min arbeidsplass en kontaktperson som skal ha ansvaret for bruken av LCP. En av hovedoppgavene for denne personen vil som jeg ser det være å sørge for at tiltaksplanen blir brukt på riktig måte, og drive med opplæring. Det er også viktig at ressurspersonen har noen å henvende seg til videre dersom det skulle oppstå spørsmål som er vanskelige å løse i forhold til bruken av tiltaksplanen. Opplæring vil også handle om ressurser og økonomi på de enkelte arbeidsstedene. Noen har gode forutsetninger for å kunne bruke tid og penger på opplæring, mens andre har mindre mulighet til å fokusere på det. Opplæringen er med på å gi pleierne bedre trygghet i hvordan de skal gjenkjenne de forskjellige stadiene i den terminale fasen, og dermed er de også tryggere på å gi opplæring til nye pleiere (Hockley et. al 2010).

I forbindelse med bruken av LCP og arbeidet med terminale pasienter vil evaluering i etterkant kunne gi nyttig informasjon om hvordan problemer ble håndtert, og være ett nyttig verktøy for å bryte barrierer, og gi økt kunnskap (Ellershaw & Wilkinson, 2011). Det norske samarbeidsprosjektet som Lillemoen, Velund og Østensvik (2011) beskriver, kommer frem til at de ansatte hadde behov for at det ble dannet grupper der de kunne få muligheten til å reflektere over praksis og faglige-etiske problemstillinger. Min erfaring tilsier at dersom ikke ett slikt tiltak blir satt på timeplanen i ett system er det vanskelig for at det blir systematisk gjennomført. I en

hektisk hverdag blir gjerne refleksjon og samtaler nedprioritert, og fokuset på de konkrete, fysiske gjennomførbare tiltakene blir for stort. Opplæring handler også om økonomi og ressurser, og hva som blir prioritert.

Kunnskap er med på å skape en trygghet for pårørende og pasienter. Bruken av HLR -, og akutte sykehusinnleggelser kan forbedres ved bruk av verktøy som LCP. Studier viser at ved sykehjem der LCP og lignende program blir brukt, blir pasientene sjeldnere lagt inn på sykehus når de er terminale, og legene er flinkere å sette HLR – på pasienter som er terminale (Hockley et. al 2010). Færre unødvendige sykehusinnleggelser kan igjen skape bedre økonomi, som igjen kan komme pasienten til gode. Dette viser også at LCP er ett verktøy som kan være med på å skape trygghet, også fordi kommunikasjonen mellom sykepleiere og leger blir bedre. Sykepleierne og legene er nødt til å være mer bevisste i forhold til når en pasient er kommet i den terminale fasen (Lillemoen, Velund & Østensvik, 2011). Dette blir enklere blant annet fordi for å bruke tiltaksplanen må pasienten oppfylle minst to av fire kriterier for å være terminal, og alle mulige reversible årsaker skal være vurdert (Ellershaw, & Wilkinson, 2011). Dette fører til at det er nødvendig med kunnskap, kompetanse og samarbeid for å kunne definere en pasient som døende. Her kan det reflekteres over om dette fører til at pasienter blir definert som terminale tidligere en dersom en ikke bruker LCP.

Det tverrfaglige samarbeidet er sentralt for å kunne bruke tiltaksplanen riktig (Anderson & Chojnacka 2012), og dermed kunne innføre tiltaksplanen på en god måte. Det nasjonale handlingsprogrammet med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen, peker på at det skal være helhetlig pleie, fra fagfolk med nødvendig kompetanse (2010). Videre sier Henderson at sykepleieren kan bidra med noe unikt i tverrfaglig samarbeid (Mathisen 2005). Dårlig tverrfaglig samarbeid kan resultere i merarbeid. Jeg har selv stått i situasjoner på min arbeidsplass der det har vært klart at en pasient har vært i den terminale fasen før en helg. Det var ikke ordnet med eventuelle medikamenter som blir brukt i den siste fasen, og det var heller ikke skaffet nok slike medikamenter til å komme seg gjennom helgen. Det resulterte i at jeg store deler av fredagskvelden måtte sitte i telefoner med både legevakt og sykehus for å ordne opp, og lørdagen gikk med til å få skaffet disse medikamentene fra apotekene. Ved å ha innført LCP på en god måte som resulterte i bedre samarbeid mellom lege og sykepleier kunne dette vært unngått. Anderson og Chojnacka (2012) skriver i sin oversiktsartikkel at LCP er med på å skape en proaktiv tilnærming, og ved å bruke LCP er det en egen del av den første vurderingen når pasienter er terminale der det skal fylles ut at medikamentbruk er vurdert. Dette resulterer da i bedre standardisert pleie til pasientene, og pasientene kan få rask og effektiv lindring av

symptomene. Planleggingen av de siste dagene blir lettere for pleierne, og døden blir snakket mer åpent om, blant både pleiere, og sammen med pasient, og pårørende (Hockel et al. 2010).

## Utfordringer

Andre utfordringer som kan være viktige å reflektere over før oppstart av LCP, men som ikke vil bli diskutert videre da det virker som det er lite forskning og litteratur på området, er spørsmålet om LCP hindrer fleksibiliteten. Dersom fokuset blir så stort på å bruke LCP at en låser seg fast i det sporet om at det skal brukes ved etter hvert tilfelle, kan det muligens sette begrensninger for bedre pleie? Videre kan fokuset på papirarbeidet og at dokumentasjonen skal gjøres rett, bli viktigere enn selve pleien. Denne påstanden blir ikke bekreftet av studiene som mener dokumentasjonen blir bedre ved innføringen av LCP, men de skriver ingenting om de har undersøkt dette. En annen side ved dokumentasjonen er at det kun blir brukt papir ved LCP. Det er ikke utarbeidet ett elektronisk dokumentasjonssystem som kan brukes sammen med eksisterende dokumentasjonssystem. Mange kan synes dette er ett steg tilbake, noe som blir bekreftet av Lillemoen, Velund, og Østensvik (2011). En av begrensningene på litteraturstudiet jeg har gjort er at det virker som det fremdeles er mye forskning som gjenstår, og bør gjøres. Bare en av artiklene er fra Norge. Det viser at vi ikke er kommet så langt når det gjelder bruk av LCP enda, og vi trenger mer kunnskap om hvordan en på en god måte kan innføre og bruke tiltaksplanen som ett godt redskap i den palliative pleien.

## **6.0 Formidling/målgrupper**

Målgrupper som kan ha interesse av denne litteraturstudien kan være andre sykehjem som skal starte opp med LCP. Resultatene kan formidles ved at jeg blant annet kan lage ett opplegg på min arbeidsplass der jeg presenterer resultatene av litteraturstudien.

## 7.0 Avslutning

Denne litteraturstudien viser hvordan LCP er ett viktig redskap i arbeidet med døende. Ett av de viktigste områdene i innføringen av LCP, vil være opplæring av de som skal bruke tiltaksplanen. Ved å gi god opplæring vil pleierne kunne bruke tiltaksplanen på en trygg måte, og være bedre forberedt i møtet med døende pasienter. Videre er det viktig med god kommunikasjon, og godt samarbeid mellom faggruppene. Innføringen bør være forankret i ledelsen, og både bemanning, utdanningsnivå og økonomi spiller en rolle ved innføring av LCP. Det viser seg at det kan være nyttig å ha veiledning i forbindelse med innføring og bruk av LCP.



## Litteraturliste

Anderson, A., Chojnacka, I. (2012) Benefits of using the Liverpool Care Pathway in end of life care. *Nursing standard*, 26 (34), s. 42-50.

Helse Bergen/Kompetansesenteret for lindrende behandling (13 sept. 2012) *Liverpool Care pathway*. [internett]. Tilgjengelig fra:

<http://www.helsebergen.no/omoss/avdelinger/klb/Sider/liverpool-care-pathway.aspx> [Nedlastet 5 des. 2012]

Helse Bergen/Kompetansesenteret for lindrende behandling (7 april 2013) *Liverpool care pathway, eksempelutgave av tiltaksplanen for bruk i sykehjem*. [internett]. Tilgjengelig fra:

[http://www.helsebergen.no/omoss/avdelinger/klb/Documents/LCP/Sykehjem\\_LiverpoolCarePathway\\_aug2012\\_undervisningsutgave.pdf](http://www.helsebergen.no/omoss/avdelinger/klb/Documents/LCP/Sykehjem_LiverpoolCarePathway_aug2012_undervisningsutgave.pdf)

Ellershaw, J., Wilkinson, S. (2011) *Care of the dying, A pathway to excellence*. Oxford New York, 2 utg. Oxford university press.

Helsedirektoratet (2010) *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Oslo. Tilgjengelig fra:

[http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00021/Nasjonalt\\_handlingsp\\_21509a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00021/Nasjonalt_handlingsp_21509a.pdf)

Hockley, J., Watson, J., Oxenham, D., Murray, S. A., (2010) The integrated implementation of two end-of-life care tools in nursing care homes in the UK: an in-depth evaluation. *Palliative medicine*, 24 (8), s. 828-838.

Husebø, B., Husebø, S., (2005) Sykehjemmene som arena for terminal omsorg – hvordan gjør vi det i praksis? *Tidsskrift for den norske legeförening*. 125 (10) s. 1352-1354

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

Mathisen, J. (2005) Hva er sykepleie? Virginia Hendersons svar. I: Knutstad, U., og Nielsen, B. K. red. *Sykepleieboken 2*. Oslo, 1 utg. Akribe, s.21-37

Saunders, C. (2006) *Cicely Saunders, selected writings 1958-2994*. Oxford, New York, Oxford university press.

Strømshag, K.E. (2012) *Og nå skal jeg dø*. Oslo, Pax forlag.

Veebek, L., Zuylen, L. V., Swart, S. J., Maas, P. J. V. D., Vogel-Vogt, E. D., Rijt, C. C. V. D., Heide, A. V. D., (2008) The effect of the Liverpool Care Pathway for the dying: a multi-centre study. *Palliative medicine*, 22 s.145-151

Dokumentnavn	Nivå	Versjon	Status	Godkjent dato	Side	
C:\Documents and Settings\gha\Lokale innstillinger\Temporary Internet Files\Content.IE5\6QG9H79C\Publiseringsavtale%20viderutdanningene%202013[1].doc	2	3	Godkjent av FOU utvalget	Des 2011	Side 27 av 27	 <b>Haraldsplass</b> DIAKONALE HØGSKOLE Bergen Diakonitreehjem Bachelor i sykepleie

## Publiseringsavtale fordypningsoppgave Haraldsplass diakonale høgskole

**Tittel på norsk: Innføring av Liverpool Care Pathway i sykehjem**

**Tittel på engelsk: Introducing Liverpool Care Pathway in nursing homes.**

**Kandidatnummer: 106**

**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 godkjennelse.

Opgaver 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**