

Videreutdanning i palliativ omsorg – helhetlig lindring i livets slutfase

**LIVERPOOL CARE PATHWAY- ET
NYTTIG VERKTØY VED LIVETS SLUTT?**

**BENTE TOKERUD BLÆSTERDALEN
AHMAD FAYEZ HAMMOUD
SOLVEIG ROSSELAND WIEN**

Dato: 16.05.13



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

SAMMENDRAG

Tittel:	Liverpool Care Pathway. Et nyttig verktøy ved livets slutt?	Dato : 16.05.13
<hr/> <hr/>		
Deltaker(e)/	Bente Tokerud Blæsterdalen, Ahmad Fayez Hammoud og Solveig Rosseland Wien	
<hr/> <hr/>		
Veileder(e):	Marit Tømmerbakk	
<hr/>		
Evt. oppdragsgiver:		
<hr/>		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Liverpool Care Pathway, Palliative Care, Nurse, Experience.	
<hr/>		
Antall sider/ord: 9076	Antall vedlegg: 4	Publiseringsavtale inngått: Ja
<hr/>		
<p>Hensikt: Vi er tre sykepleiere som jobber i sykehjem og sykehus. I vår arbeidshverdag har vi savnet et verktøy som kan hjelpe oss å strukturere omsorg for døende. I utdanningen ble vi kjent med Liverpool Care Pathway som er en tiltaksplan i omsorg for døende. Vi ønsket å undersøke helsearbeideres erfaringer ved bruk av LCP for å se om dette verktøyet kunne vært nyttig å innføre ved våre arbeidsplasser.</p> <p>Metode: Dette er en litteraturstudie med oppbygging etter IMRaD-prinsippet. Vi har valgt fem forskningsartikler ut fra kriterier om relevans og holdbarhet. Benyttede søkeord er: «Liverpool Care Pathway», Nurs*, experience, effect, benefits, advantage og disadvantage. Egenvalgt litteratur er også benyttet.</p> <p>Funn: Funnene i artiklene viser at symptomlindring, dokumentasjon og kommunikasjon med pasient, pårørende og med tverrfaglig team ble forbedret som følge av implementering av LCP. Å avgjøre når en pasient er døende ble i en artikkel imidlertid påpekt som problematisk.</p> <p>Konklusjon: Ut fra funnene i artiklene og egne tanker, ser vi på LCP som et godt rammeverk som kan være til hjelp for å sette omsorg for døende i et system som sikrer den terminale pasient kvalitet i omsorgen, spesielt i forhold til symptomlindring. Samtidig ser vi noen begrensninger og behov for mer forskning.</p>		

ABSTRACT

Title:	<u>Liverpool Care Pathway. A useful tool in end of life care?</u>	Date : 16.05.13
Participants/	<u>Bente Tokerud Blæsterdalen, Ahmad Fayez Hammoud og Solveig Rosseland Wien</u>	
Supervisor(s)	<u>Marit Tømmerbakk.</u>	
Employer:	_____	
Keywords (3-5)	<u>Liverpool Care Pathway, Palliative Care, Nurse, Experience,</u>	
Number of pages/words: 9076	Number of appendix: 4	Availability Yes
<p>Aim: We are three nurses who are working in nursing home and hospital. In our daily work, we are missing a tool to structure the care of the dying. In our education in palliative care, we learned about the Liverpool Care Pathway. This is an integrated care pathway in care of the dying. We wanted to examine health workers experience of using LCP, and to see if this tool could be useful to introduce at our places of work.</p> <p>Methods: This is a literature review with the use of the IMRaD structure. We selected five research articles out of criteria of relevance and durability. Search terms are:” Liverpool Care Pathway”, nurs*, experience, effect, benefits, advantage and disadvantage. Self-selected literature are also used.</p> <p>Findings: The results of the chosen articles showed that symptom control, documentation and communication with patient, relatives and with the multidisciplinary team was improved after implementation of the LCP. To find the right time of diagnosing dying, was seeing as a problem in one article.</p> <p>Conclusion: Based on the findings of the articles and our own thoughts, we look at the LCP as a nice framework that may help us to put the care of dying in a system that ensures the terminal patient quality of care, especially in terms of symptom relief. We also see some limitations and the need for more research.</p>		

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	5
1.1 Begrunnelse for valg av tema og presentasjon av problemstilling	5
1.2 Avgrensninger og presiseringer.....	6
1.3 Liverpool Care Pathway.....	7
1.4 Hospicefilosofien	8
1.5 Tverrfaglig samarbeid	9
1.6 Kommunikasjon	10
1.7 Terminalfasen.....	11
1.8 Symptomlindring.....	12
1.9 Dokumentasjon	13
2.0 Metode	14
2.1 Søkestrategi	14
2.2 Kildekritikk	15
3.0 Resultat	17
3.1 Analyse av artikler	17
3.2 Sammenfatning	19
4.0 Diskusjon	20
4.1. Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient	20
4.2 Kommunikasjon mellom sykepleier og pårørende.....	22
4.3 Kommunikasjon mellom sykepleier og kollegaer	23
4.5 Dokumentasjon	24
4.6 Symptomlindring.....	26
4.7 Metodiske overveielser	29
5.0 Konklusjon.....	29
Litteraturliste.....	31
Vedlegg 1	34
Vedlegg 2	36
Vedlegg 3	37
Vedlegg 4.....	44

1.0 Innledning

«Hvordan mennesker dør, forblir som viktige minner hos dem som lever videre. Både av hensyn til dem og til pasienten, er det vår oppgave å kjenne til hva som forårsaker smerte og plager, og hvordan vi kan behandle disse plagene effektivt. Det som skjer de siste timene før et menneske dør, kan lege mange tidligere sår, eller forbli som uutholdelige erindringer som forhindrer veien gjennom sorg.»

Cicely Saunders

(Husebø og Husebø 2008, s 1)

Omsorg for døende og deres pårørende har blitt viet større oppmerksomhet de siste år både blant helsepersonell og hos helsemyndighetene, og er et fagfelt under kontinuerlig utvikling (Kaasa 2007). I Omsorgsplan 2015 er omsorg ved livets slutt og lindrende behandling utenfor sykehus et av satsingsområdene (Helse-og Omsorgsdepartementet 2006) og ifølge Helsedirektoratet (2010) skal pasienter i palliativ fase tas hånd om på alle nivåer av helsevesenet. Grunnleggende palliasjon må derfor beherskes av alt helsepersonell som deltar i dette arbeidet. Videre skriver de at den overordnede målsettingen for all palliativ behandling og pleie er best mulig livskvalitet for pasienten (Ibid).

1.1 Begrunnelse for valg av tema og presentasjon av problemstilling

For oss som jobber i sykehjem og sykehus er det ofte ett savn å ha ett verktøy som kan hjelpe oss å strukturere pleie og omsorg for døende pasienter. Vi opplever ofte at det ikke finnes noen plan for hvordan pasienter skal behandles når de har blitt definert som terminale. Dette medfører at vi opplever at det blir litt tilfeldig hva slags pleie og lindring pasientene får. Det hender at man må bruke legevakt for sykehjem og sekundærvakt i sykehus for å kunne få gitt tilstrekkelig lindring, noe som kan føre til at pasienten lider unødige og at omsorgen ikke blir optimal.

Med dette som utgangspunkt har vi valgt å se nærmere på Liverpool Care Pathway (LCP) som et interessant hjelpemiddel som kanskje kunne ha vært aktuelt å innføre på våre arbeidsplasser i sykehus og sykehjem. Vi ble kjent med dette verktøyet da vi hadde undervisning om temaet 1. studieår, og en av oss har vært på et foredrag om temaet i regi av arbeidsplassen. I Norge er det en oppblomstring i innføring av LCP både ved sykehus, sykehjem og i hjemmesykepleien. Pr. januar 2013 er det registrert 14 fylker og tilsammen 191 brukersteder (Kompetansesenteret for lindrende behandling 2013). Det finnes foreløpig ingen vitenskapelig forskning om LCP i Norge.

Vi ser på denne oppgaven som en god anledning til å øke vår kunnskap rundt temaet og vår

intensjon er å finne ut om det kan være nyttig å benytte seg av LCP som et hjelpemiddel for å sikre god kvalitet i omsorg for den døende pasienten. Vi har med dette kommet frem til følgende problemstilling:

«Hvilke fordeler og ulemper er erfart av helsearbeidere ved bruk av LCP?»

1.2 Avgrensninger og presiseringer

Vi har valgt å bruke definisjonen på palliasjon fra EAPC/WHO som står beskrevet i NFPM (2004) s. 8:

«Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykologiske, 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»

Liverpool Care Pathway er en tiltaksplan som iverksettes når pasienten er inne i sine 3-5 siste levedøgn. Pasienten er da i terminal fase. Vi bruker begrepene «terminal» og «døende» ilagt samme betydning. Liverpool Care Pathway vil forkortes til LCP.

Vi vil i oppgaven se på Liverpool Care Pathway som et hjelpemiddel for helsearbeideren. Vi vil dermed se på nytten av planen med fokus på helsearbeideren – men med det mål at den døende pasient skal få best mulig kvalitet i omsorgen.

Med helsearbeidere menes sykepleiere og leger. Vi vil fokusere på bruk av LCP i sykehus og sykehjem.

På grunn av oppgavens omfang har vi valgt å ikke se på andre tiltaksplaner selv om vi vet at det finnes. Vi har valgt Liverpool Care Pathway fordi det er den som har fått størst oppmerksomhet i Norge og internasjonalt. I Storbritannia der LCP har sin opprinnelse, får LCP massiv kritikk i media. Det engelske fagmiljøet rundt LCP har tatt denne kritikken alvorlig. Det er derfor satt igang en bred uavhengig gjennomgang av bruken av LCP nasjonalt, og flere prosjekter om den engelske befolkningens og helsepersonells erfaringer

rundt dødsfall (Kompetansesenteret for lindrende behandling 2013, The Marie Curie Palliative Care Institute Liverpool 2013)

I det følgende vil vi presentere teori som vi anser som aktuell i forhold til problemstillingen.

1.3 Liverpool Care Pathway

Liverpool Care Pathway er en tiltaksplan for omsorg til døende og deres pårørende. Professor John Ellershaw utarbeidet planen i samarbeid med Marie Curie Hospice, Royal Liverpool og Broadgreen University Hospitals NHS Trust i England på 1990-tallet. Målet med tiltaksplanen var å overføre den helhetlige omsorg som døende og deres familier blir møtt med på en palliativ enhet, til andre deler av helsetjenesten. LCP er ikke en behandling i seg selv, men et rammeverk for god praksis - det har som mål å støtte, men ikke erstatte klinisk skjønn (Marie Curie Palliative Care Institute Liverpool 2013).

LCP gir forskningsbasert veiledning i forhold til de ulike utfordringer og aspekter som oppstår i terminal omsorg. Eksempler på dette kan være pleietiltak, seponering av unødvendig medikasjon, foreskriving av eventuelle medisiner som kan bli nødvendige, psykisk støtte, åndelig omsorg og omsorg for pårørende. Med kun små variasjoner kan LCP benyttes i sykehus, sykehjem, palliative enheter/hospice og i hjemmesykepleien, og er uavhengig av pasientens diagnose. Planen erstatter all annen dokumentasjon og blir den eneste form for dokumentasjon foruten medisinkurve. Kriteriene for å ta i bruk LCP er at et tverrfaglig team er enige om at pasienten er døende og alle mulige reversible årsaker til pasientens tilstand er vurdert. Dersom pasientens tilstand forbedres, skal LCP avsluttes (Kompetansesenteret for lindrende behandling 2013).

Liverpool Care Pathway består av 3 deler. Del 1 består av innledende opplysninger om pasienten og vurdering om pasienten er døende. Videre kartlegges behov og planlegging av videre behandling og pleie, med inkludering av pasient og pårørende.

I Del 2 vurderes de ulike delmålene og de dokumenteres regelmessig. Del 3 knyttes til prosedyrer og rutiner knyttet til dødsfallet, omsorg og ivaretagelse av pårørende og orientering om dødsfallet til primærhelsetjenesten. Hvis målet i planen ikke er oppnådd, skal dette analyseres, begrunnes og dokumenteres. Dette er en viktig og konstruktiv del av LCP fordi det gir mulighet for å avdekke ulike behov for opplæring eller ressursutnyttelse

(Kompetansesenteret for lindrende behandling, Helseregion Vest 2013). For utdypende informasjon se vedlegg nr 3 og 4.

1.4 Hospicefilosofien

Hospicefilosofien har sin opprinnelse som en del av klosteromsorgen i forbindelse med pilgrimsvandringen i Europa. Dette var et sted hvor syke mennesker som ikke hadde mulighet for legehjelp, kunne trekke seg tilbake fra omverdenens krav. I 1967 ble St. Christopher Hospice i London opprettet under ledelse av dame Cicely Saunders. Dette ble starten på den moderne hospicebevegelsen (Kopp 2010).

I følge Saunders finnes det noen hovedprinsipper i hospicebevegelsen. Noen av disse prinsippene er analyse av smertene og god symptomkontroll. Det er viktig at det jobbes etter «total pain» prinsippet, og det vil si at smertene kan være både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige. Dette fører til at det er nødvendig med ett tverrfaglig team som kan lindre smertene (Jørgensen 2003 og NFPM 2004).

Hospicefilosofiens grunnverdier bygger på et helhetlig menneskesyn og betydningen av det enkelte menneskets verdi. Oppgaven blir da å skape rammer som gir best mulig forutsetninger for kvalitet og et verdig liv frem mot døden. Dette kan man oppnå ved å utøve en helhetsorientert omsorg, som er preget av åpenhet og bekreftelse på den sykes verdi som menneske. Det blir viktig å møte den syke som et helt menneske og ikke bare som en diagnose. Et menneske har en livshistorie, en personlighet, noen vaner og et hverdagsliv som mange har hatt glede av. For å få vite noe om dette kan det være nyttig å ha en livshistorisk samtale med pasienten og pårørende tidlig i forløpet, slik at en kan få ett grunnlag for videre planlegging og samarbeid. Jo tidligere man har en slik samtale jo bedre forberedt blir personalet på de ønsker og behov pasienten og pårørende har, og jo lettere kan det bli å innfri ønskene (Kopp 2010).

For å kunne føre en god samtale må man som fagperson ha evne til empati. Det vil si at man må kunne leve seg inn i den sykes tanker og følelser uten at man inntar «synes synd på-rollen». Man må som fagperson være ordentlig tilstede under samtalen og lytte oppmerksomt. Samtidig skal man være ydmyk når man får et annet menneske til å legge en del av sitt liv i sine hender. Kroppsspråket har også stor betydning i en samtale. Det er viktig at man som profesjonell er tilstede med hele seg, gjennom øyekontakt og eventuell kroppskontakt der det

er naturlig. Man må være konsentrert og vise med hele kroppen at man er tilstede og fortjener tillitten (Ibid).

En god samtale kan føre til at pasienten føler seg respektert, og at han kan befri seg fra plagsomme tanker. Pasienten kan også gjennom en god samtale få tillit til de personene han er og blir mer og mer avhengig av.

Hospicefilosofien legger også vekt på høy faglig kompetanse og skal man kunne utøve lindrende omsorg av høy kvalitet er det helt nødvendig med et høyt faglig nivå. Med dette menes handlekraft i forhold til fysiologiske aspekter og konkrete symptomer. For å kunne yte en bred, helhetsorientert omsorg er det avgjørende å ha forskjellige faggrupper inne i bildet (Ibid).

1.5 Tverrfaglig samarbeid

Ifølge Kopp (2010) er det faglige nivå forstått som viten, ferdigheter og holdninger, helt avgjørende for at den lindrende behandling kan utøves med tilstrekkelig kvalitet, slik at det oppleves som «noe som gjør en positiv forskjell». De ulike faggruppene er derfor avgjørende for å kunne yte en bred helhetsorientert innsats. Selv om de fleste som jobber innenfor palliasjon er sykepleiere, er de som faggruppe ikke tilstrekkelig for å imøtekomme de mangeartede og ofte kompliserte behov. Spesialutdannede leger, fysioterapeuter, musikkterapeuter, prester, psykologer og sosionomer er eksempler på viktige medarbeidere som medvirker til å skape et felles grunnlag for å forstå og intervensere på en kvalifisert måte ved spesifikke symptomer og situasjoner (Ibid). I Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon, nevnes kjennetegn ved den palliative kulturen som blant annet helhetlig tilnærming til den alvorlig syke og døende pasient og hans eller hennes pårørende, samt fokus på tverrfaglig samarbeid (Helsedirektoratet 2010).

Om tverrfaglig samarbeide skriver Lauvås og Lauvås (2004 s. 53):

«Tverrfaglig samarbeid er interaksjon mellom representanter fra ulike fag med dobbelt formål: Sikre kvalitet i arbeidet ved at den samlede faglige kompetansen blir utnyttet maksimalt og ved å utvikle et felles kunnskapsgrunnlag på tvers av fag, og stimulere til faglig utvikling innen de bidragende fag».

For å utnytte den tverrfaglige kompetansen skriver Hummelvoll (1997) at det bør holdes regelmessige møter hvor pasientens situasjon drøftes. Dette vil styrke fellesskapsfølelsen i

personalgruppa og tjene som et «faglig sikkerhetsnett» i og med at pasientens problemer blir flerfaglig belyst.

1.6 Kommunikasjon

«Ordet *kommunikasjon* kommer av det latinske verbet *communicare*, som betyr «å gjøre felles» (Røkenes og Hansen 2011 s. 38).

I arbeid med mennesker i palliativ fase er best mulig livskvalitet for pasienten den overordnede målsetningen. Siden livskvalitet er subjektivt og kun kan kartlegges ved å kommunisere med pasienten, blir gode ferdigheter i kommunikasjon spesielt viktig i møte med pasienter i palliativ fase (Helsedirektoratet 2010).

I følge Røkenes og Hansen (2011) er det spesielt to forhold som er viktig i yrkesutøvelse; handlingskompetanse og relasjonskompetanse:

Handlingskompetanse er ferdigheter og kunnskaper som setter helsearbeideren i stand til å gjøre noe for, eller med, den andre. Som sykepleier må man ha kunnskaper om hvordan man skal stelle et sår på en pasient. Samtidig trenger man å forholde seg til pasienten på en god måte ved å kommunisere slik at pasienten føler seg ivaretatt.

Relasjonskompetanse handler om å prøve å forstå den andres opplevelse, om å kjenne seg selv og forstå hva som skjer i samspillet med den andre. Som sykepleier må man kunne gå inn i en relasjon, legge til rette for god kommunikasjon og forholde seg slik at det oppleves til beste for den andre.

Handling kan ikke skilles fra samhandling, og hos en dyktig fagperson er denne kompetansen flettet sammen i en helhet. Det gjør at man kan samhandle med andre mennesker på en måte som skaper tillit, åpenhet, respekt og anerkjennelse (Ibid).

I arbeid med alvorlig syke og døende pasienter stilles vi overfor utfordringer i forhold til kommunikasjon. Relasjonen har overordnet betydning i alle hjelpeforhold. Relasjonen er viktigere enn det som blir sagt og gjort (Røkenes og Hansen 2011). Videre beskrives være-i-kompetanse som en viktig del av relasjonskompetansen som handler om å forholde seg til kravene som stilles uten å kunne løse det med aktive og målrettede handlinger. Det kreves en annen form for tilstedeværelse, ved f.eks å tåle å være nær andre mennesker, samt å kunne

være i situasjoner som oppleves som vanskelige. Dette knyttes til å forholde seg til seg selv, forholde seg til andre mennesker, samt forholde seg til ytre krav (Ibid).

Busch og Hirsch (2007) skriver om den vanskelige samtalen og peker på viktigheten av god kommunikasjon, profesjonell tilstedeværelse, og tid. En viktig strategi er å anerkjenne pasientens følelse av bekymring og håpløshet. Når man er med og bærer pasientens byrde blir den lettere å bære. «Delt sorg er halv sorg» (Busch og Hirsch 2007, s.131).

1.7 Terminalfasen

Når døden nærmer seg finner det sted en del typiske endringer hos den syke. Dette kan være økende fysisk svekkelse og behov for sengeleie. Interessen for omgivelsene minker, bevisstheten sløres, og man kan se mindre respons til de nærmeste. Orienteringsevnen svekkes, og det kan vises tidvis eller tiltakende forvirring. Interessen for å ta til seg næring svekkes også, og etter hvert trengs det mindre drikke. Den syke tar ofte bare små slurker vann og har vansker med å ta tabletter. Denne fasen kan være kort, men noen ganger strekker den seg over dager og uker (Helsedirektoratet 2010).

Dødsralling er en støyende respirasjon som oppstår hos bevisstløse eller bevissthetsreduerte pasienter i deres siste dager eller timer, når de ikke lenger er i stand til å hoste opp eller svelge slim fra de store luftveier. Symptomene forekommer hos mer enn to av tre døende, og kan forveksles med sekretsstagnasjon forårsaket av terminal hjertesvikt. I denne fasen opptrer ofte cyanose og marmorering på lepper, hender og føtter. Ører og hender er kalde, og pulsen blir hurtigere og svakere. Pusten forandrer seg og veksler mellom hurtig og langsom, dyp og overfladisk, med kortere eller lengere pauser. Ofte er dette kombinert med økende surkling fordi den døende ikke har krefter til å hoste opp slim (Knudby 2007).

1.8 Symptomlindring

Palliativ behandling har verken livsforlengelse eller helbredelse som mål, men det innebærer at man kartlegger og lindrer symptomer og plager som forringer pasientens livskvalitet. Lindrende behandling er utfordrende fordi det krever stor grad av individualisering. Det er mange faktorer som kan påvirke og endre symptombildet, og psykiske, sosiale, familiære, økonomiske og eksistensielle faktorer kan ha en sentral rolle i en endring av symptombildet. Dette medfører at det er viktig med ett godt tverrfaglig samarbeid slik at man får belyst alle sider ved pasientens livssituasjon (Kompetansesenter for lindrende behandling 2012).

Smerte er den viktigste faktoren i lindrende behandling, fordi smerte er det symptomet både pasient og pårørende frykter mest. Lykkes man med smertebehandlingen vil mange andre symptomer, som for eksempel kvalme, uro og angst, forsvinne helt eller delvis.

Smertelindring bør følge standardiserte forordninger som trappes opp etter gitte rammer. Det vanligste er å starte med paracetamol for så å legge til opioider, for og oppnå tilfredsstillende smertelindring. Når dette ikke oppnås med peroral eller subcutan administrering må invasive teknikker vurderes (Ibid).

Kvalme er også et betydelig problem både primært og som bivirkning. Kvalme kan være vanskelig å behandle. Her finnes det også en type standard for hvordan man skal behandle kvalme (Ibid) (se vedlegg nr. 2 for utfyllende informasjon).

Når pasienten er terminal er det noen hovedprinsipper som bør følges når det gjelder behandling og pleie de siste 48 timer. Det er viktig å fortsette med aktiv symptomkontroll. Det er som regel fire hovedgrupper av symptomer som er mest framtrepende; smerter og dyspnoe, angst og uro, kvalme og surkling i øvre luftveier. Her er det utarbeidet en oversikt over hvilke medikamenter som bør gis ved de forskjellige symptomene, hvor ofte de kan gis og administreringsform. I følge NFPM (2004) innebærer terminal pleie at pasienten skal kunne få sentrale medikamenter som analgetika, anxiolytika og antiemetika subcutant eller som kontinuerlig subcutan infusjon.

Det gis morfin mot smerter og dyspnoe, Haloperidol mot kvalme og uro, Midazolam mot uro og dyspnoe og antikolinergika mot surkling. For mer utfyllende opplysninger om mengde og administrasjonsform se vedlegg nr. 1.

Dehydrering i terminalfasen kan gi tørste og munntørhet. Den beste måten å lindre dette på er peroral væsketilførsel og godt munnstell. Intravenøs væsketilførsel kan forværre dyspnoe og kvalme. Ved forvirring på grunn av opphopning av metabolitter av morfin kan det være fornuftig å forsøke rehydrering (Kompetansesenter i lindrende behandling 2012).

1.9 Dokumentasjon

Dokumentasjon inngår som en del av den helhetlige pasientjournal, og alt helsepersonell som yter helsehjelp har plikt til å dokumentere. Med helsehjelp menes enhver handling som har et forbyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål, utført av helsepersonell. Dokumentasjon i palliasjon bør legge vekt på hvor pasienten er i sykdomsforløpet, vurdering av hensiktsmessige tiltak og hvilken informasjon som er formidlet til pasient og pårørende. Ifølge Helsedirektoratet (2012) er minimum krav til tilgjengelig dokumentasjon en liste over kontaktpersoner og fastlege, oppdatert medikamentliste og opplysninger fra siste sykehusopphold.

Ved bruk av LCP har man anledning til å registrere forandring i pasientens tilstand fortløpende. LCP inneholder tre viktige deler: initial vurdering (den første vurderingen), fortløpende vurdering og dødsfallet. Det dreier seg om fire primære domener av omsorg: fysiske, psykiske, sosiale, og åndelige. Dokumentet består av en rekke målsettinger for omsorgen, som er basert på tilgjengelig dokumentasjon av den beste praksis. Her må klinikere fokusere på de spørsmålene som sannsynligvis vil være aktuelle for pasienter og deres pårørende, samt hva som forventes av helsearbeidere i de siste timene eller dagene av pasientens liv (Ellershaw og Wilkison 2011).

2.0 Metode

Dalland (2012 s. 112) viser i sin bok til Vilhelm Aubert (1985) sin definisjon på metode:

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder»

Ut fra Høgskolens gitte rammer i oppgavebeskrivelsen benytter vi litteraturstudie som metode. Det er også et krav at oppgaven skal utformes etter IMRaD strukturen. Dette er en forkortelse for introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dalland 2012).

Forsberg og Wengstrøm (2008) beskriver en litteraturstudie som å systematisk søke, vurderende granske, samt avkorte litteratur innenfor ett tema eller problemområde. I en litteraturstudie skal man sette artiklene man innhenter opp mot den allerede eksisterende bakgrunns litteraturen (Olsson og Sörensen 2003).

Ved å bruke litteraturstudie som metode innhentes data fra eksisterende litteratur og man får tilgang til en mengde materiale. En kan på den måten få en dybdeinnsikt i, samt tilegne seg flere meninger om det valgte temaet.

Som kritikk til litteraturstudie kan man peke på blant annet at i en litteraturstudie velger man selv ut den litteraturen som brukes, og på den måten kan oppgaven bli «formet» slik det er ønskelig. Det er også en fare ved tolkning av de artiklene man bruker, at man tolker de i den retning man kjenner eller har synspunkter i forhold til. I tillegg kan oversettelse fra engelsk til norsk føre til misforståelser (Dalland 2012).

2.1 Søkestrategi

For å finne forskningsartikler for å belyse vår problemstilling, har vi søkt i databasene Cinahl, Ovid, Pubmed og Google Scholar med søkeordene:

«Liverpool Care Pathway», Nurs*, experience, effect, benefits, advantage og disadvantage.

På grunn av den pågående kritikken i England og at mange land nå tar i bruk LCP, ønsket vi å se på det nyeste innen forskningen og valgte derfor å søke på artikler etter 2010. På grunn av begrensede antall treff, har vi valgt å ta med en artikkel fra 2008 som vi så på som aktuell for vår oppgave.

Vi ønsket å finne artikler som så både på fordeler og ulemper ved Liverpool Care Pathway. Ved å bruke søkeordet disadvantage i kombinasjon med de andre søkeordene, ble det imidlertid null treff.

Vi har vært i kontakt med Grete Iversen som er nettverkskoordinator for LCP i Norge. Hun har gitt oss tips om litteratur og forskningsartikler.

Tabell 1

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
Liverpool Care Pathway(LCP) Nurse Experience Benefits Advantages Disadvantages Effect	CINAHL	Liverpool Care Pathway	99
		Liverpool Care Pathway And Benefits	7
		Liverpool Care Pathway And Advantages And Disadvantages	0
	Ovid Nursing	Liverpool Care Pathway And Experience And Nurse	10
		Liverpool Care Pathway	129
	PubMed	Liverpool Care Pathway And Experience And Benefits	14
		Liverpool Care Pathway And Effect	7

2.2 Kildekritikk

Det er stort behov for forskning innen palliativ omsorg, men ut fra et etisk og praktisk perspektiv ser vi at det er en vanskelig gruppe å forske på. Slik vi ser det, vil forskning på LCP bli mye basert på objektive funn fra helsepersonell og pårørende på grunn av pasientens begrensede muligheter for deltakelse.

De forskningsartiklene vi har vurdert og valgt, er fagfellevurdert og holder nivå 1. Dette betyr at de er publisert i tidsskrifter som er vurdert til å oppfylle kriterier gitt av universitets- og høgskolerådet (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS 2013). Vi har sett på artikkelforfatternes bakgrunn og referanselistene og vi har vurdert at de kan være aktuelle i vår oppgave. De følger IMRaD strukturen og vi anser dem som troverdige og holdbare.

Vi ønsket primært å finne studier fra Norge eller Skandinavia, men forskningsartiklene som er funnet og brukt i oppgaven er basert på undersøkelser gjort i England, New Zealand og Nederland. Vi føler likevel at det er overførbart til norske forhold. Dette fordi LCP er bygget på Hospicefilosofiens grunnverdier. Disse grunnverdiene står også sterkt i Norge. Artiklene er skrevet på Engelsk og vi stiller oss kritiske til at vi kan ha oversatt og tolket teksten på en annen måte enn det som er tenkt.

Som nevnt har vi fått tips av nettverkskoordinator for LCP, Grete Iversen. Vi ser at hennes anbefalinger kan være farget av hennes engasjement for LCP.

3.0 Resultat

I dette kapittelet vil vi presentere 5 forskningsartikler som vi har funnet nyttig til å belyse vår problemstilling.

3.1 Analyse av artikler

Tabell 2

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon	Egne kommentarer
1. Anderson A. & I. Chojnacka (2012). Benefits of using the Liverpool Care Pathway in end of life care. Nursing Standard.	Hensikten med studiet var å fastslå om det er tilstrekkelig bevis for å fremme LCP som den beste praksis og om pasienten dermed får bedre omsorg i livets slutfase.	Litteraturstudie Det er plukket ut 8 studier som er både kvalitative og kvantitative.	Kommunikasjon med pasienter og pårørende ble forbedret etter innføring av LCP. Det ble rapportert bedre symptomlindring- spesielt fra helsepersonell uten spesialutdanning. Det konkluderes med at dokumentasjon ble forbedret ved at det erstatter all annen dokumentasjon og at det forbedrer dokumentasjon av omsorg til pasienten. Det fører også til god veiledning til de andre i teamet.	Mange av undersøkelsene i studiet er utført på LCP-vennlige institusjoner. Dette tror vi kan påvirke resultatet av undersøkelsene og vanskeliggjøre overføring til andre institusjoner og andre land. Noen av undersøkelsene er kvantitative.
2. O'Hara, T. (2011). Nurses' views on using on using the Liverpool Care Pathway in an acute hospital setting. International Journal of Palliative Nursing.	Det ble forsket på sykepleieres og spesialsykepleieres synspunkter ved bruk av LCP ved en avdeling for Onkologi og fem avdelinger for Indremedisin for eldre.	Kvalitativ metode. Seks åpne spørsmål ble stilt.	Deltakerne mente at LCP sikrer at pasient og pårørende får riktig, gjennomtenkt omsorg basert på deres behov. Kommunikasjon med pårørende og innad i tverrfaglig team ble muliggjort. Bra for nye leger	Dette var en liten undersøkelse med totalt 12 sykepleiere fordelt på to fokusgrupper innenfor samme sykehus. Kan vi stole på resultatet da? Deltakerne hadde erfaring ved bruk av LCP og i fokusgruppetudier kan rollen til

			<p>pga klare retningslinjer i forhold til symptomkontroll. I en travel hverdag gis LCP tillatelse til å prioritere omsorg for døende og til å dokumentere. Det ble ytret ønske om mer opplæring og støtte til håndtering av vanskelige situasjoner.</p>	<p>forskeren aldri bli helt nøytral.</p>
<p>3. Dee J.F. & R. Endacott (2011). Doing the right thing at the right time. Journal of Nursing Management.</p>	<p>Hensikten med studien var å identifisere faktorer som gjorde klinikerne i stand til eller hindret dem i å avgjøre når en pasient er døende og dermed ta ibrug LCP</p>	<p>Metoden som ble brukt var Husserlian fenomenologi som fokuserer på individuelle fenomener og forsøker å beskrive dem. En kvalitativ metode hvor deltakerne ble intervjuet.</p>	<p>Resultatet viser at den største motforestillingen mot å ta i bruk LCP var angsten for å ikke ta den i bruk til rett tid. I tillegg kom bekymringen for hva pårørende ville si hvis den ble tatt i gang til feil tid. En forværring i pasientens tilstand kan bli både en barriere mot eller en framskynding av å ta i bruk LCP. LCP oppfattes som ett svært rigid system, noe som kan forsinke implementeringen.</p>	<p>Det var kun fem sykepleiere og fem leger som deltok i studien og undersøkelsen ble utført på et hospice der kompetansen er forventet å være høy i omsorg for døende. Dette tror vi kan påvirke resultatet fordi kompetansen kanskje kan minske behovet for LCP som verktøy.</p>
<p>4. Thurston J. & S. Waterworth (2012). “Making sense”: nurses` experiences of changing practice in caring for dying patients in New Zealand. International Journal of Palliative Nursing.</p>	<p>Sykepleierens opplevelse av endringer som følge av innføring av LCP</p>	<p>Kvalitativ metode. To fokusgrupper med totalt ti sykepleiere, og fem semi-strukturerte individuelle intervjuer med avdelingsledere.</p>	<p>Sykepleierne merket en forbedring i sin kunnskap om omsorg for døende. LCP forandret ikke utfordringene, men ga økt selvtillit. LCP ga også en positiv innvirkning på kommunikasjonen</p>	<p>Studien ble gjennomført på et akutt sykehus i urbane omgivelser på New Zealand. Organisatorisk kan det være noen forskjeller, men vi tror allikevel studien kan overføres til norske forhold.</p>

			mellom ulike grupper helsearbeidere, og mellom helsearbeidere og pårørende.	Studiet har få deltakere og gjennomført i løpet av 12 mnd. Gir dette et godt nok resultat eller blir det for snevert?
5. Veerbeek, L m.fl. (2008). The effect of the Liverpool Care Pathway for the dying: a multi-center study. Palliative Medicine	Målet med studiet var å se på forskjeller på dokumentasjon, symptomkontroll og kommunikasjon før og etter implementering av LCP i sykehus, sykehjem og hjemmesykepleien.	Kvantitativ metode. Multisenterstudie som betyr at forskningsprosjekter finner sted ved flere virksomheter samtidig og etter samme forskningsprotokoll. Deltakerne svarte på spørreskjema.	Dokumentasjon i terminal fase økte og symptombyrden ble redusert etter innføring av LCP. Kommunikasjon med pasient og pårørende var ikke signifikant forskjellig før og etter innføring av LCP	Sykepleierne som deltok i studien hadde god kjennskap til palliasjon, og dette kan kanskje være årsaken til at kommunikasjonen ikke utgjorde noen forskjell. Spørreskjema ble brukt og hos noen ble LCP kun benyttet i 16 timer. Vi stiller oss kritiske til bruk av spørreskjema fordi det gir lite rom for egne kommentarer.

3.2 Sammenfatning

Resultatene av artiklene nr. 1, 2, og 4 viser at kommunikasjon med pasient, pårørende og helsepersonell ble forbedret etter innføring av LCP. Artikkelen nr. 5 viser ingen forskjell i kommunikasjonen før og etter implementering. Artikkelen nr. 3 hadde mest fokus på diagnostisering av døden som den største utfordringen og var kritisk til å sette pasienten på LCP. Symptomlindring og dokumentasjon er beskrevet i artiklene nr. 1, 2 og 5 som det som ble forbedret etter innføring av LCP. Tverrfaglig samarbeid ble fremhevet i artikkelen nr. 2 og 4 som en positiv effekt.

I problemstillingen vår spør vi etter helsearbeideres erfaringer om fordeler og ulemper ved bruk av LCP. På bakgrunn av dette og resultatene i artiklene har vi valgt å ta for oss tre temaer til drøfting: Kommunikasjon, dokumentasjon og symptomlindring.

4.0 Diskusjon

Vi vil i det følgende kapitlet drøfte problemstillingen opp mot presentert teori og resultater fra artikler som vi har valgt å bruke. Videre vil vi benytte egne erfaringer for å forsøke å gi et svar på problemområdet vi har valgt å belyse.

4.1. Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient

I Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon er det beskrevet at den overordnede målsettingen for all palliativ behandling og pleie er best mulig livskvalitet for pasienten. Siden livskvalitet er subjektivt, kan det kun kartlegges ved å kommunisere med pasienten. Derfor blir gode ferdigheter i kommunikasjon spesielt viktig i møte pasienter i palliativ fase (Helsedirektoratet 2012). Hva er så gode ferdigheter i kommunikasjon? Hva sier og gjør man når ferdighetene er gode og hva er det som gjør at kommunikasjon kan bli dårlig? Vi jobber i sykehjem og sykehus, og møter stadig mennesker som nærmer seg livets slutt. Det som skjer i de siste dagene i livet til disse pasientene er utrolig viktig, og i følge Aakre (1993) er god kommunikasjon mellom pasienten og sykepleierne fundamentet for den terminale pleien og den helhetlige omsorgen. Det er nødvendig at samhandlingen mellom sykepleieren og den alvorlig syke pasienten er basert på åpen og ærlig kommunikasjon. Dette er i samsvar med Hospicefilosofiens helhetlige menneskesyn der åpenhet og bekreftelse av et annet menneskes verdi er viktig (Kopp 2010). Det å ha mot til å sette seg ned å lytte til den døende pasienten, og tørre å snakke åpent om døden er noe vi alle tre har følt som utfordrende. Vi har lært hvor viktig det kan være for pasienten, men det krever mye av oss som sykepleiere å være profesjonelt og oppmerksomt tilstede i disse vanskelige samtaler. Dette beskrives av Røkenes og Hansen (2011) som «være-i-kompetansen», om å være emosjonelt tilgjengelig. Det innebærer å sette sin egen verden i parentes for å gi rom for den andres opplevelse.

Hvilke erfaringer har så helsearbeidere erfart i forhold til Liverpool Care Pathway og kommunikasjon med pasienten? Ifølge Anderson og Chojnacka (2012) fant de at kommunikasjon ble fremmet som et sentralt tema og at retningslinjene i LCP hjelper helsepersonell til å muliggjøre kommunikasjon med pasienten. Videre viser funnene at retningslinjene sikrer at informasjon blir gitt til pasienten i riktig tid og at mulighet for diskusjoner ble tillatt (Ibid). Ellershaw (2011) hevder at alle avgjørelser som fører til endring i pleie og behandling, bør diskuteres med pasienten der det er mulig og hensiktsmessig. Helsedirektoratet (2009) har utarbeidet en Nasjonal veileder for beslutningsprosesser for

begrensning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende. Der blir det blant annet påpekt at «beslutninger om livsforlengende behandling skal bygge på hva som ut fra en medisinsk og helsefaglig vurdering er til pasientens beste og på hva pasienten selv ønsker» (Helsedirektoratet 2009, s 6). Vi ser at dette er vanskelige temaer å snakke med pasienten om og det er legen som ofte tar denne samtalen. Pasienten er i finalen i livet sitt og det er viktig å gå varsomt frem. Vi tenker at vi som helsepersonell vil føle oss tryggere i møte med pasienten hvis vi vet at riktig informasjon er gitt til riktig tid, men hvordan vet man hva som er «riktig tid»?

Ifølge Veerbeek m.fl (2008) viste resultatene av deres studie at kommunikasjon ikke var signifikant forskjellig før og etter innføring av LCP. Institusjonene som deltok i studien var opptatt av kvalitet i palliativ omsorg, noe som tyder på at de kommunikative ferdighetene kan ha vært gode før implementeringen av LCP. Ut fra resultatet fra denne undersøkelsen ser vi at man ikke behøver en tiltaksplan for å sikre god kommunikasjon. Slik vi ser det, vil en avdeling med fokus på kvalitet i omsorg for døende, også kunne sikre god kommunikasjon og samhandling. Ideelt sett burde det være slik på alle avdelinger hvor omsorg for døende er en del av arbeidet. Erfaringsmessig er det en utfordring å samhandle med døende pasienter og deres pårørende. Vi erfarer å føle større trygghet i møte med disse situasjonene etter at vi startet på videreutdanningen i palliativ omsorg. Kan det være opplæringsprogrammet i LCP og fokuset på omsorg for døende som i studien til Andersen og Chojnacka (2012) førte til helsepersonells opplevelse av bedre kommunikasjon?

Vi ser at LCP kanskje kan være en god inngangsport for samtale med pasienten. Ved at det er listet opp som et punkt i tiltaksplanen, blir man jo fokusert på å følge den og dermed sikre at denne vanskelige samtalen blir muliggjort. Men sikrer LCP kvalitet i samhandlingen mellom pasient og sykepleier? Blir man mer opptatt av å sikre at tiltaksplanen blir fulgt punkt for punkt, enn å ta denne samtalen når den innledes av pasienten selv? Helsedirektoratet (2012) skriver at en påtrengende kommunikasjonsstil i forhold til eksistensielle spørsmål når livet nærmer seg slutten, kan være like skadelig som ikke å berøre dem. Dette medfører at det stilles krav til oss som helsepersonell å være bevisst dette.

4.2 Kommunikasjon mellom sykepleier og pårørende

I vår arbeidshverdag har vi følt hvor utfordrende det kan være å kommunisere og få til gode relasjoner med pårørende til en terminal pasient. Ifølge Helsedirektoratet (2012) vektlegger palliativ omsorg ivaretagelse av pårørende, og de inkluderes i samtaler både av oppgaveorientert og emosjonell karakter. I Standard for palliasjon (2004) står det blant annet at helhetlig tilnærming til den alvorlig syke og døende pasient og dennes pårørende er kjennetegnet ved den palliative kultur. Videre pekes det på at pasient og pårørende skal bli møtt og forstått i forhold til sin situasjon (Norsk Forening for Palliativ Medisin 2004). Hvordan skal for eksempel pårørende vite hvordan situasjonen er, hvis vi ikke kommuniserer om det som er i ferd med å skje? Siden sommeren 2012 har det vært oppslag i Britisk presse om dårlig behandling, pleie og omsorg for døende både med og uten bruk av Liverpool Care Pathway. Mye av kritikken er i hovedsak kommet fra pårørende til døende pasienter og omhandler mangelfull informasjon til pasient og pårørende. Kritikere har også hevdet at LCP har vært brukt til å forkorte livet til pasienter som ikke er døende (Kompetansesenteret for Lindrende behandling 2013). Hva skyldes dette, når LCP ikke er en behandling i seg selv, men et rammeverk for god praksis? Av egne erfaringer har spørsmål angående den døendes manglende inntak av mat og drikke ofte kommet opp som en bekymring for pårørende. De kan være bekymret for om den døende faktisk dør av sult og tørst, og Røkenes og Hansen (2011) skriver at det som er viktig i slike situasjoner er å gå inn i en relasjon og ta seg tid og legge til rette for god kommunikasjon. Det er viktig å informere pårørende om at pasienten har sluttet å spise og drikke fordi vedkommende er døende. Det er videre viktig å snakke om at livslengden ikke påvirkes av manglende væske og ernæring i denne fasen og at pasienten ikke lider av sult eller tørste (Helsedirektoratet 2012). Ved å forsøke å få gode relasjoner til pårørende og aktivt snakke med dem om døden, tror vi at misforståelser kan unngås og at den siste tiden kan bli preget av ro og gode minner.

Hvilke fordeler og ulemper har så helsearbeidere erfart ved bruk av LCP i forhold til kommunikasjon med pårørende? I følge Thurston og Waterworth (2012) ble kommunikasjon mellom sykepleiere og pårørende forbedret etter innføring av LCP. Dette kunne ha sammenheng med at kunnskap om døende ble økt som følge av LCP og helsearbeideres selvtillit økte i forhold til å kunne snakke med pårørende om at pasienten er døende og kommer til å dø. Dette er viktig for ikke å skape misforståelser. Er det da slik at man trenger LCP for å bedre kommunikasjon med pårørende, eller holder det med kompetanseheving i omsorg for døende? Ifølge Veerbeek m.fl (2008) så man ingen forskjell i kommunikasjon før

og etter implementering av LCP. I denne studien ble også pårørende kontaktet for å svare på samme spørsmål som sykepleierne. Vi stiller oss imidlertid kritiske til metoden som ble brukt i denne undersøkelsen da statistikk gir god oversikt, men ingen rom for utdyping og kommentarer om deres opplevelser, og vi tror at viktig informasjon kan gå tapt. O'Hara (2012) skriver at resultatene av undersøkelsen viser at LCP forbedret sykepleiernes selvtillit i forhold til å snakke med pårørende. Videre ble det påpekt at LCP muliggjør kommunikasjon mellom sykepleiere og pårørende i en travel og utfordrende avdeling. Er det slik at LCP fungerer som en «godkjennelse eller tillatelse» til å prioritere omsorg for døende og deres pårørende i en travel avdeling?

4.3 Kommunikasjon mellom sykepleier og kollegaer

I følge Kopp (2010) har Hospicefilosofien fokus på at det faglige nivå forstått som viten, ferdigheter og holdninger som helt avgjørende for å utøve kvalitet i lindrende omsorg. De forskjellige faggrupper er derfor avgjørende for å kunne yte en bred, helhetsorientert innsats (Ibid). For å kunne samarbeide kreves kommunikasjon mellom sykepleiere, og mellom sykepleiere og de andre faggruppene. Ifølge O'Hara (2011) viste resultatene av studien at LCP muliggjør kommunikasjon innen det tverrfaglige teamet. Deltakerne i Thurston og Waterworth (2012) sin studie markerte også positiv innvirkning på kommunikasjon med tverrfaglige team. Helsedirektoratet (2012) skriver at for å ivareta behovene til den døende pasienten er det viktig å diagnostisere at pasienten er døende. Det er da viktig at hele teamet er inneforstått med denne vurderingen. Erfaringsmessig fra oss som jobber i sykehjem, er at det ofte er kun en sykepleier på vakt, og legen er på tilsyn ca to dager pr. uke. Dette varierer fra avdeling til avdeling. Tverrfaglig kommunikasjon ser vi på som begrenset her i forhold til å diagnostisere døende hvis en pasient endrer seg for eksempel i løpet av en helg.

I følge Dee og Endacott (2011) hadde deltakerne i deres studie motforestillinger for å ta i bruk LCP fordi de mente det var vanskelig å ta den i bruk til rett tid. Når skal planen iverksettes? Tverrfaglig samarbeid ble sett på som veldig viktig- spesielt støtten til å ta en endelig avgjørelse. Er pasienten virkelig i sine siste levedøgn? Hva vil pårørende si hvis den tas i bruk til feil tid? Dette krever en åpen samtale mellom alle parter, både lege, sykepleier, pasient og pårørende. Vi ser at dette kan være en utfordrende, men viktig samtale om døden som er nært forstående. Erfaringsmessig har vi opplevd pasienter som er definert som terminale, men

som lever i mange flere dager enn man tror. På den andre siden kan det skje brått og uventet uten at man hadde forutsett det. Vi forstår at det kan by på utfordringer å vite når LCP skal settes i gang. Samtidig ser vi viktigheten av å ha en åpen og klar kommunikasjon om og med pasient og pårørende om at situasjonen kan endres. Dette vurderes underveis, og pasienten tas av tiltaksplanen hvis tilstanden bedres. Slik vi ser det kan også dette være en grunn til noe av kritikken som pågår i Storbritannia.

4.5 Dokumentasjon

Anderson og Chojnacka (2012) viser at LCP har en stor fordel fordi all dokumentasjon foregår i ett skjema, unntatt medisnering, og dette fører til at helsearbeiderne kan tilbringe mer tid hos pasienten. Vår erfaring er at både pasienten i terminal fase og dens pårørende kan være slitne og fortvilte på grunn av pasientens sykdom. Dersom nok informasjon om LCP er gitt til pårørende og pasienten, kan det redusere fortvilelsen i den siste fasen. LCP beskriver pasientens tilstand de siste dager og timer, og man vurderer fortløpende endringer i pasientens tilstand (Ellershaw og Wilkison 2011).

Som sykepleiere tar vi det som en selvfølge at pårørende vil kontaktes når døden er nær forestående hos deres nærmeste, men vi har erfart at noen ikke ønsker å bli kontaktet om natten. I LCP er det ett eget punkt hvor man skal dokumentere når pårørende ønsker å bli informert om endringer pasientens tilstand. Ved å følge punktene i LCP sikrer man at pasient og pårørende får nødvendig informasjon. I tillegg sikrer det at vi som helsearbeidere dokumenterer mer systematisk hva vi gjør, hvilken informasjon vi gir og ikke minst hvilken informasjon vi mottar. Dette er noe vi opplever at er litt tilfeldig slik systemet er i dag. Ofte blir informasjonen gitt muntlig med den følge at den kan bli glemt.

I følge helsepersonelloven §§ 39 og 40, må det dokumenteres hvilken behandling som skal gis og som ikke skal gis, samt det medisinske grunnlaget for beslutningen. Det skal også dokumenteres hvilken informasjon som er mottatt fra, og gitt til pårørende og pasient, pasientens ønsker, eventuell uenighet og diskusjoner underveis, og hvilke verdivurderinger som ligger til grunn (Helsedirektoratet 2012).

For å vite om LCP finnes i elektronisk versjon kontaktet vi Grete Iversen som er nettverks koordinator for LCP i Norge. Hun fortalte at til nå er LCP kun elektronisk tilgjengelig i et EPJ system (elektronisk pasient journal) som heter GBD. Dette brukes på noen av sykehjemmene i

Bergen og det arbeides for øyeblikket også med å få LCP lagt inn i Geric og DIPS. Ellers brukes LCP i papir versjon og finnes i fire utgaver; sykehjem, sykehus, hjemmesykepleie og palliative enheter. LCP som papirdokument kan også være til ulempe fordi vi er vant med å dokumentere elektronisk. Det kan oppleves som en ekstra byrde å måtte bruke forskjellige dokumentasjonsmetoder .

O'Hara (2011) skrev at deltakerne følte at LCP ga mulighet til å prioritere omsorg og til å dokumentere. På arbeidsplassen har vi erfaring med å dokumentere og rapportere på slutten av vaktene og vi skriver ekstra medikamenter på eget medikamentskjema. Ved bruk av LCP skal man dokumentere hver fjerde time, noe som fører til hyppigere observasjon og dokumentasjon enn det vi opplever i dag.

Slik vi ser det kan personalet ved bruk av LCP føle seg tryggere i møte med døende pasienter, og deres pårørende. Dette fordi LCP gir en bedre oversikt over de viktigste observasjonene som bør gjøres i terminalfasen. Dette støttes av funn gjort av Thurston og Waterworth (2012), som viser at innføring av LCP gir økt selvtillit blant helsepersonell.

Lillemoen, Velund og Østenvik (2011) beskrev med sin fagartikkel forskjellige erfaringer fra LCP-innføringer på sykehjem i Norge. Noe av kritikken mot LCP har vært at denne formen for standardiserte skjema plasserer omsorgen for pasient og pårørende innenfor en ramme som hindrer fleksibilitet og individuelt tilrettelagt omsorg. Forfatterne beskriver at standardiserte skjema ikke alene sikrer god praksis. Vi ser standardiserte skjema som en fordel fordi det er punktene i planene som man skal gjennom som sikrer at «hele» pasienten blir observert. For eksempel kan man i arbeidshverdagen oppleve at omsorg for døende i terminal fase, kan variere fra sykepleier til sykepleier. Dette kan være på grunn av ulike erfaringer som sykepleier. Samtidig er det viktig å påpeke at standardiserte manualer ikke kan frata sykepleiere kravet om å vise medmenneskelighet og faglig skjønn.

I første LCP nyhetsbrev 12. desember 2012, vises det til en del kritikk i medieomtaler av LCP i Storbritannia. Kritikerne hevder at LCP bevisst har vært brukt for å forkorte livet til pasienter som ikke har vært døende. Kritikken har dels gått på mangefull informasjon til pasienter og pårørende, og dels på at LCP har vært brukt som en «death pathway» (Kompetansesenteret i Lindrende Behandling Helseregion Vest 2013).

“I had no idea my wife was on the Liverpool Care Pathway” skrev en mann til Daily Mail 25.04.13 i Storbritannia. Mannen nevnte at han ikke fikk beskjed om at kona hans var på LCP ([daily mail.25.04.13](http://daily.mail.25.04.13)).

Slik vi ser det vil det da være viktig å sikre at informasjon om LCP blir gitt til de nærmeste, samt at dette må dokumenteres. Man bør videre ha dialog med pasienter og pårørende på forhånd, for å bidra til at man unngår misforståelser i forhold til at pasient eller pårørende ikke er klar over hvordan situasjonen arter seg.

4.6 Symptomlindring

Symptomlindring er ett sentralt aspekt i palliasjon. Som døende kan man få mange plagsomme symptomer som for eksempel smerter og dyspnoe, angst og uro, kvalme og surkling. Dette er nevnt som de vanligste symptomene og disse er det utarbeidet en egen forordning av medisiner mot. Disse forordningene er nøye beskrevet i Håndbok i lindrende behandling (Kompetansesenter for lindrende behandling 2012).

I følge Veerbeek et.al. (2008) førte innføring av LCP til reduksjon av symptombyrden hos pasientene. Dette var noe både pårørende og sykepleiere var enige om. Er det behov for LCP for å få denne reduksjonen av symptomer? LCP har en oversikt over hvilke symptomer som det er viktig å forordne medisiner mot, og disse er de samme som på den oversikten over de fire viktigste medikamentene for lindring i livets slutfase som er beskrevet i Håndbok for lindrende behandling (KLB 2012). Vår erfaring er at det er disse forordningene vi savner i vår hverdag som sykepleiere på sykehus og i sykehjem. Ser man på hva NFPM (2004) beskriver, så skal alle avdelinger som tilbyr lindrende behandling ha tilgjengelige retningslinjer for symptomlindring. Disse skal minimum beskrive generelle behandlingsprinsipper samt behandling av smerter og andre vanlige symptomer. I tillegg beskrives det at pasienten skal kunne få medikamenter subcutant som en del av terminalpleien. Dette opplever vi som sykepleiere at sjelden er på plass når pasienten er terminal. Som sykepleier på sykehjem må vi ofte ringe legevakt for å få forordnet disse medikamentene og det er da ofte ikke like lett å få til dette. Legevaktslegen kjenner sjelden pasienten og har ikke alltid anledning til å dra ut til sykehjemmet. På sykehus opplever man at man må tilkalle sekundærvakt som ofte ikke kjenner pasienten og vegrer seg for å sette i gang en eventuell palliativ plan. Dette støttes av funn fra O'Hara (2012), hvor spesialsykepleierne var bekymret over vanskeligheter når det er sekundærvakt eller legevaktsleger som må ta avgjørelser.

Hadde man hatt LCP på arbeidsplassen ville man kanskje tvunget fram en avgjørelse på dette på dagtid når det er kjente leger til stede. I følge O'Hara (2012) er LCP et godt hjelpemiddel for nye leger fordi den gir klare retningslinjer med tanke på symptomkontroll. I tillegg framheves det at LCP sikrer at pasientene får riktig og gjennomtenkt omsorg. Dette ville ført til at man som sykepleier hadde hatt en plan å gå utifra og pasienten ville opplevd å få raskere symptomlindring. Samtidig ville man som sykepleier opplevd at man kunne gi en mer tilfredsstillende terminalpleie.

I følge Dee og Endacott (2011) fremheves det som en bakdel med LCP at det er vanskelig å ta en avgjørelse på når pasienten er terminal. Legene er redd for å sette i gang LCP for tidlig. Dette kan jo også overføres til at det kan være vanskelig for legene å avslutte all behandling der LCP ikke brukes. Videre kan man da si at det er vanskelig å få legene til å ta en avgjørelse på at det skal forordnes de medikamentene som bør brukes de siste dagene og timene av en pasients liv. I KLB (2012) står det godt beskrevet hvilke kjennetegn som finnes hos en terminal pasient. Disse er blant annet at pasienten er ytterst svak, sengeliggende, mindre og mindre interessert i mat og drikke og finner det vanskelig å svelge medisiner. Hvis man går utifra disse kjennetegnene bør det ikke være så vanskelig å ta en avgjørelse på at pasienten er terminal. Videre står det at det er viktig å fortsette med aktiv symptomlindring. Dette innebærer at det er behov for at medikamentene er forordnet. Benytter man LCP blir det automatisk forordnet medisiner når LCP blir iverksatt hos en pasient. Det er denne forordningen av de vanligst brukte medikamentene i terminalfase vi savner i vår hverdag som sykepleiere. Hadde man innført LCP ville disse ha kommet automatisk, men man hadde i tillegg fått resten av LCP skjemaet. Hadde man bare hatt en palliativ plan der behandlingsalgoritmen ble brukt ville man fått forordning av medikamentene, men ikke resten av observasjonene som LCP medfører. I LCP nytt står det om behandlingsalgoritmer for lindring av symptomer hos døende. Dette er en veiledende «oppskrift» for behandling, men behandlingsansvarlig lege må forordne det enkelte medikament. Noen av medikamentene som benyttes brukes utenfor indikasjonsområder som er godkjent i Norge. Dette er en mal som kan brukes uten eller med LCP. I denne malen kan alle medikamentene gis som subcutane injeksjoner. Det er nødvendig da at et av tegnene på at en pasient er døende er at han ikke orker å svelge medisiner. Men er det nødvendig med LCP, eller er det nok med bare en slik behandlingsalgoritme? Ser man utelukkende på de medikamentene man trenger er det i realiteten ikke behov for annet enn forordning av medikamentene, men ser man på helheten får man inn mange flere observasjoner ved bruk av LCP.

LCP innebærer mer enn symptomlindring. Det er et verktøy som skal sikre pasienten en god helhetlig omsorg. Hos Anderson og Chojnacka (2012) framkom det at LCP ga helsepersonalet som ikke er eksperter i palliativ pleie et verdifullt verktøy for å pleie døende pasienter. Dette gjelder også den symptomlindrende delen. Det kan være godt for sykepleierne å ha ett verktøy som sier noe om når man skal bruke hvilket medikament og hvor ofte. Spesielt for nyutdannet helsepersonell kan det være nyttig. Men igjen kommer spørsmålet opp om det er nødvendig med hele LCP eller om det er nok med en medikamentoversikt? Den oversikten som finnes hos blant annet KLB (2012), gir en svært god oversikt over når og hvor mye man skal gi. De samme medikamentene må forordnes av en lege når det settes i gang med LCP også. LCP inneholder ikke en spesifikk medikamentliste, den må føres opp som alle andre medikamenter i henhold til den enkelte avdelings retningslinjer.

Et annet symptom som kan forekomme i terminalfasen er tørste og munntørrehet. Den beste måten å lindre dette på er som beskrevet i hos KLB (2012), peroral væsketilførsel og godt munnstell. Her kan LCP være et godt hjelpemiddel fordi munnstell inngår i punktene som skal utføres minst hver fjerde time. På den måten blir det satt i system og utført. Som sykepleier på sykehus oppleves det noe mer tilfeldig om det blir utført tilfredsstillende munnstell på døende pasienter. I tillegg kan det være med på å bevisstgjøre pleiepersonell når det gjelder viktigheten av munnstell. Hos O'Hara (2011) ble det nevnt at LCP førte til bedre munnstell. Det er viktig å utføre godt munnstell ofte og dette kan også pårørende gjøre. Det kan ofte oppleves som godt for pårørende å utføre munnstell fordi de da føler at de er til hjelp for pasienten.

Som sykepleiere opplever vi ofte at pårørende spør om det ikke skal gis væske så pasienten ikke tørster. Da er det viktig å forklare at det har liten eller ingen hensikt å gi væske intravenøst. Det vil mest sannsynlig føre til mer plager for pasienten og det har liten eller ingen tørsteslukkende effekt. Det er viktig å forklare at pasienten ikke dør fordi han har sluttet å ta til seg mat å drikke, men at pasienten har sluttet med det fordi han skal dø. Hvis pasienten er våken er det best å gi vann peroralt. Ei teskje kan være nok til å få fuktet munnen. Slik vi ser det kan dette være lettere ved bruk av LCP, fordi man her går mer systematisk fram når det gjelder informasjon om de forskjellige symptomer og dertil egnede tiltak man setter i verk.

4.7 Metodiske overveielser

Vi har nå drøftet artiklene opp mot teori og egne tanker og erfaringer. Vi valgte fem artikler av et stort antall som finnes om LCP. Eksempelvis får man ca 2400 treff på søkeordet «Liverpool Care Pathway» på Google Scholar.

Man kan alltid spørre om vårt utvalgte materiale er relevant for vår problemstilling. Ville vi fått andre svar hvis vi hadde valgt andre søkeord og andre artikler?

Vi mener at vårt utvalg gir oss svar på fordelene, men sier lite om ulempene. Vi ser at det kan være en svakhet ved oppgaven at vi har et så lite utvalg av artikler i forhold til det som finnes.

5.0 Konklusjon

Intensjonen med oppgaven var å finne ut om det kan være nyttig å benytte seg av LCP som et hjelpemiddel for å sikre god kvalitet i omsorg for den døende pasienten.

Ut fra funnene i artiklene var det tre områder som utmerket seg: kommunikasjon, dokumentasjon og symptomlindring.

Når det gjelder kommunikasjon, ble det fremhevet i tre av artiklene at LCP forbedrer helsearbeiderens kommunikasjon med det tverrfaglige teamet, pårørende og pasienten. Det ble også påpekt at kommunikasjonen innad i det tverrfaglige teamet ble forbedret. Slik vi ser det vil LCP kunne være en god inngangsport for samtale om døden med pasient og pårørende. Punktene i LCP sikrer at vi ser viktigheten av at informasjon blir gitt og forstått av pasient (hvis mulig) og pårørende. Samtidig ser vi at man kan bli for opptatt av å følge skjemaet, slik at man overser pasientens og pårørendes signaler.

Dokumentasjon ble fremhevet i tre av artiklene som en positiv effekt. Det ble påpekt mulighet til å prioritere dokumentasjon i en travel hverdag. Ved at LCP erstatter all annen dokumentasjon erfarte deltakerne at dokumentasjon av omsorg for pasienten ble både økt og forbedret. Vi ser at økt dokumentasjon ikke nødvendigvis gir bedre kvalitet i omsorg, men ved å følge en plan hver 4. time som må dokumenteres, tror vi at observasjon og symptomlindring vil komme pasienten til gode som følge av dette.

En god plan for symptomlindring er noe av det vi savner aller mest i vår arbeidshverdag. Ved en eventuell innføring av LCP på arbeidsplassen, ville symptomlindring blitt satt i system og vi tror at lege og sykepleiere ville samarbeidet bedre om å gjøre det beste for pasienten. En

annen mulig positiv effekt av LCP er at det gir klare retningslinjer på hvilken observasjoner som skal foretas. Dette igjen fører til at man som sykepleier føler seg tryggere i omsorgen for døende pasienter.

Vi tenker at Liverpool Care Pathway kan være et godt verktøy for pleie og behandling ved livets slutt, men som Ellershaw (2011) sier vil den aldri bli bedre enn helsepersonellet som bruker planen.

Vi undrer imidlertid på hvorfor resultater i artiklene viser så mye positivt ved innføring av LCP som et hjelpemiddel kontra all kritikken som fremheves i media i Storbritannia? Og hva med norske forhold? LCP ble innført i Norge for ca 10 år siden, men hvorfor er det ikke reist samme kritikk her? Vi ser at det er behov for mer forskning, og det blir spennende å følge de nasjonale undersøkelsene som for øyeblikket pågår i Storbritannia.

Litteraturliste

Aakre, M. (1993). Å leve med døden – En presentasjon av hospicefilosofien I: Halvorsen, P. (red.) *Når døden blir virkelighet – omsorg i nærmiljøet ved livets slutt*. Oslo: Kommuneforlaget.

Anderson, A. & I. Chojnacka (2012). Benefits of using the Liverpool care pathway in end of life care. *Nursing standard*. Vol. 26, No.34.

Busch, C. J. og A. Hirsch (2007). Eksistensiell og åndelig omsorg. I: Kaasa, Stein (red.) *Palliasjon*. s. 115-141. 2. utgave, 1. opplag. Oslo: Gyldendal Akademiske forlag.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Dee, J.F & R. Endacott (2011). Doing the right thing at the right time. *Journal of nursing management*. 10 (s.186-192).

Ellershaw, J. & S. Wilkinson (2011). *Care of the Dying. A pathway to excellence*. Second edition. Oxford university press.

Forsberg, C og Y. Wengenstrøm (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur.

Helsedirektoratet (2009). *Beslutingsprosesser for begrenning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende*. Nasjonal veileder IS-1691. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2012). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Nasjonale faglige retningslinjer IS-1529. Oslo: Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. Omsorgsplan 2015*. St.meld.nr 25 (2006). Oslo: Helse-og omsorgsdepartementet.

Hummelvoll, J. K. (1997). *Helt-ikke stykkvis og delt. Psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS. 5.utgave, 1. opplag.

Husebø, B.S og S.B Husebø (2008) *De siste dager og timer – Behandling, pleie og omsorg ved livets slutt*. Medlex: Norsk Helseinformasjon. 5.opplag.

Jørgensen, S. (2003). Hospice – fra ideal til praksis. I: *Gerontologiske skrifter*: nr 12. s. 21-33.

Kaasa,S. Red. (2007). *Palliasjon:nordisk lærebok*. 2.utgave, 1.opplag Oslo:Gyldendal akademisk.

Knudby, U. (2007). Tegn på at døden nærmer sig. I: *Sygeplejersken*. 19, s. 101-103.

Kompetansesenter for lindrende behandling (2012). *Håndbok i lindrende behandling*. Universitetssykehuset i Nord-Norge.

Kompetansesenteret for lindrende behandling Helseregion Vest (2010) [online] URL: <http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/klb/Sider/liverpool-care-pathway.aspx> (03.05.13)

Kopp, K (2010). Hospicetanken. I: Birkelund, R (red.) *Ved livets afslutning- om palliativ omsorg, pleje og behandling*. S. 42-60. Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Lauvås, K og P. Lauvås (2004). *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Lillemoen, L., R. U. Velund og E. Østenvik (2011) Tiltaksplan for døende pasienter. I: *Sykepleien*. 99(01):60-63

Norsk forening for palliativ medisin (2004). *Standard for palliasjon* [online] URL: <http://legeforeningen.no/PageFiles/26901/standardforpalliasjon.pdf> (02.05.13).

Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS (2013). *Publiseringskanaler. Dokumentasjon* [online] URL: <http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/hjelp.do> (02.05.13).

O'Hara, T. (2011). Nurses' views on using the Liverpool care pathway in acute hospital setting. *International journal of palliative nursing*. Vol.17, No. 5. (239-244).

Olsson, H. og S. Sørensen (2003). *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk

The Marie Curie Palliative Care Institute Liverpool (2012) *LCP Model Pathway – UK Core Documentation* [online]. URL: <http://www.sii-mcpcil.org.uk/media/10843/LCP%20Core%20Documentation.pdf> (02.05.13)

Thurston, J. & S. Waterworth (2012). "Making sense": nurses' experiences of changing practice in caring for dying patients in New Zealand. *International journal of palliative nursing*. Vol 18, No.10. (s. 500-507).

Veerbeek, L. m.fl. (2008). The effect of the Liverpool care pathway for the dying: A multi-centre study. *Palliative medicine*.; 22. 8. (s.145-151).

Vedlegg 1



De 4 viktigste medikamenter for lindring i livets slutfase

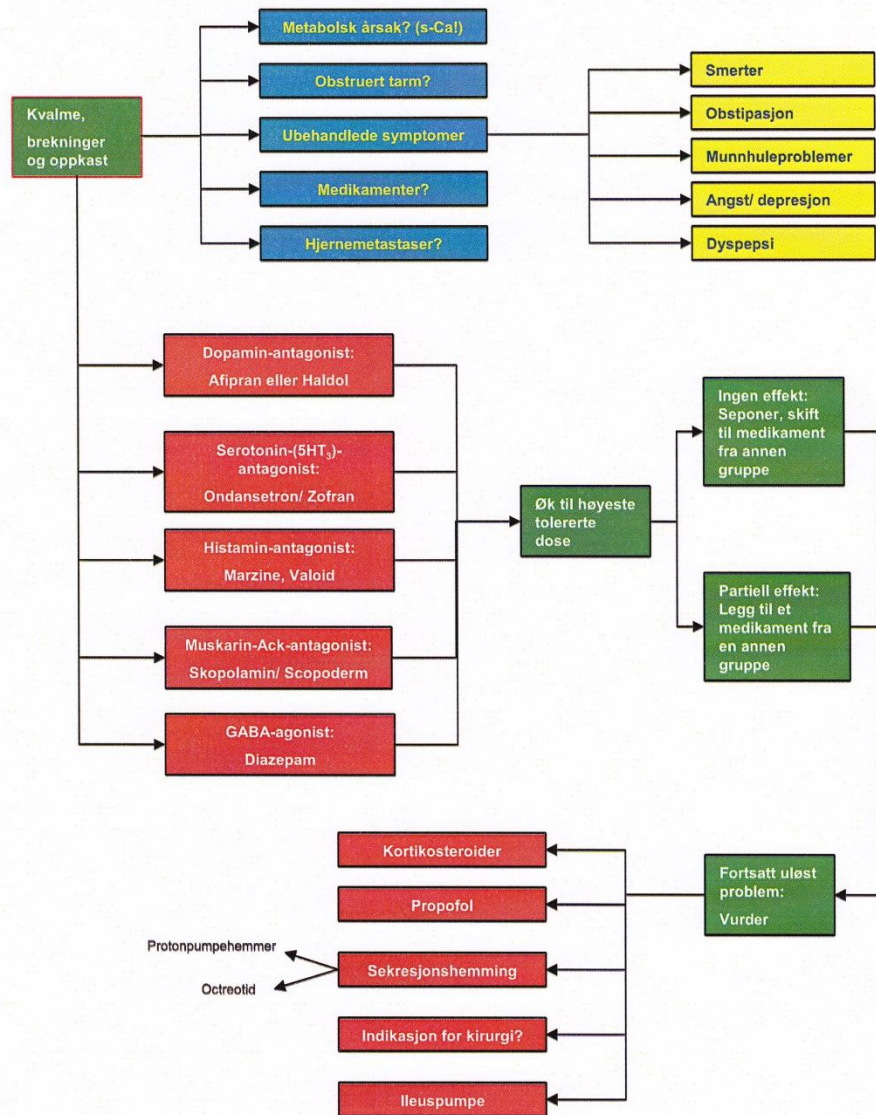
Indikasjon	Medikament	Dosering	Maksimal døgndose	Adm. måte
Smerte, dyspné	Morfin [®] (opioidanalgetikum)	2,5-5-10 mg eller 1/6 av tidligere døgndose (po:sc = 3:1) inntil x 1/time	avhengig av effekten (sjelden > 400 mg)	sc = subcutant
Angst, uro, panikk, muskelrykn., kramper	Midazolam [®] (benzodiazepin, sedativum)	1 mg til gamle/skrøpelige, ellers start med 2-2,5 mg inntil x 1/30 min (titrering)	avhengig av effekten (sjelden > 20 mg)	sc
Kvalme uro, agitasjon	Haldol [®] (haloperidol, lavdoseneuroleptikum)	0,5-1 mg x 3 (mot kvalme) 2 mg x 3 (mot uro/agitasjon)	10 mg	sc
Surkling i øvre luftveier, ileus, kolikk	Glycopyrrolate [®] (glykopyrrolat, antikolinergikum)	Startdose 0,4 mg Ved effekt etter 2 timer gis evt 0,2 mg x 4	1,8 mg (sjelden nødvendig)	sc

Obs: Både Midazolam[®] og Glycopyrrolate[®] (Glycopyrrolate[®] erstatter Robinul[®], samme virkestoff) brukes her utenfor godkjent indikasjonsområde.
Vedlagte behandlingsalgoritmer bygger på fylldig dokumentasjon over bruk og effekt av disse medikamentene hos døende.
Legen skal imidlertid være klar over sitt ansvar når medikamenter brukes utenfor godkjente indikasjoner.

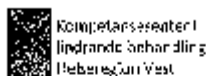
Alle 4 medikamenter kan blandes i en sprøyte til applikasjon i sc pumpe

Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest og
Sunniva senter for lindrende behandling, Haraldsplass Diagonale Sykehus
Revidert juni 2012; gyldig til juni 2013.
<http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/klb/Sider/medikamentskrin.aspx>

Flytskjema kvalmebehandling



Vedlegg 3



Pasientnr: _____

Liverpool Care Pathway (LCP)- for SYKEHJEM

En tiltaksplan for omsorg til døende og deres pårørende

Referansen:

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.

Hershenov JG, 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.sir.mcgill.ca/n3/lep.aspx og www.helse-bergen.no/palliasjon

Bruksveiledning:

1. Alle mål er skrevet med **utført** 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.

Hjelpersonell 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 faglige teamet er enige om at pasienten er døende. To av følgende kriterier vil vanligvis være oppfylt:**

Pasienten er sengeliggende Pasienten er i lange 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 sykehjemets vanlige retningslinjer.

Dato/Klokkeslett:

Avd.:

Legg:

Sykepleier:



Navn:

Avd:

Dato:

Del 1		Første vurdering (vurdering ved inklusjon)				
Diagnose og påvotningsforhålinger	Hoveddiagnose:		Bilidiagnoser:			
	Pasientnummer:		H H Men I K Kvinne Nøydokument:			
	Innlagt dato:					
Symptomer og funn	Kluser ikke å svelge	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	Vilker	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
	Kvelde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	Åpne	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
	Brekninger, oppkast	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	Ytterlatingshesvar, TV	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
	Øresmerter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	Knektisert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
	Førelst	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	Sirkling i luftveiene	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
	Urolig, agiter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	Lyspe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
	Rastlos	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	Svett	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
Andre tegn, tegn	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	Andre (felles svarer, kost)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	
Behandling ved første vurdering	Mål 1. Aktuelt medklusjon er vurdert og ikke-eksisterende medklusjon er vurdert					
	Mål 2. Behovsmessig peroral medklusjon er etablert til subkutane, og subkutane pumpes er satt i gang, hvis beredningsmessig. Utredningsmessig medklusjon er etablert					
	Mål 3. Behovsmessig peroral medklusjon er etablert og sikret opp til følgende symptomer etter avslutning av prosedyren:					
	Smerter	-	ansettillende	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	
	Urolig, agitasjon	-	beredende	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	
	Sirkling i luftveiene	-	aggressivitet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	
	Kvalme og hrekringer	-	kvillegillende	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	
	Lyspe	-	ansettillende/ansettillende	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	
	Mål 4. Ubehagssmessige tilfelle vurderes					
	Blodprover	<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		
Tevneste	<input type="checkbox"/>	ikke aktuelt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei		
Sumalkortat resultat er ikke aktuelt (3-)						
Desinfisering av implantatet ved bruk av (ICD)						
Kontroll av pasientens helse						
Hevvia til lokal, regional, statlig og nasjonal						
Gj. av. Informasjonsplogyre til pasient/pasienter						
Lagone underskrift:		Dato:				
Mål 3a. Det er tatt en avgjørelse om å avslutte ikke-behandlingsmessige pleieforhålinger			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei		
Skal et eller flere av reglene for å sru pasienter, eller gjøre det bare ved behov, vurdere beredningsmessighet, vurdere helsen, skal en fortsette med å ta BT, puls og temp, osv.						
Mål 3b. Smertepumpe er satt i gang innen 4 timer etter at den ble forordnet av legen			<input type="checkbox"/> ikke aktuelt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	
Sykepleierens underskrift:		Dato:		Klokkeslett:		



Navn:

Avd.:

Dato:

Del 1		Første vurdering – <i>fortsettelse</i>	
Læringsforståelse	Mål 4 Evne til å kommunisere på norsk er vurdert som adekvat hos pasienten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei hos de pårørende (familie eller andre) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
	Mål 5 Innsikt i pasientens tilstand er vurdert: Pasienten er klar over diagnosen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei De pårørende er klar over diagnosen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Pasienten er klar over at handling er diagnose <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei De pårørende er klar over at pasienten er døende <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
Åndelig innlegg	Mål 6 Religiøse/åndelige behov er vurdert hos pasienten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei hos de pårørende <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Pasienten eller de pårørende som 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 livstyn er kjent <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Hvis ja, hvilken retning? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Gitt tilbud om kontakt med prest/annen kompetent person		
	Navn: tlf: dato:		
Kommunikasjon med de pårørende	Kommentarer (spesielle behov nå, i forbindelse med dødsfallet, etter dødsfallet):		
	Mål 7 Det er avtalt hvordan pårørende skal informeres ved forandring i pasientens tilstand: - åpent utsjått på døgnst <input type="checkbox"/> - lukket/tilgjenglig <input type="checkbox"/> - pårørende overvakt på sykehjernet <input type="checkbox"/> Når neste pårørende: tlf: Relasjon til pasienten: By: Relasjon til pasienten: tlf:		
Kommunikasjon med primærhelsetjenesten	Mål 8 Pårørende er gitt informasjon om sykehjernet Spesiell informasjon om parkering, frokost, bus og rullestol, overnatting og annen praktisk informasjon <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
	Mål 9 Pasientens fastlege er klar over pasientens tilstand i hjemmesykepleies er informert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
Sammenheng	Mål 10 Plan for videre behandling og pleie er forklart for og drøftet med pasienten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei de pårørende <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. Tilbakemelding kan drøftes hvis dette vurderes som hensiktsmessig.		
<p><i>Utvær du har svart "nei" på et av delmålene, kan du utøype svar på slike ved</i></p> <p>Utskrift: Stilling: Dato:</p>			



Navn:

Avd:

Dato:

Del 2	Fortløpende vurderinger: Er målet oppnådd?					
Fortløpende vurderinger	Kryss "ja" hvis oppnådd; eller "nei" hvis ikke oppnådd. Hvis svaret er nei, beskriv hva og resultat på neste steg.					
Delmål	04:00	08:00	12:00	16:00	20:00	24:00
Smorter Mål: Pasienten er smertefri - Pasienten sier det (detsom) var best (is det) - Pas er smertefri ved bevegelse - Pas virker rodfull - Vurder behov for lei forandring	u ja u nei	u ja u nei	u ja u nei	u ja u nei	u ja u nei	u ja u nei
Uro/forvirring Mål: Pasienten er rolig og avslappet - Pasienten fremvir ikke tegn på delirium, desorientasjon eller rastløshet ("plukker") - Utslukke orienteringssjans som ønsket - Vurder behov for lei forandring	r ja r nei	r ja r nei	r ja r nei	r ja r nei	r ja r nei	r ja r nei
Surkling i luftveiene Mål: Pasienten er ikke plaget med utallig surkling - Modifisert skal gis et smert symptom oppsett - Vurder behov for lei forandring - Symptomer er drøftet med de påvirende	r ja r nei	r ja r nei	r ja r nei	r ja r nei	r ja r nei	r ja r nei
Kvalme og oppkast Mål: Pasienten er ikke kvalm og kaster ikke opp - Pasienten sier det (detsom) var best (is det)	u ja u nei	u ja u nei	u ja u nei	u ja u nei	u ja u nei	u ja u nei
Dyspne (tung pust) Mål: Pasienten er ikke plaget av tung pust - Pasienten sier det (detsom) var best (is det) - Vurder behov for lei forandring	u ja u nei	u ja u nei	u ja u nei	u ja u nei	u ja u nei	u ja u nei
Andre symptomer (f.eks. udremer, diar) Behandlingsmedyter	r ja r nei	r ja r nei	r ja r nei	r ja r nei	r ja r nei	r ja r nei
Munnstell Mål: Munnem er fuktig og rosa - Se resultater i logg for munnstell - Munnem vurdert minst hver 4. time - Påvirende deltar i munnstell	r ja r nei	r ja r nei	r ja r nei	r ja r nei	r ja r nei	r ja r nei
Vannlatingssystem Mål: Pasienten er ubesværet - Legg inn kateter hvis relevant - Bruk kateter eller bladder hvis pasienten ikke klarer seg til urinbæger	r ja r nei	r ja r nei	r ja r nei	r ja r nei	r ja r nei	r ja r nei
Medikamenter Mål: Alle medikamenter er gitt korrekt i forhold til legens forordning - Samtidsplan for kontroll av medis hver 4. time Underskrift:	u ja u nei	u ja u nei	u ja u nei	u ja u nei	u ja u nei	u ja u nei
<i>Bevokst av sykepleier for hvert steg</i>						



Navn:

Avd.:

Dato:

Del 2	Fortløpende vurderinger -- <i>fortsettelse</i> Er målet oppnådd?		
	<i>Svare "ja" (full oppnådd) eller "nei" (fullt ikke oppnådd) Hvis svaret er nei, beskrives tilbak og resultat av etas sats.</i>		
Delmål		08:00	20:00
Liggstilling/ trykkområder	Mål: Pasienten ligger godt i trygge omgivelser Klinisk vurdering av: Hald, v., trykksår, behov for teicfeandlag, spredningsmess, personlig hygiene, acagebad, stiel av sener	<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 fødel, læring og opplær Mål: De pårørende er forberedt på at døden er nær forstående og ut målet er fred og forsoning innfor døden - Vurder for beven hos de pårørende, inkludert barn og ungdom og de som ikke var til stede ved første vurdering - Forviss dere om ut de forstå at pasienten er døende og hvilke tilst som blir gjort for å lindre - Tilby støtte fra sykeplejenspersone eller annen ko-stakpersone	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Åndelig omsorg	Mål: Behovet for åndelig omsorg er ivarettatt - Pasienter eller de pårørende har vært engasjerte for seg selv eller andre - Støtte fra sykeplejenspersone kan være til hjelp - Vurder spesielle behov i forbindelse til familens 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 ivarettatt - Vurder pårørendes behov for bistand eller sosial støtte - Forviss dere om ut de er kjent med sykeplejens rolle i situasjonen og tilsted	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<p style="text-align: center;">Dag: Kveld: Natt:</p> <p>Underskrift av sykepleier:</p>			
<p><i>Tryk et nytt ark for hvert dagn</i></p> <p>Utevillende kontinuitetere (om forepet (fra alle yrkesgrupper):</p> <div style="border: 1px solid black; height: 200px; width: 100%;"></div>			



Namn:

Ård:

Dato:

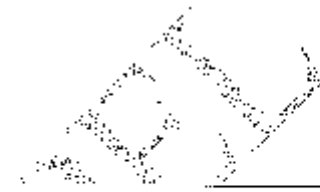
Del 3	Ved dødsfallet
--------------	-----------------------

Dato: Klokkeslett: Klokkeslett startet av lege:

Hvem var til stede:

Rapport:

Underskrift:



Delmål etter dødsfallet			
<i>Hvis svaret er nei, beskrives tilfoll og resultat på tilfate side</i>			
Mål 12	Korllegen er informert om dødsfallet Ta kontak. med arbeidsgiver hvis dødsfallet skjermte seg i arbeidstiden Ljensås sykkepleier er informert om dødsfallet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
Mål 13	Avdelingens prosedyrer ved mors og væl stoll av døde er fulgt (spesielle religiøse/etniske behov ivaretaet)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
Mål 14	Avdelingens prosedyrer etter dødsfall er fulgt Sjekk følgende punkter: - syning av liket - fersing av gje. prøver/klær og/eller karkassene - obduksjon - registrering i dødsfallet/dødsattest fjernet - fersing av liket og epokrate diltet - gjeldet kontakt til evt. andre offisielle instanser	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
Mål 15	De pårørende er gitt informasjon om rutiner ved dødsfall Brøsjyre med praktisk informasjon ved dødsfall er gitt til de pårørende	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
Mål 16	Sykehusets prosedyrer vedr. pasientens gjerdigheter og eiendeler er fulgt - Eiendeler og gjerdigheter er signert for av identifisert person - Gjerdigheter er pakket for sikker emballering - Verdipapere er registrert og lagret på et trygt sted	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
Mål 17	Nødvendig informasjon er gitt til rette vedkommende - Liktet "Når er av vår nærmeste far" er utført	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
Mål 18	Skriflig informasjon til etterlatte er gitt til de pårørende Informasjon: stede om, søg og aktuell oppfølging i kollektivt arbeid (Følgeløstempas)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
	Underskrift:	Dato:	



Navn:

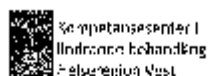
Avd:

Når målet ikke er oppnådd:

Analyse av problem, tiltak og resultat:

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

Vedlegg 4



Pasientdata

Liverpool Care Pathway (LCP)- for SYKEHUS

En tiltaksplan for omsorg til døende og deres pårørende

Referansen:

The National Council for Palliative Care (2006) *Changing Care: 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 kreftomsorg (rev. utgave 2010). Oslo: Helseinstituttet.

Nettsider: www.ssi-norge.no/iklep.aspx og www.helse-bergen.no/palliasjon

Bruksveiledning:

1. Alle mål er skrevet med **uthevet skrift**. Tiltak, som er et 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 faglige 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 medikamentbrukning og -utlevering følger sykehusets vanlige retningslinjer.

Dato/Kjølkeskat:

Avd:

Legg:

Sykepleier:



Navn:

Avdel:

Dato:

Del 1 Diagnose og personopplysninger	Første vurdering (vurdering ved inklusjon)						
	Hoveddiagnose:		Diagnoser:				
	Personnummer:		H Man / Kvinne Nasjonalet:				
	Inngitt dato:						
Symptomer og funn	Kliner ikke å svelge	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	Vekta	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	
	Kvalme	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	Øvelst	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	
	Brøklinger, opprett	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	Veroleitings- og, UVI	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	
	Oppstøt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	Kateketer	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	
	Tørstret	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	Sukkle, luffe, løpe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	
	Urolig, agtert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	Dyspne	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	
	Rustlos	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	Smerter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	
	Anspen, angstelig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	Arteri (EKG, anem, blod)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	
	Delutt ved første vurdering	Mål 1 Altruell medikasjon er vurdert og ikke-essensielle medikamenter separert				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
		Hensiktsmessig peroral medikasjon er erstatet til sublingual og sublingual pånepe utstill gang livs Læringsmessig					
Uteriskirurgisk medikasjon er oppdrett							
Mål 2 Tehnismertensjon til subkutan injeksjon er vurdert og er for følgende symptomer etter utførelse av prosedyrer:							
Smerter - smertelindende		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei				
Uro, agitasjon - beroligende		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei				
Svimmelhet i l. l.veier - antiemetisk		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei				
Kvalme og brøklinger - kvalmestillende		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei				
Dyspne - lungemedisinasjon/steroidbehandling		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei				
Mål 3 Uteriskirurgisk tiltak seponeres							
Blodprøver	<input type="checkbox"/> ikke aktuelt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei				
Aokkoloika	<input type="checkbox"/> ikke aktuelt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei				
lyvakske	<input type="checkbox"/> ikke aktuelt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei				
Føretreff for resultat, ikke er aktuelt (N -)				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei		
Denkrivering av komplisert defibrillatort (ICD)				<input type="checkbox"/> ikke aktuelt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	
Kunnskap pasientens karndog							
Forsvik til lokale retningslinjer og prosedyrer							
Gitt av sammenhengsbasert til pasient/pårørende							
Legens underskrift:		Dato:					
Mål 4 Det er tatt en avgjørelse om å avslutte ikke- hensiktsmessige pleertiltak				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei		
Skal en ha et regime for å om pasienter, eller gjøre det bare ved behov. vurdere antidesinfeksjonsmiddel, vurdere smitt, skal en forsøtte med å re-RT, puls og temp, osv							
Mål 5 Smerter er vurdert og er i gang, enten 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:		Kloddetegn:			



Navn:

Ald:

Dato:

Del 1		Første vurdering -- fortsettelse	
Utsiktsforståelse	Mål 4 Erus til å kommunisere på norsk er vurdert som adekvant		
	hos pasienten	<input type="checkbox"/> komms	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	hos de pårørende (familie eller andre)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Mål 5 Følelser i pasientens tilstand er vurdert		
	Pasienten er klar over diagnosen	<input type="checkbox"/> kennes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
De pårørende er klar over diagnosen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
Pasienten er klar over et hus/inn er deende	<input type="checkbox"/> ke notes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
De pårørende er klar over et pasienten er deende		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
Andelig omsorg	Mål 6 Religiøse/åndelige behov er vurdert		
	hos pasienten	<input type="checkbox"/> komms	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	hos de pårørende		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Pasienten eller de pårørende kan være opptatte for seg selv eller andre.		
	Vurder spesielle behov i forhold til familiens kulturelle bakgrunn.		
	Vurder støtte fra prest eller annen åndelig veileder.		
	Evs. trosretning eller livssyn er kjent	<input type="checkbox"/> ikke akkurat	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Livs ja. livsbeholdelse		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Gi tilbud om kontakt med prest/læreren kontaktperson		
	Navn: til: dato:		
Kommentarer (spesielle behov, til i forbindelse med dødsbrevet, eller død/siddet):			
Kommunikasjon med de pårørende	Mål 7 Det er sagt i forbindelse pårørende skal informeres ved forandring i pasientens tilstand		
	- annen tilspørsmål på spørsmål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	- ikke oppfølgt	<input type="checkbox"/>	
	- påminnelse overringer på sykkelsett	<input type="checkbox"/>	
Nærmeste pårørende:			
Refleksjon til pasienten:			
Refleksjon til pårørende:			
Refleksjon til pasienten:			
Mål 8 Pårørende er gitt informasjon om sykdomset			
Skriftlig informasjon om pakkeleg, testet, utst og delte, overnattig og annen praktisk informasjon			
Kommunikasjon med primærhelseteiet	Mål 9 Pasientens fastlege er klar over pasientens tilstand	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
	Utenomsykepleier er informert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
	Mål 10 Plan for videre behandling og pleie er forklart for og drøftet med pasienten	<input type="checkbox"/> komms	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Sammenheng	de pårørende	<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 et pasienten er deende. De pårørende har fått støtte fra med sine ønsker og bekymringer og disse er dokumentert.			
Behandlingsplanen har drøftet hvis dette vurderes som hensiktsmessig.			
Hvis du har svart "nei" på et av spørsmålene, bør du følge svaret på dette vedt			
Underskrevet:	Stilling:	Dato:



Navn:

Avdel:

Dato:

Del 2	Førløpende vurderinger for målet oppnådd?					
Førløpende vurderinger	Krever "ja" (mål oppnådd) eller "nei" (mål ikke oppnådd). Hvis svaret er nei, beskrives ditt og resultat på neste side					
Delmål	04:00	08:00	12:00	16:00	20:00	24:00
Smerte Mål: Pasienten er smertefri - Pasienten sier det tolereres ved behovet - Pas. er smertefri ved behovet - Pas. viser tilfreds - Vurder behov for leielse	<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 fremstår ikke bekymret eller redd - Pasienten, da det angår eller er redd ("blubb") - Uro/forvirring er utrykkelig - Vurder behov for leielse	<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
Svimmelhet i luftveiene Mål: Pasienten er ikke plaget med uttalte svelg - Medisiner skal gi et stort symptom og - Vurder behov for leielse - Symptom er uttrykt med de påstandene	<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 trøstet ikke opp - Pasienten sier det tolereres ved behovet	<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
Dyspnø (tung pust) Mål: Pasienten er ikke plaget av tung pust - Pasienten sier det tolereres ved behovet - Vurder behov for leielse	<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 ubehag, 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
Behandlingsresultater						
Munnstell Mål: Munden er fuktig og ren - Se rengjøringsplan for munnstell - Munden vurderes minst hver 4. time - Pågående deler 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
Vannlatingsbeviser Mål: Pasienten er uttrykt - Legg inn beviser hvis uttrykt - Hvis knøper eller bløt 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 foreskrift - Smertebeviser 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>Denk på nytt ark for hver dag</i>						



Navn:

Avdel:

Dato:

Del 3	Ved dødsfallet
--------------	-----------------------

Oslo:

Klokkereff:

Klokkereff attestert av lege:

Hvem var til stede:

Rapport:

Underskrift:

Delmål etter dødsfallet	
<i>Hvis svaret er nei, beskrives tiltak og resultat på neste side</i>	
Mål 12	<p>Enstlegen er informert om dødsfallet</p> <p>En kontakt med avdelingen hvis dødsfall, sjøer utestående i dødsfallet</p> <p>Hjerneseksjonen er informert om dødsfallet</p>
Mål 13	<p>Avdelingens prosedyrer ved mirering ved still av døde er fulgt</p> <p>(spesielle religiøse/kulturelle behov vurdert)</p>
Mål 14	<p>Avdelingens prosedyrer etter dødsfall er fulgt</p> <p>Sjekk følgende punkter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - syking av Elat - frysing av ev. preparater eller LCD pgn kreasjon - obduksjon - registrering av dødsfall/dødsattest fylt ut - jomstede i tvilling og episkop, diltet - beskjer formidlet til ev. støtteorganisasjoner
Mål 15	<p>De pårørende er gitt informasjon om rutiner ved dødsfall</p> <p>Besjere med pårørende informasjon ved dødsfall er gitt til de pårørende</p>
Mål 16	<p>Sykhusets prosedyrer vedt. pasientens verdipaker og etendeler er fulgt</p> <p>Etendeler og verdipaker er sjekket for eventuelle feil</p> <p>Gjenstander er sjekket for senere avkastning</p> <p>Verdipakene er registrert og lagret på et trygt sted</p>
Mål 17	<p>Nødvendig informasjon er gitt til rette vedkommende</p> <p>Hjelp til "De som står mest i smerte" er tilgjengelig</p>
Mål 18	<p>Skriflig informasjon til etterlate er gitt til de pårørende</p> <p>Løberegistrering om sarg og annen oppfølging i lokalhelsestiltak ut (Nitterlitenappe?)</p>
Underskrift:	Dato:



Navn:

Avdel:

Når målet ikke er oppnådd:

Analyse av problem, tiltak og resultat:

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

