



Lillian Lillemoen, førsteamanuensis, Høgskolen i Østfold, avdeling for helse- og sosialfag.



Ragnhild Ulseth Velund, høgskolelektor, Høgskolen i Østfold, avdeling for helse- og sosialfag.



Elisabeth Østensvik, FoU-leder, Glemmen sykehjem, Utviklingssenter for sykehjem i Østfold.



# Tiltaksplan for døende pasienter på sykehjem skjerpet de ansattes forhold til hva som er god praksis.

Innføring av en tiltaksplan for døende pasienter på sykehjem skjerpet de ansattes forhold til hva som er god praksis.

Denne artikkelen beskriver vi et samarbeidsprosjekt mellom Høgskolen i Østfold og seks sykehjem, fra fem kommuner i fylket. Hensikten med artikkelen er å formidle erfaringer fra prosjektet «Implementering av Liverpool Care Pathway (LCP)». LCP er en tiltaksplan for døende pasienter og deres pårørende. Prosjektet ble finansiert av samarbeidsmidler og praksismidler fra Høgskolen i Østfold, og gjennomført i perioden 2008–2009.

## Bakgrunn

Omsorg for den døende og nærmeste pårørende på sykehjem har vært i fokus de siste årene både blant helsepersonell og hos helsemyndighetene. I Omsorgsplan 2015 er omsorg ved livets slutt og lindrende behandling utenfor sykehus et av satsingsområdene (1). Likeledes anbefales det i Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (2) at alle sykehjem skal beherske grunnleggende palliasjon.

LCP er laget etter retningslinjer fra Marie Curie Palliativ Care Institute i Liverpool og er utarbeidet på bakgrunn av Ellershaw og Wards kunnskapsbaserte retningslinjer: Care of the dying patient: the last hours or days of life (3). Tiltaksplanen er anbefalt av National Institute for Clinical Excellence (NICE) Supportive and Palliative Care Strategy (4).

LCP er i utstrakt bruk i Storbritannia både på sykehus, sykehjem og hjemmebaserte tjenester. I tillegg er 18 andre land registrert som brukere av tiltaksplanen (5).

Hensikten med prosjektet er å:

- › styrke kvaliteten på pleie og omsorgstjenesten til døende pasienter og deres pårørende
  - › styrke praksisperiodene i sykehjem for bachelorstudenter i sykepleie og vernepleie med fokus på brukerorientert tverrprofesjonelt samarbeid, lindrende behandling og omsorg
- Selve innholdet i tiltaksplanen LCP er presentert i tabell 1.

## Oppstart

Prosjektets målsetting var faglig kompetanseutvikling i relasjon til døende pasienter og deres pårørende. I tillegg var vi opptatt av at høyskolens studenter både fra bachelor- og postbachelor nivå skulle bli kjent med LCP som et redskap for kvalitetssikring av omsorgen ved livets slutt.

Vårt første møte i prosjektgruppen fant sted i september 2008. Sammensetningen i prosjektgruppen sikret deltakelse fra partene, kompetanse i lindrende omsorg, pedagogikk og prosjektledelse. Sykehjemsrepresentanter fikk i oppgave å være ressurspersoner på sine respektive sykehjem med en sentral rolle i implementeringen

[www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

### Søkeord:

- › Eldreomsorg
- › Sykehjem
- › Død
- › Palliasjon
- › Pårørende



# lan for sienter



**MOT SLUTTEN:** Ved å bruke tiltaksplan i palliativ behandling på sykehjem ble de ansatte mer oppmerksomme på pasientenes åndelige og eksistensielle behov i livets siste fase. Foto: Scanpix.

av tiltaksplanen. Som representanter fra Glemmen sykehjem, det nytnevnte undervisningssykehjemmet i Østfold, ble vi valgt til ledere av prosjektet.

## Tiltak

En av de første aktivitetene i prosjektet var en studietur for deler av prosjektgruppen til Løvåsen undervisningssykehjem og Sunniva klinikk i Bergen. Besøket ga oss anledning til å bli bedre kjent med innholdet i tiltaksplanen og til å se hvordan den ble benyttet. Noe av det vi lærte var: 1) opplæring av ansatte må gis høy prioritet, 2) informasjonsmateriell må finnes lett tilgjengelig i avdelingene, 3) oppfølging i bruk av tiltaksplanen er nødvendig, 4) og godt samarbeid med sykehjemmets lege er en forutsetning for bruk av LCP.

## Ressurspersoner

Selv om hvert sykehjem allerede var representert i prosjektgruppen gjennom sine ressurspersoner, så vi i tillegg behov for ressurspersoner

på hver avdeling for å styrke implementeringen av LCP ytterligere. På grunn av vaktordning valgte vi å skolere to ressurspersoner fra hver avdeling.

Disse ble valgt ut på bakgrunn av følgende kriterier:

- › En som er til stede i avdelingen og motivert for prosjektet
- › En alle kan henvende seg til for råd og hjelp
- › En person med faglig interesse og kompetanse innen palliasjon
- › En person med spesielt ansvar for oppfølging av LCP

For at ressurspersonene skulle fyller sin funksjon fikk de opplæring og veiledning. Innføring av nye prosedyrer vil alltid innebære en viss skepsis og motvilje hos enkelte. For å sikre at personalet på de ulike avdelingene hadde tilgang til nødvendig informasjon om LCP ble det laget en informasjonsperm. I tillegg til informasjon inneholdt permen behandlingsstrategier for smerter, kvalme, obstipasjon og dyspnoe. Innholdet i permen utviklet seg underveis i prosjektet og ble tilpasset lokale forhold og behov.

Styrking av ressurspersonenes motivasjon og kunnskap var sentralt for å ivareta undervisnings- og veiledningsfunksjonen overfor det øvrige personalet. I tillegg til to halve undervisningsdager, ble det

## *Personalet opplever å ha blitt mer samkjørte.*

gjennomført regelmessige nettverkssamlinger. Ved siden av undervisnings- og nettverkssamlinger fikk ressurspersonene tilbud om individuell veiledning fra en erfaren veileder med kompetanse innen lindrende behandling og omsorg.

## Opplæring av ansatte

Ressurspersonene fikk ansvaret for opplæringen av de ansatte på sine respektive sykehjem. Prosjektmedlemmene hadde også en betydelig rolle i opplæringen, ikke minst når det gjaldt motivasjonsarbeidet. Opplæringen av de ansatte var ikke et systematisk tiltak, men ble overlatt til det enkelte tjenestestedet.

Mot slutten av prosjektperioden ble det arrangert en fagdag for alle ansatte, som en del av opplæringstilbudet. Fokuset på fagdagen var tredelt: 1) Lindrende behandling og omsorg, 2) Når er pasienten døende? og 3) Erfaringer med bruk av LCP. I tillegg til ansatte, ledere og leger ved de berørte sykehjemmene ble også studenter og andre interesserte invitert.

## Samarbeid med sykehjemslegene

Bruk av LCP innebærer at helsepersonell må ha et bevisst forhold til når pasienten er terminal og tiltaksplanen skal iverksettes. Dette er en vurdering man må gjøre sammen med lege. Planen tilstreber en åpen samtale mellom alle parter; lege, sykepleier, pasient og pårørende, om døden som nær forestående. Undersøkelser viser at sykepleiere beskriver denne samtalen som viktig, men utfordrende, og at det er viktig for gjennomførbarheten at man samarbeider med lege (7). Det er særlig viktig at også sykehjemslegene støtter og deltar i bruken av tiltaksplanen. Dette temaet ble tidlig diskutert i prosjektgruppens arbeid.

Prosjektmedlemmene fikk i oppdrag å involvere sine respektive sykehjemsleger slik at:

- › LCP ble godkjent som dokumentasjonssystem
- › prosedyrer for behandlingsstrategier/algoritmer ved smerter, forvirring/uro, surkling i luftveiene, kvalme og oppkast og dyspnoe ble utarbeidet



### Informasjon til pasienter og pårørende

Det ble også utarbeidet en informasjonsfolder om LCP for å sikre god informasjon til pasienter og pårørende. Denne formidler på en enkel og oversiktlig måte hva tiltaksplanen går ut på og hvordan den har til hensikt å ivareta pasientens behov i den terminale fasen av livet. I tillegg til at informasjonsfolderen finnes i stativ med annet informasjonsmaterieell, blir den delt ut til pårørende ved de avdelingene som har tatt i bruk tiltaksplanen.

### Evaluering

Etter at prosjektperioden er avsluttet har vi mottatt mange positive tilbakemeldinger fra prosjektmedlemmer og ressurspersoner som har deltatt. Personalet opplever å ha blitt mer samkjørte og beskriver en større trygghet i møte med døende pasienter og deres pårørende. Samarbeidet med sykehjemslegene har lyktes i varierende grad. Noen avdelinger har erfart samarbeidet med sykehjemslegen som en utfordring, mens andre har hatt en tett dialog og et godt samarbeid. Mens noen sykehjem hadde fast ansatt sykehjemslege

## *Bruk av LCP synes å være en fin inngangsport for samtale med pasient og pårørende.*

i 100 prosent stilling, hadde andre sykehjem pasientenes fastleger, legevaktleger eller leger i små stillingsprosenter å forholde seg til. De som imidlertid lyktes med samarbeidet med sykehjemslegen vurderte dette som positivt.

### Positive erfaringer

På en av avdelingene ble LCP benyttet til 13 av totalt 15 personer som døde. Selv om dette tallet ikke er representativt og noen av avdelingene som deltok har et svakt grunnlag for vurdering av tiltaket, viser evalueringen at tiltaksplanen er et meget godt hjelpemiddel for å sikre god praksis. I tillegg til å skjerpe de ansattes oppmerksomhet på hva som er god praksis for den døende og hans pårørende, har innføringen bidratt til å tydeliggjøre hvor det er behov for ekstra innsats. Særlig blir pasientenes åndelige og eksistensielle behov, tiltak og dokumentasjon av dette, påpekt. Innføring av LCP synes også å gi ringvirkninger i form av kollegial støtte og opplevelsen av å dra i samme retning.

Allerede på nettverkssamlingen to måneder etter at LCP var tatt i bruk hadde ressurspersonene mange positive erfaringer å dele med hverandre. Erfaringene hadde de dokumentert ved hjelp av ukentlige logger. Ressurspersonene opplevde at bruk av tiltaksplanen sikrer god observasjon og symptomkontroll i terminalfasen. På den ene siden vurderte de at planen sikret kontinuitet i den lindrende behandling og omsorg samt en systematisk dokumentasjon. På den andre siden ble manglende elektronisk utgave sett på som en utfordring.

### Systematisk opplæring

Bruk av LCP synes å være en fin inngangsport for samtale med pasient og pårørende. Ressurspersonene rapporterer at man i større grad enn tidligere setter av tid til samtaler med pasient og pårørende. Flere ressurspersoner understreker at planen skjerper kvaliteten på lindrende behandling og omsorg. Døende pasienter og deres pårørende får større oppmerksomhet når de følges opp ved hjelp av planen og man har erfart større trygghet både hos pasient og pårørende.

På enkelte avdelinger tok det litt tid før LCP-planen ble tatt i bruk. Forklaringene var at ressurspersonene ikke hadde vært til stede.

Erfaringene fra prosjektet er det å lykkes avhenger sterkt av at ressurspersonene er til stede, både for igangsetting av tiltaksplanen, men også for veiledning i bruken av den.

Ingen av ressurspersonene benyttet seg av tilbudet om veiledning i løpet av prosjektperioden. Mulige årsaker kan være at de selv måtte gjøre en henvendelse for at veiledningen skulle utløses. Det kan hende de vurderte eventuelle problemer som for små til å be om veiledning. Noen utsetter det også fordi de opplever det som tidkrevende, eller finner løsninger gjennom samtaler med andre i kollegiet. Dette viser at dersom veiledning for ressurspersoner er et viktig tiltak bør også det tiltaket settes i system og ikke overlates til den enkelte. Selv om evalueringen av prosjektet viser mange positive resultater ser vi i ettertid at det ville vært en styrke dersom opplæringen av de ansatte hadde vært systematisk og ikke overlatt til ressurspersonenes alene. En strategisk tilrettelegging og systematisk opplæring ville, i tillegg til å sikre en tilnærmet lik opplæring, dempet noe av belastningen ressurspersonene opplevde.

### Standardisert skjema

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 individuell tilrettelagt omsorg. Vi er enige i at et standardisert skjema ikke alene sikrer god praksis. God praksis handler ikke bare om hva, men også av hvordan omsorgen utøves. Omsorgsutøverens faglige og mellommenneskelige kvalifikasjoner vil, etter vår vurdering, alltid være av avgjørende betydning. LCP er med på å bistå omsorgsutøveren i hva det er som inngår i god praksis for den døende pasient og hans eller hennes pårørende – hvordan omsorgen kommer til uttrykk i den konkrete relasjon, vil fortsatt avhenge av partene i relasjonen og omsorgsutøverens fortrolighetskunnskap.

### Oppsummering

Vi kan konkludere med at samarbeide mellom de fem kommunale sykehjemmene, undervisningssykehjemmet og høyskolen har vært et lærerikt, fagutviklende og spennende prosjekt. Den viktigste suksessfaktoren har vært engasjerte prosjektmedlemmer på de respektive sykehjemmene. Uten deres støtte, veiledning og undervisning, primært til ressurspersonene, men også ansatte generelt, ville prosjektet neppe blitt vurdert så positivt. For prosjektmedlemmene har jevnlig møter i prosjektgruppen hvor man har delt erfaringer og hjulpet hverandre med å håndtere stedlige utfordringer vært viktig.

Selv om samarbeidsprosjektets målsettinger i stor grad er innfridd og prosjektet i sin helhet vurdert som positivt, ser vi områder med potensialer for bedring. Noe overraskende var det at ansatte uttrykte behov for at det ble opprettet grupper der man fokuserte på refleksjon over praksis og de faglig-etiske utfordringer omsorg for døende pasienter og deres pårørende innebærer. Dette er et signal om at det er behov for: 1) kollegiale møteplasser hvor faglig-etisk refleksjon er fokus, 2) at tiltak som krever tid og rom til ettertanke må være et systemtiltak.

Hva som ville bidratt til å styrke samarbeidet med sykehjemslegene er vi imidlertid fortsatt usikre på. Vi mener likevel å se tendenser i retning av et styrket samarbeid om fag- og kvalitetsutvikling med sykehjemsleger tilsatt i faste, hele stillinger.

Parallelt med vårt prosjekt har det vært arbeidet med en offisiell nasjonal oversettelse av Liverpool Care Pathway. Kompetansesenter i lindrende behandling i Helse Vest ved Grethe Skorpen Iversen, som har vært sentral i dette arbeidet, kan kontaktes for den offisielle norske utgaven av LCP. Vårt prosjekt viser et behov for å sikre at tiltaksplanen også finnes i elektronisk versjon slik at den kan bygges inn i et ordinært dokumentasjonssystem som benyttes. ■■■

## Liverpool Care Pathway (LCP)

LPC er en tiltaksplan som skal forbedre omsorg til døende pasienter og deres pårørende gjennom systematisk kartlegging av pasientens fysiske, psykiske og åndelige behov og samtidig ivareta de pårørendes behov. Tiltaksplanen består av tre deler/seksjoner med mål og delmål som skal oppnås.

TABELL 1

<b>Kriterier for å ta i bruk LCP er følgende:</b>	<b>1) Alle mulige reversible årsaker til pasientens tilstand er vurdert.</b> <b>2) Det tverrprofesjonelle teamet (minimum lege og sykepleier) er enige i at pasienten er døende, og minst to av følgende observasjoner er gjort:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ pasienten er sengeliggende</li><li>▪ pasienten er i lengre perioder ikke kontaktbar</li><li>▪ pasienten klarer bare å drikke en liten slurk</li><li>▪ pasienten kan ikke lenger svelge tabletter</li></ul>
<b>Seksjon 1:</b> Første vurdering (ved inklusjon)	Aktuell medikasjon er vurdert og ikke-essensielle medikamenter seponert. Eventuell subkutan medikasjon for følgende symptomer er skrevet opp etter avdelingens prosedyrer: smerter, forvirring/uro, surkling i luftveiene, kvalme og oppkast og dyspnoe. I tillegg vurderes pasientens fysiske tilstand (symptomer og funn), innsikt i egen situasjon og evne til å kommunisere på norsk, åndelig omsorg og kommunikasjon med pårørende. Ved inklusjon vurderes også om «uhensiktsmessige tiltak» (for eksempel blodprøver/antibiotika) skal seponeres.
<b>Seksjon 2:</b> Fortløpende vurderinger	Pasienten skal vurderes hver fjerde time og det skal dokumenteres om delmål er nådd på følgende områder: smerter, uro/forvirring, surkling i luftveiene, kvalme og oppkast, tungpusthet, munnstell, vannlatingsbesvær, medikasjon, liggstilling, tarmfunksjon, forståelse/innsikt, åndelig omsorg, ivaretagelse av pårørende.
<b>Seksjon 3:</b> Ved dødsfallet	<b>Inneholder følgende «sjekkpunkter»:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Fastlegen er informert om dødsfallet</li><li>2. Avdelingens prosedyrer ved mors og ved stell av døde er fulgt</li><li>3. Avdelingens prosedyrer etter dødsfall er fulgt</li><li>4. Pårørende er gitt informasjon om avdelingens prosedyrer</li><li>5. Avdelingens prosedyrer vedr. pasientens verdisaker og eiendeler er fulgt</li><li>6. Offisiell informasjon er gitt til rette vedkommende</li><li>7. Skriftlig informasjon for etterlatte er gitt til pårørende</li></ol> <p>Hvis delmålene ikke nås, skal det fortløpende dokumenteres hvorfor målene ikke er nådd og hvilke tiltak som er iverksatt for å nå målene. På denne måten bidrar LCP til kvalitetssikring av dokumentasjon, gir målbar resultater, gode prosedyrer og har fokus på tverrfaglig arbeid. Samtidig kan LCP være et instrument for å måle kvalitet, fordi det gis mulighet til å vise til målbar resultater, som indikerer høy kvalitet i palliasjon og mulighet til å identifisere områder hvor det er rom for forbedring og mulighet til å vise endring.</p>

### LITTERATUR

1. Helse- og omsorgsdepartementet (2006). St.meld. 25 (2006-2007) Mestring, muligheter og mening. Framtidens omsorgsutfordringer. Omsorgsplan 2015. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
2. Sosial- og helsedirektoratet (2007). Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen IS 1529 Nasjonale faglige retningslinjer. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
3. Ellershaw J, Ward C. (2003). Care of the dying patient: the last hours or days of life. *British Medical Journal* 2003; 326: 30 – 34.
4. National Institute for Clinical Excellence (NICE 2005) Supportive and Palliative Care Strategy. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/csgsmanual.pdf> (lesedato: 10.04.2010)
5. <http://www.mariecurie.org.uk/forhealthcareprofessionals/liverpoolcarepathway> (lesedato: 10.04.2010)
6. Helsedirektoratet (2009). Nasjonal veileder for beslutningsprosesser for begrensningsprosesser for livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende IS 1691. Nasjonal veileder. Oslo: Helsedirektoratet.
7. Watson J, Hockley J, Dewar B. Barriers to implementing an integrated care pathway for last days of life in nursing homes. *International Journal of Palliative Nursing* 2006; 12 (5): 234 – 240.

# TAKK til fagfeller!

Sykepleien Forskning vil gjerne takke alle som har bidratt til tidsskriftet i 2010. Spesielt gjelder dette fagfellene som vurderer og kvalitetssikrer alle de vitenskapelige artiklene:

Randi Andenæs, Ådel Bergland, Karen Bjørø, Ellen Blix, Lisbeth Borge, Marit Borg, Stig Brusset, Michael deVibe, Knut Dybvik, Anne Dørum, Rigmor Einang, Hilde Eide, Terje Engan, Janne Fossum, Brynjar Fure, Tove Aminda Hansen, Solveig Hauge, Kristin Halvorsen, Ragnhild Hellesø, Kristin Heggen, Sevald Høye, Mette H Ingeberg, Rita Jakobsen, Venke Johansen, Mary Kalfoss, Bengt Karlsson, Hege Kersten, Hege Kornør, Ragnfrid Kogstad, Øivind Kirkevold, Svein-Tore Kristiansen, Kari Kvigne, Nina Margrethe Kynø, Lillebeth Larun, Irene Lie, Geir Lorem, Borghild Løyland, Lars Mathisen, Lillian Marstein, Anne Moen, Hilde Tindholt Myrhaug, Kari Nordin, Tone Norekvål, Arne Johan Norheim, Per Nortvedt, Dagfinn Nåden, Kjell Sverre Pettersen, Irene Randen, Jan Roseninge, Tone Rustøen, Inger Schou, Ingeborg Strømseng Sjetne, Marit Skaug, Liv Wergeland Sørebye, Sven Olle Mårten Søderhamn, Ulrika Søderhamn, Trine Deichman Sørensen, Solfrid Vatne, Astrid Klopstad Wahl, Heidi Zangi, Siri Ytnehus.

Vi vil også takke vår statistiker Guri Feten for innsatsen.

sykepleien forskning



Anners Lerdal  
redaktør



Liv Merete Reinart  
ass. redaktør