



# Fordypningsoppgave

**VAK706 Avansert klinisk sykepleie**

**Prosjektplan for innføring av palliativ plan på sykehjem/Program for introducing advance care planning in a palliative perspective in nursing homes.**

Melina Hulsker

Totalt antall sider inkludert forsiden: 56

Molde, 16.05.18



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Signe Gunn Julnes

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

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

Dato: 15.05.18

## **Livet**

Livet – Det er minna du eig om det som var.

Solrenningane.

Dagane som gav deg motet attende.

Nettene du helst vil gløyme.

Livet – Det er her og no, ei gåve du fekk.

Augneblinken.

Sola som varmar andletet ditt.

Regnet du ikkje kan stanse.

Livet – Det er vona om det som skal kome.

Draumane.

Dei du gøymer som verdfulle perler.

Dei som ingen får trakke på.

(Skrevet av Annbjørg Helland Sævareid)

Takk til Helene Bø som alltid støtter og har tro på meg.

Takk til min veileder Signe Gunn Julnes for god og kyndig hjelp underveis i prosessen.

**Antall ord: 4498**

## **Sammendrag**

I den vestlige verden er det et økende antall mennesker som dør av alvorlige, kroniske tilstander og nær halvparten av befolkningen i Norge dør på sykehjem. Det er et økende fokus på palliativ omsorg i primærhelsetjenesten og ifølge stortingsmelding 26 (2014-2015) blir det pekt på at det er behov for en tidligere involvering i det palliative forløpet. Gjennom Helse Møre og Romsdals Handlingsplan 2016-2018 er det bestemt at Palliativ plan skal innføres ved Vestnes sykehjem. Jeg har fått tillatelse fra driftsleder til å skrive en prosjektplan for innføring av forhåndssamtaler og palliativ plan på sykehjemmet.

Hensikten med oppgaven er å implementere rutiner for forhåndssamtaler og få utarbeidet en palliativ plan på et tidlig tidspunkt for å sikre trygghet og forutsigbarhet for pasient, pårørende og helsepersonell.

Prosjektplanen skal etterhvert legges frem for ledelse, sykepleiere og tilsynsleger.

Gjennom undervisning til personale og ved bruk av veiledere om forhåndssamtaler og palliativ plan, er målet at alle nye beboere på sykehjemmet skal ha en palliativ plan. God informasjon til pasient og pårørende er nødvendig for at de skal se nytteverdien og skal kunne forberede seg til de vanskelige temaene som diskuteres i forhåndssamtalene.

Gjennom jevnlig sykepleiemøter og evaluering må man justere og tilpasse fremgangsmåten for implementeringen etter behov.

Nøkkelord: forhåndssamtaler, palliativ plan, advance care planning, prosjektplan, organisasjonsendring.

## **Abstract**

In the western world there is an increasing number of people who die from severe chronic conditions and nearly half of the population in Norway die in nursing homes. There is an increasing focus on palliative care in primary care and, according to Stortingsmeld. 26 (2014-2015), it is pointed out that there is a need for prior involvement in the palliative process. Through Helse Møre og Romsdals Handlingsplan, 2016-2018, it is decided that Palliative plan is to be introduced at Vestnes Nursing Home. I have been granted permission from the operator to write a project plan for the introduction of advance care planning and palliative plan at the nursing home. The purpose of the assignment is to implement routines for advance care planning and to prepare a palliative plan at an early stage to ensure the safety and predictability of patients, relatives and health personnel in a palliative phase.

The project plan must be submitted to management, nurses and supervisors. Through the teaching of staff and the use of supervisors on advance care planning and palliative plan, the aim is that all new residents in the nursing home should have a palliative plan. Good information to patients and relatives is necessary to see the usefulness and to be able to prepare for the difficult topics discussed in the conversations. Through regular nursing meetings and evaluation, you must adjust and adapt the implementation process as needed.

Keywords: forhåndssamtaler, palliativ plan, advance care planning, prosjektplan, organisasjonsendring.

## Innhold

<b>1.0</b>	<b>Introduksjon .....</b>	<b>1</b>
1.1	Hensikten med oppgaven .....	3
<b>2.0</b>	<b>Tidligere forskning .....</b>	<b>4</b>
2.1	Søkestrategi .....	4
2.1.1	Tidligere erfaringer ved bruk av ACP/forhåndssamtaler .....	5
<b>3.0</b>	<b>Teoretisk perspektiv .....</b>	<b>8</b>
3.1	Autonomi .....	8
3.2	Organisasjonsendring .....	8
<b>4.0</b>	<b>Valg av metode .....</b>	<b>10</b>
4.1	Forbedringsmodell.....	11
4.2	Gjennomføring av prosjektet .....	12
	Fase 1 – Forberede .....	12
	Fase 2 – Planlegge.....	12
	Fase 3 – Utføre .....	14
	Fase 4 – Evaluere .....	14
	Fase 5 – Følge opp .....	14
4.3	Etiske overveielser og nødvendige tillatelser .....	14
4.4	Fremdriftsplan .....	15
<b>5.0</b>	<b>Konklusjon og relevans .....</b>	<b>15</b>
<b>6.0</b>	<b>Referanseliste.....</b>	<b>16</b>

Vedlegg 1 – Veileder for forhåndssamtaler

Vedlegg 2 – Veileder for palliativ plan

Vedlegg 3 – Søkehistorikk

Vedlegg 4 – Oversiktstabell over vurderte og inkluderte artikler

Vedlegg 5 – Tillatelse fra driftsleder.

Vedlegg 6 – Epost Trygve Sævareid

## 1.0 Introduksjon

Denne prosjektplanen skal bidra til å innføre forhåndssamtaler og palliativ plan ved Vestnes sykehjem for å kvalitetssikre tiltak for pasienter med uhelbredelig sykdom. Mine erfaringer er at vi ikke lykkes i å være tidlig nok ute for å avklare den palliative pasientens ønsker og preferanser. Dette fører til at pasient, pårørende og helsepersonell kan havne i vanskelige situasjoner som kunne vært unngått om den palliative planen var satt i system på et tidlig tidspunkt.

I den vestlige verden er det et økende antall som dør av alvorlige, kroniske tilstander og i Norge dør nær halvparten av befolkningen på sykehjem. Dette gjør at det er en økende interesse for palliativ omsorg og behandling i primærhelsetjenesten siste årene (Flo et al. 2016). Verdens helseorganisasjon (World Health Organization 2016) skriver at man gjennom palliativ omsorg ønsker å forbedre livskvaliteten for pasienten og deres familie som møter utfordringer knyttet til uhelbredelig sykdom. God palliativ omsorg forebygger og letter lidelser gjennom tidlig identifikasjon, riktige vurderinger, behandling av smerter. Palliativ omsorg skal ivareta, ikke bare de fysiske, men psykologiske, sosiale og åndelige helseproblemer der verdighet og livskvalitet er i fokus. I 2014 kom det første globale vedtaket om palliativ omsorg hvor WHO og dens medlemsstater oppfordrer til å forbedre tilgangen til palliativ omsorg som en sentral del av helsevesenet, med hovedvekt på primærhelsetjenesten. Palliativ omsorg er at man gjennom tverrfaglig tilnærming, etiske prinsipper og advance care planning (ACP) tilstreber å identifisere pasientens ønsker og mål for omsorgen i slutten av livet (World Health Organization 2016). Dessverre viser studier at hensyn knyttet til palliativ omsorg for eldre pasienter med fokus på autonomi, juridiske rettigheter, individuelle behov og ønsker er neglisjert eller sjelden tatt hensyn til (Thoresen et al. 2016).

Når pasientens ønsker og behov ikke er avklart kommer helsepersonell stadig opp i større eller mindre medisinske, etiske og juridiske utfordringer. Ut i fra egne erfaringer opptrer spørsmål om HLR-status, antibiotikabehandling, væskebehandling og sykehusinnleggelse hyppigst. Uavklarte beslutninger angående palliativ behandling og HLR-status kan oppleves stressende og føre til utrygghet i sykepleiernes arbeidshverdag (Sævareid & Balandin 2011). I slike situasjoner er ofte pasientens ønsker og behov uavdekt, som igjen



fører til vanskelige medisinske og etiske problemstillinger, unødvendige sykehusinnleggelses eller konflikt med pårørende. Regelverket har forrang foran andre hensyn, og kunnskap om regelverket er en forutsetning for å håndtere dilemmaene. Andre forutsetninger er erfaring, fagkompetanse, kommunikasjonsferdigheter og evne til å oppnå tillit og samtykke (Helsedirektoratet 2018). Helsepersonell bør få belyst sakene ved å innhente all relevant informasjon og etterspørre aktuelle verdier, hensyn og argumenter fra partene. Man bør drøfte dilemmaet blant kollegaer, men også invitere inn pasient og pårørende for å få belyst alle perspektiver av saken. Dette kan forebygge konflikter ved at alle blir hørt og man kommer frem til en løsning sammen (Helsedirektoratet 2018).

Ifølge primærhelsemeldingen (St.meld.nr.26, 2014-2015) blir det pekt på at det i dag blir gitt palliative tilbud først ved slutten av livet, og at det er behov for tidligere involvering i det palliative forløpet. Det er nedtegnet i Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3 § 3-1 at pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester (Lovdata 1999). Pasienter som bor på sykehjem må, i en tidlig fase, få anledning til å snakke om sin livssituasjon. Slike samtaler legger grunnlag for gode beslutninger ved akutt sykdom når beslutningskompetanse kan mangle (Helsedirektoratet 2013).

I 2015 ble det opprettet et samarbeid om innføring av Palliativ plan i Møre og Romsdal med formål om en felles forståelse om hva en palliativ plan er og hvordan denne kan brukes for å øke kvalitet og samhandling til pasientens beste. Samhandlingsreformen har ført til at ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunene og helseforetaket er endret, og flere oppgaver overføres til kommunene. Dette fører til at primærhelsetjenesten får større ansvar for pasienter i palliativ fase (Helse Møre og Romsdal 2016). Det er vedtatt gjennom Helse Møre og Romsdal's Handlingsplan (2016 – 2018) at palliativ plan skal innføres i alle 36 kommunene i Møre og Romsdal. I den forbindelse ble jeg forespurt av driftsleder på arbeidsplassen min om å være med å innføre Palliativ plan ved Vestnes sykehjem. Sykehjemmet består av to langtidsavdelinger og en korttidsavdeling med 43 plasser. Det er pr i dag ingen rutiner på verken innkomstsamtaler eller forhåndssamtaler for tidlig involvering i et palliativt forløp.

En palliativ plan er et verktøy hvor man gjennom samtaler mellom fastlege/tilsynslege, sykepleier, pasient og pårørende, utarbeider en plan for palliative tiltak for pasienter med uhelbredelig sykdom. På denne måten samles viktige føringer og man kan dermed

forhindre unødvendige misforståelser. Målet er å være i forkant av ulike utfordringer, bidra til levetid og få frem det pasienten syns er viktig (Helse Møre og Romsdal 2016). En palliativ plan vil være viktig når en pasient flyttes mellom institusjoner, for eksempel ved sykehusinnleggelse. Da vil den palliative planen følge pasienten der han er, slik at helsepersonell vil være klar over pasientens ønsker og føringer for sykdomsforløpet.

Sentrale begreper gjennom oppgaven er advance care planning (ACP), forhåndssamtaler og palliativ plan. Jeg forstår det slik at ACP og forhåndssamtaler går ut på det samme. Forhåndssamtaler blir definert som «en samtale der pasient og/eller pårørende sammen med ansatte prøver å få frem pasientens ønsker for fremtidig behandling, pleie og omsorg hvis helsetilstanden forverres» (Gjerberg et al. 2017). Forhåndssamtaler vil man kunne ha hos alle pasienter på sykehjem, mens en palliativ plan er rettet mot pasienter med uhelbredelig sykdom. I endringsarbeidet ønsker jeg å bruke forhåndssamtaler som et ledd i utarbeidelsen av en palliativ plan.

## **1.1 Hensikten med oppgaven**

Hensikten med oppgaven er å implementere rutiner for forhåndssamtaler og få utarbeidet en palliativ plan på et tidlig tidspunkt for å sikre trygghet og forutsigbarhet for pasient, pårørende og helsepersonell.

## 2.0 Tidligere forskning

Jeg har gjennom noen av Høgskolens databaser, Ovid medline og Cinahl, søkt meg frem til ulike forskningsartikler som er relevante for oppgaven. Med relevant menes artikler som omhandler ACP, forhåndssamtaler og palliativ plan hos eldre med alvorlig, uhelbredelig sykdom på sykehjem.

### 2.1 Søkestrategi

Som vist i vedlegg 3 har jeg brukt følgende søkeord i Ovid medline; Palliative care/terminal care/end of life, Advance care planning/nursing home/care planning, Communication, Care home/Home care services.

I Cinahl ble følgende søkeord brukt; Palliative care/end of life/terminal care/dying, Advance care planning/end of life planning/advance directives, Care homes/residential care/nursing homes, Nurs/nurse/nursing/nurses. Avansert søk ble benyttet og jeg begrenset søket til å gjelde fra 2011 og oppover, med språkene engelsk, norsk, dansk og svensk. Det ble brukt boolske operatører som OR og AND mellom ordene. Det ble brukt OR mellom ordene som er tilnærmet synonyme, og AND for å avgrense søkene slik at de inneholdt alle ordene jeg hadde valgt. Jeg har benyttet sjekklister fra Helsebiblioteket.no som utgangspunkt for å vurdere kvaliteten på artiklene.

Artiklene omhandlet i stor grad palliativ omsorg til pasienter med demens eller studier som ble utført i forskjellige asiatiske land. Jeg valgte å ekskludere en del av artiklene som omhandlet kun demens da jeg ønsket å nå bredere ut. Studier fra Asia er ikke nødvendigvis overførbare til vestlige land og de ble derfor ekskludert. Jeg har inkludert fire artikler fra de to søkeprosessene.

Jeg har dessuten opprettet kontakt med Trygve Sævareid som jobber ved Senter for medisinsk etikk og har vært med på å utarbeide en veileder for forhåndssamtaler.

Prosjektet Sævareid har vært en del av, har implementert og evaluert bruk av veilederen i flere sykehjem. Funnene er ikke publisert enda, men Sævareid har pr e-post kommet med flere råd når det kommer til implementering av forhåndssamtaler. Han har også sendt meg to norske artikler som omhandler forhåndssamtaler som jeg har valgt å inkludere i oppgaven. Jeg har også foretatt et manuelt søk og funnet en artikkel som omhandler sykepleieres erfaringer når HLR-status ikke er tatt stilling til.

### **2.1.1 Tidligere erfaringer ved bruk av ACP/forhåndssamtaler.**

Forskning tyder på at det er behov for systematisk tilnærming ved hjelp av verktøy eller strategier når det kommer til ACP. Det opereres med ulike verktøy innen palliativ omsorg verden over, men det kan se ut til at hensikten med disse er de samme. Selv om pasienten selvklart er i fokus, påvirker forhåndsplanlegging også pårørende og personell i aller høyeste grad.

En forutsetning for at utarbeidelse av en palliativ plan skal skje best mulig er at personale er godt informert om verktøyene og tilnæringsmåtene som skal brukes. Den mest brukte strategien for å implementere ACP er undervisning til personale som innebærer informasjon og praktisk trening. Sykepleiere er den største gruppen for trening og undervisning av ACP, men leger bør også få dette. Det viser seg at pasientene synes det er vanskelig å ta avgjørelser uten leger som kan forklare sitt medisinske syn på prognoser og alternativer (Hall et al. 2011, Flo et al. 2016). Trygve Sævareid viser til sine erfaringer (vedlegg 6) gjennom arbeidet med å implementere forhåndssamtaler i ulike sykehjem. Han forteller at det er en forutsetning å informere og undervise øvrige ansatte slik at de kan kjenne eierskap til forhåndssamtaler. Det blir sårbart dersom det kun er fagsykepleieren som skal drive med samtalene. Det er ikke dermed sagt at alle ansatte bør være med på samtalene da mange kan kjenne på usikkerhet og har et sterkt ønske om å slippe. Han sier videre at øvelse gjør mester og det kan være nyttig med rollespill. De som føler seg usikre bør delta på første samtale som observatør.

Når personale er fortrolige med verktøyene og hvordan de skal gå frem viser det at personale føler seg tryggere i samtaler som omhandler vanskelige temaer, som blant annet HLR-status og behandling ved forverrelser. Selv om mange føler ubehag om å ta opp disse temaene, erfarer flere sykepleiere en forbedret kommunikasjon mellom de ulike partene, økt selvtillit/trygghet, økt bevissthet rundt den palliative pasienten samt forbedret evne til å identifisere, respektere og gjennomføre pasientens ønsker (Hall et al. 2011, Lum og Sudore 2016, Flo et al. 2016).

Helsepersonell kan oppleve utfordringer med å kommunisere med pårørende fordi pårørende kan kjenne på ubehag ved spørsmål om beslutninger knyttet til sykdomsrelaterte utfordringer og død (Flo et al. 2016, Lum og Sudore 2016, Bollig, Gjengedal og Rosland 2015). Det kan være nyttig å sørge for informasjon og undervisning til pårørende angående den naturlige sykdomsutviklingen, for eksempel ved demens, samtidig som

innholdet og målet med palliativ plan blir lagt frem. Det viser seg at pårørende er lettet over å få slik informasjon og gjør dem mer rustet til å planlegge fremover (Flo et al. 2016). Helsepersonell bør ta initiativ til en palliativ plan tidlig, men også ta hensyn til timing og fremtreden. I forhold til pasienter med demens ser man at det ofte er for seint å starte en palliativ plan når pasientene først har kommet til sykehjemmet. Planen bør inn tidligere når pasienten har kapasitet til å gi uttrykk for ønsker og ta avgjørelser (Flo et al. 2016). Man ser at pasienter har begrenset kunnskap om hva ACP/palliativ plan er, har vanskeligheter med å forstå konsekvensene tilknyttet for eksempel livsforlengende behandling eller har utfordringer med å gi uttrykk for ønsker relatert til behandling ved akutte forverrelser (Lum og Sudore 2016, Thoresen og Lillemoen 2016). Pasienten må gi tillatelse til at en palliativ plan opprettes og det er hensiktsmessig at både pasient og pårørende er informert i forkant om hvilke temaer som er sentrale i forhåndssamtalene. Pasientene får da mulighet til å diskutere med sine pårørende og er bedre forberedt når forhåndssamtalene tar til (Thoresen, Ahlzen og Solbrække 2016, Thoresen og Lillemoen 2016).

Pasienter kan oppleve at personale ikke har tid til å sette seg for å snakke om disse temaene (Bollig, Gjengedal og Rosland 2015) eller frykter å forstyrre legen ved å ønske å diskutere palliativ plan (Lum og Sudore 2016). Det viser seg at mange har ønsker for palliativ omsorg ved livets slutfase, men at de fleste verken har fått snakket med pårørende eller personell om det (Bollig, Gjengedal og Rosland 2015). For de som har hatt forhåndssamtaler har det ført til følelse av kontroll over å håndtere egen situasjon, ro i sinnet, redusert byrde/konflikt blant pårørende og bedre livskvalitet (Lum og Sudore 2016, Flo et al. 2016).

Pårørende kan være motvillige til og frykter å snakke om palliativ omsorg og behandlingsbeslutninger med pasienten selv. Derfor vet mange pårørende ikke pasientens ønsker når beslutninger skal tas. Selv om mange pasienter stoler på sine pårørende når det kommer til beslutninger angående behandling viser det seg at pårørende føler seg usikre på pasientens ønsker. De føler det som en byrde å skulle være med på å ta beslutninger uten å vite hva pasienten selv hadde ønsket (Bollig, Gjengedal og Rosland 2015). På den andre siden oppleves en lettelse om man har samtalt om dette i forkant. Det kan føre til en forsikring om at pasientens ønsker blir ivaretatt. Andre støtter opp om at

forhåndsplanlegging viser til redusert stress, angst og depresjon hos gjenlevende familiemedlemmer (Lum og Sudore 2016, Bollig, Gjengedal og Rosland 2015).

Det er variasjoner i studiene om hvor formelt forhåndssamtaler og dokumentasjon skal være. Noen betraktet ACP for å få utarbeidet et direktiv, mens andre fokuserte på «den gode samtalen» for å bli sett, hørt og forberedt til det uunngåelige (Flo et al. 2016). Det legges vekt på viktigheten av at planen ikke er et «engangs-dokument», men et grunnlag for pågående diskusjoner hvor pasientens preferanser og verdier kan endre seg etter hvert som tilstanden endres (Lum og Sudore 2016). Dette krever ressurser og det vises til utfordringer knyttet til det økte papirarbeidet og mangel på tid, penger, personale samt administrativ støtte (Hall et al. 2011, Lum og Sudore 2016, Flo et al. 2016, Bollig, Gjengedal og Rosland 2015). Man ser at aktiv bruk av forhåndssamtaler/palliativ plan fører til færre HLR ved livets slutt, redusert bruk av uønskede medisinske inngrep, lavere utrykningskostnader, færre innleggelses og dødsfall på sykehus (Flo et al. 2016, Lum og Sudore 2016).

## **3.0 Teoretisk perspektiv**

Jeg har valgt å sette fokus på autonomi-prinsippet da dette er sterkt gjeldende når en palliativ plan skal utarbeides. Pasientens egne preferanser er sentrale og god informasjon er nødvendig for at gode beslutninger skal tas.

Kunnskap om ulike faser man går igjennom ved organisasjonsendring er en forutsetning når endringsarbeidet tar til.

### **3.1 Autonomi**

Medisinsk etikk består av fire prinsipper; autonomi, ikke-skade, velgjørenhet og rettferdighet. Autonomi, medbestemmelse, kan dreie seg om rett til å bestemme behandlingsform eller rett til å nekte behandling. Autonomi som prinsipp kan handle om at pasientens ønsker og behov blir respektert når det kommer til medisinske eller sykepleiefaglige avgjørelser. For å kunne ta gode valg må pasienten få adekvat informasjon om hva behandlingen går ut på samt konsekvenser for behandling eller ikke. Informasjonen skal ikke farges av sykepleierens personlige mening. Dette er ikke alltid like lett da sykepleieren ofte vil ha erfaringer om sykdom, prognoser og innehar annen informasjon gjeldende den enkelte pasient (Slettebø 2007).

Autonomi kan også sees på som en egenskap der den enkeltes evne til å handle i tråd med egne planer og ønsker kan variere ut i fra den enkeltes medisinske tilstand. Det vil blant annet si at det kan være nødvendig å gå imot pasientens vilje for å fremme pasientens beste ut i fra legens eller sykepleierens synspunkt. En vesentlig faktor er om pasienten er kompetent til å ta valg. I en sykdomssituasjon kan mange være preget av angst og ubehag, depresjon, benekting, fortrenning og smerter. I slike situasjoner kan det være vanskelig å ta rasjonelle valg og se konsekvenser av dem. Om pasienten er inkompetent må det tas avgjørelser på vegne av vedkommende som er til dens eget beste. Dette skal gjøres med varsomhet og respekt, ofte i samarbeid med pårørende (Slettebø 2007).

### **3.2 Organisasjonsendring**

Grunnlaget for all organisasjonsendring er endring av enkeltpersoners atferd. Det trengs blant annet en målrettet tilnærming til endringsviljen man kan finne hos individer, grupper

og enheter i selve organisasjonen (Willumsen og Ødegård 2014). En teori for å bidra til å fremme ønsket eller planlagt endring er en trefasemodell for planmessig endring med tilhørende oppgaver i hver fase (Willumsen og Ødegård 2014):

- Mobilisering: Systemet blir forberedt på endring. Dette omfatter å skape forståelse for endringsbehovet, artikulere en visjon, mobilisere støtte og etablere et lederskap. I denne fasen blir gjeldende prinsipper og praksis i institusjonskulturen utfordret.
- Implementering: Det etableres oppslutning, ressurser skal tilføres og arbeidsansvar skal omfordes i organisasjonen. Forandringen blir gjennomført og nye initiativ og støtte til å opprettholde forandringene vil utvikle seg.
- Institusjonalisering: Systemet blir stabilisert i sin nye form. Dette medfører opprettholdelse og understøttelse av endringer ved å integrere dem i organisasjonens kultur og verdigrunnlag. En ny forståelse oppstår hos medarbeiderne.

Det kan oppstå behov for å bruke ulike virkemidler om personer, grupper og enheter i samme institusjon befinner seg i ulike forandringsfaser. For eksempel kan tre typer press føre til organisatorisk endring: press fra ansvarlige myndigheter, konformitetspress for å bli lik tilsvarende organisasjoner og normativt press knyttet til profesjonalisering, der verdier og standarder blir pålagt gjennom profesjonslisenser og sertifisering (Willumsen og Ødegård 2014).



## 4.0 Valg av metode

Vi har flere områder i helsetjenesten som har forbedringspotensiale – forbedringer for pasientens helse, pasientens opplevelse, for helsepersonellet og for samfunnet. Kommunal helse- og omsorgstjeneste er dessuten lovpålagt å jobbe med kvalitet. Dette står beskrevet i Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten der virksomheten er pliktig til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomhetens aktiviteter for å blant annet etterleve kravene om faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet (Lovdata 2017).

I følge Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helsetjenesten 2005-2015

(Helsedirektoratet 2005) må tjenestene kontinuerlig forbedres fordi:

- Samfunn, kunnskap, kompetanse og teknologi er i stadig endring og utvikling.
- Brukernes forventninger og krav til medvirkning endrer seg.
- Tjenestene ikke alltid virker etter hensikten.
- Tjenestene ikke er så trygge og sikre som de bør og kan.
- Tjenester kan være dårlig samordnet.
- Det er rom for forbedring når det gjelder ressurs utnyttelse og fordeling.

På mitt arbeidssted var det driftsleder som tok initiativ til at det skulle gjøres en endring på arbeidsplassen med bakgrunn i Handlingsplan 2016-2018 om Innføring av Palliativ plan i Møre og Romsdal. To av sykepleierne, inkludert meg selv, ble sendt på konferanse der vi ble informert om hva en palliativ plan er og hvor viktig det er for både pasient, pårørende og personale å innføre dette. På sykepleiemøte informerte jeg kort om palliativ plan og jeg opplevde at de andre sykepleierne var enig i at det var behov for dette. Sykepleierne på avdelingen har alle erfaringer med vanskelig, etiske dilemmaer angående behandling, pasientens ønsker eller uenigheter blant pårørende. Det er også enighet om at som et ledd i utarbeidelsen av palliativ plan må det innføres rutiner for inntak- og forhåndssamtaler.

Jeg har valgt å bruke to veiledere som utgangspunkt i utarbeidelsen av palliativ plan. Den ene er hentet fra Helse Møre og Romsdal (vedlegg 2) og er en oversiktlig plan over kontaktinformasjon, pasientføringer og medisinske/palliative tiltak. I vårt journalsystem, Cosdoc, er det lagt et eget punkt som heter Palliativ plan i tiltaksplanen. Her er alle punktene fra veilederen satt opp og det som kommer ut av samtalen dokumenteres der.

Sykepleieren har ansvar for å dokumentere og skrive ut dokumentet før det gis til pasient, pårørende og tilsynslege for godkjenning.

Den andre veilederen (vedlegg 1) er til hjelp når man skal holde selve forhåndssamtalen.

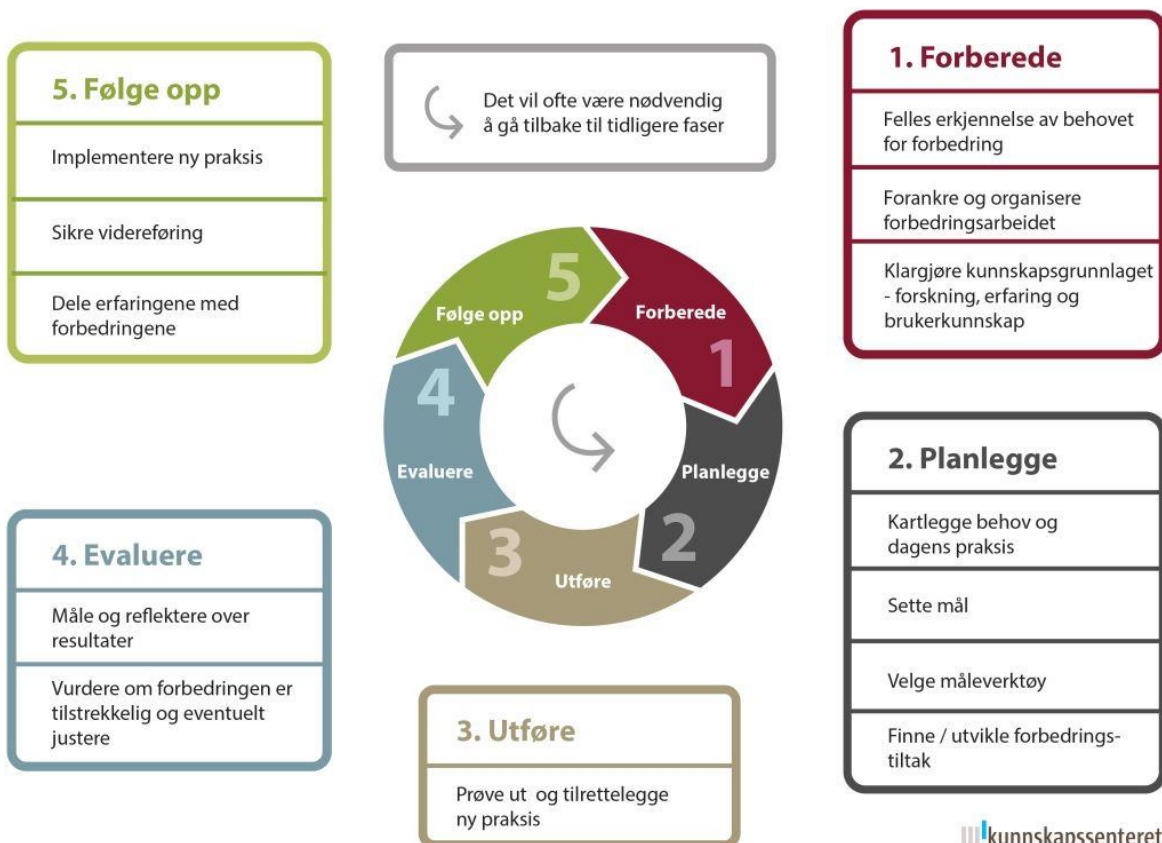
Denne gir anbefalinger for når og hvordan samtalene bør gjennomføres samt forslag til innledende og oppfølgingsspørsmål.

## 4.1 Forbedringsmodell

Jeg har valgt å bruke forbedringsmodellen utarbeidet av Kunnskapscenteret

(Folkehelseinstituttet 2015) som utgangspunkt i endringsarbeidet. Dette er en god og

oversiktlig modell som beskriver hvordan man kan oppnå forbedringer gjennom fem faser.



## 4.2 Gjennomføring av prosjektet

### Fase 1 – Forberede.

Det er en felles forståelse fra myndigheter, kommune, driftsleder og arbeidstakere at det er behov for å innføre palliativ plan. Dette er forankret i lover og forskrifter som tidligere nevnt. Det har blitt innhentet tidligere forskning på fordeler og utfordringer med å skulle innføre palliativ plan eller ACP som kan gjøre planleggingen av arbeidet lettere.

Ifølge forbedringsmodellen (Folkehelseinstituttet 2015) er det hensiktsmessig å opprette en egen arbeidsgruppe som «holder tråden» og er ansvarlig for forbedringsarbeidet. Denne kan gjerne bestå av de to sykepleierne som deltok på konferansen, og det er en fordel at disse er tilknyttet hver avdeling på sykehjemmet. Etter hvert kan det være nødvendig å hente inn andre yrkesgrupper og også pasient/pårørende for å hente innspill fra flere hold. Det bør settes av tid og ressurser slik at partene har mulighet til å møtes jevnlig for å sikre kontinuitet i arbeidet. En fastsatt møteplan bør lages med hyppigere møter i planleggingsprosessen.

### Fase 2 – Planlegge

Per dato har ingen av de 43 beboerne på sykehjemmet en palliativ plan. Det er ikke utført strukturerte forhåndssamtaler med pasient og pårørende, men informasjon som er knyttet til HLR-status, innleggelser på sykehus og antibiotika-behandling er hos noen fanget opp og dokumentert underveis. I første omgang er det viktig å få innført innsamlingssamtalene. Deretter, som et ledd i utarbeidelse av palliativ plan, inviteres pasient med pårørende til forhåndssamtale.

Det må holdes informasjonsmøte til alle ansatte om palliativ plan og hva det innebærer. Dette inkluderer sykepleiere, helsefagarbeidere, assistenter og tilsynsleger. I følge Trygve Sævareid er det at legen er motivert en viktig drivkraft for å gjennomføre prosjektet med å innføre forhåndssamtaler. Videre må det gis undervisning til sykepleiere og tilsynsleger om innsamlingssamtaler, forhåndssamtaler og utarbeidelse av palliativ plan med utgangspunkt i veilederne nevnt over.

Med hjelp fra Senter for medisinsk etikk sin veileder (2017) for forhåndssamtaler vil man kunne utføre disse systematisk. Veilederen anbefaler at man har en innsamlingssamtale 1-2 uker etter innkomst hvor fokus er medisinsk anamnese og gjensidig orientering om

praktiske forhold. Per i dag er det ingen maler for hvordan eller hva personalet skal innhente av opplysninger når en ny pasient/bruker flytter inn. Men det er opprettet en ressursgruppe i kommunen som er i gang med å utarbeide et verktøy/skjema for innkomst av nye brukere. Innkomstamtaler utføres av sykepleiere som er tilknyttet den aktuelle avdelingen.

Under innkomstamtalen skal sykepleieren informere om palliativ plan og hva det innebærer. Brosjyre om palliativ plan utleveres. Pasient og pårørende kan da få betenkningstid for å ta stilling til om dette er noe de ønsker eller ikke. De får også mulighet til å tenke over og forberede seg til spørsmål som mange opplever som vanskelige.

En forhåndssamtale gjennomføres innen 3 måneder etter innkomst, eller tidligere om pasienten har en betydelig redusert helsetilstand (Senter for medisinsk etikk 2017). Deltagere under samtalen bør være sykepleier som kjenner pasienten godt, tilsynslege, pasient og pårørende. Samtalen kan tas inne på pasientens rom eller annet egnet rom der man kan snakke uforstyrret. Det bør settes av 45-60 minutter og det bør avtales på forhånd hvem som skal lede samtalen (Senter for medisinsk etikk 2017).

Etter samtalen skal informasjon som kommer fram dokumenteres under eget punkt i tiltaksplanen i Cosdoc som omhandler palliativ plan. Dette gjør informasjonen lett tilgjengelig og alle ansatte bør gjøres oppmerksom på hvor man kan finne dette. Dette er spesielt viktig i akutte situasjoner. Om pasienten skulle bli innlagt eller overflyttet til andre institusjoner kan planen enkelt legges ved innleggelsesrapporten. Man må huske at palliativ plan er et levende verktøy og må oppdateres ved behov (Helse Møre og Romsdal 2016).

I samarbeid med kolleger og ledelse har vi kommet frem til at et realistisk mål er å utføre innkomst- og forhåndssamtaler samt opprette en palliativ plan på minst to beboere innen 2018. For å få inn alle ledd ved endringsarbeidet er det hensiktsmessig å starte med nyinnflyttede pasienter. Likevel er palliativ plan aktuell for flere av pasientene som allerede bor der og man bør etter hvert tilstrebe at disse også får utarbeidet planen.

### **Fase 3 – Utføre**

Det er ofte hensiktsmessig å utføre tiltakene i liten skala, for så å evaluere og gjøre justeringer til man er fornøyd. Når det er gjort kan forbedringene implementeres i større deler av organisasjonen (Helsedirektoratet 2005-2015). Det er en forutsetning at personale har fått god nok informasjon og undervisning i forkant. De må også ha satt seg godt inn i pasientens bakgrunn, anamnese o.l.

### **Fase 4 – Evaluere**

Slik jeg ser det er det nødvendig med evalueringsmøte med personale etter hver forhåndssamtale som er blitt gjort. Hvilke gode eller dårlige erfaringer ble gjort? Hva kan justeres for at det blir bedre? Det er også hensiktsmessig å få informasjon fra pasient og pårørende om hvordan de opplevde situasjonen. I følge forbedringsmodellen (Helsedirektoratet 2005-2015) må tilbakemeldingene synliggjøres og diskuteres både med ledelsen, pasienter og medarbeidere. Drøftingen kan skape engasjement og motivasjon, bidra til forankring og ikke minst til at forbedringene vedvarer over tid.

### **Fase 5 – Følge opp**

Om tiltakene man har satt i gang fungerer tilfredsstillende må forbedringene settes i organisasjonens system og bli en del av den daglige driften. Det kan være en fordel at arbeidsgruppen overvåker og sørger for at den nye praksisen fungerer optimalt. Forbedringsarbeidet kan også overføres til andre organisasjoner og det er en viktig oppgave i å føre forbedringsarbeidet videre (Helsedirektoratet 2005-2015).

## **4.3 Ethiske overveielser og nødvendige tillatelser**

Pasient- og brukerrettighetsloven (Lovdata 1999) sier at det er pasienten selv som bestemmer om de vil ha behandling eller ikke. Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, men for at et samtykke skal være gyldig må pasienten få den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Dette forutsetter at pasienten er samtykkekompetent. Pasienten kan derimot ikke instruere helsepersonell til å yte helsehjelp som er unødig kostbar eller er faglig uforsvarlig (Helsedirektoratet 2013).

Pasienten må derfor gi samtykke til at det opprettes en palliativ plan. Det er også viktig at pasienten og eventuelt pårørende får lest og godkjent den dokumenterte planen, slik at man sikrer at helsepersonellet har oppfattet pasientens ønsker og preferanser på riktig måte.

Pasienten må også gi samtykke til at pårørende er med på forhåndssamtalene, der informasjon om pasientens helsetilstand og helsehjelp blir diskutert (Lovdata 1999).

#### **4.4 Fremdriftsplan**

Uke 35 2018: Prosjektplan legges frem for ledelse ved driftsleder og avdelingssykepleiere.

Uke 37 2018: Første møte med arbeidsgruppe bestående av avdelingssykepleier og sykepleier. Planlegging av undervisning om forhåndssamtaler og palliativ plan til ansatte tar til. Behovet for flere representanter i arbeidsgruppen må vurderes.

Uke 39 og 41 2018: Planleggingsmøte av undervisning til ansatte.

Uke 43 2018: Undervisning og informasjon til ansatte om forhåndssamtaler og palliativ plan.

I løpet av 2018 er målet å ha gjennomført forhåndssamtaler og utarbeidet palliativ plan for to pasienter.

#### **5.0 Konklusjon og relevans**

En palliativ plan er først og fremst for å kvalitetssikre palliative tiltak for pasienter med uhelbredelig sykdom. Egne erfaringer og forskning viser at å ha en palliativ plan bidrar til at sykepleiere opplever en trygg og forutsigbar arbeidshverdag som reduserer stress. Dette kommer pasient og pårørende til gode med at de møter trygge helsepersonell som kan ivareta dem underveis i sykdomsforløpet og som har en plan dersom ulike utfordringer skulle oppstå. Undervisning og informasjon til helsepersonell er en forutsetning ved innføring av forhåndssamtaler og palliativ plan. Prosjektplanen er relevant og kan overføres til sykehus, andre sykehjem og hjemmebasert omsorg. Man ser at tidlig involvering i et palliativt forløp er nødvendig og med tiden kan det være viktig å få utarbeidet en palliativ plan allerede før pasienten flytter til sykehjem.

## 6.0 Referanseliste

Bollig, Georg, Eva Gjengedal og Jan Henrik Rosland. 2015. «They know! – Do they? A qualitative study of residents and relatives views on advance care planning, end-of-life care, and decision-making in nursing homes». *Sage, Palliative medicine*.

Flo, Elisabeth, Bettina S. Husebø, Pernille Bruusgaard, Elisabeth Gjerberg, Lisbeth Thoresen, Lillian Lillemoen og Reidar Pedersen. 2016. «A Review of the implementation and research strategies of advance care planning in nursing homes». *Biomed Central, BMC Geriatrics*.

Folkehelseinstituttet. 2015. «Modell for kvalitetsforbedring». Lest 20.04.18.  
<http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>

Gjerberg, Elisabeth, Lillian Lillemoen, Kristin Weaver, Reidar Pedersen og Reidsun Førde. 2017. «Forberedende samtaler i norske sykehjem». *Tidsskriftet, den norske legemiddelforening*.

Hall, Sue, Cassie Goddard, Frances Stewart og Irene J. Higginson. 2011. «Implementing a quality improvement programme in palliative care in care homes: a qualitative study». *Biomed Central, BMC Geriatrics*.

Helse Møre og Romsdal. 2016. *Innføring av Palliativ Plan i Helse Møre og Romsdal*. Lest 11.12.17. <https://helse-mr.no/documents/2%205%20-%20innføring%20av%20palliativ%20plan%20i%20møre%20og%20romsdal%20-%20handlingsplan.pdf>

Helsedirektoratet. 2005-2015. *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*. Lest 30.04.18.  
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/233/Og-bedre-skal->

[det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf](#)

Helsedirektoratet. 2013. *Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling*. Lest 13.02.17:

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandlingferanseliste>

Helsedirektoratet. 2018. *Pårørendeveileder*. Lest 05.04.18.

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/parorendeveileder/seksjon?Tittel=etiske-dilemmaer-i-mote-10270#handtere-dilemmaer-i-mote-med-parorende>

Lovdata, 1999. *Lov om pasient- og brukerrettighetsloven*.

[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_4](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_4)

Lovdata. 2017. *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene*. Lest 30.04.18.

<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

Lum, Hillary D. og Rebecca L. Sudore. 2016. «Advance care planning and goals of care communication in older adults with cardiovascular disease and multi-morbidity». *Clinics in geriatric medicine*.

Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo. 2017. *Veileder - Forhåndssamtaler; felles planlegging av tiden fremover og helsehjelp ved livets slutt for pasienter på sykehjem*. Lest 12.12.17.

<http://www.med.uio.no/helsam/forskning/prosjekter/forberedende-samtaler-i-sykehjem/acp-veileder271117.pdf>

Slettebø, Åshild. 2007. *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.



Sævareid, Trygve J. og Susan Balandin. 2011. «Nurses' perceptions of attempting cardiopulmonary resuscitation on oldest old patients». *Journal of advanced nursing*.

Thoresen, Lisbeth, Rolf Ahlzen og Kari Nyheim Solbrække. 2016. «Advance care planning in norwegian nursing homes – Who is it for?» *Journal of agings studies*.

Thoresen, Lisbeth og Lillian Lillemoen. 2016. «I just think that we should be informed. A qualitative study of family involvement in advance care planning in nursing homes». *Biomed Central, BMC Medical ethics*.

Willumsen, Elisabeth og Atle Ødegård. 2014. *Tverrprofesjonelt samarbeid – et samfunnsoppdrag*. Oslo: Universitetsforlaget.

World Health Organization. 2016. «Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers». Lest 16.04.18.

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250584/9789241565417-eng.pdf;jsessionid=3D09557E43C345663C8A77EA20148722?sequence=1>



UiO : Det medisinske fakultet



# Veileder

**Forberedende samtaler; felles planlegging av tiden fremover og helsehjelp ved livets slutt**

## **Planlagte forberedende samtaler**

En planlagt forberedende samtale innebærer at pasient og/eller pårørende inviteres til å snakke om pasientens nære fremtid, fremtidig helsehjelp og livets slutfase. Det inviteres til forberedende samtale etter at inkomstsamtale er gjennomført.

En forberedende samtale kan gi verdifull informasjon til ansatte, men samtalen er først og fremst en anledning for pasienten og pasientens pårørende til å fortelle hva de er opptatt av nå og fremover. Ved hjelp av noen konkrete spørsmål til pasient og/eller pårørende inviteres pasienten til å fortelle om hvordan det oppleves å bo på sykehjemmet og hva som er viktig for ham eller henne. Pasientens svar og ønsker skal dokumenteres og skal inngå som et grunnlag for beslutninger knyttet til behandling og omsorg i fremtiden og i livets slutfase.

Pasienter (og pårørende) er forskjellige, har ulik livshistorie, diagnoser, sykdomsutvikling- og erfaringer, derfor vil samtalen også bli forskjellige.

### **Samtykke**

Det er frivillig å delta i samtalen. Samtykkekompetente pasienter skal samtykke til at pårørende deltar i samtalen. Hvis pasienten ikke er samtykkekompetent skal som hovedregel samtalen gjennomføres med pårørende og pasient. Vårt utgangspunkt er at pasienter med kognitiv svikt kan og bør få anledning til å ytre ønsker om fremtiden og om behandling, og til å snakke med helsepersonell om dette. Samtalens innhold og omfang må samtidig tilpasses pasientens tilstand. Det gjelder også for pasienter med nedsatt hørsel og for eksempel afasi.

# Når bør planlagte samtaler gjennomføres

## Innkomstsamtale

Innkomstsamtale skjer vanligvis 1-2 uker etter innkomst. Fokus i disse er ofte medisinsk anamnese og gjensidig orientering om praktiske forhold. Mange sykehjem har rutiner og maler for hva som skal tas opp med pasienten ved innkomstsamtale. Avklare hvem som er nærmeste pårørende og om pårørende skal informeres? Bakgrunnsopplysninger? Innkomstsamtalen kan også være en forberedelse til den forberedende samtalen. Det innebærer at helsepersonell allerede her kan spørre pasienten om han/hun ønsker informasjon om egen helsetilstand, og ønsker å medvirke til beslutninger om medisinsk behandling.

## Forberedende samtale

Det er viktig at tidspunktet, «timing», for forberedende samtale vurderes. Vi anbefaler at samtalen gjennomføres innen 2 mnd. etter innkomst, eller tidligere hvis pasienten har betydelig redusert helse. Det er en fordel om pasient, pårørende og ansatte har blitt kjent med hverandre.

## Brukersamtale

1- 2 ganger årlig – her kan tema som har vært oppe i forberedende samtale tas opp på ny.





## **Hensikten med forberedende samtaler**

- fremme pasientens medvirkning og medbestemmelse
- fremme gjensidig trygghet og tillit mellom pasient og helsepersonell
- gi helsepersonell et grunnlag for beslutninger og gode prosesser videre





## **Hvem skal delta**

Pasient, eventuelt pårørende, pasientens primærkontakt blant de ansatte (sykepleier, hjelpepleier, pleieassistent) og lege.

# Forberedelse til forberedende samtaler

## Invitasjon

Skriftlig og muntlig invitasjon til pasient og/eller pårørende. Invitasjonen skal være tydelig på hensikt og innhold i samtalen, og hvem som skal delta.

## Tidsramme

Sett av 45 – 60 minutter til samtalen og opplys i invitasjonen om tidsrammen.

## Valg av rom

Samtalen bør gjennomføres på pasientens rom eller annet egnet rom. En bør unngå vaktrom eller andre tilsvarende hvor det ofte er stor trafikk, slik at en er skjermet fra andre. Servering av kaffe eller lignende kan skape trivsel og alminneliggjøring.

## Lede samtale

Det bør avtales på forhånd mellom de ansatte hvem som skal lede samtalen. For pasient og pårørende kan det kjønes trygt at det er en de kjenner godt som leder samtalen, for eksempel pasientens primærkontakt.

## Bakgrunnsopplysninger

Å være forberedt til samtalen gir trygghet for de som skal gjennomføre den. Å forberede seg kan innebære å lese pasientens journal, bakgrunnsopplysningsskjema og rapport fra de siste dagene.

## Invitasjon til forberedende samtaler

Her er et eksempel på invitasjonsbrev. Tilpass teksten slik at den passer til sykehjemmet du jobber ved.

Kjære ..... m/pårørende

Du inviteres med dette til å samtale med lege og primærkontakt om hvordan du opplever å bo på sykehjemmet, og tanker du måtte ha om fremtiden og om livets slutfase. Vi er opptatt av å bli bedre kjent med deg og få vite mer om hva som er viktig for deg slik at vi, så langt det er mulig, kan ta hensyn til dine ønsker og verdier. Som pasient på sykehjemmet har du rett til å få informasjon og medvirke i avgjørelser om medisinsk behandling.

Å delta i forberedende samtale er frivillig, og du kan takke nei.

Det vi blant annet ønsker å snakke med deg om er:

- Hva er viktig for deg nå og i tiden framover?
- Vil du være med å bestemme hva du skal ha av medisinsk behandling?
- Har du gjort deg noen tanker om livets slutfase og døden?

For mange er dette uvanlige spørsmål å snakke om. Det kan derfor være fint å tenke over disse på forhånd, og gjerne snakke med dine pårørende. Tenk over om det er andre ting du ønsker å snakke om, og noter gjerne ned stikkord.

Hvis du av en eller annen grunn ikke er i stand til å delta, gjennomføres samtalen med din nærmeste pårørende som din stedfortreder. Det betyr at pårørende skal formidle det som er viktig for deg.

Samtalen er satt opp fra

Dato....., fra kl.....til kl. ...., på .....

Vennlig hilsen



# Gjennomføring av forberedende samtaler

Spørsmålene må tilpasses pasienten og hvilken informasjon man allerede har dokumentert om pasienten.

Det er viktig å forsøke å skape en god atmosfære rundt samtalen. Innledende småprat, for eksempel med utgangspunkt i bakgrunnsopplysningsskjema eller lignende kan bidra til å 'senke skuldrene', både for pasient, pårørende og ansatte.

Start gjerne med åpne og generelle spørsmål. Underveis i samtalen er det viktig å være var og sensitiv for pasientens reaksjoner. Gi informasjon på en enkel måte slik at pasienten forstår hva han/hun svarer på. Poengter at det er legen som tar beslutninger, men at det er fint å vite hva pasienten ønsker.

Noen av spørsmålene kan være vanskelig å svare på og krever tid til å tenke seg om. Forslag til formuleringer /spørsmål som kan stilles til pasienten:

## Forslag til innledende spørsmål

- Det er fint for oss som jobber her å bli bedre kjent med deg og få vite mer om hva som er viktig for deg.
- Hvordan er det å bo her på sykehjemmet?
- Hvem har du kontakt med/snakker med her på sykehjemmet?
- Hvem har du kontakt med av familie og venner?
- Har dere sett på invitasjonen og tenkt over spørsmålene i den?

## Forslag til oppfølgende spørsmål

- Tenker du noe på fremtiden? Er det noe du har lyst til å gjøre/oppleve? Er det noe du håper på? Er det noe du uroer deg for?
- Har du noen ganger skrevet ned dine ønsker for fremtidig behandling?

## Forslag til spørsmål om fremtidig helsehjelp

- Mennesker håndterer egen sykdom ulikt. Noen foretrekker detaljert informasjon om sykdom og behandling, noen ønsker begrenset informasjon mens andre foretrekker å vite lite. Hva foretrekker du? Hvis du ikke vil ha informasjon, hvem skal vi snakke med?
- Vil du være med å bestemme hva du skal ha av behandling og om du eventuelt skal legges inn på sykehus? Hvis ikke; ønsker du at vi skal snakke med en av dine nærmeste, og i tilfelle hvem?
- Noen har gjort seg opp tanker om hva de ønsker hvis de blir akutt eller alvorlig syke; hvis de får lungebetennelse eller hjertet slutter å slå, eller hvis de skulle bli så syk at sykehusinnleggelse er aktuelt. Har du gjort deg noen tanker om dette? Har du noen ønsker her og nå som vi skal vite om?
- Når du kommer dit i livet at du ikke har lenge igjen å leve, hva er viktig for deg da? Er det f.eks noen du ønsker å ha hos deg eller noen du ønsker å snakke med, eller er det noe annet du er opptatt av?
- Er det noe annet du ønsker å ta opp og snakke om?

Vi vet at noen kan endre oppfatning om hva de ønsker når de blir alvorlig syke, derfor vil vi snakke med deg igjen om disse tingene. Spør pasient og pårørende hvordan de opplevde å snakke om disse spørsmålene. Avtal tidspunkt for eventuelt å fortsette eller avslutte samtalen. Avtal tidspunkt for en ny samtale om 6-12 mnd. Oppsummer samtalen for å sjekke ut en felles forståelse av det som er kommet frem.

## Etter samtalen

- Dokumenter samtaleinnhold i pasientens journal
- Hvis pasienten tillater det kan innholdet bli formidlet til andre det kan være nyttig for, for eksempel familie, fastlege eller andre.
- Evaluering av samtalen mellom de ansatte som deltok: På hvilke måter var den nyttig? Ble det en god samtale for ansatte? Hvordan tror vi samtalen ble erfart av pasienten og de pårørende?
- Tema for refleksjon/rapport: Hvem er denne pasienten og på hvilke måter skal det som kom frem i den forberedende samtalen få konsekvenser for vår tilnærming?
- Inviter pasient/pårørende til å komme med tilbakemelding til sykehjemmet, gjerne skriftlig, om ønsker/behov som ikke kom frem i samtalen



Denne veilederen er prøvd ut i forskningsprosjektet *End-of-life communication in nursing homes. Patient preferences and participation*. Veilederen vil bli revidert i tråd med resultater og erfaringer fra prosjektet.

Forskningen utføres ved Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo, i samarbeid med KOSMOS-prosjektet ved Universitetet i Bergen.

## **Forfattere**

Lisbeth Thoresen, Lillian Lillemoen, Trygve Johannes Lereim Sævareid, Elisabeth Gjerberg, Reidun Førde og Reidar Pedersen

ISBN 978-82-93544-00-5

# PALLIATIV PLAN / PLAN FOR LINDRING

Et levende planverktøy for omsorg til pasienter med uhelbredelig sykdom



## VEGLEIAR FOR HELSEPERSONELL I BRUK AV PALLIATIV PLAN

### 1. BAKGRUNN

**Det er behov for gode verktøy for samhandling når det gjeld pasientar med behov for palliativ omsorg. Palliativ plan er eit verktøy for pasientane, pårørande og helsepersonell for å betre være forberedt på dei utfordringane som kan oppstå.**

Planen er utarbeida av ei ressursgruppe med representantar både frå helseføretaket og kommunane, samt ein brukarrepresentant. Arbeidet er godkjend av overordna samhandlingsutval. Innføringa av palliativ plan er innsatsområde 2.5 i samhandlingsstrategi 2016-2018.

Sjå vedlegg handlingsplan for innføring av palliativ plan.

### 2. KVA ER EIN PALLIATIV PLAN

Palliativ plan er eit verktøy som skal sikre gode behandlingsforløp. Planen skal være heilskapleg og overordna, med fokus både på medisinsk faglege føringar, og pasientens og pårørande sine ynskjer og behov.

Planen er eit tilbod til pasientar med uhelbredeleg sjukdom, som til dømes kreft, ALS, KOLS, hjartesvikt eller demens.

Formålet med plana er å oppnå best mogleg livskvalitet for pasientar og pårørande.

Vi ynskjer å samle relevant informasjon om pasienten for å gi best mogleg grunnlag for beslutningar ved vegskilje i sjukdommen. Målet er å vere i forkant, og sikre tryggleik og samhandling, både innan kommune og mellom kommune og sjukehus.

Planen er en forenkla individuell plan tilpassa denne pasientgruppa.

### 3. NÅR SKAL EIN OPPRETTE EIN PLAN

En bør tilby å opprette palliativ plan i en tidlig palliativ fase. Palliasjon handlar om meir enn livets siste fase.

### 4. KVEN HAR ANSVAR FOR Å OPPRETTE PLANEN

Fastlege/sjukeheimslege saman med primærsjukepleiar har ansvaret for å opprette planen. Dette bør skje i nært samarbeid med pasient og evt. pårørande. Sjukepleiar er "sekretær" og er ansvarleg for å halde planen oppdatert. Lege er "redaktør" og er medisinsk ansvarleg for planen. Det vil ofte vere naturleg at ansvarleg sjukepleiar ilag med pasient/pårørande startar ein prosess med førebuande samtalar som etter kvart kan vere eit grunnlag for planen.

Samtale og informasjon om palliativ plan kan starte på sjukehuset. Sjukehuslege kan legge føringar og anbefalingar om oppstart og oppdateringar i sine utskrivingsnotat til kommunehelsetenesta.

# PALLIATIV PLAN / PLAN FOR LINDRING

Et levende planverktøy for omsorg til pasienter med uhelbredelig sykdom



## 5. PRAKTISK - KORLEIS OPPRETTAR OG OPPDATERAST PLANEN

- Informasjon om plan til pasient og pårørende (brosjyre)
- Oppstart bør skje i møte mellom pasient, pårørende, lege og sjukepleiar. Alternativt kan det vere pasient og sjukepleiar som startar opp, saman vert partane einige om kva som skal stå i planen.
- Sjukepleiar er "sekretær" og vil legge planen elektronisk inn i dokumentasjonssystem gerica, profil eller cosdoc. Sjukepleiar sender planen via e-melding (helseopplysing eller forespørsel) til lege som i svar godkjenner eller legg til endringar. Planen er ikkje godkjent før lege har svart på e-melding. Sjukepleiar er ansvarlig for at pasient får ein skriftleg oppdatert plan om han ynskjer det.
- Oppdatere: Primærsjukepleiar har ansvar for å halde planen oppdatert.
- Planen skal følgje pasienten der han er. Ved innlegging i sjukehus eller sjukeheim skal planen sendes elektronisk i innleggelsesrapporten. Ved legevaktsbesøk skal pasienten ha med palliativ plan om han/ hun har denne heime.
- Dersom pasienten samtykker markerast det i kjernejournalen at han/hun har palliativ plan.
- **Sjå eiga prosedyre om korleis oppdatere planen elektronisk.**

## 6. KVA BØR PLANEN INNEHALDE

Planen skal innehalde opplysingar og føringar som gir oversikt over det som er aktuelt og avtalt. Det er ikkje alltid at en skriver noko under alle punkt i planen.

### Viktige punkt:

**Kontaktinformasjon:** Namn på pasient, fødselsdato, pårørende, fastlege, koordinator, primær/sekundærsjukepleiar, born under 18 år?

**Diagnose:** Her fører du inn aktuelle diagnosar- det som er aktuelt for pasienten sin situasjon no (ikkje alle diagnosar).

**Allmenntilstand/funksjon:** Fritekst og evt WHO funksjon status

### Aktuelt:

Her skriv du inn det som er aktuelt for pasienten no. Spesielle utfordringar ifht. sjukdomen, behandlinga og omgivnadane. Også endringar i situasjonen skriv du her (vendepunkt)

### Kva er viktig for deg no:

Ta opp spørsmål et og skriv ned det pasienten opplever som viktig, for eksempel å vere med barna sine, å vere heime, ikkje innlegging på sjukehus, ikkje ha smerter/kvalme, få drive med hobby så lenge som mulig, oppleve livskvalitet.

### Ressursar og livshistorie:

Her skriv du om familie/nettverk og bu forhold. Også noko om kva som har vore viktig for pasienten



# PALLIATIV PLAN / PLAN FOR LINDRING

Et levende planverktøy for omsorg til pasienter med uhelbredelig sykdom



gjennom livet. For eksempel Yrke, interesser, lidenskarer, tru/livssyn, erfaringar og ressursar som er aktuelle for situasjonen og meistring.

## Etiske føringar og førebuande samtalar:

Her skriv du det du har teke opp med pasienten og pårørande om tankar og ønskjer om det vidare forløpet. F. eks. tankar om resten av livet/døden- kva vet pasienten- felles forståing for situasjonen? Kvar ynskjer pasienten å dø- preferansar og muligheiter. Håp og bekymringar. Er eksistensielle/åndelige behov ivaretatt?

## Samtykkekompetanse/formoda samtykke:

Samtykkekompetanse inneber ei vurdering av forståelsesevne for den konkrete/ aktuelle helsehjelpen. Pasient må enten samtykke til ein palliativ plan sjølv, eller pårørande kan gi eit formoda samtykke.

Vurdering av

### *Informert samtykke:*

Pasienten skal ha blitt gitt den informasjon som er nødvendig for at han/ ho skal kunne gi eit reelt samtykke til den aktuelle helsehjelpa. Kva det skal informerast om og kor grundig det skal informerast vil variere.

### *Formoda samtykke:*

Dei pårørande må involverast i spørsmålet om kva pasienten ville ha ønska i situasjonen.

## Medisinske føringar/palliative tiltak

Her skriv du bestemmelsar for vidare behandling, som er teke opp og avgjort (kan sjølvstegt endrast om pasienten ombestemmer seg i ettertid).

**HLR** - Det vert viktig å presisere kva som ligg i HLR begrepet. Dette gjelder gjenoppliving (hjerte- lunge redning). Det betyr ikkje at pasienten skal avstå frå anna type behandling. Ein bør skrive dato for HLR bestemming i plan, gjerne med ei kort setning om kva informasjon/samtale ein har hatt om dette. Om det er avklart med ansvarleg lege at pasienten ikkje skal innleggast, ikkje skal ha antibiotikabehandling eller væskebehandling så skal dette stå som eige punkt.

Her skriv vi føring frå lege om avtalar i forhold til kva ein kan gjere ved for eksempel aukande smerter, tungpust, kvalme, angst uro osv. Kva kan sjukepleiar gjere sjølv av auke utan å kontakt legevakt og når må legevakt kontaktast. **Dette er ikkje ei medisinliste, der skal alltid ligge ved ei oppdatert medisinliste.**

For dei kommunane som brukar eit palliativ skrin skal det etter kvart stå om pasienten har skrin og kvar dette skrinet er. Dette punktet skrivast på seint i forløpet.

Her må også stå noko om Innlegging og avtalar med sjukehus

## 7. ETISK REFLEKSJON

Etisk refleksjon er viktig ved bruk av palliativ plan både i oppstart, under bruk og i etterkant. Vi oppfordrar alt helsepersonell til å bruke etisk refleksjon i bruk av palliativ plan.



# PALLIATIV PLAN / PLAN FOR LINDRING

Et levende planverktøy for omsorg til pasienter med uhelbredelig sykdom



9.VED BEHOV FOR RÅD/VEILEDNING TA KONTAKT MED:

**Ressurssjukepleiar i di kommune/avdeling, Lindrande team ved ditt nær sjukehus eller nokon frå ressursgruppa: <https://helse-mr.no/fag-og-forsking/samhandling>**



## Palliativ plan for:

### Kontaktinformasjon

Rolle	Namn	Telefon
Fastlege		
Sjukepleiar		
Næraste pårørande		
Born under 18 år ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		

### Pasientføringar

<b>Diagnoser:</b>
<i>Her fører du inn aktuelle diagnoser.</i>
<b>Allmennfunksjon:</b>
<i>Skriv inn pasienten sitt funksjonsnivå og allmenntilstand.</i>
<b>Aktuelt:</b>
<i>Her skriv du inn det som er aktuelt for pasienten no. F.eks.. Bu-situasjon, familiesituasjon, spesielle utfordringar ifht. sjukdomen, behandlinga og omgivingane. Skriv gjerne når noko er endra..</i>
<b>Ressursar/livshistorie:</b>
<i>Her skriv du om familie/nettverk rundt pasienten. Og noko om kva som har vore viktig for pasienten gjennom livet. For eksempel Yrke, interesser, lidenskaper, tru/livssyn, erfaringar og ressursar som er aktuelle for situasjonen og meistring.</i>
<b>Etikk/førebuande samtalar:</b>
<i>Her skriv du det du har teke opp med pasienten om tankar og ønsker om det vidare forløpet. F. eks. tankar om døden, ønsker om å dø heime? Tankar om resten av livet/døden? Kva er vanskelig no?</i>
<i>Håp og bekymringar</i>
<i>Eksistensielle/åndelige behov ivaretatt?</i>
<b>Samtykkekompetanse:</b>
<i>Vurdering av samtykkekompetanse innebærer en vurdering av forståelseevne for den konkrete/ aktuelle helsehjelpen. Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten åpenbart ikke er i stand til å forstå begrunnelsen hvorfor helsehjelpen blir gitt og hva samtykke omfatter</i>
<i><b>Informert samtykke (eller uttrykkelig samtykke)</b> betyr at pasienten skal ha blitt gitt den informasjon som er nødvendig for at han/ hun skal kunne gi et reelt samtykke til den aktuelle helsehjelpen. Hva det skal informeres om, og hvor grundig det skal informeres vil måtte vurderes konkret.</i>
<i>Det er viktig å vite at når pasienten som følge av sykdomsutviklingen ikke lenger er i stand til å uttrykke ønsker, og da ikke kan gi informert samtykke, så kan de pårørende ikke gi informert samtykke på vegne av pasienten.</i>
<i><b>Formodet samtykke (eller stilltiende samtykke)</b> må anses å foreligge dersom det ut fra pasientens handlemåte og omstendighetene for øvrig er sannsynlig at hun eller han godtar helsehjelpen. De pårørende</i>



*må involveres i spørsmålet om hva pasienten ville ha ønsket i situasjonen.*

*Det er lovstridig og fortsette behandling der det ved informert eller formodet samtykke har fremkommet at pasienten ikke ønsker livsforlengende behandling.*

**Føringar:**

**Her skriv du bestemmelsar for vidare behandling, som er tatt opp og avgjort. (kan sjølvstøtt endrast om pasienten om bestemmer seg i ettertid)**

**F. eks HLR -, Ønsker eller ønsker ikkje næring/ væske i.v, Ønsker eller ønsker ikkje sjukehusinnleggelse.**

Åpen retur: Ja  Nei  Åpen retur til: **for eksempel. Korttidsavdeling, evt kir.avd/med.avdeling**  
**Begrunning for innlegging?**

**Kva er viktig for deg no?**

**Ta opp spørsmålet, og skriv ned det pasienten opplever som viktig. F. eks få vere med borna sine, få vere heime, ikkje innlegging på sjukehus, ikkje ha smerter/kvalme, få drive med hobby så lenge som råd, opplevd livskvalitet osv.**



## Medisinske føringar/palliative tiltak

<p><b>Ved smerter:</b></p> <p><i>Det er viktig å lage ein opptrappingsplan spesielt i forhold til helg og høgtid. Dette for å unngå unødig bruk av legevakt og hyppige legebesøk. Fastlegen er nøkkelperson i forhold til å legge føringar for medisin i dei næraste dagane.</i></p> <p><i>F.eks. Om det vert starta opp eller gjort ein auke i smertestillande, kva tenker legen om neste dosering om ikkje nok lindring.? Kor mykje kan det aukast om og kva styrke, før lege igjen skal kontaktast.</i></p> <p>Planen skal så langt det let seg gjerne hjelpe oss å unngå unødig bruk av legevakt.</p>
<p><b>Ved tungpust:</b></p> <p><i>Sjå tekst smerter.</i></p>
<p><b>Ved kvalme:</b></p> <p><i>Sjå tekst smerter.</i></p>
<p><b>Ved angst/uro:</b></p> <p><i>Sjå tekst smerter.</i></p>
<p><b>Ved andre symptom/plager:</b></p> <p><i>Sjå tekst smerter.</i></p>
<p><b>Innlegging?</b></p> <p><i>Diskuter med pasient og lege når innlegging kan vere aktuelt, og når det ikkje er det.</i></p>
<p><b>Palliativt skrin/medikament:</b> <i>Dette må skrivast ut av lege, og skal ligge tilgjengelig før behovet oppstår. Kvar får du tak i det,, eks. medisinrom heimetenesta/sjukaheimsavdelinga. Skriv kva som er aktuelt for di kommune..</i></p>
<p><b>Forsøgling åpnast av sjukepleiar ved:</b> <i>Her skal lege og sjukepleiar i samråd fylle ut kriterier for opning.</i></p> <p><b>Skrin brutt:</b> <i>Kan utførast av sjukepleiar etter kriterier oppført i feltet over. Sjukepleiar treng ikkje kontakte lege når det skjer, men kan sjølvstøtt ta kontakt for å konferer med lege dersom det er behov.</i></p> <p><b>Sist oppdatert:</b> <i>Fyll inn dato for når planen sist vart oppdatert av lege.</i></p>

**OBS! Oppdater alltid medikamentliste i Gerica – skriv ut og legg ved!**

\_\_\_\_\_  
Dato/underskrift sjukepleiar

\_\_\_\_\_  
Dato/underskrift lege

Vedlegg 3

<b>Søkeord</b>	<b>Dato</b>	<b>Database</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Leste abstracts</b>	<b>Leste artikler</b>	<b>Inkluderte artikler</b>
<b>Palliative Care or Terminal care or End of life</b>	<b>18.12.17</b>	<b>Ovid Medline</b>	<b>78894</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Advance care planning or nursing home or Care planning</b>	<b>18.12.17</b>	<b>Ovid Medline</b>	<b>75734</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Communication or communication</b>	<b>18.12.17</b>	<b>Ovid Medline</b>	<b>293598</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Palliative care or terminal care or end of life</b> <b>AND</b> <b>Advance care planning or nursing home or care planning</b> <b>AND</b> <b>Communication or communication</b>	<b>18.12.17</b>	<b>Ovid Medline</b>	<b>965</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Palliative care or terminal care or end of life</b> <b>AND</b> <b>Advance care planning or nursing home or care planning</b> <b>AND</b>	<b>18.12.17</b>	<b>Ovid Medline</b>	<b>42</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>2</b>

<b>Communication or communication</b>  <b>AND</b>  <b>Care home or Home care services</b>						
<b>Palliative care or end of life or terminal care</b>  <b>AND</b>  <b>Advance care planning or end of life care</b>  <b>AND</b>  <b>Care homes or residential care</b>  <b>AND</b>  <b>Nurs*</b>	<b>18.01.18</b>	<b>Cinahl</b>	<b>335</b>	<b>15</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Totalt</b>						<b>4</b>

Vedlegg 4

<b>Forfattere År Land Tidsskrift</b>	<b>Tittel</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Metode / Instrument</b>	<b>Deltagere / frafall</b>	<b>Hovedfunn</b>	<b>Etisk vurdering</b>	<b>Kvalitet</b>
S. Hall, C. Goddard, F. Stewart, I.J. Higginson. 2011 England Biomed Central, BMC Geriatrics.	Implementing a quality improvement programme in palliative care in care homes, a quality study.	Undersøke fordeler og ulemper ved implementering av GSFCH, et kvalitetsforbedringsprogram i palliativ omsorg. Programmet har fokus på kommunikasjon, koordinasjon, symptomkontroll, kontinuitet, stadig læring, personalstøtte og omsorg ved livets slutt.	Semi-strukturerte intervjuer på ni sykehjem. Analysene ble basert på GSFCH's 7 C'er.	Ni driftsledere, 8 sykepleiere, ni assistenter, 11 beboere og syv pårørende.	systematiske verktøy og strategier resulterte i forbedret kommunikasjon mellom de ulike partene, økt selvtillit/trygghet for personale og økt bevissthet rundt den palliative pasienten og deres behov. Opplæring og øvelse som en nødvendighet. Utfordringer: kommunisere med fastlege og/eller familie, vanskelig å samtale med pasient og pårørende rundt døden, økt papirarbeid og mangel på ressurser.	Godkjent av etisk komite.	Nivå 1 Fagfelle- vurdert
H.D. Lum, R.L. Sudore.	Advance care planning and goals of care	Se på fordeler og utfordringer ved ACP hos eldre med	Review-artikkel		Evne til å identifisere, respektere og		Nivå 1 Fagfelle- vurdert

<p><b>2016. USA. Department of health &amp; human services, Clin Geriatr Med.</b></p>	<p><b>communication in older adults with cardiovascular disease and multimorbidity.</b></p>	<p><b>kardiovaskulære sykdommer og multimorbiditet.</b></p>			<p><b>gjennomføre individets ønsker til medisinsk behandling.</b>  <b>- Følelse av kontroll over å håndtere egen situasjon, ro i sinnet, og redusert byrde og konflikt blant pårørende.</b>  <b>- Forbedret livskvalitet og tilfredshet.</b>  <b>- Redusert bruk av uønskede intensive medisinske inngrep, sykehusinnleggelse og HLR ved livets slutt.</b>  <b>- Færre dødsfall på sykehuset og potensielt lavere utrykningskostnader.</b>  <b>- Redusert stress, angst og depresjon hos gjenlevende familiemedlemmer.</b>  <b>Utfordringer: Frykt for å dø eller å finne det vanskelig å tenke på fremtidsutsikter.</b>  <b>- Frykt for å forstyrre legen ved å</b></p>		
---	---	---	--	--	--	--	--



					<p>ønske å diskutere palliativ plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Begrenset kunnskap om palliativ plan eller vanskeligheter med å forstå forhåndsdirektivene.</li> <li>- pasient og pårørende ikke klar, at de har vanskelig for å forstå begrensninger og komplikasjoner tilknyttet livsforlengende behandling, uenigheter blant familiemedlemmer og pasienters mangel på kapasitet til å ta beslutninger.</li> <li>- Personale opplever mangel på tid, ubehag og mangel på selvtillit under samtalene.</li> </ul>		
<p>G. Bollig, E. Gjengedal, J.H. Rosland 2015.</p>	<p>They know! – Do they? A qualitative study of residents and relatives views on</p>	<p>Se på beboere og pårørende sitt syn på forhåndsplanlegging, palliativ omsorg og beslutningstaking i sykehjem.</p>	<p>Dybdeintervju med sykehjemsbeboere . Fokusgruppeintervju med pårørende.</p>	<p>43 informanter fra ni ulike sykehjem (25 beboere og 18 pårørende).</p>	<p>Beboere stoler på at pårørende, leger og sykepleiere tar de beste beslutninger for dem. Beboere tror at pårørende er klar over deres</p>	<p>Godkjent av etisk komite. Informert samtykke.</p>	<p>Nivå 1 Fagfellevurdert</p>

<p><b>Sage, Palliative medicine</b></p>	<p><b>advance care planning, end-of-life-care, and decision-making in nursing homes.</b></p>				<p><b>ønsker, mens mange pårørende ikke vet hva beboeren ønsker.</b>  <b>Det er mangel på forhåndssamtaler i norske sykehjem. Pårørende finner det vanskelig å ta viktige helserelaterte beslutninger.</b>  <b>Beboere motsetter seg ikke ACP, men muligheten mangler. ACP kan forberede beboerne på døden og redusere stress for pårørende.</b></p>		
<p><b>L. Thoresen, R. Ahlzen, K.N. Solbrække 2016 Journal of aging studies.</b></p>	<p><b>Advance care planning in Norwegian nursing homes – Who is it for?</b></p>	<p><b>Øke kunnskapen på hvordan forhåndssamtaler utføres i norske sykehjem. Og hvordan personal, beboer og pårørende tar del i samtalen.</b></p>	<p><b>Observasjon av 7 forhåndssamtaler. Gruppeintervju av helsepersonell og av pasient/pårørende .</b></p>	<p><b>Pasient, pårørende, lege, sykepleiere, helsefagarbeider, sykepleierstudent,</b></p>	<p><b>Sykepleiere finner det ubehagelig å ta opp tema om døden og behandlingsalternativer, lar legene ta seg av disse spørsmålene. At sykepleiere som er en del av pasientens hverdag, er for lite involvert i å forme forhåndssamtalen. Ingen pasienter ble spurt på forhånd om</b></p>	<p><b>Informert samtykke. Godkjenning av NSD.</b></p>	<p><b>Nivå 1 Fagfellevurdert</b></p>

					<p>de selv ønsket å ta del i beslutninger om fremtidig behandling eller om livets siste dager. Personale som ikke deltar aktivt i samtalen bør ikke være der, da det kan gi en ubalanse mellom de profesjonelle og pasient/pårørende som kan være med på å objektivisere pasienten.</p>	
<p><b>E. Flo, B. S. Husebo, P. Bruusgaard, E. Gjerberg, L. Thoresen, L. Lillemoen, R. Pedersen. 2016 BMC Geriatrics</b></p>	<p><b>A review of the implementation and research strategies of advance care planning in nursing homes.</b></p>	<p><b>Undersøke prosessen av implementering av forhåndssamtaler hvor palliativ omsorg og behandling blir diskutert.</b></p>	<p><b>Review-artikkel Av 16 studier</b></p>		<p><b>Sørge for tidligere initiativ av forhåndssamtaler, viktig med undervisning og praktisk trening av personale, nyttig med informasjon og undervisning til pårørende om naturlig sykdomsutvikling, økning i avgjørelser knyttet til behandling, færre sykehusinnleggelses og invasive prosedyrer fører til færre kostnader,</b></p>	<p><b>Nivå 1 Fagfellevurdert</b></p>

					<p>personale føler trygghet, Lettelse og ro for pasienten. ACP er en pågående prosess. Utfordringer med at pårørende og personale føler ubehag ved slike samtaler, fravær av leger, mangel på ressurser og administrativ støtte.</p>		
--	--	--	--	--	--	--	--

Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode / Instrument	Deltagere / frafall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Kvalitet
<p>L. Thoresen og L. Lillemoen 2016 Norge Biomed Central, BMC Medical ethics</p>	<p>«I just think that we should be informed» a qualitative study of family involvement in advance care planning in nursing homes.</p>	<p>Undersøke kompleksiteten av forhåndssamtaler og hvilken innflytelse pårørende har på kvaliteten av forhåndssamtalene.</p>	<p>Observasjon av forhåndssamtaler med tilhørende intervjuer i etterkant i åtte sykehjem</p>	<p>Pasient, pårørende, sykepleiere, leger. To intervjuer ble holdt noen dager senere.</p>	<p>Pasient og pårørende bør være informert og forberedt på forhånd om hva samtalen inneholder. Ubehag knyttet til vanskelige spørsmål for pasient, pårørende og personale. Viktig å involvere pårørende for å få et helhetlig</p>	<p>Informert samtykke. Godkjenning fra sykehjemsledelsen og NSD.</p>	<p>Nivå 1 Fagfellevurdert</p>

					<b>bilde av pasientens livshistorie og ønsker. Fokuserer mer på en person- og familiesentrert tilnærming.</b>		
<b>T.J. Sævareid og S. Balandin 2011 Norge Journal of Advanced Nursing.</b>	<b>Nurses' perceptions of attempting cardiopulmonary resuscitation on oldest old patients.</b>	<b>Undersøke sykepleieres tanker og holdninger om HLR av de eldste pasientene.</b>	<b>Dybdeintervju.</b>	<b>10 sykepleiere i tre sykehus.</b>	<b>Avklart HLR-status fører til unngåelse av nytteløs behandling, redusert stress og engstelse for personale. Det er behov for mer informasjon om lover knyttet til behandling ved livets slutt.</b>	<b>Godkjent av etisk komite og NSD.</b>	<b>Nivå 1 Fagfellevurdert</b>



# VESTNES KOMMUNE

Vestnes Sjukeheim

6390 VESTNES

Melina Hulsker  
6390 VESTNES

Vestnes 14.05.2018

Det bekreftes herved at Melina Hulsker har fått tillatelse til å utarbeide prosjektplan for innføring av palliativ plan ved Vestnes sjukeheim.

Mvh  
**VESTNES SJUKEHEIM**

*Helene Bø*

Helene Bø  
-Einingsleiar -

## Vedlegg 6

Hei Melina

Først og fremst, veldig kjekt at du har valgt dette temaet og vil lage en prosjektplan for endringsarbeid på egen arbeidsplass.

Takk for at du tok kontakt, det setter jeg pris på.

Så til dine spørsmål:

- Konferansen hadde vært nyttig for deg. Dessverre kan vi ikke skru tiden tilbake :). Ja, vi har noen resultater som sikkert hadde vært av interesse for deg. Dessverre er det strenge kriterier for deling av resultater som ikke er publiserte. Vi har ikke publisert resultater fra denne delen av prosjektet enda, prosjektet har tre deler hvorav den delen jeg er med på er den tredje. Legger ved noen artikler fra del 1 og 2 i prosjektet som kanskje likevel kan være av interesse. Oppfatter at du har lest veilederen vår for forhåndssamtaler, og gjør oppmerksom på at disse artiklene ble skrevet før vi tok i bruk veilederen. Artiklene gir likevel en pekepinn på hvilke utfordringer man kan møte på, som du etterspør.

Vi vil nok i løpet av 2018 publisere flere artikler som forteller noe om resultater fra del 3 (altså etter vi har tatt i bruk veilederen). Jeg skal prøve å huske på deg, men ta gjerne kontakt igjen for å etterspørre disse.

- Jeg tenker en del nyttig informasjon om innføring av forhåndssamtaler er tilgjengelig via veilederen. Tror det viktigste ved implementering av forhåndssamtaler er at det er ledelsesforankret. Hvis ikke ledelsen er med på det, ønsker det og ser verdien av det blir det veldig tungt å få til. Så er det viktig at det er en eller noen ressurspersoner som kan "dra lasset" på hver avdeling. Det blir litt logistikk for å planlegge og legge til rette for samtaler, samt informere og undervise øvrige ansatte. Vi tror veldig på viktigheten av at alle ansatte på avdelingene er godt informert og kjenner eierskap til forhåndssamtaler. Det blir veldig sårbart dersom dette bare er noe "fagsykepleieren" steller med. Da kan de øvrige kjenne på en distanse til det hele og bli umotivert. Vi tenker at ikke alle ansatte skal være med på samtalen. Noen ansatte egner seg kanskje ikke for samtalen, eller har et sterkt ønske om å slippe. Mange kan kjenne på usikkerhet i å skulle gjennomføre forhåndssamtaler og synes kanskje det er skummelt. Vår erfaring er at øvelse gjør mester. Rollespill er nyttig, der man kan øve på å ha de ulike rollene. I tillegg kan man delta på første samtale som mer observatør. Av de som deltar i samtalen er kanskje den som kjenner pasienten best den som er viktigst. Jeg har observert samtale der kun pleieassistent var med og det ble en fin samtale. Vi ønsker jo gjerne at legen skal være med, men har kommet til at det viktigste er at samtaler blir gjennomført, ikke at legen er med. At legen er motivert er imidlertid en viktig drivkraft for å gjennomføre "prosjektet" med å innføre forhåndssamtaler. Selv om legen ikke er med i samtalen eller er spesielt motivert er legen uansett helt sentral i dette. Forhåndssamtaler legger jo grunnlag for senere beslutninger, og det er veldig viktig at informasjon som kommer fra forhåndssamtaler er lett tilgjengelig. Dokumentasjon er derfor noe vi poengterer som svært viktig. Legger ved et forslag til hva som kan tas ved når man dokumenterer. Vet ikke hva slags dokumentasjonssystem dere benytter, men de sykehjemmene vi samarbeidet med lagde et eget tiltak i tiltaksplanen som de kalte 'forhåndssamtaler'. Ved å knytte notater fra forhåndssamtaler eller gylne øyeblikk til dette tiltaket blir dokumentasjonen mye mer tilgjengelig. Tilgjengelig informasjon teller mye i akutte situasjoner der helsepersonellet ikke er godt kjent med pasienten.

Ja, du har rett, vi ser på forhåndssamtaler som isolerte hendelser. Men, de kan utmerket godt være del av en palliativ plan.

Håper dette kan være til hjelp. Ta gjerne kontakt om det er noe som er uklart eller andre ting som dukker opp.

Lykke til!

Vennlig hilsen

Trygve Johannes