



# Fordypningsoppgave

**VAD750 Omsorg ved alvorlig sykdom og død**

**Liverpool Care Pathway - er det veien å gå?**

**Liverpool Care Pathway - is that the right direction?**

Toril Krohn

Totalt antall sider inkludert forsiden: 51

Molde, 13.05.14



## 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: Else Jørgensen

## 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: 13.05.14

Antall ord: 9512

**‘The Liverpool Care Pathway  
is only as  
good or bad  
as its user’**

(Nicki Parry).

## **Sammendrag:**

**Bakgrunn:** Kvaliteten på pleien for døende i kommunen er erfaringsmessig for tilfeldig gitt, ut i fra helsepersonells varierende kunnskap. Jeg ønsket på bakgrunn av dette å danne meg et nyansert bilde av Liverpool Care Pathway som en mulig tiltaksplan.

**Hensikt:** Hensikten med litteraturstudien var å belyse helsepersonells erfaringer med Liverpool Care Pathway.

**Metode:** En systematisk litteraturstudie basert på 10 vitenskapelige originalartikler.

**Resultat:** Å ha en felles plan var sett på som positivt. Kommunikasjonen og symptomkontrollen bedret seg etter implementering av LCP. Å identifisere tidspunktet for når en pasient er døende var utfordrende og kriteriene for å igangsette LCP ble av noen sett på som rigide. Det var viktig at LCP ikke ble assosiert med eutanasi og sett på som en «dødsvei».

**Konklusjon:** Helsepersonell hadde stort sett positive erfaringene med LCP. Mer kvalitative forskning angående bruk av LCP i sykehjem og i hjemmesykepleie anbefales.

**Nøkkelord:** Liverpool Care Pathway, døende, livets slutt, helsepersonell, erfaring.

## **Abstract:**

**Background:** The quality of end of life care in the municipality is experienced as given too randomly by health professionals with various knowledge. Based on this information I wanted to form a nuanced picture of the Liverpool Care Pathway as a possible integrated care pathway.

**Aim:** The aim of the literature study was to investigate health professionals' experiences with the Liverpool Care Pathway.

**Methods:** A systematic literature review based on 10 original research articles.

**Result:** Having a common plan was seen as positive. The communication and symptom control improved after implementation of the LCP. To identify the time of when a patient is dying was challenging and criteria for initiating LCP was for some seen as rigid. It was important that the LCP was not associated with euthanasia and seen as a “death road”.

**Conclusion:** Health professionals had mostly positive experiences with LCP. More qualitative research on use of LCP in nursing homes and in homecare settings is recommended.

**Keywords:** Liverpool Care Pathway, dying, end of life, health professionals, experience, perception.

## Innhold

<b>1.0</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Hensikt.....	2
<b>2.0</b>	<b>Teoribakgrunn</b> .....	<b>3</b>
2.1	Utvikling og etablering av faget Palliasjon: .....	3
2.2	Palliasjon og terminal omsorg .....	3
2.3	Liverpool Care Pathway (LCP) .....	4
2.4	Evidensbasert.....	6
2.5	Helsepersonell sin rolle .....	7
<b>3.0</b>	<b>Metode</b> .....	<b>9</b>
3.1	Inklusjon- og eksklusjonskriterier .....	9
3.2	Datainnsamling .....	10
3.3	Kvalitetsvurdering og etiske hensyn .....	11
3.4	Analyse .....	12
<b>4.0</b>	<b>Resultat</b> .....	<b>14</b>
4.1	En kvalitetsindikator.....	14
4.1.1	Symptomkontroll.....	14
4.1.2	En felles plan.....	14
4.2	Kommunikasjon .....	15
4.2.1	Med pårørende .....	15
4.2.2	Med pasient .....	16
4.2.3	Mellom kollegaer og profesjoner .....	16
4.3	Avgjørelsen om LCP .....	17
4.3.1	Å identifisere den terminale fasen.....	17
4.3.2	Rigide kriterier? .....	17
4.3.3	En dødsvei? .....	17
<b>5.0</b>	<b>Metodediskusjon</b> .....	<b>18</b>
5.1	Diskusjon av inklusjon- og eksklusjonskriterier .....	18
5.2	Diskusjon av datainnsamlingen .....	19
5.3	Diskusjon av kvalitetsvurdering og etiske hensyn .....	20
5.4	Diskusjon av analysen .....	21
<b>6.0</b>	<b>Resultatdiskusjon</b> .....	<b>23</b>
6.1	God symptomkontroll er nøkkelen.....	23
6.2	En felles evidensbasert tiltaksplan.....	25
6.3	De avgjørende samtalene.....	26
6.4	Kan døden beregnes etter satte kriterier? .....	28
6.5	Er LCP eutanasi? .....	29
<b>7.0</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>31</b>
7.1	Konsekvenser for praksis og anbefaling for videre forskning.....	31
<b>Litteraturliste:</b> .....		<b>32</b>
Vedlegg 1: Tabell over databasesøk .....		I
Vedlegg 2 : Oversiktstabell .....		III

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I 2013 døde det 41 300 personer i Norge (SSB 2014). På bakgrunn av innføringen av Samhandlingsreformen, der flere oppgave vil bli tillagt kommunene (St.meld.nr.47. 2008-2009), antar jeg at antallet pasienter som enten vil dø hjemme eller i hjemkommunen vil øke. En rekke stortingsrepresentanter utarbeidet et *Representantforslag*, der de påsto at:

*Mange døende eldre får ikke tilstrekkelig lindrende behandling i livets siste fase. Med den demografiske utviklingen med flere eldre i årene fremover er det et stort behov for å øke satsingen på hjelp til alvorlig syke og døende (Stortinget 2010-2011, 28).*

Videre viste de til faglige beregninger som tilsa at behovet for palliative senger i kommunal regi skal være ca. 1 seng pr. 6 000–7 000 innbyggere. Dette tilsvarer om lag 800 senger i Norge, i dag finnes rundt 200.

I mitt arbeid som sykepleier i kommunehelsetjenesten opplever jeg at kvaliteten på den terminale omsorgen og pleien for pasientene dessverre ofte kan virke tilfeldig. Dette beskrives også i en norsk studie gjort på to sykehjem. Der opplevde de pårørende at informasjonen og kommunikasjonen var for mye avhengig av hvem de møtte til de ulike tidspunktene (Elsa Kaarbø 2010). Dette kommer nok ikke av mangel på empati, engasjement og vilje, men heller på grunn av mangel på helsepersonell med tilstrekkelig kompetanse, samt utstrakt bruk av ufaglærte. På bestilling fra Norsk sykepleieforbund ble det i 2009/2010 foretatt en studie som viste forholdet mellom faktisk og planlagt bemanning i kommunal omsorgs- og helsetjeneste. Det kom der frem at antallet sykepleiere på vakt var 24 % lavere enn planlagt og den tilsvarende underdekning for helsefagarbeidere var på 18 %. Disse vaktene ble erstattet med ufaglært arbeidskraft (ECON 2009).

For å sikre høy faglig kvalitet er bemanningens kompetanse avgjørende, og den terminal pleien kan derfor ikke tilfeldig bli gitt bare ut i fra at antallet personer på vaktlisten stemmer, men også ut i fra at de innehar det rette kompetansenivået. Standard for palliasjon (2004) anbefaler at palliative behandling, pleie og omsorg i sykehjem uten

palliativ enhet skal legge til rette for å gi god symptomlindring, terminal pleie og omsorg. Selv om kommunene ikke har palliative enheter skal likevel helsepersonell sikre at grunnleggende palliasjon blir gitt. Videre anbefaler de at minst en sykepleier både fra sykehjem og i hjemmetjenesten bør være med i nettverket av ressurspsykepleiere. Disse er sentrale for å ivareta kontinuiteten i pleie- og omsorgstilbudet og å spre kompetanse om palliasjon.

For en del år tilbake ble jeg introdusert for verktøyet Liverpool Care Pathway (LCP) på et seminar holdt av Palliativ team ved lokalsykehuset. Verktøyet virket ved introduksjon for meg både omfattende og komplisert. Siden har også LCP vært tema i undervisningen vår på Videreutdanningen i omsorg ved alvorlig sykdom og død ved Høgskolen i Molde. Både hensikten og gjennomføringen av LCP ble klarere og jeg ble nysgjerrig på om bruken av et slikt verktøy muligens kunne være veien å gå for å høyne kvaliteten i pleien for pasientene i den terminale fasen.

Jeg ønsket derfor gjennom dette litteraturstudiet å finne ut mer om helsepersonells erfaringer. For slik å danne meg et nyansert bilde av LCP som verktøy.

## **1.2 Hensikt**

Hensikten med litteraturstudiet var å belyse helsepersonells erfaringer med Liverpool Care Pathway.



## **2.0 Teoribakgrunn**

### **2.1 Utvikling og etablering av faget Palliasjon:**

Allerede i 1842 ble det etablert hospice i Lyon, men en ny æra innen faget palliasjon ble markert i 1967 da St. Christopher`s Hospice ble etablert i London. Dame Cicely Saunders (1918 – 2005) er anerkjent som grunnleggeren av den moderne hospice bevegelsen (Kaasa 2011). Saunders var ansett som en ledestjerne og hun uttalte tidlig at fundamentet i hospicebevegelsen var forskning, utviklingsarbeid og undervisning. Det var til henne og til St. Christopher`s Hospice de norske pionerne på 1980 og -90 tallet reiste når de skulle lære eller å bli inspirert. Hennes hospicefilosofi har endret hverdagen og behandlingen av alvorlig syke og døende verden over, og hennes tanker og tilnærming til pasienten med begrepet «total pain» som både fysisk, psykisk, sosial, åndelig og eksistensiell smerte, var banebrytende (Strømskag 2012).

I følge Standard for Palliasjon (2004) er ikke begrepet hospice i Norge entydig. Vi benytter i stede begreper som palliative team og palliativ enhet. Senter for lindrende behandling ved Regionsykehuset i Trondheim ble i 1993 etablert som det første universitetsbaserte palliative tilbudet i Norge. Siden 2003 har utviklingen av faget palliasjon og etableringen av palliative enheter skutt fart og vi har i dag en utfordring i å skaffe nok kompetent personell både når det gjelder leger og sykepleiere Det er mange praktiske utfordringer knyttet til utøvelsen av faget palliasjon. Et klinisk tilbud med god faglig kvalitet krever samarbeid både mellom flere profesjoner på ulike nivåer, mellom sykehus, palliative team og de ulike enhetene ute i kommunene (Kaasa 2011).

### **2.2 Palliasjon og terminal omsorg**

Begrepet palliasjon omhandler ikke bare den døende pasient og pasienten med kort forventet levetid, men starter den dagen det ikke lengre er realistisk å kurere pasienten for den aktuelle sykdommen (Kaasa 2011). European Association for Palliative Care og Verdens helseorganisasjon sin definisjon på palliasjon er:

*Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er*

*best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet* (Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen 2013, 10).

For å systematisere og kvalitetssikre pleien og behandlingen for pasienter i palliativfase finnes det ulike instrument og planer. Liverpool Care Pathway er en av planene for den «døende pasient». Den innbefatter kun pasientens siste dager eller timer av livet (Ellershaw og Murphy 2011). Kaasa (2011) beskriver den «døende pasient» som pasienten som ikke lengre klarer å spise, drikke eller ta medisiner peroralt, som stort sett er sengeliggende, og periodevis er uklar og somnolent. En sier da at pasienten er kommet i terminal fasen. Å avgjøre når pasienten er kommet i denne fasen og beslutte å avslutte livsforlengende eller livsoppholdene behandling vil avhenge av mange faktorer og vil være legens beslutning.

### **2.3 Liverpool Care Pathway (LCP)**

LCP ble utviklet for å overføre den helhetlige omsorgen som den døende og deres pårørende blir møtt med på en lindrende enhet, til også å gjelde andre deler av helsetjenesten. Den har som mål å gi tilnærmet likt tilbud til alle, uansett hvem som er på jobb og uavhengige av diagnose og oppholdssted (Helse Bergen 2010a).

LCP ble i 1990 årene utviklet i et samarbeid mellom Royal Liverpool, Broadgreen University Hospital og Marie Curie Hospice. Planen gir evidensbasert veiledning i forhold til de ulike aspektene ved terminalomsorgen og er utviklet for bruk både i sykehus, på palliative enheter, ved sykehjem og i hjemmesykepleien. Utviklingen av planen foregikk i Storbritannia, men er i dag tatt i bruk i en hel rekke land (Helse Bergen 2010a). I januar 2014 var det 302 registrerte brukersteder av LCP i Norge, fordelt på sykehjem, sykehus og i hjemmesykepleien (Helse Bergen 2014). For at en enhet i Norge skal bli bruker av planen, må den registrere seg hos Kompetansesenteret i lindrende behandling ved Helseregion Vest. Det kreves og at det blir gjennomført undervisning og opplæring (Helse Bergen 2010b).

## Når skal LCP tas i bruk

For å kunne ta avgjørelsen om å sette en pasient på LCP er det viktig at helsepersonell er i stand til å gjenkjenne symptomene på at pasienten er døende. Dette er alltid en kompleks vurdering uansett diagnose og krever et vist kompetansenivå (Ellershaw og Murphy 2011).

Kompetansesenteret i lindrende behandling ved Helse Bergen har gitt ut en kortfattet rettleider for bruk av LCP til helsepersonell. Under følger et utdrag fra denne guiden (Helse Bergen 2013).

Før en beslutter om å sette en pasient på LCP må disse kriteriene være oppfylt:

- Alle mulige reversible årsaker til pasientens tilstand er vurdert.
- Det tverrfaglige teamet er enige om pasienten er døende.

I tillegg vil minst to av følgende kriterier vanligvis være oppfylt. Disse er ment som støtte i vurderingen av om pasienten er døende:

Tabell 1

• Pasienten er sengeliggende
• Pasienten er i lengre perioder ikke kontaktbar
• Pasienten klarer bare å drikke små slurker
• Pasienten kan ikke lengre svelge tabletter

LCP inneholder 3 deler:

**Del 1)** Består av en førstevurdering. Det vil si en nedtegnelse av personalia og diagnoser. Siden foretas det en kartlegging av symptomer og funn. Del 1 består også av ulike delmål som blant annet omfatter vurdering av aktuell medikasjon og å seponere ikke essensiell medikamenter. Behovsmedikasjon til subkutan administrasjon skal skrives opp for følgende symptomer:

Tabell 2

• Smerter
• Uro, agitasjon
• Surkling i luftveiene
• Kvalme og brekninger
• Dyspne

Videre delmål er: Uhensiktsmessige tiltak seponeres. Pasienten og pårørendes innsikt, forståelse og åndelige behov vurderes. De siste delmålene innbefatter spørsmål rundt kommunikasjon med pasient, pårørende.

**Del 2)** Består av fortløpende vurderinger av pågående behandling og pleie. Dette er utformet som et avkrysningskjema. Ved delmålet som for eksempel gjelder smerte, er målet «pasienten er smertefri» Det krysses da av for enten ja eller nei. Er ikke målet oppnådd beskrives tiltak og resultat. De ulike symptomene som er beskrevet punktvis i tabell 2, skal vurderes og dokumenteres hver 4 time. Prosedyrer og behandling som munnstell, vannlatingsbesvær, liggstilling, tarmfunksjon, forståelse/innsikt, åndelig omsorg og ivaretagelse av pårørende vurderes hver 12 time.

Ved tredje dag, etter at LCP er startet, skal pasientens totale situasjon vurderes. Er det tverrfaglige teamet fortsatt enige om at pasienten er døende? De må da diskutere hva som taler for og hva som taler i mot, og konkludere med fortsette eller avslutte LCP. Blir det besluttet å avslutte LCP går pasienten over til ordinær behandling og pleie.

**Del 3)** Omfatter omsorg ved dødsfallet og etter dødsfallet.

## **2.4 Evidensbasert**

I følge Helse Bergen (2010a) sine nettsider, gir LCP evidensbasert veiledning i forhold til ulike aspekt ved terminalomsorgen. Men, hva ligger så i evidensbegrepet?

Nortvedt og Hanssen (2001) beskriver at «Evidence» kan oversettes med ordet «bevis» og har sin opprinnelse i «evidence based medicine» (EBM), og at EBM først ble beskrevet på 1970-tallet av legen Archie Cochrane. Han mente det var for mye uvitenhet blant legene. Dette førte til at «The Cochrane Collaboration» ble stiftet i 1993. De har som mål å gjøre de siste og oppdaterte resultatene fra forskning mer tilgjengelig gjennom databasen «The Cochrane Library». Materialet som blir publisert er nøye og kritisk vurdert etter strenge kriterier.

Kari Martinsen og Jeanne Boge (2004) skriver at selv om det ikke er noe galt med evidensbasert kunnskap og forskning i seg selv, er det viktig å være klar over at denne tilnærmingen, slik all annen kunnskap, har klare begrensinger. Evidenstenkningen opererer med et kunnskapshierarki, der bestemte former for målbar kunnskap blir rangert høyere enn humanetisk kunnskap. Publisering av forskning presses inn i en form der det er lagt stor vekt på metoder og deres tekniske anvendelse, og i liten grad over egen virkelighetsforståelse. Dette får stor konsekvenser for humanetisk forskning som nettopp omhandler innfallsrikt språk og skjønn.

## **2.5 Helsepersonell sin rolle**

Lindrende behandling, pleie og omsorg stiller store krav til sykepleieren (Standard for Palliasjon 2004). Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, samt være kunnskapsbasert. Mange kommuner har fortsatt ikke etablert palliative enheter eller senger, men mottar likevel i stor grad pasienter i palliativ fase. I følge Helsepersonelloven § 4 skal *Helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Sykepleierens grunnlag er respekten for det enkelte menneske liv og iboende verdighet.*

Alvorlig og dødelig sykdom medfører store påkjenninger, ikke bare for pasienten, men også for pasientens familie. De må forholde seg til at den syke stadig blir svakere og til slutt dør. Dette medfører ofte endring av roller, og de utfordringene pårørende opplever kan føre til usikkerhet og hjelpeløshet. Helsepersonells kunnskap om kommunikasjon, det å være en god lytter og gi god informasjon, er derfor viktig (Kaasa 2011).

Hva som er god kommunikasjon avhenger av hensikten med samhandlingen. I mellommenneskelig kommunikasjon ønsker vi ikke bare å formidle meninger og informasjon til hverandre, men handle ut i fra bestemte verdier som vi ønsker å fremme i samhandlingen. Dette kan være blant annet å gi trygghet, åpenhet og å oppnå tillit (Røkenes og Hanssen 2012). Review artikkelen “Benefits of using the Liverpool Care Pathway in end of life care” konkluderer med at bruk av LCP hadde positiv innvirkning på de ansattes tilnærming til temaet kommunikasjon. LCP utfordret deres personlige og profesjonelle oppfatninger om terminalpleie. I kontrast til dette mente studier med

pårørende perspektiv at kommunikasjonene fortsatt var for dårlig (Anderson og Chojnacka 2012).

### **3.0 Metode**

Metoden jeg har valgt for å besvare hensikten i min fordypningsoppgave er en litteraturstudie. En litteraturstudie systematiserer kunnskap, det vil si at jeg søker, samler, vurderer og sammenfatter vitenskapelige originalartikler (Støren 2010), for slik å danne meg ny kunnskap og et godt grunnlag for videre klinisk arbeid (Forsberg og Wengstrøm 2013).

I følge Høgskolen i Molde sine retningslinjer for fordypningsoppgave (2013) skal metoden være så tydelig beskrevet at andre siden skal kunne gjenta den samme undersøkelsen. Det skal heller ikke være påfallende likheter mellom to eller flere oppgaver levert nå eller tidligere. Jeg søkte derfor i Oria.no, på emneordet Liverpool Care Pathway. Ved søket kom det frem to studentoppgaver med dette emneordet i tittelen. I metodediskusjonen vil jeg begrunne hvorfor jeg likevel valgte å gå videre med oppgaven med gjeldende hensikt.

#### ***3.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier***

Inklusjonskriterier:

- Studiene skulle være utført i land som naturlig kan sammenlignes med norske forhold.
- Ikke eldre enn 5 år.
- Originalartikler.
- Være skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk.
- Jeg ønsket primært å inkludere kvalitative artikler.

Eksklusjonskriterier:

- Studier som omhandlet barn.
- Review artikler.
- Artikler som etter å ha lest abstraktene viste seg å ikke oppfylle svar på min oppgaves hensikt.

### **3.2 Datainnsamling**

Etter å ha kommet frem til valgte hensikt leste jeg relevant bakgrunns litteratur. Ved blant annet å lese ulike nettsider fra Helse Bergen angående planen (LCP) dannet jeg meg et godt bilde av LCP i Norge. I tillegg utførte jeg et prøvesøk i OVID Medline for å se om jeg fant relevant forskningslitteratur om temaet LCP. Der fant jeg review artikkelen til Anderson og Chojnacka (2012), som viste seg å være aktuell å bruke. På bakgrunn av fordypningsoppgavens hensikt, bakgrunns litteraturen, Helse Bergen sine nettsider og review artikkelen besluttet jeg å benytte meg av søkeordene: Liverpool Care Pathway, LCP, nurse, experience og perception. Trunkeringstegn ble satt etter stammen av søkeordene for å sikre at alle varianter av ordene ble benyttet.

Avanserte søk ble foretatt i databasene OVID Nursing Full Text Plus, OVID Medline, Embase og Psyc INFO (se vedlegg 1). I de tre første søkene, utført 04.01.14, ble alle emneordene benyttet i kombinasjon med de boolske søkeoperatørene «AND» og/eller «OR». Der «AND» gir et smalere resultat og «OR» gir et bredere resultat (Forsberg og Wengstrøm 2013). På tross av at det her ikke ble satt noen «limits» som for eksempel år og språk viste det seg å gi få treff. Ved gjennomgang av artiklenes titler i de ulike databasene ble det i tillegg funnet mange dubletter. Jeg satt etter dette søket igjen med sju artikler.

Ved neste søk, 06.02.14, valgte jeg kun å benytte meg av søkeordene Liverpool Care Pathway «OR» LCP. Dette er spesifikke ord som jeg først tenkte kun gjaldt som navn på den gjeldende palliative planen. Satte også inn "limits" English language og år 2009-2014. Det viste seg ved gjennomgang av artiklenes titler og abstrakter at LCP også er forkortelser på diverse diagnoser. Jeg valgte derfor ved søket utført 06.02.14 i stedet å bruke «AND» mellom søkeordene. Jeg fikk da færre treff, men i tillegg til flere dubletter fant jeg også to nye artikler.

I databasesøk prosessen ble alle titler og abstrakter systematisk lest. Der det umiddelbart viste seg at disse ikke svarte til litteraturstudiets hensikt, samt inklusjons og eksklusjonskriterier, ble artiklene ekskludert. Aktuelle artikler som lå ute i fulltekst ble skrevet ut, de resterende ble bestilt gjennom BIBSYS. Jeg satt da igjen med ni artikler som skulle kvalitetsvurderes.



I følge Forsberg og Wengstrøm (2013) finnes det ingen regel for antall av studier som må inkluderes. Det beste vil være å finne og inkludere all forskning som er gjort innen temaet, men dette vil av ulike grunner sjelden være mulig. Antallet vil avgjøres på bakgrunn av skolens krav og hvor mange studier forfatteren av litteraturstudie finner. Kravet fra Høgskolen i Molde er minimum ti. Jeg leste derfor i gjennom alle litteraturlister, annen faglitteratur og sendte mail til nettverkskoordinator for LCP i Norge. På denne måten fant jeg en ny artikkel som var relevant og derfor inkludert i litteraturstudien.

### **3.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn**

De ti relevante artiklene fra databasesøk 1, 2, samt fra manuelt søk ble kvalitetsvurdert ved hjelp av sjekklister utarbeidet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006).

De 10 spørsmålene ble vurdert etter disse kriteriene og graderte med «Ja», «Uklart» eller «Nei».

Tabell 3:

Høy kvalitet	Hvis alle eller de fleste kriteriene ble oppfylt
Middels/moderat kvalitet	Der noen av kriteriene ikke er oppfylt eller ikke er tilfredsstillende beskrevet
Mangelfull	Hvis få eller ingen av kriteriene av ble oppfylt

Palliativ medisinsk forskning har mange utfordringer, der i blant etiske (Kaasa 2011). I følge Forsberg og Wengstrøm (2013) bør etiske overveielser ved systematiske litteraturstudier gjøres på bakgrunn av:

- Velge studier som er etisk godkjente
- Gjøre rede for alle de inkluderte studiene
- Presentere alle resultater som enten støtter eller ikke støtter hensikten

I vedlegg 2 er alle de inkluderte studiene gjort rede for. Det vil si at de er presentert med tittel, publiserings år, navn på tidsskrift, land studien er utført, forfattere, hensikt, deltakere/ frafall. Det er i vedlegget også presentert oversikt over godkjenning av etiske

komiteer, refereevurderingsgrad (Nasjonalt samfunnsvitenskapelig datatjeneste 2001) og kvalitetsvurderingen.

### **3.4 Analyse**

Å analysere betyr å dele opp i mindre deler for så å sette dem i sammen i en ny helhet. Det er et krav at analysen beskrives så tydelig at prosessen siden kan følges (Forsberg og Wengstrøm 2013).

Jeg tok utgangspunkt i Forsberg og Wengstrøm (2013) sine fem steg for å strukturere analysearbeidet. Det siste steget innebærer å tolke og diskutere resultatet. Dette er ikke gjort rede for her, men vil bli presentert i henholdsvis resultat og resultatdiskusjon.

**Steg 1) Gjennomlesning:** Alle de inkluderte artiklene ble først gitt hver sitt nummer fra 1 – 10. Dette ble skrevet på artiklenes fremside. For å bli godt kjent med materialet ble alle de inkluderte artiklene lest i sin helhet.

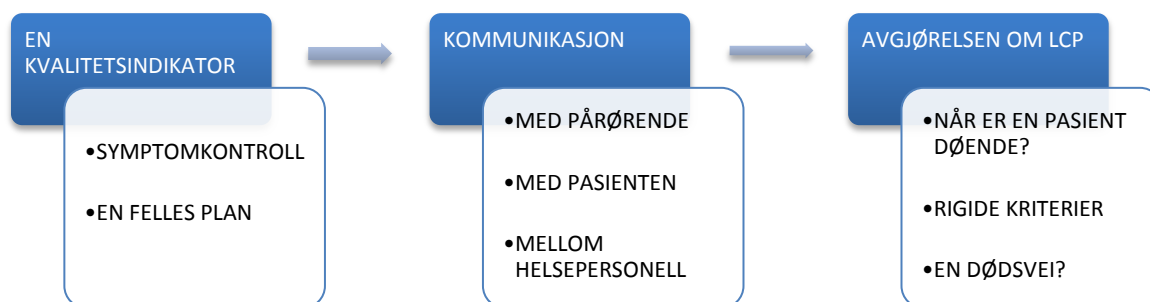
**Steg 2) Koder:** Ved gjennomlesning dannet jeg meg et bilde av hva teksten handlet om. Koder ble notert i margin. Dette var foreløpige koder som jeg mente kunne være gjeldene i forhold til litteraturstudiets hensikt. Disse ble notert forløpende med gråblyant uten tanke for hyppighet av koden, likheter og ulikheter. Alle artiklene ble systematisk gjennomgått på denne måten.

**Steg 3) Kategorier:** De noterte kodene i steg 2 ble nå kondensert. Dette innebar å skrive inn alle kodene i et Word dokument. Jeg skrev også inn artiklenes nummer bak hver enkelt kode. Denne måten ga en god oversikt over hvilke koder som gjentok seg i flere av artiklene. Koder som ikke viste seg i flere av artiklene ble strøket. Jeg så i løpet av dette arbeidet at flere av kodene kunne kondenseres, og på denne måten dannet kodene nå åtte kategorier. Alle de åtte ulike kategoriene ble gitt hver sine farger og funn i artiklene ble streket under med sin tilhørende farge.

**Steg 4) Temaer:** Alle funnene fra de ulike artiklene ble oversatt fra originalspråket til norsk, og skrevet inn i et Word dokument med kategorinavnet som overskrift. Ved å benytte meg av «klipp» og «lim inn» metoden på dataen, ble funn i hver kategori satt sammen etter likheter og ulikheter. Dette innebærer en grundig gjennomgang av funnene.

Under dette arbeidet løftet jeg kategoriene opp og sammenfattet dem under tre hovedtemaer og åtte undertemaer.

Hovedtemaer og undertemaer er her presentert i figur 1:



## **4.0 Resultat**

### **4.1 En kvalitetsindikator**

#### **4.1.1 Symptomkontroll**

Etter implementering av LCP opplevde helsepersonellet at de hadde bedre kontroll i forhold til pasientenes symptomer (Clark et al. 2012a, Clark et al. 2012b, Di Leo 2011, Freemantle og Seymour 2012, Gambles et al. 2006, Jack et al. 2003). Dette gjaldt spesielt i forhold til å avdekke symptomer og behandling av smerte. Som et resultat mente de at pasientene opplevde en bedre terminalfase og død nå, enn før implementeringen (Clark et al. 2012a og Di Leo 2011). Større kunnskap om terminalpleie hadde endret deres tilnærming i forhold til håndtering av pasientenes smerte og de opplevde hyppigere bruk av morfin (Di Leo 2011). « *We underestimated the pain a lot...now a little more manual skills and confidence have changed my attitude...* » (Di Leo 2011, 297).

Dette var ikke tilfelle i Thurston & Waterworth (2012) sin studie. De sa at noe helsepersonell også etter implementering av LCP var tilbakeholden til bruk av morfin som smertelindring. De mente dette kunne komme av frykt for morfin-preparater og for liten kunnskap om dens egenskap.

At LCP innbefattet at legene måtte foreskrive forutseende behovsmedisin (PRN) ble ansett som positivt (Clark et al. 2012a, Di Leo et al. 2011, Freemantle og Seymour 2012, Walker og Read 2010). Dette ble verdsatt av både leger og sykepleiere (Di Leo et al. 2011), og hadde økt kvaliteten i forhold til symptomkontroll (Clark et al. 2012a, Walker og Read 2010).

#### **4.1.2 En felles plan**

LCP ga et evidensbasert rammeverk, en felles plan. Dette var noe av det de fleste fremhevet som positivt med innføringen og bruken av LCP (Clark et al. 2012a, Freemantle og Seymour 2012, Gambles et al. 2006, O'Hara 2011, Walker og Read 2010). Planen ga dem struktur i hva som skulle gjøres og gjorde jobben lettere siden den fungerer som en huskeliste (Clark et al. 2012b, Freemantle og Seymour 2012, Gambles et al. 2006, Jack et al. 2003, O'Hara 2011, Walker og Read 2010). At alle måtte forholde seg til en felles plan forhindret at alle hadde sine egne meninger og fremgangsmåter i forhold til pleien av

pasientene (Clark et al. 2012a, Jack et al. 2003), selv om planen også ga rom for kliniske skjønn (Walker og Read 2010).

En av sykepleierne som jobbet på en palliativ enhet i Gambles et al. (2006) sin studie sa hun var glad de nå hadde LCP og at den var evidensbasert. Hun mente at når man jobber med spesialisert palliativ omsorg kan man ikke være bekjent av å jobbe ut i fra hver enkelt sin erfaring og skjønn. Hun sa det var bra de hadde fått en standardisert plan som var bygget på bakgrunn av forskning. Strukturen og at LCP er metodisk oppbygd ble fremhevet som en stor fordel av mange (Clark et al. 2012a, Clark et al. 2012b, Gambles et al. 2006, Walker og Read 2010).

*It is not rocket science but again, it is an aid memoir; it makes you remember. I think it keeps you on your toes, it makes you methodical and we all need that reinforced from time to time when things are busy* (Gambles et al. 2006, 417).

## **4.2 Kommunikasjon**

### **4.2.1 Med pårørende**

Mange av helsepersonalet mente at kommunikasjon mellom dem og de pårørende hadde blitt bedre etter innføringen av LCP (Clark et al. 2012a, Jack et al. 2003, O'Hara 2011, Thurston og Waterworth 2012) og at det nå var letter å ta initiativ til disse samtalene (Thurston og Waterworth 2012). “...communication improved ...in that we can say `(x) is dying and will die` so it's clear that the families understand...” (Thurston og Waterworth 2012, 503).

LCP ble sett på som et nyttig verktøy siden det gav dem føringer i hva som skulle kommuniseres og formidles, og at det etter samtalen viste dem hvor og hvordan samtalens innhold skulle dokumenteres. De følte at dette ga en god forståelse mellom dem og de pårørende (Gambles et al. 2006, Jack et al. 2003, O'Hara 2011).

I kontrast til dette mente noen av deltakerne i Walker og Read (2010) at LCP hadde hatt liten innvirkning på kommunikasjonen mellom dem og de pårørende, dette fordi de mente at kommunikasjonen og støtten også før implementeringen hadde vært god.

### 4.2.2 Med pasient

Selv om mange av det spurte helsepersonale mente at kommunikasjonene med pasientene hadde forbedret seg noe etter implementeringen av LCP, viste det seg at dette fortsatt ble sett på som utfordrende og vanskelig (Di Leo et al 2011, Freemantle og Seymour 2012, Walker og Read 2010).

*What can I tell the patient who ask me; `Will I die?` Do I answer `Yes`? You have to judge the general situation and behave without being too blunt. Sometimes you try to change the subject. You try to hide your feelings (Di Leo et al. 2011, 299).*

To av artiklene beskrev det å bruke «The Pathway eller LCP» som en metafor for ordet døende og at dette gjorde det å kommunisere om døden lettere (Freemantle og Seymour 2012, Walker og Read 2010).

### 4.2.3 Mellom kollegaer og profesjoner

Mange mente at implementeringen av LCP hadde ført til forbedret kommunikasjonen mellom kollegaer og mellom de ulike profesjonene (Clark et al 2012a, Clark et al. 2012b, Di Leo et al. 2011, O'Hara 2011, Thurston og Waterworth 2012).

*Of course I would say this aspect improved somehow, there is better communication also within our team, there for things surely have improved a lot. I would say the relationship with physicians is good. There`s a relationship of mutual trust and respect, I mean they never doubt what we tell them (Sykepleier i Di Leo et al 2011, 300).*

Å oppnå effektiv kommunikasjon kunne likevel oppleves utfordrende, spesielt der det var mange ulike profesjoner som jobbet sammen. Men implementering av LCP ga dem en felles plattform og et felles språk ved tverrfaglige diskusjoner og førte derfor til vesentlige positive endringer (Clark et al. 2012a, Clark et al. 2012b).

### **4.3 Avgjørelsen om LCP**

#### **4.3.1 Å identifisere den terminale fasen**

Å identifisere når en pasient var i den terminale fasen var utfordrende og vanskelig (Clark et al. 2012a, Dee og Endacott 2011, O'Hara 2011). Dette gjaldt spesielt pasienter som ikke hadde diagnosen kreft. Pasientens alder og holdninger var også innvirkende årsaker (Dee og Endacott 2011). Selv om noen opplevde at målene for pleien var klarere etter implementeringen av LCP, oppsto det fortsatt misforståelser mellom leger og sykepleiere om pasientens terminale status (Clark et al. 2012a). Noen sykepleiere mente det var til stor hjelp at de kjente pasientene godt, siden det var de som hadde den daglige omsorgen og pleien av pasientene (Dee og Endacott 2011).

#### **4.3.2 Rigide kriterier?**

Det kunne oppleves som utfordrende ut i fra LCP sine rigide kriterier å avgjøre om noen skulle settes på planen eller ikke, for eksempel når pasienten fortsatt inntok medisiner, mat og drikke per oralt (Clark et al. 2012b, Dee og Endacott 2011). En av sykepleierne med lang erfaring fra pleie av døende uttalte at man likevel noen ganger brukte erfaringsbasert klinisk skjønn og gikk bort i fra de kvantifiserbare vilkårene (Dee og Endacott 2011).

*I do personally feel that we have been putting them on too early or too late. And I think perhaps the criteria are suspect, like I say a lot of patients could fit one of those (Dee og Endacott 2011, 189).*

#### **4.3.3 En dødsvei?**

Det var viktig at ikke LCP ble oppfattet som en dødsvei (Clark et al. 2012a, Freemantle og Seymour 2012). Noen i Clark et al. (2012a) sin studie hadde oppfatninger om at LCP ble knyttet til eutanasi-begrepet. De uttalte videre at det derfor var viktig at personalet hadde god kunnskap om dødsprosessen og at slike misoppfatninger kom av mangel på kunnskap, forståelse, holdninger og verdier.

## 5.0 Metodediskusjon

### 5.1 *Diskusjon av inklusjon- og eksklusjonskriterier*

Med bakgrunn i min hensikt ønsket jeg å inkludere originalartikler som hadde benyttet seg av kvalitativ metode. Dette fordi jeg ønsket å belyse helsepersonell erfaringer av LCP og kvalitative forskning ansees som godt egnet til å belyse og forstå menneskers erfaringer og oppfatninger. I resultatet ble det inkludert ti artikler fordelt på, sju kvalitative, en casestudie og to som hadde benyttet mixed- metode. Siden jeg i utgangspunktet kun ønsket å inkludere kvalitative data benyttet jeg meg derfor ikke av data fra survey delen av artiklene med mixed- metode. Jeg ser ikke på dette som en svakhet da de kvalitative dataene kom godt frem i begge artiklene.

Det var ved databasesøk få artikler som svarte til min hensikt, noe også review artikkelen til Anderson og Chojnacka (2012) legger til grunn for at de kun har åtte artikler inkludert i sin studie. De begrunner dette med at LCP er en relativt ny plan og i tillegg tar de opp dilemmaet med at forskning på palliasjon er fylt med praktiske og etiske problemstillinger. Jeg antar at dette nok heller er en utfordring i forhold til forskning som inkluderer pasient eller pårørende erfaringer og ikke helsepersonell som i min studie.

I skolens kriterier var det også beskrevet at det ikke måtte være påfallende likhet mellom to eller flere oppgaver levert nå eller tidligere. Jeg søkte derfor på «Liverpool Care Pathway» i søkeportalen Oriano.no og fant to oppgaver. Grunnen til at jeg likevel valgte å skrive oppgaven var at de to andre oppgavene hadde ulik struktur. Disse oppgavene var basert på kun et fåtall artikler og artiklene var i tillegg presenter hver for seg (enkeltvis). De hadde også inkludert en reviewartikkel og en fagartikkel i sitt resultat.

En av inklusjonskriteriene i mitt litteraturstudie var at artiklene skulle komme fra land som naturlig kan sammenlignes med norske forhold. Det er en styrke at alle de inkluderte artiklene kommer fra land som møtte disse kriteriene (England, Italia, Nederland og New Zealand). Men, siden ønsket å se om LCP kunne være aktuelt for min kommune, hadde det mest optimale likevel vært om artiklene kom fra de nordiske landene.



Videre hadde jeg satt som inklusjonskriterier at artiklene skulle være fra de siste fem årene. Det vil si publisert etter år 2009. Dette er overholdt med unntak av to artikler fra henholdsvis 2003 og 2006. Siden jeg vurderte disse til å være meget aktuelle ser jeg ikke på dette som en svakhet, da også majoriteten av artiklene er av svært ny dato.

I eksklusjonskriteriene hadde jeg valgt å se bort fra artikler som gjaldt barn. Helsepersonells erfaring med LCP til døende barn anser jeg som en egen oppgave, og av den grunn har jeg ikke tatt det med.

## **5.2 Diskusjon av datainnsamlingen**

I datainnsamlingen benyttet jeg meg av databasene OVID Nursing Full text Plus, OVID Medline, Embase og Psyc INFO. Nortvedt et al. (2007) anbefaler disse som relevante databaser som publiserer originalartikler. Dette er en styrke, men selv om relevante databaser i hovedsak skal inneholde vitenskapelige artikler, viste de også svært mange avisinnlegg og brev. Dette gjorde at det reelle antall artikler jeg fant i søket begrenset seg ytterligere.

Søkeordene «Liverpool Care Pathway» AND «Nurse» AND «Experience OR Perception» ga relativt få treff. De tre søkene i ulike databaser med denne søkekombinasjonen ga også mange dubletter. På grunn av dette valgte jeg å endre hensikten min til ikke bare å gjelde sykepleier, men alt helsepersonell. På grunn av få treff valgte jeg i de neste søkene kun å bruke søkeordene «Liverpool Care Pathway» AND «LCP». Grunnen til at jeg knyttet ordene sammen med AND, var at forkortelsen LCP også blir benyttet som forkortelse på flere ulike diagnoser. Jeg fikk noen flere treff, men også her mange dubletter. For å finne flere artikler søkte jeg også etter artikler manuelt, og fant der én artikkel. Jeg ser på det som en styrke at jeg ikke bare søkte etter artikler i databasene, men generelt få treff kan tyde på at det ikke er gjort og publisert så mange studier på temaet.

Jeg ser på det som en styrke for litteraturstudien at de inkluderte artiklene belyste LCP i ulike settinger, slik som hospicer, kirurgiske avdelinger, akutt avdelinger og sykehjem. Men, med tanke på at jeg i min bakgrunn ønsket å se om dette kunne være en plan min kommune kunne ha fordel av å implementere, ville det nok være av mer overførbart hvis flere av studiene enten var gjort ved sykehjem eller i hjemmesykepleien. I ettertid tok jeg

et prøvesøk med søkeordene Liverpool Care Pathway, hjemmesykepleie, sykehjem, helsepersonell og fikk da kun ett treff. Dette støtter mitt valg om at det var nødvendig og søke på det spesifikke ordet «Liverpool Care Pathway».

### ***5.3 Diskusjon av kvalitetsvurdering og etiske hensyn***

For å ivareta de etiske aspektene i litteraturstudien har jeg blant annet gjort rede for alle de inkluderte artiklene i oversiktstabellen (vedlegg 2). I tillegg har jeg vært nøye med å gjøre rede for hvilke kilder jeg har brukt i teksten, dette for ikke å fremstille andres funn eller kunnskap som min egen. Alle de inkluderte artiklene hadde gjort grundig rede for hensikten, inklusjonskriteriene, datainnsamlingen, anonymitet til deltakerne og for valg av metode. Det er også en styrke at alle de inkluderte artiklene var godkjent av etiske komiteer.

Nasjonalt kunnskapssenter (2006) har utarbeidet lettforståelige sjekklister, med hjelpetekst som støtte. I forhold til kvalitetsvurdering av artiklene kan det sees på som en svakhet at jeg skrev denne litteraturstudien alene. Det hadde i denne delen av arbeidet vært en styrke om en annen kunne vurdert de samme artiklene uavhengig av meg, for så å sammenligne. Selve arbeidet med vurderingen var ikke så komplisert, men krevde nøyaktighet og var tidkrevende. Denne nøyaktigheten innbefattet blant annet at artiklene måtte leses gjentatte ganger, noe som er en styrke da en blir godt kjent med artikkelen.

Som forsker eller student har vi alle med oss en viss forforståelse. Jeg har en mening om at kvaliteten på den terminal pleien og omsorgen er for tilfeldig, og i noen tilfeller ikke god nok. I tillegg har jeg nok et ønske om at studien om LCP skal gi meg svar på at dette er en plan som kan heve kvaliteten. For å få et nyansert bilde, uten preg av min forforståelse, har jeg derfor vært bevisst på i granskningen av artiklene å belyse alle funn, både de som taler for og de som taler i mot.

Alle de inkluderte artiklene er skrevet på engelsk. Siden dette er et språk jeg ikke bruker daglige er det derfor en fare at jeg kan ha feiltolket noe i teksten. Resultatet er bygd på funn som først er tatt ut fra en enkelt artikkel, for så å bli satt sammen med funn fra andre artikler ut i fra likheter eller ulikheter. Jeg har derfor vært nøye med å lese hele teksten gjentatte ganger før jeg har valgt ut hvilken tekstbit jeg mener gir representative funn og

først da oversatt dem til norsk. For å unngå feiloversettelser har jeg også valgt å skrive alle sitatene ordrett inn i oppgaven på originalspråket.

#### **5.4 Diskusjon av analysen**

For å strukturere analysen valgte jeg å ta utgangspunkt i Forsberg og Wengstrøm (2013) sitt forslag på hvordan en innholdsanalyse kunne gjøres. Denne ble valgt fordi den ga meg god struktur og forståelse for analyse arbeidet og slik gjør det mulig for andre å følge granskningsprosessen.

I steg en valgte jeg å nummerere alle artiklene. Dette har ingen spesiell betydning for andre, men gjorde det hele mer oversiktlig for meg, spesielt i steg tre når jeg skulle finne kategorier. Alle artiklene ble gjennomlest for å gi meg et overordnet inntrykk av artikkelen i sin helhet.

I steg to ble alle artiklene lest igjen. Her dannet det seg koder. Det vil si at jeg hele tiden tok utgangspunkt i litteraturstudien hensikt og så etter koder som besvarte hensikten. Jeg så ikke i dette steget etter likheter eller ulikheter, men streket under alt jeg mente var relevant.

I steg tre ble alle kodene skrevet inn i ett Word dokument. Disse kodene hadde alle fått foreløpige «navn» som for eksempel smerte, og alle artikkelnumrene ble notert bak kodenavnet. På denne måten så jeg at noen koder gjentok seg en mengde ganger, mens noen koder bare var funn fra en enkelt artikkel. Jeg så også i denne prosessen at flere av funnene kunne kondenseres. Det vil si at for eksempel koder som smerte, morfin og forutseende behovsmedisin (PRN) ble kondensert til kategorien symptomkontroll. Dette resulterte i åtte kategorier som fikk hver sin fargekode. All tekst som jeg mente representerte funn for hver enkelt kategori ble i artikkelen streket under med sin respektive farge.

I steg fire ble alle de valgte funnen oversatt til norsk og skrevet inn i ett Word dokument. Jeg valgte å vente med oversettelsen til norsk til dette steget fordi jeg mente det da ville være lettere å unngå feiltolkninger eller feiloversettelser, men som tidligere beskrevet, gir heller ikke dette noen garanti. Alle funnen ble først fortløpende skrevet inn under hver sin

kategori og teksten ble siden satt sammen i det jeg mente var en naturlig rekkefølge ut i fra tanken om likheter og ulikheter. Det kan alltid være fare for at noe blir «borte» når man tar tekstbiter ut av et dokument. Jeg var derfor svært bevisst på dette og derfor påpasselig med hvor mye tekst jeg tok med i fra hvert enkelt funn. Der jeg var i tvil skrev jeg heller inn mer av teksten enn det som kanskje var nødvendig, noe som ga mye materiell å forholde seg til. I dette steget løftet jeg også opp kategoriene der jeg så et mønster og formulerte tre hovedtemaer, med kategoriene som undertemaer. Å finne mønster og hvilke temaer som kunne sammenfattes var greit, men å finne overskrifter formulere en overordnet metafor (Forsberg og Wengstrøm 2013), var mer utfordrende.

Jeg ser på det som en styrke for litteraturstudien, og da spesielt i analysearbeidet, at jeg har tidligere erfaring med denne typen oppgave. Jeg har skrevet systematisk litteraturstudie i bachelorutdanningen og i Videreutdanning i kunnskapsbasert praksis.

## 6.0 Resultatdiskusjon

### 6.1 *God symptomkontroll er nøkkelen*

Mine funn viste at helsepersonell opplevde bedre symptomkontroll etter implementering av LCP (Clark et al. 2012a, Clark et al. 2012b, Di Leo 2011, Freemantle & Seymour 2012, Gambles et al. 2006). Glare, Dickman og Goodman (2011) hevder at bruk av LCP kan forbedre symptomkontrollen. Dette fordi LCP gir helsepersonell en plan for pleie og behandling. En plan som angir spesifikke mål, retningslinje baserte tiltak og et flytskjema som beskriver den forventede og realistiske retningen forløpet vil ta. Men, de understreker også hvor viktig det er med helsepersonells kunnskap både når det gjelder beslutningen om å starte LCP, for deretter gjenkjenne og reagerer hensiktsmessig på pasientens endringer i tilstand.

Kaasa (2011) sier at optimal symptomkontroll i den terminale fasen er av stor betydning. Hospice er kjent for å ha ypperste kvalitet i forhold til symptomkontroll, men kun et fåtall av pasienter dør på denne typen institusjon. (Glare, Dickman og Goodman 2011). I Norge er det pr. 2013 kun etablert fire hospice, disse har i tillegg alle sin beliggenhet på Østlandet (Hospiceforum Norge). For å overføre prinsippene fra hospicene, er det etablert Palliative team og avdelinger i mange sykehus (Kaasa 2011). De palliative teamene har både en undervisende - og rådgivende funksjon oven for helsepersonell i kommunehelsetjenesten. Dette er et gode både for helsearbeiderne og ikke minst for pasientene og deres pårørende. Dessverre kommer ikke dette til nytte for alle grupper alvorlig syke og døende i vårt fylke, da hovedfokuset til de palliative teamene er pasienter med kreft. Dette blir også bekreftet på Helse Møre og Romsdal (2008) sine nettsider der de beskriver sin målgruppe som: «kreftpasienter og pasienter med ALS». Pasienter med andre lidelser er fortsatt majoriteten for oss ute i kommunen og med en slik ordning står både pasientene og helsepersonell uten et slikt tilbud. Dette går også i mot EAPC, verdens helseorganisasjon (Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen 2013) og LCP (Helse Bergen 2010a) sine retningslinjer som sier at palliasjon er for alle med inkurabel sykdom, uansett diagnose.

Clark et al.(2012a) og Di Leo (2011) fremhevet smerte som et av symptomene de mente de hadde fått bedre kontroll på etter implementeringen av LCP. Cicely Saunders lanserte begrepet «total pain». Med det mente hun at smerte må forstås ut i fra den enkelte pasient opplevelse og at det er et sammensatt fenomen som omfattes både fysisk, psykisk, sosiale,

åndelige og eksistensielle forhold (Strømskag 2012). Jeg stiller meg da reflekterende til om LCP sitt avkrysnings skjema er dekkende nok i forhold til dokumentasjon av pasientens smerte. I skjemaet er et av målene «pasienten er smertefri», svares det nei gir LCP føringer for smertebehandling ved hjelp av morfin. Hvordan vil man da stille seg til påstandene om at LCP skal videreføre Hospicene sin tradisjon hvis smerte kun blir sett på og behandlet som, fysisk smerte og ikke Saunder «total Pain».

Legene i Di Leo (2011) mente at implementering av LCP førte til mer kunnskap og hyppigere bruk av morfin. I kontrast til dette mente helsepersonell i Thurston og Waterworth (2012) at de også etter implementeringen av LCP var tilbakeholden angående bruk av Morfin. De antydte at dette kom av frykt relatert til liten kunnskap om opioidens egenskaper. Dette er noe som også en i kommunehelsetjenesten erfarer. Helsepersonell har for lite kunnskap og ikke minst erfaring med bruk av morfin. Simen A. Steindal (2013), har i en studie sett på journalene til 220 pasienter som døde på sykehus. Han konkluderte der med at en av ti pasienter ikke får tilstrekkelig smertelindring. Han sier videre at årsaken til dette kan være at helsepersonell gir for lave doser i frykt for fatale bivirkninger og for å bli beskyldt for aktiv dødshjelp. Steindal mener det kan være til hjelp hvis helsepersonell blir bedre til å dokumentere både pasientens smerte og helsepersonells valg av behandling. Jeg tror at LCP i dette henseendet kan være et godt verktøy, siden man med LCP blir «tvunget» til å observere og dokumentere sine vurderinger og handlinger hver 4 time. Men, en tankevekker er likevel Trier og Rønsen (2013) sin uttalelse:

*Det meste på slutten av livet kan ikke plasseres i kategoriene «ja» eller «nei». Våre erfaringer tilsier at nyansene i mellom er mer relevante, enten vi forholder oss til smerte eller andre forhold (Trier og Rønsen 2013, 84).*

I LCP sine dokumentasjonsskjema (Del 1, Mål 2) er de hyppigst forekomne symptomene beskrevet med tilhørende spørsmål om det er foreskrevet behovsmedikasjon. De er også fulgt opp med avkryssning for ja eller nei. At legene måtte foreskrive forutseende behovsmedikasjon ble sett på som svært positivt i flere av artiklene (Clark et al. 2012a, Di Leo et al. 2011, Freemantle og Seymour 2012, Walker og Read 2010). Dette er også noe jeg selv har erfart i mitt arbeid, på tross av at en på min arbeidsplass ikke har innført LCP. Med mer kunnskap og erfaring er sykepleierne blitt mer pågående ovenfor pasientens fastlege, eller sykehjemmet tilsynslege, og oppfordrer dem til å skrive opp forutseende

medikasjon Dette siden disse symptomene like godt, og erfaringsmessig ofte, kan melde seg til tider der legen ikke kan kontaktes. Vi ser at dette er noe legene selv også har blitt bedre til, også uoppfordret.

## **6.2 En felles evidensbasert tiltaksplan**

Funnene mine viste at mange var enige om at det var bra med en felles plan, og var positive til innføringen av LCP (Clark et al. 2012a, Freemantle og Seymour 2012, Gambles et al. 2006, Jack et al. 2003, O'Hara 2011, Walker og Read 2010).

Trier og Rønsen (2013) stiller seg kritisk til LCP og skriver i sin artikkel at å sikre felles eller lik praksis er noe av det som blir brukt som et argument for å innføre LCP. Videre begrunner de med at LCP som et kvalitetssikringsverktøy bygger på manglende forståelse av viktigheten av den menneskelige relasjonen og at et system aldri er en garanti for det som foregår i det konkrete møtet. De stiller spørsmål om hvor det blir av nyansene når en sykepleier krysser av for at pasientens åndelige/eksistensielle behov er ivaretatt, når pasienten knapt er kontaktbar.

Som helsepersonell må vi ikke tro at vi vet best, at vi vet noe om pasientens eksistensielle behov om hun eller han ikke kan fortelle oss det (Busch og Hirsch 2011). Hvem skal vi da spørre? Å spørre pårørende kan ofte være vanskelig siden temaet knyttet til eksistensielle behov også innad i familien kan oppfattes som privat og ikke inngår som et naturlig samtaleemne. Dette er en tankevekker både for de som har innført LCP, og for alle oss andre.

Planenes utforming som et avkrysnings skjema fanger kanskje ikke opp situasjonsforståelsen, men den metodiske oppbygningen og planenes struktur ble trukket frem i flere av artiklene som positivt (Clark et al. 2012a, Gambles et al. 2006, Walker og Read 2010). Planen fungerte også som en huskeliste (Clark et al 2012b, Freemantle og Seymour 2012, Gambles et al. 2006, O'Hara 2011, Walker og Read 2010). Dette kan kanskje være til stor nytte for de som ikke daglig jobber med pasienter i terminalfase. Med mange pleiere i små stillinger er det ofte tilfeldighetene som avgjør hvem som er på jobb de dagene en pasient går inn i den siste fase av livet, og en huskeliste kan da være et godt verktøy.

To av artiklene trakk også frem at en felles plan forhindret at alle de involverte skulle komme med sine egne meninger og fremgangsmåter i forhold til pleien av pasienten (Clark et al. 2012a, Jack et al. 2003), mens Walker og Read (2010) fremhevet at det likevel gir rom for klinisk skjønn. Dette kan sees på som både positivt og negativt. Det er klart at om «alle skal gjøre det på sin måte» kommer en i den situasjonen som jeg opplever som et problem. Pleien blir gitt ut i fra hvem som er på vakt, basert på deres egen kunnskap og erfaring. En felles plan kan gi god struktur og pasientene lik behandling uten at tanken om pasienten som et unikt individ forsvinner. Selv om hver enkelt pasient er unik, deler de likevel nok til at en felles plan kan være et nyttig redskap.

At LCP blir presentert som en felles plan og evidensbasert tiltaksplan innebærer at den skal representere «best practice». Anderson og Chojnacka (2012) sin systematiske litteraturgjennomgang hadde som mål å undersøke om døende fikk bedre pleie ved livets slutt med bruk av LCP. Selv om resultatet av denne studien sa at pleien på noen områder var blitt bedre, anbefalte de mer forskning før en kunne komme med konklusjoner. De konkluderte med at det var gjort for få studier av god kvalitet og i tillegg var det behov for uavhengig forskning siden mange av studiene var utført av eller i samarbeid med miljøer som har vært med på å utarbeide planen. Randomiserte kontrollerte studier er i evidens ansett som høyest rangert, slike studier anbefales likevel ikke innen terminalomsorg. Anderson og Chojnacka (2012) anbefaler at flere kvantitative studier av god kvalitet blir gjennomført for å bidra til avgjørelsen om LCP skal implementeres eller ikke. Kvalitative studier som jeg har valgt til min litteraturstudie er i evidenshierarkiet sett på som lavt rangert. Jeg stiller meg noe undrende til denne rangeringen av kunnskap, da kvantitative studier, som er høyere rangert, kun gir oss kunnskap om LCP sin effekt og sier ingen ting om mennesker opplevelse og erfaring med LCP. Jeg anser at innsikt i menneskers erfaringer kan styrke de kvantitative funnene og slik gjøre forskningen mer komplett.

### ***6.3 De avgjørende samtalene***

Funnene mine viste videre at majoriteten av informantene i artiklene som danner resultatet i litteraturstudien mente kommunikasjonen både mellom helsepersonell, pasient og pårørende hadde bedret seg etter implementering av LCP (Clark et al 2012a, Clark et al. 2012b, Dee og Endacott et al. 2011, Freemantle og Seymour 2012, O'Hara 2011, Thurston



og Waterworth 2012, Walker og Read 2010). Dette blir av Wilkinson (2011) også trukket frem som et av hovedpunktene for hvordan man skal oppnå suksess med LCP. Videre skriver hun at dårlig kommunikasjon kan føre til angst, frustrasjon og missfornøydhet, og at effektiv kommunikasjon oppnås best ved toveis kommunikasjon i tillegg til at pasienten er fullt informert om sin sykdom, behandling, og hvilke prognoser han/hun står ovenfor. Å gi pasienten informasjon er også en plikt en som helsepersonell har i følge Pasientrettighetsloven § 3-2.

Selv om studiene viste at kommunikasjonen hadde blitt bedre, og at de med LCP følte at det var letter å ta initiativ til samtaler (Thurston og Waterworth 2012, Jack et al. 2003) oppsto det i 2012 og 2013 massiv kritikk i den britiske pressen rundt bruken av LCP (Trier og Rønsen 2013). Mye av denne kritikken gikk på mangelfull kommunikasjon og informasjon vedrørende bruk av LCP. Kritikken kom i fra pårørende som hadde vært uvitende om at pasienten var sett på som døende, at pasienten var satt på LCP og hva LCP innebar. De pårørendes opplevelse støttes og av Anderson og Chojnacka (2012) som i sin review artikkel konkluderte med at det ikke var noen statistisk signifikante resultater for at kommunikasjonen med pårørende ble bedre med LCP.

Medienes makt er stor og man kan godt forstå reaksjonen som kom etter overskrifter som: «Half of those on Liverpool Care Pathway never told» (Donnelly 2012). Slik sett kan det avvikende resultatet fra min litteraturstudie diskuteres opp i mot kritikken i britisk presse og Anderson og Chojnacka (2012) sin artikkel. En mulig forklaring kan kanskje være at kritikken kommer fra Engeland, mens flere av artiklene kommer fra Italia og New Zealand. En mer sannsynlig årsak kan være at det i min litteraturstudies artikler ble spurt etter helsepersonells erfaringer, mens kritikken kommer fra et pårørendeperspektiv. Angående reviewartikkelen kan det virke som om de kun har lagt en enkeltstudie til grunn for konklusjonen, denne er også bygd på resultat fra en spørreundersøkelse av 271 pårørende.

Kommunikasjon med pasienter opplevdes av flere som utfordrende (Di Leo et al. 2011, Freemantle og Seymour 2012, Walker og Read 2010) og siden det å snakke om døden var vanskelig brukte noen LCP som en metafor for døden (Freemantle og Seymour 2012, Walker og Read 2010). I reviewartikkelen, More Care -less Pathway (Neuberger, Baroness Julia et al. 2013), konkluderes det med at navnet LCP blir for mange pasienter og

pårørende oppfattet som villedende. «A Pathway» er på engelsk betegnelsen på en vei som fører et sted, noen forbinder det da med en vei til døden. Siden dette kan skape angst og misforståelser har artikkelforfatterne derfor anbefalt at navnet må endres. Dette er også noe som siden er besluttet her i Norge (Helse Bergen 2014).

Mange mente at kommunikasjon mellom helsepersonell hadde forbedret seg etter implementeringen av LCP (Clark et al. 2012a, Clark et al. 2012b, Di Leo et al. 2011, O'Hara 2011, Thurston og Waterworth 2012), men at det fortsatt var utfordringer spesielt der det involverte mange ulike profesjoner (Clark et al. 2012a). Konflikter kan oppstå når fagfelt eller roller overlapper hverandre. Når en pasients tilstand forverrer seg kan det oppstå meningsforskjeller både mellom samme profesjon og mellom ulike profesjoner. Noen vil gjerne fortsett å behandle pasienten, mens andre vil avslutte aktiv behandling (Wilkinson 2011). Når slike situasjoner oppstår er det viktig at de involverte setter seg ned og samtaler om uenighetene. Dette krever god kommunikasjonsferdighet og evne til å se andres ekspertise uansett profesjon. Mange ganger er det sykepleierne, som hver dag ser og pleier pasienten, som kjenner pasienten best. Legen som kanskje ikke har fulgt pasienten tett, må komme med sin medisinske kunnskap og sammen med sykepleiernes observasjoner må de komme til en faglig fornuftig enighet. Det er selvsagt viktig at også pårørende og pasienten, om mulig, blir hørt i disse sakene.

#### ***6.4 Kan døden beregnes etter satte kriterier?***

Funnene i min studie viste til at mange fant det utfordrende å identifiserer tidspunktet for når en pasient var døende (Clark et al. 2012a, Dee og Endacott 2011, O'Hara 2011). I behandlingsmotiverte samfunn er det en stor utfordring å avslutte livsforlengende eller livsoppholdene behandling på riktig tidspunkt (Kaasa 2011). Det er krevende å fastslå at en pasient er døende, men det er likevel viktig å stille diagnosen fordi dette vil få konsekvenser for de pårørende, for institusjonen og for behandlingsintensiteten. Pårørende må få informasjon for å være forberedt, for å prioritere og for å forberede seg på å ta avskjed. At pasienten er døende må formidles med forsiktighet og empati, men likevel med stor nok grad av tydelighet. Det er også viktig at alle involverte helsepersonell formidler den samme informasjonen og er enige i hvilke prosedyrer som skal følges (Kaasa og Loge 2011).

Grunnleggerne av LCP erkjenner denne utfordringen og har derfor i versjon 12 av LCP utarbeidet en algoritme som hjelp for å stille diagnosen. Før man stiller seg spørsmålet om pasienten er døende er det viktige å stille seg spørsmålet: Finnes det potensielle reversible årsaker til pasientens tilstand eks opioide forgiftning, nyresvikt, hyperkalsemi eller infeksjoner. I tillegg skal man kunne støtte seg til punktene i Tabell 1 (side 5). For noen av deltakerne i kunne disse kriteriene oppleves som rigide (Clarke et al. 2012b, Dee og Endacott 2011) og en av sykepleierne sa at hun likevel brukte sin erfaring og kliniske skjønn (Dee og Endacott 2011). Klinisk erfaring og skjønn bør alltid være et bærende element i all diagnostikk, behandling av pasienter i palliativ fase (Kaasa og Loge 2011). Mennesker kan ikke settes inn i «bokser». Med en «døende pasient» tenker nok de fleste av oss at de kan passe inn i en eller flere av kriteriene i Tabell 1, men med erfaring ser vi at det kan være store individuelle forskjeller. Hvor lenge en dødsfase varer vil også kunne avhenge av pasientens alder og diagnoser.

### **6.5 Er LCP eutanasi?**

Noen av de deltakende helsepersonell sa det var viktig at LCP ikke ble oppfattet som en dødsvei (Clark et al. 2012a, Freemantle og Seymour 2012). Dette kom kanskje som følge av at britisk presse omtalte LCP som «the death way» (Groves, Martin og Doughty 2012). Sammen med misfornøyde pårørende kom det også frem at sykehusene fikk en egen takst for hver pasient der det var benyttet LCP. Denne koblingen med LCP og utbetaling av penger ble av enkelte oppfattet som en form for aktiv dødshjelp som sykehusene benyttet for å frigjøre flere senger. Over 1000 helsepersonell fortvilte og laget et protestskriv der de hevdet at LCP var et godt verktøy som sikret en verdig måte å dø på (Trier og Rønsen 2013).

Aktiv dødshjelp blir ofte forbundet med begrepet eutanasi. En av sykepleierne og en av legene i Clark et al. (2012a) sin studie fortalte om sin bekymring over at noen pleiere hadde en oppfatning om at terminalpleie var knyttet til eutanasi. Behandling og pleie av pasienter i livets slutt utfordrer helsepersonell på mange måter. I mediene dukker dette temaet opp og da spesielt i forbindelse med en pasient som ikke har fått god nok palliativ pleie (Materstvedt et al. 2011). Det eksisterer mye uklarhet rundt begrepet eutanasi og da etter min erfaring i forbindelse med bruk av opioider. Thorns og Garrard (2011) spør: Om en pasient er døende og det settes for eksempel morfin for å lette hans smerte og han få minutter etter dør, er det da eutanasi? Dette er nok noe flere av oss erfart, og kanskje gått

hjem fra endt vakt med en vond følelse. Om en da i tillegg får beskyldninger fra pasientens pårørende, kan det oppleves enda tyngrer. Tilegner en seg som helsepersonell gode kunnskap om dødsprosessen og medikamentene som brukes i den forbindelse, skaper det en bedre profesjonell holdning til palliasjon. Kunnskap gir også bedre selvtillit. En kan da bedre informere pasient og pårørende, og slik unngå usikkerhet og misoppfatning.

## **7.0 Konklusjon**

Den systematiske litteraturstudien viste at helsepersonell etter implementering av LCP opplevde at de hadde bedre kontroll i forhold til å avdekke og behandle pasientenes symptomer. Dette gjaldt spesielt fenomenet smerte. De opplevde det som positivt å ha en felles plan å forholde seg til. Selv om kommunikasjon med pasienter rundt temaet døden opplevdes som utfordrende og vanskelig, ble LCP sett på som et nyttig verktøy som fremmet kommunikasjonen både mellom helsepersonell og pasient/pårørende, samt mellom helsepersonell generelt. Å identifisere tidspunktet for når en pasient var døende var for mange utfordrende, og kriteriene LCP planen beskrev var for noen sett på som rigide. Det var viktig at ikke LCP ble sett på som en dødsvei eller ble forbundet med eutanasi begrepet.

### ***7.1 Konsekvenser for praksis og anbefaling for videre forskning***

I forhold til en eventuell implementering av LCP i min egen praksis, tror jeg de største utfordringene ville kommet i form av motstand mot å innføre noe nytt. Et omfattende system kan som kjent være vanskelig å endre om man står alene, men med økt kunnskap både gjennom videreutdanningen og i arbeidet med å skrive litteraturstudien er motivasjonen for å arbeide frem en høyere kvalitet tilstede. På min arbeidsplass hadde en nok hatt stor nytte av en slik plan, men det hadde krevd god informasjon og opplæring. Siden LCP er basert på tverrfaglig samarbeid, hadde det selvsagt vært avgjørende å få legene med på laget. Slik også jeg ser det er kriteriene for når en pasient er døende og ut i fra disse beslutte oppstart av LCP, noe rigide. Innføres det en plan som er så skjematisk som LCP er det fortsatt viktig at en beholder skjønnet. Under arbeidet med databasesøk så jeg at majoriteten av artiklene var basert på studier gjort på sykehus og ved hospice/palliative enheter. Jeg anbefaler videre forskning på LCP ved sykehjem og i hjemmebasert omsorg, og savner studier gjort i Norge.

## Litteraturliste:

Anderson, Annie og Irena Chojnacka. 2012. Benefits of using the Liverpool Care Pathway in end of life care. *Nursing Standard* 26(34): 42-50

Busch, Christian Juul og Anne Hirsch. 2011. Eksistensiell og åndelig omsorg. Stein Kaasa (red.) *I Palliasjon – Nordisk lærebok*. 2 utg. Oslo: Gyldendal

Clark, Jean, Bridget Marshall, Karen Sheward og Simon Allan. 2012a. Staff perception of the impact of the Liverpool Care Pathway in aged residential care in New Zealand. *International Journal of Palliative Nursing* 18(4): 171-178

Clark, Jean, Karen Sheward, Bridget Marshall og Simon Allan. 2012b. Staff perceptions of End-of- Life Care following Implementation of the Liverpool Care Pathway for the Dying Patient in the Acute Care Setting: A New Zealand Perspective. *Journal of Palliative Medicine*, 15(4) 468-473

Dee, F. J., og R. Endacott. 2011. Doing the right thing at the right time. *Journal of Nursing Management* 19: 186-192

Di Leo, Silvia, Monica Beccaro, Stefania Finelli, Claudia Borreani og Massimo Costantini. 2011. Expectations about and impact of the Liverpool Care Pathway for the dying patient in an Italian hospital. *Palliative Medicine* 25(4): 293-303

Donnelly, Laura. 2012. Half of those on Liverpool Care Pathway never told. *The Telegraph*. Tilgjengelig fra: <http://www.telegraph.co.uk/health/healthnews/9716418/Half-of-those-on-liverpool-care-pathway-never-told.html> (lest 01.04.14).

ECON. 2009. Bemanning i kommunal pleie og omsorg, Econ-rapport nr. 2009-072. <https://www.sykepleiefrobundet.no/ikbViewer/content/260465/GLU%20Bemanning%20i%20kommunal%20pleie%20og%20omsorg.pdf>.

Ellershaw, John og Deborah Murphy. 2011. What is Liverpool Care Pathway for the Dying Patient (LCP)? John Ellershaw og Susie Wilkinson (red.) I *Care of Dying: A Pathway to Excellence*. 2 utg. New York: Oxford University Press

Forsberg, Christina og Yvonne Wengstrøm. 2013. *Att göra systematiska litteraturstudier: vurdering, analys och presentasjon av omvårdnadsforskning*. 2 utg. Falkenberg: Bokforlaget Natur og Kultur

Freemantle, Alison og Jane Seymour. 2012. Why is the Liverpool Care Pathway used for some dying cancer patients and not others? *Freemantle and Seymour BMC Research Notes* 5: 524

Glare, Paul, Andrew Dickman og Margareth Goodman. 2011. Symptom control in care of the dying. John Ellershaw og Susie Wilkinson (red.) I *Care of Dying: A Pathway to Excellence*. 2 utg. New York: Oxford University Press

Gambles, Maureen, Susan Stirzaker, Barbara A. Jack og John E. Ellershaw. 2006. The Liverpool Care Pathway in hospices: an exploratory study of doctor and nurse perceptions. *International Journal of Palliative Nursing* 12(9): 414-421

Groves, Jason, Daniel Martin og Steve Doughty. 2012. 60 000 patients put on the death pathway without being told, but minister still says controversial end-of-life plan is "fantastic". *Mail Online*. <http://www.dailymail.co.uk/news/article-2255054/60-000-patients-death-pathway-told-minister-says-controversial-end-life-plan-fantastic.html> (lest 01.04.14).

Helse Bergen. 2010a. *Liverpool Care Pathway*. <http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/klb/Sider/liverpool-care-pathway.aspx> (lest 08.01.14)

Helse Bergen. 2010b. *Registreringspakke*. [http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/klb/Documents/LCP/Registeringspakke\\_LCP.pdf](http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/klb/Documents/LCP/Registeringspakke_LCP.pdf) (lest 08.01.14).

Helse Bergen. 2013. *Kortfatta rettleiar for bruk av LCP til helsepersonell*.  
[http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/klb/Documents/LCP/Guide\\_tiltaksplan\\_omsorg\\_til\\_doende.pdf](http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/klb/Documents/LCP/Guide_tiltaksplan_omsorg_til_doende.pdf) (lest 08.01.14).

Helse Bergen. 2014. *Nyhetsbrev*.  
[http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/klb/Documents/LCP/1-LCP\\_nyhetsbrev\\_2014.pdf](http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/klb/Documents/LCP/1-LCP_nyhetsbrev_2014.pdf) (lest 05.05.14).

Helse Møre og Romsdal. 2008. *Palliativ team Ålesund*. [www.helse-mr.no/no/Omoss/Organisering/klinikkar/klinikk-for-medisin/kreftavdelinga/Behandlingseiningar/Palliativt-team-Alesund/113318/](http://www.helse-mr.no/no/Omoss/Organisering/klinikkar/klinikk-for-medisin/kreftavdelinga/Behandlingseiningar/Palliativt-team-Alesund/113318/)  
(lest 08.01.14).

Helsedirektoratet. 2013. *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen-/Sider/default.aspx> (lest 16.04.14).

Helsepersonelloven. LOV-199-07-02-64. *Lov om helsepersonell §4*. <http://www.lovdatab.no>  
(Lest 08.01.14)

Hospiceforum Norge. *Hospicetilbud i Norge*. [www.hospiceforum.no](http://www.hospiceforum.no). (lest 16.04.14).

Høgskolen i Molde. 2013. *Retningslinjer for Fordypningsoppgave VAD 750*.

Jack, Barbara A, Maureen Gambles, Deborah Murphy, John E Ellershaw. 2003. Nurses' perceptions of the Liverpool Care Pathway for the dying patient in the acute hospital setting. *International Journal of Palliative Nursing* 9(9): 375-381

Kaarbø, Elsa. 2010. End-of-life in two Norwegian nursing homes: family perceptions. *Journal of Clinical Nursing*. 20: 1125-1132

Kaasa, Stein (red.) 2011. *Palliasjon – Nordisk lærebok*. 2 utg. Oslo: Gyldendal



Kaasa, Stein og John Håvard Loge. 2011. Diagnostikk innen palliasjon- en generell innføring. Stein Kaasa (red.) *I Palliasjon – Nordisk lærebok*. 2 utg. Oslo: Gyldendal

Kunnskapssenteret. 2006. *Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar*.

<http://www.kunnskapssenteret.no/verkt%C3%B8y/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartiklar> (Lest 18.02.14).

Martinsen, Kari og Jeanne Boge. 2004. Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie. *Tidsskriftet Sykepleien* 92(13):58-62

Materstvedt, Lars Johan, Reidun Førde, Stein Kaasa og Petter C. Borchgrevink. 2011. Eutanasi. Stein Kaasa (red.) *I Palliasjon – Nordisk lærebok*. 2 utg. Oslo: Gyldendal

Neuberger, Baroness Julia, David Aaronovitch, Tony Bonser, Denise Charlesworth – Smith, Dr. Dennis Cox, Lord Charles Guthrie, Lord Khalid Hameed, Lord Harries of Pentregarth, Emily Jackson og Sarah Waller. 2013. *More care- less pathway – A review of the Liverpool Care Pathway*.

[https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/212450/Liverpool\\_Care\\_Pathway.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/212450/Liverpool_Care_Pathway.pdf)

Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste. 2014. *Publiseringskanalar*.

<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanalar/Forside> (Lest 15.03.14).

Nortvedt, Monica og Tove Aminda Hanssen. 2001. Evidensbasert sykepleie. *Tidsskriftet Sykepleien*. 89(16): 59-61

Nortvedt, Monica, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reinart. 2007. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleie*. Oslo: Norsk Sykepleieforbund

O'Hara, Tina. 2011. Nurses' views on using the Liverpool Care Pathway in an acute hospital setting. *International Journal of Palliative Nursing* 17(5): 239-244

Oria.no. *Søkemotor for bibliotekets samlede ressurser*. [www.oria.no](http://www.oria.no) (lest 08.01.14).

Pasientrettighetsloven. 2004. *Lov om pasientrettigheter*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet

Røkenes, Odd Harald og Per-Håvard Hanssen. 2012. *Bære eller bryte – Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget

Standard for palliasjon. 2004. *Norsk forening for palliativ medisin*. Oslo: Den Norske Lægeforening. [http://www.legeforeningen.no/asset/24404/2/24404\\_2.pdf](http://www.legeforeningen.no/asset/24404/2/24404_2.pdf) (lest 06.01.14).

Statistisk sentralbyrå. 2014. *Antall døde i 2013*. [www.ssb.no/dode/](http://www.ssb.no/dode/) (lest 20.02.14).

Steindal, Simen Alexander. 2013. *Symptoms, clinical signs, and treatment of hospitalised patients in the last three days of life – healthcare workers' documentation*.

Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo

Stortinget. 2010-2011. *Representantforslag - om en fremtidsplan for å sikre en valgfri og verdig eldreomsorg for alle*.

[www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/2010-2011/dok8-201011-155/5/](http://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/2010-2011/dok8-201011-155/5/) (lest 06.04.14).

Stortingsmelding nr.47. 2008- 2009. *Samhandlingsreformen: Rett behandling-på rett sted-til rett tid*.

[www.regjeringen.no/pages/22063747/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf](http://www.regjeringen.no/pages/22063747/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf)

(lest 14.04.14).

Strømshag, Kjell Erik. 2012. *Og nå skal jeg dø – Hospicebevegelsen og palliasjonens historie i Norge*. Oslo: Pax Forlag

Støren, Ingeborg. 2010. *Bare søk!* Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Thorns, Andrew og Eve Garrard. 2011. *Ethical issues in care of the dying*. . John Ellershaw og Susie Wilkinson (red.) *I Care of Dying: A Pathway to Excellence*. 2 utg. New York: Oxford University Press

Thurston, Jenny og Susan Waterworth. 2012. "Making sense": nurses' experiences of changing practice in caring for dying patients in New Zealand, *International Journal of Palliative Nursing* 18(10): 500-507

Trier, Ellen Lykke og Astrid Rønsen. 2013. Liverpool Care Pathway – en forhandling mellom to tradisjoner?.

*Omsorg – Norsk tidsskrift for palliativ medisin* 2:81-85. Bergen: Fagbokforlaget

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

Wilkinson, Susie. 2011. Communication in care of the dying. John Ellershaw og Susie Wilkinson (red.) I *Care of Dying: A Pathway to Excellence*. 2 utg. New York: Oxford University Press

## ***Vedlegg 1: Tabell over databasesøk***

### **Søk 1:**

Dato	Database	#	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler (Dubletter)
04.01.14	OVID Nursing Full Text Plus	1	Liverpool Care Pathway	71			
		2	Nurse*	218708			
		3	Experience*	60402			
		4	Perception*	21721			
		5	3 or 4	76611			
		6	2 and 5	30114			
		7	1 and 6	7	7	6	4

Dato	Database	#	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler (Dubletter)
04.01.14	OVID Medline 1946-2014	1	Liverpool Care Pathway	106			
		2	Nurse*	256619			
		3	Experience*	626164			
		4	Perception*	274635			
		5	3 or 4	871819			
		6	2 and 5	36301			
		7	1 and 6	11	8	8	3 (4)

Dato	Database	#	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler (Dubletter)
04.01.14	Embase	1	Liverpool Care Pathway	174			
		2	Nurse*	199425			
		3	Experience*	675317			
		4	Perception*	206926			
		5	3 or 4	849924			
		6	2 and 5	38330			
		7	1 and 6	14	9	8	0 (5)

**Søk 2:**

Dato	Database	#	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler (Dubletter)
06.02.14	OVID Nursing Full Text Plus	1	Liverpool Care Pathway	71			
		2	LCP	50			
		3	1 and 2	33			
		4	Limit 3 to (english language and yr = 2010 – current)	19	18	8	1 (4)

Dato	Database	#	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler (Dubletter)
06.02.14	Psyc INFO 2002 - 2014	1	Liverpool Care Pathway	19			
		2	LCP	55			
		3	1 and 2	12			
		4	Limit 3 to (english language and yr = 2010 – current)	8	8	4	1 (1)

En artikkel ble funnet ved hjelp av manuelt søk.

## Vedlegg 2: Oversiktstabell

Forfatter, År, Land, Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/ Instrument	Deltakere/ Frafall	Hovedfunn	Etiske vurderinger	Kvalitet (Refereevurdert grad)
1. Clark, J. Marshall, B. Sheward, K. Allan, S.  2012a  New Zealand  <i>International Journal of Palliative Nursing</i>	Staff perceptions of the impact of the Liverpool Care Pathway in aged residential care in New Zealand	Å beskrive de ansattes oppfatninger av hvilken virkning LCP har for omsorgen av den døende pasient	Mix metode (suey, fokusgruppe, individuelle intervju).  Kvantitativ og kvalitativ	5 sykepleiere og 9 helsefagarbeider i fokusgruppen.  3 leger, 1 sykepleier, 1 leder i intervju.	De beskrev at innføring av LCP ga fordeler både for pasienten, familien og de ansatte. - Bedre symptom kontroll - Bedre kommunikasjon og samarbeid - Å endre dokumentasjonen var utfordrende.	Studien var godkjent av: Central Regional Ethics Committee.	Middels  (1)
2. Clark, J. Sheward, K. Marshall, B. Allan, s.  2012b  New Zealand  <i>International Journal of Palliative Medicin</i>	Staff perceptions of End-of-Life Care following Implementation of the Liverpool Care Pathway for the Dying Patient in Acute Care Setting: A New Zealand Perspective	Å utforske helsepersonell opplevelser av pleien etter innføring av LCP	Mixed-metode  Fokusgruppe intervju  Kvantitativ og Kvalitativ	9 sykepleier deltok	De spurte mente at end-of-life pleien generelt hadde blitt bedre med LCP. Kommunikasjon om død og det å være døende forbedret seg.	Studien var godkjent av: Central Regional Ethics Committee.	Middels  (1)

<p>3. <i>Dee, J.F</i> <i>Endacott, R.</i>  2011  <i>England</i>  <i>Journal of Nursing Management</i></p>	<p>Doing the right thing at the right time</p>	<p>Å indentifisere faktorer som muliggjør eller hindrer de ansatte i å beslutte tidspunktet for «når pasienten er døende» og derfor «når starte med LCP».</p>	<p>En fenomenologisk studie med Semi strukturerte intervjuer.  Kvalitativ</p>	<p>5 sykepleiere og 5 leger</p>	<p>Både leger og sykepleiere så det som utfordrende å ta avgjørelsen om tidspunktet for å sette en pasient på LCP. Kommunikasjon ble sett å som utfordrende.</p>	<p>Studien var godkjent av: The Local Research Ethics Committee.</p>	<p>Høy  (1)</p>
<p>4. <i>Di Leo, S.</i> <i>Beccaro, M.</i> <i>Finelli, S.</i> <i>Borreani, C.</i> <i>Costantini, M</i>  2011  <i>Italia</i>  <i>Palliative Medicin</i></p>	<p>Expectations about and impact of the Liverpool Care Pathway for the dying patient in an Italian hospital</p>	<p>Å utforske hvilke forventninger og innvirkninger innføringen av LCP har på helsepersonell.</p>	<p>Fokusgrupper. Intervjuet både før og etter implementering av LCP  Kvalitativ</p>	<p>9 sykepleiere og 6 leger.</p>	<p>Sykepleierne så stor nytte av pro re nata medikamenter, men understreket at mangelen på tid og personell som vanskelig.  Kommunikasjonen med pårørende og mellom personell hadde bedret seg etter innføringen av LCP</p>	<p>Studien var godkjent av: The Ethical Committee of the National Cancer Institute of Genoa</p>	<p>Høy  (1)</p>

<p>5. <i>Freemantle, A. Seymour, J.</i> 2012 <i>England</i> <i>BMC Research Notes</i></p>	<p>Why is Liverpool Care Pathway used for some dying cancer patients and not others?</p>	<p>Å undersøke årsaker til at noen pasienter med kreft ble valgt til å settes på LCP, og noen ikke</p>	<p>Case studie, og individuelle intervjuer  Kvalitativ</p>	<p>7 sykepleier og 4 leger</p>		<p>Studien var godkjent av: UK National Research Ethics Service og NHS Hospital Trust Research and Development Department</p>	<p>Middels  (1)</p>
<p>6. <i>Gambles, M. Stirzaker, S. Jack, B.A. Ellershaw, J. E.</i> 2006 <i>England</i> <i>International Journal of Palliative Nursing</i></p>	<p>The Liverpool Care Pathway in hospices: an exploratory study of doctor and nurse perceptions</p>	<p>Å utforske leger og sykepleiere, ansatt på et hospice, sin oppfatning av LCP sin innflytelse på pleien.</p>	<p>Semi-strukturerte intervjuer.  Kvalitativ</p>	<p>8 sykepleiere og 3 leger.</p>	<p>På tross av noe skepsis ved introduksjon av LCP mente de at LCP var et verdifullt verktøy. - Bedret dokumentasjon - Kontinuitet i pleien - Bedre kommunikasjon - Fremmer samarbeid med Pårørende</p>	<p>Studien var godkjent av: The Local Research Ethics Committee.</p>	<p>Høy  (1)</p>



<p><b>7.</b> Jack, B. A. Gambles, M. Murphy, D. Ellershaw, J. E.  2003  England  <i>International Journal of Palliative Nursing</i></p>	<p>Nurses' perceptions of the Liverpool Care Pathway for the dying patient in the acute hospital setting.</p>	<p>Å utforske sykepleiere sin opplevelse av LCP sin innvirkning på pleien.</p>	<p>Fokusgruppe intervju  Kvalitativ</p>	<p>15 sykepleiere</p>	<p>Sykepleier mente generelt at LCP hadde en positiv innvirkning både for pasient, pårørende, sykepleierne og legene.</p>	<p>Studien var godkjent av etisk komité.</p>	<p>Høy  (1)</p>
<p><b>8.</b> O' Hara, T.  2011  England  <i>International Journal of Palliative Nursing</i></p>	<p>Nurses' views on using the Liverpool Care Pathway in an acute hospital setting</p>	<p>Å utforske sykepleiere sin opplevelse av å benytte seg av LCP for den døende pasient på en akutt avdeling på sykehus.</p>	<p>Fokusgruppe intervju  Kvalitativ</p>	<p>6 sykepleiere og 6 spesialsykepleiere (trent i palliasjon og LCP)</p>	<p>Sykepleierne rapporterte om at de hadde fått bedre selvtillit i forhold til pleie og omsorg for døende.  Dette ga økt kvalitet i pleien.</p>	<p>Studien var godkjent av: Cambridgeshire Research Ethics Committee.</p>	<p>Middels  (1)</p>

<p><b>9.</b> Thurston, J Waterworth, S 2012 New Zealand  <i>International Journal of Palliative Nursing</i></p>	<p>‘Making sense’: nurses’ experiences of changing practice in caring for dying patients in New Zealand</p>	<p>Å utforske sykepleiernes erfaring med de endringer det innebærer å implementere LCP</p>	<p>Fokusgrupper og individuelle intervju.  Kvalitativ</p>	<p>Totalt 10 sykepleiere fordelt på to fokusgrupper og Semi-strukturerte individuelle intervjuer med 5 sykepleiere i ledende stillinger</p>	<p>For god implementering trengs det flere utdannende medarbeidere og tid og ressurser til opplæring. Slik investering øker sannsynligheten for god implementering og økt kvalitet på behandling og pleie for den døende og deres pårørende.</p>	<p>Studien var godkjent av: Northern Regional Ethics Committee</p>	<p>Høy (1)</p>
<p><b>10.</b> Walker, R. Read, S. 2010 England  <i>International Journal of Palliative Nursing</i></p>	<p>The Liverpool Care Pathway in intensive care: an exploratory study of doctor and nurse perceptions</p>	<p>Å utforske leger og sykepleieres sin opplevelse av å benytte seg av LCP på en intensivavdeling på sykehus</p>	<p>Semi-strukturerte intervju.  Kvalitativ</p>	<p>1 lege og 5 sykepleiere</p>	<p>Positive til pro re nata medikamenter. Spl. Opplevde bedret kommunikasjon med leger og de pårørende. Opplæring og støtte i implementeringen og bruk av LCP var tregt frem som noe av det viktigste.</p>	<p>Studien var godkjent av: North Staffordshire Research Ethics Committee</p>	<p>Høy (1)</p>

