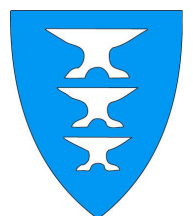


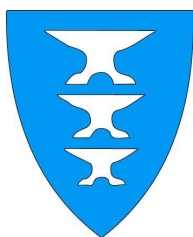
HÅNDBOK

I lindrende metoder

-Medikamentanbefalinger for leger i sykehjem og
hjemmetjeneste-



Hol kommune



Et samarbeidsprosjekt mellom Hol Kommune (Geilotun Bo – og behandlingssenter, Høgehaug Bo – og behandlingssenter og Hjemmetjenesten i Hol), Utviklingssenteret for sjukeheimer i Buskerud – Ål Bu – og behandlingssenter, USHT, »Skap gode dager» Drammen Kommune. Nedre Eiker, USHT Vestfold – Sandefjord Kommune, Nettverk for resurs sykepleiere innen palliasjon og kreftomsorg v/Palliativ enhet, Drammen, Vestre Viken HF. Kongsberg Kommune (Pleie – og omsorgstjenesten). Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest/Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus.

FORORD

Blåklokkene på forsida er et symbol på liv, nærhet og sårbarhet. Blomsten ser skjør ut men har kraft i seg til og holde fast på karrige steder, det krev styrke og kraft som er sammenliknbar med menneskelig kraft. Selve blomsten er forma som ei bjelle eller ei klokke, slik navnet beskriv. Bladene nederst er forma som et hjerte eller en nyre og har tydelige og synlige nerver. Slik sett inneholder den det same som mennesket gjør. Hjerte, nyre, næring og liv.

For å sikre en god ivaretagelse av den døende pasient og deres pårørende kreves trygge og kvalifiserte fagpersoner. Alle pasienter i bo – og behandlingssentre i Hol Kommune skal sikres en kvalitativt god medisinsk behandling og omsorg ved livets slutt, uavhengig av hvilken institusjon de bor på. For å oppnå dette er det utarbeidet denne metodeboken i palliasjon, en «Handbok i

lindrende metoder».

Metodeboken er ført i pennen etter inspirasjon av et prosjekt i regi av Utviklingssenteret for sykehjem på Ål, dette prosjektet gav inspirasjon til å fortsette arbeidet rundt symptomlindring av alvorlig syke og døende. Prosjektet var «Implementering av LCP i Hol Kommune og i Hallingdal».



BAKGRUNN/HISTORIKK

For å etablere en standard, er nasjonale føringer. Det er en standard for helsetjenesten som skal tilstrebe å legge til rette for at pasienter skal få dø der han/hun måtte ønske, og legge til rette for en verdig død. I dette ligger det at pasienten skal få lindret sine smerter og plagsomme symptom uavhengig av diagnose (Standard for palliasjon, NFPM, 2003; WHO).

Kompetansesenteret for lindrende behandling (KLB), Helseregion Vest sammen med Sunniva Klinikken i Bergen, har utarbeidet et medikamentskrin for symptomlindring i livets slutfase. Skrinet inneholder en standard og retningslinjer for bruk, den er en del av Liverpool Care Pathway (LCP), en palliativ plan med et avklart og planlagt forløp (så langt det er mulig). Erfaringer fra dette og dokumentasjon er benyttet med tillatelse og tilpasset bruk i Buskerud (Vestre Viken helseområde). I denne håndboken er det implementert (LCP) «Livets siste dager» en «Plan for lindring i livets slutfase», medikamentskrin som inneholder forslag til medisinerordning, prosedyrer for lindring, pårørendekonvolutt sammen med etisk refleksjon. Kartleggingsskjema og registreringer ligger i dokumentasjonssystemet Gerica.

Undervisningssjukaheimen (No Utviklings-senter for sjukeheimer i Buskerud) -og Halling forsk arrangerte et kurs i september 2010 på Ål, som omhandlet «Systematisk bruk av medikamenter til pasienter i livets slutfase». V/prosjektleder Liss Mette Johnsrud. Dette førte til ny kunnskap og nye rutiner i regionen. Retningslinjer for bruk av medikamentskrin til symptomlindring av døende pasienter, et prosjekt via Undervisningssjukaheimen for Buskerud, Drammen Kommune, Vestre Viken HF og Helse- Sør- Øst ble etablert i 2010. Med målsetting om at alle Hallingdals kommunene skulle ta i bruk denne kunnskapen.

Avdelingsleder ved Geilotun alders- og sykehjem (nå Bo – og behandlingssenter), Jens Simonsen ønsket å ta i bruk denne kompetansen i 2010, etter at USH hadde et prosjekt innen lindrende behandling, som inkluderte medikamentskrinet. Det var ikke ønskelig å benytte selve skrinet, men mer å få standardisert metodene for behandling av palliative pasienter. Han engasjerte fagsykepleier Birgit Rautenberg til systematisering og føre metodeboken i pennen, med faglig innspill fra kreftsykepleier Rita O. Nestegard. Resultatet ble en metodebok i symptomlin-



dring til palliative pasienter som inkluderte Medikamentskrinets medikamenter. Dette ble svært godt tatt imot av tilsynslegene og benyttes aktivt i palliativ fase av alle som jobber med palliasjon ved Geilotun bo – og behandlingssenter, metodeboken var godkjent av Kommuneoverlege Geir Strømmen. Denne utgaven av håndboken blir derfor benevnt som håndbok i lindrende metoder, da den er mer utfyllende og inneholder også mer detaljerte prosedyrer når det gjelder pleie, samtaler, tiltak og behandling. Den tar for seg prosedyrer, medisinsk behandling og praktiske råd. Det er vektlagt og brukt retningslinjer for bruk av medikamentskrin som er revidert i 2010 ved Kompetansesenteret for lindrende behandling, Helseregion Vest sammen med Lindring i Nord (2015) og håndbok i palliasjon for sykehjem for Kongsberg Kommune (2010) har vært en god inspirasjonskilde, ved å binde disse sammen ble dette en omfattende kompetansepakke samlet. Det er også benyttet håndbok for lindring i Stjørdal Kommune som inspirasjon. Håper dette kan bli et verktøy som benyttes i arbeidet med den gode og viktige oppgaven som palliasjon er, og at det kan benyttes av

både helsepersonell som jobber i sykehjem/bo – og behandlingssenter og hjemmetjenester. I tillegg ønsker en at det skal være et verktøy som både fastlege og tilsynsleger kan støtte seg til når det gjelder medikamentrutiner innen lindring.

Denne håndboken er ment å være et verktøy som skal kunne hjelpe oss i vårt arbeide med å gi god symptomlindring i livets slutfase, - en standard for Hol Kommune. Håper den kan være til hjelp og være et godt verktøy for alle som jobber med pasienter i en avsluttende livsfase til å få en verdig død.

Godkjent av:



Prosjektleder Rita O. Nestegard



Kommuneoverlege Geir Strømmen



INNHold

Forord	3
Bakgrunn/Historikk	4
1.0 Palliasjon i Hol Kommune	8
1.1 Innledning	8
1.2 Organisering av håndboken og kompetansepakken	8
1.3 Prosjektets faser.....	9
1.4 FNs erklæring om den døendes rettigheter	10
1.5 Who's definisjon av palliasjon	10
2.0 Den døende pasient	12
2.1 Diagnostikk av døende pasient.....	12
2.2 Forberedende samtale	12
2.3 LCP- Livets siste dager- Tiltaksplan for livets slutfase	12
2.3.1 Hva innebærer dette for pasient og pårørende?	12
2.3.2 Innholdet i LCP	12
2.3.3 Fortløpende vurderinger av symptomer hver 4.time.....	12
2.3.4 LCP i Norge styres og godkjennes fra:.....	12
2.3.5 Skjema for forberedende samtale	13
2.4 Smertrapp	14
2.4.1 Smertrapp med kriterier og forklaring.....	14
2.4.2 Flytskjema	14
2.4.3 Trinnene med medisinforklaring	14
2.5 Smerter ved spredning til skjelettet.....	15
2.5.1 Smerter ved ødem/trykk i begrenset rom i kroppen	15
2.5.2 Smerte på grunn av Ileus hos terminale pasienter.....	15
2.5.3 Kroppskart angir smerte	15
2.6 Slik ser kroppskart ut.....	16
2.7 MOBID- 2 smerteskala kart.....	17
2.8 Vurdering og forklaring MOBID- 2	18
2.9 Lindrende skrin= Medikamentskrin	19
2.9.1 Medikamentskrinet inneholder.....	19
2.9.2 Vurderinger før bruk i Medikamentskrin	20
2.9.3 Ordinasjonsskjema for medikamenter til Medikamentskrin	22
2.9.4 De 4 viktigste medikamentene for lindring.....	22
2.9.5 Diverse flytskjemaer	22
2.9.6 Skjema for Lindrende medikamentell behandling	31
2.9.7 Medikamentell behandling av akutte symptom.....	31
2.9.8 Esas skjema	32
2.10 LCP- "Livets siste dager" "Plan for lindring i livets slutfase"	36
2.10.1 Liverpool Care Pathway (LCP) for sykehjem.....	37
Referanser.....	44



Foto: Heidi M. Oskam

DEL 1.0 – PALLIASJON I HOL KOMMUNE

1.1 INNLEDNING

Pleie – og omsorgstjenesten i Hol kommune har i mange år jobbet godt med palliasjon og en helhetlig behandlingsskjede for alvorlig syke og døende pasienter. Fagbegrepet palliasjon benyttes om behandling, pleie og omsorg til pasienter med alvorlig sykdom og kort forventet levetid. (Standard for palliasjon). Målet er best mulig livskvalitet den siste levetiden, slik at pasient og pårørende opplever stor grad av trygghet, og at deres ønsker og behov ivaretas på en god måte.

Hol Kommune ser behovet for et hjelpemiddel som sikrer en helhetlig og lik behandling for palliative pasienter ved bo – og behandlingssentrene. Bo – og behandlingssentrene har god standard og mye kunnskap og rutiner for palliasjon. Dette er et supplement til allerede gode rutiner og god kunnskap. Fagbegrepet palliasjon benyttes om behandling, pleie og omsorg til pasienter med alvorlig og kort forventet levetid. I Pleie og – omsorgsplanen for Hol Kommune 2013-2024 står det:

5.6.3

«Omsorgstjenestene i Hol skal ha kompetanse og rammer som kan gi alvorlig syke nødvendig lindrende behandling. Omsorg ved livets slutt skal kunne ytes i alle deler av omsorgstjenesten. Hjelpeapparatet skal legges til rette slik at den enkelte kan få en verdig død der vedkommende selv ønsker».

For god ivaretagelse av døende pasienter og deres pårørende kreves trygge og kvalifiserte fagpersoner. Alle pasienter på sykehjem i Hol kommune skal sikres en god medisinsk behandling og omsorg ved livets slutt uavhengig av hvilken institusjon de bor eller oppholder seg. For å nå dette målet er denne boken utarbeidet.

Målet med håndboken er å øke kunnskap blant alle de som jobber i sykehjem og i hjemmetjenesten med omsorg, pleie og

behandling ved livets slutt. Den er ment som et hjelpemiddel ved det alminnelige, normale forløp rundt pasienter i den terminale fase. Den skal sikre en god faglig standard i tråd med forskrifter og FNs rettigheter for døende. Pasient og pårørende skal møtes med kompetanse, forberedende kommunikasjon, trygghet uansett alder eller diagnose. Uansett hvor de bor eller oppholder seg (Husebø & Husebø, 2003).

Håndboken er laget for å sikre et helhetlig og kvalitetssikret forløp i hele kommunen, forankret i ledelse og hos kommuneoverlege. Det vil si at dette er å regne som en standard i Hol Kommune, sammen med retningslinjer for bruk av medikamentskrin/metodehåndbok i palliasjon (2010). Her med benevnelsen «Handbok i lindrende metoder».

1.2 ORGANISERING AV HÅNDBOKEN OG KOMPETANSEPAKKEN

Selve oppbyggingen av boken er enkel, den skal være lett å slå opp i. Temaene er beskrevet enkelt og kortfattet. Det er lagt ved vedlegg til kartleggingsskjemaer, de vil også være å finne i journalsystemet Gericca for å kunne implementere det i den daglige praksis.

Håndboken er inspirert av «Lindring i Nord», «Palliasjon i Kongsberg Kommune – Handbok i palliasjon i sykehjemmene i Kongsberg kommune». Etablert etter et prosjekt ved «Lære for å lære videre» v/Verdighetssenteret i Bergen (2010). Hol Kommune hadde representanter med i samme periode (Heidi P. Haugo, Gjertrud Eggen & Rita O. Nestegard). Dette prosjektet ble «Pårørende konvolutt», til benyttelse ved dødsfall ved sykehjemmene og i hjemmetjenesten. Det er naturlig å se dette i en sammenheng.

Prosedyrer og metoder i lindrende skrin i Hol Kommune er tidligere innført men ikke implementert. Dette er nå implementert i denne håndboken som utarbeidet under et prosjekt

«Implementering av LCP - Hol Kommune og i Hallingdal» i regi av Utviklingssenteret for sykehjem Buskerud – Ål Bu – og behandlingssenter og utført av prosjektleder Rita O. Nestegard

1.3 PROSJEKTETS FASER:

1. Prosjekt midler fra Helsedirektoratet til implementering av LCP med inkludering av etisk refleksjon og erfaring fra USH Vestfold(Sandefjord) og erfaringer fra Nedre Eiker. Etablering av prosjektplan og fremdriftsplan.
2. Implementere medikamentskrin og LCP sammen med allerede eksisterende rutiner innen palliasjon i Kommunen. Kartlegging av prosedyrer og rutiner.
3. Ledelse forankring må etableres for å kunne endre praksis, møter med alle ledere i pleie – og omsorg er gjennomført.
4. Utvikle metodehåndboken/medikamentskrin etter erfarings basert kunnskap og forskningsbasert kunnskap og standard for palliasjon.
5. Inkludere pårørendekonvolutt utarbeidet etter prosjekt «Lære for å lære videre».
6. Utarbeide refleksjonsskjema og rutiner for benyttelse ved dødsfall. Nytt kunnskap fra Vestfold.
7. Implementering av gode og like palliative rutiner i hele kommune gir økt kvalitet på omsorg som gis. Undervisning i avdelingene i benyttelse av LCP og metodehåndbok, refleksjon og pårørendekonvolutt.

8. Benytte allerede gode rutiner og kvalifisert personell i implementeringen i avdelingene, det er derfor ressurspersoner på: Høgehaug bo – og behandlingssenter(Heidi P. Haugo – Palliativ sykepleier) Geiløtun bo – og behandlingssenter (Linn Hege L. Olstad – Palliativ sykepleier) Hjemmetjenesten (Evy R. Wicstrand – Ressurssykepleier i Palliasjon og Kreftomsorg).

Det har vært et mål i prosjektet å få til en best mulig samhandling om felles utfordringer ved lindrende behandling, det å få til et individuelt og helhetlig tilbud. Målet må være at pasienten skal få være hjemme, eller så nærme hjemmet som mulig.

Prosjektleder for denne kompetansepakken og håndboken er Kreftkoordinator/Kreftsykepleier i Hol Kommune og prosjektleder for utviklingssenteret for sykehjem i Buskerud – Ål Bu – og behandlingssenter. Ål Kommune er Rita O. Nestegard, 2014 -2015

En endring skjer i implementeringsfasen, LCP bytter navn til «Livets siste dager» og «Plan for lindring i livets slutfase», pr juni 2015. Undertegnede er nå Prosjektkoordinator ved Utviklingssenteret og slutt-fører kompetansepakken og markedsfører den til andre, da den har overføringsverdi. Den gjøres derfor om til PDF og legges i 360 i Ål og i Hol.



Hol Kommune



Ål kommune



Utviklingssenter
for sjukeheimar
Buskerud



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Hordaland



HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus



1.4 FNS ERKLÆRING OM DEN DØENDES RETTIGHETER

FN har utarbeidet en erklæring om den døendes rettigheter («The Bill of Rights»). Disse rettighetene omhandler sentrale verdier i livets slutfase.

- Jeg har rett til å bli behandlet som et levende menneske til jeg dør.
- Jeg har rett til å beholde et håp selv om målet for det endrer seg.
- Jeg har rett til å bli behandlet av slike som kan oppretthold et håp selv om målet for det endrer seg.
- Jeg har rett til å gi uttrykk for mine tanker og følelser omkring min forestående død på min egen måte.
- Jeg har rett til å delta i avgjørelser som gjelder behandling av meg.
- Jeg har rett til å forvente kontinuerlig medisinsk behandling og omsorg selv om målet endrer seg fra helberedelse til lindring.
- Jeg har rett til å slippe å dø alene.
- Jeg har rett til smertelindring.
- Jeg har rett til å få ærlige svar på mine spørsmål.
- Jeg har rett til å få hjelp av og for min familie til å akseptere min død.
- Jeg har rett til å få dø i fred og med verdighet.
- Jeg har rett til å drøfte og gi uttrykk for mine religiøse og/eller åndelige(eksistensielle) opplevelser uansett hva de måtte bety for andre.
- Jeg har rett til å bevare min individualitet og ikke dømmes for mine valg selv om de går imot andres oppfatninger.
- Jeg har rett til å drøfte og gi uttrykk for mine religiøse og/eller åndelige(eksistensielle) opplevelser uansett hva de måtte bety for andre.
- Jeg har rett til å forvente at menneskekroppen blir behandlet med verdighet etter døden.

- Jeg har rett til å bli behandlet av omsorgsfulle, medfølende, kyndige mennesker som vil prøve å forstå mine behov og som vil oppleve det som givende å hjelpe meg å møte min død. (NOU 1999:2 kap. 5 verdier og holdninger).

1.5 WHO'S DEFINISJON AV PALLIASJON

«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 alle behandling er, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienter og de pårørende»(Who 1990). Palliasjon kan også bli forstått som en kappe, en beskyttelse som vi som helsepersonell kan legge rundt lidelsen, for å dempe, holde ut, være saman om, tåle og bære sammen med pasienten og dens pårørende.

European Association for Palliative Care, EACP, og Verdens Helseorganisasjon, WHO definere palliasjon slik:

Palliasjon er en aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerte og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelig / 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.



Foto: Heidi M Oskam

DEL 2.0 – DEN DØDENDE PASIENT

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

2.1 DIAGNOSTIKK AV DØENDE PASIENT

Det er viktig at sykehjemslegen stiller diagnosen «pasienten er døende», dette får konsekvenser for videre behandling. Når diagnosen er stilt, skal det avholdes en forberedende samtale og det opprettes en palliativ plan/LCP (Liverpool Care Pathway). Se egne kapitler.

2.2 FORBEREDENDE SAMTALE

Når legen ved sykehjemmet har stilt diagnosen «pasienten er døende», skal det foretas en forberedende samtale der pasient og pårørende skal få mulighet til å forberedes på at livet går mot slutten. LCP skal iverksettes. Del gjerne ut brosjyren «Når livet går mot slutten».

2.3 LCP – LIVETS SISTE DAGER (LIVERPOOL CARE PATHWAY) TILTAKSPLAN FOR LIVETS SLUTTFASE

- Det ivaretar den døende pasient og deres pårørende
- Den bidrar til systematisk kartlegging
- Den bidrar til god dokumentasjon
- Den gir målbare resultat
- Den gir gode prosedyrer
- Den styrker kvaliteten av pleie av terminale pasienter

2.3.1 Hva innebærer dette for pasient og pårørende?

- Det innebærer en endring av fokus
- Fokus endres fra å opprettholde viktige funksjoner og aktiviteter, til å innse og forsone seg med at livet er i ferd med å ebbe ut.

- Det legges til rette for at livet kan avsluttes på en verdig måte i tråd med pasientens ønsker, og på en måte som gjør at pårørende føler de kan mestre denne fase på en best mulig måte.
- Den hjelper både pasient og pårørende med å forberede at døden er nær forstående og at den døende forstår innholdet tiltaksplanen.

2.3.2 Innholdet i LCP

- Veiledning i terminal fase
- Seponering av unødvendige medikamenter
- Forutseende foreskriving av medikamenter
- Pleietiltak
- Psykisk støtte
- Åndelig omsorg
- Ivaretagelse av pårørende

2.3.3 Fortløpende vurderinger av symptomer hver 4.time:

- Er det smerter, uro/forvirring, surkling i luftvegene, kvalme og oppkast, dyspnoe
- Er målet nådd? Velg Ja/Nei
- Hvis svaret er nei, beskriv: - tiltak for å nå målet
- Effekt/Resultat av tiltakene

2.3.4 LCP i Norge styres og godkjennes fra:

- Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest
- Godkjent norsk oversettelse av tiltaksplanen
- Krever ledelsesforankring i virksomheten
- Registrering
- Registrering er nødvendig: LCP er et copyright produkt

- www.helse-bergen.no/lindrendebehandling
- www.mcpcil.org.uk/liverpool-care-pathway

2.3.5 Skjema for forberedende samtale

Pasient: _____

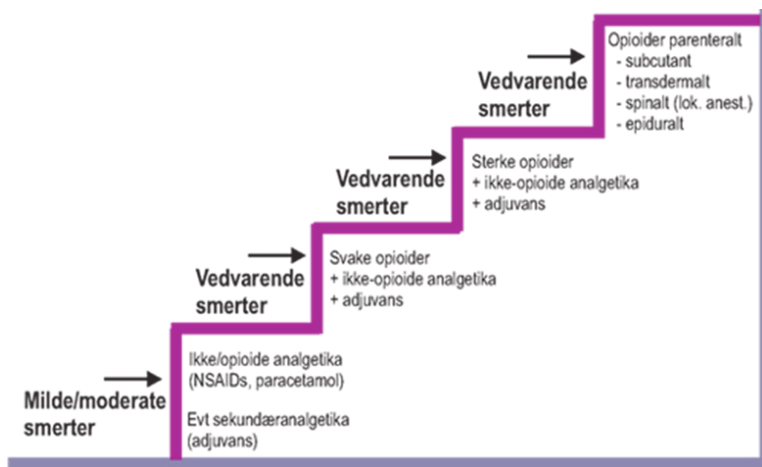
Fødselsnummer: _____

Tilstede: _____

Sted/dato: _____

1. Legens vurdering og beskrivelse av pasientens situasjon.
2. Sykdomsforløp – mulige symptomer i tiden fremover. Brosjyre «Når en av våre nærmeste dør»
3. Fokus i tiden fremover:
 - Unngå uhensiktsmessige undersøkelser, utredninger og sykehusinnleggelse
 - Seponering av uhensiktsmessig behandling som eks; antibiotikabehandling, væskebehandling, sondeernæring
 - Seponering av medikamenter
 - Lindrende medisinsk behandling'
4. Nærmeste pårørende: _____
Kontaktes når på døgnet: _____
Ønsker kontakt ved endringer _____
5. Annet (evnt. Kulturelle/religiøse ritualer): _____

2.4 SMERTETRAPP



2.4.1 Smertetrapp med kriterier og forklaring

En vellykket smertebehandling krever systematisk, tverrfaglig tilnærming for diagnostikk og behandling. Det er anbefalt å benytte den standardiserte «smertetrappen». Smertetrapp og beskrivelsene av trinnene er hentet fra «Håndbok i lindrende behandling» (Universitetet i Nord – Norge (UNN), 2015).

2.4.2 Flytskjema

Trinn 1.

- Perifirert virkende (peroralt, parenteralt)
- Paracetamol/perfalgan
- NSAID

Trinn 2.

- ev. trinn 1 + opioider (pr.os, parenteralt)
- Morfin (Morfin – Dolcontin)
 - Ketobemidon (Ketorax)
 - Oxykodon (OxyContin – OxyNorm)
 - Fantanyl (Leptanal, Actiq, Durogesic)
 - Hydromorfon (Palladon)

Trinn 3.

Invasive teknikker (Lokale og regionale teknikker)

Husk Laxantia!

2.4.3 Trinnene med medisinforklaring

1. Trinn

Paracetamol eller Perfalgan 0,5 mg – 1 g x 4 eller NSAID. Paralgin Forte, Tramadol eller Norspan («svake opioider») kan benyttes som et intermediert trinn, men har maksimaldose og må ved utilstrekkelig effekt erstattes av sterke opioider.

2. Trinn

Depotopiod + evt. Paracetamol eller NSAID. Startdose av depotopiod, bestemmes av alder og vekt, eventuelt bruk av svake opioider. Eks. depotopiod: Dolcontin, Oxycontin/Oxycodon, Palladon depot. Fentanyl (Durogesic eller Fentanyl) depotplaster.

3. Trinn

Nerveblokader – epidural -/spinalbehandling via innlagt epidural -/spinalkateter kan være aktuelt ved en del intraktable smertetyper, særlig nevrogene smerter, skjullet metastaser og visceral smerte. Det kan gis morfin og/eller lokalbedøvelse. Dose vil variere med pasient og smerteintensitet. Coeliacusblokkade kan i enkelt tilfeller være aktuelt.

NB! Ved overgang peroral til parenteral morfinbehandling, reduser døgndose til ca. en tredjedel (pga. «førstepassasje – effekten») eks. fra 300 mg morfin pr os til 100 mg sc.

Adjuvant
«koanalgetika»
Antideprissi

En huskeregel når en starter med dosering for eldre pasienter ved oppstart av opioider er: «Start low, og slow».

Før oppstart med Morfin må pasienten forberedes på bivirkninger:

- Trøtthet – ca. en tredjedel rammes av dette, går som regel tilbake etter første uke. Dersom vedvarende, bør annet opioid vurderes.
- Kvalme – ca. en tredjedel rammes av dette. Dette går som regel over etter første uke. Vurder profylaktisk kvalmebehandling. Dersom det vedvarer, vurder annet opioid.
- Obstipasjon. Skal alltid forebygges med avføringsmiddel. Andre analgetika kan også gi obstipasjon eks. Paralgin forte

2.5 SMERTER VED SPREDNING TIL SKJELETTET

Strålebehandling kan ha god effekt og gir ofte få eller ingen bivirkninger. Krefttyper som oftest kan gi smertefull spredning til skjelett er brystkreft, prostatakreft, lungekreft, nyrekreft, urinblærekreft og myelomatose. Undersøkelser viser at 2/3 deler av disse pasientene blir smertefri etter strålebehandlingen. Effekten forventes først etter ca. 2 – 4 uker, og kan vare i fler måneder. Behandlingslengden kan variere. Ved langt kommen sykdom, kan ofte 1 strålebehandling være nok. Selve behandlingen er vanligvis ikke slitsom, men må vurderes belastning ved eventuell lang reise og formen til pasienten.

2.5.1 Smerter ved ødem/trykk i begrenset rom i kroppen

Bruk av kortikosteroider f. eks Medrol/Fortecortin kan ha en umiddelbar smertelindrende virkning. Eksempelvis ved hodesmerter pga hjerneødem, nerverotsmerter og smerter pga ekspansjon i lever. En må være oppmerksom på bivirkninger ved langtidsbruk av kortikosteroider. Seponer raskt ved manglende effekt, trapp ned til laveste effektive dose. Eldre kan bli forvirret av høydose steroider. Ved vedvarende høy dosering, sjekk hyperglykemi. Kan utvikle dyspepsi/Ulcus. Kom-

biner ikke NSAID/Ibuprofen og steroider pga økt risiko for ulcus. Lege ordinerer Somac eller andre medikamenter mot magesår ved oppstart med steroider. Vær obs på at høydose steroider dekker over infeksjonsstatus.

2.5.2 Smerte på grunn av Ileus hos terminale pasienter

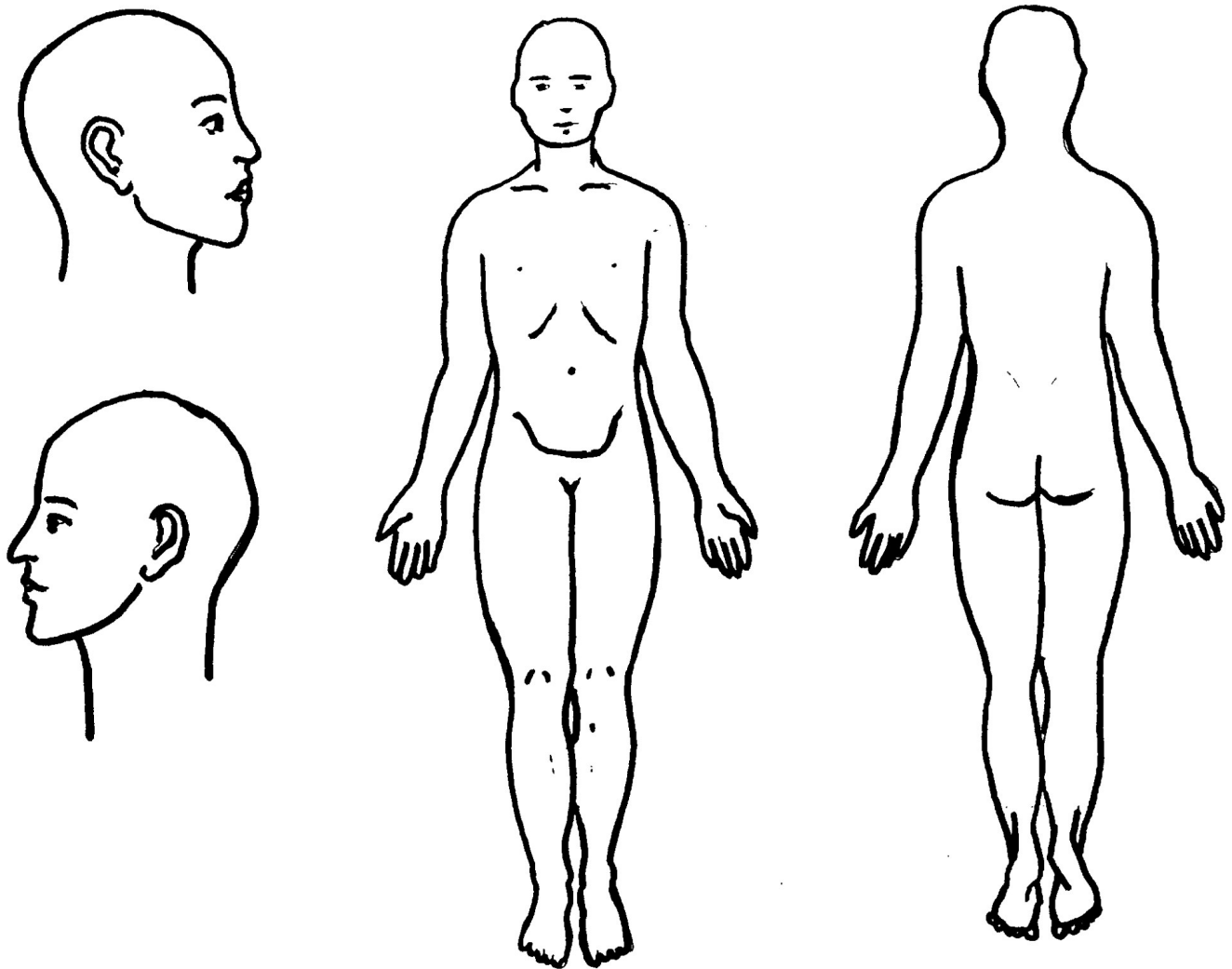
Overvei ventrikkelsonde og kirurgisk avlastningsinngrep. Ved langt kommen sykdom og redusert allmenntilstand bør det gis total tarmparalyse på sc. smertepumpe for reduksjon av pasientens ubehag og smerte/kvalme/brekninger.

2.5.3 Kroppskart angir smerte

Å bruke kroppskart for å angi smerte kan være et godt hjelpemiddel. Pasienten skal skyggelegge på figuren hvor smerten befinner seg, markerer om det er flere typer smerte (de fleste har det). Pasientens beskrivelse sammenlignes med patologiske funn. Still gjerne spørsmål til pasienten, det kan være til hjelp for å beskrive smerten:

- Hvordan kjennes smerten ut? (Er den stikkende, brennende, trykkende, murrende, huggende, utstrålende, ilende, dypt borende, overfladiske?).
- Er smerten konstant?
- Hva forverrer smerten?
- Er smerten knyttet til bevegelse?
- Forverres smerte ved måltider?
- Hindrer smerten nattesøvn?
- Hvordan fungerer magen?
- Hvordan har du reagert på tidligere smertebehandling?
- Hvordan er livet generelt?

2.6 SLIK SER ET KROPPSKART UT



Fylles ut av pasienten selv eller av pasienten i samarbeid med sykepleier / lege.

Mobid – 2 smerteskala kart. Se bilde under og logg deg inn på link for utskrift:

<http://www.olaviken.no/Dokmntr/Tverrfaglig%20geriatri/MOBID-2%20skjema.pdf>

Tegn inn smertens lokalisering og utbredelse på kroppen.
Merk av smertens karakter ved hjelp av følgende bokstaver

B= Brennende	N= Nummenhet	V= Verkende
M=Murrende	P= Prikking	S= Stikkende

A= Annet; beskriv med egne ord:

2.7 MOBID- 2 SMERTESKALA KART

APPENDIKS

MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION – OBSERVATION – BEHAVIOUR – INTENSITY – DEMENTIA

Pasientens navn: _____ Dato: _____ Tid: _____ Avdeling: _____

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd relatert til muskulatur, ledd og skjelett under morgenstell. Observer pasienten før du starter mobilisering. Forklar forståelig det du vil gjøre. Led pasienten, og gjennomfør bevegelsene (1–5) med forsiktighet. Stopp bevegelsen om du observerer smerteatferd. Fyll ut skjemaet umiddelbart etter hver bevegelse:

Smerteatferd

Sett et eller flere kryss for hver observasjon: smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon, som kan være relatert til smerte



Smertelyd
«Aul»
Stønner
Ynker seg
Gisper
Skriker



Ansiktsuttrykk
Grimaserer
Rynker pannen
Strammer munnen
Lukker øynene



Avvergereaksjon
Stivner
Beskytter seg
Skyver fra seg
Endringer i pusten
Krymper seg

Smerteintensitet

Basert på observert smerteatferd; tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0–10

SETT GJERNE FLERE KRYSS I RUTEN(E) FOR DIN(E) OBSERVASJONER

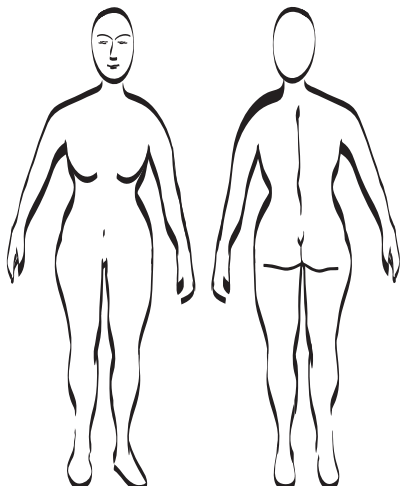
Observasjon	Smertelyd	Ansiktsuttrykk	Avvergereaksjon	Smerteintensitet (0-10)
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Led til å bøye og strekke ankler, knær og hofterledd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Led til å snu seg i sengen til begge sider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Led til å sette seg opp på sengekanten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

APPENDIKS

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd, som kan være relatert til indre organer, hode og hud. Smerte kan oppstå på grunn av en sykdom, sår, infeksjon eller ulykker. Inkluder alle dine observasjoner fra i dag og de siste dagene (siste uken).

Smerteatferd

Bruk front- og baksiden av kroppstegningen aktivt. Sett kryss for dine observasjoner relatert til smerteatferd (smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon)



Smerteintensitet

Basert på observert smerteatferd; tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0–10

6. Hode, munn, hals	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. Bryst, lunge, hjerte	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Mage – øvre del	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Bekken, mage – nedre del	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Hud, infeksjon, sår	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2.8 VURDERING OG FORKLARING

MOBID 2

MOBID-2 smerteskala

Vurdering av smerte hos pasienter med demens. Før MOBID-2 smerteskala tas i bruk, bør det gjennomføres et standardisert opplæringsprogram for pleiepersonalet. Fokus i opplæringsprogram skal være ulike typer av smerte, smerteatferd, smerteintensitet, og demens diagnoser og stadier. Pasienter med moderat og alvorlig demens er ikke lenger i stand til egen rapportering av smerte. Denne gruppen er avhengig av at pleiepersonale og andre omsorgspersoner har evne til å tolke verbale og ikke-verbale tegn som uttrykk for smerte. MOBID-2 er tilpasset pasientens hverdagssituasjon i sykehjem med vekt på pleiepersonalets observasjon av atferd som kan være relatert til smerte i:

- Muskulatur, ledd og skjelett (MOBID-2 del 1)
- Indre organer, hode og hud (MOBID-2 del 2)

Del 1

Aktiv mobilisering:

Pleiepersonalet som kjenner pasienten registrerer hennes/hans smerteatferd under fem standardiserte aktive mobiliseringer hvor pasienten ledes til å:

1. Åpne og lukke begge hender – hver for seg.
2. Strekke og senke armene mot hodet – hver for seg.
3. Bøye og strekke ankler, knær og hofter – hver for seg.

4. Snu seg i sengen til høyre og venstre side (husk sengehest for å unngå pasientens angst for å falle ut av sengen).
5. Sette seg opp på sengekanten.

Mobiliseringen avsluttes umiddelbart dersom man observerer atferd som kan være forbundet med smerte.

Smerteatferd:

Pleiepersonen vurderer fortløpende pasientens respons i forhold til observert smerteatferd. Etter hver fullført bevegelse krysses det av for følgende observasjoner:

- A. Lyder («Au!» stønner, ynker seg, gisper, skriker).
- B. Ansiktsuttrykk (lager grimaser, rynker pannen, strammer munnen, lukker øynene).
- C. Avvergereaksjon (stivner, beskytter seg, skyver fra seg, holder pusten, krymper seg).

Smerteintensitet:

Smerteatferd under mobilisering tolkes deretter som smerteintensitet på en 0–10 Punktsskala. En skåring på 0 betyr ingen smerte og 10 er verst tenkelige smerte.

Del 2

I del 2 oppfordres pleiepersonalet å være oppmerksom på pasientens atferd, som kan være relatert til smerte fra indre organer, hode og hud. Smerte kan oppstå på grunn av en sykdom, sår, infeksjon eller ulykke. Observasjoner fra i dag og de siste dagene (siste uken) skal inkluderes i vurderingen. Først bør vedlagt **kroppsskisse** brukes for å lokalisere observert smerteatferd systematisk ved avkryssing på en tegning.

Ut fra observert smerteatferd eller ytret smertetegn blir hvert kroppsområde tolket til **Smerteintensitet** på en skala fra 0-10 (0 er ingen smerte, 10 verst tenkelig smerte) med gjennomgang av smerte i:

- 6) Hode, munn og hals
- 7) Bryst, lunge og hjerte
- 8) Øvre del av mage

- 9) Bekken, nedre del av mage
- 10) Hud, infeksjon, sår

Når alle elementer, 1-10, er skåret gis avslutningsvis en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet, igjen på en smerteintensitetsskala fra 0–10 i form av en **totalskår**.

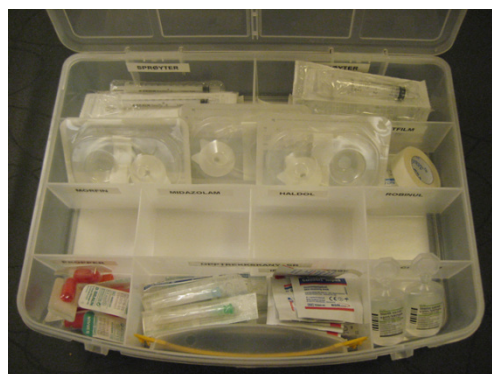
Veien videre:

Når en pasient blir vurdert til å ha en totalskår ≥ 3 bør den ansvarlige legen inkluderes for en ytterlig smertevurdering og behandling. Legen må vurdere pleiepersonalets observasjon med supplerende kliniske undersøkelser og anbefalt terapi. Optimalt sett bør vurderingen og behandlingen baseres på tverrfaglig teamarbeid inkludert pleiepersonale, fysioterapeut, ergoterapeut og miljøterapeut. MOBID-2 smerteskala er testet i omfattende valideringsprosesser med tanke på reliabilitet og validitet. Det vises at smerteskalaen gir reliable og valide skårer for smerteintensitet hos demente pasienter når personale kjenner pasienten og instrumentet. Observasjon av smerteatferd under standardiserte bevegelser gir et godt grunnlag for å anslå smerteintensitet relatert til muskel- og skjelettsystemet. Smerte i indre organer, hode og hud forekommer hyppig, men er vanskeligere å vurdere.

2.9 LINDRENDE SKRIN = MEDIKAMENTSKRIN

Lindrende skrin” er utarbeidet på bakgrunn av dokumentasjon og erfaringer fra Kompetansesenter for lindrende behandling (KLB), Helseregion Vest og Sunniva klinikken i Bergen. Ideen ble opprinnelig hentet fra England, som har lang erfaring i bruk av slike medikamentskrin, ”Just in case”.

Rutiner for medikamentskrin kan lastes ned fra Gerica.



Slik kan skrinet se ut.

Bakgrunn for bruk av medikamentskrin:

Dette Medikamentskrinet er utarbeidet av Palliativ enhet, Drammen sykehus, Lindrende enhet, Drammen Geriatrike Kompetansesenter (DGKS) og Undervisningssjukeheimen i Buskerud. Bakgrunnen for utarbeidelsen er nasjonale retningslinjer som sier at helsetjenesten skal tilstrebe at pasienten kan få dø der han/hun ønsker det, og legge forholdene til rette for en verdig død. Videre at pasienten skal få lindring av smerter og andre plagsomme symptomer uavhengig av diagnose (Standard for palliasjon, NFPM, 2004; WHO). Kompetansesenter for lindrende behandling (KLB), Helseregion Vest har i samarbeid med Sunniva klinikk utarbeidet et medikamentskrin for symptomlindring i livets slutfase. Deres erfaringer og dokumentasjon er benyttet med tillatelse og tilpasset bruk i Buskerud (Vestre Viken helseområde).

2.9.1 Medikamentskrinet inneholder:

- Medikamentene: Morfin, Haldol, Midazolam, og Robinul.

NB: Disse medikamentene legges ikke i skrinet før fastlege har rekvirert de fra nærmeste apotek til den enkelte pasient.

- Nødvendig utstyr for å administrere medikamenter subkutant.
- En perm med” Retningslinjer for bruk av Medikamentskrin”. Og «Handbok i lindrende metoder».

2.9.2 Vurderinger før bruk av Medikamentskrin

For å ivareta de behovene som den døende pasienten har, er det viktig å diagnostisere at pasienten er døende:	Beskriv behov for tiltak/endring/observasjon:
Er pasienten døende?	
Pasientens fastlege, navn og tlf.nr: Er pasientens fastlege tilgjengelig for hjembesøk? Kan fastlegen ringes utover kontortid? Evt. annen lege tilgjengelig.....	
Har pasienten Åpen retur?..... Til hvilken avdeling?..... Er pasienten henvist Palliativ enhet ved behandlende sykehus? Er pasienten kjent ved kommunens Lindrende enhet?	
Er det et ønske fra pasienten å avslutte livet i hjemmet?	
Er pasienten informert om sin situasjon?	
Er nære pårørende informert og inneforstått med situasjonen?	
Er ressursykepleier i sonen / enheten kontaktet?	
Er det avklart og lagt til rette for at hjemmesykepleien har ansvarlig sykepleier i hjemmet for administrering og oppfølging av medikamentbehandling fra Medikamentskrinet? (Vedlegg 3) Har de fått opplæring/ hvordan planlegges opplæringen?	
Åndelig / eksistensielle behov:	
Er det gitt anledning til å snakke om eksistensielle/åndelige behov?	
Er det behov for samtale med prest eller annen åndelig leder?	
Avslutt eller still spørsmål ved alle tiltak som ikke bidrar til økt livskvalitet. Hva gir god lindring for denne pasienten?	
Får pasienten livsforlengende behandling? Hvis ja: Er det drøftet om det skal avsluttes?	
Er det medikamenter som kan seponeres?	
Er nytten av antibiotika, væske, ernæring, O ₂ o.a drøftet?	

2.9.3 Ordinasjonsskjema for medikamenter til Medikamentskrin

Pasientens navn:

Fødselsdato:

Ansvarlig lege:

Før oppstart med de 4 medikamenter i livets slutfase skal pasienten vurderes av lege og pleieteam, og diagnostiseres at døden er nært forestående.

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

2.9.4 De 4 viktigste medikamentene for lindring

NB!

- Lindring i Nord 2015 opererer med andre og nyere ordinerings av Morfin – kan gjentas inntil hvert 30. min
- Midazolam – start med 2 Mg inntil hvert 30 min. (titrering) 1 mg til gamle/skrøpelige
- Haldol – 1 -2 mg x 2 (mot kvalme) 2 mg x 3 – 5 (mot uro/agitasjon)
- Robinul – startdose 0,4 mg ved effekt etter 2 timer, gis evt. 0,2 mg x 4

2.9.5 Diverse flytskjemaer

Terminal Uro/angst, kvalme, konverteringsstabell, smerter, dyspnoe, surkling/ralling.

OBS! Lege må dokumentere vurderingen for bruk av medikamenter utenfor angitt indikasjon.

NB!

Ved blanding med Haldol anbefales morfin uten konserveringsmiddel pga. fare for utfellinger.

Bruk minst mulig volum av morfin (dvs. bruk sterk konsentrasjon av morfin dersom dosene høye doser). (lindring i Nord, 2015).

EKVIVALENTE DOSER – KONVERTERINGSTABELL

Tabellen må kun brukes for konverteringer til morfin sc (ved feil bruk: fare for overdosering!)

Fentanyl plaster (transdermalt TD)	Morfin po		Morfin* sc		Oksykodon po		Kodein + paracetamol (Paralgin forte [®])
	mg/24t	ved behov mg inntil x 1/time	mg/24t	ved behov mg inntil hvert 30.min	mg/24t	ved behov mg inntil x 1/time	
12	30	5	10-15	2-2,5	20	5	5 tbl / 24 t (kodein 150 / paracetamol 2000 mg)
25	60	10	20-30	3-5	40	10	10 tbl / 24 t (kodein 300 / paracetamol 4000 mg)
50	120	20	40-60	7-10	80	15	
75	180	30	60-90	10-15	120	20	
100	240	40	80-120	15-20	160	25	
150	360	60	120-180	20-30	240	40	

Buprenorfin plaster (TD)	Morfin* sc	
	mg/24t	ved behov mg inntil hvert 30.min
5	6	1
10	12	2,5
20	24	5
40	48	10

***Morfin sc og ketobemidon sc er ekvipotente**

Original: Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest og
Sunniva senter for lindrende behandling, Haraldsplass Diakonale Sykehus
<http://www.helse-bergen.no/no/OmOss/Avdelinger/klb/praktisk-palliasjon/Sider/medikamentskrin-voksne.aspx>
Revidert august 2015; gyldig til september 2016 v/ Palliativ enhet, Drammen sykehus, Vestre Viken.

Kodein / tramadol / buprenorfin

Paralgin forte tabl per døgn	4	8		
Tramadol mg po per døgn	100	200	300	400
Norspan µg/tc hvert 7. døgn	10	20		

Ved høye opioiddoser kan toleranse være utviklet, men ikke for nytt medikament. Vurder lavere dose (50 %) ved bytte.

Morfin

Dolcontin mg po per døgn (delt på 2 doser)	20	40	60	80	100	120	160	200	300	400	500	600	700	900	1000
Behovsdose - mg morfin po	5	10	15	20	25	30	40	50	60	80	90	100	140	150	
Morfin mg sc/iv per døgn	10	15	20	30	35	45	60	80	100	150	185	200	260	320	390
Behovsdose - mg morfin sc/iv	2	3	5	5	6	7	10	10	15	20	30	40	50	60	

Ketobemidon

Behovsdose - mg Ketorax po	5	5	10	15	15	20	25	25	35	40	50	60	70	90	100
Ketorax mg sc per døgn	20	30	35	40	60	80	100	150	185	200	260	320	390		
Behovsdose - mg Ketorax sc	3	5	5	8	10	10	10	15	20	25	30	35			

Oxykodone

OxyContin mg po per døgn (delt på 2 doser)	10	20	30	40	50	60	80	100	150	200	250	300	350	450	500
Behovsdose - mg OxyNorm po	5	5	10	10	10	15	20	25	35	40	50	60	80		
OxyNorm mg iv/sc per døgn	15	20	30	35	45	60	80	100	150	185	200	230	320	390	
Behovsdose - mg OxyNorm iv/sc	3	3	5	6	7	10	10	15	20	30	40	50	60		

Metadon

Metadon mg po per døgn (delt på 3 doser)	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	30	30	30	45	60	60
--	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

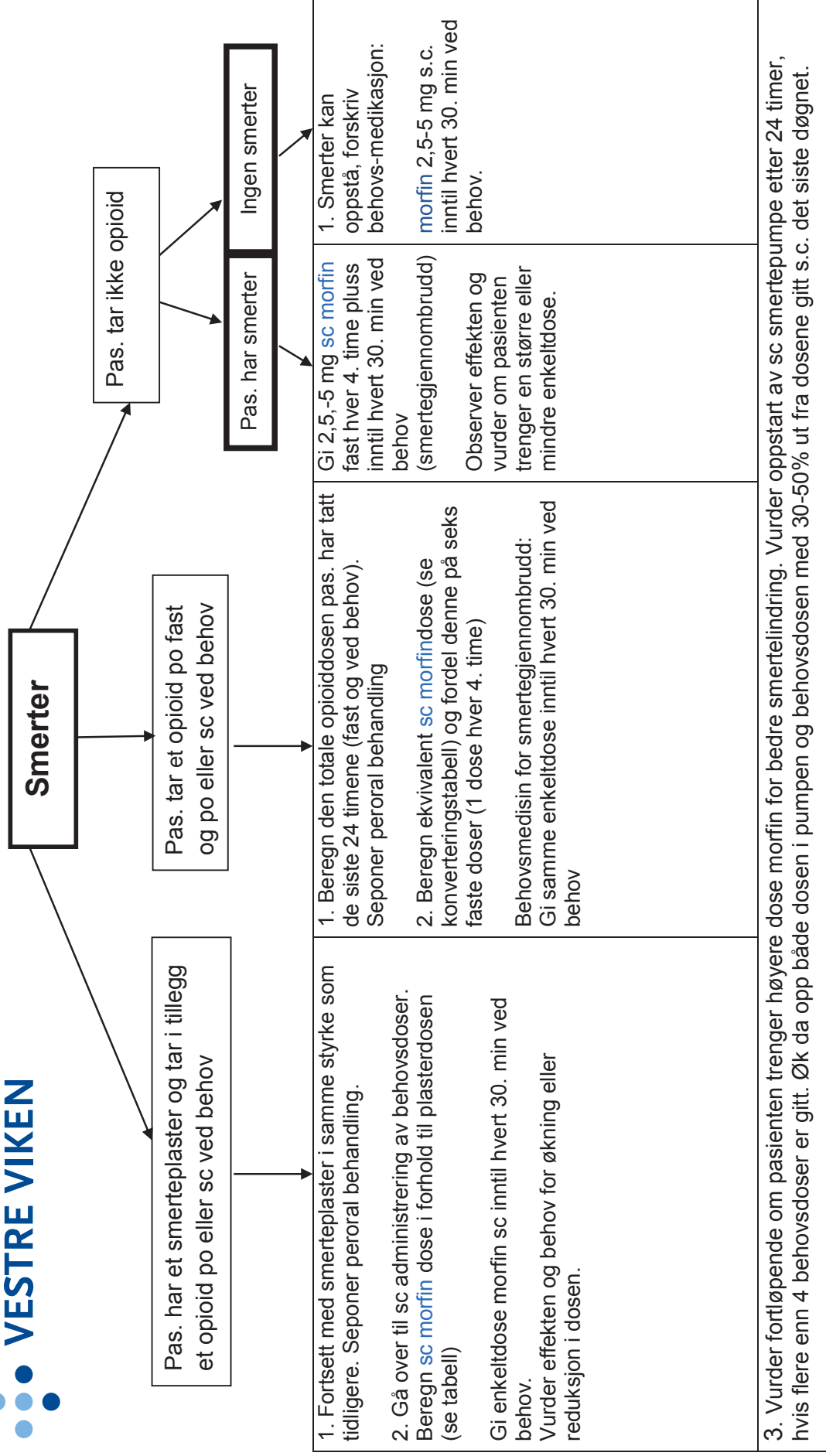
Fentanyl

Durogesic µg/tc hvert 3. døgn	12	12	25	25	37	50	50	75	100	125	150	175	200	250	300
Behovsdose: Instanyl, Abstral	Individuell dosering, følg Felleskatalogen														

Hydromorfon

Palladon depot mg po per døgn (delt på 2 doser)	4	8	12	16	20	24	32	48	60	74	102	114	140	156
Behovsdose - mg Palladon po	1,3	2,6	2,6	2,6	3,9	3,9	5,2	7,8	10,4	13	15,6	18,2	18,2	

po = per os sc = subkutan iv = intravenøst tc = transkutan



Original: Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest og Sanniva senter for lindrende behandling, Haraldsplass Diakonale Sykehus
<http://www.helse-bergen.no/no/OmOss/Aydeler/klb/praktisk-palliasjon/Sider/medikamentskrin-voksne.aspx>
 Revidert august 2015; gyldig til september 2016 v/ Palliativ enhet, Drammen sykehus, Vestre Viken.

Hvis kontroll av smertene ikke oppnås, ta kontakt med ditt lokale / regionale palliative team eller Sunniva Senter for lindrende behandling:
Uteteam (man-fre 08.00-15.30): 55 97 94 00
Sengepost (man-fre 15.30-08.00, hele lørdag og søndag): 55 97 94 20

Morfin: opioidanalgetikum

Effekt: sentral smertestillende, hostedempende, hjelper mot opplevelse av tung pust
Relevante bivirkninger i livets sluttfase: hallusinasjoner, eufori, forvirring og sedasjon. Se Felleskatalogen.

Overdosering: første tegn er trøtthet og sedasjon. Respirasjonsdepresjon kun ved grov overdosering.

Virkning inntret: sc/im: i løpet av 15-30 min, iv: straks (2-5 min)

Tid til maks virkning: sc/im: 45-60 (I) -90 min, iv: 20 min

Virkningstid: 4-5 timer

Metabolisme: konjugering med glukuronsyre i leveren til aktive metabolitter

Utskillelse: hovedsakelig i urinen. Cave høye doser ved nyresvikt – kan gi opphopning av metabolitter. Reduser dosen eller forleng doseringsintervallene.



Vestre Viken HF

Opprinnelig utarbeidet ved Kompetansesenter for lindrende behandling, Helseregion Vest, april 2008. Revidert 2012. Gjengitt med tillatelse. Tilpasset bruk i Vestre Viken helseområde. Revidert juni 2012, gyldig til juni 2013.

<http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/kb/Sider/medikamentiskrin.aspx>
<http://vestreviken.no/omoss/avdelinger/palliativt-team/nettverk-for-ressurssykepleiere-innen-palliasjon-og-krefomsorg/Sider/side.aspx>

Kvalme/oppkast

Gi Haldol[®] 0,5-2 mg x 2 *
sc i fast dosering eller
inntil x 2 ved behov

* **Til gamle og skrøpelige pasienter:**

Haldol[®] 0,5 mg x 2 sc

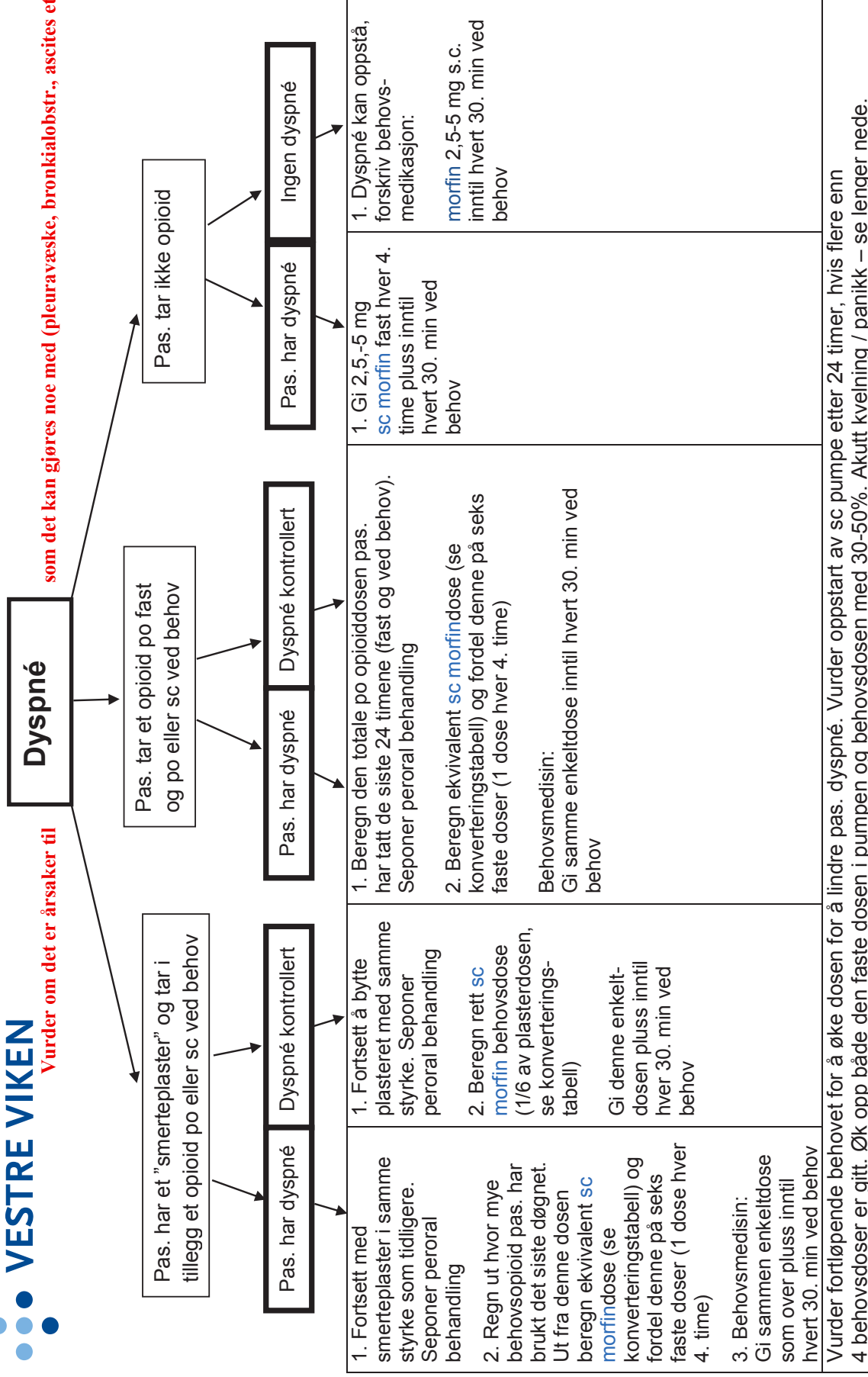
Hvis symptomkontroll ikke oppnås, vurder:
Cyclizin (Valoid[®]) 50 mg x 3 sc (25 mg x 3 sc til gamle). Valoid[®] er ikke registrert, men fås på Sykehusapotek.

Alternativ kontakt ditt lokale / regionale palliative team på dagtid, eller annen lege etter avtale.

Haloperidol, Haldol[®]:	lavdoseneuroleptikum	
Effekt:	antiemestisk, antipsykotisk	
Bivirkninger:	ekstrapyramidale. Se Felleskatalogen..	
Biotilgjengelighet:	po: 45-75%	
Virkning etter:	sc: 10-15 min, po: > 1 t	
Tid til maksimal plasma konsentrasjon:	po: 2-6t; sc: 10-20 min	
Plasma T1/2:	13-35 t	
Virkningstid:	opp til 24 t, noen ganger lenger	Palliative Care Formulary 5th ed.

Vurder om det er årsaker til

som det kan gjøres noe med (pleuravæske, bronkialobstr., ascites etc)



Original: Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest og Sanniva senter for lindrende behandling, Haraldsplass Diakonale Sykehus
<http://www.helse-bergen.no/no/OmOss/Avdelinger/kfb/praktisk-palliasjon/Sider/medikamentskrin-voksne.aspx>
 Revidert august 2015; gyldig til september 2016 v/ Palliativ enhet, Drammen sykehus, Vestre Viken.

Surkling i øvre luftveier

Robinul ordineres som behovsmedikasjon.
 Gi 0,4 mg sc som startbolus.
 Full effekt forventes ikke før etter 2 timer.
 Ved manglende effekt: Ikke bruk medikamentet videre.
 Ved effekt: Gi 0,2 mg sc x 4 (dvs. hver 6. time),
 første dose gis 2 timer etter startbolus.

For pasienter som i tillegg til surklingen puster anstrengt eller hurtig, og som ikke bruker morfinpreparater fra før av, kan det være aktuelt å forskrive en kombinasjon av morfin 2,5-5 mg sc og Robinul sc som angitt over.

Pasienten selv er vanligvis ikke plaget av sin surkling.
 Vurder sideleie.
 Gi informasjon/forklaring til de pårørende.
 Er væskebehandling seponert?
 Bruk av sug frarådes!

Hvis symptomkontroll ikke oppnås, kontakt ditt lokale / regionale palliative team på dagtid, eller annen lege etter avtale.

Robinul[®], Glukopyrrolate[®] (uregistrert):	antikolinergikum (muskarineffekt) (surkling i luftveier ikke godkjent indik.område)
Effekt:	tørker ut slimhinnene
Bivirkninger:	tørr og varm hud, ev. temperaturstigning, urinretensjon. Se Felleskatalogen.
Biotilgjengelighet:	<5 % po
Virkning inntre:	sc: etter 30-40 min, iv: etter 1 min
Tid til maksimal plasmakonsentrasjon:	iv: umiddelbart, po og sc: data mangler
Plasma T1/2:	1,7 timer
Virkningstid:	7 timer

Palliative Care Formulary 5th ed.

Terminal uro/angst

1. Midazolam ordineres som behovsmedikasjon som kan gis inntil hvert 30. min.

Start med 2,0-2,5 mg * sc

2. Vurder effekten etter 30 min. Ved manglende effekt vurder å doble dosen

Ved kvalning eller behov for akutt sedasjon: titrer iv hvert 10.min. Se også algoritme for dyspne.

* For gamle og skrøpelige pas:
Start med 1 mg

Hvis symptomkontroll ikke oppnås (agitert delir), vurder Haldol 2 mg sc inntil hver 2. time til maks 10 mg i døgnet, i tillegg til Midazolam

Alternativ kontakt ditt lokale / regionale palliative team på dagtid, eller annen lege etter avtale.

Midazolam, Dormicum®:	benzodiazepin til injeksjon (terminal uro/angst er ikke godkjent indikasjonsområde)
Effekt:	sederende (tre ganger så potent som diazepam), antiepileptisk (to ganger så potent som diazepam), angstdempende
Bivirkninger:	paradoksale reaksjoner kan forekomme, se Felleskatalogen.
Biotilgjengelighet:	Im: > 90%, sc: mangler data, po: 35-44%, buccal 75%
Virkning etter:	sc: 5-10 min, iv: 2-3 min, buccal: 15 min
Plasma halveringstid:	2-5 timer. Lengre ved kontinuerlig sc infusjon

Palliative Care Formulary 5th ed.

2.9.6 Skjema for Lindrende medikamentell behandling

Medikamenta gis subkutant der ikke annet er angitt.

Indikasjon	Medikament	Enkeltdose	Maks døgndose	Alternativ
Smerter og/eller Dyspnøe	Morfin sc.	2,5 – 5 mg eller 1/3 av peroral dose	Ubegrensa: mer enn 400 mg er sjelden nødven- dig	Ketobemidon Oxycodon
Surklete luftveger Ileus/tarmkolikk	Skopolamin, sc. Buscopan, sc.	0,2 – 0,4 mg 20 mg	2mg 100mg	Glycotyrion
Angst, uro, panikk Muskelrykninger	Stesolid, Sc Dormicum, Sc	2,5 mg 2,5 mg – 5 mg	Meir enn 20 mg er skjeldan naudsynt	Levomepromazin
Kvalme, brekkningar Uro, agitasjon	Haldol	0,5-5 mg	Ubegrensa, men konferer med lege om det er nød- vendig med mer enn 10 mg	

2.9.7 Medikamentell behandling av akutte symptom

Indikasjon	Medikament	Enkeltdose	Maks døgndose	Alternativ
Kramper	Stesolid, rektalt	28 – 50 kg= 10 mg 51 – 75 kg= 15 mg 76 – 110 kg =20 mg	Dosen gjentas et- ter 20 – 30 minutt om fornya kram- pe	
Akutt dyspnoe	Morfin	5-10 mg	Ubegrenset	
Akutt blødning	Morfin + Stesol- id helst IV	2,5-5mg 2,5mg	Ubegrenset	Samle blod opp i mørke håndklær
Patologisk fraktur	Morfin	2,5mg-10mg	Ubegrenset	Stabilisering av fraktur – om mulig

2.9.8 Esas skjema

[05.02.15] Edmonton Symptom Assessment System – r (revidert versjon) ESAS-r er et kartleggingsskjema som inneholder de vanligste symptomene og plagene kreftpasienter ofte opplever. Pasientens egen vurdering av plagene er viktig for å kunne tilby best mulig behandling og pleie. Skjemaet er utviklet i Canada og er oversatt til en rekke språk, blant annet norsk og samisk. For mer informasjon se retningslinjer for bruk av ESAS-r.

Edmonton Symptom Assessment System (revidert versjon) (ESAS-r)

Vennligst sett ring rundt det tallet som best beskriver hvordan du har det NÅ:



Edmonton Symptom Assessment System (revidert versjon) (ESAS-r)

Vennligst sett ring rundt det tallet som best beskriver hvordan du har det NÅ:

Ingen smerte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig smerte
<hr/>												
Ingen slapphet <i>(Slapphet=mangel på krefter)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig slapphet
<hr/>												
Ingen døsighet <i>(Døsighet=å føle seg søvning)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig døsighet
<hr/>												
Ingen kvalme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig kvalme
<hr/>												
Ikke nedsatt matlyst	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig nedsatt matlyst
<hr/>												
Ingen tung pust	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig tung pust

Ingen depresjon 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig depresjon
(Depresjon=å føle seg nedstemt)

Ingen angst 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig angst
(Angst=å føle seg urolig)

Best tenkelig velvære 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig velvære
(Velvære=hvordan du har det alt tatt i betraktning)

Ingen _____ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig _____
Annet problem (f. eks. forstoppelse)

Pasientens navn: _____

Dato: _____

Tidspunkt: _____

Fylt ut av (sett et kryss):

- Pasient
- Pårørende
- Helsepersonell
- Pasient med hjelp fra pårørende eller helsepersonell

Grafisk oversikt over registrerte symptomer, ESAS-r

Dato															
Dag i sykehus	Tidspunkt	09	18	09	18	09	18	09	18	09	18	09	18	09	18
Smerte	10														
	0														
Slapphet	10														
	0														
Døsighet	10														
	0														
Kvalme	10														
	0														
Matlyst	10														
	0														
Tung pust	10														
	0														
Depresjon	10														
	0														
Angst	10														
	0														
Velvære	10														
	0														
Annet problem (f.eks. forstoppelse)	10														
	0														
ECOG															
Utfylt av															
Sign.:															

PS = Pasient, skriftlig

PI = Pasient, intervju

WHO/ECOG-status:

0 = Normal aktivitet.

1 = Begrensning ved fysisk aktivitet. Oppegående, kan gjøre lett arbeid.

2 = Oppe > 50% av dagtid. Selvhjulpen, kan ikke arbeide.

3 = I seng eller stol > 50% av dagtid. Noe hjelpetrengende.

4 = Helt sengeliggende. Helt hjelpetrengende.

Pasientidentifikasjon

Registrering av problem
ESAS sekundærobservasjon

F2

Samleskjema

Ark.nr:.....

Resultater fra symptomregistreringsskjema overføres til dette skjema.

Dato:	År:																		
Dag i sykehus																			
Tidspunkt		09	18	09	18	09	18	09	18	09	18	09	18	09	18	09	18	09	18
Allmenntilstand ECOG	4																		
	0																		
Pustebesvær	10																		
	0																		
Matinntak	10																		
	0																		
Bevissthets nivå (våkenhet)	10																		
	0																		
Orientering (kognitiv evne)	10																		
	0																		
Motorisk ro / uro	10																		
	0																		
Ansiktsuttrykk	10																		
	0																		
Årsak til sekundær observasjon																			
Sign:																			

ECOG – skala, vurdering av allmenntilstand

0	Normal aktivitet
1	Begrensning ved fysisk anstrengende aktivitet
2	Oppegående, > 50% av dagtid
3	I seng eller stol > 50% av dagtid. Noe hjelpetrengende
	Helt sengeliggende. Helt hjelpetrengende

2.10 LCP – «LIVETS SISTE DAGER» «PLAN FOR LINDRING I LIVETS SLUTTFASE

Gir veiledning i terminalfasen til både pasient og pårørende. Det seponeres unødvendige medikamenter. Er i forkant med medikasjon ordinasjoner. Pleietiltak er satt i system og gir psykisk støtte, åndelig omsorg samt ivaretagelse av pårørende.

Endrer fokus fra å opprettholdelse av funksjoner og aktiviteter, til å innse at livet ebber ut. Tilrettelegger for en verdig avslutning av livet i tråd med pasientens ønsker. Både pårørende og pasient er forberedt på og har innsikt i innholdet i planen.

- Dokumentet erstatter all annen dokumentasjon, og blir den eneste form for rapport som brukes (notat i Geric)
- Dokumentasjon av medikamentforordning- og utlevering følger avdelingens vanlige retningslinjer
- Planen skannes inn i journal etter dødsfallet
- Kommer som elektronisk mal – den ligger i Geric for utskrift



Pasientdata

2.10.1

Livets siste dager

Plan for lindring i livets slutfase, til bruk i hjemmesykepleie

Bruksveiledning:

- Alle mål er skrevet med **uthevet** skrift. Tiltak, som er en hjelp til å nå målene, er skrevet med vanlig skrift.
- Retningslinjer for symptomlindring er tilgjengelig på www.helse-bergen.no/palliasjon.
- Helsepersonell står fritt til å gjøre sine egne faglige vurderinger, men enhver endring i forhold til anbefalinger i denne planen skal dokumenteres på siste side.

Bruk av denne planen forutsetter kommunikasjon med pasienten og de pårørende slik at deres behov og ønsker er kartlagt og de er informert om at pasienten er døende.

Kriterier for å bruke denne planen for lindring til døende:

1. **Alle mulige reversible årsaker til pasientens tilstand er vurdert.**
2. **Behandlingsteamet, minimum lege og sykepleier, er enige om at pasienten er døende.**

I tillegg vil minst to av følgende punkter vanligvis være oppfylt:

- Pasienten er sengeliggende
- Pasienten er i lengre perioder ikke kontaktbar
- Pasienten klarer bare å drikke små slurker
- Pasienten kan ikke lenger svelge tablett

Når denne planen settes i gang, erstatter den annen dokumentasjon og blir den eneste form for rapport som brukes.

Dokumentasjon av medikamentordinasjon og -utlevering følger kommunens/bydelens vanlige retningslinjer.

Bruk av planen skal vurderes fortløpende og alltid revurderes dersom:

- **pasientens tilstand bedres**
- **det uttrykkes tvil, bekymring eller uenighet knyttet til bruken av planen**
- **planen er brukt i inntil tre døgn**

Dato/klokkeslett:

Sted:

Lege:

Sykepleier:

Legehenvendelser utenom kontortid etter avtale med:

Lege:..... Telefon:..... Tilgjengelighet:.....



Navn.....

Avd.....

Dato:

Del 1		Første vurdering (vurdering ved inklusjon)		
Diagnose og personopplysninger	Hoveddiagnose:	Bidiagnoser:		
	Personnummer:	<input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Kvinne Nasjonalitet:		
	Innlagt dato:			
Symptomer og funn	Klarer ikke å svelge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Våken	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Kvalme	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Bevisst	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Brekninger, oppkast	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Vannlatingsbesvær, UVI	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Obstipert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Kateterisert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Forvirret	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Surkling i luftveiene	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Urolig, agitert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Dyspne	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Rastløs	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Smerte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Anspent, engstelig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Annet (f.eks. ødemer, kløe)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Delmål ved første vurdering	Mål 1 Aktuell medikasjon er vurdert og ikke-essensielle medikamenter seponert		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
	Hensiktsmessig peroral medikasjon er endret til subkutan, og subkutan pumpe er satt i gang hvis hensiktsmessig. Uhensiktsmessig medikasjon er seponert.			
	Mål 2 Behovsmedikasjon til subkutan administrasjon er skrevet opp for følgende symptomer etter avdelingens prosedyrer:			
	Smertes	- smertestillende	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
	Uro, agitasjon	- beroligende	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
	Surkling i luftveiene	- antikolinergikum	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
	Kvalme og brekninger	- kvalmestillende	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
	Dyspne	- angstdempende/muskelavslappende	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
	Mål 3 Uhensiktsmessige tiltak seponeres			
	Blodprøver	<input type="checkbox"/> ikke aktuelt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
Antibiotika	<input type="checkbox"/> ikke aktuelt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	
Iv væske	<input type="checkbox"/> ikke aktuelt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	
Journalført at hjerte-lungeredning ikke er aktuelt (HLR -)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	
Deaktivering av implantert defibrillator (ICD)	<input type="checkbox"/> ikke aktuelt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	
Kontakt pasientens kardiolog Henvis til lokale retningslinjer og prosedyrer Gi ev. informasjonsbrosjyre til pasient/pårørende				
Legens underskrift:		Dato:		
Mål 3a Det er tatt en avgjørelse om å avslutte ikke-hensiktsmessige pleietiltak		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	
Skal en ha et regime for å snu pasienten, eller gjøre det bare ved behov, vurdere antidecubitusmadrass, vurdere huden, skal en fortsette med å ta BT, puls og temp, osv				
Mål 3b Smertepumpe er satt i gang innen 4 timer etter at den ble forordnet av legen		<input type="checkbox"/> ikke aktuelt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
Sykepleierens underskrift:		Dato:	Klokkeslett:	



Navn.....

Avd.....

Dato:

Del 1	Første vurdering – <i>fortsettelse</i>
<i>Innsikt/forståelse</i>	<p>Mål 4 Evne til å kommunisere på norsk er vurdert som adekvat</p> <p>hos pasienten <input type="checkbox"/> komatøs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>hos de pårørende (familie eller andre) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>Mål 5 Innsikt i pasientens tilstand er vurdert:</p> <p>Pasienten er klar over diagnosen <input type="checkbox"/> komatøs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>De pårørende er klar over diagnosen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>Pasienten er klar over at han/hun er døende <input type="checkbox"/> komatøs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>De pårørende er klar over at pasienten er døende <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p>
<i>Åndelig omsorg</i>	<p>Mål 6 Religiøse/åndelige behov er vurdert</p> <p>hos pasienten <input type="checkbox"/> komatøs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>hos de pårørende <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>Pasienten eller de pårørende kan være engstelige for seg selv eller andre. Vurder spesielle behov i forhold til familiens kulturelle bakgrunn. Vurder støtte fra prest eller annen åndelig veileder.</p> <p>Pas. trosretning eller livssyn er kjent <input type="checkbox"/> ikke aktuelt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>Hvis ja, hvilken/hvilket: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>Gitt tilbud om kontakt med prest /annen kontaktperson</p> <p>Navn: tlf: dato:</p> <p>Kommentarer (spesielle behov nå, i forbindelse med dødsfallet, etter dødsfallet):</p>
<i>Kommunikasjon med de pårørende</i>	<p>Mål 7 Det er avtalt hvordan pårørende skal informeres ved forandring i pasientens tilstand <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <ul style="list-style-type: none"> - uansett tidspunkt på døgnet <input type="checkbox"/> - ikke om natten <input type="checkbox"/> - pårørende overnatter på sykehjemmet <input type="checkbox"/> <p>Nærmeste pårørende: tlf:</p> <p>Relasjon til pasienten:</p> <p>Evt. annen pårørende: tlf:</p> <p>Relasjon til pasienten:</p> <p>Mål 8 Pårørende er gitt informasjon om sykehjemmet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>Skriftlig informasjon om parkering, telefon, mat og drikke, overnatting og annen praktisk informasjon</p>
<i>Kommunikasjon med primærhelsetjenesten</i>	<p>Mål 9 Pasientens fastlege er klar over pasientens tilstand <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>Hjemmesykepleien er informert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p>
<i>Sammendrag</i>	<p>Mål 10 Plan for videre behandling og pleie er forklart for og drøftet med</p> <p>pasienten <input type="checkbox"/> komatøs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>de pårørende <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>Mål 11 De pårørende gir uttrykk for at de forstår hva som er planen videre <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>De pårørende er klar over at videre behandling og pleie har fokus på at pasienten er døende. De pårørende har fått komme frem med sine ønsker og bekymringer og disse er dokumentert. Tiltaksplanen kan drøftes hvis dette vurderes som hensiktsmessig.</p>
<p><i>Hvis du har svart " nei" på et av delmålene, bør du utdype svaret på siste side.</i></p> <p>Underskrift: Stilling: Dato:</p>	



Navn.....

Avd.....

Dato:

Del 2	Fortløpende vurderinger: Er målet oppnådd?					
Fortløpende vurderinger	<i>Kryss "ja" (mål oppnådd) eller "nei" (mål ikke oppnådd). Hvis svaret er nei, beskrives tiltak og resultat på siste side.</i>					
Delmål	04:00	08:00	12:00	16:00	20:00	24:00
Smerter Mål: Pasienten er smertefri - Pasienten sier det (dersom ved bevissthet) - Pas. er smertefri ved bevegelse - Pas. virker fredfull - Vurder behov for leieforandring	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Uro/forvirring Mål: Pasienten er rolig og avslappet - Pasienten frembyr ikke tegn på delirium, dødsangst eller rastløshet ("plukker") - Utelukk urinretensjon som årsak - Vurder behov for leieforandring	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Surkling i luftveiene Mål: Pasienten er ikke plaget med uttalt surkling - Medikament skal gis så snart symptomer oppstår - Vurder behov for leieforandring - Symptomet er drøftet med de pårørende	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Kvalme og oppkast Mål: Pasienten er ikke kvalm og kaster ikke opp - Pasienten sier det (dersom ved bevissthet)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Dyspne (tung pust) Mål: Pasienten er ikke plaget av tung pust - Pasienten sier det (dersom ved bevissthet) - Vurder behov for leieforandring	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Andre symptomer (f eks ødemer, kløe).....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Behandling/prosedyrer						
Munnstell Mål: Munnen er fuktig og ren - Se retningslinjer for munnstell - Munnen vurderes minst hver 4. time - Pårørende deltar i munnstell	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Vannlatingsbesvær Mål: Pasienten er ubesværet - Legg inn kateter hvis retensjon - Bruk kateter eller bleier hvis pas. generelle tilstand fører til inkontinens	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Medikamenter Mål: Alle medikamenter er gitt korrekt i forhold til legens forordning - Smertepumpe kontrollert minst hver 4. time	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Underskrift:						
<i>Bruk et nytt ark for hvert døgn</i>						



Navn.....

Sted.....

Dato:

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

Dato:

Klokkeslett:

Klokkeslett attestert av lege:

Hvem var til stede:

Rapport:

Underskrift:

Delmål etter dødsfallet	
<i>Hvis svaret er nei, beskrives tiltak og resultat på siste side</i>	
Mål 12 Fastlegen er informert om dødsfallet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Ta kontakt neste arbeidsdag hvis dødsfallet skjer utenom arbeidstiden Andre som bør informeres, hvem.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Mål 13 Kommunens prosedyrer ved mors og ved stell av døde er fulgt (spesielle religiøse/kulturelle behov ivare tatt)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Mål 14 Kommunens prosedyrer etter dødsfall er fulgt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Sjekk følgende punkter: - syning av liket - fjerning av ev. pacemaker eller ICD pga kremasjon - obduksjon - registrering av dødsfallet / dødsattest fylt ut - journalen avsluttet - beskjed formidlet til ev. andre offisielle instanser	
Mål 15 De pårørende er gitt informasjon om rutiner ved dødsfall	
Brosjyre med praktisk informasjon ved dødsfall er gitt til de pårørende	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Mål 16 Ikke aktuelt i hjemmesykepleien	
Mål 17 Nødvendig informasjon er gitt til rette vedkommende	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
- Heftet: "Når en av våre nærmeste dør" er utlevert	
Mål 18 Skriftlig informasjon til etterlatte er gitt til de pårørende	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
- Informasjonshefte om sorg og aktuell oppfølging i lokalmiljøet delt ut ("etterlattemappe")	
Underskrift:	Dato:



Navn.....

Avd.....

Når målet ikke er oppnådd:

Analyse av problem, tiltak og resultat:

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

REFERANSER

- Andersen, S. og Johansen, M. (2014). «Lindrende skrin». Medikamentskrin for voksne i livets slutfase. Tromsø. UNN.
- Four Essential Drugs needed for Quality Care of the Dying: A Delphi-Syudy Based International Expert Consensus opinion.
- Ellershaw JE, Wilkinson S, eds. (2011). Care of the dying: A pathway to excellence. Second edition. Oxford: Oxford University Press.
- Helsedirektoratet (2009). Nasjonal veileder for beslutningsprosesser for begrensning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende.
- [http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00117/Nasjonal veilder f 117069a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00117/Nasjonal_veilder_f_117069a.pdf)
- http://www.unn.no/getfile.php/UNN%20INTER/Enhet/K3K_web/Lindrende/handbok_lin_flyttet_fra_intra.pdf
- http://www.unn.no/getfile.php/UNN%20INTER/Enhet/K3K_web/Lindrende/handbok_lin_flyttet_fra_intra.p
- [http://unn.no/getfile.php/UNN-intranett/Enhet/K3/Dokumenter/handbok lin.pdf](http://unn.no/getfile.php/UNN-intranett/Enhet/K3/Dokumenter/handbok_lin.pdf)
- http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/19991999/002/PDFA/NOU_1999_19990002000DDDPD-FA.pdf
- http://www.vestreviken.no/omoss_/avdelinger_/palliativt-team_/nettverk-for-ressurssykepleiere-innen-palliasjon-og-kreftomsorg_/Sider/medikamentskrin-retningslinjer.aspx
- <http://www.helse-bergen.no/no/OmOss/Avdelinger/klb/Sider/default.aspx>
- Kompetansesenter I lindrande behandling KLB.

- Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest. Haukeland universitetssjukehus.
- McCaffery, M, og Beebe, A. (1998). Smerter – lærebok for helsepersonell. Notam Gyldendal forlag, Oslo.
- Nordøy, T., Svensen, R., Johansen, M.J. Buitink, M., Ervik, B., Aasebø, U., Magnussen, K. og Boge, J. (2009). Håndbok i lindrende behandling. Kompetansesenteret Lindring i Nord (LiN) Tromsø.
- Norsk forening for palliativ medisin (2004). Standard for palliasjon. Den norske lægeforening. http://www.legeforeningen.no/asset/35441/1/35441_1.pdf
- NOU (1999:2). Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning.
- Oslo Universitetssjukehus, metodebok for indremedisin, 2012.
- Rosland. J.H., Hofacker, S. og Paulsen, Ø. (2006). Den døende pasient. Tidsskrift Norske legeforening nr 4, 2006 ; 126 : 460 – 70. <http://tidsskriftet.no/article/130424>
- Søderstrøm, U. (). «Når livet går mot slutten». Kirkens Bymisjon.
- The National Council for Palliative Care (2006) Changing Gear: Guidelines for Managing the Last Days of Life in Adults. London: The National Council for Palliative Care.
- Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen (rev. utgave 2013). Oslo: Helsedirektoratet.
- Nettsider: www.sii-mcpcil.org.uk/lcp.aspx og www.helse-bergen.no/palliasjon





Foto: Heidi M. Oskam/Rita O. Nestegard