

# Fagdag om Liverpool Care Pathway Helseregion Vest

Aart Huurnink

[aart.huurnink2@stavanger.kommune.no](mailto:aart.huurnink2@stavanger.kommune.no)

05.09.13

# Erfaringer fra Rogaland

- Helse Fonna: Haugesund og Suldal kommune
- Helse Stavanger: 12 kommuner ( av 17)
  - Medikamenter
  - Legens rolle
  - Har vi felles forståelse ?
  - Tverrfaglighet
  - Samtaler om behandlingsintensitet forutsetter kompetanse i palliasjon og etisk refleksjon.
  - Hvem kan vi kontakte når en ikke kommer i mål?
  - Er pårørende godt informert og ivaretatt
  - Refleksjon etter dødsfall

# Erfaringer fra Boganes

- Hvordan har utviklingen vært den siste tiden?
- Hva har endret seg?
- Hva håper du på?
- Hva er du bekymret for?
- Hva er viktig for deg (nå)?
- Det som skjer nå: hva gjør det med deg?

# Fokus på livskvalitet

## Hva er viktig for deg (nå)?

- Identifisere, kartlegge, tiltak
- Vurder behandlingsintensiteten
- Gjenkjenne mulige vendepunkter
- Hva skal vi gjøre hvis?

the gold standards  
framework<sup>®</sup>

funksjon



Er det behov for å seponere ikke  
hensiktsmessig medikasjon?

Er pasienten døende?

Er det behov for å avtale evt. medikamenter ved livets slutt?

Er det behov for å starte med LCP

 LIVERPOOL  
Care Pathway

Promoting best practice for care of the dying

→ tid

# Hvilke elementer tas i bruk først ?

(ofte før oppstart LCP skjema)

- Vurdere alle mulige reversible årsaker
- Seponere ikke essensiell medikasjon
- Tidlig oppstart med subkutanpumpe ved svelgvansker eller ved kvalme/oppkast
- Avtaler eventuell medikasjon for døende
- God informasjon/dialog med pasient og pårørende om sykdomsforløpet og forventet utvikling
- Kartlegging og ivaretagelse av spesielle behov

# Er pasienten døende?

Hva taler for?

Hva taler imot?

Har det noen konsekvenser?

Hvordan skal jeg formidle dette?



LIVERPOOL  
Care Pathway

Promoting best practice for care of the dying

# Er pasienten døende?

Vurder et kompleks av faktorer/kjennetegn

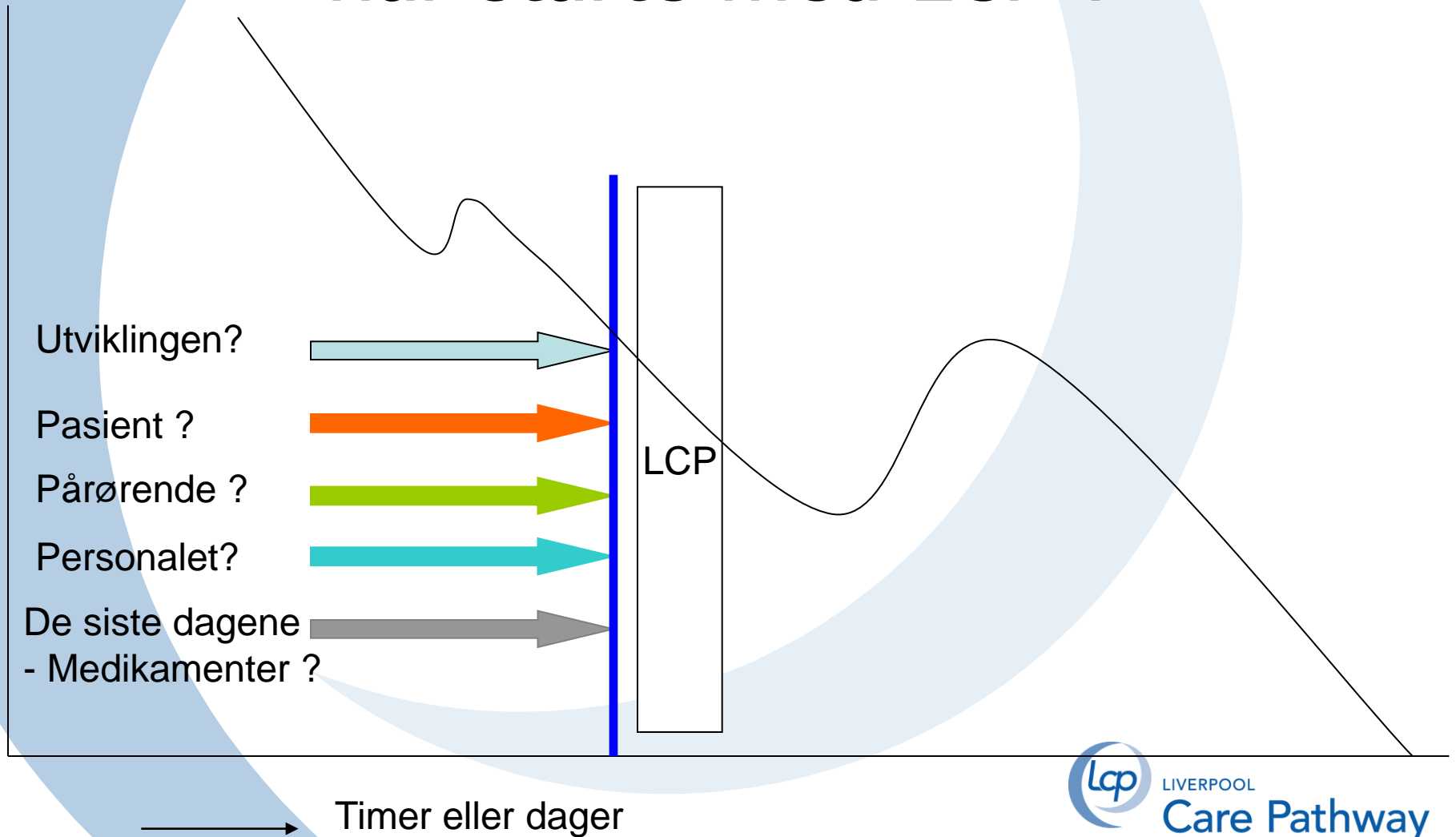
- Sykdomsrelaterte faktorer
  - Mulige reversible tilstander
- Pasienten
  - Funksjonsstatus, hva sier pas ?, symptomer,...
- Personalet
  - Teamarbeid, kompetanse, ressurser
  - Hva sier personalet ?
- Relasjon til pårørende
  - Familierelasjoner
- Utviklingen over tid
  - Hva er annerledes nå enn før



LIVERPOOL  
Care Pathway

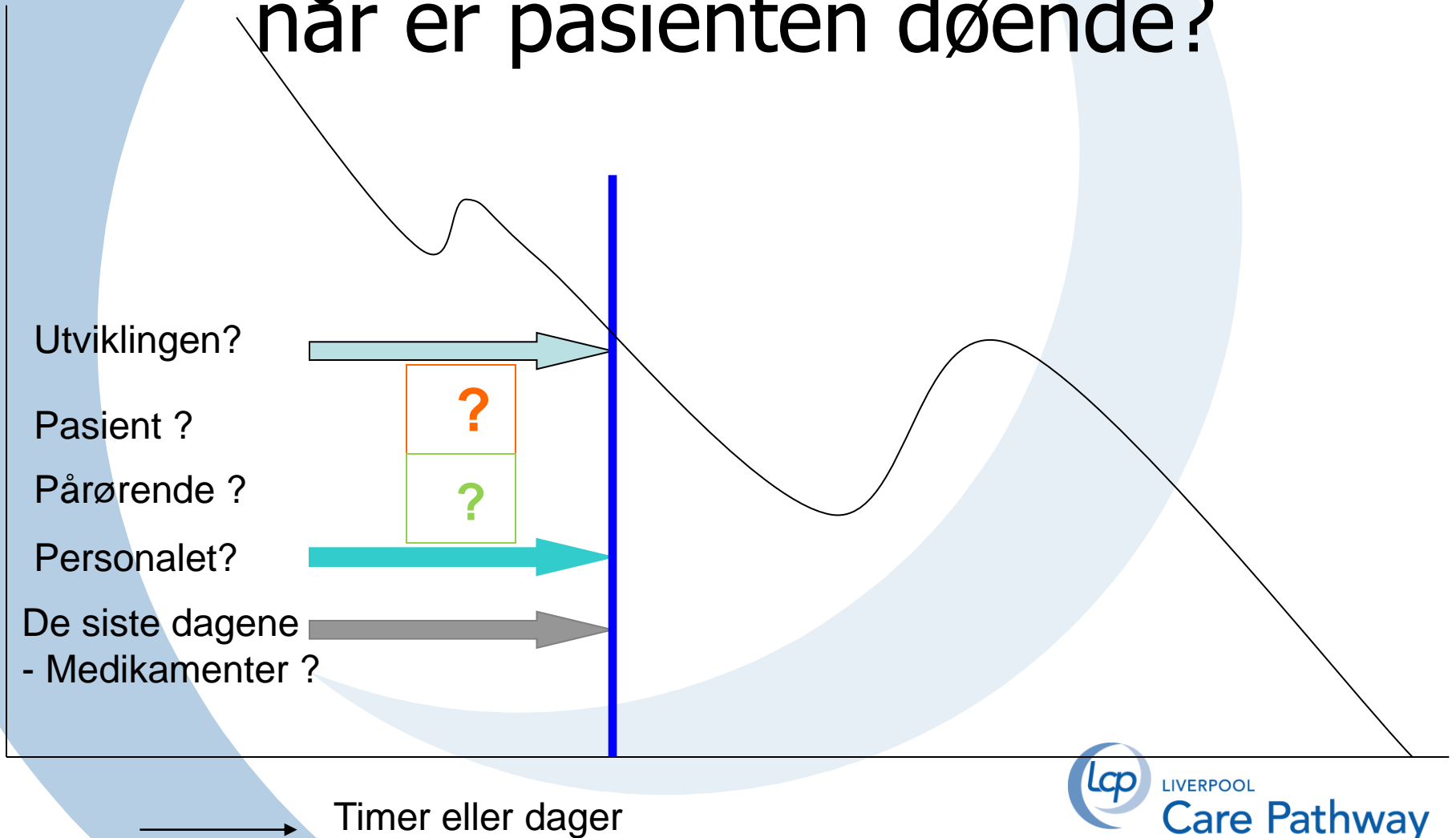
Promoting best practice for care of the dying

# Hvis pasienten er døende, når starte med LCP ?





# Når starte med LCP ? når er pasienten døende?



Navn.....

Avd.....

Dato:.....

<b>Del 1</b> <i>Innsikt/forståelse</i>	<b>Første vurdering – fortsettelse</b>		
	<b>Mål 4 Evne til å kommunisere på norsk er vurdert som adekvat</b> hos pasienten <input type="checkbox"/> komatos <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei hos de pårørende (familie eller andre) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
	<b>Mål 5 Innsikt i pasientens tilstand er vurdert:</b> Pasienten er klar over diagnosen <input type="checkbox"/> komatos <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei De pårørende er klar over diagnosen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Pasienten er klar over at han/hun er døende <input type="checkbox"/> komatos <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei De pårørende er klar over at pasienten er døende <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
	<b>Andelig omsorg</b> <b>Mål 6 Religiøse/åndelige behov er vurdert</b> hos pasienten <input type="checkbox"/> komatos <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei  hos de pårørende <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Pasienten eller de pårørende kan være engstelige for seg selv eller andre. Vurder spesielle behov i forhold til familiens kulturelle bakgrunn. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Vurder støtte fra prest eller annen åndelig veileder. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei  Pas. trosretning eller livssyn er kjent <input type="checkbox"/> ikke aktuelt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Hvis ja, hvilken/hvilket: Gitt tilbud om kontakt med prest /annen kontaktperson  Navn: ..... tlf. .... dato: .....  Kommentarer (spesielle behov nå, i forbindelse med dødsfallet, etter dødsfallet):		
<b>Kommunikasjon med de pårørende</b>	<b>Mål 7 Det er avtalt hvordan pårørende skal informeres ved forandring i pasientens tilstand</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei - nansett tidspunkt på døgnet <input type="checkbox"/> - ikke om natten <input type="checkbox"/> - pårørende overnatter på sykehjemmet <input type="checkbox"/> Nærmeste pårørende: ..... tlf. .... Relasjon til pasienten:		
	Evt. annen pårørende: ..... tlf. .... Relasjon til pasienten:		
<b>Kommunikasjon med primærhelsestjenesten</b> <i>Sammendrag</i>	<b>Mål 8 Pårørende er gitt informasjon om sykehjemmet</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Skriftlig informasjon om parkering, telefon, mat og drikke, overnatting og annen praktisk informasjon		
	<b>Mål 9 Pasientens fastlege er klar over pasientens tilstand</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Hjemmesykepleien er informert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
	<b>Mål 10 Plan for videre behandling og pleie er forklart for og drøftet med</b> pasienten <input type="checkbox"/> komatos <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei de pårørende <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
	<b>Mål 11 De pårørende gir uttrykk for at de forstår hva som er planen videre</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei 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 droffes hvis dette vurderes som hensiktsmessig.		
Hvis du har svart "nei" på et av delmålene, bør du utdype svaret på siste side.			
Underskrift: .....		Dato: .....	

# Kommunikasjon

**Mål 7** Hvordan pårørende skal informeres ved forandring i pasientens tilstand

**Mål 8** Pårørende er gitt informasjon om sykehjemmet

**Mål 9** Pasientens (fast)lege er klar over pasientens tilstand

Hjemmesykepleien er informert

**Mål 10** Plan for videre behandling og pleie er forklart for og drøftet med:

10.1 Pasienten

10.2 De pårørende

**Mål 11** De pårørende gir uttrykk for at de forstår hva som er planen videre

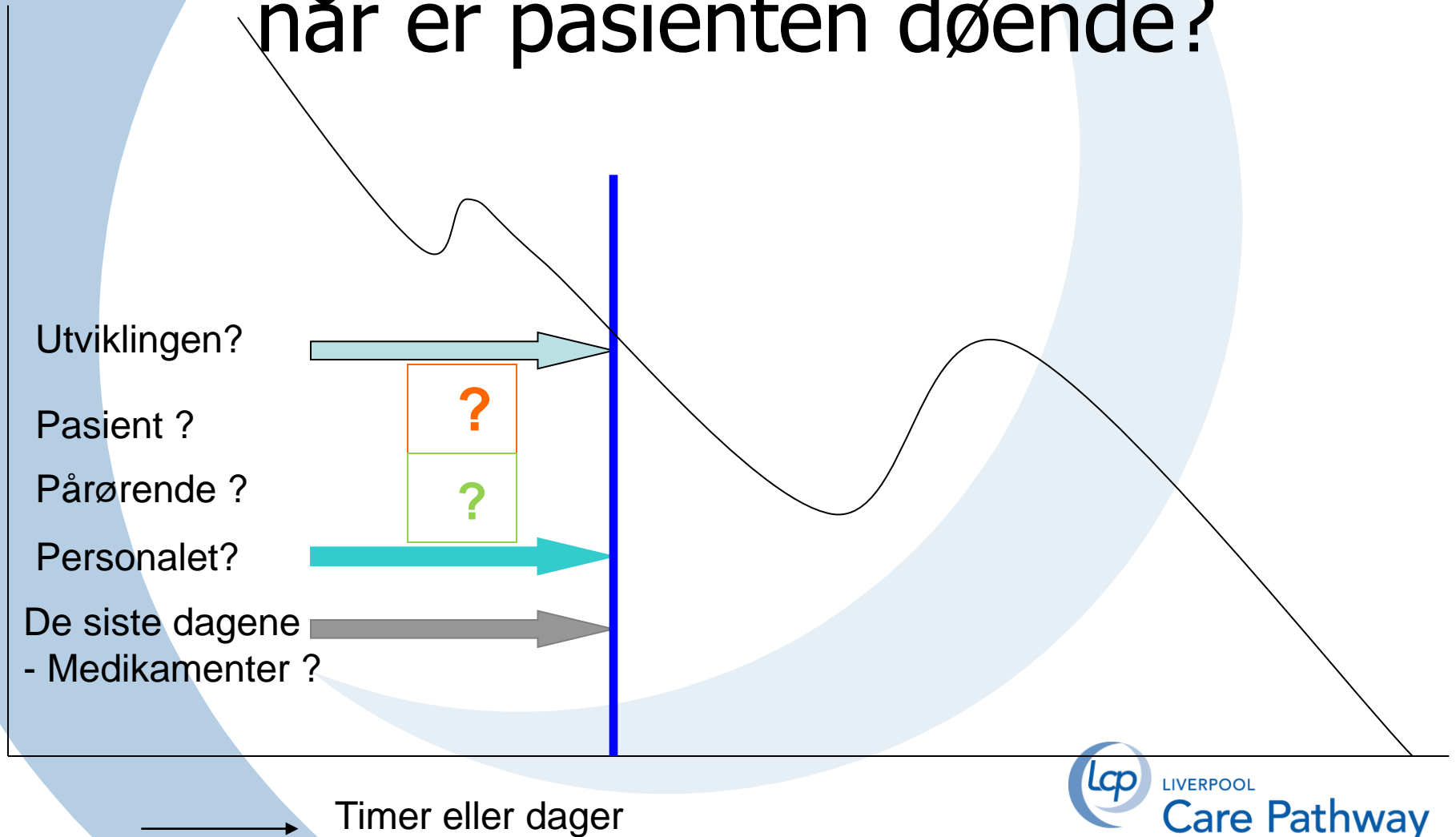


LIVERPOOL

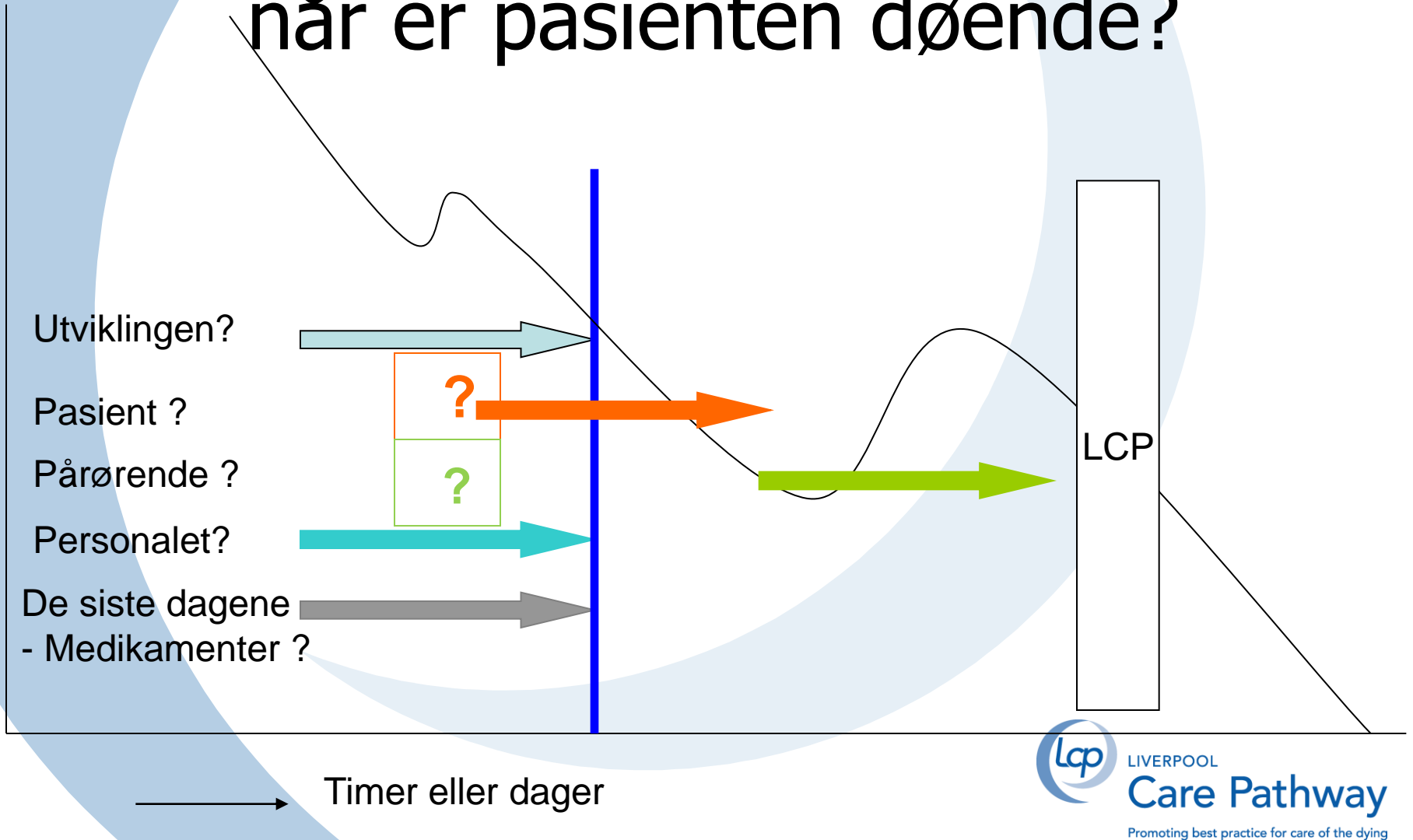
Care Pathway

Promoting best practice for care of the dying

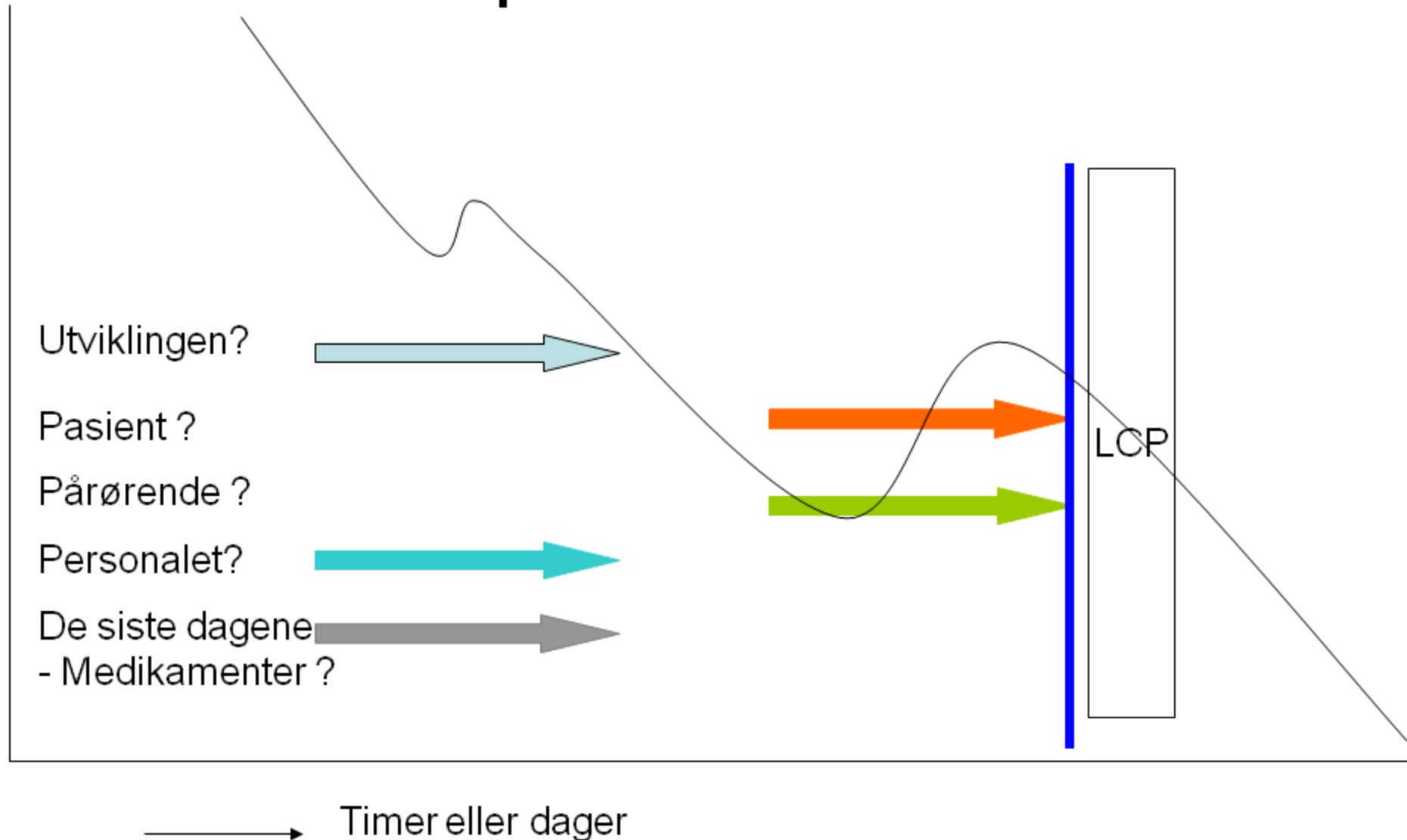
# Når starte med LCP ? når er pasienten døende?



# Når starte med LCP ? når er pasienten døende?



# Når starte med LCP ? når er pasienten døende?



# LCP

- Forutsetter en god beslutningsprosess.
- Må kun tas i bruk når alle er enige.
- Regelmessige samtaler og vurderinger basert på utviklingen over tid, og spesielt de siste dagene
- Mangfold i meninger og holdninger og erfaringer
- LCP er å lage en ny tverrfaglig "pleieplan" med en annen mal og andre mål og problemområder/fokusområder
- Situasjonsetikk
- Nye medlemmer i teamet: da starter deler av prosessen på nytt.
- Teamet er ikke bedre enn det svakeste ledd





**Takk for oppmerksomheten**

