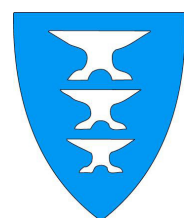
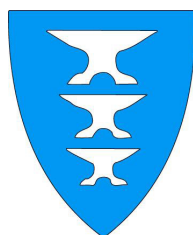


HÅNDBOK

I lindrende metoder
-Medikamentanbefalinger for helsepersonell-



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.

Blåklukkene 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 samanlignbar med menneskelig kraft. Selve blomsten er forma som ei bjelle eller ei klokke, slik namnet beskriv. Bladene nederst er forma som et hjerte eller en nyre og har tydelige og synlige nerver. Slik sett innehold-er den akkurat 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 «Håndbok 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 og i Hallingdal». Undervisningssjukeheimen (No Utviklingssenter for sjukeheime i Buskerud) -og Halling forsk arrangerte et kurs i september 2010 på Ål, som omhandlet «Systematisk bruk av medikamenter til pasienter i livets slutfase». Prosjektleder Liss Mette Johnsrud. Dette førte til ny kunnskap og inspirasjon for å etablere nye rutiner. Retningslinjer for bruk av medikamentskrin til symptomlindring av døende pasienter et prosjekt via Undervisningssjukeheimen 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. Bakgrunn for å etablere en standard, er nasjonale føringer. De setter standard for at helsetjenestene 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 det 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 og er en del av Liverpool Care Pathway (LCP), en palliativ plan med et avklart og planlagt forløp (så langt som 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, medikamentskrin, prosedyrer for lindring og pårørendekonvolutt sammen med etisk refleksjon. LCP fikk nytt norsk navn juni 2015 og heter nå, «Livets siste dager» - «Plan for lindring i livets slutfase». Skjemaer som LCP, ESAS, konverteringstabell, Medikamentskrin innhold etc. ligger på Gerica for utskrift.

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 symptomlindring til palliative pasienter som inkluderte Medikamentskrinets medikamenter. Dette ble svært godt tatt i mot 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. 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 når det 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

Forord	3
Historikk	4
1.0 Palliasjon i Hol Kommune	8
1.1 Innledning	8
1.2 FNs erklæring om den døendes rettigheter	10
1.3 Who's definisjon av palliasjon	10
2.0 Den døende pasient	11
2.1 Diagnostikk av døende pasient	11
2.1.1 Tegn på at pasienten er døende	11
2.1.2 Terminal fase	11
2.2 Forberedende samtale	11
2.2.1 Hensikt	11
2.2.2 Gjennomføring	11
2.2.3 Skjema for forberedende samtale	12
2.2.4 Palliativ plan- "Livets siste dager" - "Plan for lindring i livets slutfase"	12
2.3 Det gode stedet	13
2.3.1 Sengeleie og forebygging av trykksår	14
2.3.2 Fortsettelse sengeleie og hvordan forebygge trykksår	14
2.4 Munnstell	14
2.4.1 Munntørrhet	15
2.4.2 Symptom på defekte munnslimhinner	15
2.4.3 Prosedyre for munnstell hos den døende	15
2.4.4 Utførelse av fukting av munnen	15
2.4.5 Utførelse av munnstell	15
2.4.6 Oversikt over midler til bruk ved munnstell hos døende	15
2.4.7 Middel til bruk ved hele slimhinner	16
2.4.8 Midler til bruk på leppene og i munnhule	16
2.4.9 Behandling av infeksjon i munn	16
3.0 Åndelig omsorg	17
3.1 Fastvakt hos den døende	17
3.1.2 Hvordan opptre hos den døende	18
4.0 Smerte	19
4.1 Plagsomme symptom og lindrende behandling	19
4.1.1 Smertetrapp	20
4.1.2 Smertetrapp modell	20
4.1.3 Smerter ved spredning til skjelettet	21
4.1.4 Smerter ved ødem/trykk i begrenset rom i kroppen	21
4.1.5 Smerte på grunn av Ileus hos terminale pasienter	21
4.1.6 Smertere registrering er avgjørende for valg av behandling	21
4.1.7 Kroppskart angir smerte	22
4.1.8 Slik ser kroppskart ut	22
4.1.9 Viktige moment v/behandling av smerter hos alvorlig syke og døende pasienter	22
4.1.10 MOBID- 2 smerteskala kart	23
4.1.11 MOBID- 2 smerteskala	24
4.1.12 Lindrende skrin= Medikamentskrin	25
4.1.13 Bakgrunn for bruk av medikamentskrin	25
4.1.14 Medikamentskrinet inneholder	25
4.1.15 Liste over innholdet i Medikamentskrinet	26

4.1.16	Vurderinger før bruk i Medikamentskrin	26
4.1.17	Ordinasjonsskjema for medikamenter til Medikamentskrin	28
4.1.18	De 4 viktigste medikamentene for lindring.....	28
4.1.19	Dokumentasjon for utleverte doser fra medikamentskrin	29
4.1.20	Konverteringstabell og flytskjemaer.....	30
5.0	Lindring	38
5.1	Medisinsk lindring er.....	38
5.2	Blodig oppkast- Hemoptyse	38
5.3	Ascites	38
5.4	Pleuravæske	38
5.5	Urinveisobstruksjon.....	39
5.6	Forebyggende behandling ved obstipasjon	39
5.6.1	Terapeutisk behandling ved manifest obstipasjon	39
5.6.2	Ved vanskelige opioidindusert obstipasjon.....	39
5.6.3	Obstipasjonsdiare.....	39
5.6.4	Terminalobstipasjon.....	40
5.6.5	Tarmobstruksjon (avstengt tarm)	40
5.6.6	Diare og krampe	40
5.6.7	Diareplager under eller etter strålebehandling	41
5.6.8	Kramper og luft smerter.....	41
5.6.9	Tiltak- forstoppelse	41
5.6.10	Oppskrift sviske/fikendessert "Fruktkompott"	41
5.7	Kvalme.....	41
5.8	Kramper.....	42
5.9	Kløe.....	42
5.9.1	Lokal behandling/hudpleie	42
5.9.2	Generell systemisk behandling.....	42
5.10	Anemi og blødning	42
5.10.1	Symptom på trombocytopeni.....	43
5.10.2	Medikamentell behandling.....	43
5.11	Hyperkalsemi	44
5.12	Ernæringsproblemer og kosthold hos kreftpasienter	44
5.12.1	Vanlige årsaker til ernæringsproblem	45
5.12.2	Ernæring i palliativ fase	45
6.0	Ikke- medikamentell smertebehandling	46
6.1	Massasje.....	46
6.2	Temperatur.....	46
6.3	Musikk	47
6.4	Avledning	47
6.4.1	Tankereise	47
6.5	Mobilitet.....	48
6.6	Dyspnoe	48
6.6.1	Surkling/dødsralling	48
6.7	Uro	48
6.7.1	Delir	49
6.8	Kvalme.....	49
6.9	Obstipasjon.....	49

6.10 Hoste	50
6.11 Hikke	50
6.12 Lymfeødem	51
6.13 Urinretensjon	51
6.13.1 Nyresvikt/uremi	51
6.14 Ikterus/gulsott	51
6.15 Skjema for Lindrende medikamentell behandling	52
6.15.1 Medikamentell behandling av akutte symptom	52
6.15.2 Butterfly og Sub - Q	53
6.15.3 Prosedyre for innlegging av butterfly	53
6.16 Smertepumpe	56
6.17 Smertelindring huskeliste	57
6.18 Livets siste dager - LCP	57
7.0 Pårørende og rettigheter	61
7.1 Økonomi og trygderettigheter	61
7.1.1 Pleie i hjemmet i terminalfasen	61
7.1.2 Hva med barna	61
7.2 Det å dø- det vanskeligste av alt	62
7.2.1 Prosedyrer ved dødsfall	62
7.2.2 Pårørendekonvolutt	63
7.2.3 Lege	63
7.2.4 ICD- implantert defibrillator (hjertestarter)	63
7.2.5 Stell av den døde	63
7.2.6 Dokumentasjon	64
7.2.7 Begravelsesdagen	64
7.2.8 Etterlatte samtale	64
8.0 Faglig og etiske områder	65
8.1 O2-behandling hos døende	65
8.2 Bruk av sug	65
8.3 Væskebehandling i terminal fase	65
8.4 Ernæring i terminal fase	66
8.4.1 Sondeernæring	66
Oversikt over begravelsesbyrå i Hallingdal	67
Referanser	68

DEL 1.0 – FØRINGER FOR PALLIASJON

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».

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 Gericar 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

Prosjektet har hatt flere 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. Nytte 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



1.2 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 mennsker 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).

1.3 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.

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.

2.1.1 Tegn på at pasienten er døende

Når døden nærmer seg, sees en del endringer hos pasienten:

- Tilstanden viser at pasienten lider av en irreversibel sykdom med dårlig prognose
- Økt søvnbehov
- Tiltagende fysisk svekkelse
- Økende behov for sengeleie
- Svekket orienteringsevne
- Periodevis forvirring
- Avtagende interesse for omgivelsene, mindre respons til de nærmeste
- Redusert interesse for å ta til seg mat og drikke
- Problemer med å ta tabletter

Dette er tegn som kan vise at pasienten har en irreversibel sykdom med dårlig prognose, mens tidsperspektivet i denne fasen er individuelt betinget. Den kan strekke seg fra uker til måneder, med en gradvis svekkelse.

2.1.2 Terminal fase

Man definerer pasienten til å være i terminal fase når vedkommende har dager eller timer igjen å leve. Det kliniske blikket må da være preget av:

- Problemer med å svelge
- Pasienten slutter å ta til seg mat, drikke og ta tabletter
- Nedsatt og varierende respirasjon
- Nedsatt blodsirkulasjon, cyanose og marmoreringer i huden samt forandringer i temperaturen
- Uregelmessig puls
- Bevisstløshet

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».

2.2.1 Hensikt

Hensikten med en slik samtale er å snakke om den aktuelle situasjon og vegen videre. Samtalens intensjon er å bidra til trygghet, og forhindre belastende behandlinger eller unødige sykehusinnleggelser i den siste fase. Tidlig avklaring og forberedelse gir forutsigbarhet og trygghet for den døende og dens familie. Brosjyren gir god forklaring og veiledning til pasient og pårørende om videre forventet forløp.

2.2.2 Gjennomføring

Sykepleier innkaller til forberedende samtale med informasjon om samtalens hensikt, innhold og tidsramme (anbefalt tid, ca. 1. t) Hvem bør være med på en forberedende samtale:

- Pasienten (så sant det er mulig)
- Nærmeste pårørende (den pasienten utnevner)
- Sykehjemslegen
- Sykepleier
- Primærkontakt

Benytt skjema for forberedende samtale, eller benytt LCP som er det som skal benyttes i hovedsak. Dokumentet lagres under journal/ skannes inn dersom det er mulig. Skal erstatte all journalføring de siste dager. I denne samtalen bør det avklares fakta og status, forventede symptomer, avklarte og avsluttede tiltak, uhensiktsmessige utredninger og undersøkelser, samt sykehusinnleggelser. Seponer uhensiktsmessig behandling, eks, antibiotikabehandling, væskebehandling, sondeernæring og medikamenter som er uhensiktsmessige.

2.2.3 Skjema for forberedende samtale

Pasient: _____

Fødselsnummer: _____

Tilstede: _____

Sted/dato: _____

1. Legens vurdering og beskrivelse av pasientens situasjon.
2. 2Sykdomsforløp – mulige symptomer i tiden fremover. Brosjyre «Når en av våre nærmeste dør»
3. Fokus i tiden fremover:
 - Unngå uhensiktsmessige undersøkelser, utredninger og sykehusinnleggelser
 - 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): _____

2.2.4 Palliativ plan – «Livets siste dager» – «Plan for lindring i livets slutfase»

Er en behandlingsplan for pasienter i palliativ fase. Planen inneholder de viktigste områdene av behandlingen i denne fasen. (LCP) «Livets siste dager» og «Plan for lindring i livets slutfase» er verktøyet som skal benyttes.

LCP- Liverpool Care Pathway gir evidensbasert/forskningsbasert veiledning ved aspekt

ved omsorg til døende. (LCP) Livets siste dager og Planen for lindring i livets slutfase er et verktøy til å underbygge god pleie og omsorg til døende og deres pårørende. Det er et hjelpemiddel og ikke en erstatning for personlig oppfølging. Optimal behandling, pleie og omsorg for døende og deres familie fordrer kunnskap, kompetanse, empati og engasjement hos alle involverte parter. Standardiserte tiltaksplaner blir ikke bedre enn de som benytter verktøyet.

Tiltaksplanen skal benyttes når pasienten får diagnosen døende, og en forventer at døden vil inntreffe etter noen timer eller dager. Den skal erstatte all annen dokumentasjon og blir den eneste skriftlige rapport som nyttes. Den kan nyttes både i sykehus, palliative enheter, sykehjem og i hjem. Bruk av LCP/Plan for lindring i livets slutfase er uavhengig av diagnose.

Planen opprettas ideelt sett når pasienten er diagnostisert som døende, senest når pasienten er definert å være i terminal fase. Det er tilsynslege/fastlege som fyller ut og signerer LCP/Plan for lindring i livets slutfase sammen med sykepleier. Dokumentet lagres i Gerica.

LCP er unik idet samme plan brukes både i sykehus, sykehjem, palliative enheter / hospice og hjemmesykepleien, med kun ubetydelige variasjoner. Planen er uavhengig av pasientens diagnose. Det betyr at planen kan bidra til å innføre en felles kultur og kompetanse i omsorgen for den døende og familien på tvers av nivåene i helsetjenesten, og dermed bli et viktig verktøy for samhandling omkring pasienter i siste livsfase.

LCP skal kun brukes til døende pasienter, det vil si i de aller siste levedager og -timer.

Vurderingen om å starte opp med LCP skal tas i det tverrfaglige teamet, i praksis av lege og sykepleier.

Før oppstart av LCP skal alle andre reversible årsaker til pasientens tilstand være vurdert. To av følgende kriterier vil vanligvis være oppfylt, og er ment som støtte i totalvurderingen:

Pasienten:

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

Pasientens tilstand skal fortløpende revideres og minst hvert 3. døgn etter oppstart LCP.

Dersom pasientens tilstand underveis forbedres, avsluttes LCP og pasienten ivaretas videre etter gjeldende palliative prinsipper. (Kompetansesenter i lindrende behandling, Helseregion Vest) (KLB)

Mål

Et dokument som sikrer pasienten en god og forutsigbar behandling og ei avklart fremtid som gir trygghet i ei sårbar fase. Verktøyet er et arbeidsdokument for personalet i pasientens terminal fase og involvere pårørende som en viktig del av lindringen. Verktøyet skal gi trygghet og ro til pasienten i siste fase av livet.

2.3 DET GODE STELLET

Beskriver hvordan helsepersonell møter og hjelper pasienter. Gjennom håndlag, væremåte og tilstedeværelse, gir en pasienten fornemmelsen av nærvær, tillit, omsorg, verdighet og trygghet. Det motsatte av dette kan gi utrygghet. Det gode håndlag er ikke likegyldig! Det å bruke god tid, sikre og rolige bevegelser i pleiesituasjoner er med på å skape velvære og gode og trygge opplevelser. Det gir bekreftelse på ens eksistens og verdien i det å være. Et godt stell krev god planlegging. Pleier skal være sikker på oppgavene og vite hvilket utstyr som skal benyttes. Ved god planlegging har pleier med alt som trengs inn i rommet før det gode stell skal utføres og en slipper uro ved å forlate rommet for å hente ting som mangler. God omsorg er å være nærværende.

I det gode stellet benytter helsepersonell sansene sine til å observere pasienten. Hendene berører hud og registrerer endringer. Øynene observerer pasientens kroppsspråk, mimikk og endringer i sirkulasjon. Hørselen registrerer respirasjons endringer, og toneleiet hos pasienten. Det gode stell er en nær opplevelse for både pasient, pårørende og pleier. Det gir god anledning til å komme nær på og få innblikk i pasientens ønsker, tanker og verdier når livet nærmer seg en ende.

2.3.1 Sengeleie og forebygging av trykksår

Ei god seng kan være avgjørende for pasientens velvære og kan lindre plagsomme symptom. Sykdommen og funksjonstap gjør at pasienten tilbringer mye tid i seng. Risiko for komplikasjon som følge av det er stor. Komplikasjon som følge av sengeleie kan være nedsatt energi, søvnvansker, trombose, kontraktur, pneumoni, obstipasjon og urinretensjon. Den hyppigste er trykksår, som følge av trykk og nedsatt sirkulasjon. Den døende pasient er sårbar og avhengig av andres hjelp til stell og endring av sengeleie.

Årsak:

Utvikling av trykksår har sammenheng med immobilisering, nedsatt sirkulasjon, vekttap og dehydrering. Utsette steder for trykksår er; hæler, knær, hofte, rygg, albue, ører og halebein.

Tiltak:

- Sengeleie som gir hvile og avlastning
- Pute til avlastning under trykkbelastede områder
- Endring av stilling regelmessig – snuskjema
- God hudpleie – lotion sammen med berøring gir også lindring og velvære
- Gode sårprosedyrer dersom det skulle oppstå sår
- Smertelindring

2.3.2 Fortsettelse sengeleie og hvordan forebygge trykksår

Det skal alltid være to pleiere når en hjelper pasienten å endre liggestilling. Det er viktig at det foregår så skånsomt som mulig. Smer-testillende kan gis før stell og før en skal utføre forflytting, dette for å unngå å påføre pasientene ubehag og smerte. Hjelpemiddel nyttes for å hindre friksjon, dette kan være silkelaken, slides, plast og stikkelaken.

Det er ikke nødvendig å snu pasienten så mye. Det kan være nok å strekke på eks-

tremiteter som armer og bein, eller avlaste med puter på trykk utsatte områder. Puta skal avlaste for trykk på punkter som er utsatte for sår. Bruk av luft – og avlastningsmadrass er et godt hjelpemiddel. Snu - skjema med kvittering for siste stillingsendring er et viktig verktøy for helsepersonell for å forhindre trykksår, det gir også god og lett oversikt. Berøring og massasje gir også god lindring og forebygger trykksår, tilby gjerne å smøre kroppen med en god lotion. La pasienten ligge godt skjermet under hele behandlingen, la dyne/teppe være på mesteparten av kroppen. Unngår å fryse og gir trygghet, forebygger blottlegging og usikkerhet. Husk alltid å gi god informasjon til pasienten om det skal skje. Det gir pasienten forutsigbarhet og trygghet i situasjonen.

2.4 MUNNSTELL

Godt munnstell er noe av det viktigste en kan bidra med for døende pasienter. Når væske – og ernæringsinntaket reduseres og allmenntilstanden blir dårligere er pasientene utsatt for problemer med munnslimhinnen. Døende pasienter begynner å puste med nesen isteden for gjennom munnen, som fører til tørre slimhinner. Pasienter i livets slutfase vil trenge hjelp til munnhygiene mange ganger daglig. Tørstereseptorene sitter inne i munnen og i svelget. Dersom munn og svelg blir holdt fuktig, vil man kunne unngå stimulering av reseptorene og pasienten vil ikke oppleve så mye tørste.

De viktigste årsaker er dehydrering (pga. redusert væskeinntak, diare, feber, brekninger, svelge vansker), nedsatt spyttsekresjon (medikamentbivirkning, spyttkjertelbetennelse), mukositt (etter kjemoterapi eller strålebehandling), munnpusting, dårlig munnstell, angst/depresjon og infeksjoner med virus, bakterier og sopp. Intravenøs væsketilførsel vil sjelden være indisert som tørstebehandling. I noen tilfeller kan tilførsel av 1 liter væske/døgn, evt. subcutant, bedre pasientens velvære og være relevant behandling. Dette kan gi mindre tretthet og redusere mental uklarhet.

2.4.1 Munntørighet

Gjør det vanskelig å svelge og munnen kan kjennes tørr. Sukkerfrie drops, sukkerfri tyggegummi eller å suge på isbiter (eks. lage på fruktjuice) kan bidra til å stimulere spyttproduksjonen. Den samme effekten kan ein få med syrlige frukt som sitron. Både flytende og bløt mat er nyttig. Grøt istedenfor brødsiver og middag som kan moses. Tilby næringsdrikker dersom de spiser lit. Unngå søt melk dersom pasienten opplever å ha seigt spytt, melk øker slimproduksjonen.

2.4.2 Symptom på defekte munnslimhinner

Kjennetegn er at slimhinnene i munnen er såre, tørre og røde. Det kan ses et belegg som er seigt, tykt slim, sopp eller skorper på tungen eller i munnen og sprukne lepper.

Tiltak:

- Tenner, proteser, slimhinner og lepper skal inspiseres regelmessig.
- Når pasienten slutten å drikke, skal munnstell og fukting av lepper og munn settes i system regelmessig.
- Munnstell bør utføres minst 2 ganger pr vakt.
- Fukting av munnen skal gjennomføres minst 4 ganger hver time pr døgn.

2.4.3 Prosedyre for munnstell hos den døende

Utstyr:

- Pussbekken
- Ulike middel til munnstell
- Eventuelt en myk tannbørste
- Tannglass med lunkent vann
- Hansker
- Håndkle
- Tupfere
- Arterieklemme
- Oral swab
- Bomullspinner

2.4.4 Utførelse av fukting av munnen

- Dekk til under haka med håndkle.
- Fukt og smør lepper.
- Bruk oral swab eller tupfer fuktet i vann (kastes etter bruk).

- Velg egnet middel til smøring av munnen.
- Vann skiftas for hver gang.
- Fukting av munnen utføres minst 4 ganger i døgnet.

2.4.5 Utførelse av munnstell

- Ved utføring av munnstell, bør pasienten sitte med hjertebrettet høyt eller ligge på siden.
- Dekk til under haken med håndkle.
- Fukt og smør lepper.
- Ta ut tannprotese.
- Puss og rens proteser.
- Rens munnslimhinna systematisk med fukta tupfere eller bomullspinner.
- Ved rens av tungen, begynn fra tunge-spiss og bakover.
- Bruk myk tannbørste til å fjerne belegget fra tennene.
- Smør munnslimhinnene med egnet middel (se eget kapittel).
- Tupfere og Oral swab kastes etter bruk (engangs).
- Vann skiftes hver gang.
- Ikke rens langt bak i svelg, det kan framkalle brekninger. Ikke bruk for fuktige tupfere, da det kan føre til opphoping av væske i svelget.
- Munnstell utføres 2 ganger pr. vakt, oftere ved behov.

2.4.6 Oversikt over midler til bruk ved munnstell hos døende

Midler til lindring av såre og /eller tørre slimhinner

Zendium salvia gel:

Stimulere munnens egen spyttproduksjon. Inneholder Xylitol som hemmer bakterievekst og protein som fremmer munnens eget forsvarssystem. En liten mengde fordeles i munnen. Stryk på et tykkere lag der det er ekstra sårt. Kan brukes flere ganger om dagen. OBS! inneholder melkeprotein.

Or Assist Oralgel:

Letter smerter og demper ulike typer sår i munnhulen. Gelen fester seg til slimhinneoverflata. Den har kjølede effekt, roende og beskytter munnen mot ytterligere sår irritasjon. Den har en sterk lakrissmak som demper seg raskt. Er ufarlig ved svelging. Kan pensles på slimhinnene. Nyttas ved behov. En pose kan blandes med 4 ss. vatn, rør godt. Blandingen skal være holdbar i 4 dager (med lokk på).

Biotene Oralbalance:

Gele som fukter tørre og følsomme slimhinne. Fordeles i munnen. Kan nyttas ved behov.

2.4.7 Middel til bruk ved hele slimhinner**Glyserol:**

Motvirker tørre slimhinner og beleggdanning. Danner et beskyttende lag. Nyttas til pensling. Ren Glyserol kan blandes med jordnøttolje eller solsikkeolje, som gjør at det gir betre smøring og gir redusert glycerolsmak. Blandingsforhold. Oljer: glyserol = 6:1

Lunket springvann:

Slurker, dråper, pensling eller spray med vatn.

Artisal munnspray:

Spytt erstatningsmiddel med kortvarig effekt.

Kamillete:

Virker betennelse hemmende. Uttrekk lagas av 2 – 3 teskjeer i 0,5 L vatn. Trekkas i 5 minutt.

Salviete:

Virker antiseptisk, betennelse dempende og sammentrekkende på munnslimhinnene. Brukes til opprensing og fukting av slimhinner. Kan nyttas hyppig. Blandingsforhold: er 1 teskje til 1 L vatn. Trekkas i 3 minutt. Bør oppbevares kaldt. Holdbar i 2 – 3 dager.

Corsodyl:

Antimikrobisk og kan ha sopp forebyggende effekt. Langvarig effekt. Klorhexidin absorberes av slimhinnene, frigjøres i løpet av 24 timer. Dosering daglig bør ikke overskride 10 ml av 1 % løysing.

2.4.8 Midler til bruk på leppene og i munnhule

Vaselin, Lypsyl og Blistex leppesalve. Lindrer sårhet.

Dei mest brukte midlene er:

Lunket springvatn, Zendium salvia gel, Glycerol og Artisal munnspray. Alle kan nyttas i kombinasjon.

Düsseldorf-blanding:

500 ml sterilt vann + Natron 6 g (1/2 ss.) + 24 ml Mycostatin + 30 ml Hibitane blandes og brukes til gurgling flere ganger daglig. Spyttas ut. Holdbar 1 uke. Düsseldorfbehandling kan også være nyttig ved andre typer smerter og sårhet i munnhulen. Kan skrives på resept med søknad på § 3.

Fløteblanding:

Ved smerter og sårhet i munnhulen. Like deler Xylocain viskøs (reg. fritak), Paracetamol Mikstur og kremfløte.

Mange har i tillegg nytte av å suge på frosne bær.

2.4.9 Behandling av infeksjoner i munn**Sopp:**

- Ketokonazol (Fungoral) tab. 200 mg x 1 i en uke etter symptomfrihet.
- Fluconazol (Diflucan) tab. 50–100 mg x 1.
- Nystatin (Mycostatin) mikstur 1 ml x 4 (obs! Ved kvalme)

Bakterier:

- Metronidazol (Flagyl) tab. 400 mg x 3 ved anaerob infeksjon.
- Tetracyklin-skylling 250 mg x 3 (kapselinnhold i 10 ml vann).

Virus:

- Acyklovir (Zovirax) tab. 200 mg x 5 i 5 dager.

DEL 3.0– ÅNDELIG OMSORG

Definisjonen ånd kommer fra det greske ordet *pneuma*, som betyr vinde, luftning, åndepust eller livskraft. Ordet er knyttet til åndedrett, slik sett er det livsnødvendig med åndelig omsorg. Det er ofte det bærende og meningsgivende i en menneskets tilværelse. (Nilsen, R.2000). Hjelp til å tolke de eksistensielle spørsmål som, hjelp til å finne forståelse av seg selv og sin situasjon og finne nytt livsmot, blir hjelperens rolle. Når pasienter er i en terminal fase, må omsorgen tilstrebe lindring av plagsomme symptomer. Pasienten skal få en verdig avslutning på livet. Personalet skal legge til rette for trygghet, nærhet og tilstedeværelse hos den døende.

Alle mennesker har spørsmål og tanker om meningen med livet og døden. Når livet går mot slutten vil mange kunne oppleve det som en krise. Det kan komme opp spørsmål om åndelige og eksistensielle spørsmål om livet en har levd og døden som kommer. Vi som pleiere og hjelpere må våge å gå i dialog om tankene rundt døden. Dette blir viktig for å kjenne til pasientens verdier og ønsker, en kartlegging som legger til rette for pasientens ønsker som døende. Hva blir viktig nå? Hva er viktig for deg? Ønsker pasienten samtale med noen? Er det noen hensyn til ritualer? Om pasienten ikke selv kan gi uttrykk for sine meninger kan en involvere pårørende, de har som regel innsikt og kjennskap til pasienten, om pasientens tidligere liv og tro.

Både pasient, pårørende og helsepersonell kan ønske kontakt med prest eller andre trospersoner i terminal fase. For samtaler, holde andakt, avholde nattverd, eller å være tilstede i terminal fase. Så langt det er mulig er det best om en kan legge til rette for dette mens pasienten kan kommunisere og komme med sine ønsker og behov. Det å få «gjort opp» eller «rettet opp» i noe som er uavklart er ofte et ønske som kan dukke opp i slike sårbare faser. Det kan være det aller viktigste å få avklart og kan gi ro til pasienten.

Det er ønskelig om personalet kan legge til rette for trygghet, nærhet og tilstedeværelse hos den døende. Etterkomme ønsker som det å bli, bedt for, lese fra bibelen, syngende en salme/sang eller lese et dikt. Dersom det er vanskelig for personalet å etterkomme dette, tilby å skaffe en prest. En avklaring om tros-samfunn er viktig å ha kartlagt tidlig i fasen.

3.1 FASTVAKT HOS DEN DØENDE

Det er vår oppgave som pleiere å sørge for at pasienten føler seg trygg og ivaretatt, og har noen hos seg. Det kan være pårørende eller pleiere som sitter hos den døende. Dersom det er noen fra avdelingen som skal sitte fastvakt, må det være noen som kjenner den døende. Dersom det må leies inn ekstra hjelp, skal ekstrahjelpen inngå i avdelingen og ikke hos den døende. Fastvakta må være tilstede i situasjonen og ha kunnskap nok til å kunne vurdere pasientens behov.

Selv om pårørende sitter hos pasienten, er det fremdeles avdelingens ansvar å ha tilsyn og observasjon av pasientens symptom og gi nødvendig pleie. Personalet må derfor ha tilsyn med pasient og pårørende hyppig, slik at de føler seg trygge og ivaretatt. Avtaler med pårørende er en god måte å trygge de på. Både pasient og pårørende kan ha individuelle ønsker.

Fastvakt nyttes når en vurderer behovet tilstede etter en helhetsvurdering og observasjon. Hos pasienter som ikke har pårørende vil det være større indikasjon for fastvakt. I FNs erklæring står det at pasienten har rett til å sleppe og dø alene.

3.1.2 Hvordan opptre hos den døende

Pleier skal hele tiden ha oppmerksomheten rettet mot pasienten. Vurder pasienten i forhold til behov, slik at trygghet og velvære blir ivaretatt.

Hørselen er den siste sans som tapes. Informer alltid pasienten om de oppgavene du utfører. Vær oppmerksom på hvordan du snakker med og til den døende. Sørg for at pasienten har godt sengeleie.

- Snu pasienten regelmessig (se kapittel «Sengeleie og forebygging av trykksår»)
- Hold det rent og tørt under pasienten, skift sengetøy etter behov.
- Gi hyppig munnstell, lindre tørst følelse.
- Vær 2 pleiere ved behov for større stell og skift.

- Varier høyde på hjertebrettet etter pasientens behov, ta hensyn til respirasjon og behagelig sengeleie.
- Sørg for god luft og behagelig temperatur i rommet. Luft i 2 – 3 minutt regelmessig.
- Demp belysningen i rommet – som gjør det behagelig for øynene.
- Sengehest bør være nede når fastvakt/pårørende er tilstede, men må vurderes i enkelte tilfelle.
- Ivareta de åndelige behov.
- Sjekk om vedkommende liker musikk – avklar hvilken. Dette kan gi god og avslappende virkning.
- God kjennskap til den døende er førende for ønsker og valg den siste tiden.



DEL 4.0– MEDIKAMENTELL BEHANDLING

Smerte er en subjektiv opplevelse. Det kan defineres som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av potensiell eller faktisk vevsødeleggelse. Lindring av plagsomme symptom er sentral i behandling av døende. Mange døende kan være plaget av smerter den siste tiden. Hensikten med god smertelindring er å sikre den døende en verdig avslutning på livet og en verdig død.

- tilbaketrekking fra omgivelsene
- verbale uttrykk og roping

Ubehandla kan smerte gi sekundære problem som; angst, depresjon, immobilitet, søvnvansker og kvalme. Alvorlig syke er ofte mer redde for selve smerten enn for døden. En god og lindrende behandling kan være avgjørende for å kunne gi en helhetlig omsorg ved livets slutt. Erfaringer viser at det er nødvendig med målretta tverrfaglig samarbeid, for optimal lindring av smerter hos pasienter. Grundig diagnostikk vil være avgjørende for metodevalg.

Årsaker:

Til smerte kan være sammensatt av fysiske, psykiske, sosiale og åndelige faktorer, dette innvirker på den helhetlige smerteopplevelsen. Det foregår ei rekke patofysiologiske prosesser i kroppen hos den døende som kan bidra til opplevelsen av smerte. Kommunikasjonsvansker og kognitiv svikt kan være årsak til at en del eldre er underbehandla når det gjeld smerte.

Symptom:

- Symptom på smerte kan være;
- Økt uro
- Agitasjon
- Grimaser
- Svette
- Ansiktsuttrykk

Smerter den siste tiden. Hensikten med god smertelindring er å sikre den døende en verdig avslutning på livet og en verdig død. Alvorlig syke er ofte mer redde for selve smerten enn for døden. En god og lindrende

behandling kan være avgjørende for å kunne gi en helhetlig omsorg ved livets slutt. Erfaringer viser at det er nødvendig med målretta tverrfaglig samarbeid, for optimal lindring av smerter hos pasienter. Grundig diagnostikk vil være avgjørende for metodevalg.

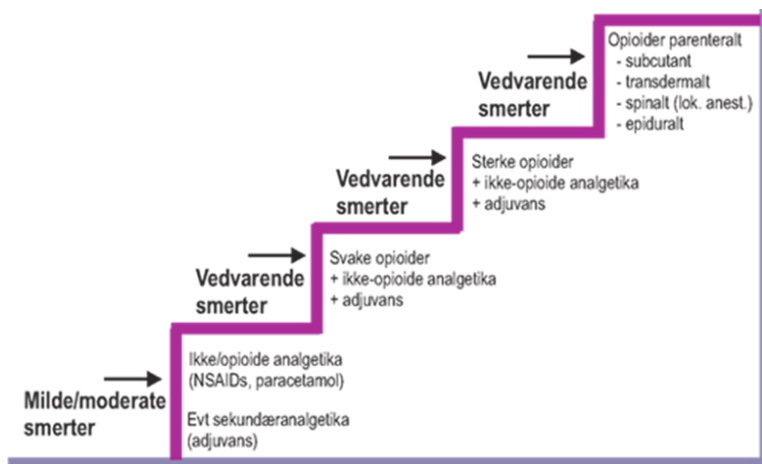
4.1 PLAGSOMME SYMPTOM OG LINDRENDE BEHANDLING

Døende pasienter kan ha varierende og ulike grader av plagsomme symptom knytt til høg alder, langt kommen sykdom og selve dødsprosessen. Når diagnosen endres til døende endres også behandlingsintensjon fra kurativ og livsforlengende til palliativ og symptomlindrende. Palliasjon blir definert som en aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptom står sentralt i dette arbeidet. Her også tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle behov. Målet med all behandling er å gi pasienten og pårørende best mulig livskvalitet.

«Aldri skade, av og til helbrede, ofte lindre, alltid trøste!». Hippokrates

Smertebehandling er selve hjørnesteien i lindrende behandling. Smerte er det både pasient og pårørende frykter mest. Ubehandlet smerte gir sekundære problem som; kvalme, angst, depresjon, anoreksi, søvnproblemer, kakeksi osv. Dersom en ikke lykkes med selve smertebehandlingen, vil de fleste problem forbli uløst. Omvendt dersom en lykkes med smertebehandlingen, da vil mange problem finne ei naturlig løsning. Pasienter har lett for å underrapportere smerter, det er derfor en god hjelp i å nytte ESAS registrering i kartleggingen av smerter. Esas benytter målrettede spørsmål i kartleggingen. Den må gjentas regelmessig, benytt også smertekart i registreringen (Handbok lindring i Nord).

4.1.1 Smertetrapp



4.1.2 Smertetrapp modell

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).

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!

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, skjellet 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.

Adjuvant
«koanalgetika»
Antidepressi

«førstepassasje – effekten») eks. fra 300 mg morfin pr os til 100 mg sc.

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

4.1.3 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.

4.1.4 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. Kombiner 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.

4.1.5 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.

4.1.6 Smertere registrering er avgjørende for valg av behandling

Diagnosesetting og kartlegging av patologiske prosesser er viktig for smertebehandlingen. Eksempelvis vil det være galt å øke analgetika for abdominalsmerter, når pasienter obstipert og trenger behandling for dette. Helsepersonell sammen med lege må bli flinke til å oppdage og beskrive smerter. Det er forventet at kreftpasienter har smerter eks.

Registreringsskjema er en forutsetning for riktig tolkning og registrering av pasienten smerter.

Hensikten med dette er:

- Få frem pasientens nøyaktige beskrivelse av hvor og hvordan hun/han har vondt.
- Få frem hvordan dette vil innvirke på pasientens liv.
- Få frem effekten av smertebehandling.

Mål: optimal smertebehandling

Utfordringen for helsepersonell kan ligge i det å hjelpe pasienten med å beskrive egen smerte. Mange pasienter kan oppleve dette som vanskelig. Smerteopplevelsen er ofte sammensatt og det kan være vanskelig å finne ord som beskriver dette. Pasienten kan få en økt forståelse for sin smerte ved å få

de kartlagt, hvor det fremkommer hva som påvirker og utløser smerte. Øker pasientens bevissthet om hvilke tiltak de selv kan gjøre. Personalet kan få økt sitt kunnskapsnivå om smertetyper og hvilken behandling som bør gis. Gir økt bevissthet henhold til observasjon og registrering av virkningen ved behandling.

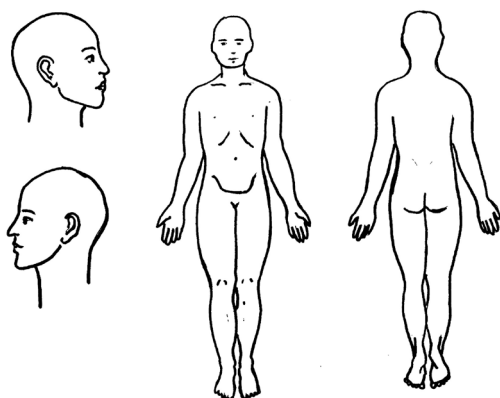
4.1.7 Kroppskart angir smerte

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?

4.1.8 Slik ser et kroppskart ut



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

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:

4.1.9 Viktige moment v/ behandling av smerter hos alvorlig syke og døende pasienter

- Ta pasienten beskrivelse på alvor
- Pasienten må smertelindres også under utredning av smerte årsak
- Bruk smertetrappen. Vent ikke for lenge med å starte med opioider
- Morfin avhengighet – en myte
- Ved Morfin behandling: doser etter effekt på pasientens smerter. Ikke vent for lenge med å øke.
- Dosertil faste tider og med fast intervall for jevn effekt (gi ekstra dose mellom intervallene ved behov).
- Unngå sterke smerteopplevelser for reduksjon av angsten for smerte. Gi smertelindring ofte nok, før smertene blir for sterke.
- De fleste pasienter kan få smertestillende pr os (via munnen)
- Ikke skift metode før dosejustering er forsøkt.
- Forebygg obstipasjon med laxantia.

4.1.10 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

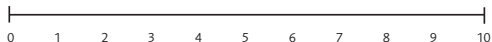
Basert på observert smerteatferd; tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0–10

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

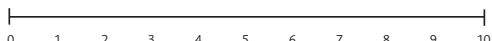
1. Led til å åpne begge hender

☐☐☐

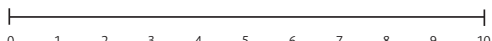
0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte



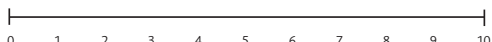
2. Led til å strekke armene mot hodet

☐☐☐

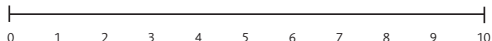
3. Led til å bøye og strekke ankler, knær og hofteledd

☐☐☐

4. Led til å snu seg i sengen til begge sider

☐☐☐

5. Led til å sette seg opp på sengekanten

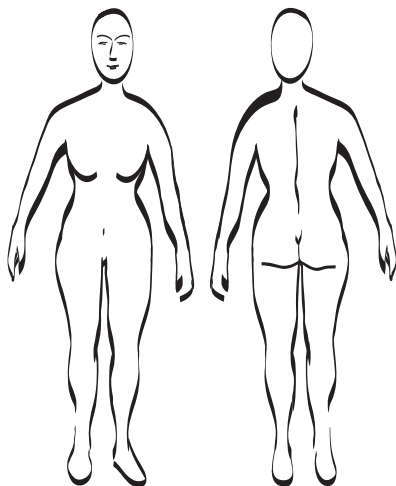
☐☐☐

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).

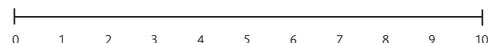
Smerteatferd

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

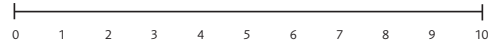


6. Hode, munn, hals

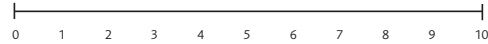
0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte



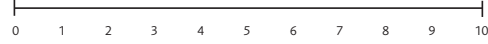
7. Bryst, lunge, hjerte



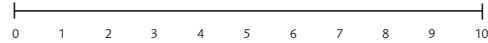
8. Mage – øvre del



9. Bekken, mage – nedre del



10. Hud, infeksjon, sår



Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet



4.1.11 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 hofte – 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 Punkts skala. 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:

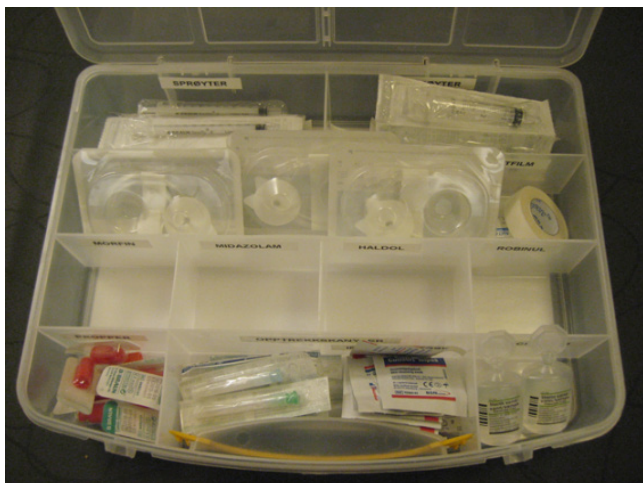
Når en pasient blir vurdert til å ha en total-skår ≥ 3 bør den ansvarlige legen inkluderes for en ytterlig smertevurdering og behandling. Legen må vurdere pleiepersonalets observasjon med supplerende kliniske undersøkelser og anbefalt terapi. Optimalt sett bør vurderingen og behandlingen baseres på tverrfaglig samarbeid inkludert pleiepersonalet, 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.

4.1.12 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 Geric.



Slik kan skrinet se ut.

4.1.13 Bakgrunn for bruk av medikamentskrin

Dette Medikamentskrinet er utarbeidet av Palliativ enhet, Drammen sykehus, Lindrende enhet, Drammen Geriatiske 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).

4.1.14 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 subkutan.
- En perm med "Retningslinjer for bruk av Medikamentskrin". Og «Handbok i lindrende metoder». Selve Medikamentskrinet kan være en plastboks (Clas Ohlson) eller en PC-koffert som rommer beskrevet utstyr. Bo – og behandlingssentre trenger ikke et skrin, men ha medikamentene og utstyret der de vanligvis har dette.

4.1.15 Liste over innholdet i Medikamentskrinet

Medikamenter:

Morfin 10 mg/ml,	1ml x 10 AMP
Midazolam 1 mg/ml,	5ml x 6 AMP
Haldol 5 mg/ml,	1ml x 5 AMP
Robinul 0,2 mg/ml,	1ml x 10 AMP

Forslag til utstyr:

4 x alkohol swab
4 x luerlock propp, rød
4 x subcutan kanyle
8 x opptrekks kanyle (grønn)
4 x steril plastfilm 10 x 12 cm
4 x 2 ml sprøyte
4 x 1 ml sprøyte
2 x 5 ml sprøyte
NaCl 9mg/ml plastampulle 10 ml

4.1.16 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 ressurspsykepleier 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?	

4.1.17 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

Revidert august 2015; gyldig til september 2016 v/ Palliativ enhet, Drammen sykehus, Vestre Viken.

4.1.18 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 evnt. 0,2 mg x 4

- **NB: Lege må dokumentere vurderingen for bruk av medikamenter utenfor angitt indikasjon.**

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 høye doser).(lindring i Nord, 2015).

Underskrift av behandlende lege:

4.1.19 Dokumentasjon for utleverte doser fra Medikamentskrin

(Skjema i Gerica)

Pasientens navn: _____

Fødselsdato: _____

Ansvarlig lege: _____

Dato	Kl	Legemid- delnavn- og form	Adm. måte	Gitte doser	Sign. Spl.	Effekt	Sign

NB!

Både Midazolam og Robinul® brukes her utenfor godkjent indikasjonsområde.

Vi mangler dokumentasjon på holdbarhet utover 4 timer ved bruk av Robinul sammen med Haldol og/eller Midazolam i smertepumpe. Anbefaler derfor at Robinul gis som engangssprøyte ved disse tilfellene. (Lindring i Nord, 2015).

4.1.20 Konverteringstabell og flytskjemaer

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
	mg/24t	ved behov mg inntil x 1/time	mg/24t	ved behov mg inntil hvert 30.min	
µg/t					
12	30	5	10-15	2-2,5	5
25	60	10	20-30	3-5	10
50	120	20	40-60	7-10	15
75	180	30	60-90	10-15	20
100	240	40	80-120	15-20	25
150	360	60	120-180	20-30	40
					5 tbl / 24 t (kodein 150 / paracetamol 2000 mg)
					10 tbl / 24 t (kodein 300 / paracetamol 4000 mg)

*Morfin sc og ketobemidon sc er ekvipotente

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

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.

Konverteringstabell for opioider

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	100	120	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	50	60

Ketobemidon

Ketorax mg po per døgn	5	5	10	15	15	20	25	25	35	40	50	60	70	90	100
Behovsdose - mg Ketorax po	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	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	5	6	7	10	10	15	20	30	40	50	50	60

Metadon

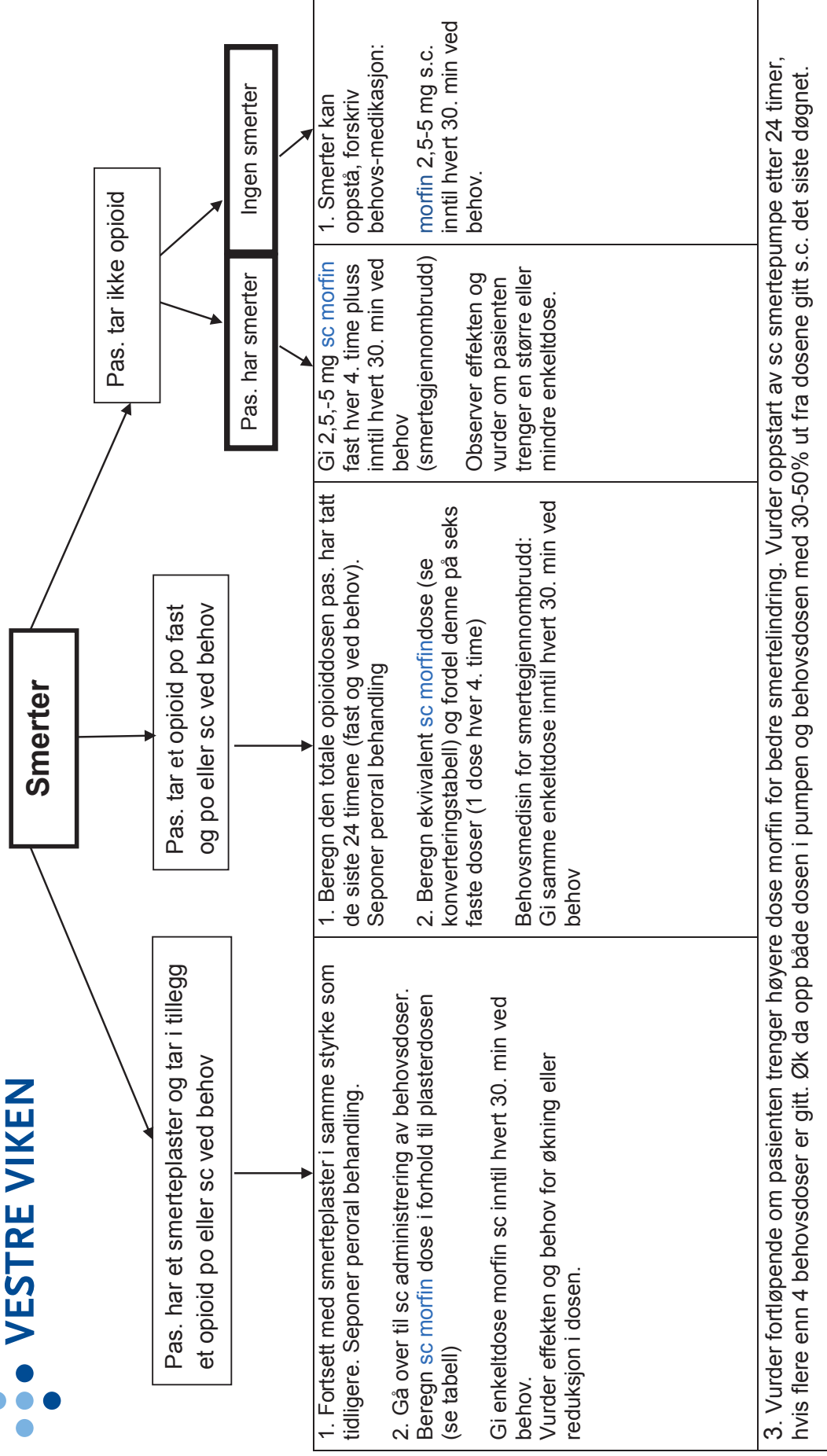
Metadon mg po per døgn (delt på 3 doser)	15	15	15	15	15	15	15	15	30	30	30	45	60	60	
--	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	--

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	18,2	
po = per os	sc = subkutan	iv = intravenøst	tc = transkutan												



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 inntreffer: 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/medikamentkrin.aspx>
<http://vestreviken.no/omoss/avdelinger/palliativt-team/nettverk-for-ressurssykepleiere-innen-palliasjon-og-krefthomsorg/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.

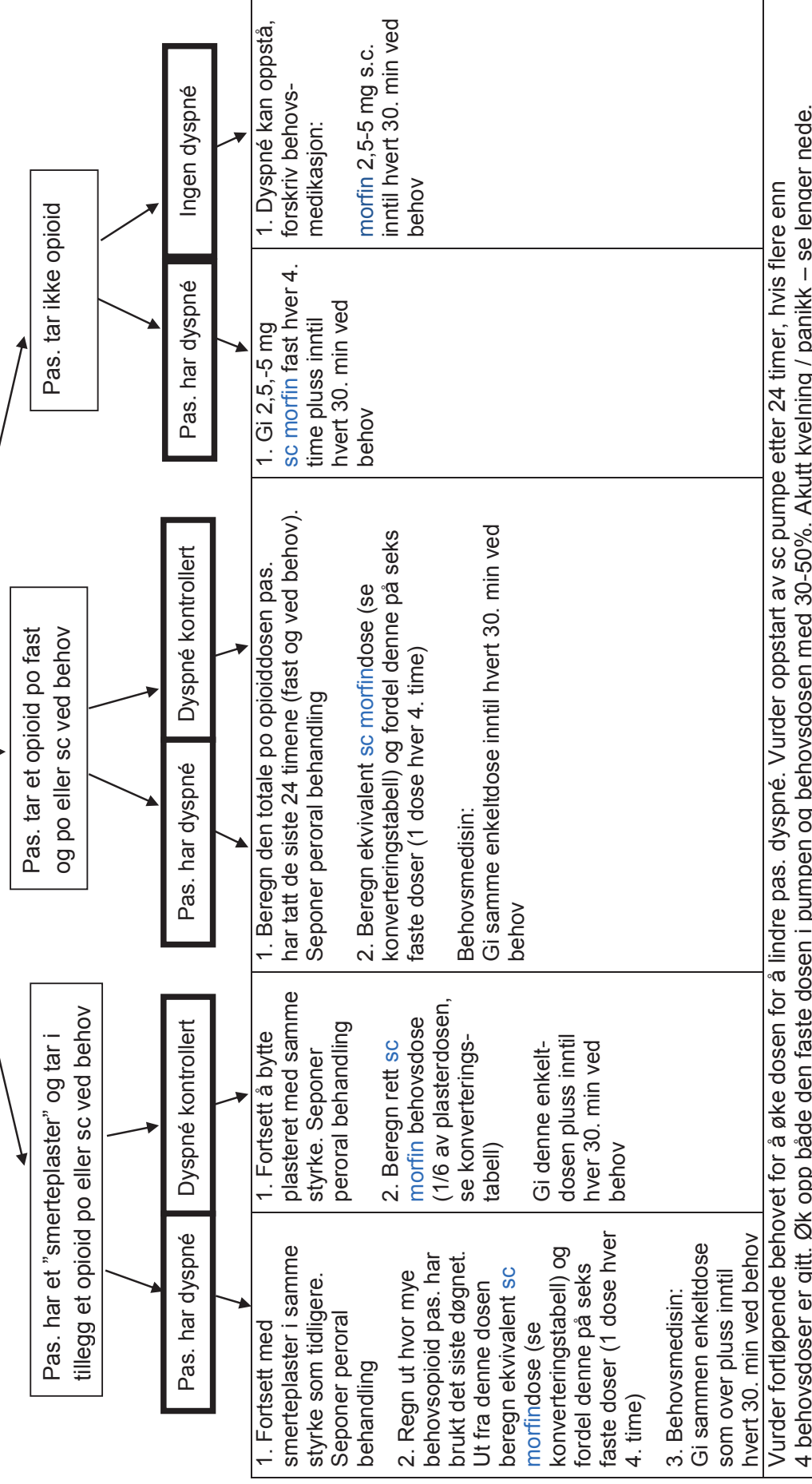
Alternativ kontakt ditt lokale / regionale palliative team på dagtid, eller annen lege etter avtale.

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.

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.



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® (uregistret):	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®:

Effekt:

Bivirkninger:

Biotilgjengelighet:

Virkning etter:

Plasma halveringstid:

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

Palliative Care Formulary 5th ed.

DEL 5.0 – LINDRING – MEDISINSK

Vi som helsepersonell kan gjøre mye for å lindre, vi kan være til hjelp og støtte i en vanskelig tid for både pasient og pårørende. Vi kan være med å skape «levetid istedenfor ventetid». Målet med all behandling, pleie og omsorg er å gi både pasient og pårørende best mulig livskvalitet og dette gjøres ved å lindre plager og symptomer.

5.1 MEDISINSK LINDRING ER

For å kunne lindre medisinsk må en inneha en forståelse om hva lindring og palliasjon er;

1. «Palliasjon har sitt utspring i hospicebevegelsen, og definisjonen bygger på hospicefilosofien. Palliasjon som medisinsk fagfelt kjennetegnes av følgende:
 - a) Lindring av smerter og andre plag somme symptomer, med bakgrunn i både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle forhold, står sentralt.
2. Pasienten og familien trenger en bred tilnærming fra mange profesjoner. Lege og sykepleier vil være de mest sentrale, men prest, fysioterapeut, sosionom, ernæringsfysiolog, ergoterapeut og psykolog kan alle gi viktige bidrag i et behandlingsteam.
 - a) Nærhet til hjemmet står sentralt i planlegging av behandling, pleie og omsorg.
 - b) Palliativ medisin er vitenskapelig basert på samme måte som andre medisinske fagområder. Det er et stort behov for forskning og fagutvikling hos denne pasientgruppen». (NFPM)

5.2 BLDIG OPPKAST – HEMOPTYSE

Er blod i spytt og kan være skremmende uavhengig av mengde blod. Forekommer oftest ved lungekreft, eller ved infeksjoner, lungeemboli og alvorlig hjertesvikt. Mye kan forebygges og avklares i forkant.

Tiltak:

- Skape trygghet og ro – reduser angst og frykt selv i situasjoner som kan være ubehagelig for både pasient, pårørende og personalet.
- Kamufler blod, grønne/røde håndklær og laken
- Legg pasienten på siden som blør
- Morfin
- Stesolid/Midazolam
- Skopolamin
- Cyklokampron ved små mindre blødninger, vurder seponering av Marevan, Acetylsalisylsyre

5.3 ASCITES

Opptrer oftest ved ovarialcanser, ventrikel, kolon og pankreascanser, sjeldnere ved uterus/corpuscanser, brystkreft, lungekreft og lymfom. Asymptomatisk skal den ikke behandles. Kan skyldes okklusjon av diafragmale lymfebaner, økt karpermeabilitet i tumor eller peritoneum, og/eller forhøyet trykk i leversinusoider

Tiltak:

Tapping inntil 5-6 l kan være trygt. Obs BT fall. Tapper til symptomlindring. Legge inn pigtail – kateter som kan ligge uker/dager.

Asymptomatisk ascites skal ikke behandles!

5.4 PLEURAVÆSKE

Pleuravæske forårsaker først og fremst dyspne, men kan også gi sirkulatoriske påvirkninger ved store mengder og overtrykk. Dette kan påvises radiologisk med røntgen/CT thorax og ved ultralyd. Ultralyden vil også kunne påvise om væsken er fritt flytende eller organisert med flere små hulrom. Diagnostisk tapping er viktig for å avklare årsaken. De hyppigste årsaker ved terminal sykdom er malign effusjon (utsiving av væske i hulrom), infeksjon med empyem (pusansamling) og hjertesvikt.

Behandlingsformer ved pleuravæske:

- Pleuratapping.
- Pleuradrenasje med dren.

- Pleurodese – behandling som får pleurahinnene til å klebe seg sammen for å forhindre pneumothorax/luft i brysthinnen.

5.5 URINVEISOBSTRUKSJON

Er spesielt hyppig ved gynekologiske og urologiske kreftformer, men forekommer også ved kolorektal/tykktarm/endetarms kreft og andre kreftformer med tumormasser i bekkenet og på bakre bukvegg. Vanligvis krever alle slike obstruksjoner avlastning. Unntaket er ikke-symptomgivende, ensidige ureteravklemning hos en pasient med kort forventet levetid, da aksepteres det at man lar den affiserte nyren gå til grunne. Obstruksjonen kan være lokalisert i urethra/nyre og urinveger eller ureter.

Avlastningsteknikker:

Vurderes opp mot lokalisasjon, tilstand og prognose.

Disse kan være:

- Suprapubiskateter/urinrørskateter gjennom bukvegg og inn i blæren.
- Dobbel – J – stent. (Kateter/dren lagt som drenering fra nyren og ned i blære).
- Nefrostomi/ konstruksjon av en direkte forbindelse fra nyrebekken til hud. Dette anvendes for avlastning av nyren slik at urinen er sikret avløp fra nyrebekkenet ved å lage åpning inn i nyrebekkenet utenfra (Store norske leksikon, 2015).

Kirurgi, permanent urostomi.

- Permanent blærekateter ved kort forventet levetid.

5.6 FOREBYGGENDE BEHANDLING VED OBSTIPASJON

Forebyggende behandling skal alltid foreligge ved opioidmedikasjon. Det vil ofte være nødvendig å kombinere mykgjørende og peristaltikkfremmende medikamenter i behandlingen.

Mykgjørende laksantia, f.eks.:

- Laktulose (Duphalac) mikstur 10-20 ml x

2-3 eller

- Makrogol (Movicol) 1 pose 2-3 ganger daglig.

Peristaltikkfremmende laksantia, f.eks.:

- Laxoberal dråper 15-20 x 1-3 + evt
- Toilaxtbl 1-4 om kvelden + evt tiltak som nevnt under.

Dersom diare oppstår, opphold i 1-2 dager, deretter ny oppstart i lavere dose. For de fleste er avføring 2-3 ganger per uke et adekvat behandlingsmål.

5.6.1 Terapeutisk behandling ved manifest obstipasjon

Fortsette det forebyggende regime (profylakse).

- Movicol 2 posser hver annen time i 6 timer (totalt 8 posser). Kan også brukes ved rektal impaksjon/hard avføring i tykktarm.
- Oljeklyx, repetert (3-4/dag) evt 1-2 liter klyster/dag.

I vanskelige tilfeller kan en benytte natriumdi-hydrogen fosfadihydrat (Phosforal) eller polyetylglycol (Laxabon, X-prep) som brukes til tarmtømming.

"Shaws cocktail" 1 spiseskje **Senokot-granulate** røres ut i litt varmt vann, tilsettes 20 ml flytende parafin. Blandes til 100 ml med kald melk eller iskrem. Doserer 1 gang daglig.

5.6.2 Ved vanskelig opioidindusert obstipasjon

Ved opioidindusert obstipasjon kan opioid-antagonist forsøkes. Det kommer stadig nye medikamenter med naltrekson som ikke krysser blod-hjerne-barrieren og dermed er gunstig, da man ikke ønsker å blokkere sentral smertelindrende effekt. **Targiniq** er et eksempel.

5.6.3 Obstipasjonsdiare

- Rektaleksplorasjon.
- Pasienten tømmes rektalt med Dulcolax

- eller Klyx etter rektaleksplorasjon.
- Settes deretter på avføringsmiddel p.o (både mykt gjørende og tarmperistaltikkøkende).
- Følg tiltak og regimer.

Behandlingsforslag ved diare:

- Kostregulering (fiberfattig kost).
- Vurder intravenøs væskebehandling.
- Vi-Siblin 6mg x 3 po.
- Imodium tabl/mikstur 2-4-mg x 2-4 etter effekt.
- Opiumdråper 5-30 x 1-2.
- Fordøyelsesenzym (Creon, Pankrease) tabl. 2 x 3 ved pancreasinsuffisiens/bukspyttkjertelsvikt. • Colestyramin (Questran) 4g x 3-4 ved gallesyremalabsjon/v/diare.
- ASA/NSAID ved stråleenteritt.

5.6.4 Terminalobstipasjon

Ileus behandles vanligvis med kirurgisk inngrep på sykehus. Ventrikkelsonde og kirurgisk avlastningsinngrep skal og bør overveies i hvert enkelt tilfelle. Ved langt kommen sykdom og svært redusert allmenntilstand, kan det imidlertid overveies å gjennomføre "obstipasjonsfremmende" behandling i helt spesielle tilfeller, der hvor pasienten er. Målet er å gi total tarmparalyse ved obstipasjon, samt redusere pasientens ubehag og smerte/kvalme/brekninger til et minimum ved å kombinere Morfin og Buscopan evt Haldol. Intravenøs væske og laxantia seponeres.

5.6.5 Tarmobstruksjon (avstengt tarm)

Kan forekomme hos pasienter med lang kommen kreftsykdom. Dette gjelder hos kolorektalcancer/tykktarms/endetarmskreft og ovarialcancer/eggstokkreft. Det er sjelden indikasjon for akutt kirurgi. Snikende symptom over uker, med vekslende gode og dårlige perioder. Symptomene preges av 3 symptomer; Konstante magesmerter, kolikksmerter og kvalme/brekninger.

Flere årsaker kan være utløsende faktor, eks; voksende svulst eller godartede infiltrat av betennelser eller iskemi. Manglende peristaltikk eller mekanisk passasje hinder. Er levetiden beregnet til mer en flere uke, bør kirurgi overveies.

Disse pasientene kan også ha ascites, tidligere bestrålt tarm, høye tynntarmshindringer som gjør det utfordrende ved behandling. Høy risiko og økt dødelighet eller risiko for fisteldannelser.

Tiltak:

Peg (Perkutan gastrostomi)
Ileuspumpe er mest effektivt – subkutan pumpe (alt i en dosering)

- Analgetika (Morfin eller Ketobemidon (konvertert etter tabell))
- Spasmolytika – Butylskopolamin 60 – 100 mg/24 t eller Skopolamin 0,8 – 2,4 mg/24 timer
- Angtiemetika; Haloperidol 2, 4 – 5 mg /24 timer og eller/ Ondansetron 8 mg
- Antiesekretoriske midler. Octreotid 0,3 mg
- Deksemetason 8 mg iv/sc. pr døgn i separat pumpe kan gi ytterligere effekt
- NB! Ved kolikksmerter og sprutbrekninger, kan ikke Afipran/metoklopramid brukes, som benyttes ved partiell obstruksjon.
- Gi Afipran 60 – 80 mg i pumpen /pr døgn. Seponer da Haldol og butylskopolamin først!

Stenting er også et tiltak (et selvekspanderende rør av metall tråd som støtter opp forbi stenosen). En obstruksjon av kolon kan også behandles med endoskopisk anleggelse av stent.

5.6.6 Diare og krampe

Før en gir kostråd i forbindelse med diare og kramper, bør årsakene utredes. Det er viktig å erstatte salt og væsketap ved hjelp av væsker som inneholder salter ved diare (soda, selters, Farris, te tilsatt salt og sukker) eller en kan benytte elektrolyttblandinger

(Gem Collett) kjøpes på apotek/bandasjist. Egner spesielt til å erstatte salttap.

Unngå mat med innhold av melkesukker mens pasienten har diare; laktaseaktiviteten i tarmen kan være nedsatt.

Melkesukker finnes i; melk, brunost, prim og cottage cheese. Syrnede melkeprodukt som; yoghurt, kefir, kulturmilk, biola tåles ofte bedre og kan benyttes i begrensede mengder. Benytt gjerne laktoseredusert melk eller laktosefri.

5.6.7 Diareplager under eller etter strålebehandling

Kan lindres av feddredusert kost. Denne behandling kan kreve nær oppfølging av klinisk ernæringsfysiolog for å forebygge og unngå underernæring.

5.6.8 Kramper og luft smerter

Unngå gassdannende grønnsaker som kål og løk. Tørre erter og bønner. La kullsyreholdige drikke dovre, rist og rør ut kullsyre. Unngå også søtsaker og sterk krydret mat, da dette kan føre til luft smerter og kramper.

5.6.9 Tiltak – forstoppelse

- Drikk rikelig. Kroppen trenger ca 0,3 dl væske pr kg kroppsvekt. En person på 60 kg trenger nesten 2 L væske pr dag.
- Benytt syrnede melkeprodukter og tørket frukt. Sviske og fiken inneholder kostfiber og et stoff som er mildt avførende. Sviskejuice er mildt avførende
- Høyt innhold av kostfiber gjør tarminnholdet mykere og øker volumet og påvirker tarmperistaltikken. Volumøkning skjer pga at kostfiber binder vann. Øk derfor mengden med væske dersom en øker kostfiber mengden. Ellers kan det virke mot sin hensikt. Benytt grovt brød og frokostblandinger. 25 – 30 g kostfiber hver dag for å forebygge forstoppelse.
- Vis varsomhet med kostfiber ved innsnevring av tarm, benytt mat med moderate mengder med kostfiber. Mellomgulvet brød som kneip istedenfor loff og grovt brød. Unngår fruktkjøtt fra appelsin og grapefrukt, frukthinner og skall. Unngå



store mengder med grønnsaker

- Drikk mye og benytt sure melkeprodukter og sviskejuice

5.6.10 Oppskrift sviske/fikendessert «Fruktkompott»

Antibiotikasjonssyltetøy /dessert. 250 g svisker 250 g rosiner 150 g fiken.

Males på kvern, tilsettes vann til passe tykk grøt. Dette gis et oppkok. Spises som syltetøy eller dessert. Anbefalt mengde: 1 desserttallerken x 2 hver dag – med melk.

5.7 KVALME

Kvalme er en vanlig plage ved alvorlig sykdom, spesielt hos kreftpasienter. Ukontrollert kvalme/oppkast kan ha flere konsekvenser:

- Subjektive plager.
- Medisinske komplikasjoner (dehydrering, metabolsk alkalose, forsterket hyperkalsemi/for høyt kalsium i blod, anorexi/spiseforstyrrelse, øsophagusrifter/Rift i spiserør, patologiske costafrakturer/ribbeinsbrudd osv.).

Kvalme er utbredt både som primærsymptom og som bivirkning. Kvalme kan til tider være vanskelig å behandle. Om mulig bør årsaken til kvalmen påvises og behandles direkte. Det er viktig å få fram intensitet, døgnvariasjon, relasjon til matinntak, lukt, smaks- og synsinntrykk, kroppsstilling/bevegelse, tilst-

edeværelse av brekninger og oppkast osv. gjennomfør dette via registreringer.

Medikamentell behandling –kvalme – flytskjema

Hvilke medikamenter som bør benyttes, til hvilken tid og i hvilken rekkefølge er avhengig av symptombildet og om pasienten har andre plager som medikamentet evt. kan virke gunstig på. Bivirkningsprofilen må også vurderes nøye i hvert enkelt tilfelle. Et flytskjema kan danne mønster for en opptrappingsplan og diagnostiske overveielser vedrørende kvalme (hentet fra Lindring i nord).

5.8 KRAMPER

Kramper kan forekomme hos pasienter med primære eller sekundære hjernetumorer, det samme kan uremi og hypoksiske tilstander.

Øyeblikkelige tiltak:

- Diazepam (Stesolid, Vival) iv eller rektalt forordnet av lege.
- Kontroll/observasjon av blodtrykk/puls.
- Sørg for å medikament tilgjengelig på forhånd hvor en kan forvente kramper.
- Ved vedvarende kramper tross diazepam (>20-30 minutter): Konferer på nytt med lege.

5.9 KLØE

Kløe ved systemisk sykdom er oftest multifaktoriell. Årsaksmessig kan en dele kløe inn i primær, dermatologiske, nevropatisk og systemisk kløe. Systemisk kløe forårsakes av lever- og galleveissykdommer, nyresvikt, endokrine sykdommer, hematologiske sykdommer, infeksjon, kreft og medikamenter. I palliativ setting er det som oftest flere årsaker, slik at man ofte må prøve seg fram i behandlingen. Det viktigste er grunnleggende hudpleie

5.9.1 Lokal behandling/ hudpleie

- Bruk karbamidholdig fuktighetskrem, olje-

bad og lignende for å motvirke tørr hud.

- Unngå parfyme, deodorant, tettsittende klær.
- Reduser rom- og sengetemperatur.
- Skyll klær godt etter vask, bruk klær og sengetøy av bomull eller silke.
- Kløedempende kremer ved fuktig dermatitt (utelukk først bakteriell infeksjon). Hvitvask, spesielt ved virus- utbrudd som herpes simplex eller zoster/» helvetsild». Lokale steroider.

5.9.2 Generell systemisk behandling

- Antihistaminer. Har effekt ved allergisk reaksjon (urticaria, medikamentutslett, insektbitt). For øvrig ingen effekt mot kløe bortsett fra at førstegenerasjons antihistaminer gir sedasjon.
- Steroider. Lokale eller perorale steroider har ingen effekt mot universell kløe bortsett fra ved lymfom. Brukes for øvrig kun når betennelsesinfiltrat kan registreres i huden.
- SSRI, trisykliske antidepressiva (uspesifikk kløedempende effekt).
- Neuroleptika , for eksempel Nozinan 5 mg x 1-3 po. Økende kveldsdose o nødvendig.
- Hydroxyzin (Atarax).
- Lysbehandling (UVA; UVB; PUVA).
- Lidocain lokalt.
- Propofol.

Kløe ved spesielle tilstander: Dette kan være for eksempel kløe ved gallestase, uremi, lymfom osv.

5.10 ANEMI OG BLØDNING

Retningslinjene for behandling av en pasient som får palliativ behandling, skiller seg vanligvis klart fra behandlingsstrategien for en pasient hvor muligheten for kurasjon er til stede. Man må derfor tilpasse behandlingssopplegget for den enkelte pasient, og ikke følge standardrutiner.

Symptomer ved anemi:

- Økt trøtthet.

- Dyspne.
- Anoreksi.
- Hodepine.
- Forvirring.

Diagnostiser bakenforliggende årsak og behandle den om mulig. Vanlige årsaker til anemi er kronisk (sekundær) anemi, blødning og beinmargssvikt. Trombocytopeni / lave blodplater.

5.10.1 Symptom på trombocytopeni

Er blødning. Årsaken er beinmargssvikt, splenomegali (forstørret milt), medikamentindusert med flere. Tiltak er avhengig av årsak, prognose og forventet levetid. For nærmere tiltak og behandling se UNN.

5.10.2 Medikamentell behandling

Når pasienten er døende eller i terminal fase må legen vurdere medikament og andre behandlingstiltak med tanke på seponering av unødig behandling. Dette må gjøres i samråd med pasient og pårørendes.

Det anbefales å bruke få utvalgte medikamenter for å sikre adekvat symptomlindring. Smerter, dyspne, kvalme, surkling og angst/uro forekommer ofte i slutfasen. Retningslinjer for bruk av medikamentskrin benyttes både i bu – og behandlingssenter og i heimetjenesten. Disse medikamenter har god effekt, få bivirkninger, er vannløselige (det vil si at de har god effekt ved subkutan(sc.) eller intramuskulær administrasjon) og kan kombineres. Dersom det er behov for kontinuerlig smertelindring bør smertepumpe vurderes. Det er nå etablert enkle pumper som er enkle å justere. Det er ikke sikkert at alle symptomene oppstår, men det er lurt å være i forkant og ordinere alle de fire medikamentene som behovsordinasjon.

Skjemaer for medikamentskrin og behandlingsrutiner ligger på Gerica, men finnes også under Palliativt team, Kreftavdelingen UNN, Tromsø, Palliativ avdeling, Vestre Viken.

http://www.vestreviken.no/omoss_/avdelinger/_palliativt-team/_nettverk-for-res-

[surssykepleiere-innen-palliasjon-og-kreftom-sorg_/Sider/medikamentskrin-retningslinjer.aspx](http://www.unn.no/getfile.php/UNN%20INTER/Enhet/K3K_web/Lindrende/handbok_lin_flyttet_fra_intra.pdf)

For mer informasjon om medikasjon, se «Håndbok i lindrende behandling. Kompetansesenter Lindring i Nord (LiN), Tromsø. http://www.unn.no/getfile.php/UNN%20INTER/Enhet/K3K_web/Lindrende/handbok_lin_flyttet_fra_intra.pdf

Kartleggingsverktøy:

Det finnes mange og ulike kartleggingsverktøy som identifiserer smerter og andre symptom. Edmonton Symptom Assessment System (ESAS-r) er et skjema som kartlegger smerte, kvalme, tungpustet, matlyst, angst/uro og slapphet.

http://www.unn.no/getfile.php/UNN%20INTER/Enhet/K3K_web/Lindrende/ESAS_r_NORWEGIAN_version_final1_180112%281%29.pdf

Forløpsskjema ESASr:

http://www.unn.no/getfile.php/UNN%20INTER/Enhet/K3K_web/Lindrende/Forlopsskjema_ESASr.pdf

De er nå oppdatert og link til nyheten og algoritmene finner dere på våre nettsider: <http://www.helse-bergen.no/no/OmOss/Avdelinger/klb/nyheiter/Sider/Innhaldet-i-medikamentskrinet-oppdateret.aspx>

Mobid 2 – smerteskala – nyttes til å kartlegge smerter hos pasienter med demenssykdom. Den må lastast ned fra nett.

Alle Skjema ligger for utskrift på Gerica, både Esas, medikamentskrin etc.

<http://tidsskriftet.no/article/1899525>

5.11 HYPERKALSEMI

Forhøyet mengde kalsium i blod. En av de viktigste årsakene til dette er:

- Solide tumores med skjelett-metastaser.
- Tumores med PTH (parathyroideahormon)-lignende effekter.
- Maligne hematologiske sykdommer.

Symptomer:

Diffuse symptom som kvalme, brekninger, obstipasjon og anoreksi. Senere utvikles konsentrasjonsvansker, tretthet og svakhet/kraftløshet stigende til en demenslignende tilstand. Pasienten kan på kort tid utvikle et klinisk bilde med terminalt preg. Uttalt hyperkalsemi kan føre til polyuri/stor urinmengde, dehydrering/uttørring og risiko for kardiovaskulær mortalitet.

Ved hyperkalsemi kan pasienten få økende smerter. En normalisering av kalsium vil da kunne ha en analgetisk effekt. Tilstanden krever behandling i sykehus.

5.12 ERNÆRINGSPROBLEMER OG KOSTHOLD HOS KREFTPASIENTER

Forekomsten av ernæringsproblemer og underernæring blant kreftpasienter varierer. Enkelte pasientgrupper for eksempel ved lungekreft, opplever dårlig appetitt og vekttap allerede tidlig i sykdomsforløpet. Pasienter med brystkreft derimot får redusert matinntak først i et avansert stadium av sykdommen. Blant pasienter med metastaser er forekomsten av underernæring høy.

En vektlegger i livets slutfase og ha fokus på måltidets sosiale, psykologiske og kulturelle betydning. Det er viktigere enn matens ernæringsmessige og biologiske betydning. Det er vanligvis ikke aktuelt å starte opp med sonde ernæring eller intravenøs ernæring, men det finnes unntak. (Helsedirektoratet, 2012).

Årsaker:

Før en eventuell ernæringsbehandling er det viktig å finne mulige årsaker til at pasienten spiser lite. Dette er nødvendig for å kunne behandle og lindre symptomer som bidrar til ernæringsproblemet. Obstipasjon er et vanlig fenomen og påvirker ernæringsinntaket. Pasienter som er obstiperte spiser lite og har ikke lyst på mat. Når obstipasjon er årsaken til spiseproblemet må en behandle dette først. Noen tilfeller kan bedres av kosttiltak alene. Pasienter som har svelgevansker, vil trenge mat med myk konsistens og pasienter med dårlig appetitt, kan klare å spise små og appetittvekkende måltider.

Når ikke tiltak mot kvalme er behandlet, kan det føre til vekttap og underernæring, dette skjer ufrivillig. Om pasienten fortsetter å gå ned i vekt selv om maten er beriket og det er satt i gang hyppige måltider, så kan reseptfrie ernæringsprodukter fra apoteket benyttes (**Pasienter med alvorlig kreftsykdom får dekket dette på blåresept**). Dette gjelder for hjemmeboende, for pasienter i sykehjem dekkes dette av sykehjemmet). Utvalget er stort, av næringsdrikke, energitette dessertvarianter (pureer og puddinger), energipulver med og uten smak til å benytte i drikke og matlaging (Velkommen til bords).

Tiltak:

- Ro og hvile
- Luftig og kjølig spiserom. Ikke for kaldt.
- Kald drikke
- Lett, lukt- og smaksnøytral mat som kjeks, knekkebrød, ristet brød
- Kvalmestillende legemidler en time før måltid
- Unngå sterk blomsterduft og parfyme
- God behandling av andre symptomer, som smerter

(Velkommen til bords/USH/HBV, Helsedirektoratet).

5.12.1 Vanlige årsaker til ernæringsproblem

- Tumor/svulster i munnhule, svelg, spiserør og mage som kan fremkalle trange partier, som igjen kan fremkalle smerter ved matinntak. Det kan ha problemer med å passasje. Dette kan også oppstå i tarmene, dersom det hemmer passasje kan det forårsake forstoppelse/obstipasjon.
- Strålebehandling og cytostatika behandling/cellegift kan gi bivirkninger som kan påvirke matinntaket.
- Lukt- og smaksforandringer.
- Smerter og tretthet kan føre til redusert appetitt.
- Depresjon og frykt.
- Lukt- og smaksforandringer.
- Smerter og tretthet.
- Depresjon og frykt. (Stjørndal lindrende)

Mål:

Årsak og pasientens kliniske situasjon må være styrende for ernæringsbehandlingen. Målene må være realistiske og endres om tilstanden endres.

5.12.2 Ernæring i palliativ fase

I palliativ fase er fokus å lindre symptomer, dette kan påvirke matinntaket slik at pasienten velbefinnende og livskvalitet bedres. Hos den terminale pasienten er bedring ernæringsstilstanden et urealistisk mål, men lindring av anorexi kan lindres. Terminale pasienter kan likevel ha behov for å ta til seg litt mat. Det har ingen ernæringsmessig verdi, men er et symbol for både pasient og pårørende at pasienten holder fast ved like før døden.

Inkluder familien i ernæringsbehandlingen. Informasjon gjør at de vil kunne få forståelse for at det ikke nytter å mase på det å spise. Det virker stressende og belastende på pasienten.

Mange pasienter med avansert kreftsykdom ønsker å endre kostholdet i retning av alternative kostregimer som de tror kan behandle kreften. Dersom de har valgt dette kan det være vanskelig å la det være også i en palliativ og terminal fase. Dette kan ha ført til feil – og underernæring. Slike alternative kostholds regimer er som regel utilfredsstillende med hensyn til energiinnhold og innhold av næringsstoff.



DEL 6.0 – IKKE MEDIKAMENTELL SMERTEBEHANDLING

Er en viktig del av alle behandlings opphold, en helhetlig behandling er godt implementert i vårt daglige arbeid. Dette kan være tiltak som kan gi velvære og ro. Det kan dreie seg om ytre stimuli av ulike nervefibre, som kan være med å dempe smerte for en kort periode. Ikke-medikamentell smertelindring brukes som et supplement til den medikamentelle lindringen.

Det kan dreie seg om ytre stimuli av ulike nervefibre, som kan dempe smerte for en kort periode. Disse metodene kan være med på å øke kroppens egenproduksjon av endorfin, og bidra til avspenning og avslapping. Personligheten hos en frisk person vil holde seg stort sett uendret gjennom livet, men kroppslige funksjoner vil kunne endres. Hørsel, syn, lukt og smak svekkes gradvis med tiden. Det vil kunne være viktig å ha fokus på estetikk og sansestimulerende inntrykk i rom som nyttes til alvorlig syke og døende pasienter.

Ikke – medikamentell smertelindring kan nyttas som et supplement til den medikamentelle lindringa. Dei vanligste metodene er:

6.1 MASSASJE

En kjent teknikk som de fleste liker godt. Det er avslappende, beroligende og øker blodsirkulasjonen i områda som blir massert. Selve massasjen utføres i rolige bevegelser og i retning hjertet. Det å massere hender og føtter er akseptert hos de fleste, det gir velvære, ro og bekreftelse på ens eksistens. I tillegg gir det stimulering og velvære. Kan kombineres med krem og oljer og musikk som stimuli og beroligende effekt. Massasje og berøring har kjent virkning for de fleste. Berøring er livgivende og nødvendig for ens eksistens. Det er omsorg, varme, kjærlighet og beroligende/avslappende.

Massasje må utføres med et godt håndlag. Med sikre og presise bevegelser. Håndlaget må være trygt og være behagelig, da vil det formidle trygghet.

6.2 TEMPERATUR

Varme har vært brukt i mange hundre år for å lindre smerte. Den er med på å redusere spenning i muskulatur og øke blodgjennomstrømningen. Det virker avslappende og redusere smertefølsomhet, er behagelig og lett tilgjengelig. Personalet kan tilføre varme med varmepute, eller varmeflaske og karbad. Ved bruk av disse hjelpemidlene er det viktig at en passer på så ikke hjelpemidlene blir for varme. En kan løse det med å pakke hjelpemidlene inn i håndkle.

Ulempen ved å benytte varme er at det kan redusere tarmaktiviteten om det nyttes for hyppig over magen. Varme skal ikke nyttes over områder med inflammasjon, infeksjon eller svulster. I terminalfasen gjør en de tiltak som pasienten selv synes er behagelige uavhengig av ulempen. Temperaturkontrollen i kroppen svekkes med årene og øker fare for infeksjoner, det å ha en stabil romtemperatur vil også kunne være vesentlig for å forebygge infeksjoner. Varmebehandling - varme i rom brukt som behandling for å dempe smerte.

Varme har vært brukt i mange hundre år for å lindre smerte. Den er med på å redusere spenninger i muskulatur og øke blodgjennomstrømming. Varme virker avslappende og reduserer smertefølsomhet og gjør godt. Det er behagelig og lett tilgjengelig. Det kan være varmepute, varmeteppe, varmeflaske og karbad. Om det er i en avsluttende fase av livet, gjøres tiltakene som er behagelig for pasienten uten fokus på ulempene. Kalde gjenstander som is og kald klut kan og nyttas som lindring. Kulde har vist at tarmaktiviteten øker og kan ha gunstig effekt på abdominale smerter forårsaka av obstipasjonsproblematikk. Kulde kan også dempe ødem, muskelt-onus og spastisitet. Ulempene ved bruk av is er faren for forfrysning av hud. Isbiter bør pakkes inn i håndklær slik at pasienten ikke får frostskaider.

6.3 MUSIKK

Har dokumentert effekt på mange symptom hos døende. Bruken kan skape tryggleik i en utrygg situasjon. Musikken trigger den emosjonelle prosessen i kroppen, og frigjør endorfiner, den avleier oppmerksomhet og bidrar til avspenning. Å lytte til musikk ledsages ofte av indre bilder og kan derfor være et godt verktøy i sammen med tankereiser. Det kan gi nytelse, opplevelse, avspenning og glede.

Den døende pasient er svært sveket, helsepersonell må trå varsomt og ta individuelle vurderinger. Kjennskap til pasientens tidligere musikkpreferanse er viktig. Bruk derfor musikken målrettet. Dersom musikken ikke nyttes målrettet, men tilfeldig satt på og brukt over tid, kan den oppleves som støy. Denne støy og overstimulering kan gi uhensiktsmessig effekt og økt smerteoppleveling.

Det er beviselig at rom som er tilrettelagt og innredet med lyse farger, dempet lyspunkt og inneholder musikk, fri for urolige momenter kan ha beroligende effekt på pasienter med uro og angst. I tillegg gir det trivsel og glede.

6.4 AVLEDNING

Hensikten er å fokusere på andre stimuli enn følelsen av smerte. Oppmerksomheten bort fra det som er vondt. Nyttas hyppig til bruk ved akutte eller periodiske smerter. Ved validering hjelper helsepersonell pasient ved å rette oppmerksomheten bort fra smerten bed å benytte ulike sanser. Bruk av flere sanser samtidig vil gi et bedre resultat. Helsepersonellet må få tak i pasientens oppmerksomhet. Be pasienten om å puste rolig og dypt og bruke visuelle stimuli fra pasientens omgivelser eller musikk. Oppfordre til å rette fokus mot bilder i rommet eller se i album eller beskrivelser av hendelser. Legg til rette for at rommet gir stimuli for sansene.

6.4.1 Tankereise

Tanken er å avlede oppmerksomheten fra

følelsen av smerte. Benyttelse av tankereise har vært i bruk lenge og kan være en god måte å lindre smerte for en kort tid. Pasienten får hjelp til å danne indre bilder og fantasier for å drømme seg bort fra smerten. Metoden kan nyttes hos alle pasienter som kan konsentrere seg om indre bilde. God kommunikasjon og tillit er viktige faktorer for at tankereise kan benyttes, og at pasienten er villig til å forsøke.

Helsepersonell som skal hjelpe pasienten med tankereisen treng pasientens oppmerksomhet. Dette gjøres ved å benytte formuleringer som Tenk deg at..... Forestill deg at..... for å hjelpe pasienten med å danne indre bilde. Snakke med rolig og behagelig stemme. Ta pauser for at pasienten skal få tid til å danne bildene. La pasienten bli delaktig i tankereisen ved å formulere spørsmåla personlig ved å si; Kanskje du vil.....Dersom du vil.....

Kjennskap til pasientens bakgrunn er nyttig ved tankereiser. Hendelser i barne – og ungdomsår kan brukes eller et sted som betyr mye for pasienten. I tillegg til å danne indre bilder kan og luktesansen knyttes opp til tankereisen. Eksempel: Trekk pusten dypt.... Kjenne lukte av.....

Ulempen ved å benytte tankereise kan være negative opplevelinger i fra gammel tid og få fram vonde minner, hos psykiatriske pasienter kan det frambringe psykoser. Det bør derfor ikke nyttas tankereise på pasienter med alvorlig psykisk lidning. Dersom helsepersonell ikke føle seg sikker i å utføre tankereise eller har dårlig tillitsforhold til pasienten bør en ikke nytte metoden.

6.5 MOBILITET

Mobilitet kan være utfordrende i en palliativ situasjon. Kompetanse og trygghet blir en viktig forutsetning for å gi denne pasientgruppen en optimal livssituasjon. Leve så lenge de kan. *Å legge liv til dager og ikke dager til liv.*

Medikamentell behandling, se eget kapittel!

6.6 DYSPNOE

Dyspnoe er en subjektiv oppleveling av åndenød. Pasienten oppleve en følelse av å ikke få tilstrekkelig med luft. Denne følelsen er angst skapende, kan gi opphav til dødsangst.

Årsak:

Dyspnoe er vanlig i terminalfase. Det skyldes oftest terminal hjertesvikt, men kan også skyldes opphopning av slim i luftveiene. KOLS; pneumoni, pleuravæske og lungeødem

Symptom:

Dei karakteristiske symptom på dyspnoe er kortpust og kvelningsfølelse. Angst, uro og trøtthet kan være tilleggssymptom. Helsepersonell kan observere at pasienten kan hive etter pusten og bruke hjelpemusklar for å puste.

Tiltak:

- Vær hjå pasienten dersom pasienten ønsker det. Berolige pasienten med ditt nærvær.
- Leielindring – Thorax- leie kan avhjelpe og lette på respirasjonen ved at lungene får bedre volum ved inspirasjon (innpust/åndedrag). Det å sitte lett forhøga i seng kan lette dyspnoe. Sideleie kan også være egna for å la slimet renne ut, og hindre oppsamling av løst slim bak i vøre svelg og øvre luftveger.
- Løsne på klær

Frisk luft inn i rommet kan virke subjektivt og hjelpe på dyspnoe.

Medikamentell behandling:

Sjå kapittel om medikamentell behandling.

6.6.1 Surkling/dødsralling

Surkling/dødsralling kan beskrives som en støyende respirasjon som ofte oppstår hos bevisstløse eller bevisst reduserte pasienter.

Årsak:

Til surkling/dødsralling er at pasienter med nedsatt bevissthet har vansker med, eller er ikke i stand til å hoste opp slim fra luftveiene. Surkling /ralling er oftest mest plagsom for pårørende og personalet enn for pasienten.

Symptom:

Surkling/dødsralling forekommer i varierende grad, fra svak til kraftig. Høyrest ut som gurgelende eller boblende lyd fra øvre luftveger og være kraftig i volum.

Tiltak:

- Leielindring
- Stillingsendring kan bidra til å lette ralling. Sideleie medføre at slimet renn ut og ikke blir liggende bak svelget.

Medikamentell behandling:

Sjå kapittel om medikamentell behandling.

6.7 URO

I terminal fase kan beskrives som en naturlig del av dødsprosessen. Dette er en subjektiv oppleveling av indre uro som kan gi utslag i motorisk uro.

Årsak:

Kan skyldes; smerter, dyspnoe, urinretensjon, hyppig vannlatningstrang, angst/panikk, eksistensiell krise, psykisk belastning og bivirkning av legemiddel.

Symptom:

Den indre uro som pasienten opplever, kan være vanskelig å gjenkjenne. Angst kan uttrykke seg i store, stirrende øyene, muskulær spenning, gråt, fortvilelse, apati, sinne og frykt for å være aleine. Ved motorisk uro kan personalet observere at pasienten er rast-

laus, rope og «fikla» med gjenstander.

Tiltak:

Behandle bakenforliggende årsak

- God lindring av smerte og andre plagsomme symptom
- Kateterisering ved urinretensjon og hyppig vannlatningstrang.

Miljøtiltak:

- Være tilgjengelig og støtte pasienten og deres pårørende
- Skjerme pasienten mot ytre påkjenning
- Individuell tilpassa musikk
- Sjelesorg etter pasientens eget ønske
- Sikre pasienten nærvær heilt til døden har funne stad

6.7.1 Delir

Delir blir betegnet som en akutt forvirringstilstand med raske endringer i bevissthetsnivå. Hos de aller fleste døende observeres deliriske symptom som en naturlig del av dødssprosessen. Risiko for delir i terminal fase øker med alder. Pasienter i terminal fase med delir skal ikke utredes.

Årsak:

Utløysende faktor til delir kan være elektrolyttforstyrrelser, dehydrering(uttørring), oksygenmangel til hjernen, organsvikt og bruk av opioid (Morfin).

Symptom:

Delir kan karakteriserast av vrangforestillinger, synshalusinasjoner, psykomotorisk uro, søvnforstyrning og forstyrra døgnrytme. Evnen til å fokusere, fastholde og skifte oppmerksomhet pasienten kan fremstå som tidvis adekvat i samtale og seinere skifte til å ha uttalte symptom.

Tiltak:

- Stimulusbegrensning
 - Sørg for ro rundt pasienten
 - Vær tilgjengelig for støtte til både pasient og pårørende
- Sjå til at pasienten har nokon hjå seg heilt til døden har funne stad.

Medikamentell behandling:

Sjå kapittel om medikamentell behandling

6.8 KVALME

Er en ubehags følelse som merkes i øvre del av magen og av og til opp i svelget. Det blir ofte ledsaga av en følelse av at pasienten vil kaste opp. Om kvalmen blir kraftig medføre det nesten alltid oppkast, noe som kan bedre kvalmen forbigående.

Årsak:

I terminalfase er vanligvis organsvikt, grunnjukdom, legemiddel og obstipasjon.

Symptom:

- Kvalme
- Brekninger
- Nedsatt appetitt

Tiltak:

- Ro og kvile
- Kjølig, luftig miljø uten sjenerende luft og synsintrykk
- Godt og regelmessig munnstell
- Kald klut på panna
- Unngå kvalmeprovoserende stimuli
- God lindring av symptom

Medikamentell behandling:

Sjå eige kapittel om medikamentell behandling.

6.9 OBSTIPASJON

Kan gi alvorlige følge for pasientens subjektive velvære i terminal fase. Dette er en vanlig og av og til alvorlig tilstand ved langt kommen alvorlig sykdom. De aller fleste kreftpasienter vil få obstipasjon i langt kommen fase. Tilstanden forårsakes dels av primærsykdommen, dels av behandlingen og dels av metabolske forstyrrelser relatert til redusert allmenntilstand.

Det vil også gjelde generelle råd om kosthold, væsketilførsel og aktivitet for å forebygge obstipasjon hos alvorlig syke og døende.

Om nødvendig skal det behandles på sykehus. Det er viktig å være oppmerksom på obstipasjonsdiare, som kan feiltolkes og behandles som diare. Diare er sjelden (bortsett fra obstipasjonsdiare), men er et betydelig livskvalitetsproblem for den som rammes. Et prinsipp for obstipasjonsbehandling hos svært dårlige pasienter, er at det er pasientens subjektive plager som er avgjørende for den utredning og behandling som iverksettes.

Årsak:

Når døden er nær forestående vil det naturlege skje ei endring i kroppen. Avføringsmønsteret endras fordi den naturlege tarmfunksjonen svekkes, pasienten et og drikk mindre også. Peristaltikken påvirkes også av medikament som gis i siste livsfase.

Symptom:

De vanligste symptoma er sjeldne tarmtømminger, diare, luftplager, magesmerter og kvalme.

Tiltak:

Det heter at all behandling med opioider skal suppleres med laxantiabehandling. Dette ser en bort fra når pasienten har dager til veker igjen å leve. Bruk av laxantia krev at pasienten får i seg rikelig med drikke for at det skal ha effekt. Volumøkende middel som Laktulose vil i staden kunne utvikle obstipasjon dersom det blir gitt uten at pasienten greier å ta til seg nok drikke.

Behandling av obstipasjon blir gjort ut fra pasientens symptombilde. Vurderingen gjøres i samarbeid med sjukeheimslege/fastlege. Det er viktig å tenke på pasientens velvære og verdighet den siste levetida, og ikke utsette pasienten for unødige belastninger.

6.10 HOSTE

Hoste er en normal mekanisme som beskytter luftveiene ved å fjerne slim og

fremmedlegemer fra larynks, trakea og bronkier. Dette reguleres både av frivillig og ufrivillig kontroll.

Patologisk hoste er vanlig ved malign sykdom i luftveiene.

Vurder hva som er årsaken til hosten. Er det infeksjon eller tumorvekst inn i luftveiene. Behandle underliggende årsak der det er mulig. Prøv å skille mellom produktiv- og tørrhoste mht. valg av terapi.

Generelle råd:

- Varm, fuktig luft.
- Rikelig væsketilførsel.
- Hosteteknikk for slimmobilisering.

6.11 HIKKE

Årsakene:

Kan være mange, men distensjon (utspilling) av magesekken er den vanligste. Utelukk derfor alltid ventrikkretensjon (prøv evt ventrikkelsonde). Andre årsaker kan være gastroøsofageal refluks, ascites, gallestase, tumorvekst i vagus/ frenikus, økt intrakranielt trykk, uremi, medikamentbivirkning.

Generelle råd:

Går ut på å bryte hikkerefleksen ved å stimulere farynks eller ved å minske karbondioksidtrykket. Eksempler: drikke kaldt vann, holde pusten, hyperventilere, puste i pose, løfte uvula.

Behandlingsforslag:

Det finnes mange gode råd; men de har oft-est dårlig dokumentert effekt.

Ikke-medikamentell behandling:

- Ved ventrikkretensjon vil ventrikkelsonde være indisert.
- Peppermynrevann (gir en avslappende virkning på oesophagussphincter).
- Lidocain salve i øret (virker ved sentralt utløst hikke?).

Medikamentell behandling:

- Evt. Forsøke nevroleptika som haloperidol («Haldol») el. klorpromazin (udokumentert)

6.12 LYMFEØDEM

Kan ses i overekstremiteter hos kvinner som er operert for brystkreft og i underekstremiteter og genitalia hos pasienter som har fått utført lymfeglandeltoalett (fjernet alle lymfeknuter i underliv/bekken).

Ellers sees lymfødem også hos pasienter med glandelmetastasering i bekkenregionen.

Tiltak:

- Elevasjon/heve ekstremitet (arm/ben).
- Elastiske strømper.
- Fysioterapi (lymfedrenasje). Utført av personell som kan dette
- Massasje.

Pulsatorbehandling:

Diuretika kan forsøkes, men har sjelden effekt på dette. Velg eventuelt å benytte kortikosteroider for en kortere periode. Seponer hvis ikke effekt.

Strålebehandling kan vurderes hvis tumor av klemmer for lymfedrenasje.

6.13 URINRETENSJON

Når døden nærmer seg er det naturlig at urinproduksjonen avtar.

Årsak:

Skyldes som regel terminal nyresvikt, sengeleies komplikasjoner, overstrukket blære, infeksjon eller at pasienten ikke kjenne vannlatningstrang.

Symptom:

Vanlige symptom er sparsom diurese, magesmerter, full blære og uro.

Tiltak:

Legg inn kateter ved urinretensjon eller ved hyppig vannlatningstrang.

6.13.1 Nyresvikt/Uremi

Er å oppfatte som et syndrom der alle organfunksjoner påvirkes.

- Almen symptomer: Slapphet, nedsatt fysisk yteevne, nedsatt konsentras-

jonsevne og økt søvnbehov. Anoreksi, kvalme/ brekninger, diare og kløe.

- Over væsking, elektrolyttforstyrrelser og syre-base-forstyrrelser på grunn av nedsatt evne til å skille ut væske og elektrolytter. Restriksjoner på drikkemengde og saltinntak er sjelden aktuelt hos terminale pasienter.
- Anemi, korrigeres ved behov.
- Mange medikamenter elimineres renalt. Tilpass dosering.
- Livsforlengende behandling med dialyse vil i regelen ikke være indisert i den terminale fasen. Imidlertid er ikke malign sykdom noen absolutt kontraindikasjon mot livsforlengende dialysebehandling. Dette må sees i lys av grunnsykdommen, forventede leveutsikter og livskvalitet.

6.14 IKTERUS/GULSOTT

- Ikterus inntreffer av og til sent i forløpet av de fleste kreftformer.
- I terminalfasen skyldes ikterus som regel leversvikt forårsaket av metabolske forstyrrelser eller utbredt lever-metastasering.
- Behandlingen er konservativt symptomlindrende. Forventet levetid er kort.

Smertekart og smertejournal gir en god og klar oversikt over smertefeltene.

http://www.unn.no/getfile.php/UNN%20INTER/Enhet/K3K_web/Lindrende/SmertejournalKART-redigert%20110603.pdf

6.15 SKJEMA FOR LINDRENDE MEDIKAMENTELL BEHANDLING

Medikamenta gis subkuttant der ikke annet er angitt.

Indikasjon	Medikament	Enkeltdose	Maks døgndose	Alternativ
Smerter og/eller Dyspnoe	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 Illeus/tarmkolikk	Skopolamin, sc. Buscopan, sc.	0,2 – 0,4 mg 20 mg	2mg 100mg	Glycotyrior
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	

6.15.1 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

6.15.2 Butterfly og Sub – Q

Er en liten kanyle med slange for administrering av medikament og væske subcutant(Sc).

En benytter denne administrasjonsformen då den er mindre smertefullt enn intra-muskulære injeksjoner (IM). Pasienten slepp gjentatte stikk. Injeksjon kan gis mens pasienten sover. Pasienten treng ikke flyttas for å få injeksjon. (Lindring i Nord, Kreftavdelingen, UNN Tromsø, Helse Bergen, 2014).

Dette er en enkel administrasjonsform for sykepleiere og gir lite ubehag for pasienten. Når pasienten ikke lengre klare å svelge medikamenter er det indikasjon for sykepleier å legge inn butterfly/Sub – Q.

På et tidlig tidspunkt skal det være avklart med lege, medikamentforordning i livets siste fase og noteres i LCP. Sykepleier administrer så disse medikamentene gjennom butterfly/Sub-Q enten som fast forordning ellers om behovsmedikasjon.

Dei aller fleste medikament kan gis via dette systemet, så sant det ikke er vevsirriterende. De vanligste medikamenta er; **Morfin, Hal-dol, (Stesolid, Skopolamin), Midazolam og Robinul.**

Ved bruk av subcutan kanyle til administrering av flere type medikament, skal kanylen/slangen fyllest med 0,3 ml NaCl 9 mg/ml etter kvar injeksjon (eller til du ser at det som ligg i slangen går inn).

Vær obs på at det maksimalt kan gis 4 ml om gangen.

6.15.3 Prosedyre for innlegging av butterfly

Utstyr:

- Butterfly. Det er en fordel å benytte en så tynn kanyle som mulig. Det skaper mindre irritasjon i vevet.
- Gjennomsiktig band age/Opsite/Tegaderm
- 2, 5 ml sprøyte
- NaCl 0,9 %
- Luerlock propp
- Teip
- Desinfeksjons Pad
- Eventuell fikseringsbandage



Alternative innstikksteder:

- Abdomen/Mageregionen (mest brukt- er praktisk)
- Brystveggen (obs! dersom pasienten er svært tynn)
- Thorax/Området under kragebeinet
- Overarm (på sida, baksida samt heile området rundt skuldrene)
- Bak skuldrene
- Lår (hele)
- For urolige pasienter kan en benytte området bak skulderbladet på ryggen.

Hensyn å ta ved valg av innstikksted:

- Kanyle plasseres slik at den ikke hemmer pasientens bevegelsesmuligheter.
- Acites, generelle ødem og dårlig sirkulasjon gir nedsatt absorpsjon. Så ta hensyn til sirkulasjon
- Velg ikke områder som er strålebehandla, ikke over beinutspring eller område nær ledd.

Innleggelse av kanyle:

- Desinfiser innstikksted
- Fyll slangen med NaCl
- Infusjonskanyla settes i underhuden 45 graders vinkel, knip en hudfold og stikk kanylen inn. (Butterfly).
- Ved innleggelse i mageregionen legges kanyle på tvers av magen, slik at nåla ikke peker oppover eller nedover.

Tildekking av innstikksted:

- Dekk innstikksted med Opsite.
- Lag ei laus slynge på slangen og fest med tape.
- Dato og klokkeslett noterast på tapen.
- Ved fare for trykksår leggas en kompress under butterflyen.
- Eventuell legg en fikseringsbandage rundt armen for å holde slangen betre på plass.

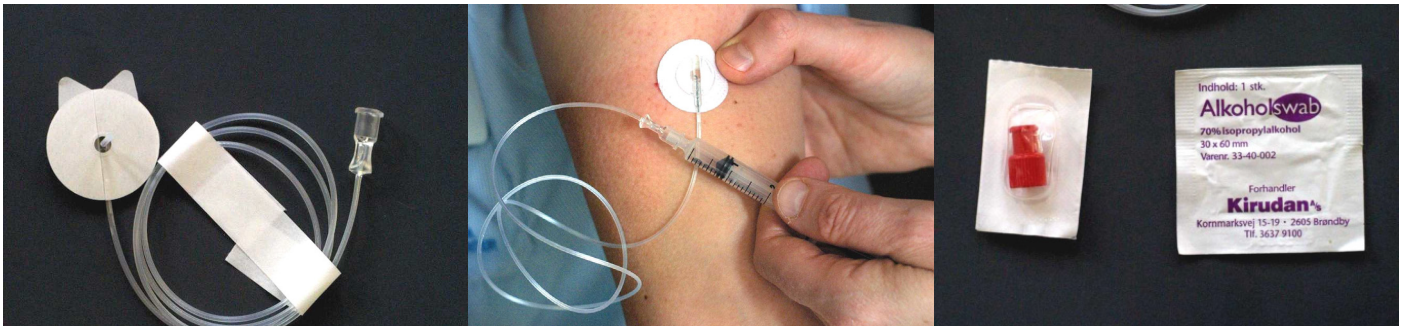
Observasjoner:

- Lekkasje
- Tegn på infiltrat er hoven og hard hud, på inflammasjon er hard og rødflamma hud. Infiltrat gjør at medikamenta ikke har effekt. Det er ei opphoping subkutant. Huden er metta.
- Kjenn med en finger over den gjennom-siktige bandasjen om underhuden er hard, eller om det er noen inflammasjonstegn i hud/underhud som rødhet, hevelse, varme eller smerte/ubehag.

Skifte av innstikksted:

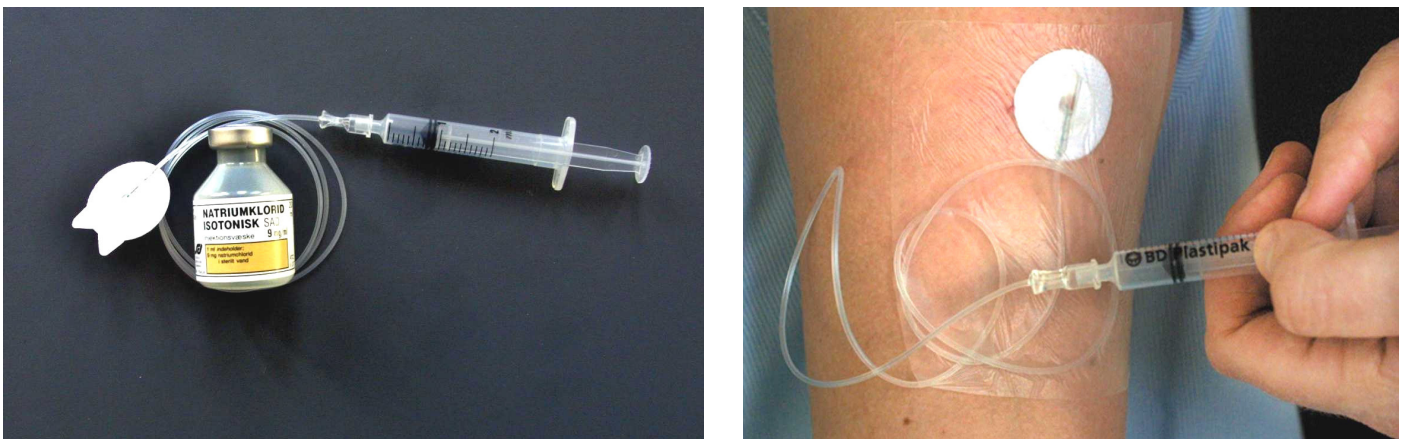
- Innstikksted skiftas hver 3. dag. For pasienter i terminal fase kan det vurderes om nålen kan sitte lengre enn 3. dager. Ved tegn på inflammasjon eller infiltrat skiftas innstikksted oftere. Enkelte medikamenter og høye konsentrasjoner/volum kan kreve hyppigere bytte av innstikksted eller flere butterfly av gangen.
- Ved seponering og endring av innstikksted; løft bandage og trekk ut nålen.
- Komprimer eit halvt minutt.
- Ikke nødvendig med bandasje dersom huden er intakt/heil.
- Dokumenter alle tiltak etter gjeldende retningslinjer. (Kongsberg Kommune, Kreftavdelingen, UNN Tromsø, Lindring i Nord, Helse Bergen, Helse Stavanger; Hol Kommune).

Bilde av Sub Q med slange og hvordan den skal ligge på:



Subkutane kanyler finnes i 1-stk.pakninger. Subkutane infusjonssett har en 8 mm nål (svarende til en insulinpenn). Nålen er festet til en rund plate som kan klebes på huden. Kanyleslangen kan romme **0,1 ml**. Slangen er 60 cm lang og har en injeksjonsstuss. Swab til vask av huden og propp til lukking av slangen etter bruk følger med i skrinet.

Aktuelle medikamenter. Fyll slangen med aktuelt medikament.



- Fjern beskyttelsespapiret og deretter plast hetten.
- Vask av huden med en sprit-swab
- Løft huden opp og sett kanylen i. i 90 graders vinkel
- Fest slangen i sikkerhetsløkke.
- Kanylen kan nå ytterligere fikseres med Tegaderm slik a
- Hudreaksjoner kan observeres.
- Merk med dato og hvilket medikament som settes i nålen.

NB! Bruk en nål per medikament.

- Kanylen er nå klar til bruk og medikamentet kan gis. Det kan gis som bolusinjeksjon eller som kontinuerlig infusjon.
- Det er ikke nødvendig å skylle med NaCl mellom to påfølgende injeksjoner så lenge man bare setter ett medikament per nål.
- Slangen lukkes med en propp (identisk med propp til veneflon).

Hvorfor bruke en subkutan kanyle?

- Det er langt mindre smertefullt enn intramuskulære injeksjoner.
- Pasienten slipper gjentatte stikk.
- Injeksjonen kan gis mens pasienten sover.
- Pasienten trenger ikke flyttes for å få injeksjonen.

Vær oppmerksom på:

- Det kan maksimalt gis 4 ml av gangen.

Plasseringsforslag for subkutan kanyle:

- Thorax (under kragebeinet)
- Hud på abdomen
- Overarm (på siden, baksiden samt hele området rundt skulderen)
- Lår (hele)
- For urolige pasienter kan området over skulderbladet bak på ryggen også benyttes.
- Ta hensyn til sirkulasjon, underhudsfett og pasientens bevegelserfrihet.

Områder som ikke egner seg:

- Ødematøst vev
- Tidligere strålebehandlet hud
- Over beinutspring og områder nær ledd.

Kanyleskift:

Den subkutane kanylen bør skiftes hver 3. dag, eller hvis det oppstår rødme og hevelse. Utarbeidet av KIG-smerte SMHC og Det Palliative Team i Vejle Amt, april 2005.

Tilpasset for bruk i Norge av Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest, lindrende.behandling@helse-bergen.

no, nov. 2007., sist revidert feb.2009, Lindring i Nord, 2014

Helse Stavanger HF/MedDiv/Avdeling for blod- og kreftsykdommer har laget en instruksjonsvideo for innleggelse av subkutan kanyle Neoflon:

[Http://www.helse-stavanger.no/no/OmOss/Avdelinger/blod-og-kreftsykdommer/sdier/mpt1.aspx](http://www.helse-stavanger.no/no/OmOss/Avdelinger/blod-og-kreftsykdommer/sdier/mpt1.aspx)

Og en instruksjonsvideo for daglig stell av subkutan kanyle Neoflon;

<http://www.helse-stavanger.no/no/OmOss/Avdelinger/blod-og-kreftsykdommer/Sider/mpt2.aspx>

6.16 SMERTEPUMPE

Benyttes for å gi en jevn subcutan tilførsel av medikamenter, både til pasienten som er plaget med kvalme eller som har redusert bevissthetsnivå. Medikamentene må kunne administreres subcutant, som vil si at de ikke gir noen lokal irritasjon, og ikke gi utfellinger.

De mest vanlige medikamentene som nyttes til dette er; morfin, fentanyl, ketobemidon og metadon. Som kvalmestillende gis oftest, Haloperidol (Haldol) i små doser, metoklopramid (Afipran), ondasetron (Zofran) eller levopromazin (Nozinan). Dersom det er behov for anticholinerge medikamenter benytt butylskopolamin (Buscopan) eller tilsett scopolamin. Octreotide (Sandostatin) kan også tilsettes pumpen. Husk her igjen! Ikke bland Haldol og morfin uten konserveringsmiddel pga. utfellingsfare.

Medikamentene gis via butterfly/Sub Q med forlengerslange som legges inn subcutant. Skift butterfly/sub Q minst hver 3 dag. Eller oftere pga. infeksjon eller infiltrat. Innstikksted dekkes med Opsite og inspiseres daglig. Medikamentene doseres i mg, men pumpen stilles på antall millimeter pr. døgn. (Lindring i Nord, 2015).

http://www.unn.no/getfile.php/UNN%20INTER/Enhet/K3K_web/Lindrende/handbok_lin_flyttet_fra_intra.pdf

6.17 SMERTELINDRING HUSKELISTE

Neuropatisk smerte:

Opioider er førstevalg hos kreftpasienter

Skjelettmetastaser:

- Strålebehandling eller kirurgi
- Paracetamol
- Kortikosteroider (metylprednisolon, deksametason eller prednisolon). Start med f.eks. Prednisolon 40–60 mg x 1 og trapp ned til vedlikeholdsdose.
- Bisfosfonat bør vurderes hos pasienter med skjelettmetastaser og lenger forventet levetid. Zoledronat (Zometa) eller pamidronatinfusjon hver 4. uke eller sjeldnere kan vurderes.

NB! Unngå å kombinere NSAID og kortikosteroider på grunn av bivirkninger (ulcus).

6.18 LIVETS SISTE DAGER – LCP

LCP eller Liverpool Care Pathway, er en internasjonal tiltaksplan som kvalitets sikrer omsorg til døende og deres pårørende. Planen ble utviklet på 1990 tallet i Liverpool i det palliative fagmiljøet. Tanken er ei overføring av den kompetanse og tilbud som gis ved ei palliativ enhet ved å gi den same omsorg for den døende og deres familie til andre avdelinger. LCP er diagnoseuavhengig og uavhengig av oppholdssted. Har til hensikt å bedre rutiner for dokumentasjon og erstatta all anna dokumentasjon når den trer i kraft. For betre å kunne forstå kva heilheten i LCP og medikamentskrin så treng ein kunnskap om palliasjon eller lindring generelt. WHO's definisjon:

«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».

Dette viser at både LCP og medikamentskrinet bygger på definisjonen av palliasjon.

Kjenne tegn på palliasjon er:

- At det foregår ei helhetlig tilnærming til den alvorlege sjuke og døende pasient og hans/hennes pårørende.
- At det er respekt for både pasienten, pårørende og medarbeidere, målet er pasientenes beste. Dette viser seg i at både pasient og pårørende blir møtt og forstått i den situasjon de står i.
- At det blir utført ein aktiv og målretta holdning til diagnostisering, forebygging og lindring av symptom.
- At det kontinuerlig foregår planlegging og tilrettelegging som er i forkant av behov og komplikasjonar.
- At det heile tida er ein open og god dialog med god kommunikasjon og informasjon.
- At dette er eit tverrfagleg arbeide som er i forkant med planlegging og tilrettelegging med tanke på behov og komplikasjonar, med koordinerte tenester og systematisk samarbeid på tvers av nivå.

Disse punktene her kommer tydlig frem i LCP og medikamentskrinets rutiner og er bærebjelken i behandlingen og oppfølgingen i terminalfasen.

Medikamentskrinet bygger på prinsippa i Liverpool Care Pathway /LCP. Som inneheld retningslinjer for døande pasientar, og er eit verkty som er ein standard for det palliative for løp i terminal fase.. Det skal ivareta symptomlindring og gi god omsorg i terminalfase(livets slutfase). Det anbefalast å nytte skrinet ved planlagt heimedød men kan også nyttast i bu – og behandlingssentera.

LCP historie:

Liverpool Care Pathway, LCP er internasjonalt anerkjent som ein tiltaksplan som kvalitetssikrar omsorga til døyande og deira pårørande. Den blei utvikla som eit verkty i det palliative fagmiljø i Liverpool på 1990 talet, hensikta var å overføre heilskapande omsorg som den døande og familien blei møtt med på palliativ einig/hospice til andre delar av helsetenestene. I dag nyttast LCP i 20 land verda over. LCP er copy – right beskytta. Alle må registrerast i Helse Vest, som er Norges samarbeidspartner med Central Team i England. Norge har nå registrert 262 brukar plassar, i 16 av 19 fylker. Det er flest sjukeheimar som nyttar LCP men også heimetenesta nyttar verktøyet. Det nyttas i 18 sjukehus også ifølge tal frå Helse Bergen (2013). Hol Kommune blei godkjent våren 2014.

LCP som tiltaksplan:

Forenkla er det ein palliativ plan med avklaringar som involverer dei pårørande i terminalfasen.. LCP bygge på forskning og dokumentasjon som viser at tiltaksplanen støttar opp under dei gode kliniske avgjørslar som er tatt. Det er eit kartleggeinsverktøy som skal gjere det enklare både for pasienten, pårørande og helsepersonell å forholde seg til i livets slutfase. Når avklaringane er på plass, vil forsoninga hjå pasienten ofte være på plass og, pårørande vil også ha lettare for å kunne delta i denne prosessen. For helsepersonell så gir det eit verkty som gjer det enklare og meir oversiktlig og konkret i terminalpleia, men som ikkje blir betre en dei

som nyttar det. Hensikta er god systematikk og betre kvalitet på tenesta. Tiltaksplanen bør innehalde delmål med informasjon som at pasient og pårørande er forberedt på døden og at pasienten er døande og forstår innhaldet i planen. Unødig behandling er fjernet/seponert og avklart. Optimal lindring av plagsame symptom er målet. Eksistensielle og åndelige behov blir ivaretatt og nedfelt. Pårørande er inkludert og ivaretatt og veit innhaldet i planen. Klare retningslinjer om forventna utvikling og mulige komplikasjonar som inneheldt medikaments forslag for vanlige symptom lindring i terminalfase skal være tydleg nedfelt i planen.

Å være alvorlig sjuk og døende – Retting og krav:

Det er flere gode verktøy å støtte seg til som blant anna, Helsedirektoratets veileder med «Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling», «Når livet går mot slutten» fra Kikens bymisjon er også ei god hjelp og gir enkel og opp klarende informasjon. Standard for palliasjon er ei god hjelp og er vei ledende for personalet. Gir konkrete råd om livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uheldredelig syke og døende. Desse verktøya vil være ein del av kompetansapakka for etableringa av LCP i Hol Kommune.

Ekstern evaluering av LCP:

Slik det foreslås i «Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt – å skape liv til dagene», skal det også gjøres en evaluering av implementering og bruk av LCP i Norge. Link til rapporten:

https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3bfb32c6b9ef43/rapport_hdir_palliasjonsrapport_160315.pdf



Pasientdata

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 tabletter |

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:

Legenhenvendelser utenom kontortid etter avtale med:

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



DEL 7.0 – PÅRØRENDE OG RETTIGHETER

Alvorlig og langvarig sykdom kan føre til store endringer for pasient og familie. Disse forandringene kan medføre at pasienten faller utenfor i sosial sammenheng, noen pasienter kan derfor føle at de «dør sosialt» før de dør biologisk.

7.1 ØKONOMI OG TRYGDERETTIGHETER

Alvorlig sykdom kan medføre bekymringer for pasient og pårørende på det økonomiske området. Langvarig sykmelding og eventuell overgang til attføring eller uførepensjon reduserer inntekten betraktelig. I tillegg medfører sykdommen en rekke ekstrautgifter som legehjelp, medisiner, reiser, men også utgifter i forbindelse med omsorg og pleie i hjemmet.

Et av de største problemer for pasient og pårørende er bekymring om de etterlattes økonomi. Mange er ukjent med sine rettigheter, og samtidig har de vansker med å undersøke dette i deres situasjon. Derfor er det viktig at de får nødvendig informasjon og hjelp. Det er viktig at helsepersonell informerer om hvor en kan få opplysninger om de rettigheter som finnes, som f.eks. NAV, Kreftforeningen og Kreftlinjen (kreftforeningens telefonlinje).

7.1.1 Pleie i hjemmet i terminalfasen

Etter Folketrygdlovens §9-12 kan pårørende søke om pleiepenger i 60 dager for pleie i hjemmet ved livets slutfase. Det er den syke som "eier" dagene dette gjelder for, og disse kan fordeles mellom pasientens familie eller nære venner (må ikke begrunnes). Søknaden fylles ut på eget skjema "Legeerklæring - Pleiepenger etter Folketrygdlovens § 9-12.)" av den sykes lege/fastlege, og sendes den sykes NAV trygd kontor. Kopi til pårørendes arbeidsgiver eller pårørendes NAV trygd kontor (hvis pårørende er selvstendig næringsdrivende). NAV trygd betaler ut ytelse svarende til sykepengen fra dag 1 for arbeidstakere. Selvstendig næringsdrivende får utbetalt fra dag 1 det de ville fått ved egen sykdom fra dag 17. Dagene kan tas ut enkeltvis eller i sammenheng og fordeles mellom pårørende.

Pleiepenger for pleie av nær pårørende:

«Dersom du pleier en nær pårørende i livets slutfase i hjemmet, kan du få pleiepenger. Du kan få pleiepenger både når du gir pleien i hjemmet til den pleietrengende og når du gir pleien i ditt eget hjem.

Som nær pårørende er det naturlig å regne barn, barnebarn, foreldre, besteforeldre og søsken. Også andre kan regnes som nær pårørende. Dette må vurderes konkret i hvert enkelt tilfelle».

Du kan lese mer om vilkårene for rett til pleiepenger i folketrygdlovens § 9-10, § 9-11, § 9-11a og § 9-12.

Hva kan du få?

"Du kan få pleiepenger etter de samme bestemmelsene som gjelder for sykepengen ved egen sykdom. Det er ingen arbeidsgiverperiode ved pleiepenger.

NAV utbetaler feriepengen av pleiepengene til arbeidstakere. Til samlet utbetaling av pleiepenger og opplæringspenge i et opptjeningsår får du feriepengen bare for de 12 første ukene.

Feriepengene utgjør 10.2 prosent av stønaden."

<https://www.nav.no/no/Person/Familie/Sykdom+i+familien/Pleiepenger.1073751617.cms>

7.1.2 Hva med barna?

Hvordan er deres situasjon i en krise hvor familien ikke fungerer optimalt? Hvor ofte får barn i kreftsyke familier for lite oppmerksomhet? Barns behov for hjelp og støtte kan måtte vike pga de voksnes krise/sorg hvor de ikke klarer å ivareta eller se barnas behov, eller at omsorg for alvorlig syke kan kreve alt overskudd. De er ikke i stand til å delta i barnas aktiviteter, dette kan føre til problemer i forholdet mellom voksne og barn. For

å forebygge skadevirkning på lang sikt og for å løse situasjonen kan det være lurt å benytte fagpersoner med innsikt som kan gi støtte. Dette kan sette familien i stand til å fungere så godt som mulig i den vanskelige livssituasjonen de er i. Avlastningstiltak kan være til god hjelp i en slik situasjon. Behandlingspersonalet må være villig til å ivareta og ta opp barnas situasjon med foreldrene og gi råd og veiledning. Her er viktig å trekke inn instanser utenfor sykehus og behandlingssapparatet, som skole og barnehage. Slik at de er informert om situasjonen. Det vil som regel være foreldrene som vil ordne dette, eller personell i samarbeid med dem.

Viktige samarbeidsparter kan være:

- Skole.
- Barnehage.
- Helsestasjon/helsesøster i kommunen.
- Pedagogisk-psykologisk tjeneste.
- Sosialkontor.

7.2 DET Å DØ – DET VANSKELIGSTE AV ALT

Det å rammes av alvorlig sykdom eller å skulle dø av alderdom og mett av dage, kan føre til at man kommer til en erkjennelse av at en faktisk kommer til å dø. Denne erkjennelsen er noe annet en den kunnskapen vi har om å skulle forlate vårt jordiske liv.

Hver enkelt av oss er alene om vår egen død. Ingen kan følge en helt og holdent hele vegen. Men vi ønsker gjerne at noen skal følge oss denne tiden og kan dele denne vanskelige tiden med. Det er verdifullt om noen som står en nær kan følge en helt til slutt.

Noen ganger vil ikke de nærmeste innse at døden står for døren. De later som at alt er som før, som om den syke kommer til å bli frisk igjen. Dette kan være til hinder for den syke, det å ha en fortrolig med seg den siste tiden, noen å nærme seg døden og ta endelig avskjed sammen med (Søderstrøm, U).

Det er vondt og vanskelig å ta avskjed og snakke med noen som står en nær om det å skulle forlate hverandre. Sorg er kjærlighetens pris. Selv om det vanskelig å finne ord og snakke om døden, vil det lette situasjonen å bruke det riktige ordet om døden.

Det kan også være viktig og «tillate» noen å dø. Enkelte døende kan føle et stort ansvar for noen og de som blir igjen at de har vansker med å forlate livet. Da kan det føles som en befrielse å få lov til å slippe tak og slippe ansvaret.

Dette er en tid som du som pårørende kan synes er tung og slitsom, men som du om en tid kommer til å verdsette at du har fått være med på. Denne reisen er en reise som du som menneske nærmer deg døden, men du kommer også tettere på livet. For å klare det må du ta vare på deg selv. Både for deg selv, dine pårørende og den døende.

Vil noen hjelpe deg, ta i mot. Det er en måte å hjelpe og støtte på, når en ikke finner ord.

7.2.1 Prosedyrer ved dødsfall

Det er viktig at det legges til rette for ritualer som føles riktig og nødvendig. Mange vil ønske tid til høytid og ro sammen med den døde, andre vil ønske å delta i det siste stellet. En verdig død innbefatter også tiden etter at døden har inntrådt.

Varsling:

Ved dødsfall varsler personalet

Pårørende:

Ring kun 1 person. Hvem som skal ringes til bør være avklart i god tid på et tidlig tidspunkt. Gjerne hoved pårørende, den pasienten har oppgitt som sin nærmeste pårørende.

Be den du ringer gi beskjed videre til andre pårørende. Dersom de ikke har vært tilstede ved dødsfallet tilbys de å komme for å se den avdøde.

Spør om de ønsker å delta i stell av den døde. Dersom de ikke ønsker å delta, spør hva de ønsker at den avdøde skal ha på seg. Ved forventede dødsfall kan dette være avklart på forhånd.

7.2.2 Gi pårørende – pårørende konvolutt!

Pårørende bør ha fått utdelt «Når livet går mot slutten» når en startet med LCP eller så gis den sammen med pårørende konvolutten.

Avklar om pårørende har behov for videre oppfølging av psykiske eller sosiale problemer og råd i forhold til dette. Gi de mulighet for å stille spørsmål og reflektere omkring sykeleie og dødsfallet. Det er den ansvarlig sykepleier/hjelpepleier/helsefagarbeider som skal gi pårørende konvolutten, ringe pårørende og koordinere etter samtale der det er aktuelt. Den beste støtte vi kan gi pårørende er å se dem når de er i avdelingen.

7.2.3 Lege

I henhold til de rutiner en har med sykehjemslegen/tilsynslegen ved bo – og behandlingssentrene og med fastlegene til hjemmeboende eller med vakthavende legevaktslege vil lege bli varslet. Legen konstaterer dødsfallet og fyller ut dødsattest.

Pacemaker fjernes av lege som syner den døde. Legen fjerner kun generatoren, ledningen klippes av og skal ikke fjernes. Pacemaker kastes i elektronisk avfall.

7.2.4 ICD – implantert defibrillator (hjerterstarter)

Automatisk implanter bar converter/defibrillator (ICD) “hjerterstarter” er en stor pacemaker som automatisk kan pacekonvertere ventrikkeltakykardier. Den fungerer som en vanlig pacemaker ved bradykardier og gi konvertering/defibrilleringstøt på cirka 30–40 joule ved svært rask ventrikkeltakykardi eller ventrikkelflimmer.

Pasientene vil ha et pacemakerkort. ICD’ er synlig på abdomen eller thorax hvis ikke pasienten er overvektig.

Avklaring:

Ved dødsfall må det være avklart med lege i forkant, at magnet benyttes til å slå av ICD ellers vil denne forsøke å starte igjen og igjen.

Inaktivering:

ICD’ ens takykardibehandling kan inaktiveres ved å legge en kraftig magnet over apparatet. Apparatet er da hemmet så lenge magneten ligger på, og er aktiv straks magneten tas av.

(Oslo Universitetssjukehus, metodebok for indremedisin, 2012)

7.2.5 Stell av den døde

Vi er alle ulike, våre liv har vært forskjellige og vi kommer til å møte døden på ulike måter. Noen ganger gjenspeiler vår måte å dø på det livet vi har levd.

Når pasienten dør:

Rydd rommet og fjern alt utstyr. Rommet pyntes med hvit duk, hvite lys og eventuelle blomster. Fjern alt unødvendig utstyr, legg vekt på det estetiske. Pårørende er svært sårbare og mottagelig for inntrykk i en slik sårbar fase. Dersom noe blir urolig eller forstyrrende rundt, kan dette være noe de tar med seg videre som en del av sorgen.

Vask og stell den avdøde om nødvendig. Klipp negler, gre håret slik avdøde pleide å ha det som levende. Barber og sett inn eventuell tannprotese. Legg den avdøde til rette på puten under hodet, støtt opp haken (bruk hakebind eller støtte dersom nødvendig, men husk å fjerne før pårørende kommer). Løft hjertebrettet litt opp, lukk øynene, hendene legges samlet (ikke foldet).

Stell av den døde:

- Vær alltid 2 ved stell av den døde. Inviter gjerne med de pårørende til å stelle.
- Ta med alt utstyr du trenger til stell av den døde – morspakke med lys og rituelt utstyr – båreteppe
- Vask og stell på vanlig måte
- Ta på bleie og underbukse
- Ta på klær etter eget eller pårørendes ønske

Etter stellet:

Den døde skal få ligge så lenge på rommet som mulig, dersom temperaturen tillater det. Slik at alle som ønsker kan få ta avskjed før den avdøde trilles ned på bårerom/kjølerom.

Den avdøde blir lagt i kiste av begravellesbyrå og hentet i kiste. Dødsattest leveres lensmannskontor og en kopi legges i journal til avdøde.

7.2.6 Dokumentasjon

Dokumenter i Gerica hendelsesforløp og hvem som var tilstede under dødsfallet, det samme føres i "Livets siste dager".

Sikre at telefonnummer til pårørende finnes i journalsystem for kontakt etterlatt samtale og adresse finnes for julekort, det året vedkommende har avgått med døden. Den 1 julen er alltid spesiell.

Noter i «svartebok» tid for samtale med pårørende for etterlatte samtale – 1 mnd. frem i tid.

7.2.7 Begravelsesdagen

Personalets deltagelse i begravelse samt flagging på begravelsesdagen gjøres i henhold til rutiner ved det enkelte bo – og behandlingssenter. Det er fint om primærkontakt eller ansvarlig sykepleier/ den som har hatt mest med pasienten å gjøre går i begravelsen i respekt for den avdøde og dens familie. Dette fører også til at personalet kan få avsluttet på en god måte.

Det er også fint om en tenner lys og minnes på vaktrom denne dagen, tid for refleksjon kan også være fint på en sånn dag.

7.2.8 Etterlatte samtale

Pårørende kan ha problem med å finne mening i tilværelse etter en nærstående som er død. Flere vil ønske en samtale og en gjennomgang av hendelsesforløpet, og mulig også en anledning til å snakke om den døde og dele noen av minnene. God informasjon, kontakt og omsorg fra personalet gir lindring etter dødsfallet.

Etter 1 måned:

Sjukepleier eller primærkontakt ringe for å avtale tid for etterlatte samtale. Skriv opp dato og kl. slett i «svarteboka». Noter spesielle ønsker for kva som skal tas opp under samtalen og kven som skal delta.

Under etter samtalen:

- Sjukepleier gjennomfører etterlatt samtalen.
- Informer om kor lang tid de skal bruke.
- Sett fram kaffe/te og tenn lys

Samtalen bør ikke ha eit fast opplegg; men det kan være nyttig å ha noen spørsmål til hjelp:

- Hvordan har den etterlatte det etter dødsfallet?
- Hvordan opplevde dei tida på avdelinga?
- Hvordan var det å komme tilbake?
- Er det noko du ynskje å ta opp?
- Kva tenker du om framtida?

Gi informasjon om mulighet for oppfølging fra fastlege og fra psykisk helse og eventuelle sorggrupper.

DEL 8.0 – FAGLIGE OG ETISKE OMRÅDER



Som helsepersonell står ein overfor mange etiske utfordringer, det er derfor viktig at ein gjennom kartlegging av pasienten selv eller via pårørende avklarar så tidlig som mulig utfordringer som ein kan stå overfor. Informer om den kunnskap ein har om dette, slik at ein kan unngå problemstilling som kan være utfordrende. Slik som bl.a;

8.1 O2 – BEHANDLING HOS DØENDE

Bruk av O₂ behandling hos døende har vært omdiskutert. Dyspnoe er eit samansett problem av angst og for høg CO₂ i blodet. Reseptorer i hjernen registrer CO₂ – økning og forhøyer dermed respirasjonsfrekvensen, mens O₂ – konsentrasjonen i blodet er tilnærma lik.

Derfor har ikke pasientene bruk for O₂ – tilførsel. For døende som ikke tidligere har benyttet O₂ – behandling vil ikke denne behandlingen ha noen verdi/nytte. Men kan heller føre til psykisk avhengighet hjå pasienten.

O₂ som gis på nesekateter/grime og har liten betydning for opplevelsen av dyspne eller ralling. Hos døende som har nedsatt bevissthetsnivå, vil en måtte benytte tett maske for at O₂ – behandlingen skal ha noen effekt, da den døende som oftest puster med åpen munn. Behandling er oftest best med injeksjoner subkutant med Morfin eller Stesolid.

O₂ er å regne som et medikament og det er tilsynslegen/fastlege/vaktlege som skal ta avgjerda om bruk av O₂ – behandling.

8.2 BRUK AV SUG

I terminal fase frarådes fordi:

- Aspirering med sug kan i noen tilfelle hjelpe, men virkningen er ofte kortvarig.
- Bruk av sug i munnhule og svelg, stimulerer reseptorer som er med på å øke slimproduksjonen. Sykepleiere kan benytte sug i munnhule, men ofte sitter slimet lengre bak i svelg og øvre luftveg.
- Kan føre til blødning i luftvegene.
- Det er bedre å benytte medikamenter i behandling av dødsralling.

8.3 VÆSKEBEHANDLING I TERMINAL FASE

Når livsforlengende behandling er vurdert av lege til å ikke være til pasientens beste, bør en avstå fra væskebehandling.

Bakgrunn:

Døende opplever sjelden tørst. Gradvis får en nedsatt behov for drikke som en del av dødsprosessen. Hovedårsaka til tørste hjå pasienter i terminal fase er tørre leppe, munn og svelg, ofte di de puster med åpen munn.

Ingen studier kan vise til at infusjon til døende kan lindre tørste eller forbedre livskvaliteten.

Infusjon kan derimot øke problemene for pasienten ved økt sekretproduksjon, lungeødem og forlenging av dødsprosessen.

Tiltak:

Dersom pasienten allerede får væskebehandling, skal det vurderes nedtrapping/Seponering når døden nærmer seg.

Fuktig av leppe og svelg lindrer tørste og andre plager (sjå kapittel om munnstell)
God informasjon til pasient og pårørende.

8.4 ERNÆRING I TERMINAL FASE

Når livsforlengende behandling er vurdert til å ikke være til pasientens beste, bør en avstå fra kunstig ernæring.

Bakgrunn:

Mange pasienter opplever liten eller ingen sult overhode i terminal fase, det er naturlig å eta mindre eller slutte eta når livet går mot slutten. Matens næringsmessige betydning er forbi, siden den døyende ikke kan nyttiggjøre seg ernæring i denne fase. Når døden nærmer seg vil ikke manglende inntak av mat og drikke påvirke livslengde. Kroppen klarar ikkje å fordøye den ernæringa den tek til seg.

Noen pasienter kan klare å ta til seg mat heilt fram til dødsdagen, når maten er tilpassa pasientens tilstand. Minimalt med mat er tilstrekkelig for å redusere sult i terminalfase. Målet med mat i denne fase er ikke næringsmessig, men kan være sosialt og ha ei symbolsk rolle.

Pasienten dør ikke di dei slutter å eta. Dei sluttar å ete fordi dei er døyande.

8.4.1 Sondeernæring

Ved forventet levetid under 2 – 3 måneder er sondeernæring eller intravenøs ernæring vanligvis ikke indikert.

Tiltak:

- I terminal fase skal det ikke fokuseres på vekt og dekning av ernæringsbehov
- Pasientene skal ikke gis sondeernæring eller anna kunstig næring
- Pågående ernæringsbehandling seponeres i terminal fase.
- Pasientens ønsker må alltid respekteres og vektlegges i beslutninger
- God informasjon til både pasient og pårørende.

OVERSIKT OVER BEGRAVELSESBYRÅ I HALLINGDAL

Hol

Strand & sønn DA Roar
Sagen, 3576 Hol
Telefon: 32 08 81 94

Ål

Hallingdal Gravferdsbyrå v/ Steinar Aa
Helsetunvegen 18, 3570 Ål
Telefon : 32 08 23 00

Gol

Gol Begravelsesbyrå
Sentrumsvegen 102, 3550 Gol
Telefon : 480 23 477



REFERANSER

- Aakre, M (2014). Sykepleie i palliasjon – i erfarings basert og etisk perspektiv. Omsorg Nr. 3, 47- 51.
- Aaker, K. og Skalstad, E. (2010). Terminalpleie. Omsorg for alvorlig syke og døende. Håndbok i palliasjon ved sykehjemmene. Kongsberg Kommune.
- Andersen, S. og Johansen, M. (2014). «Lindrende skrin». Medikamentskrin for voksne i livets slutfase. Tromsø. UNN.
- Ferrel, B.R og Coyle, N. (2006). Oxford textbook of palliative nursing. Oxford collage.
- Gjerdeber, E. og Bjørndal, A. (2007). Kva er en god død i sykehjem? Sykepleien forskning nr 4., 2007; 2(3) : 174 – 180.
- Helsedirektoratet (2009). Nasjonal veileder for beslutningsprosesser for begrensnig av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende.
- Helsedirektoratet (2012). Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse – og omsorgstjenesten.
- [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)
- Hjort, P. F. (2001). God dødspleie. Omsorg nr 2, 2001 : 64 – 67.
- Husebø, B.S og Husebø, S (2003). De siste dager og timer – behandling, pleie og omsorg ved livets slutt. Lex forlag.
- Husebø, B.S og Husebø, S.(2005). Sykehjemmene som arena for terminal omsorg – hvordan gjør vi det i praksis? Tidsskrift for Den norske legeforening nr 10, 2005; 125 : 1352-4.
- Husebø, S. (2006). Den døende gamle: Retningslinjer for etiske avgjørelser om avslutning av livsforlengende behandlingstiltak. Omsorg nr 4, 2006 : 43 – 45.
- <http://tidsskriftet.no/article/1347846>
- [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.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.pdf)
- <http://www.helse-stavanger.no/no/OmOss/Avdelinger/blod-og-kreftsykdommer/Sider/mpt2.aspx>
- [https://www.stjordal.kommune.no/helse/utviklingssenter/Documents/Oppslagsperm%20 Kreft%20og%20lindring.pdf](https://www.stjordal.kommune.no/helse/utviklingssenter/Documents/Oppslagsperm%20Kreft%20og%20lindring.pdf)

- http://www.vestreviken.no/omoss_/avdelinger_/palliativt-team_/nettverk-for-ressurssykepleiere-innen-palliasjon-og-kreftomsorg_/Sider/medikamentskrin-retningslinjer.aspx
- Jordhøy M.S., Aass N., Svensen R., Ervik B. og Mohr, W. (2006). Kvalme, oppkast og obstipasjon i palliasjonsfasen. Tidsskrift for Den norske lægeforening nr 5, 2006; 126:620 – 3.
- Kaasa, S. (red) (2008). Palliasjon. Nordisk lærebok. Gyldendals Norsk forlag, Oslo.
- Kreft og Lindring, (2010) Prosjekt i Stjørdal Kommune.
- Loge, J. H., Hjermstad, M.J. og Kaasa, S. (2006). Delirium hos pasienter i palliativ fase. Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 5, 2006; 126: 616 <http://tidsskriftet.no/article/1347469>
- McCaffery, M, og Beebe, A. (1998). Smerter – lærebok for helsepersonell. Notam Gyldendal forlag, Oslo.
- Myskja, A. (2006). Bruk av song og musikk i palliativ behandling. Omsorg nr 3, 2006 : 31 -39.
- (NAV 08-30.01).
- Nilsen, R (2000). I dødsskyggens dal – omsorg og sjelesorg. Unitas forlag. Valby.
- Nordøy, T., Svensen, R., Johansen, M.J. Buitink, M., Ervik, B., Aasebø, U., Magnussen, K. og Boge, J. (2009). Håndbok i lindrende behandling. Kompetansesenteret for Lindring i Nord (LiN) Tromsø http://unn.no/getfile.php/UNN-intranett/Enhet/K3/Dokumenter/handbok_lin.pdf
- 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. http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/19991999/002/PDFA/NOU_1999_19990002000DDDPDFA.pdf
- 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>
- Seksjonsleder ved Skinnarberga bo – og rehabiliteringssenter (2009). Kvalitetsprosedyrer for lindrende enhet i Kongsberg kommune.
- Søderstrøm, U. (). «Når livet går mot slutten». Kirkens Bymisjon.



Foto: Heidi M. Oskam

Håndbok i
lindrende metoder
Hol kommune 2015



