



Utviklingscenter for  
sykehjem og hjemmetjenester  
Østfold

# Tiltaksplanen Livets siste dager og samarbeid i det tverrfaglige teamet

17.02.21

Aart Huurnink

Overlege i palliasjon

Kommunalt Palliativt Team

Stavanger kommune

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

Framsida > Kompetansesenter i lindrande behandling > Palliasjon - verktøy for helsepersonell >  
Livets siste dagar - plan for lindring i livets slutfase

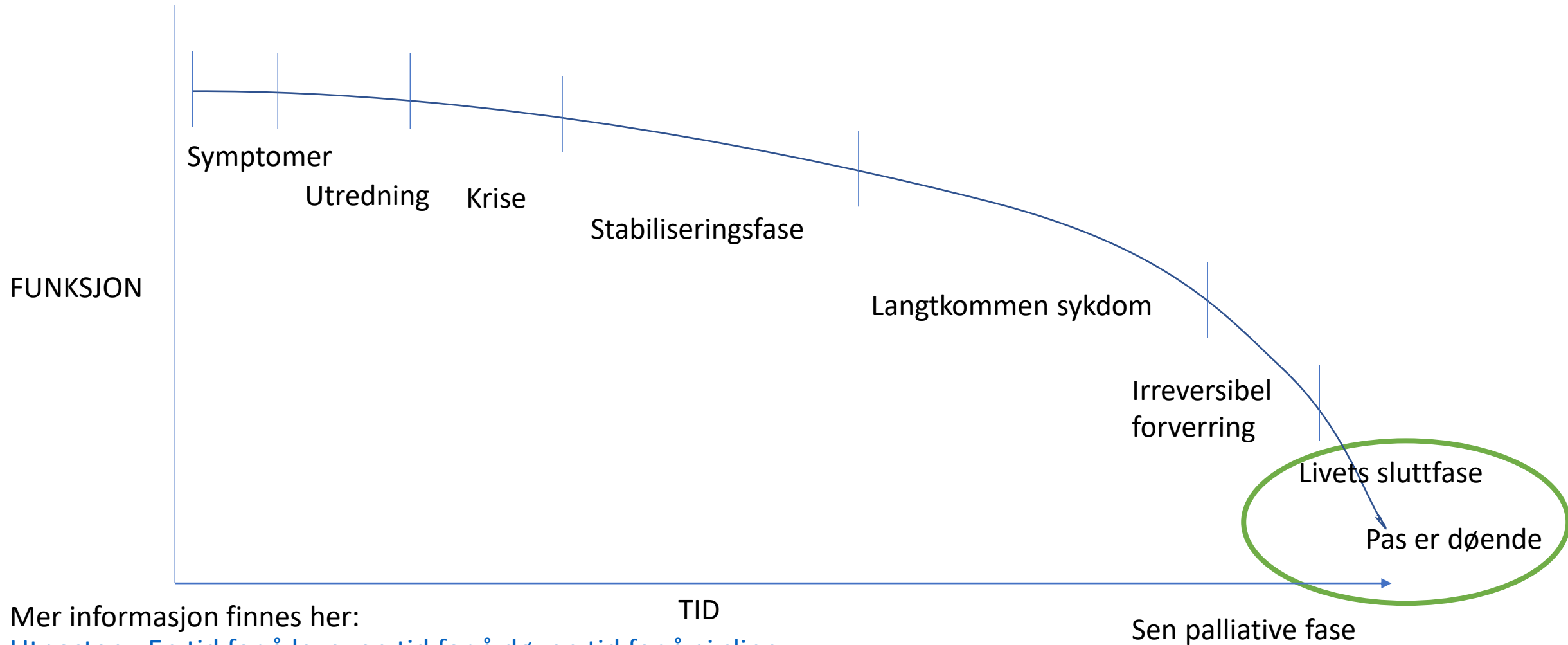
## Livets siste dagar - plan for lindring i livets slutfase

Livets siste dagar - plan for lindring i livets slutfase er fundert på internasjonale prinsipp og nasjonale tilrådingar for omsorg til døyande. Bruk av ein slik plan kan sikre ei felles ramme og struktur for behandling, pleie og omsorg i slutfasen av livet. Livets siste dagar er ei vidareutvikling av Liverpool Care Pathway (LCP), tilpassa for bruk i Noreg.



Publisert 19.09.2016 / Sist oppdatert 15.02.2021

# Hvor i sykdomsforløpet er pasienten?




Mer informasjon finnes her:

[Utposten : En tid for å leve, en tid for å dø, en tid for å gi slipp](#)

Forsiden

# Lindrende behandling i livets sluttfase

 Nasjonale faglige råd

[Hva er nasjonale faglige råd? →](#)

1. Innledning

2. Kommunikasjon og samvalg

3. Erkjennelse av at livet går mot slutten, og at døden nærmer seg

4. Mat og drikke når døden er nært forestående

Søk i nasjonale faglige råd



## 1. Innledning

---

# Livets slutfase

- **En vurdering om at pasienten har svært kort forventet levetid, uker til dager, bør inneholde en tverrfaglig gjennomgang av følgende forhold:**
- Progredierende sykdomsutvikling
- Progredierende funksjonsnedsettelse
- Hvorvidt forverring av tilstanden er forventet
- Mulige reversible tilstander er blitt vurdert

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/erkjennelse-av-at-livet-gar-mot-slutten-og-at-doden-naermer-seg#vurder-om-pasienten-er-i-livets-siste-dager-og-om-doden-er-naert-forestaende>



## Lindrende behandling i livets slutfase

1. Innledning

2. Kommunikasjon og samvalg

**3. Erkjennelse av at livet går mot slutten, og at døden nærmer seg**

4. Mat og drikke når døden er nært forestående

5. Symptomlindrende legemiddelbehandling i livets slutfase – generelle råd

6. Legemiddelbehandling av smerte

7. Legemiddelbehandling av dyspne

8. Legemiddelbehandling av kvalme

**I tillegg vil det etter hvert tilkomme symptomer og tegn som tyder på at pasienten er døende. Slike endringer er:**

- marmorering eller endring i hudfarge
- endring i respirasjon, som Cheyne-Stokes respirasjon eller surkling
- endringer i sirkulasjon
- at pasienten i lengre perioder ikke er kontaktbar

### **Samlet vurdering av at pasienten er døende**

Erkjennelsen av at pasienten er døende, må bygge på en tverrfaglig vurdering av minimum lege og sykepleier. Pasientens, pårørendes og det tverrfaglige personalets oppfatning av situasjonen vil også gi viktig informasjon. Først når den samlede vurdering tilsier det, kan pasienten oppfattes å være døende.

## **Samlet vurdering av at pasienten er døende**

Erkjennelsen av at pasienten er døende, må bygge på en tverrfaglig vurdering av minimum lege og sykepleier.

Pasientens, pårørendes og det tverrfaglige personalets oppfatning av situasjonen vil også gi viktig informasjon.

Først når den samlede vurdering tilsier det, kan pasienten oppfattes å være døende.

# Kartlegging av nærstående død

- Å gjenkjenne at pasienten har endret seg og at livet går mot slutten
- Erkjennelse av at livet går mot slutten
- Å akseptere at livet går mot slutten
- Å akseptere at pasienten er døende





## Lindrende behandling i livets slutfase

1. Innledning

2. Kommunikasjon og samvalg

3. Erkjennelse av at livet går mot slutten, og at døden nærmer seg

livets slutfase – generelle råd

6. Legemiddelbehandling av smerte

7. Legemiddelbehandling av dyspne

8. Legemiddelbehandling av kvalme

### ✓ Legg til rette for samtale om mat og drikke pasient/pårørende når døden er nært forestående

#### Råd

Når døden nærmer seg blir interessen for mat og drikke ofte ne  
tilbys mat og drikke så lenge han eller hun har ønske om det. D  
åpen dialog med pasient og pårørende for å få en felles forståel

## Pasienten tilbys mat og drikke så lenge han eller hun har ønske om det.

- Pasienter i denne fasen føler i liten grad sult og inntar vanl  
med mat og drikke. Små slurker med vann og minimalt me  
for å redusere tørst og sult når pasienten er døende.
- Svelgeproblemer kan gjøre at man må være varsom med å  
Det kan også være vanskelig å svelge tabletter.
- Fordeler og ulemper ved fortsatt inntak av mat og drikke. N

Søk i fagprosedyrer



# Livets siste dager - implementering og bruk av plan for lindring i livets slutfase

eksempel

[Helsebiblioteket.no](#) › [Fagprosedyrer](#) › [Ferdige](#)

› Livets siste dager - implementering og bruk av plan for lindring i livets slutfase

Hensikt og omfang

Fremgangsmåte

Referanser

Utarbeidelse



## Relaterte lenker

[Veiledning til anleggelse av subkutan kanyle \(PDF\)](#)[Behandlingsalgoritmar for vanlege symptom hos døyande. Dei fire viktigaste medikamenta](#)[Når en av våre nærmeste dør \(Helsedirektoratet\)](#)

### Utgitt av:

Helse Bergen og  
Utviklingssenter for sykehjem  
og hjemmetjenester i Hordaland

### Versjon:

### Helsepersonell prosedyren gjelder for:

Leger og sykepleiere


### Pasienter prosedyren gjelder for:

Døende voksne, uavhengig av diagnose og omsorgssted


# Oppdatering gjort, snart publisert

## Fagprosedyre på Helsebiblioteket

Meny ☰

 helsebiblioteket.no

[Logget inn fra Universitetet i Bergen](#)

Søk i fagprosedyrer 

### Livets siste dager - implementering og bruk av plan for lindring i livets slutfase

[Helsebiblioteket.no](#) > [Fagprosedyrer](#) > [Ferdige](#)

> Livets siste dager - implementering og bruk av plan for lindring i livets slutfase

Hensikt og omfang

Fremgangsmåte

Referanser

Utarbeidelse




**Utgitt av:**  
Helse Bergen og  
Utviklingscenter for sykehjem  
og hjemmetjenester i  
Hordaland

**Helsepersonell prosedyren gjelder for:**  
Leger og sykepleiere

**Pasienter prosedyren gjelder for:**  
Døende voksne, uavhengig av diagnose og omsorgssted

**Versjon :**  
1.0

**Siste litteratursøk :**  
08.09.2016

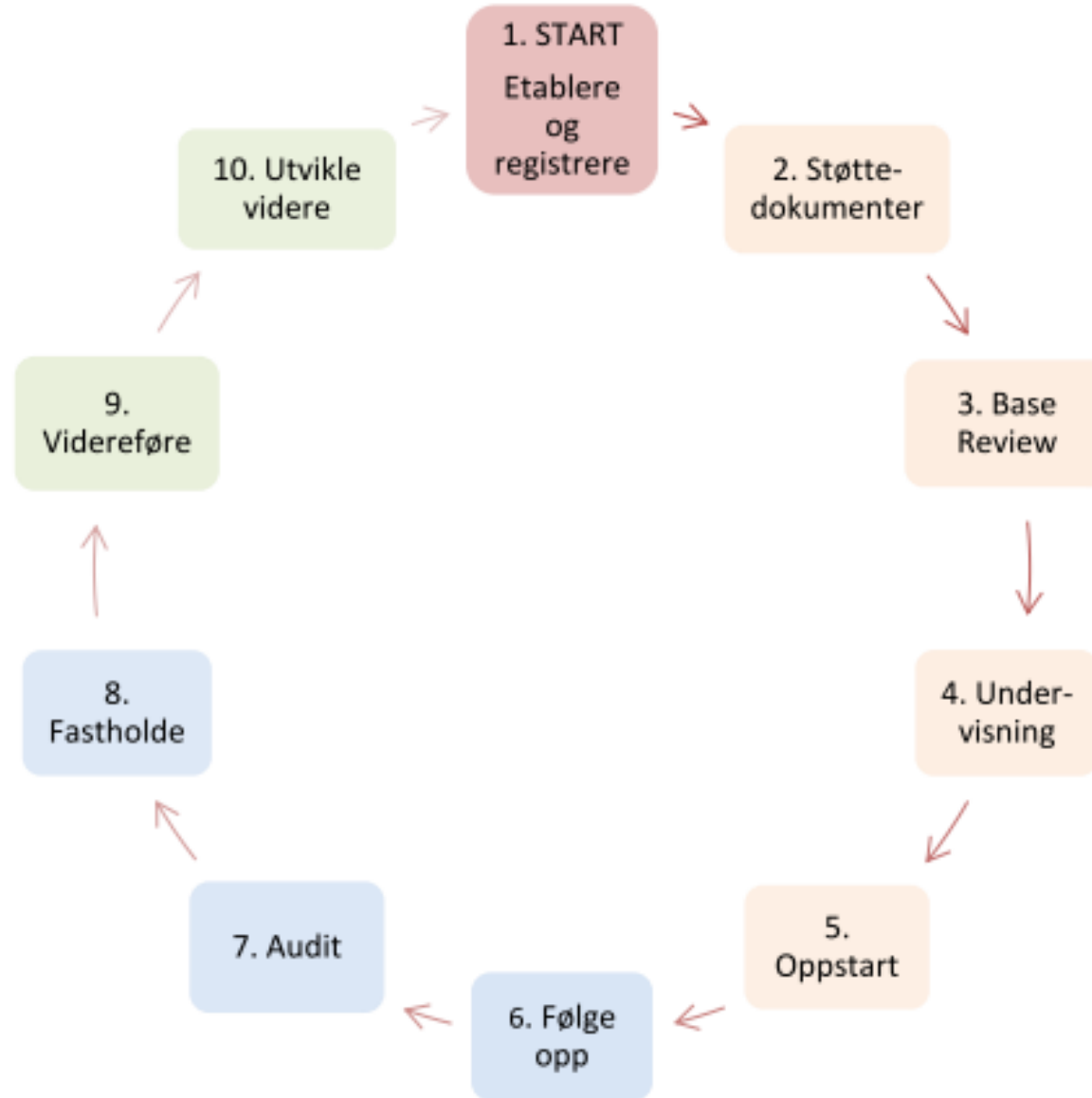
**Relaterte lenker**

[Veiledning til anleggelse av subkutan kanyle \(PDF\)](#)

[Behandlingsalgoritmar for vanlege symptom hos døyande. Dei fire viktigaste medikamenta](#)

[Når en av våre nærmeste dør \(Helsedirektoratet\)](#)

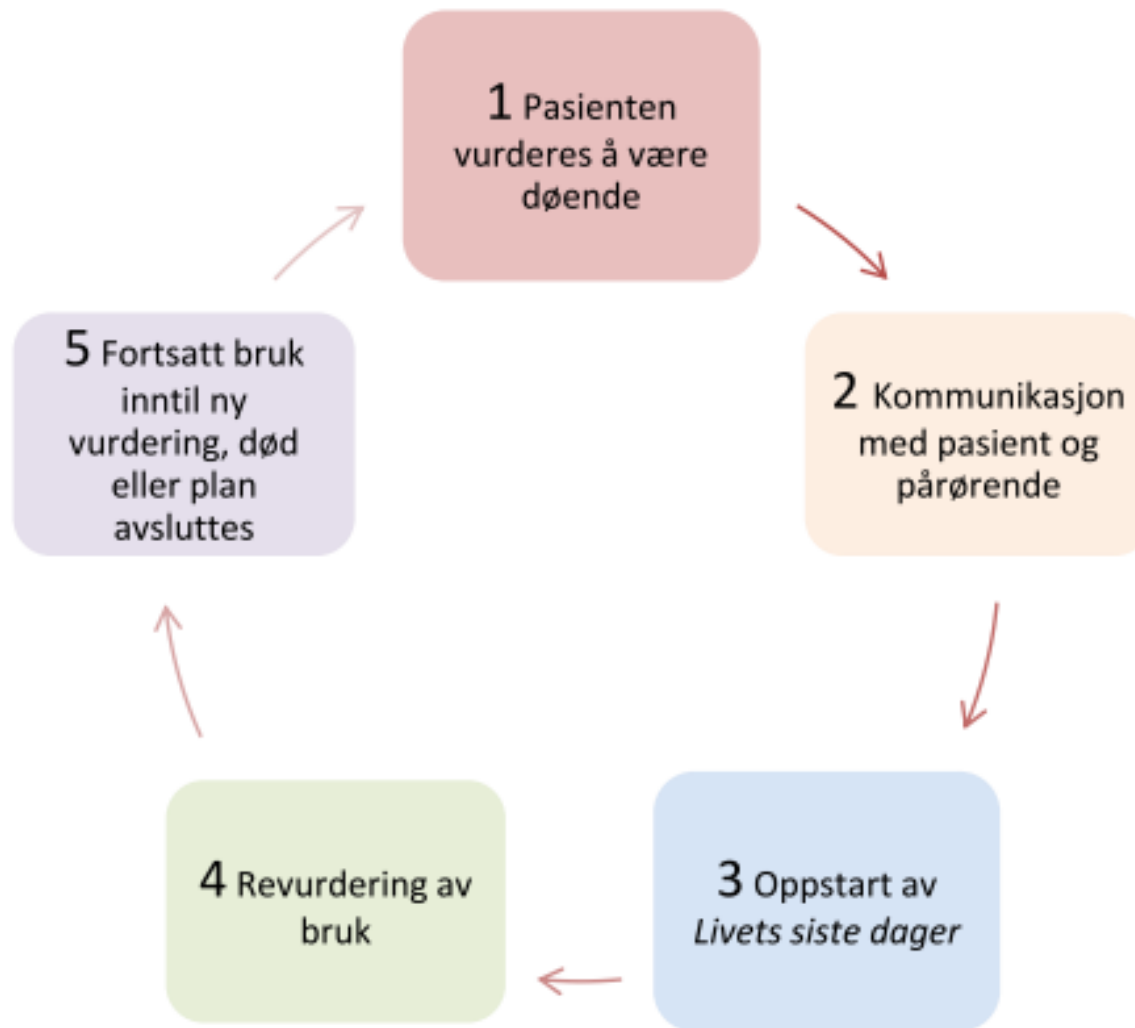
# MODIFISERT 10-TRINNS MODELLE FOR IMPLEMENTERING AV LIVETS SISTE DAGER





<b>Fase 1 Etablere</b>	<b>Trinn 1</b>	Sikre forankring i alle ledd i tjenesten. Lokal arbeidsgruppe utarbeider plan for implementering. Registrering sendes til kompetansesenteret.
<b>Fase 2 Implementere</b>	<b>Trinn 2</b>	Utarbeide og/eller bestille aktuelle støttedokumenter og brosjyrer i tråd med innholdet i <i>Livets siste dager</i> . Hovedkontakten må gjøre seg kjent med innholdet i oppstartspakken og eventuelt få tilgang til plandokumentet i elektronisk pasientjournal.
	<b>Trinn 3</b>	Bestille, utføre og tilbakemelde resultater fra Base Review (dersom aktuelt).
	<b>Trinn 4</b>	Planlegge og gjennomføre obligatorisk undervisning for alt involvert personale. Bruk «Sjekkliste for implementering» (tilgjengelig i oppstartspakken).
	<b>Trinn 5</b>	Avtale oppstartsdato; sikre at hovedkontakt/lokale ressurspersoner er tilgjengelige.
<b>Fase 3 Følge opp</b>	<b>Trinn 6</b>	Legge til rette for fortløpende gjennomgang, tilbakemelding og refleksjon etter bruk av planen i startfasen.
	<b>Trinn 7</b>	Utføre Audit og tilbakemelde resultatene til brukerstedet og kompetansesenteret.
	<b>Trinn 8</b>	Sikre regelmessig tilbakemelding, refleksjon i hverdagen, repetere / bygge på undervisning, sikre opplæring til nyansatte, delta på aktuelle kurs og fagdager.
<b>Fase 4 Videreføre</b>	<b>Trinn 9 og 10</b>	Forankre i virksomhetens kvalitets-/strategisystem, plan for eventuelle nye brukersteder basert på piloterfaringer, dele og formidle erfaringer.

## PRAKTISK BRUK AV *LIVETS SISTE DAGER*



### Samlet vurdering av at pasienten er døende

Erkennelsen av at pasienten er døende, må bygge på en tverrfaglig vurdering av minimum lege og sykepleier. Pasientens, pårørendes og det tverrfaglige personalets oppfatning av situasjonen vil også gi viktig informasjon.

Først når den samlede vurdering tilsier det, kan pasienten oppfattes å være døende.

<https://helsedirektoratet.no/palliasjon/nasjonale-faglige-rad-for-lindrende-behandling-i-livets-slutfase#vurder-om-pasienten-er-i-livets-siste-dager-og-om-døden-er-nært-forestaende>



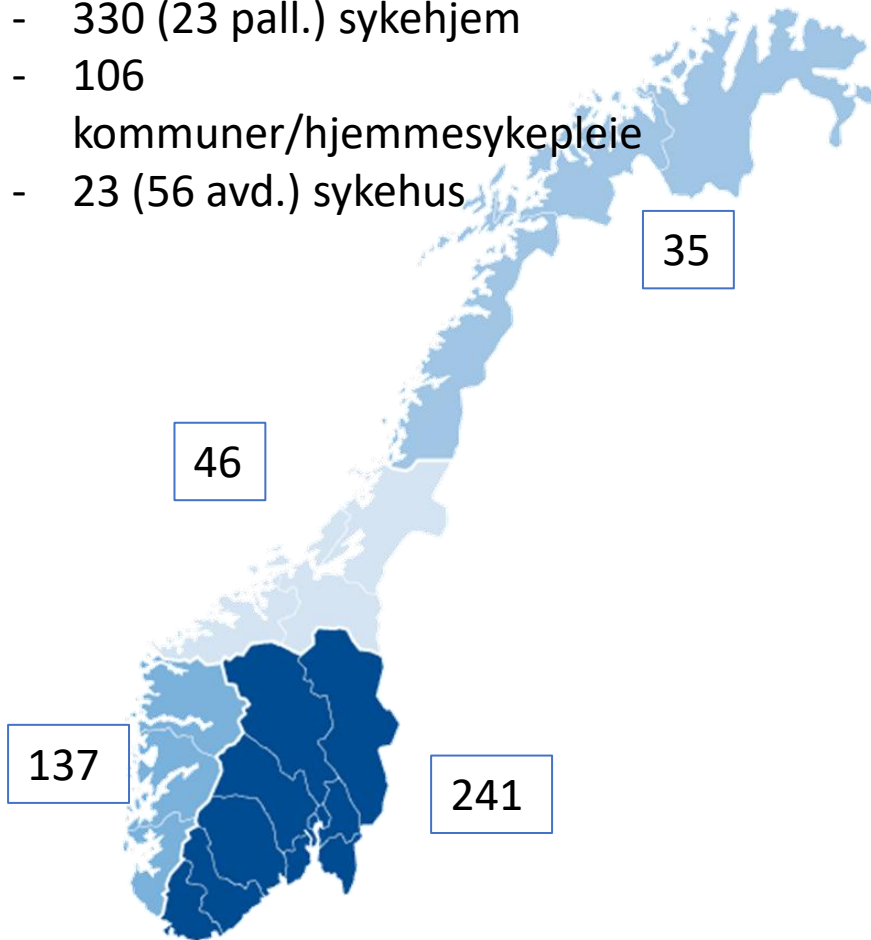
	VURDERINGER OG FORUTSETNINGER	HVORFOR
<b>1</b>	<b>DØENDE</b>	Kriterier for bruk av planen er at alle mulige reversible årsaker til pasientens tilstand er vurdert og at behandlingsteamet (minimum lege og sykepleier) er enige om at pasienten er døende.
<b>2</b>	<b>KOMMUNIKASJON</b>	Bruk av planen forutsetter kartlegging av pasientens og pårørendes behov og ønsker, og de skal være informert om at pasienten er døende ( gjerne supplert med skriftlig informasjon).
<b>3</b>	<b>OPPSTART</b>	Begge kriterier for bruk av planen må være oppfylt og oppstart skal være journalført av lege. Delmålene gjenspeiler en helhetlig tilnærming og fortløpende observasjon, kartlegging og klinisk vurdering av situasjonen.
<b>4</b>	<b>REVURDERING</b>	Bruk av planen skal fortløpende vurderes og alltid revurderes dersom: <ul style="list-style-type: none"> <li>- tilstanden bedres</li> <li>- tvil, bekymring eller uenighet knyttes til bruken av planen</li> <li>- planen er brukt i inntil tre døgn</li> </ul>
<b>5</b>	<b>FORTSATT BRUKE ELLER AVSLUTTE</b>	Med utgangspunkt i pasientens situasjon og de involverte parterers revurdering (som lege skal journalføre): <ul style="list-style-type: none"> <li>- fortsetter bruken av planen inntil ny vurdering eller død</li> <li>- avsluttes bruken av planen og all behandling gjennomgås på nytt</li> </ul>

# Registreringer i 2020

Pr. 31.12.20:

## 459 registrerte brukersteder:

- 330 (23 pall.) sykehjem
- 106 kommuner/hjemmesykepleie
- 23 (56 avd.) sykehus



~13 med prosjektmidler fra Helsedirektoratet

**3 nye** (via 3 registrerings skjemaer)

### Nord

- Sykehjem: 0
- HSY: 0

### Midt

- Sykehjem: 0
- HSY: 1

### Vest

- Sykehjem: 0
- HSY: 0
- Sykehus: 0/3 nye avd./sykehus

### Sør-Øst

- Sykehjem: 1
- HSY: 0
- Sykehus: 0 nye avd./sykehus





# Livets siste dager – Plan for lindring når pasienten er døende

Oppstartsundervisning



[www.helse-bergen.no/palliasjon](http://www.helse-bergen.no/palliasjon)



Utviklingscenter for  
sykehjem og hjemmetjenester  
Hordaland

# Tiltaksplan for ivaretagelse av den døende bør inneholde følgende delmål:

- Pasient og pårørende er **forberedt** på at pasienten er døende og forstår innholdet i tiltaksplanen
- **Seponering** av uhensiktsmessig behandling
- **Optimal lindring** av plagsomme symptomer
- **Eksistensielle/åndelige** behov er ivaretatt
- **Pårørende** er inkludert og ivaretatt
- Klare retningslinjer i.f.t. forventet utvikling og mulige komplikasjoner, bl.a. prosedyrer med **medikamentforslag** for vanlige symptomer

Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen



# Livets siste dager – plan for lindring i livets sluttfase

## **Utgangspunkt:**

- Videreutvikling av **Liverpool Care Pathway**
- Baserer seg på kunnskapsbasert praksis
  
- Kan brukes ved forventede dødsfall, for å ivareta døende pasienter og deres pårørende
  
- **Erstatter ikke klinisk vurderingsevne eller kompetanse**

# Forutsetninger for bruk av planen

- Pasienten vurderes å være døende
- Tilgjengelige legeressurser
- God kommunikasjon med pasient og pårørende
  - deres behov og ønsker er kartlagt (hjelpespørsmål: «Hva er viktig for deg/dere?»)
  - og de er informert om at pasienten er døende
- Tips: Bruk hefte: «når livet går mot slutten»

# Hvordan bruke planen

- Alle mål er skrevet med **uthevet skrift**
  - Tiltak som er en hjelp til å nå målene, er skrevet med vanlig skrift
- 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.

# Hvordan bruke planen, forts.

- Erstatte annen dokumentasjon og blir den eneste form for rapport som brukes (utenom legenotater)
  - notater i EPJ v/ oppstart, revurdering, dødsfall
  - planen skannes inn i journalen etter dødsfallet
  - tilgjengelig i EPJ?
- Dokumentasjon av medikamentordinasjon og - utlevering følger avdelingens vanlige retningslinjer

**Papirutgave: Husk pasientidentifikasjon og signaturer**

## **Samlet vurdering av at pasienten er døende**

Erkjennelsen av at pasienten er døende, må bygge på en tverrfaglig vurdering av minimum lege og sykepleier.

Pasientens, pårørendes og det tverrfaglige personalets oppfatning av situasjonen vil også gi viktig informasjon.

Først når den samlede vurdering tilsier det, kan pasienten oppfattes å være døende.

Når starter en ikke med «Livets siste dager»

?



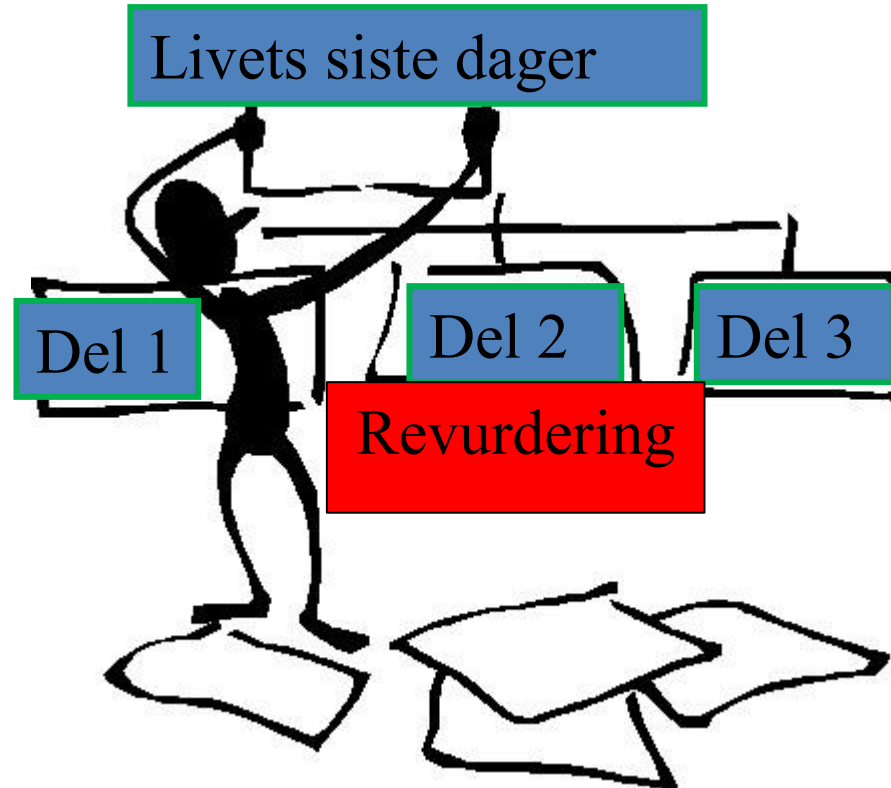
# fagprosedyre

Dersom det tverrfaglige teamet er i tvil,

- eller **det uttrykkes bekymring**
- eller uenighet om pasienten er døende, skal en avvente oppstart av «Livets siste dager».
- Pasientens tilstand bør observeres for ytterligere endringer inntil ny tverrfaglig vurdering gjøres.
- Vurdering bør gjøres minst en gang per døgn, siden symptomer kan endre seg

# Livets siste dager

- en gjennomgang av planen



eksempel

# Kriterier for å bruke planen

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

**Begge kriterier må være oppfylt**



## 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

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

# Del 1



# Delmål ved første vurdering

**Mål 1** Aktuell medikasjon er vurdert og ikke-essensielle medikamenter seponert

**Mål 2** Behovsmedikasjon til subkutan administrasjon er ordinert for følgende symptomer etter avdelingens prosedyrer

**2.1** Smerter

**2.2** Uro, agitasjon

**2.3** Surkling i luftveiene

**2.4** Kvalme og brekninger

**2.5** Dyspne



## KAPITTEL: 5

# Symptomlindrende legemiddelbehandling i livets slutfase – generelle råd

Råd	Pleie- og omsorgstiltak bør alltid vurderes for å lindre symptomer eller ubehag i tillegg til eller i stedet for behandling med legemidler
Råd	I livets slutfase bør bare legemidler som bidrar til god symptomlindring gis
Råd	Vurder sannsynlig symptomårsak og fordeler og ulemper før oppstart av symptomlindrende behandling
Råd	Administrasjonsform for symptomlindrende behandling i livets slutfase må vurderes ut fra pasientens allmenntilstand, svelgefunksjon og ønsker
Råd	Start med lavest mulig effektive dose til pasienter som ikke tidligere har fått tilsvarende legemiddel

↓ Vis alle (7)



## KAPITTEL: 6

# Legemiddelbehandling av smerte

---

Råd Kartlegg pasientens totale smertebilde i livets slutfase og vurder årsaksrettet behandling

---

Råd Følg vanlige prinsipper for smertebehandling og ta hensyn til den døende pasientens ønsker ved valg av administrasjonsmåte

---

## KAPITTEL: 7

# Legemiddelbehandling av dyspne

---

Råd Vurder årsak til dyspne i livets slutfase før adekvat behandling startes

---

Råd Bruk opioider som førstevalg for å lindre dyspne i livets slutfase. Ved samtidig angst kan et tillegg av benzodiazepiner ha effekt

---

## KAPITTEL: 11

# Legemidler for fremtidig behov

---

Råd Vurder hvilke symptomer som kan oppstå og legg en plan for mulige behov for legemidler og hvilken administrasjonsform som skal benyttes. Sørg for at legemidlene er tilgjengelige der pasienten behandles

---

## De 4 viktigste medikamenter for lindring i livets slutfase

<b>Indikasjon</b>	<b>Medikament</b>	<b>Dosering</b>	<b>Maksimal døgndose</b>	<b>Adm. måte</b>
Smerte, dyspné	<b>Morfin eller Oksykodon</b> (opioidanalgetikum)	2,5-5 mg eller 1/6 av døgndosen (po:sc = 3:1) Gjentas ved behov, inntil hvert 30. min	avhengig av effekten (sjelden > 400 mg)	<b>sc</b> = <b>subkutan</b>
Angst, uro, panikk, dyspné, muskelrykn., kramper, agitert delir	<b>Midazolam</b> (benzodiazepin, sedativum)	1 mg til gamle/skrøpelige, ellers start med 2-2,5 mg Gjentas ved behov, inntil hvert 30. min (titrering)	avhengig av effekten (sjelden > 20 mg)	<b>sc</b>
Kvalme uro, agitasjon, delir	<b>Haloperidol</b> (Haldol®, lavdoseneuroleptikum)	0,5-2 mg x 2 (mot kvalme) 2 mg x 3-5 (mot uro/agitasjon)	10 mg	<b>sc</b>
Surkling i øvre luftveier, ileus, kolikk	<b>Glykopyrron,</b> (Robinul®, antikolinergikum)	0,2 mg inntil 1x/t, maks x 6 / d	1,2 mg (sjelden nødvendig) ev. KSCI	<b>sc</b>

[https://helse-bergen.no/seksjon/KLB/Documents/Medikamentskrin/De\\_fire\\_viktigste\\_medikamentene.pdf](https://helse-bergen.no/seksjon/KLB/Documents/Medikamentskrin/De_fire_viktigste_medikamentene.pdf)

<https://helse-bergen.no/kompetansesenter-i-lindrande-behandling/palliasjon-verktoy-for-helsepersonell/medikamentskrin-vaksne>

# Algoritmer

- **Behandlingsalgoritmene er ikke en del av Livets siste dager, men kan være et nyttig hjelpemiddel i forskrivning av medikamenter til lindring av vanlige symptomer hos døende.**
- **Individuelle vurderinger og dosering er behandlende leges ansvar.**
- Er en veiledende «oppskrift» for behandling
- **Men det er ingen ordinasjon i seg selv**
- Medikamentene skal ikke brukes uten selvstendig indikasjon

Dokumentasjon av medikamentordinasjon og -utlevering følger avdelingens vanlige retningslinjer.

# Delmål ved første vurdering

**Mål 3** Uhensiktsmessige tiltak er seponert  
Beslutningene bygger på grundig vurdering av alle aktuelle tiltak.

- 3.1 Blodprøver
- 3.2 Antibiotika
- 3.3 Væskebehandling
- 3.4 Ernæringsbehandling
- 3.5 Journalført at resuscitering ikke er aktuelt
- 3.6 Ev. andre tiltak seponert
- 3.7 Deaktivering av implantert defibrillator (ICD)

**Mål 3a** Det er tatt en avgjørelse om å avslutte uhensiktsmessige pleietiltak

**Mål 3b** Subkutan pumpe er satt i gang innen 4 timer etter at den ble forordnet av legen

# Delmål ved første vurdering forts.

(Mål 4-11)

følgende er vurdert/gjort

## Innsikt og forståelse

- Språk
- Innsikt i pasientens tilstand
  - pasient/pårørende
- Åndelige/eksistensielle behov
  - pasient/pårørende

## Pårørende

- Hvordan ved endring
- Praktisk orientering
- Plan videre forklart, drøftet og forstått

## Primærhelsetjenesten

- Klar over tilstanden (dersom aktuelt)

# Del 2



# Fortløpende vurderinger av pågående behandling og pleie

**“Er målet oppnådd?”**

- ✓ Smerter, uro/forvirring, surkling i luftveiene, kvalme og oppkast, dyspne, andre symptomer







Del 2		Fortløpende vurderinger: Pasienten bør tilses jevnlig, hyppigheten vurderes individuelt. <i>Vurderinger gjort til andre tidspunkt, beskrives fortløpende på siste side.</i>					
Fortløpende vurderinger		Kryss "ja" (mål oppnådd) eller "nei" (mål ikke oppnådd). Hvis svaret er nei, beskrives tiltak og resultat på siste side.					
		Er målet oppnådd?					
Delmål		04:00	08:00	12:00	16:00	20:00	24:00
<b>Smerte</b> <b>Mål: at pasienten er smertefri</b> - Pasienten sier det - Pas. er smertefri ved bevegelse - Pas. virker fredfull - Vurder behov for leieforandring		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Uro/forvirring</b> <b>Mål: at pasienten er rolig og avslappet</b> - Pasienten frembyr ikke tegn på delirium, dødsangst eller rastløshet ("plukker") - Utelukk smerter/urinretensjon som årsak - Vurder behov for leieforandring							
<b>Surkling i luftveiene</b> <b>Mål: at pasienten ikke er plaget med surkling</b> - Medikament skal gis så snart symptomer oppstår - Vurder behov for leieforandring - Symptomet er drøftet med de pårørende							
<b>Kvalme og oppkast</b> <b>Mål: at pasienten ikke er kvalm/ikke kaster opp</b> - Pasienten sier det - Pas. virker fredfull		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei					
<b>Dyspne (tung pust)</b> <b>Mål: at pasienten ikke er plaget av tung pust</b> - Pasienten sier det - Pas. virker ikke tung i pusten - Vurder behov for leieforandring		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei					
<b>Andre symptomer</b> <b>Mål: at pasienten ikke er plaget (f eks av ødemer, kløe)</b>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Behandling/prosedyrer</b>							
<b>Munnstell, drikke</b> <b>Mål: at munnen er fuktig og ren</b> - Tilby drikke til pas. som er i stand til å svelge - Se retningslinjer for munnstell - Munnen vurderes minst hver 4. time - Pårørende kan gjerne delta i munnstell		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Vannlatingsbesvær</b> <b>Mål: at pasienten er ubesværet</b>		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja

Pasienten bør tilses jevnlig, hyppigheten vurderes individuelt.

Vurderinger gjort til andre tidspunkt, beskrives fortløpende på siste side.

# Fortløpende vurderinger forts.

- Pasienten bør tilses jevnlig, hyppigheten vurderes individuelt.
- Vurderinger gjort til andre tidspunkt, beskrives fortløpende på siste side.

Underskrift:

Underskrift av sykepleier:

Dag:

Kveld:

Natt:

Bruk et nytt ark for hvert døgn

Utfyllende kommentarer om forløpet (fra alle yrkesgrupper):

# Utdype/beskrive

Når målet ikke er oppnådd:

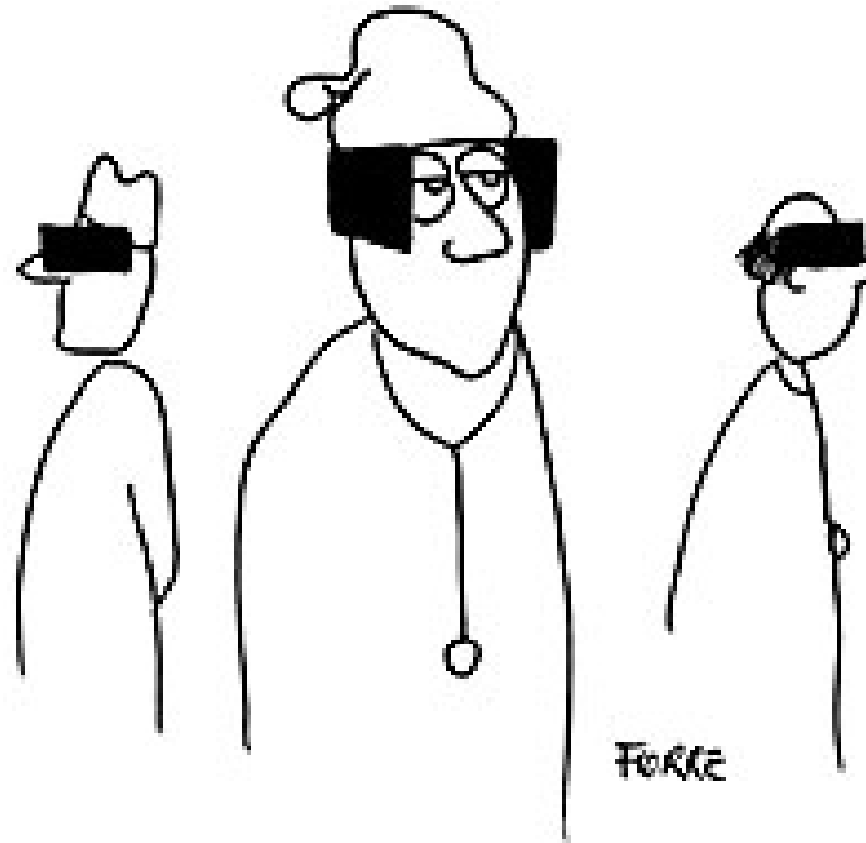
Analyse av problem, tiltak og resultat:



Hvilket delmål ble ikke oppnådd?	Tiltak for å oppnå målet (Dokumentasjon av medikament- utlevering skal føres på kurve)	Effekt/resultat (Ble målet oppnådd?)
Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:
Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:

Rom for diskusjon og refleksjon av praksis

# Revurdering!!!



## Bruk av planen skal vurderes fortløpende og alltid revurderes dersom:

- pasientens tilstand bedres (bevissthetsnivå, funksjonsnivå, perorale inntak, mobilitet vurderes å være forbedret)
- det uttrykkes tvil, bekymring eller uenighet knyttet til bruken av planen (fra pasient, pårørende eller helsepersonell)
- planen er brukt i inntil tre døgn

# Del 3



# Etter dødsfall

(mål 12-19)

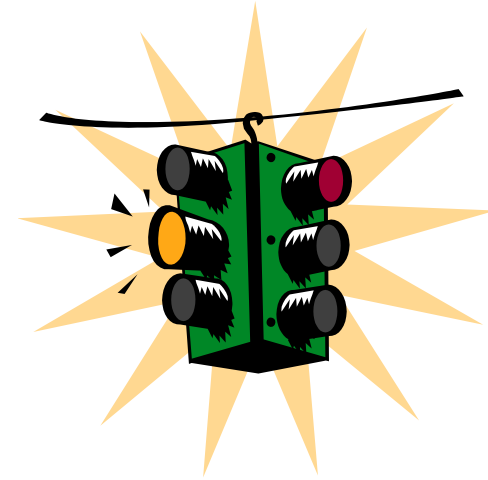


- Rutiner/prosedyrer rundt dødsfall; stell, verdisaker, bæreandakt mm
- Ivaretakelse av etterlatte
- Ivaretakelse av personell
- Informasjon til samarbeidsparter

***Vi gjør mye som aldri dokumenteres***

# Refleksiv læring

- Analyse av viktige hendelser
- ”trafikklysene”
  - Hva gikk bra ?
  - Hva kunne blitt gjort bedre ?
  - Hva gikk ikke (så ) bra ?
- Er pårørende ivaretatt?
- Er personalet ivaretatt?





# ”Veien til suksess er alltid under konstruksjon...”

## REFLEKSJON ETTER DØDSFALL

*Skriv stikkord i forhold til pasientforløpet og ev. erfaringer rundt bruken av Livets siste dager.  
Tenk både i forhold til pasienten, de pårørende og personalet.*

Planen ble:  brukt  ikke brukt

Dødsfallet var:  forventet  uventet, ev. beskriv.....

**HVA GIKK BRA?** (hva fikk vi til)

**HVA GIKK IKKE SÅ BRA?** (hva er videre utfordringer)

**HVA KUNNE VÆRT GJORT BEDRE?** (hva kan vi lære av dette)

**ANDRE KOMMENTARER?** (for eksempel behov for debriefing eller undervisning)

## Kilder til læring:

- «Når målet ikke er oppnådd»
- Refleksjon etter dødsfall
- Jevnlig repetisjon og ev. påbygning av undervisning



# Plan for lindring når pasienten er døende

**Takk til** Nettverkskoordinator  
Grethe S. Iversen

Livets siste dagar - plan for lindring i livets slutfase - Helse  
Bergen ([helse-bergen.no](http://helse-bergen.no))



Utviklingscenter for  
sykehjem og hjemmetjenester  
Hordaland