

Plan for livets slutfase

*Implementering av oppdatert
behandlingsavklaring på sykehjem i
Drammen Kommune*



Eirik Hovland, Tasmia Anwar, Senthurran Sritharan,
Hilde Tollefsen, Annika Klungland, Helena Svensson,
Silje Vormdal og Stine Daldorff

KLoK-oppgave ved Det Medisinske Fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

10.12.2014

© Eirik Hovland, Tasmia Anwar, Senthurran Sritharan, Hilde Tollefsen, Annika Klungland, Helena Svensson, Silje Vormdal og Stine Daldorff

Veileder: Michael Bretthauer

2014

Plan for livets slutfase

Implementering av behandlingsavklaring på sykehjem i Drammen Kommune

II

Sammendrag

Bakgrunn: Vi ønsker å gjøre et kvalitetsforbedringsprosjekt der vi tar utgangspunkt i langtidspasienter på sykehjem i Drammen Kommune. Mange sykehjemspasienter mangler dokumentert behandlingsavklaring, eller det vi i oppgaven omtaler som «Plan for livets slutfase» (PLS). En behandlingsavklaring gjøres i samråd med lege og pasient, og eventuelt pårørende dersom pasienten ønsker det eller ikke er samtykkekompetent. Dette er en samtale som skal gjøres hos alle nye pasienter, ved årskontroll og ved eventuelle endringer i pasientens helsetilstand. Samtalen skal inneholde informasjon om nåværende helsesituasjon og prognose, ønsker i livets slutfase og eventuelt avklaring med tanke på sykehusinnleggelse, væskebehandling og HLR-status. Dersom det oppstår en akuttsituasjon, vil en slik avklaring være til stor hjelp dersom legen som tilkalles ikke kjenner pasienten. Avklart PLS, gjør også at flere pasienter dør hjemme. Dette er litteraturen tydelig på at de fleste ønsker. Vi skal kartlegge hvilke faktorer som bidrar til at mange pasienter ikke får tilbud om en slik samtale, og hvordan vi kan sørge for best behandling i livets slutfase for sykehjemspasienter.

Metode: Kartlegging av praksis i dag er gjort basert på samtaler med sykehjemsoverlegen i Drammen Kommune, spørreskjema til legene og egen erfaring fra sommerjobb som legevikar på sykehjem. Vårt viktigste kunnskapsgrunnlag er rapporten «Livets slutfase – om å finne passende behandlingsnivå og behandlingsintensitet for alvorlig syke og døende», utgitt av Kunnskapssenteret i oktober 2014.

Tiltak/indikatorer: Basert på kunnskapsgrunnlaget for PLS, har vi valgt følgende 3 hovedtiltak: de nåværende retningslinjene skal oppdateres og legenes kommunikasjonsferdigheter skal økes ved hjelp av kurs og rollespill. I tillegg skal dokumentasjon på samtalen gjøres tilgjengelig både i elektronisk journal og i papirformat. Slik kan leger som ikke kjenner pasienten, og som tilkalles i akuttsituasjoner, ta veloverveide avgjørelser der pasientens ønsker også tas med i betraktning. Dette måles ved å telle antall pasienter som har oppdatert PLS i elektronisk journal, og antallet der denne er skrevet ut og ligger tilgjengelig i papirform i pasientens journalmappe. I tillegg måles antallet pasienter som dør på sykehjem.

Vurdering/konklusjon: Vi mener dette prosjektet bør gjennomføres. Dette fordi det er behov for forbedringer i kommunen, kunnskapsgrunnlaget er godt for tiltakene og kommunen har ressurser til å gjennomføre dem.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn.....	1
1.2	Valg av tema.....	2
1.3	Dagens praksis.....	2
1.4	Problemstilling.....	3
2	Metode.....	5
3	Kunnskapsgrunnlag.....	7
3.1	Kunnskapsgrunnlag for plan for livets slutfase.....	7
3.2	Etisk grunnlag for behandling i livets slutfase.....	7
3.3	Juridisk grunnlag for behandling i livets slutfase.....	8
3.4	Kritisk vurdering av kunnskapsgrunnlag.....	10
4	Dagens praksis, tiltak og indikator.....	12
4.1	Dagens praksis.....	12
4.2	Legenes erfaringer.....	12
4.3	Tiltak for forbedring.....	13
4.4	Hvordan skal vi måle tiltakene?.....	15
5	Implementering, evaluering og revidering.....	19
5.1	Verktøy for forbedring.....	19
5.2	Planleggingsfasen.....	20
5.3	Utføringsfasen.....	21
5.4	Evaluering og korrigerings.....	22
5.5	Håndtering av motstand.....	22
6	Diskusjon.....	24
7	Konklusjon.....	25
	Litteraturliste.....	26
8	Vedlegg.....	28
8.1	Vedlegg 1: Oppdatert retningslinje “Plan for livets slutfase”.....	28
8.2	Vedlegg 2: Hvordan legge inn riktig mal i Gerica.....	31

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

For pasienter i livets slutfase kan det være utfordrende å finne riktig intensitet på medisinsk behandling. Med livets slutfase menes her pasienter med svært begrenset levetid på grunn av høy alder, uhelbredelig sykdom, skade eller ulykke (1). Det er mange perspektiver man må ta hensyn til ved slike vurderinger. Pasientens autonomi, etiske vurderinger og samfunnsmessige ressurs- og prioriteringshensyn er viktige aspekter. Moderne medisin gir oss stadig nye muligheter til å opprettholde livet hos pasienter som tidligere ville kommet til å dø, og dette med på å gjøre disse problemstillingene høyaktuelle (1). All behandling må være til pasientens beste. Vurderinger om hva som er til pasientens beste kan være vanskelige og konfliktfylte.

Kunnskapssenteret publiserte i oktober 2014 en rapport om tiltak som kan være til hjelp i beslutningsprosessene knyttet til begrensning av medisinsk behandling i livets slutfase (1). Rapporten ble først og fremst skrevet med tanke på å begrense behandling av pasienter som egentlig ikke ønsker det eller har nytte av det, ofte betegnet som overbehandling. Det var et ønske fra både Helsedirektoratet og andre aktører om en gjennomgang av disse problemstillingene.

I en del land er det innført ordninger for å nedtegne sine ønsker om begrensning av livsforlengende behandling i gitte situasjoner, og som kan brukes i situasjoner der pasienten ikke selv kan tilkjenne sin mening (1). På engelsk betegnes disse ofte som advanced directives (AD). På norsk kan man kalle det for forhåndsdirektiv eller livstestamente. «Advanced care planning» (ACP) som vi videre omtaler som *Plan for livets slutfase* (PLS), er en mer omfattende, helhetlig plan som omhandler disse spørsmålene. Plan for livets slutfase er en kontinuerlig prosess mellom pasient og helsepersonell hvor man legger frem og diskuterer nåværende og fremtidige ønsker og preferanser for videre medisinsk behandling og pleie (1, 2). Spesielt tar man opp situasjoner som kan oppstå hvor pasienten ikke lenger kan uttrykke seg klart om slike ønsker (1, 2). En plan for livets slutfase kan inneholde et forhåndsdirektiv/livstestamente. Det er et dokument beboeren selv har fylt ut med beslutninger omkring begrensning av medisinsk behandling som gjenoppliving ved hjertestans, bruk av

respirator, antibiotika eller kunstig væske- og sondeernæring (1, 2). Litteraturen viser at PLS øker pasienttilfredshet og at flere får oppfylt sitt ønske rundt hvordan livets slutfase skal være. Man ser økt bruk av palliativ behandling og at antall pasienter som dør på sykehus eller intensivavdelinger går ned (3). Det fremgår ikke av den gjennomgåtte litteraturen noen direkte negative effekter av å ta i bruk PLS, forutsett at den brukes korrekt. Det legges særlig vekt på at PLS er en dynamisk prosess, og at alle endringer i pasientens tilstand må følges opp med eventuelle endringer i pasientens PLS.

1.2 Valg av tema

Vi ønsker å gjennomføre et kvalitetsforbedringsprosjekt ved sykehjemmene i Drammen kommune med fokus på PLS hos pasienter med langtids plass. Inspirasjonen til dette prosjektet kom fra egne erfaringer som sykehjemslegevikarer og samtaler med sykehjemsleger.

Både egne erfaringer og samtaler med de faste sykehjemslegene, viser at det kan oppstå vanskelige situasjoner i pasienters slutfase. Dersom man tilkalles til en akutt dårlig pasient, og det ikke foreligger PLS, kan det oppstå store etiske dilemma omkring behandlingsintensitet. Pasienten kan være dement, eller ikke kunne gjøre rede for seg av andre grunner. Jus, etikk og medisin er alle viktige aspekter som må tas hensyn til. Legene ender ofte opp med å overbehandle døende pasienter, noe som forlenger deres lidelse

Det blir en balanse mellom jus, etikk og medisin der legen i den akutte situasjonen ikke vet nok til å ta et riktig valg på vegne av pasienten. Dette gjør at legene ofte ender opp med å overbehandle pasienter som er døende og ved å gjøre dette forlenger deres lidelse (4). Mange studier viser også at leger kvier seg for å ta opp spørsmålet om behandlingsintensitet, og at det også her er åpning for forbedring (1). Det er behov for å tenke nytt og se på nye metoder for å få til en tilfredsstillende pasienthåndtering.

1.3 Dagens praksis

Sykehjemmene i Drammen kommune har i dag en felles veileder for det de har kalt «den forberedende samtale». Denne skal gjennomføres med pasient og/eller pårørende tilstede, og skal blant annet omhandle dagens situasjon, prognose, behandlingsavklaring og HLR-status.

Mange av pasientene får ikke tilbud om en slik samtale. Dette er inntrykket både fra sykepleiere, sykehjemsleger og ledelsen. Kommunens veileder er god, og vi har kun funnet små detaljer som vi ønsker å oppdatere med. Til tross dette, brukes den i liten grad. Det er derfor ikke manglende veileder som gjør at samtalen ikke gjennomføres, verken etter innkomst eller ved årskontroll. Mange av legene gir uttrykk for at de synes samtalen er tidkrevende og til tider ubehagelig.

Det er behov for å heve kunnskapsnivået og bevisstgjøre legene i forhold til behandlingsavklaring og PLS. Vi har stor tro på at dette vil kunne gi både ansatte og pasienter et løft mot å få tatt denne viktige samtalen rundt livets slutfase, som igjen vil kunne føre til bedre pasientbehandling i livets slutfase (1).

1.4 Problemstilling

Basert på kunnskapsgrunnlaget for behandlingsavklaring, og kartlegging av praksis i Drammen Kommune, ser det ut til at det er to hovedårsaker til at langtidspatientene ikke har oppdatert behandlingsavklaring. Den ene årsaken er at legene synes samtalen er tidkrevende. Denne samtalen blir nedprioritert i en allerede hektisk arbeidshverdag. Den andre årsaken er at flere av legene synes samtalen kan være ubehagelig; både fordi samtalen handler om døden, og fordi legen frykter at pasient og/eller pårørende kan ha helt andre oppfatninger av hva som bør gjøres i livets slutfase. Sistnevnte er bredt diskutert i litteraturen, og ses tydelig på som manglende kunnskap og erfaring på området. Basert på dette, har vi valgt følgende problemstilling:

Hvordan kan man sikre den beste behandling i livets slutfase for langtidspatienter på sykehjem i Drammen Kommune?

Vi har også valgt følgende underspørsmål:

- Hvordan kan vi gjøre legene tryggere i gjennomføringen av «den forberedende samtale»?
- Hvordan kan vi sikre at pasientene får tilbud om «den forberedende samtale» og at dette er dokumentert og oppdatert i journalen?

- Hvordan kan vi gjøre dokumentasjonen fra «den forberedende samtale» tilgjengelig for eksterne leger i sykehjemstjeneste?

2 Metode

Det opprinnelige ideen og inspirasjonen for denne oppgaven er Helsedirektoratets veileder IS-2091 "Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling" fra 2013 (5). Begreper fra veilederen ble oversatt til engelsk, for å brukes som søkeord. Deretter ble det foretatt flere søk i forskjellige databaser for å finne ytterligere bakgrunnskunnskap.

Det ble gjort søk i PubMed med søkeordene "advance directive nursing home", begrenset til artikkeltypene *meta-analysis* og *systematic reviews*. Deretter gjorde vi seleksjon av egnede artikler basert på tittel og relevans for oppgaven. Dette resulterte i inklusjon av to systematiske oversikter (3, 6).

Det ble også gjort pyramidesøk i McMasterPLUS, der vi brukte søkeordene "advanced care nursing home." Dette ga treff på retningslinjen "Advance care planning and advance directives"(2).

Noen usystematiske søk ga også nyttig informasjon. Via Kunnskapssenteret fant vi en helt fersk publisert rapport om tiltak som kan være til hjelp når helsepersonell skal finne passende behandlingsnivå i livets slutfase (1). Rapporten er laget på oppdrag av Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Vi hadde lest prosjektplanen for denne rapporten, som til vår glede ble publisert uken etter at vi gikk i gang med prosjektet, i oktober 2014. Rapporten fra Kunnskapssenteret, samt den nasjonale veilederen fra 2013 utgjør vårt viktigste kunnskapsgrunnlag. Rapporten går an å finne gjennom søk i Kunnskapssenteret med søkeordene "behandling sykehjem livets slutfase". Nasjonale retningslinjer om advance care planning fra England ga også utfyllende informasjon (7). Fra disse kildene er det senere gjennomgått referanselister for ytterligere informasjon fra inkluderte kilder.

Aktuelle juridiske dokumenter er identifisert ved hjelp av Kunnskapssenterets rapport om livets slutfase (1) og Helsedirektoratets veileder om beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling (1, 5). Lovtekster og forskrifter ble hentet fra databasen lovdata.no.

Etiske betraktninger knyttet til beslutninger om behandling i livets slutfase bygger på Den Norske Legeforenings etiske regler for leger, etiske betraktninger presentert i

Kunnskapscenterets rapport om livets slutfase (1, 8) og Helsedirektoratets veileder IS-2091

(5).

3 Kunnskapsgrunnlag

3.1 Kunnskapsgrunnlag for plan for livets slutfase

Effekt av plan for livets slutfase

Å ha en plan for livets slutfase er vist å gi en reduksjon i sykehusinnleggelser, samt å redusere livsforlengende behandling (2). Det gir også en positiv økning i bruk av palliativ behandling. Andelen pasienter som dør på sykehus eller på intensivavdelinger reduseres. Enkelte studier kan tyde på at en slik plan kan redusere kostnadene i livets siste fase, uten å påvirke mortaliteten (1, 2).

Autonomi og tilfredshet

De fleste eldre ønsker en samtale omkring livets slutfase, og det er ikke funnet negative utslag på pasientens følelser av å gjennomføre slike samtaler. Likevel er det bare et fåtall som får tilbud om dette (1). Å lage en plan for livets slutfase bidrar til å sikre at pasientens behandling er i tråd med vedkommendes ønsker og pasienten blir mer tilfreds med kvaliteten på behandlingen. Enkelte studier har også vist at det å lage en plan for livets slutfase kan bidra til mindre psykisk stress hos pårørende i etterkant av pasientens bortgang (2). Både pasientens og familiens livskvalitet er vist å øke ved å ha en PLS (3).

Tidspunkt og innhold i plan for livets slutfase

En samtale om livets slutfase bør utføres når pasienten har funnet seg til rette på sykehjemmet (7). En slik samtale skal initieres av helsepersonell og bør være en del av rutinemessig oppfølging og revurderes med jevne mellomrom. Den bør i tillegg tas opp hver gang en pasients medisinske tilstand endres (1, 2). Dersom pasienten reagerer negativt på en slik samtale, bør den avsluttes (7). Å lage en PLS skal være en prosess der det er aktuelt å ta opp pasientens nåværende tilstand og prognose, sannsynlige medisinske utfordringer og ulike muligheter i møte med disse (2).

3.2 Etisk grunnlag for behandling i livets slutfase

Respekt for liv og verdighet

Livet skal respekteres, og mennesker har rett til å bli respektert og føle seg verdsatt, uavhengig av funksjon og alder. I spørsmål knyttet til livsforlengende behandling i livets slutfase, utfordres dette både ved at underbehandling kan krenke respekten for livet, men også ved at hensiktsløs behandling kan krenke menneskets verdighet.

Velgjørenhets- og ikke-skadeprinsippet

Nytten ved en behandling skal overveie ulempene. Her må beste medisinske kunnskap anvendes, sammen med pasientens preferanser.

Respekt for pasientens autonomi

I likhet med i lovgivningen, er det sentralt i etikken at pasienten selv skal avgjøre om han eller hun ønsker helsehjelp eller ikke. I Etiske regler for leger del I, § 5 heter det: *Legen må ved livets avslutning vise respekt for pasientens selvbestemmelsesrett* (8). Respekt for pasientens autonomi innebærer også at dersom pasienten ikke ønsker å delta i beslutningsprosessen, bør det respekteres.

Rettferdighet

Helsetjenester skal fordeles rettferdig. I tilfeller hvor en behandling anses nytteløs eller med liten effekt, kan spørsmål om ressursbruk trekkes inn. Slike spørsmål alene skal ikke ligge til grunn for begrensning av livsforlengende behandling.

3.3 Juridisk grunnlag for behandling i livets slutfase

Ved all behandling og undersøkelse av pasienter må leger kunne vise til et gyldig rettsgrunnlag (9). I det følgende presenteres den mest relevante lovgivningen i forhold til beslutninger rundt behandling i livets siste fase.

Forsvarlighet

Kravet til å yte forsvarlig helsehjelp er forankret i Lov om Helsepersonell § 4 (10) og i Lov om Kommunale Helse- og omsorgstjenester § 4-1 (11). Det legges vekt på både faglig forsvarlighet og på omsorgsfull hjelp. Kommunen skal sørge for et forsvarlig og verdig tjenestetilbud.

Samtykke

Samtykke er hovedregelen for at helsehjelp kan gis. Dette fremgår av Lov om Pasient- og brukerrettigheter § 4-1 (12). For at et samtykke skal være gyldig, må pasienten ha fått og forstått den informasjonen som er nødvendig for å ha innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Samtykket kan gis uttrykkelig eller stilletiende. Pasientene avgjør altså som hovedregel selv om de ønsker eller ikke ønsker behandling. Ved tvil om samtykkekompetanse foreligger, gjelder hovedregelen om at pasienten skal antas å ha samtykkekompetanse.

Manglende samtykkekompetanse

Det er helsepersonell som avgjør om en person mangler samtykkekompetanse. En pasient kan mangle samtykkekompetanse dersom vedkommende på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter (12). Ved helsehjelp av lite inngripende karakter kan den som yter helsehjelp ta beslutninger. Ved mer alvorlige inngrep er det fremdeles helsepersonell, som etter vurderinger tar beslutningen. Vurderingen som i slike tilfeller må foretas før behandling kan gis, skal være todelt:

- A) En interessevurdering av hva som vil være det beste for pasienten
- B) En vurdering av om pasienten ville ha tillatt helsehjelpen. Når det er mulig skal det her innhentes informasjon fra nærmeste pårørende.

Legen skal i samråd med annet helsepersonell ta den endelige avgjørelsen. Dersom pasienten motsetter seg helsehjelp, skal det ikke gis (12).

Nødrett

Nødrett er helsepersonells plikt til å yte påtrengende nødvendig helsehjelp (10). Den benyttes først og fremst ved kortvarig helsehjelp i forbindelse med ulykker og akutte sykdomstilfeller. I slike situasjoner skal helsepersonell yte hjelp selv om samtykke ikke foreligger. Ett av få unntak fra nødretten gjelder livsforlengende behandling hos døende. Døende kan nekte å motta livsforlengende behandling i nødsituasjoner (12). Også i tilfeller hvor pasienten ikke er samtykkekompetent kan det unnlates å gi helsehjelp i øyeblikkelig-hjelp situasjoner dersom pasienten er døende, pasientens nærmeste pårørende gir uttrykk for at pasienten ikke ville

ønsket hjelp og helsepersonell etter selvstendig vurdering finner at pårørendes påstand er i samsvar med pasientens ønske og åpenbart må respekteres (12). En sentral utfordring er å avgjøre hvem som er døende.

Dokumentasjon

For å sikre kontinuitet og samhandling i behandling av pasienter, er god dokumentasjon viktig. Dokumentasjon av arbeidet som utføres gir også mulighet til å etterprøve den helsehjelpen som er gitt. Alt helsepersonell har plikt til å dokumentere sin virksomhet i en pasientjournal (10). Plikten gjelder nødvendige og relevante opplysninger. Journalforskriften angir hvordan journalen skal føres, oppbevares og brukes, samt en detaljert oversikt over hva den skal inneholde (13).

3.4 Kritisk vurdering av kunnskapsgrunnlag

Retningslinjer

	Detering <i>et al.</i> 2014	Conroy <i>et al.</i> 2009
Kommer det klart frem hva retningslinjen handler om og hvem som er målgruppen?	Ja	Ja
Er det gjort rede for hvem som har utarbeidet retningslinjen?	Ja	Ja
Er det forskningsbaserte dokumentasjonsgrunnlaget innhentet på en tilfredsstillende måte?	Ja	Ja
Er den metodiske kvaliteten til inkluderte studier vurdert og er det beskrevet hvilke kriterier man har benyttet?	Uklart	Ikke beskrevet
Er de retningslinjene basert på oppdatert kunnskap?	Ja	Delvis
Er dokumentasjonsgrunnlaget for retningslinjene eksplisitt vurdert og gradert?	Nei	Ja (bl.a. NICE guidelines)
Hva er anbefalingene?	Presentert andre steder i oppgaven	Presentert andre steder i oppgaven
Er retningslinjen eksplisitt med hensyn til eventuell usikkerhet i dokumentasjonen?	Implisitt. Gis anbefalinger, ikke retningslinjer	Ja

Systematiske oversikter

	Skår <i>et al.</i> 2014	Brinkman-Stoppelenburg <i>et al.</i>	La Mantia, M. <i>et al.</i>, 2010

		2014	
Er formålet med oversikten klart formulert?	Ja	Ja	Ja
Er det klare kriterier for inklusjon av enkeltstudiene?	Ja	Ja	Ja
Er det sannsynlig at relevante studier er funnet?	Ja	Ja	Ja
Er risiko for bias på de inkluderte studiene vurdert?	Ja	Nei	Uklart
Er analysen gjennomført på en tilfredsstillende måte?	Ja	Ja	Uklart
Hva forteller resultatene?	Presentert andre steder i oppgaven	Presentert andre steder i oppgaven	Presentert andre steder i oppgaven
Hvor presise er resultatene?	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt
Kan resultatene overføres til praksis?	Ja	Ja	Ja
Ble alle viktige utfallsmål vurdert?	Ja	Ja	Uklart
Bør praksis endres som følge av funnene i denne oversikten?	Ja	Uklart	Uklart

4 Dagens praksis, tiltak og indikator

4.1 Dagens praksis

I målbeskrivelsen for sykehjemslegene i Drammen Kommune, står det at legene skal gjennomføre en forberedende samtale med pasienter som er samtykkekompetente i spørsmål knyttet til egen helse. Denne skal gjøres med pårørende dersom pasienten ikke er samtykkekompetent. Videre står det at samtalen skal tilbys i etterkant av innkomstsamtalen, samt ved vesentlige endringer i pasientens tilstand. Tidspunkt for samtalen står ikke spesifisert.

Kommunen har en intern veileder som er ment å gi tips og råd om hva en slik samtale skal inneholde. Foruten enkelte detaljer, som spesifisering av når samtalen bør gjøres, er innholdet i veilederen oppdatert og korrekt i forhold til anbefalinger i litteraturen. Kommunen har også en sjekkliste der legen skal hake av og signere når den forberedende samtale/behandlingsavklaring er gjort. Dette inngår som en del av årskontrollen, og skal således oppdateres årlig.

Til tross for god veileder, er det mange pasienter som enten ikke har hatt en forberedende samtale, ikke har en oppdatert behandlingsavklaring eller har dokumentert behandlingsavklaring, men der det mangler viktige elementer. Årsaker til dette kan være at det tar tid, og at legene synes slike samtaler kan være ubehagelig (se punkt 4.2). Hos pasienter som har behandlingsavklaring, er det ofte kun tatt stilling til sykehusinnleggelse, intravenøs antibiotika ved infeksjon og HLR. Dokumentasjon om pasientens og pårørendes tanker rundt diagnose og prognose, samt eventuelle ønsker og refleksjoner rundt selve døden, mangler ofte.

4.2 Legenes erfaringer

Vi har dannet oss et bilde av sykehjemslegenes erfaringer med gjennomføring av «den forberedende samtalen» basert på spørreskjema og muntlige samtale med sykehjemsoverlegen.

Det synes å være enighet om at en slik samtale bør gjennomføres. De fleste mener at samtalen bør tas når pasienten har funnet seg til rette i avdelingen, typisk etter 2-4 uker. Det poengteres imidlertid at med enkelte pasienter er det naturlig å ta opp en del av spørsmålene allerede i innkomstsamtalen, som gjøres i løpet av den første uken på sykehjemmet.

Legene synes å være spredte i oppfatningen om hvordan de synes det er å gjennomføre en slik samtale. Flere av legene sier samtalen er både givende, nyttige og uproblematisk å gjennomføre. De forteller at pasientene som regel har tanker rundt egen behandling og død, og at dette sjeldent er problematisk å snakke om. De forteller også at de fleste pårørende reagerer med takknemlighet for informasjon og setter stor pris på å bli involvert i beslutningsprosessen.

Det kommer imidlertid også frem at noen av legene synes denne samtalen er både tidkrevende og til tider ubehagelig. Inntrykket er at det oftere er samtalen der det kun er pårørende til stede, som kan være vanskelige å håndtere. Dette fordi det kan oppstå konflikt mellom legens oppfatning av situasjonen og anbefalt behandlingsintensitet, og pårørendes ønske om at deres kjære skal leve videre. Det rapporteres om enkelte hendelser der pårørende har kommet med påstander som «dere vil ta livet av mor» og «dere tenker bare på å spare penger», vært hissige og kommet med trusler om å gå til media, Helsetilsynet, saksøke, osv. Muntlige tilbakemeldinger viser at flere leger har liten erfaring med slike samtaler, og dermed unngår å gjennomføre dem.

Det er spredte meninger i legegruppen hvorvidt de ønsker kurs, videofilming eller rollespill. Noen sier klart og tydelig at de ikke ønsker rollespill, mens andre foreslår videofilming som et nyttig verktøy, og presiserer at dette er en del av undervisningen for leger spesialisering til allmennmedisin. Det kommer også frem at praktiske verktøy for håndtering av ulike reaksjoner og problemstillinger som måtte oppstå i en slik samtale, er ønskelig.

4.3 Tiltak for forbedring

Aktuelle tiltak vi mener er nødvendige for å sikre god rutine på avklaring og etterlevelse av PLS, er som følger:

- *Kommunikasjonstrening for legene med rollespill*
- *Øke tilgjengeligheten av PLS ved å sørge for at:*

- *det foreligger utskrift av PLS i pasientens journalmappe*
- *det lages eget vindu for PLS som del av legemodul i Gerica*
- *Oppdatering av nåværende retningslinjer som brukes i Drammen kommune*

Kurs med rollespill

Det startes med internundervisning av leger og sykepleiere. Det holdes kurs av kommunens egen palliasjonslege om behandlingsalternativer ved livets slutfase og hvordan god lindring gis i denne fasen. Videre diskuteres det åpent om problemer og utfordringer leger synes er vanskelige å takle i forhold til en samtale om PLS. Her gis det gode kommunikasjonsråd og annet nyttig verktøy til bruk for å takle krevende situasjoner og samtale med pasient/pårørende.

Internundervisningen etterfølges av kurs med rollespill som pedagogisk verktøy. Legene sitter sammen i grupper på fem til seks personer, gruppen kan ledes av palliasjonslegen eller sykehjemsoverlegen. Hver lege gjennomfører en samtale om livets slutfase med en skuespiller. Etter hvert rollespill evalueres legen i gruppen. De andre gruppemedlemmene oppfordres til å komme med både positive tilbakemeldinger, og tilbakemeldinger på det som kan gjøres annerledes.

Gjennom rollespill får legene kunnskap og trening i samtaler om livets slutfase. Dette er avgjørende for en vellykket gjennomføring av samtale om livets slutfase (1, 7). Slik trening bør foregå på arbeidsplassen, gjentas og ledes av eksperter (7).

Det foreligger dokumentasjon av høy kvalitet på at helsepersonell viser større grad av empati etter kommunikasjonsopplæring (1). Dette er viktig for pasienter og pårørende. Den langsiktige effekten av slik kommunikasjonsopplæring er uklar, og det anbefales derfor at opplæringen gjentas med jevne mellomrom.

Mange leger synes spørsmål rundt behandlingsavklaring er så ubehagelig at de unngår å ta opp temaet (1). Også leger i Drammen kommune gir uttrykk for at de synes en samtale om livets slutfase er ubehagelig. Vi håper at dette ubehaget kan være en mindre hindring dersom legen har god kunnskap og har øvd seg på slike samtaler.

Tilgjengelighet

For å sikre at PLS brukes når det er behov for den, må den være lett tilgjengelig. God tilgjengelighet kan hindre usikkerhet rundt valg av behandlingsintensitet og sikre en god lindrende behandling (7).

I vårt mikrosystem foreslår vi å implementere følgende to tiltak for å øke tilgjengeligheten:

1. *Utskrift av PLS skal ligge i pasientens journalmappe*
2. *Det skal lages et eget vindu for PLS som del av legemodulen i Gerica*

Medisinske journaler bør ha en egen seksjon hvor ønsker for livets slutfase presenteres. Dette bør også inngå i en elektronisk journal (7). Ved å ha en utskrift av PLS i pasientens journalmappe vil PLS være tilgjengelig uten å måtte gå inn i Gerica, noe som kan være nødvendig i akutsituasjoner (2). Det er viktig at PLS overføres med pasienten mellom helseinstitusjoner (7). Bedre tilgjengeliggjøring av PLS vil trolig fremme en slik overføring.

Oppdatere nåværende retningslinjer

Den eksisterende veilederen for den avsluttende samtalen er allerede god. Den inneholder informasjon om når en samtale om livet slutfase bør foretas, hvem som skal være med på samtalen, hva den skal inneholde, dokumentasjon av samtalen, når samtalen bør gjentas og ulike aktørers ansvarsområder i forhold til PLS. Utfordringen er å øke bruken av denne type samtale. For å gjøre implementeringen enklere for personalet, tar den oppdaterte veilederen utgangspunkt i sykehjemmets egne arbeidsrammer og tydeliggjør tidspunkt for PLS-kartlegging og -oppdatering:

- PLS skal avtales ved inntakssamtalen
- PLS skal gjennomføres innen 4 uker etter inntak (7)
- Ved forverring eller endring i helsetilstanden skal det vurderes oppdatering av PLS (2)
- Ved hver årskontroll skal PLS revurderes og eventuelt oppdateres (2)
- Dersom pasienten reagerer negativt på en slik samtale, bør den avsluttes (7)

4.4 Hvordan skal vi måle tiltakene?

Det er dokumentert at å ha en oppdatert PLS i seg selv er assosiert med kvalitetsforbedring på en rekke av områdene vi ønsker å fokusere på, som beskrevet i tidligere seksjoner. Dermed fremstår tilstedeværelsen av en PLS i pasientjournalen som en naturlig sentral kvalitetsindikator i vårt prosjekt. Samtidig fremgår det av dokumentasjonen at PLS må oppdateres periodisk og ved endringer av pasientens tilstand (2, 7). Tilgjengeligheten av PLS i travle kliniske situasjoner er også essensiell for at den skal bli tatt hensyn til. Ett av våre viktigste tilgjengelighetstiltak er at oppdatert PLS skal foreligge utskrevet i pasientkurven. Vi har derfor valgt følgende prosessindikator:

1. *Andel av pasienter på sykehjemmet som har en oppdatert PLS*

Vi vil dele denne indikatoren i to:

a) *andel av pasienter på sykehjemmet med en oppdatert PLS*

og

b) *andel av pasienter som har denne utskrevet i papirjournalen.*

Således vil man uavhengig av hverandre finne ut om pasienten både har dokumentert PLS i Gerica og tilgjengeligheten av denne ved at den er utskrevet. Det synes fornuftig å måle dette ved periodisk tverrsnittsmåling.

Denne indikatoren er svært relevant – den måler hvor godt man har klart å implementere selve hovedtiltaket i prosjektet. Gyldigheten er som nevnt relativt høy, ettersom tilstedeværelsen av PLS er assosiert med en rekke av våre kvalitetsmål. Både målbarhet og tilgjengelighet er høye, ettersom informasjonen skal finnes lett tilgjengelig i journalen. Det kreves journalgjennomgang, noe som kan være relativt tidkrevende. Imidlertid baserer indikatoren seg på enkel tallgjennomgang. Vi ønsker å måle om pasientens journal har oppdatert PLS. Dette gjør tolkingen noe mer utfordrende. I stedet for at man ved måling av indikatoren skal bruke skjønn for om PLS er oppdatert ved endret klinisk situasjon, velger vi kun å bruke om den er oppdatert årlig. Slik blir det en mer reliabel indikator, men vi mister aspektet med oppdatering ved endring av situasjon. Indikatoren bør være svært sensitiv for endring, ettersom vi har indikasjoner på at det i svært liten grad foreligger PLS i dag. Om den er mulig å påvirke avhenger av vellykketheten til tiltakene våre, kanskje i særlig grad tiltakene for trening og motivasjon av ansatte.

Indikator 1 representerer ikke måling av prosjektets ultimate kvalitetsmål, nemlig at pasientens ønsker i forbindelse med livets slutfase tas hensyn til. Det kan derfor være nyttig i dette prosjektet også å ha en resultatindikator. Pasientens ønsker rundt livets slutfase kan omhandle svært mange aspekter. Sentralt i vårt prosjekt står behandlingsintensitet. Sykehusinnleggelse ved akutt sykdom, antibiotikabehandling ved akutte infeksjoner og hjerte-lungeredning ved hjertestans er tre spørsmål de fleste pasienter i livets slutfase. Vi har derfor valgt følgende resultatindikator:

2. *Andel av definerte situasjoner av akutt sykdom der PLS ble tatt hensyn til, som dokumentert i journalen*

Som definerte situasjoner har vi da:

- a) Akutt sykdom der det vurderes sykehusinnleggelse
- b) Akutte infeksjoner der det vurderes å starte intravenøs antibiotikabehandling
- c) Hjertestans

Relevansen og gyldigheten av indikatoren er høy ettersom noen av våre mest sentrale spørsmål måles, selv om bare noen av pasientens tenkte ønsker er inkludert. Målbarhet og pålitelighet er hovedutfordringene med denne indikatoren. For det første krever den at det dokumenteres hver gang en PLS tas hensyn til. Det krever gjennomgang av kontinuerlig journal for å identifisere disse situasjonene og særlig spørsmålene om når man har en situasjon som i 1) og 2) er åpne for tolkning. Dataene bør være lett tilgjengelig i elektronisk journal. Situasjoner der legevaksleger har vært involvert byr på utfordringer, ettersom dokumentasjonen i disse situasjonene ofte er mangelfull. Indikatoren bør være mulig å påvirke i den grad våre tiltak blir implementert.

En tredje kvalitetsindikator handler om et viktig spørsmål i PLS: hvor man ønsker å dø. Det er dokumentert at PLS fører til at flere pasienter dør der de ønsker, men det er likevel relevant for oss å se om våre tiltak har denne effekten i praksis (2, 7). Derfor har vi også valgt denne resultatindikatoren:

3. *Andel av beboere på sykehjem som dør på sykehjem*

Valget av denne indikatoren tar utgangspunkt i observasjonen at mange pasienter dør på sykehus, selv om de ønsker å dø der de bor (1). Et mål for prosjektet er at flere pasienter skal få dø der de ønsker, og dette er dermed en relevant og gyldig indikator. Den er enkelt målbar

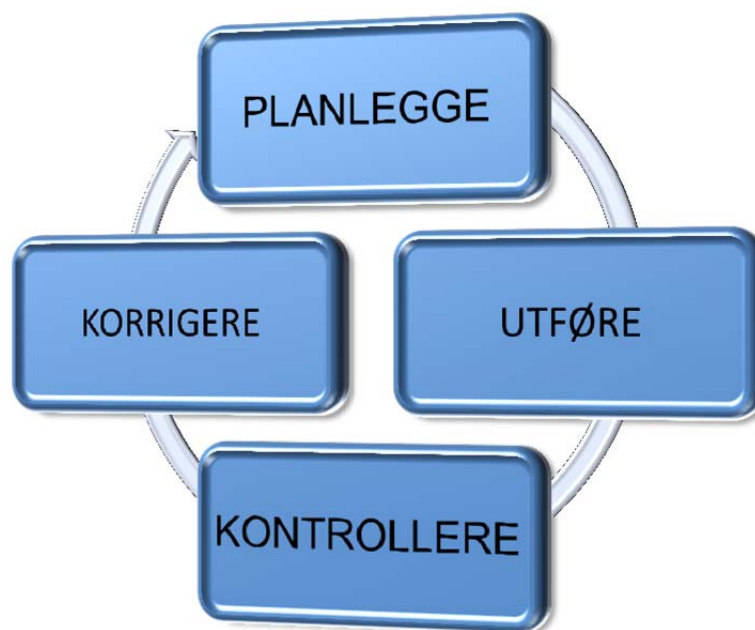
og lett tilgjengelig ettersom alle dødsfall registreres. Man vil kunne se i journalen på den spesifikke datoen, eventuelt i dødsattesten, om pasienten var på sykehus eller på sykehjemmet på dødstidspunktet. Dette er pålitelige ja-nei-data. Sensitiviteten er en utfordring, ettersom det er relativt få dødsfall hvert år.

5 Implementering, evaluering og revidering

5.1 Verktøy for forbedring

Vi velger å bruke en av de mest kjente og den internasjonalt mest brukte metoden for kvalitetsforbedring, utviklet av Langley og Nolan (14). Første del av denne todelte modellen omfatter planleggingsfasen, der man skal avklare kjernespørsmål for problemet. Dette inkluderer hva vi ønsker å oppnå, når en endring er en forbedring, samt hvilke endringer kan iverksettes for å skape forbedring. Overført til vår oppgave, er dette henholdsvis å forbedre beslutningsprosessene knyttet til begrensning av medisinsk behandling i livets slutfase. Dette blir en forbedring når man ser økt antall pasienter som har en oppdatert og tilgjengelig PLS. Endringene som skal iverksettes for å oppnå dette, er rollespill, økt tilgjengelighet av PLS og oppdatering av nåværende retningslinjer.

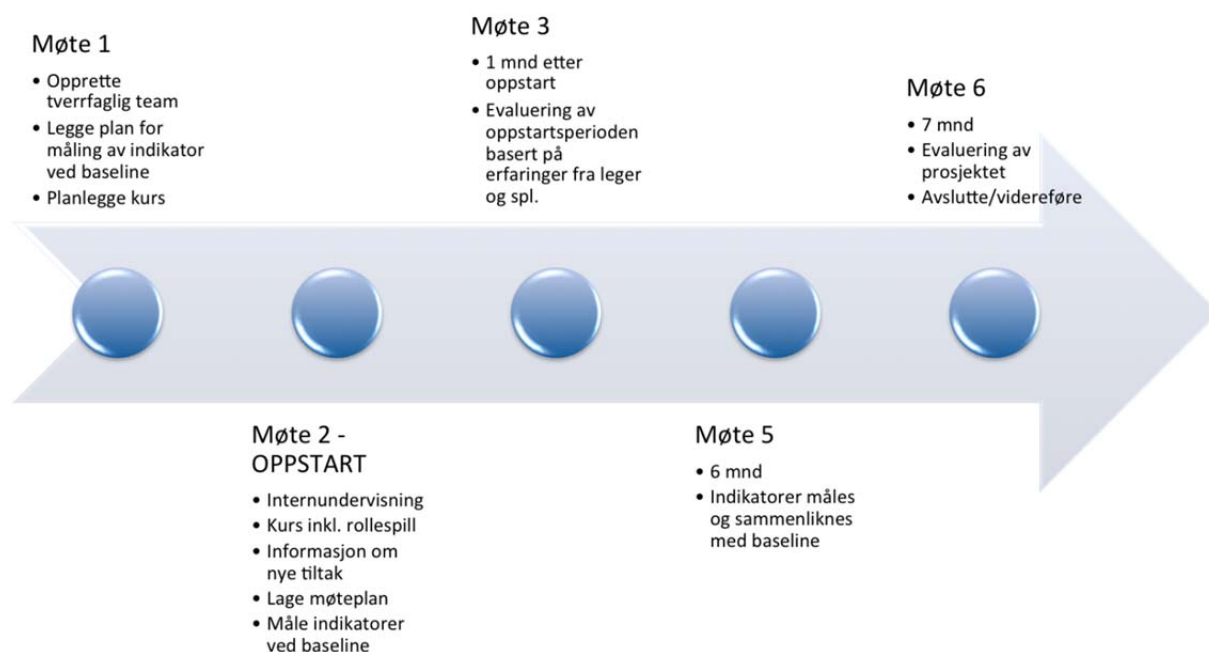
Den andre delen av Langley og Nolans modell består av en 4-trinns forbedringssirkel, PUKK-sirkelen (se figur under) (14). Tiltakene iverksettes ved bruk av trinnene i denne sirkelen.



5.2 Planleggingsfasen

Det startes med å opprette et tverrfaglig team bestående av sykehjemsoverlege og sykehjemslege og ressurs-/fagsykepleier på de respektive sykehjemmene. Et slikt team inkluderer både ledelsen (sykehjemsoverlegen), den utførende enheten (legene) og de som har ansvar for at avgjørelsene blir fulgt og formidlet til relevant helsepersonell (sykepleierne). Sykehjemsoverlegen vil som gruppeleder ha ansvar for den praktiske gjennomføringen av kvalitetsforbedringen, deriblant utvikling av rollespill og fastsettelse av informasjonsmøter som skal sikre informasjon til alle nivåer på det enkelte sykehjem. Han/hun vil også være ansvarlig for å finne en egnet person til å samle inn data for måling av indikatorer ved baseline og etter 6 måneder, samt å lage statistikk av dette. Sykehjemsoverlegen setter rammene for når, hvor og hvordan dette skal gjennomføres og vil også ha ansvaret for å formidle behovet og formålet med prosjektet utad.

Tidslinje over prosjektgruppens møter:



5.3 Utføringsfasen

I denne fasen iverksettes de planlagte tiltak. I det følgende vil det bli beskrevet hvordan tiltakene skal gjennomføres i praksis.

Kurs med rollespill

Kurs med undervisning og rollespill bør utføres som et dagsseminar. Initialt en forelesning av én til to timers varighet med fokus på palliasjon og kommunikasjon i livets slutfase. Deretter deles legene i to grupper. Det behøves 1-2 skuespillere. En liste over skuespillere som kan kontaktes er overlevert sykehjemslegen i Drammen. Skuespillerne bør få manus med ulike scenarioer som kan være aktuelle i en forberedende samtale, slik at de kan forberede seg. Scenarioene bør være utfordrende, og kan for eksempel handle om å være uenige med pårørende, samtale med pasient som ikke ønsker å snakke om døden eller som svarer svært kortfattet, etc. Legene som skal være med på rollespillet får vite setting og kort bakgrunnsinfo, men ikke den konkrete utfordringen som skuespilleren har fått i oppdrag å spille ut. Selve rollespillet er en improvisasjon med utgangspunkt i scenarioet. Dette tiltaket koster 2000-4000 kr, da skuespillerne tar 2000 kr hver per dag, pluss lunsj. For mer utfyllende beskrivelse av tiltaket vises til 4.3.

Tilgjengelighet

Papirutskrift

Legen som gjør en vurdering av PLS, dokumenterer dette i elektronisk journal. Samme person er ansvarlig for å ta en utskrift av PLS og sørge for at dette blir lagt i pasientens journalmappe. Ved fortløpende vurdering skal dette oppdateres i både Gerica og journalmappe.

Gerica

Begrepet behandlingsavklaring er som synonymt med «beslutningsprosesser ved begrenning av livsforlengende behandling» i Gerica. PLS dokumenteres i Gerica som «Journaltype 166 Lege behandlingsavklaring». IKT-ansvarlig må sørge for at journaltype 166 er tilgjengelig i form av eget vindu i legemodul. Se vedlegg 2 for mer utfyllende informasjon.

5.4 Evaluering og korrigering

I kontrollerings- og korrigeringsfasen måler og analyserer man data i forhold til de målene som er satt i forbedringsarbeidet. For å vite om målene er nådd må man undersøke om endringene har ført til forbedringer, og deretter gjøre eventuelle nødvendige endringer. Det henvises til planleggingsfasen for innføring i hvordan indikatorene skal kontrolleres.

Her bør det gis muligheter for tilbakemelding om hvordan nye rutiner fungerer i praksis. Dette kan gjøres på et morgenmøte etter én måned, slik at legene har tilstrekkelig tid til å få prøvd ut nye rutiner samtidig som det gir rom for rask forbedring. Evalueringen baseres på et skjema med konkrete spørsmål som legene besvarer:

- *Var kurset og rollespillene nyttige/lærerikt for deg?*
- *Hva var bra/mindre bra?*
- *Har kurset/rollespillet hjulpet deg i utførelse av PLS? Hvis ja, hvordan? Hvis nei, hvorfor ikke?*
- *Ønskelig med mer av noe spesifikt under dette?*
- *Var det noe som var unødvendig?*
- *Andre tilbakemeldinger?*

Svarene på tilbakemeldingsskjemaene evalueres av sykehjemslegen. Samtidig lages statistikk med innhenting av baseline- og 6 måneders indikatordata. Dersom tiltakene ikke har virket etter hensikten velger man nytt forbedringstiltak, som så prøves ut på samme måte. På denne måten foregår trinnene i PUKK-sirkelen i flere sykluser. Ved hver endte PUKK-sirkel evalueres det om forbedringsprosjektet videreføres eller avsluttes. Det åpnes også for at legene/sykepleierne kan gi tilbakemeldinger underveis, slik at man raskere kan bryte sirkelen og starte på nytt dersom det er noen justeringer og forbedringer som er nødvendige. Slik vil man spare tid og raskere komme i mål.

5.5 Håndtering av motstand

Det er avgjørende med motivasjon, ønske og engasjement fra ledelsen for å kunne implementere endringene i et etablert system med innarbeidede rutiner. For å lykkes er det

viktig å forankre endringen i organisasjonens kultur. Til vårt kvalitetsforbedringsprosjekt har vi god støtte fra sykehjemsoverlegen i Drammen kommune.

Ved endring av rutiner må man forberede seg på å håndtere eventuell motstand (15).

Endringer kan ofte skape usikkerhet og en situasjon hvor de som blir direkte berørt ikke opplever mestring og kontroll. Motstanden kan både være en irrasjonell reaksjon basert på følelser som frykt, og en rasjonell reaksjon basert på veloverveide kalkulasjoner. Den kan også være både åpen og skjult. Motstand mot endring medfører likevel mer dialog rundt endringsprosessene, som igjen vil gi større muligheter for læring (16). Kotter & Schlesinger har gjennom sine analyser av flere suksessfulle og ikke suksessfulle organisasjonsendringer, identifisert ulike tiltak for å overvinne motstand (17). Noen av dem er:

- *Utdannelse og kommunikasjon*
- *Deltakelse og involvering*
- *Tilrettelegging og støtte.*

Som nevnt i planleggingsfasen har vi valgt å inkludere og involvere flere ledd i et tverrfaglig team. Gjennom informasjonsmøter mellom disse partene utdannes ansatte på forhånd, slik at de kan se behovet og logikken ved endringen og dermed redusere misnøye og manglende initiativ. I dette kvalitetsforbedringsprosjektet vil det etiske aspektet være viktig å vektlegge, i tillegg til det juridiske. Vi har valgt tiltak som bortsett fra selve samtalen, ikke skal legge for mye beslag på legenes og sykepleiernes tid i en ellers så travel og hektisk hverdag. Det er tilrettelagt vinduer i elektronisk journal som også har til hensikt å øke tilgjengeligheten. De ansatte får mulighet til å påvirke og involvere seg i prosessen ved å gi tilbakemeldinger som gjennomgås på evalueringsmøtet etter fire uker og 7 måneder.

6 Diskusjon

Framgangen i medisinsk kunnskap og teknikk gir leger mulighet til å forlenge livet til pasienter. Denne muligheten stiller helsepersonell overfor store etiske utfordringer. Like fullt må leger ta en avgjørelse, på tross av etiske konflikter, og vårt ønske med implementering av PLS, er å forbedre og lette avgjørelsesprosessen for både pasient, pårørende og leger.

Litteraturen og norsk lovgivning understreker viktigheten av respekt for individet, informert samtykke og omsorgsfull helsehjelp, og dette gjelder også ved livets slutfase. PLS kan bidra til bedret kommunikasjon og allianse mellom helsepersonell, pasient og pårørende samt gi økt livskvalitet i livets slutfase. PLS gir også avklaring av ønsket sted der pasienten vil dø, og dermed tilrettelegging for at ønsket innfris. Her bør det nevnes at vår indikator om antallet pasienter som dør på sykehjem, ikke nødvendigvis bør være 100 %. Vi må ta høyde for at enkelte pasienter faktisk ønsker å dø et annet sted.

Til tross for gjennomgående positivitet til PLS, ser vi utfordringer ved tiltaket. Studiene som utgjør kunnskapsgrunnlaget vårt, er relativt ferske. For å få en bedre oversikt over gevinsten av tiltaket, trenger man flere og langsiktige studier berørende synspunkt fra leger, pasient og pårørende, ressursbruk og økonomiske aspekter. Videre er kunnskapsgrunnlaget vårt utelukkende kvalitative studier. Vi har verken relative eller absolutte risikovariabler inkludert i vurderingen av tiltaket.

Dessuten understreker de aktuelle studiene at PLS er en prosess, der legen får et inntrykk av pasientens ønsker og holdninger over tid. Dette forutsetter tilstrekkelig bemanning av norske sykehjem og kontinuitet i lege-pasientforholdet. Sistnevnte avhenger derfor sterkt av legens kommunikasjonsferdigheter. PLS vil kun være et verktøy i legens beslutninger, og gevinsten av den respektive PLS er avhengig av legens kompetanse. Viktigheten av trening i kommunikasjon og mestring av samtalene ved behandlingsavklaring, kan ikke undervurderes.

En annen mulig risiko ved innføringen av PLS er underbehandling av pasientene, ved manglende oppdatering eller manglende forståelse av pasientens ønsker. Det er også viktig å ta i hensyn til pasientens ønske om å avstå fra å lage en plan for slutfasen av livet. PLS skal være et verktøy for å redusere belastninger ved livets slutfase, og er ikke obligatorisk.

7 Konklusjon

Det er bred enighet i sykehjemstjenesten i Drammen kommune om viktigheten av at alle langtidspasienter har en behandlingsavklaring og at «den forberedende samtalen» er gjort. Ledelsen er positiv til kvalitetsforbedring, og har stor tro på prosjektet.

Vi har foreslått tre relativt enkle tiltak, som vi håper vil øke andelen pasienter som har en oppdatert PLS i sin journal, både elektronisk og i papirutgave. Vi har i denne oppgaven gitt en grundig redegjørelse for dagens situasjon, beskrevet kunnskapsgrunnlaget for tiltakene og laget en konkret plan for hvordan dette kan gjøres i praksis. Med kommunikasjonstrening for legene, oppdatering av retningslinjen og tilgjengeliggjøring for vikarierende leger, tror vi dette vil øke tilfredsheten både hos legene, sykepleierne og pasientene/pårørende. Vi anbefaler på det sterkeste at prosjektet gjennomføres. Dette fordi det er behov for forbedringer, kunnskapsgrunnlaget for tiltakene er gode og kommunen har ressursene som kreves.

Litteraturliste

1. Skår Å JL, Smedslund G, Bahus MK, Pedersen R, Fure B. Livets slutfase - om å finne passende behandlingsnivå og behandlingsintensitet for alvorlig syke og døende. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 19–2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014. 2014.
2. Detering K SMJ, Arnold R M, Dizon D S. Advance care planning and advance directives. UpToDate. 2014.
3. Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JA, van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. Palliative medicine. 2014 Sep;28(8):1000-25. PubMed PMID: 24651708. Epub 2014/03/22. eng.
4. Husebø. Etske avgjørelser ved livets slutt i sykehjem. Tidsskriftet for Den Norske Lægeforening. 2004;124:2926-7.
5. Helsedirektoratet. Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling/Publikasjoner/IS-2091.pdf> (02.12.14). 2009.
6. LaMantia MA, Scheunemann LP, Viera AJ, Busby-Whitehead J, Hanson LC. Interventions to improve transitional care between nursing homes and hospitals: a systematic review. Journal of the American Geriatrics Society. 2010 Apr;58(4):777-82. PubMed PMID: 20398162. Epub 2010/04/20. eng.
7. Conroy S FP, Fraser A, Schiff R Advance Care Planning National Guidelines. Royal College of Physicians. 2009.
8. Legeforening DN. Etske regler for leger <http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikk/etske-regler-for-leger/> (02.12.14) 1961.
9. Lov om pasientrettigheter. 6 Krav til samtykke. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/19981999/otprp-nr-12-1998-99-6.html?id=159421>. Helse- og omsorgsdepartementet. 1999.
10. lovdata.no. Lov om Helsepersonell. 2014.
11. lovdata.no. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). 2014.
12. lovdata.no. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). 2014.
13. lovdata.no. Forskrift om pasientjournal. 2001.

14. Bakke T BM, de Vibe M, Konsmo T, Nyen B, Udness E, Vege A. En beskrivelse av utviklingen av modell for kvalitetsforbedring, og hvordan den kan brukes i praktisk forbedringsarbeid Kunnskapscenteret. 2013.
15. Kotter. Leading Change Why Transformation efforts fail. Harvard Business Review. 2007.
16. Jacobsen DI. Motstand mot forandring, eller: 10 gode grunner til at du ikke klarer å endre en organisasjon. . Magma. 1998;1 (1):9-25.
17. Kotter J S. Choosing Strategies for change. Harvard Business Review. 2008;86(7/8):130-9.

8 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1: Oppdatert retningslinje “Plan for livets slutfase”

Plan for livets slutfase (PLS)

En samtale angående forberedelse og prioriteringer ved livets slutfase skal gjennomføres for hver enkelt pasient på sykehjemmet.

Etter inntakssamtalen skal det avtales et tidspunkt for den forberedende samtalen, enten av sykehjemslegen eller den ansvarlige sykepleieren etter avklaring med sykehjemslegen. Pårørende til døende pasienter eller pasienter med betydelig endring i sin tilstand, skal også få tilbud om en slik samtale. Disse pasientene skal prioriteres framfor nye pasienter ved tidskonflikt.

Man bør tilsikte å gjennomføre samtalen i løpet av de første 4 ukene.

! Dersom pasient og/eller pårørende (se samtykkekompetanse) ikke ønsker å lage en plan for livets slutfase, skal dette respekteres.

Hvem er med på samtalen?

Pasienter med fullstendig eller delvis samtykkekompetanse angående aktuelle temaer, skal selv være med på samtalen. Det vurderes i hvert tilfelle om pårørende også bør være tilstede. For pasienter med manglende samtykkekompetanse, skal kun samtykkekompetent pårørende delta i samtalen.

Sykehjemslege skal gjennomføre samtalen sammen med sykepleier og evt. pasientens primærkontakt.

Hva skal samtalen inneholde?

48. Avklaring av pasient og pårørendes forventning til samtalen. Hva vet de? Hva lurer de på?
49. Legens vurdering:
 - Beskrivelse av pasientens nåværende helsetilstand.
 - Forventet sykdomsforløp: mulige framtidige symptomer og prognose

Samtykkekompetanse: i hvilken grad er pasienten samtykkekompetent.

50. Fokus for behandling i tiden fremover:

Baseres på pasientens ønsker og legens vurdering, eller pårørendes vurdering av hva pasienten ville ønsket:

- Målet for behandlingen.
 - Begrense utviklingen av kjente sykdommer (f.eks demens) og ivareta livskvalitet
 - Nevne behandling som utføres på sykehjemmet og åpne for synspunkter (f.eks antibiotikabruk og palliativ behandling)
- Vurdering og avveining av hensiktsmessig sykehusinnleggelse fremfor behandling på institusjon.
- Vurdering av om hjerte- lungeredning skal igangsettes.

Dokumentasjon:

- Opplysningene føres inn på journaltype 166 i Gericca.
- Dersom det er besluttet at hjerte-lungeredning ikke skal igangsettes, skal dette hakes av på pasientens brukerkort i Gericca.
- Ved en beslutning der legen har tatt hensyn til pasientens ønsker i følge PLS, skal dette dokumenteres i journalnotatet.
- PLS skal i tillegg til elektronisk dokumentasjon, finnes i papirutgave sammen med kurven til pasienten.

Oppdatering av PLS:

- Ved endring eller forverring av pasientens helsetilstand, skal det alltid tas stilling til endring av pasientens PLS
- Ved årskontrollen, skal det foretas en revurdering av pasientens PLS med eventuelle endringer
- Husk å oppdatere papirutgaven av PLS!

Ansvarlig sykepleiers ansvar:

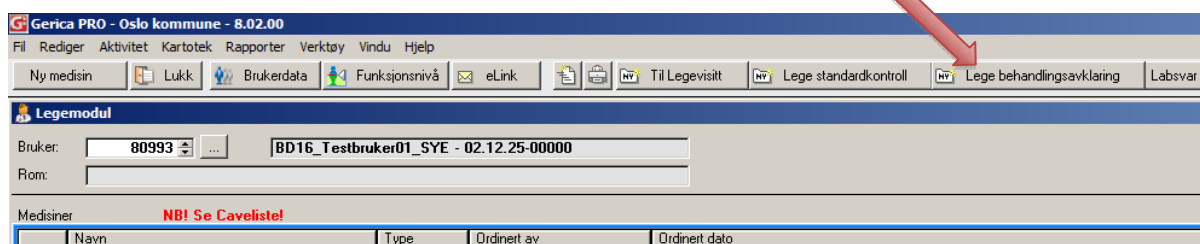
- avtale tidspunkt for den forberedende samtalen etter avklaring med lege
- rapportere evt. endringer i pasientens helsetilstand og foreslå oppdatering av PLS
- informere legevaktslegene om pasientens PLS og vise til papirutgaven av dokumentet
- være tilstede under årskontrollens oppfølgingsamtale.

Legevaksordningen:

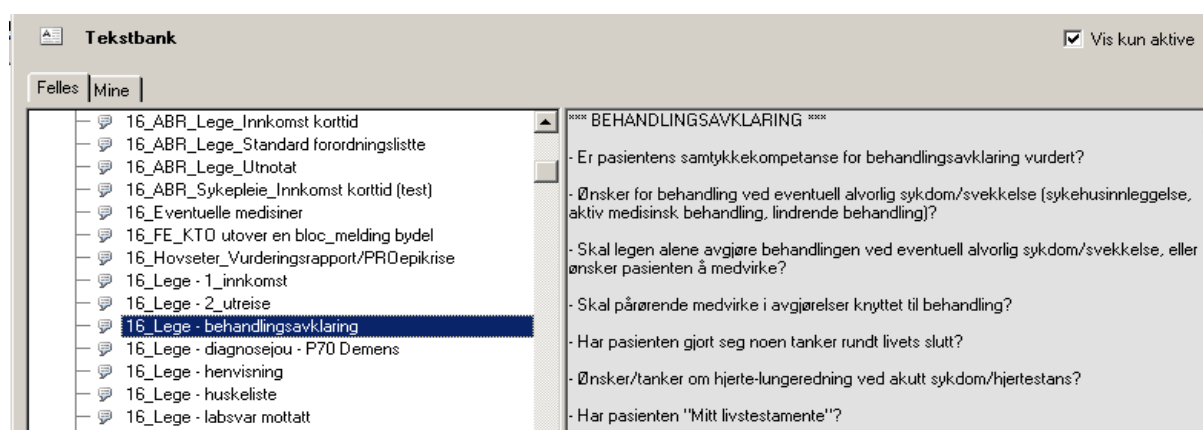
- legevaksleger skal bruke egen Gericatilgang for dokumentering
- legevaksleger skal sette seg inn i pasientens PLS. Her er papirutgaven av pasientens PLS lett tilgjengelig.

8.2 Vedlegg 2: Hvordan legge inn riktig mal i Gerica

Registrer ny journal ved hjelp av hurtigknapp øverst i legemodulen:



Ved behov kan man bruke standardtekst 16_Lege – behandlingsavklaring (høyreklikk eller trykk F4 inne i journalen).



For samlet oversikt over alle pasienter som har behandlingsavklaring Velg rolle ved hjelp av Fil – Bytt rolle (for å vise hele sykehjemmet eller pasienter pr avdeling), gå til Journalliste (CTRL – J - eller hurtigknapp øverst til hø i legemodulen) og velg skillearket Journaltype, «Fra dato» eller fjern dato helt og 166 Lege behandlingsavklaring.

Journaliste

Velg

Journaltype: 166 Lege behandlingsavklaring Fra dato: 11.02.2014

Bruker Journaltype Tjenestetype Faggruppe Avgrensning

Bruker	Bruker nr.	Navn	Tjenestetype	Initialer	Fra dato	Til dato	Fra kl.	Til kl.	Informasjon

Fritekst Tiltak

*** BEHANDLINGSAVKLARING ***

- Er pasientens samtykkekompetanse for behandlingsavklaring vurdert?
- Ønsker for behandling ved eventuell alvorlig sykdom/svekkelse (sykehusinleggelse, aktiv medisinsk behandling, lindrende behandling)?