



Oslo

Bydel Gamle Oslo

Retningslinjer for palliasjon i livets slutfase



I samarbeid med:



Lovisenberg Diakonale Sykehus

Innhold

Innledning	5
Tverrfaglig samarbeid	6
Forberedende samtaler og beredskapsplan	8
Vurdering av kort forventet levetid	10
Ikke-medikamentell symptomlindring	11
Barn som pårørende	14
Medikamentell symptomlindring	16
Legemidler for lindring i livets slutfase	17
Veileder for rekvisisjon av medikamentskrin	18
Subcutane injeksjoner	19
Rutiner når bruker dør	21
Vedlegg 1: Medikamentark for medisiner gitt ved behov	24
Vedlegg 2: Innhold i boks merket livets siste dager	25
Vedlegg 3: Beredskapsplan	26
Vedlegg 4: Morsstell	27
Ressurspersoner/rolleavklaringer	28
Viktige telefonnummer	28
Referanser	29



Innledning

I dag dør rundt 15 prosent av alle nordmenn i eget hjem, og rundt seks prosent av disse er planlagte dødsfall. Går vi hundre år tilbake i tid var tallet på nordmenn som døde hjemme 90 prosent. Sammenlignet med andre land i Europa er antallet som dør i hjemmet i Norge svært lavt. I en opinionsundersøkelse gjennomført i 2021 på oppdrag fra Fransiskushjelpen, kommer det frem at over halvparten av Norges befolkning ønsker å dø hjemme. I disse retningslinjene ser vi på hva som skal til for at vi kan gi de som ønsker det denne valgmuligheten. Hjemmet representerer for mange trygghet og beskyttelse, og er en del av identiteten vår. Det er stedet vi lever våre liv, og det representerer livet i dag, men også egne minner og minner fra tidligere generasjoner.

De siste årene har det vært et økende fokus på tilrettelegging for mest mulig hjemmetid, og om ønskelig også hjemmedød. Forskning og fagartikler har også fokusert mye på dette. Det har kommet nasjonale faglige råd om lindrende behandling i livets slutfase fra Helsedirektoratet, NOU-rapport (2017:16 – På liv og død) og Stortingsmelding nr. 24 (2019–2020 – Lindrende behandling og omsorg – Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve). De siste årene har også flere kommuner utarbeidet retningslinjer for palliasjon i hjemmet.

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig 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 er best mulig livskvalitet for pasienten og pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet (WHO, 1999). Ønsket er at vi møter hver enkelt bruker med god behandling, pleie og omsorg for at livet skal oppleves meningsfullt på tross av begrensninger i levetid og eventuelle funksjonsendringer.

Gjennom retningslinjer for palliasjon i livets slutfase i Bydel Gamle Oslo er målet at vi skal kunne tilby våre innbyggere en trygg hjemmetid i livets slutfase, og hjemmedød der det er ønskelig og gjennomførbart. Målet med retningslinjene er å gi generelle anbefalinger, samt forslag til konkrete tiltak/prosedyrer.

Retningslinjene ble revidert i oktober 2023.

Tverrfaglig samarbeid

Gjennom et sykdomsforløp er bruker i kontakt med ulike instanser og tjenester fra det offentlige, både hos spesialist- og primærhelsetjenesten.

Tverrfaglig samarbeid er nødvendig for å sikre helhetlig ivaretagelse av bruker og pårørende. Dette innebærer at fastlegen, spesialisthelsetjenesten, hjemmetjenesten, Fransiskushjelpen og kreftkoordinator sammen har ansvar for å kartlegge brukers og pårørendes ønsker og behov.

Fastlegen har hovedansvaret i medisinske avgjørelser for bruker som er hjemme. Lovisenberg Lindring og Livshjelp (LLL) ønsker å bistå fastlegene i dette arbeidet. Fastlegen kan ringe lege ved LLL ved behov for konferering.

I de tilfellene hvor bruker er så svekket at det er vanskelig å komme seg til lege/sykehus for konsultasjon, kan fastlege og/eller team fra LLL komme på hjemmebesøk. Ved et hjemmebesøk skal hjemmetjenesten, kreftkoordinator og eventuelt Fransiskushjelpen delta, så fremt det er mulig.

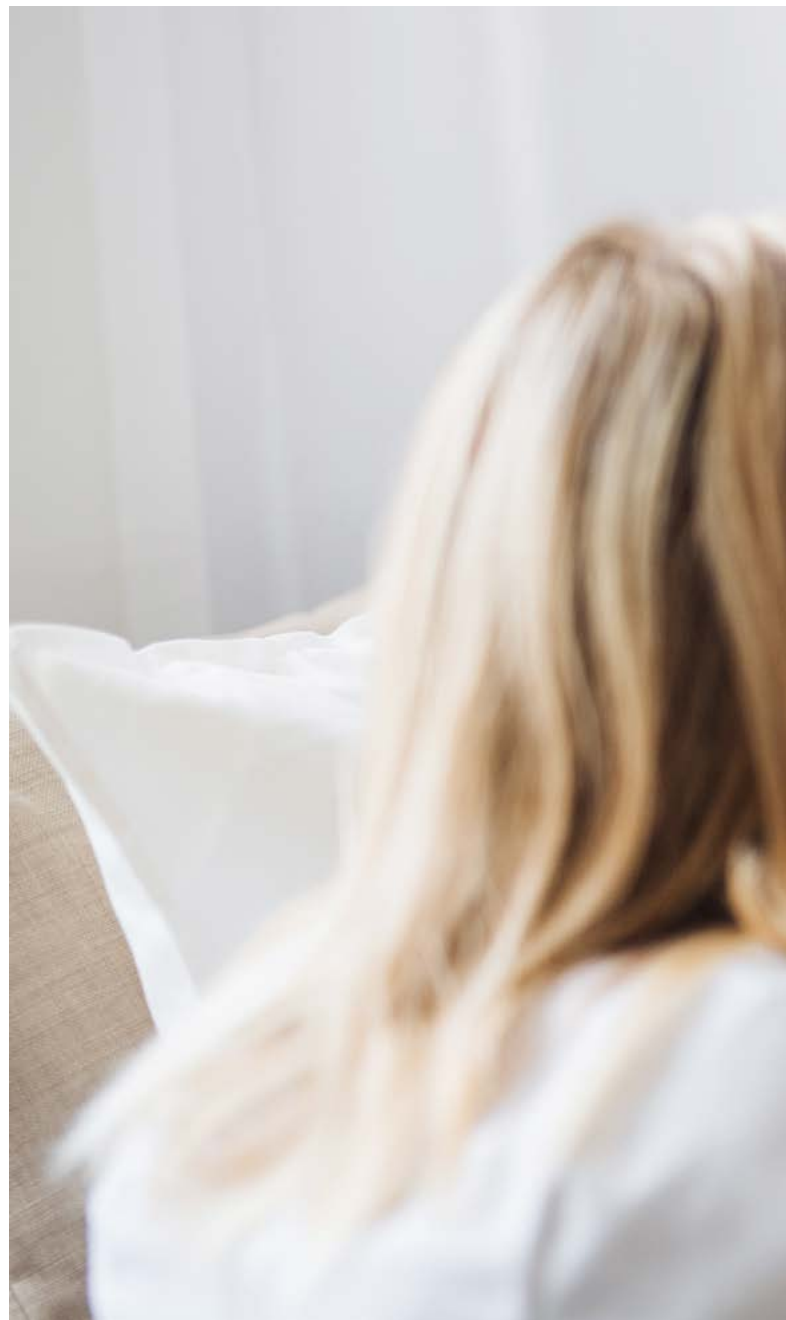




Foto: Adobe Stock

Forberedende samtaler og beredskapsplan

Forberedende samtale er en kartlegging av brukers og pårørendes ønsker og behov. Her inviteres bruker og pårørende til samtale om brukers nære fremtid, fremtidig helsehjelp og livets slutfase. Denne samtalen må fokusere på hva som er viktigst for bruker og pårørende. En slik samtale vil gi verdifull informasjon til de ansatte i tjenesten.

Under forberedende samtaler bør det utarbeides en beredskapsplan. Dette er en oversikt over hvem bruker og pårørende kan kontakte for å få hjelp, til hvilken tid på

døgnet. Beredskapsplanen er et viktig tiltak for å trygge bruker og pårørende i hjemmet.

Teamleder må vurdere om hjemmetjenesten har tilstrekkelig kapasitet og riktig kompetanse for å kunne tilrettelegge for hjemmedød. Det skal være to sykepleiere som trekker opp subcutane medikamenter for ett døgn, hver morgen inne på medisinerrommet. Videre er det ønskelig at det settes av tid til at to pleiere går sammen på tilsynsbesøkene når det vurderes at bruker har dager igjen å leve.

FORSLAG TIL HVORDAN EN BEREDSKAPSPLAN KAN SE UT:

Hvem kontaktes?	Hva kan jeg få hjelp med?	Når er de tilgjengelige?	Telefon
Fastlege			
Hjemmetjeneste			
Kreftkoordinator			
Fransiskushjelpen			
Aktuelt sykehus			
AMK			



VIKTIGE PUNKTER SOM BØR TAS OPP I DEN FORBEREDENDE SAMTALEN:

- Avklare hva bruker og pårørende vet om sykdomssituasjonen.
- Kartlegge hva bruker og pårørende opplever som viktig, og hva som gir mest bekymring.
- Gi informasjon om forventede plager og lindring av disse.
- Hvis det er barn i hjemmet, må det settes inn barnefaglig tiltak i samråd med fastlege eller helsesykepleier på skole/helsestasjon.
- Avklar hvor bruker og pårørende helst vil oppholde seg når livet til bruker går mot slutten.
- Avklar brukerens ønsker angående behandling og behandlingsbegrensning.
- Gå gjennom medikamentliste med lege. Vurder om noen medikamenter kan seponeres umiddelbart eller dersom det oppstår svelgproblematikk.
- Gi informasjon om pleiepengeordningen dersom det er aktuelt.

Kartleggingskjema (O1_Kartleggingskjema) fra GERICA brukes som mal i forberedende samtale. Denne kan flettes inn i journal fra tjenestebildet.

Vurdering av kort forventet levetid

Vurdering av kort forventet levetid gjøres av fastlege eller behandlende lege sammen med sykepleier fra hjemmetjenesten, kreftkoordinator eller Fransiskushjelpen. Brukers og pårørendes oppfatning av situasjonen skal også med i vurderingen. Ved kort forventet levetid menes et levetidsperspektiv på uker til få måneder.

I noen tilfeller kan det være vanskelig å vurdere om en bruker er preterminal eller døende. Her er levetidsperspektivet fra få uker til dager. Vær alltid oppmerksom på at bedring i tegn og symptomer kan bety at tilstanden stabiliserer seg eller er reversibel. Ved usikkerhet bør situasjonen revurderes med fornyet gjennomgang.

EN TVERRFAGLIG GJENNOMGANG SAMMEN MED LEGE SKAL INNEHOLDE FØLGENDE FORHOLD:

- Progresjon av sykdomsutvikling
- Progresjon av funksjonsnedsettelse
- Hvorvidt forverring av tilstanden er forventet
- Mulige reversible tilstander er blitt vurdert

ENDRINGER HOS BRUKER NÅR DØDEN NÆRMER SEG:

- Økende behov for søvn og sengeleie
- Fysisk svekkelse/kraftsvikt
- Psykisk og motorisk uro
- Avtakende interesse for omgivelsene og mindre respons til pårørende
- Mindre interessert i mat og drikke
- Problemer med å svelge, klarer for eksempel ikke å ta tablett eller hoster etter inntak av drikke
- Redusert hostekraft
- Inkontinens

SENERE VIL DET TILKOMME SYMPTOMER SOM:

- Marmorering eller endring i hudfarge
- Endring i respirasjon (overfladisk pust, pustepauser eller surkling)

- Endring i sirkulasjon (kald perifert)
- At bruker i lengre perioder ikke er kontaktbar
- Nedsatt urinproduksjon

HJELPETEKST NÅR HJEMMESYKEPLEIER KONTAKTER FASTLEGE NÅR LIVET GÅR MOT SLUTTEN:

«Hei,

Vi i hjemmetjenesten ser nå at bruker har flere tegn på at livet går mot slutten. Vi observerer følgende... (for eksempel: økt søvnbehov, sengeleie, kraftsvikt, mindre interesse for omgivelsene, tar til seg svært lite mat og drikke, problemer med å svelge, klarer ikke å ta tablett, hoster etter inntak av drikke, redusert hostekraft...). Det er kartlagt at bruker (og pårørende) ønsker hjemmedød. Det er ønskelig med et hjemmebesøk av deg. Har du mulighet til dette? Vi ser på muligheten for at Lovisenberg Lindring og Livshjelp (LLL) også kan delta.

På bakgrunn av vår vurdering, ber vi nå om at det legges inn resept på medikamenter i livets slutfase (reit 3), inkontinensutstyr, inkl. urinkateter og Xylocain gel. Viser til retningslinjer for palliasjon i livets slutfase, utarbeidet av Bydel Gamle Oslo og LLL. Disse er godkjent av bydelsoverlege og tillitsvalgt for fastlegene. Dersom ønskelig kan det konfereres med overlege på LLL, tlf: 23 22 51 70.

Mvh.

Navn, tittel

Hjemmetjenesten team x, tlf: ...»

Ikke-medikamentell symptomlindring

I lindrende behandling er ikke-medikamentelle tiltak viktig. Dette gis ofte parallelt med medikamentell symptomlindring. For å kunne lindre, er det viktig å prøve og kartlegge årsaken til plagene bruker har. Tiltak for symptomlindring må alltid dokumenteres i journal, både ved effekt og dersom tiltaket ikke hadde effekt

Det er viktig å lære opp pårørende i ikke-medikamentell symptomlindring da de periodevis er alene med bruker. Det kan oppleves som meningsfylt for pårørende å gi den syke lindring

FORSLAG TIL IKKE-MEDIKAMENTELL SYMPTOMLINDRING:

- Observasjon og kartlegging av plager
- Munnstell (fukte munn med svamp, munnspray o.l)
- Snuregime
- Thoraxleie
- Endringer på sengen/puter for trykkavlastning
- Fysioterapi/bevegelse av armer og bein
- Vurdere innleggelse av urinkateter
- God lufting i rommet
- Ro/god tid
- Berøring/lett massasje, gjerne med eteriske oljer
- Musikk/oppmerksomt nærvær (= mindfulness)
- Pusteteknikker som leppepust og sampusting (puste sammen med)
- Varmeputer/tepper
- Kald klut på pannen
- Unngå sterke lukter
- Ønskekost
- Formidling av omsorg og trygghet
- Ivaretagelse av pårørende med veiledning, informasjon og støtte
- Støttesamtale og ivaretagelse av brukers eksistensielle behov
- Tilstedeværelse
- God dokumentasjon!



Åndelig/eksistensiell smerte

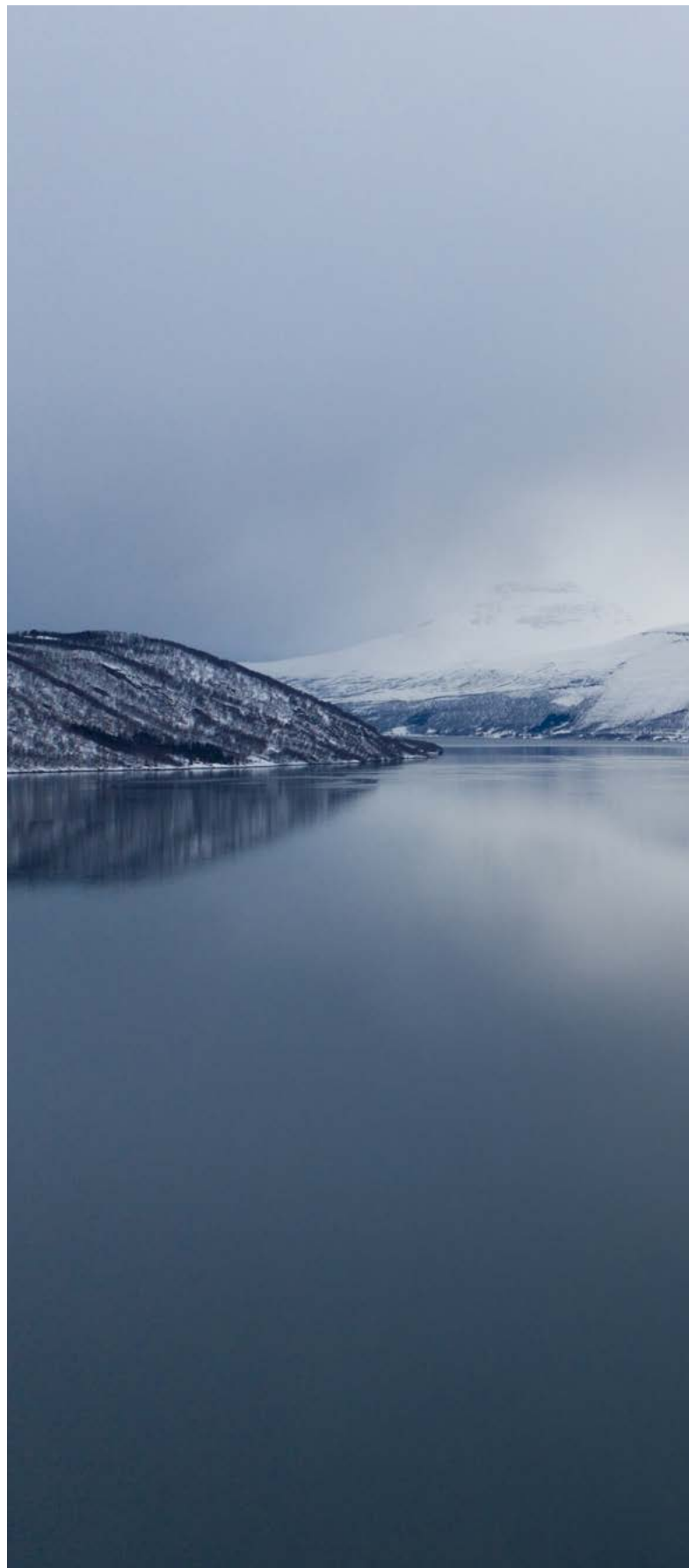
En som skal dø kan ha åndelig og eksistensiell smerte. Dette kan for eksempel handle om dødsangst, tro og tvil eller praktiske bekymringer som «hvem skal betale regningene når jeg dør?» og «hvem skal lage mat til mannen min?». Det kan dreie seg om refleksjoner rundt livet man har levd, med spørsmål som «har jeg vært et godt menneske?». Andre har kanskje uoppgjorte ting med familiemedlemmer eller andre nære. Ofte er helsepersonell redd for å ikke strekke til i situasjonen. Ved åndelig/eksistensiell smerte er modig nærvær, empati, tid, ro og anerkjennelse av bruker og pårørende ofte det som gir best lindring.

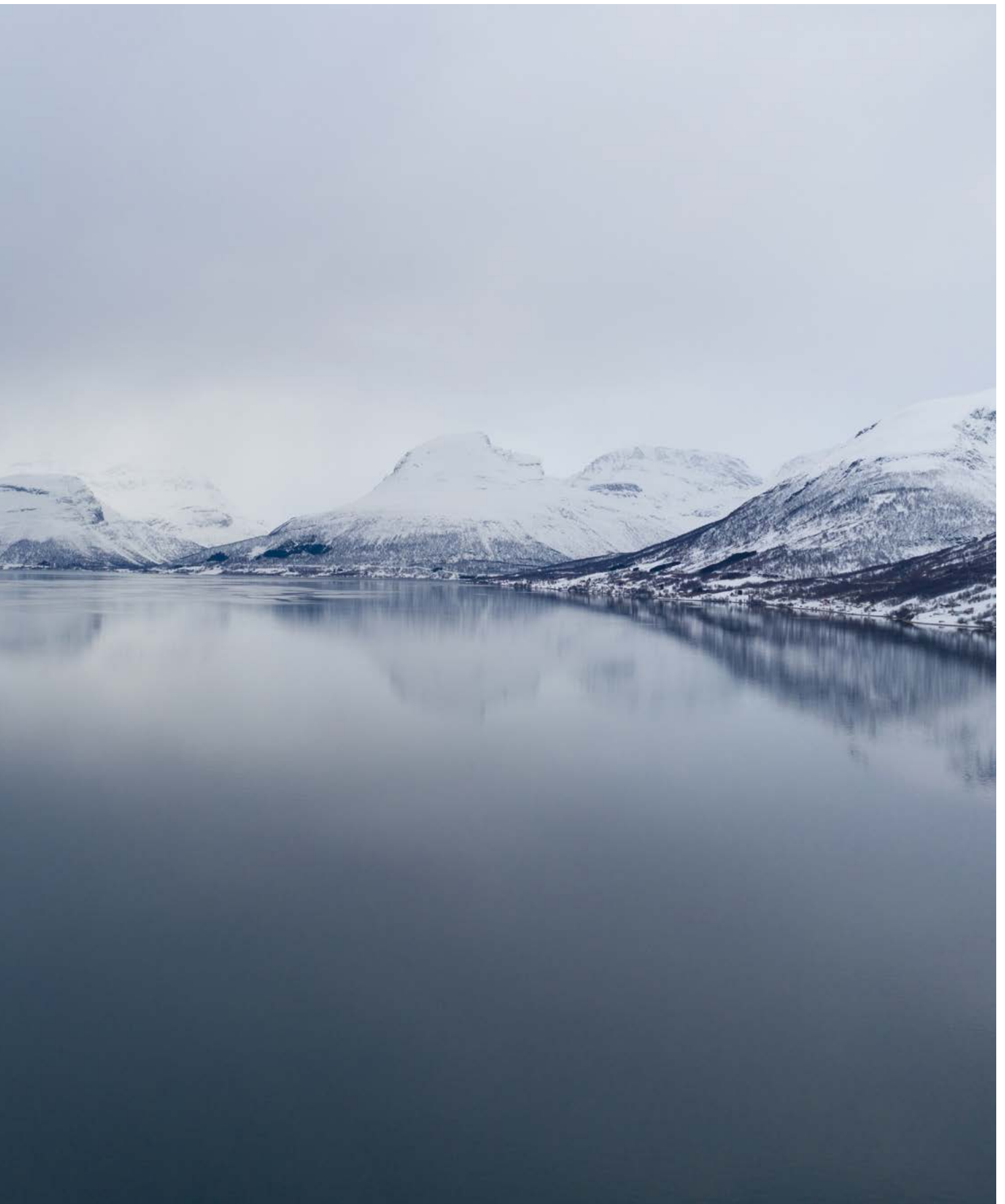
Ernæring/væsketilførsel

På et gitt tidspunkt i sykdomsforløpet vil kroppen ta opp mindre av næringen den blir tilført. Når bruker er døende er det naturlig at mat og drikke uteblir. Noen pårørende kan oppleve det som vanskelig å se at den syke ikke får i seg mat eller drikke. Her er det viktig at pårørende får god informasjon. Bruker dør ikke på grunn av sult og tørste, men av sykdommen.

Eliminasjon

I livets slutfase kan bruker bli inkontinent og trenge bleie. Det må vurderes om bruker trenger urinkateter ved mistanke om urinretensjon eller som et avlastende tiltak. Her bør hjemmesykepleien ha en stående forordning fra lege, slik at kateter kan legges inn dersom situasjonen tilsier det. Det er også viktig å hjelpe bruker å unngå forstoppelse og plager knyttet til det.





Barn som pårørende

Å møte barn som pårørende kan oppleves ekstra utfordrende for noen. Helsepersonell, særlig de som ikke har erfaring med barn fra tidligere, kan oppleve det vanskelig å vite hvordan man skal møte barn med for eksempel en syk forelder eller besteforelder. Barn som pårørende har behov for å bli sett og ha tillit til den som tar seg av den syke. Ofte vil man kunne oppnå dette gjennom lek, godteri/god mat, eller snakk om barnehage/skole og andre interesser. Det kan for eksempel være skummelt for barnet å se at forelderen er syk og er koblet til behandlingsutstyr. I samarbeid med omsorgspersoner, og med bakgrunn i barnets modenhet, kan helsepersonell vise og forklare utstyret. Dette vil ufarliggjøre situasjonen.

Barn som pårørende har behov for å snakke om situasjonen for å få forståelse rundt sykdommen og konsekvenser av den. Helsepersonell som gir informasjon til mindreårige barn, skal alltid ha avklart med foreldrene hva som kan informeres om og ikke. Gjennom samtale med den syke eller annen forelder kan man blant annet spørre etter modenhetsnivå på barnet, slik at man kan tilpasse informasjonen som skal gis.

Helsepersonell kan kontakte barneansvarlig på sykehus for veiledning i situasjonen.

Man bør jobbe tverrfaglig rundt barn som pårørende. Opprett gjerne en ressursgruppe bestående av barnets foreldre, hjemmetjenesten, kreftkoordinator, Fransiskus-hjelpen, helsesykepleier, lærer/førskolelærer, fastlege, og barneansvarlig på behandlende sykehus.

Foreldre er omsorgspersoner for sine barn hele livet. Foreldre har behov for anerkjennelse og støtte i denne rollen når sykdom rammer. De kan være usikre på om de gjør eller sier de rette tingene til barnet.

Der en forelder er syk og skal dø er det viktig at helsepersonell ser den syke og barnet. Det må legges til rette for at den syke og barnet kan få tid med hverandre i rolige omgivelser.

Når et barn mister en av sine nærmeste bør de få tilbud om sorgstøtte. Barn fra 3–18 år kan delta i sorggrupper i regi av OUS på Ullevål sykehus.

Kreftforeningen har et treffpunkt for barn og unge som har alvorlig sykdom i familien, eller som har mistet noen. Det kan være nyttig for barnet å møte noen som har opplevd det samme.

Brosjyrer for disse tilbudene vil også ligge i etterlattkonvolutten. Etterlattkonvolutten ligger på medisinerommet og leveres ut etter dødsfall

Ved mindreårige barn der en omsorgsperson er syk, har helsepersonell plikt etter loven å forsikre seg om at barnet blir ivaretatt (for eksempel av annen forelder eller annen omsorgsperson). Dette skal dokumenteres.



Medikamentell symptomlindring

I livets siste fase oppstår det som regel plagsomme symptomer som krever medikamentell behandling. Medikamenterne skal gis ved behov etter forordning. Medikamenterne og

forordningene er i tråd med Norsk Legemiddelhåndbok, og er basert på retningslinjene fra Helse Bergen seksjon KBL (De fire viktigste medikamentene, 2021)

SMERTE

- Morfin: 2,5–5 mg sc mot smerter. Gjentas ved behov inntil hvert 30 minutt (titrering).
- Morfin har også god effekt mot tungpust; Morfin 1–2,5 mg sc. Gjentas ved behov, inntil hvert 30 minutt.
- Husk at leieendring, frisk luft, tilstedeværelse, berøring osv. kan hjelpe mot smerter og tungpust.
- Relevante bivirkninger: Kvalme, respirasjonsdepresjon, hallusinasjoner, forvirring og sedasjon.
- Effekten av Morfin gitt sc inntreer etter 15–20 minutter.
- Virkningstid: 3–6 timer, store individuelle forskjeller. Halveringstid: 4 timer.

ANGST/URO/FORVIRRING

- Midazolam: 1 mg sc til gamle/skrøpelige, ellers start med 2–2,5 mg sc. Gjentas ved behov, inntil hvert 30 minutt (titrering).
- Husk at tilstedeværelse, ro, musikk, berøring osv. kan hjelpe mot angst, uro og forvirring.
- Effekten av Midazolam gitt sc inntreer etter 5–10 minutter.
- Virkningstid: 1–4 timer, store individuelle forskjeller. Halveringstid: 2–3 timer.

KVALME

- Haldol: 0,5–2 mg inntil x 2 sc mot kvalme. Vurder fast morgen og kveld. Haldol kan også gis mot uro/agitasjon/hallusinasjoner/angst: 2 mg x 3–5 sc. Max døgndose: 10 mg.

- Husk at ro, frisk luft, kald klut på panna osv. også kan hjelpe mot kvalme.
- Relevante bivirkninger er ekstrapyramidale (motoriske bivirkninger).
- Effekten av Haldol gitt sc inntreer etter 10–15 minutter.
- Virkningstid: Opp til 24 timer, noen ganger lengre. Halveringstid: 12–38 timer.

SURKLING

- Robinul/Glykopyrron: 0,2 mg inntil x 1 sc mot surkling.
- Gjentas ved behov, inntil x 1 per time. Max x 6 per døgn.
- Surklingen kommer gjerne av nedsatt hostekraft og dermed opphopning av slim. Husk at stillingsendring kan hjelpe bruker å evakuere slim.
- Relevante bivirkninger er munntørrhet, tørre øyne og tørre slimhinner i nese.
- Dersom bruker oppleves som godt lindret på tross av surkling, er det stor sannsynlighet for at surklingen ikke er plagsom for bruker. Det kan være vanskelig for pårørende å høre på surkling, og det er derfor viktig å gi pårørende informasjon om at bruker fremstår som lindret.
- Effekten av Robinul gitt sc inntreer etter 30–40 minutter.
- Virkningstid: 7 timer. Halveringstid: 1–1,5 time.

Legemidler for lindring i livets slutfase

De fire viktigste legemidlene for lindring i livets slutfase, voksne. Hentet fra norsk legemiddelhåndbok.

Indikasjon	Medikament	Dosering	Maksimal døgndose	Adm. måte
Smerte, dyspné	Morfin®(opioid, analgetikum)	2,5–5–10 mg eller 1/6 av døgndose (po:sc/iv = 3:1) Gjentas ved behov, inntil hvert 30. min (titrer)	Avhengig av effekten (sjelden > 400 mg)	sc = subcutant
Angst, uro, panikk, dyspné, muskelrykninger, kramper, agitert delir	Midazolam® (benzodiazepin, sedativum)	1 mg til gamle/skrøpelige, ellers start med 2–2,5 mg. Gjentas ved behov, inntil hvert 30. min (titrer)	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)	0,2 mg inntil x 1/time, max x 6/døgn	1,2 mg (sjelden nødvendig)	sc

Merk: Både Midazolam® og Robinul® brukes her utenfor godkjent indikasjonsområde.

Veileder for rekvisisjon av medikamentskrin

Det er viktig å planlegge godt rundt bruker ved forventet hjemmedød. Hjemmetjenesten, kreftkoordinator eller Fransiskushjelpen må konferere med fastlege, slik at medikamentskrinet kan forordnes og være tilgjengelig dersom det skulle bli nødvendig å ta dette i bruk på kveld, helg eller helligdager. Oppstart av medikamentskrinet skal være i samråd med Fransiskushjelpen eller kreftkoordinator. Sykdomsbildet vil raskt kunne endre seg, og

det er derfor viktig å være forberedt på mulige behov for legemidler. Vurder hvilke symptomer som kan oppstå og legg en plan for mulige behov for legemidler. Sørg for at legemidlene er tilgjengelige der brukeren behandles.

Dersom en ikke har tilgang til medikamentene i medikamentskrinet, bør det vurderes om det er faglig og etisk forsvarlig å fortsette planleggingen av hjemmedød.

HVORDAN KAN FASTLEGE REKVIRERE MEDIKAMENTSKRIN?

- Administrerende leder og avdelingsoverlege ved Lovisenberg Lindring og Livshjelp, Are K. Normann, står faglig og medisinsk ansvarlig for innholdet i medikamentskrinet samt dosering i tråd med Norsk Legemiddelhandbok.
- Dersom fastlege ønsker konferering kan lindrende team på Lovisenberg Lindring og Livshjelp kontaktes på telefon; 23 22 51 70.
- Fastlege kan skrive e-resept til brukeren det gjelder.
- Fastlege må legge inn resept på inkontinensutstyr, inkludert urinkateter og Xylocain gel.
- Medikamentene er på blå resept etter ICD/ICPC kode § 2–90 Palliativ behandling i livets slutfase.
- Fastlegen doserer medikamentene i tråd med legemidler i livets slutfase jamfør Norsk legemiddelhandbok.

- Hjemmesykepleier kan hente ut medikamentene på Boots Apotek Tøyen. OBS: Husk å ta med ansatt-id med bilde.

HVA INNEHOLDER MEDIKAMENTSKRINET?

- En eske Midazolam 5 mg/ml, 10 amp à 1 ml.
- En eske Haldol 5 mg/ml, 10 amp à 1 ml.
- En eske morfin 10 mg/ml, 10 amp à 1 ml.
- En eske Robinul 0,2 mg/ml, 10 amp à 1 ml.

Forbruksvarer til subcutan administrering av medikamenter, samt annet nødvendig utstyr i livets slutfase, finnes på hjemmetjenestens medisinerrom.

Subcutane injeksjoner

- Det skal være to sykepleiere som trekker opp rekvirert dose på medikamenter som skal gis subcutant.
- Begge sykepleierne signerer for opptrukne doser på medikamentarket.
- Opptrukne sprøyter merkes med medikament, styrke, dato, klokkeslett og sykepleiersignaturer.
- Sprøytene kan oppbevares i kjøleskap i opptil ett døgn.
- Dersom medikamenter må kasseres grunnet holdbarhet skal dette dokumenteres av to sykepleiere på medikamentarket. Opptrukket medikament som ikke blir brukt kasseres i egne bokser på medisinerrommet.
- Medikamentene må oppbevares utilgjengelig for eventuelle barn eller andre som av grunner ikke bør ha tilgang til dem.
- Sub-Q kan legges i overarm, på mage, lår eller rett under kragebeinet.
- Sub-Q plasseres med tanke på hvordan bruker beveger seg eller liggstilling.
- Unngå innleggelse av sub-Q i ødematøst vev eller skadet hud.
- Sub-Q kan ligge opptil en uke av gangen, men bør byttes hver 3. dag.
- Observer huden rundt sub-Q før injeksjon gis. Se etter rødme, varme, hevelse, om det er «kraterdannelse» eller om bruker uttrykker at det er vondt.
- Bruk en sub-Q til hvert medikament.
- Det skal aldri skylles med saltvann, verken før eller etter administrering av medikament.
- Forlengesslangen til sub-Q forhåndsfylles med medikamentet som skal gis i den. Den rommer 0,1 ml. Forlengesslangen merkes med medikamentnavn og styrke.



Skann QR-koden for å se film om innleggelse av Sub-Q



Foto: Adobe Stock



Rutiner når bruker dør

- Dersom pårørende ikke er til stede, må de informeres med en gang bruker er død.
- Pårørende informeres om rutinene ved dødsfall. Når dødsfallet har inntruffet vil pårørende kunne ha vansker med å huske praktisk informasjon som gis. De er ofte slitne etter våkenetter, ventetid og sorg. Etterlattkonvolutt deles ut ved alle dødsfall. I denne konvolutten er det samlet brosjyrer med både praktisk informasjon og støttende ord. Konvoluttene er å finne på medisinerommet, i samme skuff som utstyrsboksene.
- Gi omsorg til de pårørende.
- Ring legevakt, telefon 23 48 72 10, og si at vi har et forventet dødsfall hjemme.
- Det er ikke prosedyre at hjemmetjenesten utfører morsstell. Gi informasjon om at begravelsesbyrået utfører morsstell. Avklar om det er spesielle hensyn relatert til religion.
- Når legevaktslege har skrevet dødsattest informeres de pårørende om at de kan ringe nøytralt begravelsesbyrå (22 08 60 70) for henting av den døde. Dersom pårørende har bestemt seg for hvilket begravelsesbyrå de ønsker å benytte kan pårørende ringe dette for å avtale henting.
- Den døde fraktes til Ullevål sykehus. Dersom pårørende ønsker syning kan dette finne sted i sykehuskapellet. Dette avtales med prestetjenesten ved Ullevål sykehus, telefon 22 11 80 01.
- Avklar med kreftkoordinator hvem som tar etterlattsamtale.



Foto: Steven Kamenar



Vedlegg

Innhold i boks for livets siste fase:

- Sub-Q
- 1 ml sprøyter
- 2 ml sprøyter
- Opptrekkskanyler
- Propp til å sette på ferdig optrukne sprøyter
- Tegaderm
- Desinfeksjonstørk
- Skiftesett
- Xylocain gel
- Urinkateter
- Urinposer
- Sterile hansker
- NaCl, 120 ml belg
- Utstyr til munnstell
- Bleie/kladd
- Medikamentark for dokumentasjon av behovsmedisiner
- Tape
- Kompresser 10x10 cm
- Merkelapper for merking av medikamenter
- Brosjyre: «Når livet går mot slutten»
- Hakestøtte
- Etterlattformkonvolutt

Boksen er å finne på medisinrommet hos hjemmetjenesten.
Den skal alltid være fylt på og klar til bruk.

Beredskapsplan

Hvem kontaktes?	Hva kan jeg få hjelp med?	Når er de tilgjengelige?	Telefon
Fastlege			
Hjemmetjeneste			
Kreftkoordinator			
Fransiskushjelpen			
Aktuelt sykehus			
AMK			

Morsstell

- Alle døde skal behandles med respekt.
- Avklar om det skal tas spesielle hensyn relatert til religion. Et egnet rom for ulike vaskeritualer finnes på Ullevål sykehus. Det er begravellesbyråene som står for bruken av dette.
- Legg bruker flatt med en liten pute under hodet.
- Tørk rundt munnen, sett inn tannproteser. Dette er vanskelig på et senere tidspunkt og kan da bli mindre pent.
- Haken støttes opp ved hjelp av hakestøtte.
- Lukk øynene forsiktig. Ved behov kan øynene holdes lukket med fuktige kompresser.
- Fjerne kanyler, ta ut urinkateter og skifte bandasjer.
OBS! Ikke fjern dren hvis det er mistanke om at det kan sive væske. Bandasjer innstikkene og la bandasjen sitte på selv om det tilsynelatende slutter å væske.
- Utfør stell etter behov.
- Den avdøde skal være mest mulig lik seg selv som levende. Hår, negler og barbering skal utføres slik at pårørende gjenkjenner den avdøde.
- Ta på bruker en bleie, i tilfelle siv av avføring eller urin.
- Spør de pårørende om det er noe spesielt tøy de ønsker bruker skal ha på seg etter stell.
- Rommet der den døde ligger skal være ryddet og godt utluftet, med varmen avskrudd.
- Tenn lys dersom pårørende ønsker det.

Ressurspersoner/rolleavklaringer

- Administrerende leder og avdelingsoverlege ved Lovisenberg Lindring og Livshjelp, Are K. Normann, står faglig og medisinsk ansvarlig for innholdet i medikamentskrinet, og har godkjent retningslinjene.
- Bydelsoverlege i Bydel Gamle Oslo, Simen Ravlo, har sammen med tillitsvalgte for fastlegene i bydelen godkjent retningslinjene.
- Brukers fastlege står ansvarlig for rekvirering av de fire medikamentene i medikamentskrinet som skal brukes.
- Ansatte i hjemmetjenesten forplikter seg til å sette seg inn i disse retningslinjene og administreringen av medikamentene i medikamentskrinet.
- Kreftkoordinator Liv Inger M. Stokvold, kreftsykepleier Maren Hanstad og spesialist i allmennsykepleie Synne T. D. Bussesund i Enhet helse og hverdagsmestring i Bydel Gamle Oslo, har vært ansvarlige for utarbeidelsen av retningslinjene og prosedyrer til bruk i tjenestene.
- Sykehusfarmasøyt Lisbeth Trelnes ved Lovisenberg sykehusapotek har bidratt med faglige innspill til rekvirering av medikamentskrin.
- Palliativ sykepleier ved Lovisenberg Lindring og Livshjelp, og leder for palliativt nettverk Lovisenberg sektor, Liv Ida Fuglum Sætre, har bistått som ressursperson i utarbeidelsen, implementeringen og revideringen av retningslinjene.
- Kreftsykepleier Åshild Hauge og palliativ sykepleier Vibeke Gran Wang har vært med på revidering og implementering av retningslinjene i hjemmetjenesten. De jobber ved Lovisenberg Diakonale Sykehus, og er ansatt i prosjektet «Sammen om palliasjon i hjemmet» i Enhet helse og hverdagsmestring i Bydel Gamle Oslo.
- Ressursperson i Fransiskushjelpen er Karen Riddervold.
- Kreftkoordinator har ansvar for opplæring og veiledning av hjemmetjenesten i bruken av medikamentskrinet.
- Vibeke Mathiesen er enhetsleder for Enhet helse og hverdagsmestring i Bydel Gamle Oslo.
- Fagsykepleiere Camilla Skovly Ringnes, Feven Tesfay, Maria Storerud & Sumaya Warsame Farah i Enhet helse og hverdagsmestring er ressursykepleiere innen palliasjon i hjemmetjenesten i Bydel Gamle Oslo.
- Retningslinjene revideres hvert 2. år eller ved vesentlige endringer.

Viktige telefonnummer

Vakttelefon hjemmetjenesten (Enhet helse og hverdagsmestring)

Team nord: 95 98 65 65

Team vest: 46 84 01 82

Team øst: 47 66 79 48

Team sør: 99 28 50 51

Fransiskushjelpen:

40 40 21 68

Kreftkoordinator:

41 67 62 17

Lovisenberg Lindring og Livshjelp:

23 22 51 70

Boots Apotek Tøyen:

23 24 39 39

Lovisenberg sykehus, ved bruk av åpen retur:

23 22 50 00



Referanser

Festvåg, L. E. & Eilertsen, G. (2021). Kan vi planlegge hjemmedød? *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/meninger/2021/09/kan-vi-planlegge-hjemmedod>

Helsedirektoratet (2009). Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling>

Helsedirektoratet (2015). Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>

Helsedirektoratet (2018). Nasjonale faglige råd for lindrende behandling i livets slutfase. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase>

Iversen, G. (2016). En plan for livets slutfase. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2016/09/en-plan-livets-slutfase>

Kompetansesenter i lindrende behandling, Helseregion Vest (2021). *Medikamentskrin vaksne*. <https://helse-bergen.no/kompetansesenter-i-lindrende-behandling/palliasjon-verktoy-for-helsepersonell/medikamentskrin-vaksne>

Norsk legemiddelhandbok (2022). T21.2.2 Legemidler for lindring i livets slutfase. https://www.legemiddelhandboka.no/T21.2.2/Legemidler_for_lindring_i_livets_slutfase

NOU 2017:16 (2017). På liv og død – Palliasjon til alvorlig syke og døende. Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon – Informasjonsforvaltning. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548>

Rosland, J. H., von Hofacker, S. & Paulsen, Ø. (2006). Den døende pasient. *Tidsskriftet- Den Norske Legeforening*, 2006 (126). <https://tidsskriftet.no/2006/02/tema-palliativ-medisin/den-doende-pasient>

Rønsen, A. (2020). *Palliativ omsorg i kommunene*. Omsorgsbiblioteket. <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2636784>

Staats, K., Tranvåg, O. & Grov, E. K. (2019). Hjemmedød: Dette får sykepleiere til å bruke medikamentskrinet. *Sykepleien*, 2019 (107), 75734/e-75734. <https://sykepleien.no/forskning/2019/02/hjemmedod-dette-far-sykepleiere-til-bruke-medikamentskrinet>

