

Innhold

1. Innledning	3
2. Lyngens forutsetninger	3
3. Lovverk, sentrale føringer, rettigheter	4
4. Begreper	5
4.1. Palliasjon	5
4.2. Livets slutfase	6
4.3. Døende	6
4.4. Palliativ plan	7
4.5. Tiltaksplan i livets slutfase	8
5. Samarbeid og koordinering	8
5.1. Fastlegen	8
5.2. Andre fagressurser i kommunen	8
5.3. Ressurser i spesialisthelsetjenesten	9
5.4. Andre samarbeidspartnere	9
6. Pasienten	10
6.1. Omsorgsansvar	10
6.2. Forhåndsamtaler	10
6.3. Væske og ernæring	10
6.4. Livsforlengende behandling	11
6.5. Symptomer og behandling	12
6.6. Systematisk symptomkartlegging	12
6.7. Smerter	13
6.8. Kvalme	13
6.9. Tung pust	13
6.10. Angst og uro	13
6.11. Lindrende skrin	14
6.12. HLR	14
7. Pasientens nettverk	15
7.1. Kartlegging	15
7.2. Barn som pårørende	16
7.3. Ivaretagelse av etterlatte	16
8. Pasientgrupper med særskilte følgeproblemer	17

8.1.	Barn	17
8.2.	Kreft.....	17
8.3.	Progredierende neurologiske sykdommer/akutte nevrologiske sykdommer/andre kroniske sykdommer.	17
8.4.	Demens.	18
8.5.	Psykisk utviklingshemmede.	19
8.6.	Rusavhengige/psykiatri	20
8.7.	Hjertesvikt.....	20
8.8.	KOLS	21
8.9.	Palliasjon ved covid-19	21
9.	flerkulturelt samfunn.....	21
10.	Når helsetjenesten ikke rekker å planlegge.....	22
11.	Økonomiske ytelser	22
12.	Kontinuerlig Subkutan Medikamenttilførsel (smertepumpe)	23
13.	Linker	23

En dag skal vi dø, men alle de andre dager skal vi leve

(Per Olov Enquist)

1. Innledning

Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for brukerne og deres pårørende. Ved livets slutt blir god pleie og omsorg viktig. Blir vi uhelbredelig syke og døende ønsker vi å bli møtt med respekt, med lindring av smerte og ivaretagelse av psykiske, sosiale og åndelige behov. Regjeringen har som mål at tilbud om aktiv livshjelp, smertelindring og omsorg til pasienter i avslutningsfasen av livet skal være tilgjengelig for alle, uavhengig av alder, diagnose, funksjonsnivå og bosted.

Lyngen kommune ønsker å gi tjenester som er koordinerte og tilpasset den enkeltes ønsker og behov, så den syke opplever trygghet og mening i sine siste dager. Tjenestene skal være basert på pasientens medvirkning og gi størst mulig valgfrihet ved livets slutt.

Denne planen for lindrende behandling vil primært omhandle pasienter fra 18 år og opp.

For utfyllende informasjon vises til «Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen». [Palliasjon i kreftomsorgen – Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer.pdf \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no/tema/palliasjon-i-kreftomsorgen) og Regionalt kompetansesenter for lindrende behandling i Nord-Norge [Praktisk palliasjon - Universitetssykehuset Nord-Norge \(unn.no\)](https://www.unn.no/) og «lindrende behandling i livets slutfase, Nasjonale faglige råd, Helsedirektoratet. [Lindrende behandling i livets slutfase - Helsedirektoratet](https://www.helsedirektoratet.no/tema/lindrende-behandling-i-livets-slutfase) Finnes også noen nyttige linker til i siste kapittel.

2. Lyngens forutsetninger

Innbyggertall i Lyngen var 2757 i 2020. Antall dødsfall i Lyngen 2019 var 33. I 2012 skjedde nesten halvparten (48,5 pst.) av alle dødsfall i Norge i kommunale sykehjem og institusjoner, mens bare 14,5 % døde hjemme. (Omsorg 2020 s.29)

Pleie og omsorg i Lyngen er delt over flere lokalisasjoner. Indre Lyngen har Lyngstunet med legekontor, fysio- og ergoterapi, korttid- og langtidsavdeling og omsorgsboliger og kontor for hjemmesykepleie og kreftsykepleie.

Kreftsykepleierstillinga på 50 % ligger under hjemmesykepleien. Solhov

Bosenter og Solbakken botilbud, Rus og psykiatri har kontor på Solhov. Ytre Lyngen har Lenangen Omsorgssenter med kontor for hjemmesykepleien. Lyngen kommune har nattilbud for hjemmeboende. På grunn av lang reisevei mellom Ytre Lyngen og nærmeste legekantor (Lyngseidet), blir tilbud fra spesialisthelsetjenesten som Palliativt team og kontakt med respektive sykehusavdelinger og leger ved UNN brukt mer i ytre Lyngen. Kommunen har også psykolog og prest.

3. Lovverk, sentrale føringer, rettigheter

Pasient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen og rett til et verdig tjenestetilbud i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd, bokstav b. (Lov om pasient- og brukerrettigheter §2-1)

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8. (Lov om pasient- og brukerrettigheter §3-1 2.ledd)

Til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid skal kommunen tilby nødvendig pårørendestøtte blant annet i form av:

1. Opplæring og veiledning
2. Avlastningstiltak
3. Omsorgsstønad (Lov om kommunale helse –og omsorgstjenester §3-6)

Helsepersonell har plikt til å kartlegge om pasienten har mindreårige barn og skal bidra til å ivareta behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn med alvorlig syk forelder kan ha, jfr Lov om helsepersonell §10 –A. [Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\) - Lovdata](#)

Vi har fått retningslinjer, nasjonale faglige råd og veiledere om lindrende behandling og omsorg. Mest sentrale er Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (2019) [Palliasjon i kreftomsorgen – Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#), Nasjonal faglig retningslinje for palliasjon til barn og unge uavhengig av diagnose (2017 [Palliasjon til barn og unge - Helsedirektoratet](#)), Nasjonale faglige råd for lindrende behandling i livets slutfase [Lindrende behandling i livets slutfase -](#)

[Helsedirektoratet](#) og St.meld 24 (2019-2020) Lindrende behandling og omsorg – Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve. [Meld. St. 24 \(2019–2020\) - regjeringen.no](#)

Viser også til Veileder om beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling (Rev 2013) www.helsebiblioteket.no

4. Begreper

4.1. Palliasjon

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom og evt kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet (WHO, 1999).

Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnæringsmåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved hjelp av tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art (WHO, 2002)

Pasienter i palliativ fase kjennetegnes ved:

- Komplekse symptombilder med bakgrunn i både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle forhold
- Hyppige og raske endringer i symptombildet
- Akutte tilstander og komplikasjoner som krever rask vurdering og behandling
- Tap av fysisk funksjon og økende hjelpe- og pleiebehov
- Sviktende organfunksjon(er)

- Endret farmakokinetikk/-dynamikk (Palliasjon i kreftomsorgen s.13)

Når pasienten er i en slik situasjonen, bør helsetjenesten sammen med pasienten begynne å planlegge for videre oppfølging med tanke på lindrende behandling

4.2. Livets slutfase

«Når det er overveiende sannsynlig at gjenværende levetid er betydelig begrenset, ofte definert som uker eller dager» (NFPM og NPF, 2016)

4.3. Døende

Med døende «forstås at pasienten vil dø i løpet av kort tid, det vil si i løpet av timer eller få dager» (NFPM og NPF, 2016).

Symptomer og tegn som er fremtredende nær døden vil kunne variere, men vanlige observasjoner og kjennetegn er:

Søvnbehovet øker, uttalt økende tretthet

Tiltakende fysisk svekkelse, økende behov for sengeleie

Interessen for omgivelsene minker og bevisstheten sløres, mindre respons til de nærmeste

Orienteringsevnen svekkes, med tidvis eller tiltakende forvirring

Interessen for å ta til seg næring svekkes, etter hvert trengs det også mindre drikke

Pasienten tar bare små slurker vann og har vansker med å ta tablett

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.

Når det er faglig enighet om at pasienten er døende kan det være aktuelt å ta i bruk en detaljert tiltaksplan for ivaretagelse av den døende.

4.4. Palliativ plan.

Pasienter som trenger et koordinert tjenestetilbud, har lovfestet rett til en individuell plan og koordinator. (Lov om pasient og brukerrettigheter §2-5) En palliativ plan er en forenklet versjon av individuell plan og er raskere å opprette og enklere å administrere. Kommunen har ansvar for å opprette en palliativ plan og den skal følge pasienten mellom ulike tilbud i kommunen og ulike helsenivå. Den skal sendes med innleggelsesrapport, evt som kritisk info. Planen skal være et verktøy for pasienter, helsepersonell og pårørende og tar utgangspunkt i en *forhåndssamtale* sammen med f.eks pasient, fastlege, sykepleier og pårørende. Den kan følge pasienten over år eller i kortere perioder, og revideres ved behov. Planen dokumenteres i pasientens journal og kan oppdateres med nye oppfølgingssamtaler.

Hovedmålet for planen er å ha en *plan for oppfølging ved langvarig sykdom* og en *beredskapsplan* dersom pasienten blir dårligere.

Palliativ plan skal inneholde:

- Pasientens skriftlige samtykke
- En koordinator, f.eks. hjemmesykepleier
- Pasientens mål
- En ansvarlig tjenesteyter for hvert tjenesteområde
- Kontaktoversikt og ansvarsfordeling, inkl. kveld, natt og helg
- Avtalt oppfølging
- Klare retningslinjer for hvor og hvordan evt. innleggelse skal ordnes. Dersom åpen returbegrepet brukes, skal dette være klart definert

Også pasienter som ikke ønsker palliativ plan, har rett på koordinator.

Lyngen har foreløpig ikke innført «palliativ plan» som verktøy.

[Palliativ plan - Helse Møre og Romsdal \(helse-mr.no\)](http://helse-møre-og-romsdal.no)

4.5. Tiltaksplan i livets slutfase

En tiltaksplan (care pathway) beskriver en kompleks intervensjon for felles beslutningstaking og organisering av de ulike prosessene som inngår i behandling og pleie, og gjelder for en klart definert pasientgruppe i en klart definert tidsperiode. En individuelt tilpasset tiltaksplan i livets slutfase kan benyttes overfor pasienter som befinner seg i de siste dagene eller timene av sitt liv dels som en veiledning i behandling og pleie og dels som hjelp i beslutningsprosesser. Lyngen kommune har foreløpig ikke innført tiltaksplan i livets slutfase.

5. Samarbeid og koordinering

5.1. Fastlegen.

Det er pasientens fastlege som har det overordnede, koordinerende ansvar for omsorg og behandling rundt pasienten.

Fastlegen skal gi tilbud om hjemmebesøk til egne pasienter som på grunn av sin helsetilstand eller funksjonsevne ikke er i stand til å møte til konsultasjon på legekantoret, eller når dette anses nødvendig for å sikre pasienten forsvarlig helsehjelp.

Fastlegen bør ut fra sin rolle ta ledelsen ved aktivt å initiere, prioritere, koordinere og følge opp nødvendig diagnostikk og behandling i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer også å trekke inn andre faggrupper eller ressurser, som kreftsykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, prest, psykiatritjeneste, hjemmesykepleie, når dette er nødvendig for å sikre en helhetlig tilnærming til pasientens problemer og behov.

5.2. Andre fagressurser i kommunen:

Fysioterapeuter kan mobilisere og aktivisere pasienten og bidra til smertelindring, trivsel og at viktige kroppsfunksjoner opprettholdes lengst mulig. F.eks. kan pasienten trenes i muskler som brukes ved toalettbesøk. Noen fysioterapeuter driver også med lungedrenasje, lymfedrenasje og akupunktur. Akupunktur kan brukes mot f.eks. smerter og kvalme. Det kan også brukes elektrostimulering mot smerter.

Ergoterapeut bør kobles tidlig inn ved kronisk sykdom for å tilpasse boligen og hjelpemidler og planlegging. Ved behov for seng, rullestolrampe, trappeheis, må man være obs på lang bestillingstid.

Kreftsykepleier har særskilt utdanning med tanke på kreft og lindrende behandling, og har pasientkontakt i hele kommunen.

Psykiatrisk sykepleier kan koples inn som særskilt samtalepartner og for å vurdere om andre tiltak er nødvendig. Personer med kroniske sykdommer kan oppleve krise, sorg og depresjon spesielt ved diagnostisering og ved forverringer av sykdommen.

Prest Noen har behov for å snakke med prest om eksistensielle spørsmål. For noen er det vanskelig å ta kontakt selv og kan trenge tips om dette. Presten kontaktes på menighetskontoret.

5.3. Ressurser i spesialisthelsetjenesten:

Palliativt team ved UNN; Pasienten henvises palliativt team fra fastlege evt fra UNN. Leger/sykepleiere ved avdelingene pasienten har vært pasient ved kan kontaktes. Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling (Lindring i Nord) har på hjemmesiden beskrivelser av symptomkartlegging, skjema, prosedyrer på f.eks smertepumper og pleurX-dren, om ernæring og lindrende behandling i livets slutfase. Driver kursing, konferanser.

5.4. Andre samarbeidspartnere:

Kreftforeningen arrangerer kurs og informasjonsmøter for pasienter og pårørende. Har nettsider med kreftinformasjon, informasjonsvideoer, egne sider for barn, også på andre språk, f.eks polsk og somalisk. Kreftlinja med jurister, sosionomer, kreftsykepleiere osv svarer på spørsmål hverdager til 20.00 på kvelden. [Forside - Kreftforeningen](#)
Tverrkulturell helseinfo: En frivillig organisasjon som driver med informasjonsformidling til personer med innvandrerbakgrunn, samt helsepersonell. [Tverrkulturell Helseinfo](#)
Frivillighetsentralen i Lyngen er en møteplass, ressursenter og et kontaktpunkt for frivillig innsats i kommunen. De skal bl.a kunne avhjelpe mennesker med behov som ikke dekkes av det offentlige.

6. Pasienten

6.1. Omsorgsansvar.

Noen pasienter har omsorg for ektefelle, barn eller andre som er avhengige av dem. Dette må avklares raskt og helsetjenesten må overta oppgaver pasienten ikke lengre klarer å gjøre. Det kan være behov for å kople inn andre pårørende, offentlig helsehjelp eller andre instanser.

6.2. Forhåndssamtaler

Forhåndssamtaler er samtaler med pasienten om framtidig behandling. De vil kunne bidra til at pasientens ønsker er kjent ved krevende beslutninger mot livets slutt generelt, og spesielt hvis den kognitive evnen forventes å bli redusert.

Forhåndssamtaler bør tilbys personer med alvorlig kronisk sykdom. Om pasienten ønsker og tillater kan pårørende delta i samtalen. Andre som kan delta er f.eks leger og sykepleiere. Slike samtaler vil bl.a kunne fremme pasientens medvirkning og medbestemmelse og skape tillit mellom pasient og helsepersonell. Dette vil også kunne gi pasient og pårørende mulighet for å planlegge den siste tiden bedre sammen. Hva er viktig for deg nå? er et sentralt tema. Det kan f.eks avklares hvor pasienten kan tenke seg å være når behovet for helsehjelp øker.

[Forhåndssamtale og palliativ plan - Universitetssykehuset Nord-Norge \(unn.no\)](#) (NOU 2017:16 På liv og død – Palliasjon til alvorlig syke og døende s. 32) «Dine ønsker for livets siste tid-forberedende samtaler» Fagprosedyre helsebiblioteket [Dine ønsker for livets siste tid - veiledning og skjema for samtale om preferanser - Helsebiblioteket.no](#)

Forhåndssamtaler på sykehjem [Veileder: Forhåndssamtaler på sykehjem - Institutt for helse og samfunn \(uio.no\)](#)

6.3. Væske og ernæring

- Symptomlindring og vanlig mat
- Legg til rette for samtale om mat og drikke med pasient/pårørende, også når døden er nært forestående.
- Vurder å avstå fra ernæring og væskebehandling når livsforlengende behandling bedømmes til ikke å være til pasientens beste.
- Legg til rette for at pasienten får godt munnstell i livets slutfase.

Pasienten tilbys mat og drikke så lenge han eller hun har ønske om det. Det er viktig å ha en åpen dialog med pasient og pårørende for å få en felles forståelse av situasjonen og behandlingen. Gi informasjon og muligheten å være med på beslutninger. Man må være forsiktig med å mase om mat, det kan få motsatt effekt. En pasient kan heller ikke spise seg frisk. Når døden nærmer seg blir interessen for mat og drikke ofte nedsatt. Tørste kan som regel lindres gjennom godt munnstell og hyppig fukting av munn. Se helsedirektoratets faglige råd, lindrende behandling [Mat og drikke når døden er nært forestående - Helsedirektoratet](#)

Kakeksi er et metabolsk syndrom som bl.a kan oppstå når livet går mot slutten. Det innebærer vekttap, dårlig appetitt, tap av lukt og smak, svekket fordøyelse, absorpsjon og omsetning av næringsstoffer.

Dårlig matlyst kan komme av plagsomme tilstander og symptomer. Dette må kartlegges og behandles. Tilstander kan være:

- Stomatitt
- Smaksendringer
- Munntørrhet
- Svelgeproblemer
- Forstoppelse
- Obstruksjon i mage-tarm kanalen
- Kvalme/oppkast
- Smerter
- Dyspné
- Depresjon

6.4. Livsforlengende behandling.

Ved livsforlengende behandling må alltid forventet effekt av behandlingen, altså mulig livsforlengelse, vurderes opp mot eventuell forverring av livskvaliteten. Eksempler på livsforlengende behandling kan være operasjon, cellegift, strålebehandling, antibiotika ved lungebetennelse, insulin ved diabetes eller blodtrykksenkende medisiner. Pasienter har rett til å bestemme om de ønsker livsforlengende behandling eller ikke. (Lov om pasient- og brukerrettigheter. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/#KAPITTEL_7

En døende pasient har rett til å motsette seg livsforlengende behandling. §4-9) Pårørende kan også være pasientens talerør. Viser til veilederen «Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling» [Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling - Helsedirektoratet](#)
[Lindrende/palliativ behandling - Kreftforeningen](#)

6.5.Symptomer og behandling.

Viser til Palliasjon i kreftomsorgen-nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer kap 4. og Håndbok i lindrende behandling. Her vil man finne konkret informasjon om ulike symptomer og tilstander som smerte, dyspnø, munntørrehet, kvalme etc. [Palliasjon i kreftomsorgen – Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

Lindrende behandling kan bli nødvendig både ved kreft og andre kroniske sykdommer, f.eks hjertesvikt og KOLS. Grunnprinsippene for behandling av symptomer blir de samme, men noen pasientgrupper har særskilte følgeproblemer, f.eks kommunikasjonsproblemer hos demente og psykisk utviklingshemmede m.m Dette tas nærmere opp i kap. 8.

6.6.Systematisk symptomkartlegging:

Lege/kreftsykepleier/sykepleier/vernepleier kartlegger jevnlig pasienten, for å sette i gang lindrende tiltak og evaluere tidligere tiltak. Slik gjør man kartlegging og behandling:

- Samtale med pasient og pårørende.
- Pasienten fyller ut ESAS-r skjema, evt med hjelp fra pårørende eller helsepersonell. Dersom pasienten ikke kan uttrykke seg, bruker man observasjoner og fyller ut MOBID-2 (demente, psykisk utviklingshemmede, kommunikasjonsproblemer) Bli enig med pasienten om hvordan skjemaet skal brukes videre, om det skal brukes som utgangspunkt for videre behandling.
- Bruk epikrise og sykehistorie
- Involver fagpersoner i kommunen eller bruk ressurser i spesialisthelsetjenesten
- Iverksett tiltak etter gjeldende retningslinjer og i henhold til pasientens mål og ønsker
- Evaluer effekten av behandlingen, f.eks ved hjelp av nytt ESAS-r skjema. Evaluer både medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak

- Vurder alltid aktuelle tiltak i lys av forventet levetid
- Ha kontinuerlig dialog med pasient og ev. pårørende om behandling, tiltak og prognose

[Praktisk palliasjon - Universitetssykehuset Nord-Norge \(unn.no\)](#) Se også Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen kap.4 Symptomer og tilstander og les mer om Smerte, dyspnè, Munntørrhet og

sopp, kvalme, obstipasjon, obstruksjon i mage-tarm kanalen, delirium, medullakompresjon og skjelettmetastaser med forslag om behandling.

[Palliasjon i kreftomsorgen – Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

6.7.Smerter.

Bruk smertekart og skraver hvor smerten sitter. Finn ut hva utløser smerten. Hvilken type smerte? Stikkende, brennende, murrende? Intensitet?

Som smertelindring kan man bruke medikamenter, men også musikk, avspenning, massasje, fysioterapi, prest, sosionom, nærhet, omsorg, samtale med lege, sykepleier. For mer informasjon, se kap 6.6 systematisk symptomkartlegging og LIN [Praktisk palliasjon - Universitetssykehuset Nord-Norge \(unn.no\)](#) Her ligger også link til bruk av ulike smertepumper, bestillingsskjema for smerteblandinger mm.

6.8.Kvalme.

Kvalme kan komme av medikamenter, infeksjoner, obstipasjon, dehydrering, smerte, angst m.m. Den kan lindres med medikamenter, men også ro, frisk luft, ønskekost, kald mat og tilpassede aktiviteter.

6.9.Tung pust.

Årsaker kan være tumorinnvekst i lungevevet, pneumoni, KOLS, hjertesvikt, anemi, angst. Kan lindres ved behandling av årsak, medikamenter, frisk luft, vifte, ro og trygghet, musikk, fysioterapi.

6.10. Angst og uro.

Årsaker kan være reaksjon på forverring av Sykdommen/tilstanden, bekymringer av sosial, eksistensiell, åndelig, økonomisk eller familiær karakter, resultat av symptomer som smerte eller kvalme e.l. Prøv å finne årsaken til angst og uro dersom mulig og behandle dette. Bruke medikamenter, være tilstede, lytte, gi omsorg, håp, åndelig/eksistensiell

omsorg, ha få pleiere å forholde seg til, fysioterapi, musikk og avspenning.

6.11. Lindrende skrin.

«Lindrende skrin» er et medikamentskrin for symptomlindring i livets slutfase for voksne. Hensikten er å ha tilgang på viktige medikamenter for å lindre de vanligste symptomene som kan oppstå i livets slutfase. I lindrende skrin skal det være 4 medikamenter, morfin, haloperidol, midazolam og robinul. Utstyr for å sette medikamenter skal også ligge der. Butterfly eller neoflon, sprøyter opptrekks kanyler, sprittørk etc. Det skal også være skjema for ordinasjon, for utleverte medikamenter og algoritme for smerter, dyspne, kvalme/oppkast og terminal angst/uro.

Neoflon (liten veneflon) er anbefalt å brukes subkutant, siden det ikke er slange på den, så man slipper å skylle etter medikamentene. Man anbefaler å bruke maks 4 ml i gangen subkutant. Man kan plassere subkutan kanyle på thorax (under kragebeinet, hud på abdomen, overarm og lår. For mer info, se [Bruk av subkutan kanyle.pdf \(unn.no\)](#)

Det fins et lindrende skrin på hvert av omsorgssentrene, i Lenangen og Lyngseidet. Korttid- og langtidsavdelingen på Lyngstunet har i samarbeid med tilsynslegen endret litt på skjema for bruk av medikamentene. For hjemmesykepleien gjelder det originale skjemaet som også ligger på LIN sine hjemmesider. Lindrende skrin skal være ordinert av fastlegen før bruk. Pasienten får dekket medikamenter til bruk i palliasjon fra HELFO og betaler heller ikke egenandel. (Blåreseptforskriften § 2-90)

Hjemmesykepleien indre Lyngen henter medikamenter til skrinet fra langtidsavdeling på Lyngstunet. Legekontoret kan også ha medikamenter. Man bestiller opp lånte medikamenter på pasientens navn samtidig som man låner og tilbakefører til Langtidsavdelinga. HELFO dekker ikke medikamenter bestilt etter pasientens død. For full informasjon og bruk, se regionalt kompetansesenter for lindrende behandling [Praktisk palliasjon - Universitetssykehuset Nord-Norge \(unn.no\)](#) og Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen kap.3.9.1 legemidler. [Palliasjon i kreftomsorgen – Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

6.12. HLR-

Spørsmål om det skal foretas hjerte/-lungeredning tas opp i samtale mellom pasient og fastlege. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse eller kan kommunisere, informeres nærmeste pårørende og gis muligheter for å uttale seg på vegne av pasienten. Pårørende skal imidlertid ikke ta avgjørelsen på pasientens vegne. HLR-skal noteres i pasientens journal og skal følge pasienten som «kritisk informasjon».

7. Pasientens nettverk.

Pårørende defineres som den pasienten oppgir som pårørende.

«Pårørende er ofte pasientens viktigste støtte gjennom sykdomsforløpet, og mange pårørende har store ansvars- og omsorgsoppgaver overfor sine nærmeste. Pårørende, både voksne og barn, kan ha behov for informasjon og støtte for å mestre situasjonen og være til hjelp for den syke. Pårørende kan ha behov for informasjon om sykdom, behandling og forventet utvikling. Helsetjenesten må ha rutiner for samtale med pårørende og kartlegge deres ønsker og behov, spesielt ved store omsorgsoppgaver og ved livets slutt.»
(LIN)

7.1. Kartlegging.

Helse- og omsorgstjenesten skal sørge for opplæring, veiledning og støttetilbud til pårørende. Kommuner skal tilby avlastningstiltak for å lette omsorgsbyrden, enten hjemme eller i institusjon. Helse- og omsorgstjenesten må også prøve å legge forholdene til rette for at det er mulig å kombinere arbeid og omsorg og informere om muligheten for omsorgspermisjon. Når helsetjenesten har nær kontakt med pårørende, vil de kunne trygge dem og lære dem opp, så de klarer å være en ressurs for pasienten. Pårørende kan oppleve dødsprosessen skremmende og trenger informasjon om hva som kan forventes når døden er nær. Når pasienten ikke lengre har samtykkekompetanse, er nærmeste pårørende pasientens talsmann.

Tips for individuelle samtaler med pårørende, se Helsedirektoratets pårørendeveileder. [Pårørendeveileder - Helsedirektoratet](#) For utfyllende informasjon om kartlegging av pårørende, se Palliasjon i kreftomsorgen kap 2.5. [Palliasjon i kreftomsorgen – Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

7.2. Barn som pårørende.

Alle kommuner skal ha en barnekontakt. Man må få tillatelse fra foreldre/foresatte for å kople inn barnekontakten. Barnekontakten i Lyngen kommune er tilknyttet helsestasjonen.

«Når alvorlig sykdom rammer en i familien er barna utsatt. Hvis barn som er pårørende ikke blir ivaretatt og møtt med innsikt og forståelse av voksne eller av hjelpeapparatet, kan situasjonen ha negativ innvirkning på hverdagen i barnehage eller skole, sosialt liv og barnets utvikling og helse.» [Pårørendeveileder - Helsedirektoratet](#)

Foreldre bør oppfordres til å være åpen med barna om sykdom og prognose. «*Det er viktig for barns mestring av krise- og sorgsituasjonen at foreldre er åpne med barna og tar den praten*» (Fra barnsbesteblogg.com)

Hvordan kan helsepersonell gi støtte, informasjon og hjelp til barn som lever med usikkerhet og belastninger over tid? Et generelt råd til helsepersonell er å være ærlig i samtale med barn. Fortell det man vet. Si at «det kan gå bra» dersom man ikke vet. Barna ønsker å bli sett, få god informasjon tilpasset alder, (siden fantasier ofte er verre enn virkeligheten) og ha det normalt og ha fri. De må få informasjon og tilbud om oppfølgingstiltak vi kan sette i verk, f.eks samtaler med helsesøster. Noen ser kanskje ikke selv at slike samtaler kan være nyttig, og vil takke nei dersom man spør. Likevel ville kanskje slike samtaler hjelpe dem over en kneik i livet og vise hjelpeapparatet hvilke tiltak det er greit å sette inn.

Barnets sosiale miljø har også en viktig rolle når det gjelder å forstå og ivareta barnets behov. Kan nettverket rundt hjelpe familien til å opprettholde de vanlige rutineene, eks frakt til og fra fritidsaktiviteter. For mer informasjon, se [Barn som pårørende trenger åpenhet om sykdom - helsenorge.no](#) Viser til retningslinjer barn som pårørende i Lyngen kommune.

Kreftforeninga i Tromsø har «Treffpunkt» for barn mellom 6 og 16 og Treffpunkt for ungdom mellom 13 og 18 år for barn som har kreft i nær familie eller har mistet noen i kreft. På nettsiden sin har de også «Heltemøter for barn og unge», filmer og konkurranser. ([Tilbud – Kreftforeningen](#))

7.3. Ivaretakelse av etterlatte.

Etterlatte pårørende kan ivaretas ved hjelp av blant annet psykososial oppfølging i kommunen, hos fastlegen eller i regi av frivillige organisasjoner som Kreftforeningens Treffpunkt for barn og unge som pårørende. Se Nasjonal kreftstrategi 2018-2022 [Leve med kreft. Nasjonal kreftstrategi \(2018–2022\) \(regjeringen.no\)](#) Pårørende bør få tilbud om oppfølging etter dødsfall både i institusjon og hjemme. Tilby samtale med helsetjenesten 4-8 uker etter dødsfall. Hensikten er å høre hvordan det går med etterlatte, har man begynt å se fremover, har man behov for oppfølging for å komme videre. Og å kunne gi svar på spørsmål pårørende har stilt seg i ettertid. Helsepersonell skal særlig være obs på barn og se til at de får oppfølging etter dødsfall. I Lyngen har vi en helsesøster som er barnekontakt. Kreftforeninga i Tromsø har sorggrupper for barn. [Tromsø - Kreftforeningen](#)

8. Pasientgrupper med særskilte følgeproblemer

8.1. Barn.

Palliasjon til barn må foregå i nært samarbeid med pårørende, fagmiljøer ved UNN og palliativt team. Se også Nasjonal faglig retningslinje for palliasjon til barn og unge uavhengig av diagnose. [Palliasjon til barn og unge - Helsedirektoratet](#)

8.2. Kreft

De vanligste symptomene hos kreftpasienter er smerte, dyspne, kvalme, angst og uro og utmattelse. Kreft vil også kunne gi symptomer fra de stedene den sitter samt fra behandling som er gitt. Sitter den f.eks i tarm, kan den gi bl.a fordøyelsesproblemer. Sitter den i hodet kan den gi dysfunksjon i hele kroppen, alt fra synsutfall til lammelser. Cellegiftbehandling, stråling og operasjoner kan gi senskader som neurologiske smerter i armer og bein, ødelagte slimhinner og sammenvoksinger i tarm.

8.3. Progredierende neurologiske sykdommer/akutte neurologiske sykdommer/andre kroniske sykdommer.

Progredierende kan være ALS, hjernetumor, primære/metastaser, multippel sklerose (MS), parkinson, Huntingtons Chorea (og andre neurodegenerative sykdommer), progredierende muskelsykdommer, demens, Creutzfeldt-Jakobs. Akutte kan være apoplexi, CNS-traumer, akutte nevroinfeksjoner, neurologiske følger av andre medisinske

tilstander. Cystisk fibrose. Disse har sammensatte problemstillinger. Kognitive problemer, bevissthetsendringer, personlighetsforstyrrelser, kommunikasjonsproblemer, smerter, lammelser, fordøyelsesproblemer. Viktig å ha forhåndssamtalen før kommunikasjon blir for vanskelig. Pasienter kan bl.a. ha frykt for å bli kvalt, lammet, uten språk, få store smerter. Samtale om hva den siste tiden innebærer og hvilke muligheter som finns, vil kunne trygge pasienten. Her vil Lyngen trenge å ha et nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Man kan ta stilling til når respiratorbehandling, ernæring og infeksjonsbehandling skal stanses. [Palliasjon til alle diagnoser – erfaringer fra palliativt team \(sandefjord.kommune.no\)](http://sandefjord.kommune.no) Parkinson, MS og Als er ganske like neurologiske sykdommer. De har kroniske forløp, kan gi mentale forstyrrelser og demensutvikling. De gir lammelser og ernæringsproblemer. Spesielle utfordringer er *åndenød, angst og kommunikasjonsproblemer*. Ms- og parkinsonpasienter har sjelden spesialisert palliasjon, ALS-pasienter er oftere i sykehus. Det finnes ALS team ved UNN.

8.4. Demens.

Demens er vanlig blant eldre mot slutten av livet og er i seg selv livstruende. Demente pasienter har vansker med å uttrykke seg og klarer ikke fortelle om smerter, kvalme, angst eller andre plagsomme symptomer. Det blir derfor viktig for dem at helsepersonell er bevisst på at også de trenger lindrende behandling og har kunnskap om hva man observerer. Forskning viser at pasienter med demens ofte blir underbehandlet for smerte, noe som igjen kan føre til uro, nedstemthet og depresjon. (Husebo B. mfl) (<https://www.aldringoghelse.no/palliasjon-til-pasienter-med-demens/>)

Hovedutfordringer er å time palliative tiltak, å se behovene, hva forstår pasienten/samtykkekompetanse og å bli enig om hva som er viktig gjennom samtale med pasient og pårørende. Pårørende gjenkjenner kanskje tegn på smerter og ubehag tidligere enn pleiere, siden de kjenner dem bedre, så her er nært samarbeid viktig.

- Ta stilling! Lider pasienten? (VONDT?) Hvorfor mener du det? (HVORFOR?) Litt, noe, veldig? (HVOR VONDT?)
- Symptomvurdering: Spør, tolk ansikt og atferd. Bruk observasjonelle verktøy, som MOBID-2 og atferds registrering

- Symptomer og tegn på smerte ved demens: Ansiktsuttrykk, uro, sinne, mangel på samarbeidsvilje, nedsatt matlyst osv. Reflekter bredt og i team. Kjenn pasienten. Gjør behandlingsforsøk
- Selvrappport upålitelig, men verdifull likevel

Skjema til bruk for å avdekke smerte hos demente er MOBID-2. For bruk av skjema Mobid-2 [Praktisk palliasjon - Universitetssykehuset Nord-Norge \(unn.no\)](http://www.unn.no/praktisk-palliasjon) [mobid2.pdf \(legeforeningen.no\)](http://www.legeforeningen.no/mobid2.pdf)

8.5. Psykisk utviklingshemmede.

Personer med funksjonsnedsettelse har samme rett til god standard og tilgjengelighet til helsetjenester som befolkningen for øvrig. Helsetjenester skal være tilpasset deres behov. Utredning og inngripen skal skje så tidlig for å forhindre unødig belastning. Tjenestene skal tilbys så nært hjemmet som mulig og skal være basert på fritt og informert samtykke. Verdighet, selvbestemmelse og helsepersonellens kompetanse er sentrale stikkord i denne sammenheng. Mange med psykisk utviklingshemming har ikke samtykkekompetanse, så her er det viktig med god dialog med pårørende. <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2017/08/voksne-og-eldre-med-utviklingshemming-trenger-ogsa-palliativ-omsorg> De trenger trygghet og forutsigbarhet og tid til å forberede seg. Det kan være viktig for dem å ha kjente personer med seg, når de trenger behandling fra ukjente leger eller sykepleiere. (Kommunale lønnsutgifter kan refunderes) Også psykisk utviklingshemmede har problemer med kommunikasjon, så smertelindring vil være utfordrende. MOBID-2 kan brukes for å registrere smerter. [Praktisk palliasjon - Universitetssykehuset Nord-Norge \(unn.no\)](http://www.unn.no/praktisk-palliasjon) [mobid2.pdf \(legeforeningen.no\)](http://www.legeforeningen.no/mobid2.pdf) Verktøyet [Tidlige tegn, funksjonsfall og sykdom](#) er utviklet for å fange opp sykdommer som kan utvikle seg i eldre år hos personer med utviklingshemming, deriblant demenssykdommer. Ingebretsen L, Larsen FK. Tidlige tegn – Funksjonsfall og sykdom Tønsberg: Aldring og Helse, Nasjonalt kompetansesenter og Vestre

8.6. Rusavhengige/psykiatri

Det er vanlig at ruspasienter kommer sent til behandling, rusen skjuler sykdom. Nyresvikt er ofte et stort problem. Rusavhengige kan få behov for store mengder opiater som smertelindring. Og nei, store doser er ikke med på å ruse de, de har allerede et rusproblem.

Noen bærer allerede på stor psykisk smerte, f.eks etter overgrep og mishandling i oppveksten. Berøring kan være forbundet med negative følelser. (OBS ved stell.) Sosialt kan de ha dårlig bosituasjon eller være alene, uten kontakt med pårørende. Noen pårørende ønsker ikke at det skal tas kontakt selv om den rusavhengige er svært syk.

Eksistensielt kan de føle «skyld» og har like mye behov for «å rydde opp» som andre. Å skape relasjon med rusavhengige kan være utfordrende. De kan forlate avdelingen brått og velger bort behandling. Viktig å ikke skape mer skyldfølelse hos dem, men tilrettelegge tilbudet om helsehjelp.

8.7. Hjertesvikt

Vi får flere pasienter med hjertesvikt siden vi har flere eldre og flere som overlever bl.a hjerteinfarkt. Prognose er gjennomsnittlig 5 år. Symptomer kommer i ro eller ved aktivitet og er oftest dyspne/kortpust og ødem/væskeretensjon. Kjennetegnes ved en jevn nedadgående kurve med gjentatte akutte sykehusinnleggelser, hvor pasienten gjerne kommer seg igjen. Døden kommer tilsynelatende «brått». Dette fører gjerne til at pasienten også får dårligere palliativ behandling og pasienten/pårørende taper muligheten til å forberede døden. Ideelt sett bør palliasjon planlegges sammen med pasienten når diagnosen settes. Dersom legen «ikke blir overrasket» om pasienten dør neste året, er tiden inne for å ta opp prognose, avgjørelser om videre behandling/resuscitering/respirator/invasive tiltak osv i en forhåndssamtale. Slike avtaler må også formidles på tvers av behandlingsnivå. Utfordringer mot slutten er ofte dyspne/kortpust, tunge fysiske eller psykologiske symptomer, fatigue, smerter. Terminalt blir smertelindring og lindring av dyspne viktigst. (Fra foredrag «Palliasjon ved hjertesvikt» 2018 av Torstein Hole, PhD, FESC Fagdirektør Helse Møre og Romsdal, 1.amanuensis II, FMH, NTNU)

8.8.KOLS

Overgangen fra moderat til alvorlig KOLS er ofte glidende. Prognose og symptomer ved svært alvorlig KOLS er sammenlignbar med avansert lungekreft, men palliativ omsorg for KOLS pasienter har ikke fått den samme oppmerksomheten. Fremdeles er det stor utfordring å lindre deres plager i den siste fasen av livet. Mange pasienter opplever høy og alvorlig sykdomsbelastning som dyspné, smerter, angst, fatigue, og depresjon.

Dette medfører at pasienter med KOLS ofte blir totalt isolert og preges av dårlig livskvalitet. Deres behov for palliasjon blir ofte ikke møtt.

Når er det riktig å snakke med KOLS pasienter om deres ønsker?

FEV1<30%, langtidsbehandling O2, mange sykehusinnleggelser, hjertesvikt, kakeksi, ADL nedover, økende avhengighet, BMI≥21, alder≥70 år [Palliasjon til alle diagnoser – erfaringer fra palliativt team \(sandefjord.kommune.no\)](http://sandefjord.kommune.no)

Her er tett oppfølging fra fastlege nødvendig. Hyppige tilsyn fra hjemmesykepleie, rask igangsetting av behandling ved luftveisinfeksjoner og innleggelse korttidsavdeling ved behov vil kunne forebygge stadige sykehusinnleggelser. Behandling med opioider kan forsøkes for å redusere åndenød.

8.9.Palliasjon ved covid-19

Viser til nettside for Regionalt kompetansesenter for lindrende behandling i Nord Norge, hvor man finner prosedyrer og e-læringskurs. [Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling \(Lindring i nord\) - Universitetssykehuset Nord-Norge \(unn.no\)](http://Regional.kompetansetjeneste.for.lindrende.behandling(Lindring.i.nord)-Universitetssykehuset.Nord-Norge(unn.no)) Dessuten finner man e-læring om temaet på aldring og helse.no [Aldring og Helse - For en bedre alderdom](http://Aldring.og.Helse-For.en.bedre.alderdom)

9. flerkulturelt samfunn

I Lyngen har vi nordmenn, kvener, samer og innvandrere og flyktninger både fra naboland, Europa og andre deler av verden. Ulike folkeslag har ulike språk, historie, tradisjoner, normer, kunnskap om og holdninger til helse, sykdom og død. Ulik kultur, lite nettverk og dårlig kjennskap til norsk helsevesen, kan gjøre sykdom spesielt utfordrende.

En studie fra 2006 viser at i det samiske samfunnet unngår man å snakke om kreftsykdom, men det kommuniseres gjennom stillhet. Slik viser samer høflighet og respekt. Snakker man om sykdommen, kan man gi den makt. I norsk kreftomsorg har man imidlertid fokus på å snakke om sykdommen,

sette ord på tanker og følelser og bearbeide krise. Eldre samer har opplevd fornorskingsprosessen fram til 1960 tallet, hvor språket og kulturen deres var forbudt og de ble sett på som mindreverdige og primitive. Dette kan gjøre at pasienten kan si: «Ja, jeg forstår», selv om det ikke er tilfelle, for å unngå å bli sett på som dum.

Språkproblemer er også vanlig, siden man uttrykker seg og forstår andre best på sitt eget morsmål. Så selv om pasienten kan snakke norsk, anbefaler man å ta med **tolk**, slik at misforståelser unngås.

Kreft er svært tabubelagt og noen ganger ukjent for somaliere. Kjenner de ikke til taushetsplikten norske helsearbeidere har, kan de være redde for å bli «avslørt» og tør dermed ikke stole på helsearbeideren.

Skal man møte andre kulturer i forbindelse med sykdom og lindring, anbefales det å sette seg inn i hvilken forståelse de har, så man kan informere og samhandle med respekt. Forslag til bok: «Kulturforskjeller i praksis» av Thomas Hylland Eriksen og Torunn Arntsen Sajjad.

ESAS-r finnes på samisk og en rekke andre språk. [Praktisk palliasjon - Universitetssykehuset Nord-Norge \(unn.no\)](#) [Symptom Assessment Tools – Cancer Care Ontario](#)

10. Når helsetjenesten ikke rekker å planlegge.

Noen ganger oppstår situasjoner helsetjenesten ikke har planlagt for. For eksempel kan man få en hjertesvikt som brått snur til det verre eller plutselige kraftige gjennombruddssmerter som ikke lindres av den vanlige dosen. Plutselig er pasienten i terminal fase eller kan få tunge symptomer. Kontakt fastlege eller legevakt og be om raskt tilsyn og få ordinasjon på lindrende skrin. Vurdèr om pasienten må legges inn på sykehus.

11. Økonomiske ytelser

Økonomiske ytelser ved palliativ behandling og død, som folketrygdens ytelser, pleiepenger for pårørende, ytelser ved dødsfall, egenandeler, refusjoner av legemidler ved palliativ behandling m.m, se «Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen» kapittel 3, økonomiske ytelser. [Palliasjon i kreftomsorgen – Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

12. Kontinuerlig Subkutan Medikamenttilførsel (smertepumpe)

Medikamentene må kunne administreres subcutant, dvs. ikke gi lokal irritasjon, og medikamentene må ikke forårsake utfellinger. CADD- Legacy heter pumpen som har vært mest brukt senere år. Nå er det kommet en ny pumpe CADD-solis som ligner legacy, men er mer avansert. Den kan brukes til væske, TPN og som smertepumpe. Man bruker de samme kassetene som til legacy. Det ligger en e-håndbok på LIN [Praktisk palliasjon - Universitetssykehuset Nord-Norge \(unn.no\)](#) og på Oslo universitetssykehus [eHåndbok - CADD-SOLIS infusjonspumpe \(ous-hf.no\)](#) Produsent av CADD pumper har også egen opplæringsvideo på nett. Den viser teknisk bruk og fylling av kassett. <http://www.smiths-medical.com/brands/cadd/>

13. Linker

Palliasjon i kreftomsorgen-nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer [Palliasjon i kreftomsorgen – Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

Pårørendeveileder 2018 [Pårørendeveileder - Helsedirektoratet](#)

Håndbok SPIKES-protokollen: Kan anvendes for samtaler om leveutsikter med pasientens familie. 6 trinns protokoll for å overlevere dårlige nyheter i lindrende behandling [2.2 Kommunikasjon - Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen \(helsebiblioteket.no\)](#)

Nasjonale faglige råd for Lindrende behandling i livets slutfase. [Lindrende behandling i livets slutfase - Helsedirektoratet](#)

Forhåndssamtaler [Veileder: Forhåndssamtaler på sykehjem - Institutt for helse og samfunn \(uio.no\)](#)

Dine ønsker for livets siste tid [Dine ønsker for livets siste tid - veiledning og skjema for samtale om preferanser - Helsebiblioteket.no](#)

Søknad helse og omsorgstjeneste

Prosedyre barn som pårørende [Barn som pårørende - Helsedirektoratet](#)

Palliativ plan Møre og Romsdal [Palliativ plan - Helse Møre og Romsdal \(helse-mr.no\)](#)

Mer om smerter [Smerte - NHI.no](#)

ESAS-r på norsk, samisk og en rekke andre språk [Praktisk palliasjon - Universitetssykehuset Nord-Norge \(unn.no\)](#) [Symptom Assessment Tools – Cancer Care Ontario](#)
MOBID-2 [mobid2.pdf \(legeforeningen.no\)](#)

ECOG [ECOG - Pasientforløp i palliasjon \(sus.no\)](#)

Selvrapportert smertevurdering (i sykehjem) fra Palliasjon ved demens, foredrag [Bodø 13.09 kl10.45 Kristian Jansen \(landskonferansenipalliasjon.no\)](#)

Smertekart norsk [SmertejournalKART-redigert 110603.pdf \(unn.no\)](#) og samisk [Smertejournalkart-samisk 2015.pdf \(unn.no\)](#)

Nasjonal faglig retningslinje for barn og unge uavhengig av diagnose [Palliasjon til barn og unge - Helsedirektoratet](#)

Dine ønsker for livets siste tid [Dine ønsker for livets siste tid - veiledning og skjema for samtale om preferanser - Helsebiblioteket.no](#)