



ÅLESUND
KOMMUNE

Palliativ plan i Profil

10.01.18 Ann Elin Melbø Myklebust

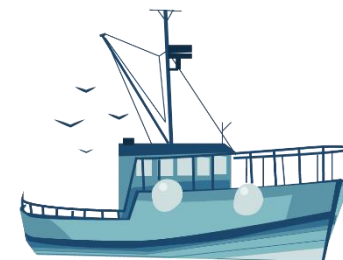


Før innføring:

1. Mal opprettes for bruk i skjema (Egen fane i pasientjournal)
2. Opprett eget tiltak i pasientjournal «Palliativ plan»

Veiledning for opprettelse av skjema og bruk av palliativ plan ligger på Helse Møre og Romsdal sine nettsider under Samhandling/Samhandlingsstrategi i Møre og Romsdal

<https://helse-mr.no/fag-og-forskning/samhandling>



Eksempel

Plankategori	Planområde	Tiltak og beskrivelse
Ivareta egen helse	Tverrfaglig kartlegging/plan	<p>Palliativ plan</p> <p>Planverktøy til pasienter i palliativ fase. Et helhetlig og overordnet dokument der de viktigste føringer og avtaler samles. Bygger på forberedende samtaler og dialog med pasient og/eller pårørende, med utgangspunkt i best mulig livskvalitet og «hva er viktig for deg» Palliativ plan skal sendes fastlege for godkjenning (helseopplysning til lege) og følge pasienten ved innleggelse i sykehus (innleggelsesrapport). Planen oppdateres ved større endringer.</p> <p>Mal for palliativ plan ligger under skjema i Profil. Fyll ut planen og legg den inn under tiltak palliativ plan ved å kopiere den inn (Kopi Ctrl + C, lim inn Ctrl + V).</p> <p>NB! Det skal skrives i OBS! felt under sammenfatning at bruker/pasient har Palliativ plan. (samme felt som benyttes til HLR-og Multisyk eldre).</p> <p>Innlagte opplysninger i OBS!-felt skal ALLTID følge ved innsendelse av innleggelsesrapport/helseopplysning til lege.</p>

Hvorfor ikke bare ha plan i skjema?

Skjema er ikke tilgjengelig i mobil omsorg og kan ikke hentes direkte inn i e-melding til lege/sykehus.

Type OBS! og sammenfatning skal rutinemessig sendes med i innleggelsesrapport til sykehus og helseopplysning til lege

Sammenfatning	Hovedmålsetting	Plankategorier
Type: <input type="text" value="OBS"/>		Fra dato: <input type="text" value="26.02.2017"/> Avslutt dato: <input type="text" value="00.00.0000"/>
Sammenfatning av brukerens situasjon og ressurser: HLR- jfr. journalnotat 31.01.2017 Palliativ plan godkjent av fastlege 26.02.2017		



Palliativ plan Profil

- Helseopplysning som meldingstype til lege
- Palliativ plan i innleggesrapport til sykehus

Avsender	Kristiansund kommune - Sykepleietjeneste, pleie- og omsorg	Postadresse: ,Kristiansund
Pasient	Line Danser FNR: 131169 00216	Nasjonalitet: Norge Bostedsadresse: Kaptein Bødtkers gate 10,6518 KRISTIANSUND N,Kristiansund
Mottaker	Lege INGEBORG AILIN ALESSANDRA D'ANGELO KONGENS Plass MEDISINSKE SENTER DA	Besøksadresse: Kongens Plass 3,6509 KRISTIANSUND N

Forespørsel	
Forespørsel	
Type forespørsel	Helseopplysninger
Spørsmål	Ber om at Palliativ plan evalueres/godkjennes
	Palliativeplan
	Barn under 18 år:

eldre når mor er innlagt.

ens fokus er rettet mot henne sykdom og behov. Det

Journal for Line Danser - 13.11.1969 00216 [Begrunnelse: Helsehjelp]

rt Elektroniske meldinger Diagnose Medisiner Forskrivningsmodul Cave/Allergi Skjema Målinger

Dato: 31.01.2017
Låst dato: 00.00.0000
Emne: Palliativ plan

Plankategori: Tverrfaglig journal
Planområde: Journaldokumenter
Sendt til: Fastlege

Aktuell situasjon:
Har behov for en plan som sikrer behandling/oppfølging, og hindrer undøvelig legebesøk og sykehusinnleggelse. Plana skal følge pasienten mellom tjenestenivå.

Problemstilling:
Sendt fastlegen 2. feb.2017. Vent med å låse planen til den er godkjent av lege.
Godkjent av fastlegen 4. februar 2017



Palliativ plan – tips til innføring

- Opplæring
- Tilgjengelig informasjon bruker/pårørende/ansatt
- Eget punkt på forbedringstavle? IP/PP?
- Bruk av lommekort



Lommekort – Åse sykehjem

ÅR	UTVALGT	EPISKE	KJØRE- UTNOTAT	KJØRE- LINSER	SAMSTEN- NING	SAKSTEN- NING	TIKTAKS- PLANER	SAMARBEIDS- MÅL	IPLOS	FALLTARE	ERVÆRINGS- STATUS	KOGNITIV VURDERING	HLR	HJELPE- MIDDEL	HVERDAGS REHAB.	MULTI- SYK	HVA ER VIKTIG FOR DEG?	MÅL	
11/12																			
12/12																			
13/12																			
14/12																			
15/12																			
16/12																			
17/12																			
18/12																			
19/12																			
20/12																			
21/12																			
22/12																			
23/12																			
24/12																			
25/12																			
26/12																			
27/12																			
28/12																			
29/12																			
30/12																			
31/12																			

Utsnitt forbedringstavle Åpen omsorg Hessa Aspøy



Oppstart Palliativ plan

Oppstart av palliativ plan skal vurderes ved innkomst. Planen er et tilbud til pasienter med uhelbredelig sykdom (eks. kreft, ALS, KOLS, hjertesvikt, demens), kortids- og langtidspasienter.

Det er **sykepleier** som tar opp med **tilsynslege** om det er aktuelt med palliativ plan, i et nært samarbeid med **pasient** og **pårørende**. Sykepleieren er `sekretær` og tilsynslegen er `redaktør` og medisinsk ansvarlig for planen. Ved oppstart skal det sendes **e-melding** til fastlege om at palliativ plan er opprettet, kanskje har fastlegen informasjon som er nyttig for planen. Hos kortidspasienter er det fastlegen som eier planen, på langtidspasienter er det tilsynslegen.

Oppstart av palliativ plan må godkjennes av pasienten selv. Sykepleier må informere om palliativ plan, bruk bosjyre.

Når pasienten har godkjent oppstart, skal sykepleier gå gjennom planen sammen med pasienten. En rød tråd i planen er hva som er viktig for pasienten, nå og videre fremover. Planen skal sikre et godt behandlingsforløp. Planen skal være helhetlig og overordna, med fokus på medisinske føringer, og pasienten og pårørende sine behov.

Palliativ plan skal føres inn i visma på `skjema`. Planen skal kopieres (ctr+c)over i rapportfeltet (ctr+v)i tiltaket `palliativ plan`, dette for at vi skal kunne sende den på e-melding. Planen må alltid kopieres hit, også ved endringer i planen . Det er her viktig at all hjelpetekst(merket med gult) blir fjernet, for å få plass til all teksten i rapportfeltet. Sjekk alltid om hele planen kom med i rapportfeltet, viss ikke kan det deles opp i del 1 og del 2. Viktig at ny plan alltid blir kopiert over i rapportfelt ved endringer.

Fyll alltid ut **OBsfelt** når pasienten har/får palliativ plan.

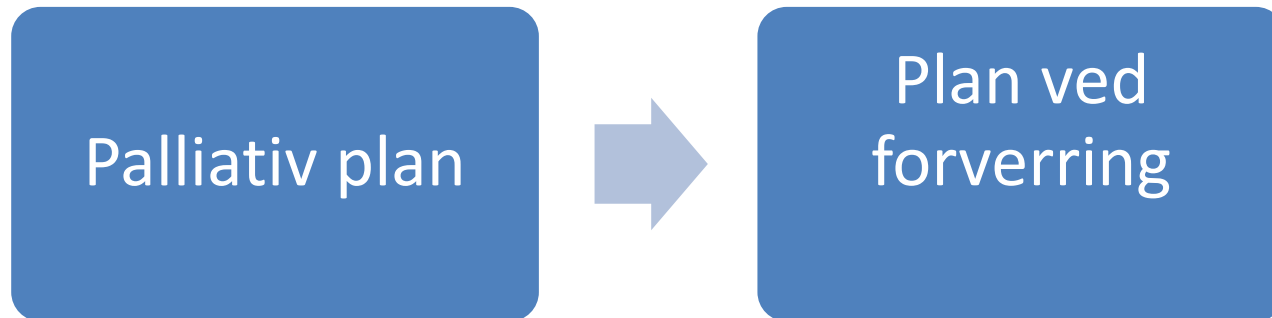
Når pasienten har palliativ plan

Ved endringer fra lege er det pasientansvarlig sykepleier som har ansvaret for å oppdatere planen.

Ved gjennomgang av planen etter dato oppsatt på tavle, er det pasientansvarlig sykepleier den dagen som har ansvaret for å sjekke om planen er oppdatert.

Ved utreise skal oppdatert plan sendes til fastlegen på e-melding.

Palliativ plan – andre bruksområder?





Takk for meg!