

# PALLIATIV PLAN / PLAN FOR LINDRING

Et levende planverktøy for omsorg til pasienter med uhelbredelig sykdom

## RESSURSGRUPPE FOR INNØRING AV PALLIATIV PLAN I MØRE OG ROMSDAL PALLIATIV PLAN I PRAKSIS

TANJA ALME - KREFTKOORDINATOR SULA KOMMUNE / PROSJEKTLEDER

LIV SKJØRSÆTER JOHANSEN - KREFTKOORDINATOR MOLDE KOMMUNE

BARDO DRILLER - LEGE PÅ PALLIATIVT TEAM KREFTAVDELING HMR / PROSJEKTMEDARBEIDER

Kommunane i Møre og Romsdal



# PALLIATIV PLAN

- Er et overordnet planverktøy
- = Advance care planning i praksis
- = forenkla individuell plan
- Kan pasient/bruker ha over mange år, oppdateres ved større endringer
- Målet er å være i forkant av ulike utfordringer
- Samler viktige føringer og minsker risiko for misforståelser og unødvendige tiltak
- Bidrar til levetid og får frem det som pasienten synes er viktig for seg
- Har tradisjonelt vært for pasienter med kreft, men viktig det skal være for alle som har diagnoser som til slutt vil føre til døden
- En palliativ plan skal sikre samhandling, planlegging og tilrettelegging av tiltak, slik at den som er syk og familien kan oppleve best mulig livskvalitet.
- Planen skal være med på å gi økt trygghet for både pasient, pårørende og helsepersonell.

# NÅR LAGE EN PALLIATIV PLAN

- Bør tilby plan så tidlig som mulig
- Skape grunnlag for videre god palliativ omsorg
- Ingen fasit
- Tidlig palliativ innsats kan være med å øke overlevelse og bedre livskvalitet (påvist for pasienter med lungecancer)

# PALLIATIV PLAN / PLAN FOR LINDRING

Identifiser pasienten som har behov for en palliativ plan

Samtale med bruker evt. pårørende om hva en palliativ plan er

Innhente medisinske føringer fra spesialisthelsetjenesten  
Ansvarlig: Palliativt team eller fastlege

Oppstartsmøte

Aktuelle deltakere: Pasient, pårørende, palliativt team, fastlege, hjemmesykepleie, kreftkoordinator, evt andre

Kreftkoordinator eller sykepleier skriver forslag til palliativ plan

Forslag sendes fastlege/sykehjemslege

Fastlege/sykehjemslege kommer med innspill.  
Palliativ plan godkjennes av lege

Pasient og pårørende godkjenner planen.  
Palliativ plan merkes versjon1

Plan legges ved innleggelsesrapport ved sykehusinnleggelse  
Ved endring må planen oppdateres og gis nytt versjonsnummer

# ANSVAR FOR PALLIATIV PLAN

- Det er fastlege eller tilsynslege i samarbeid med sykepleier som utarbeider planen i lag med pasient og evt. pårørende.
- Planen er et tilbud til den som har en uhelbredelig sykdom, parallelt med annen behandling.
- Planen utarbeides med dialog og forberedende samtaler.

# PALLIATIV PLAN - HVEM KAN INITIERE?

- Brukers fastlege
- Brukers kontaktsykepleier / primærsykepleier
- Kreftkoordinator / demenskoordinator
- Pasienten selv
- Pårørende
- Palliativt team
- Sykehuset
- Kort sagt: alle kan initiere. Det er sykepleier i kommunen som er «sekretæren» og skriver planen og det er fastlege som er «redaktør» for planen og dermed har ansvar for innholdet

# PRAKTISK GJENNOMFØRING

- Identifisere pasienten som har behov for en Palliativ Plan
- Samtale med pasienten / bruker og gjerne også pårørende
  - Informeres om hva en Palliativ Plan er og hva den brukes til
  - Muntlig og skriftlig
- Innhente medisinske føringer fra spesialisthelsetjeneste
- Første planlagte møte / oppstartsmøte
- Primær- / ressursykepleier skriver Palliativ Plan i kladd i systemet til kommunehelsetjenesten

# PRAKTISK GJENNOMFØRING

- Fastlege / tilsynslege får forslag til plan (per e-link)
- Fastlege / tilsynslege kommer med innspill - Planen godkjennes
- Pasient (og pårørende) godkjenner planen
  - Gjennomgått sammen med primær- / ressurspsykepleier (og evt. lege)
- Planen låses og merkes med **versjon 1**
- Planen legges ved innleggelsesrapporten når det er sykehusinnleggelse (e-melding)
- Ved større endringer i pasientens situasjon må planen oppdateres (**versjon 2 osv.**)
- „Per, kreftpasient, ønsker palliativ plan“



# MULIGE VENDEPUNKT

- Følgende spørsmål kan hjelpe til med å identifisere mulige vendepunkter i forløpet:
  - *Hva har endret seg ( den siste tiden)?*
  - *Har pasienten skranta den siste tiden?*
  - *Er hjelpebehovet økt?*
  - *Har pasienten hatt hyppige sykehusinnleggelse eller gjentatte infeksjoner?*
  - *Har pasienten ytra ønske om å unngå livsforlengende behandling?*

# MULIGE VENDEPUNKT

- Brukeren selv (eller pårørende) ser behov for å drøfte den palliative planen
- Pasientens medisinske tilstand forandret seg
  - Akutt sykdom evt. på grunnlag av kronisk sykdom
  - Tydelig funksjonstap
  - Tydelig bedring av helsetilstand / funksjonsnivå
- Sykehusinnleggelse
- Sykehjeminnleggelse
- ....

# OPPDATERING

- Primærsykpleier/koordinator i kommunen har ansvar for å fysisk oppdatere planen elektronisk. Fastlegen / tilsynslegen godkjenner.
- Ofte behov for flere samarbeidsmøter, og noen ganger kan det være nok med dialog over tlf.
- Planen skal alltid sendes og godkjennes elektronisk via e-melding.
- Sykehuset kan komme med anbefalinger/føringer til oppdatering i plan.
- «Per innlegges på sykehus, planen utgangspunkt for samarbeidsmøte før utskriving fra sykehus. Planen må oppdateres.»

# VIDEREFORMIDLING AV PLANEN

- Elektronisk plan
- Følger pasient der han er
- I gericca, visma profil og cosdoc. Via e-link til fastlege og 2 linjetjeneste
- Når pasienten innlegges skal planen sendes ved innleggelsesrapport
- Lagres under tverrfaglig notat H50 på sykehusavdeling
- Når pasienten utskrives kan 2 linjetjeneste komme med anbefalingen og føringer til plan. Men NB, det er ikke dette i seg selv som er planen
- Legen **MARKER I KJERNEJOURNAL AT PASIENTEN HAR EN PALLIATIV PLAN OG HVOR DENNE FINNES**

# INNHOOLD I PLANEN

- I planen skal alle viktige føringer samles
- Den skal være et overordnet dokument og avgjørelsesgrunnlag for videre behandling
- Pasient og pårørende sin stemme må komme tydelig frem
- NB i en tidlig fase kan det være mulig at det er få av punktene som fylles ut
  
- Hva når pasienten ikke ønsker palliativ plan?
  - Det er lov å bruke en tiltaksplan med (nesten) samme innhold for å gi best mulig behandling
  - Brukeren skal da ikke få en egen versjon
  - Grunnlaget med samtale med brukeren og evt. pårørende skal være det samme

# PALLIATIV PLAN; INNHOLD

- MAL: Bruk veileder for å se hva som menes med hvert punkt
- Kontaktinformasjon
- Relevante diagnoser
- Allmenntilstand / funksjon
- Aktuelt
- Hva er viktig for deg nå?
- Ressurser / livshistorie
- Etske føringer / forberedende samtaler
- Samtykkekompetanse
- Medisinske føringer / Palliative tiltak
- Palliativt skrin
- Plan for symptomlindring med medikamenter (denne har Molde kommune etter erfaring valgt å ta med, men er ikke i den offisielle malen)



### Palliativ plan for:

#### Kontaktinformasjon

Rolle	Namn	Telefon
Lege		
Sjukepleiar		
Nærmaste pårørende		

#### Pasientføringar

Diagnosar:
Allmennfunksjon:
Aktuelt:
Ressursar/livshistorie:
Etikk, samtaler:
Føringar:
Kva er viktig for deg no?

## Sjusstjerna helse og omsorg

Samarbeidsorgan for helse og omsorgstenester på Søre Sunnmøre



### Medisinske føringar/palliative tiltak

Palliativt skrin:
Forsøging åpnast av sjukepleiar ved:
Skrin brutt:
Sist oppdatert:
Ved smerter:
Ved tungpust:
Ved kvalme:
Ved angst/uro:
Ved andre symptom/plager:
Innleggelse?

Dato/underskrift sjukepleiar

Dato/underskrift lege

## Sjusstjerna helse og omsorg

Samarbeidsorgan for helse og omsorgstenester på Søre Sunnmøre



# INNHOOLD

- KONTAKTINFORMASJON
  - Hvem kan pasienten/pårørende kontakte om noe oppstår?
  - Hvem kan helsepersonell kontakte om noe oppstår?
  - Hvem er næreste pårørende? Er der barn som pårørende?  
Hvem følger opp?
  - Fastlege/tilsynslege / koordinator/primærsykepleier
- DIAGNOSE
  - Diagnoser som er relevant for den palliative omsorgen/planen



# INNHOOLD

- ALLMENNTILSTAND / FUNKSJONSSTATUS
  - WHO (0-4)
  - Barthel index, Karnofski index.....
  - Egne ord som beskriver hva brukeren greier i hverdagen
- AKTUELL
  - Hva er det som gjelder og er aktuelt akkurat her og nå.
  - Holder pasienten på med behandling?
  - Er der noen spesielle utfordringer som må tas hensyn til?
  - Evt. symptomkartlegging (ESAS)

# HVA ER VIKTIG FOR DEG NÅ

- Det er pasienten selv som må si noe som hva som faktisk er viktig for seg.
- Ofte er det helt andre ting enn det vi kanskje trodde.
- Skriv ned i planen det pasienten / brukeren sier selv som er viktigst for ham eller hun.
- Det kan være å få være hjemme, tro, musikk, hobby, ikke ha smerter, ikke innlegges, at familien har det godt og ikke blir for sliten, å ha en så normal hverdag som mulig



# RESSURSER OG LIVSHISTORIE

- Hvem er mennesket bak sykdommen?
- Hvem er viktig for pasienten? Familie, venner, nettverk?
- Hva har vært viktig for pasienten gjennom livet?
- Hva mener pasienten selv er sine viktige ressurser både i seg selv og rundt seg?
- Hvordan mestret motgang tidligere i livet?
- *«Per, sjømann, liker å fortelle og bevare sine reisehistorier, viktig for ham å være hjemme. Synes selv at familien, kona spesielt og hans egen evne til humor og realistisk tenking er viktige ressurser. Har og stor støtte av sin kristne tro»*

# ETISKE FØRINGER OG FORBEREDENDE SAMTALER

- Tanker og ønsker om tida fremover.
- Hva er viktig om pasienten blir sykere / situasjon forverres?
- Hva når livet går mot slutten? Hva ønsker pasienten? Samsvarer dette med pårørendes forventninger....og med meningsfullt behandling?
- Håp/bekymringer
- «Per : ønsket å dø hjemme, men.. Vist kona mi blir sliten, da vil jeg inn på sykehjemmet»

# INFORMERT OG FORMODET SAMTYKKE

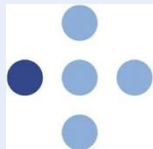
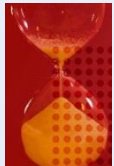
- Pasienten er
  - Samtykkekompetent
  - Ikke samtykkekompetent
  - Innskrenket samtykkekompetent
- Viktig for å vurdere i hvilken grad pasienten / brukeren kunne informeres og i hvilken grad dem kunne være med rundt avgjørelser om behandlingsintensitet
- Info om hvem som kan være pasientens / brukerens representant hvis ikke dem er samtykkekompetent

# MEDISINSKE FØRINGER PALLIATIVE TILTAK

- Behandlingsintensitet
  - HLR status, respirator ja / nei
  - Intensivbehandling ja / nei
  - Antibiotikabehandling ja / nei
  - Aktiv ernæring ja / nei
  - Det skal ikke være til hinder for.....
- Symptomlindring
  - Å være ett skritt foran
    - Ved smerter
    - Ved angst / uro
    - Ved kvalme
    - .....



# LIVETS SISTE DAGER - PLAN FOR LINDRING I LIVETS SLUTTFASE



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



Utviklingscenter for  
sykehjem og hjemmetjenester  
Hordaland

# HVA ER VIKTIG NÅR LIVET GÅR MOT SLUTTEN?

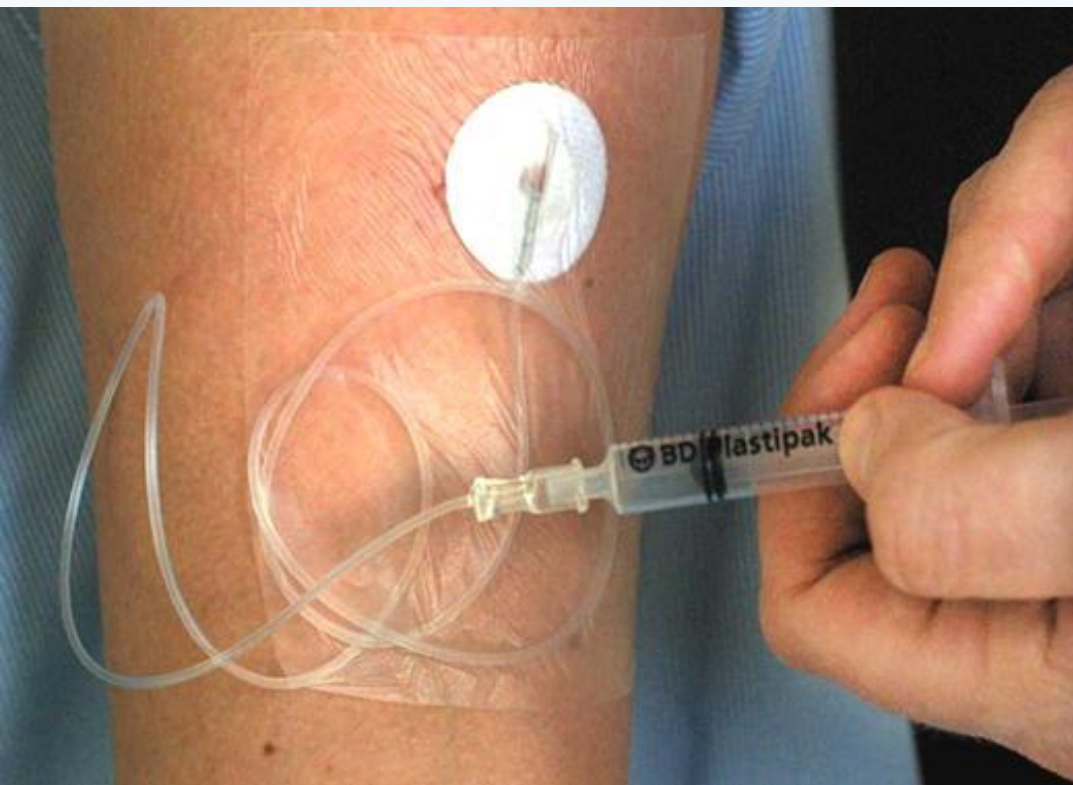
- Smerte- og symptomlindring
- Verdighet og livskvalitet
- Samspill og kontinuitet
- **Forberedelser**
- Støtte til pårørende
- Kommunikasjon og informasjon
- Trygghet



# LINDRENDE SKRIN (*"JUST IN CASE"*)



# SUBCUTAN NÅL



## De 4 viktigste medikamenter for lindring i livets slutfase

Indikasjon	Medikament	Dosering	Maksimal døgndose	Adm. måte
Smerte, dyspné	<b>Morfin</b> (opioidanalgetikum)	2,5-5-10 mg eller 1/6 av døgndosen (po:sc = 3:1) Gjentas ved behov, inntil hvert 30. min	avhengig av effekten (sjelden > 400 mg)	<b>sc</b> = <b>subcutant</b>
Angst, uro, panikk, muskelrykn., kramper	<b>Midazolam</b> (benzodiazepin, sedativum)	1 mg til gamle/skrøpelige, ellers start med 2-2,5 mg Gjentas ved behov, inntil hvert 30. min (titrering)	avhengig av effekten (sjelden > 20 mg)	<b>sc</b>
Kvalme uro, agitasjon delir	<b>Haldol<sup>®</sup></b> (haloperidol, lavdoseneuroleptikum)	0,5-2 mg x 2 (mot kvalme) 2 mg x 3-5 (mot uro/agitasjon)	10 mg	<b>sc</b>
Surkling i øvre luftveier, ileus, kolikk	<b>Robinul<sup>®</sup></b> (glykopyrrolat, antikolinergikum)	Startdose 0,4 mg Ved effekt: Gi 0,2 mg x 4 (dvs. hver 6. time), første dose gis 2 timer etter startbolus.	1,2 mg (sjelden nødvendig)	<b>sc</b>

Obs: Både Midazolam<sup>®</sup> og Robinul<sup>®</sup> brukes her utenfor godkjent indikasjonsområde.  
Vedlagte behandlingsalgoritmer bygger på fyldig dokumentasjon over bruk og effekt av disse medikamentene hos døende.  
Legen skal imidlertid være klar over sitt ansvar når medikamenter brukes utenfor godkjente indikasjoner.

# ETISK REFLEKSJON

- Viktig med systematisk bruk av etisk refleksjon
- Før oppstart, underveis og etterpå som evaluering
- Etisk refleksjon nødvendig i alt faglig kvalitet og forbedrings arbeid
- Viktig å sette av tid til etisk refleksjon i implementering av palliativ plan

- Hente fram på nytt, sjå saka frå fleire sider, få nye perspektiv
- Ryddejobb, sortere
- Kan gjerast ved å klatre på kvarandre sine tankar: ”når du seier det så tenker eg at”

Hjelpe oss til å vere ikkje bere snill, men klok..

Ta ein begrunna avgjersle

Verdier, holdninger, handling



# REFLEKSJON

Hvordan tenker du at en palliativ plan kan bedre samhandling og kvalitet i den palliative omsorgen?



# PALLIATIV PLAN

## OPPSUMMERING

Prosessarbeid - dannar grunnlag for god omsorg ved livets slutt - verdighet..

NB IKKJE BARE TIL KREFTPASIENTER

- VÆRE i forkant
- Planen oppdateres ved behov/endringar
- Sykepleier er ”sekretær”, fastlege redaktør som godkjenner
- Kan ha plan over fleire år
- Ikkje det samme som tiltaksplan for døande
- Skal være enkel
- Alt det ”nødvendige” samla på en plass
- Felles plan vi gjere samhandling på tvers av nivå og fagfelt enklare
- Etisk refleksjon viktig i arbeidet med palliativ plan!!

# PALLIATIV PLAN / PLAN FOR LINDRING

Et levende planverktøy for omsorg til pasienter med uhelbredelig sykdom

PLANEN SKAL VÆRE ET PRAKTISK ARBEIDS VERKTØY FOR OSS, EN TRYGGHET OG OVERSIKT FOR PASIENT/PÅRØRENDE.

Kommunane i Møre og Romsdal

