

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

KREFTKOORDINATOR/PROSJEKTLIAR TANJA ALME

Kommunane i Møre og Romsdal

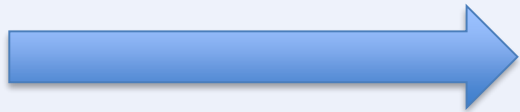


BAKGRUNN

INNFØRING AV PALLIATIV PLAN



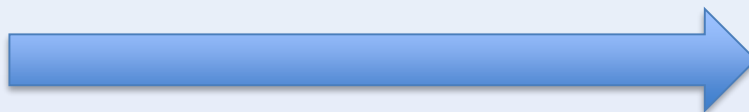
Kompetansehevende prosjekt i egen kommune



Samarbeid og oppretting av ressursgruppe. Stor kartlegging om behov for palliativ plan. Forankring i samhandlingsstrategi



Implementering av palliativ plan i hele fylket
Vider føring og ny satsing i samhandlings strategi. Ny kartlegging



Nasjonal bredding

SAMARBEID PÅ TVERS

1 og 2 linje tjeneste

Alle 36 kommune og de 4 sykehus i fylket

Samhandlingsutvalg

Ressursnettverk

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjeneste

Helseinnovasjonssenteret

KomUt

Systemansvarlige

Fagråd digitalt samhandling MR

Fylkesmann MR

Helsedirektoratet

Kompetansesenter for lindrende behandling region midt

NTNU Ålesund/Høgskolen i Molde

Senter for omsorgsforskning

Kreftforeningen

Kompetansesenter i lindrende omsorg Midt Norge

Verdighetscenteret

MÅL

Best mulig livskvalitet for pasienter og pårørende

SKAPE VERKTØY SOM SIKRER SAMHANDLING,
TRYGGHET OG FORUTSIGBARHET FOR PALLIATIVE
PASIENTER, PÅRØRENDE OG HELSEPERSONELL

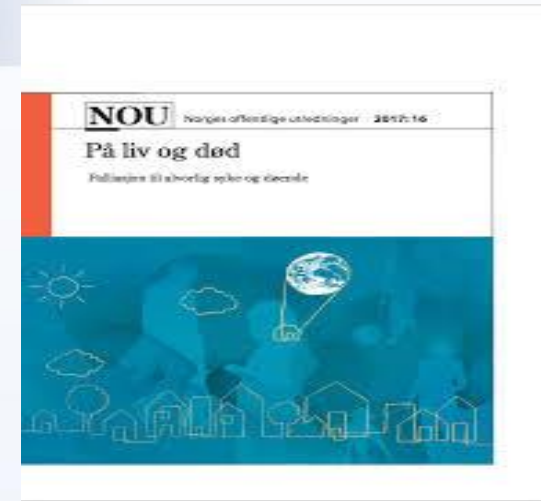
Palliativ plan innføres i alle 36 kommuner i Møre
og Romsdal + helseforetak i løpet av 2018

PALLIATIV PLAN

- Er et overordnet planverktøy
- = Advance care planning i praksis
- = forenkla, lavterskel individuell plan tilpassa palliative pasienter
- 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.

OPPRETTING 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
- 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**



"Pasienttilpassede forløp må kunne legges inn i elektronisk pasientjournal og følge pasienten uavhengig av hvor han eller hun befinner seg i pasientforløpet. Det bør derfor utarbeides en egen palliativ plan for pasienten som i tillegg til å inngå i pasientens elektroniske journal også framgår av pasientens individuelle plan når en slik plan er utarbeidet, jfr. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5. Pasienten skal løses gjennom forløpet og nødvendige endringer i den palliative planen må gjøres fortløpende ved behov. Når pasienten har fått oppnevnt en koordinator bør denne påse at den palliative planen er oppdatert i forhold til pasientens ønsker og behov."

<https://helsedirektoratet.no/palliasjon/nasjonale-faglige-rad-for-lindrende-behandling-i-livets-slutfase>

NYTTIGE ERFARINGER SÅ LANGT

- Alle kommunar har starta opp med bruk av palliativ plan, nokon veldig godt i gang andre nokre få
- Viktig at ressursjukepleiarar er drivarar
- Fastlege og sjukepleier må ha dialog i forkant av utarbeiding av plan
- Prosessen rundt det å utarbeide ein plan , like viktig som sjølve plana
- NB - palliativ plan i innleggelses rapport - avvik?
- Kva gjer sjukhus med motteken plan?

VIDERE FOKUS

- Palliativ plan i helseplattform
- Palliativ plan tidligare i forløpet
- Palliativ plan og palliasjon ikkje berre til kreft
- Folkeopplysing - kva er palliasjon og kva er palliativ plan
- Kommunar med behov for meir vegleing
- E-læring
- Dialog med tildeling/tiltaks kontor - er prosedyre god nok?
- Kjernejournal
- Evaluering pilot legevakt
- Ny kartlegging og forskning

- Nasjonal bredding

SUKSESSKRITERIER PALLIATIV PLAN MØRE OG ROMSDAL

- Forankring
- Samarbeid på tvers
- Praksisnært verktøy til nytte for alle involverte
- Fastlege nøkkelrolle
- Brukar eksisterande system
- Ressursnettverk
- Opplæring/kompetanseheving

- DET ENKLE ER OFTE DET BESTE - PLAN ER KORT, KONSIS OG ENKEL

www.helse-mr.no/palliativplan

<https://helse-mr.no/om-oss/nyheiter/nyheiter-2018/omsorgspris-til-palliativ-plan>

GRATULERE TIL DERE

OMSORGSPRIS 2018



PALLIATIV PLAN / PLAN FOR LINDRING

Et levende planverktøy for omsorg til pasienter med uhelbredelig sykdom

SPØRSMÅL/DIALOG?
TAKK FOR MEG

TANJA.ALME@SULA.KOMMUNE.NO

Kommunane i Møre og Romsdal

