

PALLIATIV PLAN / PLAN FOR LINDRING

Et levende planverktøy for omsorg til pasienter med uhelbredelig sykdom



VEGLEIAR FOR HELSEPERSONELL I BRUK AV PALLIATIV PLAN

1. BAKGRUNN

Det er behov for gode verktøy for samhandling når det gjeld pasientar med behov for palliativ omsorg. Palliativ plan er eit verktøy for pasientane, pårørande og helsepersonell for å betre være forberedt på dei utfordringane som kan oppstå.

Planen er utarbeida av ei ressursgruppe med representantar både frå helseføretaket og kommunane, samt ein brukarrepresentant. Arbeidet er godkjend av overordna samhandlingsutval. Innføringa av palliativ plan er innsatsområde 2.5 i samhandlingsstrategi 2016-2018.

Sjå vedlegg handlingsplan for innføring av palliativ plan.

2. KVA ER EIN PALLIATIV PLAN

Palliativ plan er eit verktøy som skal sikre gode behandlingsforløp. Planen skal være heilskapleg og overordna, med fokus både på medisinsk faglege føringar, og pasientens og pårørande sine ynskjer og behov.

Planen er eit tilbod til pasientar med uhelbredeleg sjukdom, som til dømes kreft, ALS, KOLS, hjartesvikt eller demens.

Formålet med plana er å oppnå best mogleg livskvalitet for pasientar og pårørande.

Vi ynskjer å samle relevant informasjon om pasienten for å gi best mogleg grunnlag for beslutningar ved vegskilje i sjukdommen. Målet er å vere i forkant, og sikre tryggleik og samhandling, både innan kommune og mellom kommune og sjukehus.

Planen er en forenkla individuell plan tilpassa denne pasientgruppa.

3. NÅR SKAL EIN OPPRETTE EIN PLAN

En bør tilby å opprette palliativ plan i en tidlig palliativ fase. Palliasjon handlar om meir enn livets siste fase.

4. KVEN HAR ANSVAR FOR Å OPPRETTE PLANEN

Fastlege/sjukeheimslege saman med primærsjukepleiar har ansvaret for å opprette planen. Dette bør skje i nært samarbeid med pasient og evt. pårørande. Sjukepleiar er "sekretær" og er ansvarleg for å halde planen oppdatert. Lege er "redaktør" og er medisinsk ansvarleg for planen. Det vil ofte vere naturleg at ansvarleg sjukepleiar ilag med pasient/pårørande startar ein prosess med førebuande samtalar som etter kvart kan vere eit grunnlag for planen.

Samtale og informasjon om palliativ plan kan starte på sjukehuset. Sjukehuslege kan legge føringar og anbefalingar om oppstart og oppdateringar i sine utskrivingsnotat til kommunehelsetenesta.

PALLIATIV PLAN / PLAN FOR LINDRING

Et levende planverktøy for omsorg til pasienter med uhelbredelig sykdom



5. PRAKTISK - KORLEIS OPPRETTAR OG OPPDATERAST PLANEN

- Informasjon om plan til pasient og pårørende (brosjyre)
- Oppstart bør skje i møte mellom pasient, pårørende, lege og sjukepleiar. Alternativt kan det vere pasient og sjukepleiar som startar opp, saman vert partane einige om kva som skal stå i planen.
- Sjukepleiar er "sekretær" og vil legge planen elektronisk inn i dokumentasjonssystem gerica, profil eller cosdoc. Sjukepleiar sender planen via e-melding (helseopplysing eller forespørsel) til lege som i svar godkjenner eller legg til endringar. Planen er ikkje godkjent før lege har svart på e-melding. Sjukepleiar er ansvarlig for at pasient får ein skriftleg oppdatert plan om han ynskjer det.
- Oppdatere: Primærsjukepleiar har ansvar for å halde planen oppdatert.
- Planen skal følgje pasienten der han er. Ved innlegging i sjukehus eller sjukeheim skal planen sendes elektronisk i innleggelsesrapporten. Ved legevaktsbesøk skal pasienten ha med palliativ plan om han/ hun har denne heime.
- Dersom pasienten samtykker markerast det i kjernejournalen at han/hun har palliativ plan.
- **Sjå eiga prosedyre om korleis oppdatere planen elektronisk.**

6. KVA BØR PLANEN INNEHALDE

Planen skal innehalde opplysingar og føringar som gir oversikt over det som er aktuelt og avtalt. Det er ikkje alltid at en skriver noko under alle punkt i planen.

Viktige punkt:

Kontaktinformasjon: Namn på pasient, fødselsdato, pårørende, fastlege, koordinator, primær/sekundærsjukepleiar, born under 18 år?

Diagnose: Her fører du inn aktuelle diagnosar- det som er aktuelt for pasienten sin situasjon no (ikkje alle diagnosar).

Allmenntilstand/funksjon: Fritekst og evt WHO funksjon status

Aktuelt:

Her skriv du inn det som er aktuelt for pasienten no. Spesielle utfordringar ifht. sjukdomen, behandlinga og omgivnadane. Også endringar i situasjonen skriv du her (vendepunkt)

Kva er viktig for deg no:

Ta opp spørsmål et og skriv ned det pasienten opplever som viktig, for eksempel å vere med barna sine, å vere heime, ikkje innlegging på sjukehus, ikkje ha smerter/kvalme, få drive med hobby så lenge som mulig, oppleve livskvalitet.

Ressursar og livshistorie:

Her skriv du om familie/nettverk og bu forhold. Også noko om kva som har vore viktig for pasienten

PALLIATIV PLAN / PLAN FOR LINDRING

Et levende planverktøy for omsorg til pasienter med uhelbredelig sykdom



gjennom livet. For eksempel Yrke, interesser, lidenskarar, tru/livssyn, erfaringar og ressursar som er aktuelle for situasjonen og meistring.

Etiske føringar og førebuande samtalar:

Her skriv du det du har teke opp med pasienten og pårørande om tankar og ønskjer om det vidare forløpet. F. eks. tankar om resten av livet/døden- kva vet pasienten- felles forståing for situasjonen? Kvar ynskjer pasienten å dø- preferansar og muligheiter. Håp og bekymringar. Er eksistensielle/åndelige behov ivaretatt?

Samtykkekompetanse/formoda samtykke:

Vurdering av

samtykkekompetanse inneber ei vurdering av forståelseevne for den konkrete/ aktuelle helsehjelpen. Pasient må enten samtykke til ein palliativ plan sjølv, eller pårørande kan gi eit formoda samtykke.

Informert samtykke:

Pasienten skal ha blitt gitt den informasjon som er nødvendig for at han/ ho skal kunne gi eit reelt samtykke til den aktuelle helsehjelpa. Kva det skal informerast om og kor grundig det skal informerast vil variere.

Formoda samtykke:

Dei pårørande må involverast i spørsmålet om kva pasienten ville ha ønska i situasjonen.

Medisinske føringar/palliative tiltak

Her skriv du bestemmelsar for vidare behandling, som er teke opp og avgjort (kan sjølvstøtt endrast om pasienten ombestemmer seg i ettertid).

HLR - Det vert viktig å presisere kva som ligg i HLR begrepet. Dette gjelder gjenoppliving (hjerte- lunge redning). Det betyr ikkje at pasienten skal avstå frå anna type behandling. Ein bør skrive dato for HLR bestemming i plan, gjerne med ei kort setning om kva informasjon/samtale ein har hatt om dette. Om det er avklart med ansvarleg lege at pasienten ikkje skal innleggast, ikkje skal ha antibiotikabehandling eller væskebehandling så skal dette stå som eige punkt.

Her skriv vi føring frå lege om avtalar i forhold til kva ein kan gjere ved for eksempel aukande smerter, tungpust, kvalme, angst uro osv. Kva kan sjukepleiar gjere sjølv av auke utan å kontakt legevakt og når må legevakt kontaktast. **Dette er ikkje ei medisinliste, der skal alltid ligge ved ei oppdatert medisinliste.**

For dei kommunane som brukar eit palliativ skrin skal det etter kvart stå om pasienten har skrin og kvar dette skrinet er. Dette punktet skrivast på seint i forløpet.

Her må også stå noko om Innlegging og avtalar med sjukehus

7. ETISK REFLEKSJON

Etisk refleksjon er viktig ved bruk av palliativ plan både i oppstart, under bruk og i etterkant. Vi oppfordrar alt helsepersonell til å bruke etisk refleksjon i bruk av palliativ plan.

PALLIATIV PLAN / PLAN FOR LINDRING

Et levende planverktøy for omsorg til pasienter med uhelbredelig sykdom



9.VED BEHOV FOR RÅD/VEILEDNING TA KONTAKT MED:

Ressurssjukepleiar i di kommune/avdeling, Lindrande team ved ditt nær sjukehus eller nokon frå ressursgruppa: <https://helse-mr.no/fag-og-forsking/samhandling>