

PALLIATIV PLAN / PLAN FOR LINDRING

Et levende planverktøy for omsorg til pasienter med uhelbredelig sykdom

RESSURSGRUPPE FOR INNFØRING AV PALLIATIV PLAN I MØRE OG ROMSDAL

KREFTKOORDINATOR/PROSJEKLEIAR TANJA ALME OG OVERLEGE JORUNN FJELLHEIM, LINDRANDE TEAM ÅLESUND

Kommunane i Møre og Romsdal



Den palliative kulturen kjennetegnes ved:

(Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorg)

- helhetlig tilnærming til den alvorlig syke og døende pasient og hans/hennes pårørende
- respekt for pasient, pårørende og medarbeidere, med fokus på pasientens beste. Dette innebærer at pasient og pårørende blir møtt og forstått i forhold til sin situasjon.
- aktiv og målrettet holdning til diagnostikk, forebygging og lindring av symptomer
- **forutseende planlegging** og tilrettelegging med tanke på behov og komplikasjoner som kan komme til å oppstå
- fokus på åpen kommunikasjon og informasjon
- tverrfaglig arbeid
- **koordinerte tjenester og systematisk samarbeid på tvers av nivåene**
- systematisk samarbeid med andre medisinske fagområder

BAKGRUNN

- I Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorg (revidert 2015) understrekes det og åpnes for at palliativ behandling ikke bare gjelder pasienter med kreft (Helsedirektoratet, 2015).
- I primærhelsemeldingen (St.meld.nr.26, 2014-2015) blir det pekt på at det i dag blir gitt palliative tilbud først ved slutten på livet og at det er behov for tidligere innsats i det palliative forløpet.
- Det er behov for eit verktøy som kan sikre at vi klarer å være i forkant og forberedt, for å kunne samhandle om å gi palliative pasientar ei god omsorg.

TRENG VI PALLIATIV PLAN?

Helsedirektoratet : rapport om tilbudet til personar med behov for lindrande behandling og omsorg mot livets slutt (2015)

- * førebuande samtalar (advanced care planing)
- kartlegge pasientens ønskjer, prioriteringar og preferansar for i vidare medisinsk behandling og omsorg

Kunnskapssenteret: rapport livets slutfase, korleis finne passende behandlingsnivå og behandlingsintensitet for alvorlig sjuke og døyande (2014)

- * Heilskaplig plan for livets slutfase - eks via førebuande samtalar

I MØRE OG ROMSDAL HAR BRUK AV PALLIATIV PLAN VÆRT ORGANISERT GJENNOM ULIKE PROSJEKT

- Sula kommune har arbeidet med palliativ plan siden 2011.
- ROR - kommunene og sykehuset i Molde har også arbeidet med et tilsvarende verktøy gjennom prosjektet «sammen for lindring».

I begge prosjektene har det vært gjennomført kartlegging blant helsepersonell vedrørende innhold og bruk av palliativ plan.

- Sjustjerna helse- og omsorg er i gang med et treårig palliasjonsprosjekt i samarbeid med Volda sjukehus.

Gjennom de tre prosjektene ble det i 2015 opprettet et felles samarbeid om innføring av palliativ plan i Møre og Romsdal. Formålet er felles forståelse om hva en palliativ plan er og hvordan denne kan brukes for å øke kvalitet og samhandling til pasientens beste

MANDAT RESSURSGRUPPE

Mandatet til arbeidsgruppa er forankra i Overordna samhandlingsutval Møre og Romsdal og i dette inngår;

- 1.utvikle felles mal for palliativ plan i Møre og Romsdal
- 2.etablere en felles forståelse for bruken av den palliative planen
- 3.Implementering og evalueringsplan

Innføring av palliativ plan utgjør innsatsområde 2.5 i samhandlingsstrategi 2016-2018

HANDLINGSPLAN

- Handlingsplan for innføring av palliativ plan vart vedtatt i overordna samhandlingsutvalg 22.11.16
- Dermed er dette ein del av lovfesta samhandlingsavtale mellom kommunene og helseforetaket
- Iverksetting av handlingsplan er avhengig av forpliktande samarbeid mellom alle parter i samhandlingsskjeden.
- Ressursgruppa er bindeledd mellom aktørane og skal fremme arbeid i planen.
- Nettverk for ressurspersonar i palliasjon er vitige samarbeidspartar

MÅL

Best mulig livskvalitet for pasienter og pårørende
SKAPE VERKTØY SOM SIKRER SAMHANDLING,
TRYGGHET OG FORUTSIGBARHET FOR PALLIATIVE
PASIENTER, PÅRØRENDE OG HELSEPERSONELL

Palliativ plan innførast i alle 36 kommunar i Møre
og Romsdal + helseforetak

TILTAK

1. Felles mal for palliativ plan
 - Elektronisk samhandling
2. Informasjon, markedsføring -- BROSJYRE
 - implementeringsplan/veileder
3. Kompetansehevande tiltak
4. Kartlegging og evaluering

Søkt prosjektmidler frå helsedirektorat og fylkesmann MR.

PALLIATIV PLAN

- En palliativ plan kan beskrives som et verktøy for å kvalitetssikre palliative tiltak for pasienter med uhelbredelig sykdom.
- Planen utarbeides gjennom dialog og forberedende samtaler mellom fastlege eller tilsynslege i samarbeid med sykepleier, pasient og pårørende.
- I planen samles viktige føringer og man kan dermed forhindre misforståelser og unødvendige tiltak.
- Planen må oppdateres etter hvert som tilstanden endrer seg. Noen har planen over flere år, andre har planen i en kortere tidsperiode.
- 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. Målet er å være i forkant av ulike utfordringer, bidra til levetid og få frem det som pasienten synes er viktig for seg.

PALLIATIV PLAN

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

NB IKKJE BARE TIL KREFTPASIENTER

- VÆRE i forkant
- Planen oppdateres ved behov/endringar
- Kan ha plan over fleire år
- Ikkje det same som tiltaksplan for døande
- 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!!

ANSVAR FOR PALLIATIV PLAN

Det er fastlege eller tilsynslege i samarbeid med sykepleier/sykehuslege 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.

PRAKTISK :

- «oppstarts» møte fastlege, sykepleier, pasient og pårørende
- sykepleier som har en «sekretær» funksjon, oppdaterer planen og sender denne til godkjenning ved større endringer til fastlegen. Spesialisthelsetjenesten kan komme med råd og medisinske føringer som også bør legges inn i planen. Det må være delt ansvar mellom nivåene for å starte opp arbeid med plan.
- Planen skal sikre god samhandling innad i linja samt mellom nivå
- Elektroniske løsninger slik en kan bruke E-melding.

MAL PÅ PLAN

-
-
- **PALLIATIV PLAN FOR :**
- **f. dato:**
- **Kontaktinformasjon :** **Namn** **Telefon** **Merknad**
- **Rolle**
- **Næraste pårørende:**
- **Fastlege**
- **Sjukepleiar:**
- **Koordinator:**
-
- **Barn under 18 år:**
-
- **PASIENTFØRINGER:**
- **Diagnose:**
- **Allmennfunksjon:**
- **Aktuelt:**
- **Ressursar/Livshistorie:**
-
- **Kva er viktig for deg no:**
-
- **Etikk/forberedande samtaler:**
- **Håp/Bekymringer:**
- **Samtykkekompetanse:**
-
-
-
- **MEDISINSKE FØRINGER\PALLIATIVE TILTAKT:**
- **Ved smerter:**
- **Ved tungpust:**
- **Ved kvalme:**
- **Ved angst\Uro**
- **Andre symptom/plager:**
-
- **Innlegging? Avtalar med sjukehus**
-
- **Palliativ Skrin:**
-
- **Plan godkjent av lege og sykepleier:** **dato**
-
- **OBS OPPDATERT MEDESINLISTE I GERICA/VISMA/COSDOC**

FØREBUANDE SAMTALAR

- Førebuande samtaler, også kalla Advanced Care Planning, er ein metode for å kartlegge pasienten sine ønskjer, prioriteringar og preferansar for vidare medisinsk behandling og omsorg i livets siste fase.
- Denne type samtaler har fått sterkt fokus i palliasjon internasjonalt, men er enda ikkje rutinemessig innført i Norge.
- Ein samtale mellom pasient, pårørende og helsepersonell.
- Forskningsmiljø arbeider for å tilpasse verktøyet til norsk kontekst

HENSIKTEN MED FORBEREDENDE SAMTALER

•Fremme

- muligheten for samtale med pasient og pårørende om pasientens tanker og ønsker for fremtiden og for livets slutt
- pasientens medvirkning og medbestemmelse
- gjensidig trygghet og tillit mellom pasient og helsepersonell

•Bidra til at

- pårørende kjenner til pasientens preferanser for behandling
- helsepersonell har et bedre grunnlag for viktige beslutninger og gode prosesser i livets slutfase eller når kritiske medisinske situasjoner oppstår

- **Er pasienten klar over sin situasjon?**
- Sjølv om mange alvorlig sjuke er førebudd på at døden kjem, kan vi ikkje ta det for gitt.
- Ved å våge å gå inn i ein samtale om pasientens situasjon og eventuelt døden, hjelper ein ofte pasienten til å sette ord på bekymringar eller tankar om det som ligger framfor.
- **Kvar ønskjer pasienten å døy?**
- Når det er klart at forventta levetid er kort, er det naturleg at vi spør pasienten om kvar han/ho vil vere den siste tida og kvar dei vil døy. Så kan vi prøve å legge til rette for at dette kan gjennomførast så langt som mulig.
-

PALLIATIV PLAN FORDI:

- Ting er satt i system
- Gir mulighet til å være i forkant
- Personalet treng ikkje kontakte legevakt for oppstart av ulike medisinar eller auke av dosering
- Personalet er meir klar over behandlingsforløpet
- Tryggleik og forutsigbarhet for alle partar

KVIFOR BIDRAR PLANEN TIL BETRE PALLIATIV OMSORG?

- Pårørende er meir førebudd
 - Mindre misforståingar
 - Mindre sjukehusinnleggingar
 - Bedrar samhandling
 - Auka tillit i relasjonar
-
- **FELLES PALLIATIV PLAN LETTAR SAMARBEID PÅ TVERS**

INGEN FASIT

Livet skal ikkje gå opp

det skal levast

Ingen fasit

Ingen detaljkart over terrenget

vi skal gå

Berre tonen i oss som vi kan lytta til på vegen

Bente Bratlund Mæland

PALLIATIV PLAN / PLAN FOR LINDRING

Et levende planverktøy for omsorg til pasienter med uhelbredelig sykdom

SPØRSMÅL/DIALOG?
KVA TENKJER DE OM INNFORING AV PALLIATIV PLAN?

TAKK FOR OSS

Kommunane i Møre og Romsdal

