

# PALLIATIV PLAN / PLAN FOR LINDRING

Et levende planverktøy for omsorg til pasienter med uhelbredelig sykdom

## RESSURSGRUPPE FOR INNFORING AV PALLIATIV PLAN I MØRE OG ROMSDAL

KREFTKOORDINATOR/PROSJEKLEIAR TANJA ALME

Kommunane i Møre og Romsdal



## PALLIATIV PLAN MØRE OG ROMSDAL . PROGRAM KICKOFF:

- kl 10 Velkommen. Innledning til dagen ved prosjektleder Tanja Alme
- Plan for implementering og gjennomføring.
- kl 10.20 Forberedende samtaler ved overlege Jorunn Fjellheim, lindrende team Ålesund, overlege Anne Fasting overlege lindrende team Kristiansund
- kl 11 Pause
- Kl 11.15 Palliativ plan
- Hva er en palliativ plan, hva skal den inneholde, når skal man opprette, hvem har ansvaret og hvordan gjennomføre i praksis.
- Praktiske eksempler/case
- Ved overlege Bardo Driller, lindrende team Molde sykehus og kreftkoordinator Liv Skjørsæter Johansen, Molde kommune og Tanja Alme, prosjektleder/Kreftkoordinator Sula kommune
- Kl 12.30 lunsj
- Kl 13.15 Elektronisk samhandling ved Asbjørn Kjelsvik, E-meldingsansvarlig helse Møre og Romsdal/Atle Betten, KomUt
- Kl 13.30 Elektronisk samhandling om palliativ plan i kommunene og mellom 1 og 2 linjetjeneste
- Kl 13.35 Irene Glærum, systemansvarlig Gerica Molde Kommune og kreftkoordinator Liv Skjørsæther Johansen Molde.
- Kl 14.05 Visma Profil, Systemansvarlig Sylvi Kristiansen Kristiansund og Ann Elin Myklebust Ålesund Kommune
- Kl 14.35 Refleksjon: hvordan gå frem på min arbeidsplass? Hvilke utfordringer ser vi for oss. Fordeler og ulemper?
- 
- Kl 14.50 oppsummering og avslutting
- Kl 15 Vel hjem

# PALLIASJON OG LIVSKVALITET

- Hva tenker vi når vi høre ordet palliasjon?
- Målet med all palliasjon er livskvalitet.
- Livet -- døden
- Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet. (European Association for Palliative Care, EAPC, og Verdens helseorganisasjon, WHO) (1)
- I 2011 kom WHO med en ny definisjon av palliasjon, hvor det fremgår at prinsippene er anvendbare overfor alle pasienter med livstruende sykdom, og også kan anvendes tidlig i sykdomsforløpet (2).

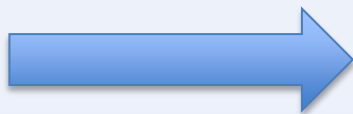
## TRE -TRINNS RAKETTEN

### INNFØRING PALLIATIV PLAN MR



#### **Utvikling gjennom kunnskap 2011-2013**

Kompetansehevende prosjektet i palliasjon i sula .  
Behov for systemkompetanse. ESAS, palliativ plan og  
etisk refleksjon viktige verktøy.  
Sammen for lindring ROR kommuner



#### **Auka kompetanse og kvalitet ved bruk av palliativ plan og etisk refleksjon. 2013-2016**

Prosjekt i sula der vi starta prosess med samarbeid med andre, delte av vår erfaringar med andre.

Stor kartlegging som viste behov for et verktøy for å vere i forkant. Mål: forståelse av palliativ plan i Møre og Romsdal

Fleire hevendelser fra nasjonalt nivå.

ROR prosjektet og prosjekt Sjustjerna det gode liv heile livet. **VI SAMARBEIDER**

Oppretting av ressursgruppe- godkjenning og forankring av handlingsplan.

Samhandlingsstrategi pkt 2.5



#### **Innføring av palliativ plan I Møre og Romsdal 2017-2019**

Nytt prosjekt med ny styringsgruppe og prosjektgruppe  
Sula leiar prosjektet, men prosjektet er for heile fylket

# STYRINGSGRUPPE



styringsgruppe : leiar kommunalsjef i Sula, Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjeneste i MR, samhandlingsjef MR, klinikkjef kreftavdeling MR, kommuneoverlege Molde, representant frå brukarutval, rådgjevar og prosjektleiar

# RESSURSGRUPPE/ARBEIDSGRUPPE

Nytt tre åring prosjekt for kunne arbeide med tiltaka i handlingsplan/implementering PP Møre og Romsdal

Prosjektmidlar frå helsedirektorat og fylkesmann

Ressursgruppa er prosjektgruppe

Prosjektleiari frikjøpt 70 % og overlege ved lindrande team Molde frikjøpt 20 %.

KomUt, utviklingsenter, systemansvarlige, Helseinvoasjonssenteret viktige samarbeidsparter



# 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

# 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 i løpet av 2018



# TILTAK

## 1. Felles mal for palliativ plan

- Elektronisk samhandling

April 2017- Sept 2017 pilot testing i 7 ulike kommune.

No klare med ei felles prosedyre.

Samarbeid med systemansvarlege og KomUt Møre og Romsdal

## 2. Informasjon, markedsføring -

Brosjyre, veileder for helsepersonell, media, folkemøte m.m  
kva betyr ordet palliasjon? Sistehjelpskurs

## 3. Kompetansehevande tiltak

Undervising ved legekantor/ressursnettverk m.m

Samarbeid med Helseinnovasjonscenter:

- Opplæringsapp /elæringsmoduler, informasjonsvideo

Kick off vinter 2018

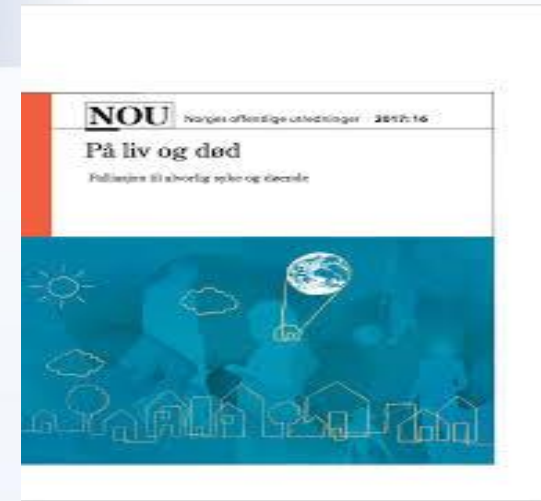
## 4. Kartlegging og evaluering

# TRENG VI PALLIATIV PLAN?

- 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.
- Samhandling, eldrebølge, fleire får kreft eller andre palliative diagnoser, lengre levetid - behov for langvarig koordinering

Regjeringen oppnevnte 11. mai 2016 et utvalg som skal utrede palliasjonsfeltet. Utvalget fikk i oppdrag å gjennomgå og vurdere dagens palliative tilbud. Utvalget ble bedt om å vurdere innholdet i tjenestene, uavhengig av diagnose, alder eller andre forhold, gjennom hele sykdomsperioden og frem til livets avslutning. På denne bakgrunn har utvalget foreslått tiltak som skal bidra til å styrke kvalitet, kompetanse, samhandling, faglig omstilling og nye arbeidsformer, samt tverrfaglig samarbeid innenfor palliasjonsfeltet.





"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."

**Helsedirektoratet** : rapport om tilbodet 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 passande behandlingsnivå og behandlings intensitet for alvorlig sjuke og døyande (2014)

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

# BRUKERMEDVIRKNING

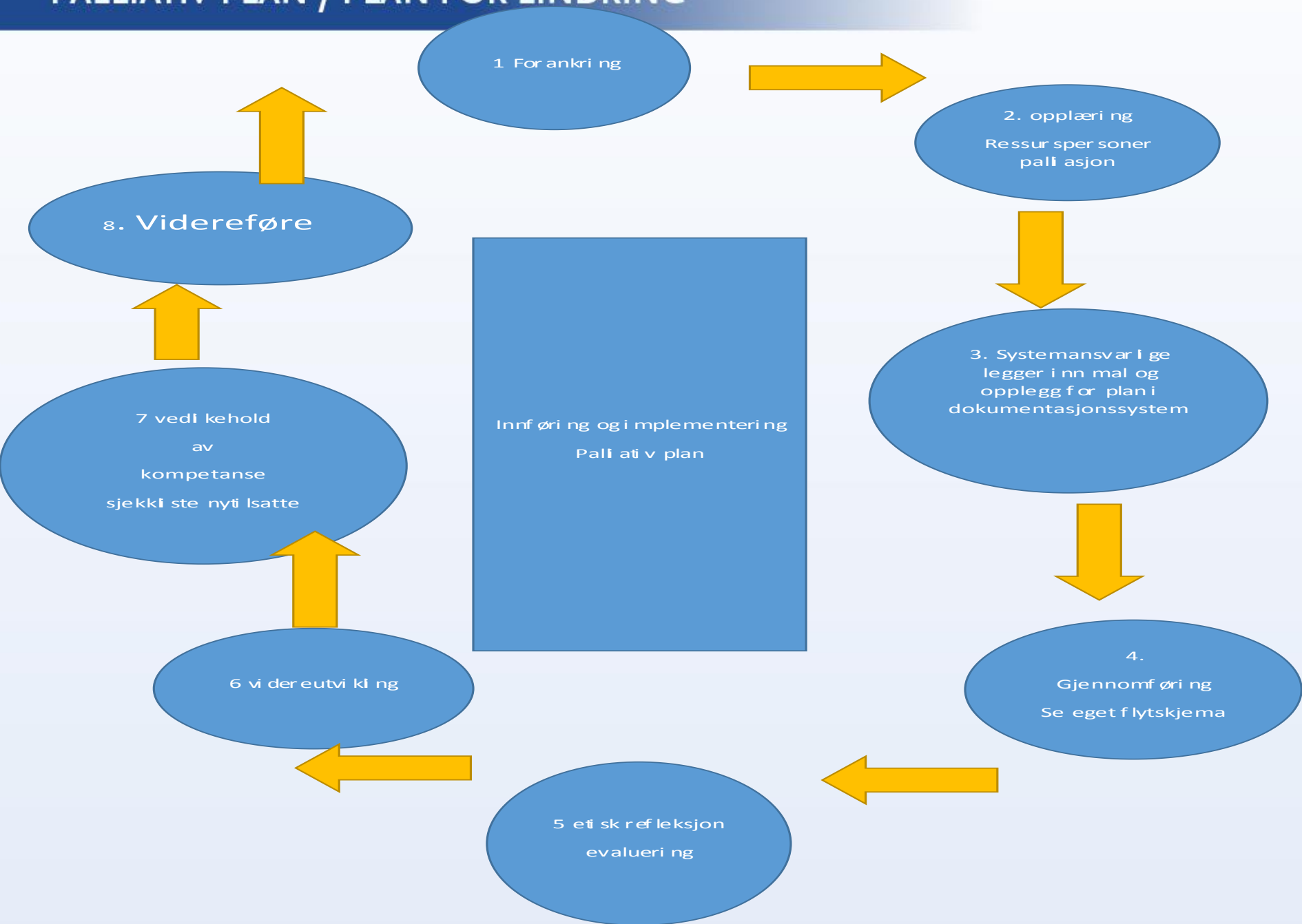
Nasjonal helse- og sykehusplan (Meld.St.11, 2016-2019:19) viser til at fremtidens helsetjenester skal utvikles sammen med pasienter, brukere og deres pårørende;

*«En fremtidsrettet tjeneste er en tjeneste som tar beslutninger i samråd med brukerne, som er opptatt av hva som er deres mål, behov og ønsker for eget liv, og som legger dette til grunn for hvilke tjenester som leveres og hvordan de er utformet».*

# PALLIATIV PLAN

- Planen skal være eit overordna dokument, ingen rapport
- Skal hjelpe oss å være i forkant
- Alle viktig føringar/avtalar/vendepunkt samlast i planen
- Det vil bli nokre dobbeltføringar..
- Ingen medisinliste, men avtaler i forhold til endring/auke
- Er ikkje ein tiltaksplan for døyande
- Skal følge pasient der han er
- skal være et tilbud til alle med palliativ diagnose, ikkje bare kreft
- Overførbart til andre, eldre multisyke
- Skal være elektronisk

# PALLIATIV PLAN / PLAN FOR LINDRING





# 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

