

Individuell plan

hjelp til å skape orden i en kaotisk hverdag

Individuell plan brukes sjelden til palliative pasienter, selv om det er et nyttig verktøy for pasienter og pårørende.



Av Ragnhild Helgesen, undervisningssykepleier ved Kompetansesenter i lindrande behandling Helseregion Vest (KLB).



Av Marie Kvamme Mæland, førstelektor ved Betanien diakonale høgskole.



Av Sølvi Eide Lunde, psykiatrisk sykepleier og kreftsykepleier, Høgskolelektor, høgskolen Stord/Haugesund.

Symptomlindring og tilrettelegging i livets slutfase må være individuelt tilpasset og kan innebære at mange tjenesteytere er involvert. Individuell plan (IP) er en lovfestet rettighet for pasienter med langvarige og koordinerte tjenester. Planen skal bidra til oversikt, realistiske mål, ansvarsavklaring og koordinering av tjenestene (1). IP anbefales brukt også til palliative pasienter (2). Erfaringer viser imidlertid at IP fortsatt er lite brukt til denne pasientgruppen.

Forfatterne av denne artikkelen har på ulike måter vært involvert i bruk av IP til palliative pasienter. Ragnhild Helgesen er undervisningssykepleier ved Kompetansesenter i lindrande behandling Helseregion Vest (KLB). Dette senteret har i flere år hatt IP til palliative pasienter som et satsingsområde. I den forbindelse tok KLB initiativ til et samarbeidsprosjekt med Betanien diakonale høgskole i Bergen, der Marie Kvamme Mæland er førstelektor. Prosjektet handlet om opplæring i bruk av IP til studenter i videreutdanning i kreftsykepleie. Sølvi Eide Lunde er psykiatrisk sykepleier og kreftsykepleier og har lang erfaring med bruk av IP også til palliative pasienter fra sitt arbeid som sykepleier i Etne kommune. I forbindelse med sin mastergrad i mestring og myndiggjøring gjorde hun en studie av pårørendes erfaringer med bruk av IP i palliativ fase.

I denne artikkelen vil vi bruke resultatene fra aktuelle studier, egne erfaringer og tilgjengelig litteratur for å belyse bruken av IP som et verktøy for

å skape forutsigbarhet og trygghet i livets slutfase.

Lovgrunnlaget for IP

Ordningen med IP ble innført som et virkemiddel for å kunne gi et bedre tilbud til tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester. Planen skal være et verktøy og en metode for samarbeid mellom de ulike tjenesteyterne. Den skal bidra til at brukeren og hans/hennes pårørende får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud (1).

Tjenestemottakerens rett til å få utarbeidet IP, og tjenestenes plikt til å utarbeide IP, er hjemlet i ulike lover og forskrifter (3,4,5,6,7,8). IP kom inn i regelverket i 2001. I 2002 ga Sosial- og helsedirektoratet ut den første Veileder til forskrift om individuell plan. Veilederen er et hjelpemiddel i arbeidet med IP og gir nærmere utdyping av praksis. Den kom ut i ny utgave i 2010. I forbindelse med nytt og revidert lovverk blir veilederen nå revidert på nytt (9).

I forbindelse med Samhandlingsreformen trådte ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven) i kraft 01.01.2011. I denne loven tillegges kommunene et større systemansvar for implementering av IP ved at de får hovedansvaret for at pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester får utarbeidet en slik plan. Kommunen skal også ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet som skal ha overordnet ansvar for arbeidet med IP og for opp-

nevning, opplæring og veiledning av koordinatorene (4). Helseforetakene skal på sin side så snart som mulig varsle kommunens koordinerende enhet når de ser at det er behov for en IP som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen, og skal i slike tilfeller medvirke i kommunens arbeid med IP (9).

I Veileder til forskrift om individuell plan slås det fast at IP er et verktøy for å skaffe tilgjengelighet og støtte til tjenestemottakerens omgivelser. I tillegg viser forskning og brukererfaring at utarbeidelse av IP kan være en viktig metode for å sikre at tjenestemottakeren blir lyttet til, møtt med respekt, tillit og oppmuntring, og ikke minst får hjelp til å se muligheter. Opplevelsen av forutsigbarhet og trygghet i møte med offentlige etater er det også mange som fremhever (1).

Trenger palliative pasienter IP?

Sykdomsbildet i palliativ fase er ofte komplekst, med et raskt svingende forløp. Dette krever umiddelbare vurderinger og tiltak. Pasientene trenger kvalifisert pleie, omsorg og behandling for lindring av ulike symptomer og plager den siste levetiden. Mange pasienter har andre sykdommer i tillegg til kreftsykdommen, noe som gjør behandlingen og omsorgen mer komplisert. Dette krever god kartlegging, planlegging og tilrettelegging med tanke på komplikasjoner som kan oppstå (2).

Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (2010) understreker behovet for styrket samhandling og koordinering i palliativ fase og understreker at IP er et viktig verktøy som bør brukes mer. I handlingsprogrammet blir det fremhevet at IP for palliative pasienter skal inneholde:

- Pasientens skriftlige samtykke.
- En koordinator, for eksempel hjemmesykepleier.
- Pasientens mål.
- En ansvarlig tjenesteyter for hvert tjenesteområde.
- Kontaktoversikt og ansvarsfordeling, inkludert kveld, natt og helg.
- Avtalt oppfølging.
- Klare retningslinjer for hvor og hvordan eventuell innleggelse skal ordnes. Dersom åpen returbegrepet brukes, skal dette være klart definert (2).

Det er utarbeidet flere maler for IP til palliative pasienter. Felles for disse er at de har en egen side med kontaktoversikt, med ansvarsfordeling inkludert kveld, natt og helg. På nettsidene til Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest finnes en enkel og oversiktlig mal som brukes mange steder (10).

Blir IP brukt til palliative pasienter?

En kartlegging i landets kommuner i 2011 hadde fokus på antall IP i den enkelte kommune, organisering av tjenesten og koordinatorrollen. Kartleggingen viste store fylkesvise forskjeller på antall planer. Tjenestene knyttet til planene var i hovedsak knyttet til psykisk helsetjeneste, helsestasjon, fysioterapi og skole/barnehageetat. De fleste koordinatorene arbeidet i psykisk helsetjeneste og hjemmetjenesten, etterfulgt av helsestasjonen (11).

I denne kartleggingen ble det ikke undersøkt hvilke brukergrupper som hadde IP, og undersøkelsen kan derfor ikke gi svar på i hvilken grad IP blir brukt til palliative pasienter nasjonalt.

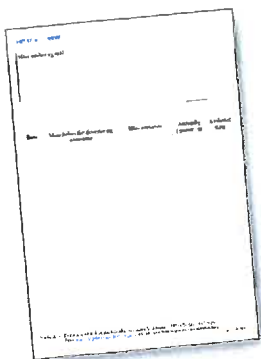
Kompetansesenter i lindrende behandling Helse-region Vest er med på å drifte et nettverk av ressurs-sykepleiere i kreftomsorg og lindrende behandling. Sykepleierne i nettverket arbeider i sykehjem, i hjemmesykepleie og på aktuelle sykehusavdelinger i hele Helse-region Vest. I alt er cirka 400 ressurs-sykepleiere med i nettverket. Det er innført årlig rapportering fra ressurs-sykepleierne hvor det blant annet rapporteres på bruk av IP. Rapporteringen viser at i underkant av halvparten av ressurs-sykepleierne medvirket til utarbeidelse av minst en IP i løpet av 2011.

I 2011 gjennomførte Sølvi Eide Lunde en kvalitativ studie med fokus på pårørendes erfaring med bruk av IP i palliativ fase. Datainnsamlingsmetoden var to flerstegs fokusgrupper i Helse-region Vest. I rekrutteringen til studien viste det seg vanskelig å finne pårørende som hadde erfaring med IP fra palliativ fase. Dette kan indikere at det er for få palliative pasienter som får tilbud om IP. Gjennom intervjuene virket det også som om det ikke var systematikk i informasjonen om rett til IP. Inntrykket fra studien var at initiativet til å få opprettet IP for palliative pasienter kom fra ildsjeler i helsevesenet. (12)

Opplæring gir trygghet

I Veileder til forskrift om individuell plan vises det til at veiledning av koordinatorene er svært viktig for at de skal kunne stå i rollen over tid, og for den enkeltes fagpersonlige utvikling (1). Flere prosjekt har gitt kunnskap om og erfaring med bruk av IP til kreft- og palliative pasienter (13, 14).

I 2005 gjennomførte Skien kommune og Sykehuset Telemark et prosjekt om bruk av IP og opplæring av kontaktsykepleiere i koordinatorrollen. Prosjektet gikk over ett år, og omfattet opplæring, veiledningsgrupper og erfaringsseminar. Deltakerne i dette prosjektet ga uttrykk for at det var helt nødvendig med refleksjon



INDIVIDUELL PLAN: På www.helse-bergen.no finnes en enkel og oversiktlig individuell plan, som her er vist et utsnitt av. Gå inn på nettstedet og søk på individuell plan. På samme side finnes rettleiding for hvordan planen skal fylles ut.

og veiledning for å bli trygg i koordineringsarbeidet (13).

Videreutdanningen i kreftsykepleie ved Betanien diakonale høyskole i Bergen gjennomførte i perioden januar 2008- juni 2010 et prosjekt om opplæring i bruk av IP. Prosjektet var et samarbeidsprosjekt mellom høyskolen, Sunniva klinikk for lindrende behandling (nå: Sunniva senter for lindrende behandling) ved Haraldsplass Diakonale Sykehus og Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest. Kartlegging i forkant av opplæringen viste at halvparten av studentene ikke hadde noe kjennskap til IP i forkant av undervisningen, mens resten hadde noe kjennskap til IP. I prosjektet fikk studenter som hadde praksis på Sunniva klinikk, praktisk erfaring med bruk av IP, mens resten av klassen utelukkende fikk teoretisk opplæring. I evalueringen av prosjektet så man på om opplæringen hadde ført til økt fokus på bruk av IP etter endt utdanning. Resultatene viste at studentene som hadde fått praktisk erfaring med IP, i større grad hadde fokus på IP i etterkant av studiet (14).

Tilbud om IP kommer for sent

Et viktig innspill fra informantene i Lundes undersøkelse var at helsepersonell må informere og legge til rette for IP tidlig i en palliativ fase. I denne studien var planene utarbeidet fra fire måneder til en uke før dødsfallet. De pårørende ga uttrykk for at de hadde fått informasjonen om IP for sent i sykdomsforløpet. Når den syke allerede har reduserte krefter, hemmer dette prosessen og nytteverdien av planarbeidet. Flere av de pårørende mente at tilbudet om IP burde komme når man får beskjed om at en er alvorlig syk av kreft, eller når palliativ fase er erkjent. Da kan planen medvirke til å skape struktur og rammer rundt de pårørende og bidra til at en uforutsigbar situasjon blir mer forståelig og håndterlig (12).

Koordinatorrollen er sentral

Alle informantene i studien til Lunde beskrev den palliative fasen som en svært krevende og sårbar tid hvor mye var uforutsigbart. Dersom de måtte kjempe for å sikre at den syke skulle få det vedkommende hadde krav på fra helsetjenesten, opplevdes dette som en tilleggsbelastning til sorgen over situasjonen. Flere av informantene beskrev at utformingen av IP bidro til at ansvar ble plassert, og at man fikk færre personer å forholde seg til. I tillegg opplevde de en mer sammenhengende helsetjeneste ved at de ulike tjenesteyterne var bedre informert og oppdatert. Dette var med på å gi

økt tillit og trygghet og opplevelse av mestring. I Stortingsmelding nr. 16, Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) blir det understreket at det å ha et stabilt forhold til helsepersonell over tid, er viktig for helse og mestring. Stabilitet kan redusere behovet for øyeblikkelig hjelp-tjenester og innleggelse i sykehus(15).

Koordinatorrollen er styrket i det nye lovverket. Deltakerne i Lunde sin undersøkelse fremhevet betydningen av å ha en konkret, navngitt fagperson til å spørre om hjelp, formidle kontakt eller gi svar på det man lurte på. Å få noen å dele ansvaret med, var viktig, og opplevdes som en støtte og avlastning for flere – at noen visste «hva det gjaldt» og hadde oversikt i en kaotisk hverdag hvor alt «hang i lause lufta». Det var godt med en koordinator og en gruppe rundt den syke, istedenfor at de pårørende selv måtte ringe og ordne opp alene. Dette skapte økt trygghet både for den syke og familien (12). Erfaringen fra prosjektet i Telemark konkluderte tilsvarende med at bruk av IP og navngitt kontaktsykepleierkoordinator ga et bedre tilbud til pasient og pårørende (13).

I tillegg til betydningen av koordinator ble fastlegens rolle fremhevet av informantene i Lunde sin undersøkelse. Det var viktig at fastlegen ble inkludert i utarbeidelsen av IP (12).

IP som bidrag til håp og mestring

I heftet «Gjør det så enkelt som mulig» utgitt av Helsedirektoratet, fremheves det at det er prosessen rundt IP som er viktigst, ikke planen i seg selv (16). Uttalelser fra informantene i Lundes undersøkelse bekrefter at dette også er viktig i palliasjon. De pårørende ga uttrykk for at utformingen av IP betydde mer for den syke og dem selv enn selve dokumentet. Flere beskrev at prosessen rundt planen bidro til at de følte seg sett og forstått. «Det var en plan for et verdig liv» – slik formulerte en pårørende opplevelsen av å få ny giv og motivasjon gjennom prosessen rundt IP. I planen ble det satt opp ønsker og mål for både den syke og de pårørende. Det bidro til at den aktuelle perioden ble en tid med planlagte aktiviteter, og ikke bare en passiv ventetid. Planen ga ikke en forventning om å bli frisk, men noe å strekke seg etter. Å sette mål ga håp. Ved at helsepersonell satte seg sammen med de pårørende og den syke og drøftet og avklarte ønsker og mål for begge parter, opplevde de at håp og verdighet ble ivaretatt. De pårørende og den syke ble møtt som mennesker som sammen kunne legge planer for resten av livet. De opplevde verdien av at helsevesenet fortsatt prioriterte deres ønsker og behov (12).

Konklusjon

Til tross for at IP siden 2001 har vært en rettighet for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester, er verktøyet fortsatt ikke tilstrekkelig implementert. Nytt lovverk med tydeligere ansvarsplassering gir håp om at flere palliative pasienter kan få tilbud om IP.

Erfaringene fra pårørende gir sterke utsagn om at en IP bidrar til støtte og avlastning for pårørende og at planen kan medvirke til å skape håp og mestring i livets slutfase. ■

Referanser

1. Individuell plan – veileder til forskriften. Oslo: Helsedirektoratet, 2007. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/individuell-plan-veileder-til-forskriften/Sider/default.aspx>
2. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Oslo: Helsedirektoratet, 2007, revidert 2010. <http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/Palliasjon/Forord>
3. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html>
4. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) <http://www.lovdata.no/all/nl-2010624-030.html>
5. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m (spesialisthelsetjenesteloven), <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-061.html>
6. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-062.html>
7. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html>
8. Forskrift om habilitering og rehabilitering <http://www.lovdata.no/cgi-wift/lides7?ldoc=/for/ff-20010628-0765.html>
9. Individuell plan og koordinator. Helsedirektoratet 01.12.2011 <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/individuell-plan/Sider/default.aspx>
10. Individuell plan. Kompetansesenter i lindrands behandling Helse-region Vest <http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/klb/Sider/individuell-plan.aspx>
11. Kartlegging av individuelle planer i landets kommuner 2011. Oslo: Helsedirektoratet, 2011. <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/individuell-plan/Documents/kartlegging-av-individuelle-planer-i-landets-kommuner.pdf>
12. Lunde SAE. Individuell plan i palliativ fase, - ein plan for eit verdig liv. Masteroppgave i helse- og sosialfag, Høgskulen i Volda, 2011.
13. Skarholt S. Koordinert hjelp til palliative kreftpasienter. Blir tilbudet bedre? Kreftsykepleie 2006; nr 4: 24-26
14. Hauken M. Individuell plan til palliative pasienter: Et samarbeidsprosjekt mellom Betanien diakonale høgskole, Sunnliva klinikk for lindrende behandling og Kompetansesenter i lindrende behandling Helse-region Vest. Betanien Diakonale Høgskole, rapport 1-2010.
15. St. meld, nr 16 (2010-2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794>
16. «Gjør det så enkelt som mulig». Tipshefte om Individuell plan. Oslo: Helsedirektoratet, 2008. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/gjor-det-sa-enkelt-som-mulig-tipshefte-om-individuell-plan/Publikasjoner/gjor-det-sa-enkelt-som-mulig-tipshefte-om-individuell-plan.pdf>

Repadina[®]

plus

- Den naturlige løsningen mot vaginal tørrhet



ANNONSE

Har du vaginal tørrhet vil du sikkert gjenkjenne én eller flere av disse symptomene:

- Tørrhet eller ømhet i vagina
- Kløe og irritasjon i vagina
- Smerter ved samleie
- Ubehag ved å ha på seg stramme klær

Prøv Repadina Plus og erfar effekten!

- Repadina Plus inneholder kroppens eget hyaluronsyre som bidrar til å bygge opp celler, derfor hjelper Repadina Plus deg mot vaginal tørrhet
- Repadina Plus er det eneste hormonfrie produkt som medvirker til gjenoppbyggingen av slimhinnene i vagina

Repadina Plus er reseptfri, uten hormoner, parfyme og parabener.
- Tilgjengelig på alle apotek!

Repadina Plus 5-pakning kan bestilles direkte fra leverandør kr 700,- (inkl. mva og frakt).
Telefon: 21 55 59 90 - Faks.: 21 55 59 94
Mail: info.no@azanta.com

Azanta

Azanta AS, Postboks 39, Tveita, 0617 Oslo