

«VI SKAL ALLE DØ EN DAG

- MEN ALLE ANDRE DAGER SKAL VI LEVE»

Hvordan implementere palliativ plan til hjemmeboende pasient med behov for lindrende behandling og omsorg?

Kandidatnummer: 28

VID Vitenskapelig høgskole

Haraldsplass

Fordypningsoppgave

Videreutdanning i palliativ sykepleie

Kull: 2018-2020

Antall ord: 5984

Dato: 10.06.2020

«Min mor ble etter hvert sykere, men vi kjente oss trygge. Tenk, personalet hadde en plan på hva de skulle gjøre om utfordringer dukket opp. Dette var godt for oss og for vår mor. At planen ble utarbeidet tidlig, gjorde at mor kunne få si hva som var viktig for henne» (Helse Møre og Romsdal, 2016).

Sammendrag

God palliativ omsorg har til hensikt å forebygge og lette lidelser gjennom tidlig identifikasjon av symptomer, riktige vurderinger og behandling. Palliativ omsorg skal ivareta fysiske, psykiske, sosiale og åndelige helseutfordringer, der verdighet og livskvalitet er i fokus. Som sykepleier i hjemmesykepleien møter jeg pasienter med langkommet uhelbredelige sykdommer med behov for palliativ omsorg. I denne situasjonen har jeg erfart at pasienten og deres pårørende har mange ulike utfordringer, derav bruk for koordinerte tjenester, forutsigbarhet, kontinuitet og kvalitet i den omsorg og behandling som gis. En palliativ plan er en individuell plan spesielt tilrettelagt for pasienter med behov for optimal omsorg og koordinerte helsetjenester ved alvorlig sykdom. Denne planen skal bygges på gjentatte åpne og forberedende samtaler med pasienten, pårørende, helsepersonell og lege. Den palliative planen skal være et hjelpemiddel gjennom hele den palliative fasen. Dersom planen blir utarbeidet tidlig, kan planen ha stor nytteverdi også når livet går mot slutten. Problemstilling: *Hvordan implementere palliativ plan til hjemmeboende pasient med behov for lindrende behandling og omsorg?*

Fagutviklingsprosjekt er valgt som metode, hvor det bygges på forsknings- og erfaringsbasert kunnskap. Prosjektet vil ta sikte på å implementere elektronisk palliativ plan i hjemmesykepleien. Intensjonen er å tilby palliativ plan til alle pasienter med behov for lindrende omsorg og behandling, for å sikre likeverdig palliativt tilbud, uavhengig av diagnose. Dette skal gjøres ved hjelp av undervisning og informasjon til helsepersonell. Som teoretisk forankring har jeg valgt å sette fokus på autonomi-prinsippet da dette er sterkt gjeldende når en palliativ plan skal utarbeides. Pasientens egne preferanser er sentrale og god informasjon er nødvendig for at gode beslutninger skal tas.

Hensikten med fagutviklingsprosjektet er å øke kunnskap og kompetanseheving innen palliasjon for helsepersonell, tidlig identifisere pasienter med behov for palliativ tilnærming og tilby pasienten palliativ plan. Prosjektet vil forhåpentligvis ha en positiv effekt på pasientenes livskvalitet.

Nøkkelord: Palliativ omsorg, palliativ plan, hjemmesykepleie, medbestemmelse, implementering.

Key words: Palliative care, home care service, care plan, user involment, implementing.

Innholdsfortegnelse

1 INNLEDNING, BAKGRUNN OG PROBLEMSTILLING.....	5
1.1 INNLEDNING	5
1.1.1 Individuell plan.....	6
1.1.2 Palliativ plan	6
1.2 TIDLIGERE FORSKNING	9
1.2.1 Søkeprosessen	9
1.2.2 Forskningsartikler	10
1.2.3 Oppsummering av forskning.....	12
1.3 TEORETISK PERSPEKTIV.....	13
1.3.1 Autonomi	13
1.4 HENSIKT, AVGRENSING OG PROBLEMSTILLING	14
2 PRAKTISK METODISK GJENNOMFØRING	15
2.1 VALG AV METODE OG GJENNOMFØRING AV PROSJEKTOPPLEGG.....	15
2.1.1 Utvalg	18
2.1.2 Fremdriftsplan	19
2.1.3 Bruk av allerede utarbeidede verktøy.....	19
2.1.4 Budsjett.....	20
2.1.5 Etske overveielser	21
2.1.6 Evaluering av prosjektet	21
2.1.7 Metodologiske drøftinger	22
3 FORMIDLING/MÅLGRUPPE	23
4 REFERANSELISTE	24
VEDLEGG 1.	28
VEDLEGG 2.	31
VEDLEGG 3.	37
VEDLEGG 4.	47

1 Innledning, bakgrunn og problemstilling

1.1 Innledning

Verdens Helseorganisasjon legger føringer for at man gjennom palliativ omsorg ønsker å forbedre livskvaliteten for pasienten og deres familie som møter utfordringer knyttet til uhelbredelig sykdom. God palliativ omsorg har til hensikt å forebygge og lette lidelser gjennom tidlig identifikasjon av symptomer, riktige vurderinger og behandling. Palliativ omsorg skal ivareta fysiske, psykiske, sosiale og åndelige helseutfordringer, der verdighet og livskvalitet er i fokus. I 2014 kom det første globale vedtaket om palliativ omsorg hvor WHO og dens medlemsstater oppfordrer til å forbedre tilgangen til palliativ omsorg som en sentral del av helsevesenet (Helsedirektoratet, 2015b, s. 13-14).

Å bidra til livskvalitet, er en essensiell del av palliativ pleie og omsorg. Livskvalitet er sentralt både som indikasjon for og endepunkt for palliativ omsorg og pleie (Kaasa, 2016, s. 195).

Som sykepleier i hjemmesykepleien møter jeg pasienter med langkommet uhelbredelige sykdommer med behov for palliativ omsorg. I denne situasjonen har jeg erfart at pasienten og deres pårørende har mange ulike utfordringer, derav bruk for koordinerte tjenester, forutsigbarhet, kontinuitet og kvalitet i den omsorg og behandling som gis.

Samhandlingsreformen har ført til at ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunene og helseforetaket er endret, og flere oppgaver overføres til kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008b, s. 14). Pasientens levealder øker og det skal tilrettelegges for å bo hjemme lenge og helt til det siste om det er ett ønske. Dette medfører økt trykk på hjemmetjenesten som skal yte god omsorg og pleie for disse pasientene.

I kommunen jeg jobber er det stort fokus på kompetanseheving i palliasjon. Det pågår nå blant annet et prosjekt med å innføre forberedende samtale til hjemmeboende pasient og pårørende som har behov for lindrende behandling, pleie og omsorg (Punternold, 2019). Dette fagutviklingsprosjektet sees i sammenheng med innføring av forberedende samtale, og har til hensikt å øke forutsigbarheten for pasient og deres pårørende med sammensatte behov, ved å innføre palliativ plan til dem som ønsker det. En palliativ plan er også ment som ett verktøy til hjelp for helsepersonell i utfordrende situasjoner.

Som følge av økt alder i befolkningen, vil flere dø av kroniske sykdommer som kreft, kols, hjertesykdom, demens, nevrologisk sykdom i fremtiden. Det vil være 500 000 personer over 80 år i 2050 (Helse- og omsorgsdepartement, 2008b s. 43). Sykepleier står som oftest veldig nær pasient og pårørende, og har ansvar for sikre best mulig livskvalitet og verdighet, til pasienten dør. I De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011), er det forankret at sykepleier skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, som retten til helhetlig sykepleie, være medbestemmende og rett til ikke bli krenket. Sykepleier har også ansvar for å lindre lidelse og bidra til en naturlig og verdig død.

1.1.1 Individuell plan

Pasienter med behov for langvarig og koordinerte helsetjenester, har rett til få utarbeidet individuell plan (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-5). Individuell plan fremholdes som ett viktig verktøy for å sikre pasienten eller brukeren ett individuelt tilpasset, helhetlig og koordinert tjenestetilbud (Kjellevold, 2013, s. 43). Målet med en individuell plan er å sikre at den enkelte pasients behov for tjenester styrer tjenestens utforming og gjennomføring. Planen skal gripe over alle tjenesteområder og forvaltningsnivåer og skal sikre fordeling av ansvar og oppgaver mellom de ulike tjenesteyterne. Den klare regelen for utarbeidelse av individuell plan, er at pasienten må samtykke. Det er samtykke som gir det rettslige grunnlaget for å påbegynne arbeidet med den individuelle planen (Kjellevold, 2013, s. 63). Samtykke skal være basert på informasjon om hva en individuell plan er og hvordan den kan brukes. Det må informeres om hva utarbeidelse av individuell plan innebærer, og hvilke aktuelle samarbeidspartnere som kan trekkes inn, jfr. Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4-1 og 3-2. Det må presiseres at pasienten når som helst kan trekke samtykke tilbake. Ved samtykke etableres en begynnende kontrakt for et samarbeid mellom pasienten og aktuell tjenestepersonell (Kjellevold, 2013, s. 63).

1.1.2 Palliativ plan

En palliativ plan er en individuell plan spesielt tilrettelagt for pasienter med behov for optimal omsorg og koordinerte helsetjenester ved alvorlig sykdom. Denne planen skal bygges på gjentatte åpne og forberedende samtaler med pasienten, pårørende,

helsepersonell og lege. Planen skal beskrive tiltak for å løse de forventende og mulige utfordringer som kan oppstå (Husebø & Husebø, 2015, s. 22). Det er ofte flere aktører rundt pasienten med behov for palliativ omsorg og hans familie. Aktørene kan være fastlege, sykehusleger, sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter. For at tjenestene skal bli levert og oppleves trygt og forutsigbart for pasient og pårørende, er det viktig at det utnevnes en koordinator (Kaasa, 2016, s. 141).

På denne måten kan pasientens autonomi bli ivaretatt på en god måte, og samhandlingen mellom ulike personer, profesjoner og nivå i helsetjenestene blir enklere. Den palliative planen skal være et hjelpemiddel gjennom hele den palliative fasen. Dersom planen blir utarbeidet tidlig, kan planen ha stor nytteverdi også når livet går mot slutten (Husebø & Husebø, 2015, s. 25). God kommunikasjon og samarbeid mellom sykepleier og lege er viktig. Planen må evalueres og skrives om etter hvert som pasientens situasjon endres og sykdomsforløpet går over i nye faser. Den palliative planen skal sikre den alvorlig syke og døende optimal verdighet og livskvalitet (Husebø & Husebø, 2015, s. 27).

I 2015 ble det opprettet et felles samarbeid med flere kommuner i Møre og Romsdal om innføring av Palliativ plan. Dette resulterte i prosjektet Handlingsplan for innføring av Palliativ plan i Møre og Romsdal (2016- 2018). Bakgrunn for prosjektet var blant annet at registrerte dødsfall fra 2009 til 2014, viste at 94% døde av sykdommer hvor 75% av disse hadde kroniske sykdommer, og ville hatt nytte av palliativ plan. Formålet er en felles forståelse om hva en palliativ plan er og hvordan denne kan brukes for å øke kvalitet og samhandling til pasientens beste (Helse Møre og Romsdal, 2016). Det støttes i studien til Nordsveen & Andershed (2015, s. 250), som vektlegger at det er behov for verktøy som sikrer trygghet og forutsigbarhet for pasienten, og god samhandling både tverrfaglig og tverretatlig.

Mange pasienter ønsker å ha mest mulig hjemmetid, og flere ønsker hjemmedød. Pårørende er en viktig støtte og er avgjørende for at pasienten kan være hjemme i slutten av livet. Funn i studien til Lunde (2017) viser at den palliative planen føltes som en støtte for pårørende. Den bidro til håp og mestring for å klare rollen som omsorgsperson.

I palliasjon er den pasientsentrerte tilnærmingen vektlagt. I all behandling, pleie og omsorg, skal pasientene tas med i beslutninger (Helsedirektoratet, 2015). Studier har dokumentert at

tidlig integrasjon av palliasjon bedrer livskvaliteten til både pasienter og deres pårørende. Det reduserer bruk av unødvendig behandling mot livets slutt, begrenser uhensiktsmessig bruk av medisiner, reduserer reinnleggelser og bidrar til mer hjemmetid og hjemmedød (Lunde, 2017), (Lum & Sudore, 2016).

I Samhandlingsreformen «Rett behandling- til rett tid-på rett sted» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008b) er fokus at kommunene skal overta mer ansvar og behandling av pasientene, og det er vektlagt at pasienten skal være mest mulig hjemme. Retten til selvbestemmelse og medbestemmelse er en viktig del av prinsippet om respekt for pasientens integritet. Dette samsvarer med det som er lovpålagt i Pasient- og bruker rettighetsloven (1999). Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder (Pasient-og brukerrettighetslovens, §3-1). Det er videre nedfelt i loven at pasienten skal ha informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (Pasient-og brukerrettighetslovens, §3-2). Når det gjelder pårørende er det i utgangspunktet pasienten selv som oppgir hvem som er nærmeste pårørende (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999, § 1-3). Pårørende har en sentral rolle i omsorgen for personer med alvorlig sykdom. Pasient og pårørende er en del av teamet og alle beslutninger skal tas sammen med dem. De pårørendes situasjon og rolle kan variere, men de har noen grunnleggende felles behov; behov for støtte, informasjon, råd og veiledning. Informasjon og medvirkning er i utgangspunktet basert på samtykke fra pasienten (Helsedirektoratet, 2015).

Den nasjonale veileder «Beslutningsprosesser ved begrenning av livsforlengende behandling av alvorlig syke og døende» (Helsedirektoratet, 2013a, s. 5) legger føringer for at helsepersonell på en hensynsfull måte skal sørge for at de pasientene som ønsker det, skal gis mulighet til å tilkjenne sine verdier og ønsker rundt livets avslutning. Pasientens pårørende skal behandles med respekt og omtanke, og de skal motta nødvendig informasjon dersom pasienten samtykker. Dersom pasienten mangler samtykkekompetanse, skal de nærmeste pårørende informeres dersom dette ikke strider mot pasientens eller pårørendes interesser. Der det er mulig, skal det innhentes informasjon fra de pårørende om hva pasienten ville ha ønsket (Helsedirektoratet, 2013a, s.6).

Helse- og omsorgspersonell har et betydelig ansvar for å informere pasienten på en hensynsfull måte, tilpasset pasientens individuelle forutsetninger, slik at han eller hun blir i stand til å gjøre informerte valg. Det styrende prinsippet er at informasjonen skal gis til pasientens beste. I alle sammenhenger er det avgjørende at pasienter og pårørende blir hørt, og at man lytter og tar stilling til deres ønsker. Dette kan være spesielt viktig og vanskelig i de tilfeller der pasient, pårørende og helsepersonell har ulik oppfatning om hva som bør gjøres (Helsedirektoratet, 2013a, s. 21-22).

En av hovedutfordringene i helsetjenesten i dag, er at mange pasienter opplever en helsetjeneste som er fragmentert, med mangelfull samhandling innad i og mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette medfører forsinket og dårlig planlagt utredning og behandling. Pasienter med behov for palliasjon får hjelp fra mange enheter i helse- og omsorgstjenesten, ofte fra flere aktører samtidig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008b s. 22).

Visjonen for mitt fagutviklingsprosjekt er at den palliative planen skal bidra til økt trygghet for både pasient, pårørende og helsepersonell.

1.2 Tidligere forskning

1.2.1 Søkeprosessen

Gjennom søkeprosessen har intensjonen vært å finne forskning som gir informasjon om behovet for palliativ plan. For å finne relevant forskning har jeg i søkeprosessen brukt databasene SveMed+, PubMed, Cinahl med fulltext og Medline. Jeg har i tillegg sett i referanselister til forskningsartikler og i forskningen ved Norsk Sykepleierforbund (NSF) og benyttet Google Scholar for å finne noen av artiklene i fulltekst. Søkeordene jeg benyttet i søkene var palliative care, quality of home care, health plan, care plan, individuell plan, palliativ plan, brukermedvirkning, user involment, implementing, implementering, advanced care plan.

For å finne den nyeste forskningen innen temaet er søkene avgrenset fra 2010 og til dags dato. Artiklene er rettet mot problemstillingen i oppgaven og belyser temaet fra ulike sider. Artiklene er fra Norge og Danmark. Artiklene anses som overførbare i min prosjektplan, og

blir presentert i søkehistorikkskjemaet (vedlegg 1). Oversikten viser de ulike søkeordskombinasjonene som er gjort.

1.2.2 Forskningsartikler

Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem (Nordsveen & Andershed, 2015).

Studiens hensikt var å belyse svikt som kan skape utfordringer i samhandlingsprosessen når pasienter med kreft i palliativ fase skal hjem. Kvalitativ studie med fokusgruppe intervju av sykepleiere. Deltakerne ble rekruttert fra et lokalsykehus og tre kommuner. Resultatene viser at det ligger et forbedringspotensial i å ha gode rutiner ved utskrivelse av pasienter i palliativ fase. Det er viktig å ha felles møter med alle involverte parter før utskrivelsen for å avklare forventninger, skape forutsigbarhet, kontinuitet i omsorgen og skape gode overganger. Dette bidrar til en bedre palliativ omsorg for pasientene, en god ivaretagelse av pårørende, og ikke minst trygghet for alle. Mer bruk og utvikling av individuell plan for omsorgen som et «verktøy», virker som et viktig bidrag til å styrke kontinuitet av omsorgen. Resultatene viste at sykepleierne har en viss forståelse og respekt for hverandre, men det mangler informasjon og kunnskap om hvordan de ulike tjenestene er organisert og praktisk fungerer (Nordsveen & Andershed, 2015). Denne artikkelen har relevans for oppgaven da den viser til at individuell plan som kan være med å skape trygghet, forutsigbarhet både for pasient og pårørende.

Ansvarlig og avhengig – Pårørendes erfaringer med forestående død i hjemmet (Sørhus, Landmark & Grov, 2016).

Studiens hensikt var å belyse pårørendes erfaringer når kreftpasienter ønsker å tilbringe de siste dagene av livet hjemme. Kvalitativ studie basert på kvalitative dybdeintervju med pårørende der fokuset var pårørendes egne erfaringer og opplevelser.

Resultatene viser pårørendes betraktninger om sin rolle og funksjon og hvordan de opplever pasientens situasjon;

Hjemmetid – en verdifull avslutning på livet handler om å være samlet som familie og viktigheten for pårørende å holde det de har lovet.

Å stå til rådighet til alle døgnets tider omhandler praktiske oppgaver pårørende må løse, samt deres redsel for ikke å strekke til. Videre fremkommer behovet for å snakke om bekymringer og det å ta imot hjelp.

Pårørende hadde varierende opplevelser med oppfølging fra helsevesenet både med hjemmesykepleie, fastlege, sykehjem og sykehus.

Konklusjonen viser at å være hjemme i livets slutfase og det å dø i eget hjem stiller store krav til pårørende. De utfordres i forhold til å ta ansvar ut over det de har kapasitet til, og de erfarer at den døende blir avhengig av deres hjelp og støtte hele døgnet. Praktisk hjelp, informasjon og støtte til pårørende er en forutsetning for at den døende skal kunne tilbringe mest mulig tid hjemme og om mulig å dø hjemme. Det er vesentlig å følge en plan for behandling, pleie og omsorg, iverksatt og fulgt opp av kvalifisert personell. Dette kan gi pårørende opplevelse av en begripelig og håndterbar situasjon som bidrar til at de opplever det meningsfullt å holde sitt løfte om lengst mulig hjemmetid for den døende (Sørhus, et al., 2016). Denne artikkelen er relevant da den belyser utfordringer pårørende opplever, og hvilke behov de har ved palliativ behandling i hjemmet. Den viser hva som skaper trygghet i en utrygg situasjon.

Individual care plan at the palliative stage - helping relatives to cope (Lunde, 2017).

Målet med studien var å undersøke hvordan individuell plan kan hjelpe pårørende å takle utfordringer med å ha en pasient med behov for palliativ omsorg hjemme i slutten av livet.

Kvalitativ studie med to fokusgrupper bestående av 12 voksne overlevende pårørende. Pårørende beskrev en utfordrende hverdag i en tilstand av konstant årvåkenhet. De oppfattet den individuelle planen som en støtte. Innholdet og prosessen med utarbeidelsen av planen skapte struktur, mening og kontinuitet. Planen bidro til at pårørende opplevde håp og at de var en ressurs og en del av teamet rundt pasienten. 'Personsentrert' omsorg oppsummerer den helhetlige forståelsen.

Å ha en individuell plan for palliativ omsorg kan hjelpe pårørende til å mestre utfordringene. Tidlig etablering av en individuell palliativ plan, personsentrerte relasjoner og samarbeid kan styrke brukermedvirkning og samarbeid med pårørende. De pårørendes byrde kan reduseres ved å avklare viktige spørsmål om behandling og fremtid. Ved å styrke pårørendes evne til å

mestre utfordringene, legges det til rette for bedre livsavslutning i palliativ fase (Lunde, 2017).

Artikkelen har relevans for min problemstilling. Informantene beskrev en krevende og kompleks hverdag med alvorlig sykdom og konstant årvåkenhet med lite søvn, og fant det støttende å ha en palliativ plan.

Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home- based palliative care – a qualitative study (Danielsen, Sand, Rosland & Førland, 2018).

Målet med studien var å oppnå mer innsikt, gjennom hjemmesykepleiere og allmennleger, om forhold som letter eller hemmer mer hjemmetid og hjemmedødsfall for pasienter med livstruende sykdom og kort forventet levetid. Kvalitativ studie med til 19 deltakere av sykepleiere fra hjemmesykepleien og fastleger.

Resultatet viser tre hovedtemaer: 1) Viktigheten av en god start for pasienten og pårørende. 2) Viktigheten av samarbeid på tvers av helsesystemet. 3) Unngå ny sykehusinnleggelse ved å etablere samarbeid og kompetanse innen primærhelsetjenesten.

Denne studien viser at optimal palliativ omsorg hjemme er avhengig av tett samarbeid og dialog mellom pasient, familie, hjemmesykepleiere og allmennlege. Det antyder behovet for tryggere utskrivningsrutiner og planlegging når sykehus overfører pasienter med livstruende sykdom til sine hjem. En god start for pasienten og familien, der det første tverrfaglige samarbeidsmøtet finner sted i pasientens hjem, er avgjørende for et godt resultat.

Allmennlegenes "fraværelse" under sykehusinnleggelse og før utskrivning har potensial til å redusere pasientsikkerheten. Pårørende er avgjørende for at pasienten får mer hjemmetid og støtte dersom pasienten ønsker å dø hjemme. Hjemmebasert palliativ omsorg krever erfaring og kompetanse samt regelmessig støttende veiledning (Danielsen, et al., 2018).

1.2.3 Oppsummering av forskning

Funn i forskningsartiklene viser at det er behov for systematisk kartlegging av pasientens ønsker og behov når livstruende sykdom inntreffer. Det er avgjørende for god palliativ omsorg og behandling med godt tverrfaglig samarbeid, god kommunikasjon og informasjon både til pasient og pårørende. Optimal palliativ omsorg hjemme er avhengig av tett

samarbeid og dialog mellom pasient, pårørende, sykepleiere og fastlege. Det antydes behov for tryggere utskrivningsrutiner og planlegging når sykehus overfører pasienter med livstruende sykdom til sine hjem. Empatiske og ærlige samtaler mellom pasienter, pårørende og helsepersonell kan forhindre uønsket behandling, reinnleggelser og bedre livskvalitet ved slutten av livet. I motsatt fall kan uavklarte utfordringer føre til etisk og medisinske problemstillinger for både pasienten og pårørende. For best mulig livskvalitet og forutsigbarhet for både pasient og pårørende er det vesentlig å følge en plan for behandling, pleie og omsorg, iverksatt og fulgt opp av kvalifisert helsepersonell. Videre viser studier at det er behov for mer utdanning og kompetanseheving blant helsepersonell for å sikre at pasienter med behov for palliativ omsorg, blir identifisert og sikret god palliativ omsorg tidlig i forløpet.

1.3 Teoretisk perspektiv

Medisinsk etikk består av fire prinsipper; autonomi, ikke-skade, velgjørenhet og rettferdighet. Autonomi, medbestemmelse, dreier seg om rett til å bestemme behandlingsform eller rett til å nekte behandling (Slettebø, 2013, s. 85).

Jeg har valgt å sette fokus på autonomi-prinsippet da dette er sterkt gjeldende når en palliativ plan skal utarbeides. Pasientens egne preferanser er sentrale og god informasjon er nødvendig for at gode beslutninger skal tas.

1.3.1 Autonomi

Pasientautonomi kan i følge Slettebø (2013, s. 89) forstås på tre måter; som prinsipp, en egenskap eller en rettighet.

Autonomi som prinsipp handler om at pasientens ønsker og behov blir respektert når det kommer til medisinske avgjørelser. For kunne ta gode valg må pasienten få adekvat informasjon om hva behandlingen går ut på samt konsekvenser for behandling eller ikke. Informasjonen skal ikke farges av sykepleierens personlige mening. Dette kommer til uttrykk i de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2011), hvor det er nedfelt at sykepleieren aksepterer pasientens rett til å foreta valg (Slettebø, 2013, s. 89).

Autonomi kan også sees på som en egenskap. Å handle i tråd med egne planer og ønsker kan variere ut fra den enkeltes medisinske tilstand. Det vil blant annet si at det kan være nødvendig gå imot pasientens vilje for å fremme pasientens beste ut ifra legens eller sykepleierens synspunkt. En vesentlig faktor er om pasienten er kompetent til å ta valg. I en sykdomssituasjon kan mange være preget av angst, smerter og ubehag. I slike situasjoner kan det være vanskelig ta rasjonelle valg og se konsekvenser av dem. Det vil derfor i enkelte tilfeller være riktig å gå imot pasientens vilje på kort sikt, fordi dette fremmer hans autonomi på lang sikt (Slettebø 2013, s. 89).

Autonomi som rettighet vil si at pasienten har krav på å få sine valg respektert. Det er en etisk rettighet ikke bare en juridisk rettighet, som er knyttet til retten til å nekte behandling (Slettebø, 2013, s. 90). Helsepersonell må alltid tilpasse pasientens egne preferanser for medbestemmelse. Studier viser at dersom autonomi blir det overordnede målet for helsehjelp, er det risiko for at helsepersonell kan legge for mye av medbestemmelsen over på pasienten. Pasientene føler de må ta hele ansvaret for sin egen situasjon, som kan medføre at medbestemmelsen istedenfor blir en byrde i en vanskelig og sårbar livssituasjon (Delmar, Alenius-Karlsson & Mikkelsen, 2011. s. 6).

1.4 Hensikt, avgrensning og problemstilling

Hensikten med prosjektoppgaven er å redegjøre for hvordan palliativ plan kan implementeres i hjemmesykepleien. Intensjonen er å tilby palliativ plan til alle pasienter med behov for palliativ omsorg og behandling, for å sikre likeverdig palliativt tilbud, uavhengig av diagnose. Ifølge Førland (2014, s. 238) er vellykket implementering av ny kunnskap blant annet betinget av at den nye kunnskapen er forankret i solid forskningslitteratur og praktisk erfaring. Jeg ønsker at fagutviklingsprosjektet bidrar til økt kunnskap og kompetanseheving innen palliasjon for helsepersonell, tidlig identifisere pasienter med behov for palliativ tilnærming, og tilby pasienten palliativ plan. Som tidligere nevnt sees dette prosjektet i sammenheng med pågående prosjekt om innføring av forberedende samtaler. Jeg avgrenser derfor å ikke komme inn på forberedende samtaler i dette fagutviklingsprosjektet. Med dette blir problemstillingen: *Hvordan implementere palliativ plan til hjemmeboende pasient med behov for lindrende behandling og omsorg?*

2 Praktisk metodisk gjennomføring

2.1 Valg av metode og gjennomføring av prosjektopplegg

Jeg har valgt å gjennomføre ett fagutviklingsprosjekt, med utgangspunkt i allerede utarbeidede veiledere/maler til palliativ plan (vedlegg 2 og 3).

Behov for å utvikle prosjekt kan komme fra ulike hold, som uttrykte ønsker fra en pasientgruppe, at helsepersonell i møte med pasienter oppdager «hull» i tjenestene, eller pålegg fra ledelse eller myndighet (Hauken, 2019, s. 36). Forskning viser at det er behov for verktøy som kvalitetsikrer pleie og omsorg til pasienter med behov for palliativ tilnærming, hvor det er vesentlig å følge en plan for best mulig kvalitet på behandling pleie og omsorg (Sørhus, Landmark & Grov, 2016, s. 98). Tidlig etablering av en individuell plan for palliativ omsorg, personsentrerte relasjoner og samhandling kan styrke brukermedvirkning og samarbeid med pårørende (Lunde, 2017). Som det fremgår av forskning er det også behov for kompetanseløft hos helsepersonell med å ta initiativ til forberedende samtaler, slik at viktige avgjørelser kan forankres i en individuell plan (Lunde, 2017). Prosjektplanen skal bidra til at helsepersonells kompetanse i lindrende behandling økes, og det skal legges til rette for at den palliative pasienten får tilbud om palliativ plan tidlig i forløpet

I følge Hauken (2019, s. 113) skal ett prosjekt skal ha tydelige og på forhånd klart definerte mål. Oppgaven eller oppdraget som skal utføres, skal ha et endelig endepunkt, og det skal lede frem til ett bestemt resultat. Målet med dette prosjektet er å implementere elektronisk palliativ plan. Delmål er å øke sykepleiere og helsefagarbeidernes palliative kompetanse og ferdigheter i bruk av palliativ plan.

Det skal dannes en prosjektgruppe som vil starte planleggingsfasen høsten 2020. I følge Hauken (2019, s. 53) er planleggingsfasen viktig da hele prosjektets fundament legges der. Prosjektbeskrivelsen er ett viktig styringsredskap, og ett viktig dokument i presentasjonen av prosjektet utad (Hauken, 2019, s. 56). I prosjektgruppen vil jeg blant annet samarbeide med kommunens lokale palliasjonsgruppe, kreftkoordinator, leder i hjemmesykepleien og kommuneoverlege (fastlegene). Fastlegen har en sentral rolle, og må derfor tidlig involveres. Prosjektgruppen må i tillegg samarbeide med kommunens it avd./journalansvarlig, da den palliative planen skal integreres elektronisk i

journalssystemet. Prosjektgruppen skal informere om prosjektet utad, og komme inn i gode arbeids, oppfølging- og rapporteringsrutiner innad i prosjektet (Hauken, 2019, s. 132).

Jeg velger å dele prosjektet i tre deler;

Utarbeidelse av palliativ plan

Første del starter prosjektgruppen utarbeidelse av ny palliativ plan. Intensjonen er at planen skal integreres i journalssystemet CosDoc slik at den kan sendes elektronisk til fastlege, og sendes sammen med innleggelsesrapport til sykehjem eller spesialisthelsetjenesten. Dette er i tråd med NOU (2017:16), anbefalinger at det bør utarbeides en palliativ plan for pasienten som inngår i pasientens elektroniske journal. Pasienten loses gjennom forløpet og nødvendige endringer i den palliative planen må gjøres fortløpende (NOU 2017:16, s. 63) Det støttes i funn av studier som viser at det er behov for tett tverrfaglig samarbeid på tvers av helsesystemet, tryggere utskrivningsrutiner og godt etablert samarbeid innen primærhelsetjenester (Danielsen, et al., 2018, s.13).

Helse Møre og Romsdal (2016) har som nevnt utarbeidet og implementert palliativ plan i sin region. En del av deres arbeid har vært å tilrettelegge for spredning av arbeidet slik at andre regioner kan starte implementeringen hos seg. Prosjektgruppen vil se til arbeidet som er gjort, og det vil opprettes kontakt med prosjektleder av dette prosjektet. Jeg ser derfor for meg at prosjektet får god drahjelp å komme i gang med arbeidet.

Undervisning

I andre del vil det være fokus på undervisning til helsepersonell. Det vil være to fagdager, en høsten 2020 og en våren 2021. Begge med med varighet av 1-2 timer. Invitasjon vil bli sendt på mail, og i tillegg skrevet ut og hengt opp på informasjonstavle på sonekontoret. Den første fagdagen er det undervisning i grunnleggende palliasjon, med fokus på å identifisere pasienter med behov for palliativ omsorg og behandling. Erfaring er at mange fremdeles har oppfatning at palliasjon gjelder for kreftpasienter og terminalfasen. For å kunne endre praksis er det derfor viktig å informere helsepersonell at palliasjon er diagnoseuavhengig, og at det må integreres tidlig i forløpet av pasienter med uhelbredelig sykdom. Det gjenspeiles av forskning at det er behov for kompetanseløft i palliasjon for helsepersonell for å sikre god

palliativ omsorg til pasienter og deres pårørende. Funn i studien til Sørhus et al., (2016) viste at det var varierende opplevelser med oppfølging og kunnskap fra alle ledd i helsevesenet, både fastlege, sykepleier, sykehus og sykehjem.

I undervisningen vil Pasientforløp i palliasjon, utarbeidet av Kompetansesenteret i Lindrende behandling, Helseregion Vest, systematisk brukes som verktøy for å identifisere pasient med behov for palliativ tilnærming (vedlegg 4).

På den andre fagdagen vil det være undervisningen i palliativ plan. Tilgjengelig lysbildefremvisning fra Helse Møre og Romsdal (2016) vil være utgangspunkt for undervisningsopplegget. Lysbildefremvisningen vil bli skrevet ut, og lagt i en perm på kontoret. For de som ønsker kan lysbildefremvisningen også sendes på mail. Deltakere fra prosjektgruppen vil i hovedsak stå for undervisningen, men mulig at eksterne forelesere med kompetanse i palliasjon blir invitert.

I hjemmesykepleien er det avsatt 45 minutt til internundervisning en fastsatt dag hver uke. For å sikre at alle får undervisning, vil det gjennom høsten 2020 og våren 2021 være undervisning på valgte datoer, hvor sykepleiere og helsefagarbeidere i hjemmesykepleien deltar.

Implementering av palliativ plan

Tredje del av prosjektet er implementering av den palliative planen. I følge Førland (2014) er viktige forutsetninger for vellykket implementering og forbedring, blant annet at helsepersonell har ett aktiv engasjement og eierforhold til kunnskapen som skal implementeres, og at den nye kunnskapen må tilpasses og skreddersys den lokale konteksten (Førland, 2014, s 238). Helsepersonell i hjemmesykepleien er engasjert og ser på ny kunnskap som nødvendig for å følge utviklingen i helsetjenesten. Gjennom undervisningen er målet at de blir motivert og ser nytten av palliativ plan. Den palliative planen er utarbeidet og lokalt tilpasset, slik at utgangspunkt for vellykket implementering er godt forankret.

I første omgang blir det en prøveperiode, hvor primærsykepleier sammen med fastlege velger en pasient som kan ha nytte av en palliativ plan. Planen tilbys i etterkant av

forberedende samtale. Sykepleier har det koordinerende ansvaret for å skrive og etterhvert oppdatere planen. Forslag sendes til fastlegen som kommer med innspill og godkjenner planen. Dersom pasienten samtykker, kan det være aktuelt med prøveperiode og evaluere hva som var utfordringer ved å innføre planen. Etter prøveperioden blir det evaluering, hvor eventuelle justeringer blir gjort før den blir tilbudt ny pasient. Målet er at den palliative planen skal være integrert i elektronisk journalsystem, og kunne sendes til fastlegene, mellom enhetene i primær- og spesialisthelsetjenesten i mai 2021.

Det er viktig med systematisk bruk av etisk refleksjon, før oppstart, underveis og etterpå. Etisk refleksjon er nødvendig i alt faglig kvalitets- og forbedringsarbeid, og handler om å hente fram verdier, holdninger og tanker.

2.1.1 Utvalg

Prosjektgruppen starter arbeidet med å utarbeide lokalt tilpasset palliativ plan høsten 2020. I prosjektet vil det fokuseres på sykepleiere og helsefagarbeidere i hjemmesykepleien. Helsefagarbeiderne utgjør en stor gruppe, og har en svært viktig rolle i pleien og omsorgen. Det er derfor naturlig at hele gruppen er kjent med verktøyet palliativ plan, selv om det er primærsykepleier sammen med fastlegen som oppretter og nedskriver planen. Fastlegene har en nøkkelrolle i oppstarten av palliativ plan, og derfor avgjørende at de blir inkludert fra starten av prosjektet. For å forankre verktøy, metode, kultur, holdning og kompetanse ser jeg for meg at dette fagutviklingsprosjektet strekker seg over 1 år, med oppstart høsten 2020.

Prosjektgruppen vil bestå av kreftkoordinator i kommunen, faglig koordinator hjemmesykepleie, kommuneoverlegen, sykepleiere fra den kommunale palliasjonsgruppen og prosjektleder. Første møte er tenkt i august 2020. Prosjektgruppen vil starte med å utarbeide et informasjonsskriv om prosjektet. Informasjonsskrivet sendes til helsepersonell i hjemmesykepleien på kommunal mail. Av erfaring vet jeg at fastlegene har travle dager. Prosjektleder vil derfor oppsøke de ulike legekantor for å levere informasjonsskriv om prosjektet og avtale tidspunkt for informasjon. For å sparke prosjektet godt i gang, vil det høsten 2020 være prosjektmøter hver måned.

Tverrfaglighet er helt nødvendig i det palliative arbeidet for å ivareta den helhetlige tilnærmingen til pasient og pårørendes sammensatte behov (Kaasa, 2016, s. 141).

Prosjektleder vil opprette kontakt, informere og tilrettelegge for samarbeid med fysioterapeuter, ergoterapeut, representant fra NAV og diakon.

2.1.2 Fremdriftsplan

<u>Måned/År</u>	<u>Arbeidsoppgave</u>
<i>August 2020</i>	Første møtet med prosjektgruppen. Det utarbeides informasjonskriv om prosjektet. Prosjektleder har ansvar å sende skrivet til helsepersonell.
<i>September 2020</i>	Utviklingsarbeidet med lokalt tilpasset palliativ plan starter.
<i>Oktober 2020</i>	Prosjektgruppen fortsetter utviklingsarbeidet med palliativ plan. Forslag sendes fastlegene til høring.
<i>November 2020</i>	Status lokalt tilpasset palliativ plan. Systemansvarlig elektronisk fagprogram CosDoc inviteres. Invitasjon til fagdag sendes ut av prosjektleder.
<i>Desember 2020</i>	Fagdag for helsepersonell. Undervisning i grunnleggende palliasjon, med fokus på tidlig identifisere pasient med behov for palliativ tilnærming.
<i>Januar 2021</i>	Prosjektmøte: Status utviklingsarbeid palliativ plan. Status systemansvarlig CosDoc.
<i>Februar 2021</i>	Prosjektgruppen lager undervisningsopplegg. Prosjektleder sender invitasjon til fagdag
<i>Mars 2021</i>	Fagdag for helsepersonell. Undervisning i palliativ plan.
<i>April 2021</i>	Ferdigstille lokalt tilpasset palliativ plan. Systemansvarlig integrerer planen i journalsystem.
<i>Mai 2021</i>	Lokalt tilpasset palliativ plan er integrert, og klar til bruk. Utvalgt pasient tilbys palliativ plan. Prøveperiode.
<i>Juni 2021</i>	Evaluering av prøveperiode. Endringer/justeringer.

2.1.3 Bruk av allerede utarbeidede verktøy

Som veileder til utarbeidelse brukes som tidligere nevnt allerede utarbeidede veiledere til palliative plan (vedlegg 2 og 3). Det er lagt føringer for hva en palliativ plan bør inneholde.

Dette kan imidlertid variere ut ifra konteksten hvor den palliative planen skal integreres, men det er viktig at den blir lokalt tilpasset. Prosjektgruppen vil se til begge, og utarbeide en palliativ plan tilpasset hjemmesykepleien.

Egen erfaring er at den palliative planen oftest blir opprettet når pasienten er innlagt på lindrende enhet. Intensjonen er at den skal oppdateres ved endringer når pasienten kommer hjem, men blir ofte liggende uten videre oppfølging. Det gjenspeiles i studier at bruken av individuell plan ikke alltid blir fulgt opp (Nordsveen & Andershed, 2015, s. 244). Det opplevdes ofte tidkrevende og følte som merarbeid for personalet. Sykepleiere i hjemmetjenesten hevdet det var sjelden de ser pasienter har individuell plan. Med dette fagutviklingsprosjektet ønsker jeg å endre denne kulturen, ved å ha økt fokus på å identifisere pasient med behov for palliativ tilnærming og tilby palliativ plan tidlig i forløpet. Ved at den palliative planen blir integrert elektronisk, er målet at den blir mer tilgjengelig og enklere å oppdatere ved endringer. Det er lagt føringer for at den palliative planen bør opprettes tidlig i forløpet, når pasienten fremdeles kan gi uttrykk for sine ønsker og behov. I primær helsemeldingen (St.meld.nr. 26, 2014- 2015) blir det pekt på at det i dag blir gitt palliative tilbud først ved slutten av livet og at det er behov for tidligere innsats i det palliative forløpet. Funn i studien til Lunde (2012) viser at helsepersonell må informere og legge til rette for individuell plan tidlig i palliativ forløpet. Når den syke allerede har reduserte krefter, hemmer dette prosessen og nytteverdien av planarbeidet. Informantene mente at tilbudet om individuell plan burde komme når man får beskjed om at en er alvorlig syk, eller når palliativ fase er kjent. Da kan planen medvirke til å skape struktur og rammer, og bidra til at en uforutsigbar situasjon blir mer forståelig og håndterlig (Lunde, 2012).

2.1.4. Budsjett

I forberedelse av undervisning til teammøtene vil jeg bruke arbeidstiden i rolige perioder når driften tillater det, og resten på fritiden. Jeg vil i samarbeid med kollega i hjemmesykepleien ha ansvar for undervisningen.

Det er lagt til rette for at personal som kommer på teammøter på fritiden får timer til avspassing. Vi har egnede møtelokaler med utstyr til lysbildeprosjeksjon på arbeidsplassen.

Eigersund Kommune har våren 2020 fått tildelt prosjektmidler som skal brukes til kompetansehevende tiltak innen palliasjon. Mitt fagutviklingsprosjekt er en del av denne kompetansehevende satsingen.

2.1.5. Etske overveielser

Jeg tror ikke at prosjektet blir noen belastning for de som deltar, men heller ett tilleggsgode. Flere kollegaer synes pasienter med behov for palliativ behandling kan oppleves som en krevende pasientgruppe, hvor palliativ plan derfor kan bidra til å kvalitetssikre omsorg og behandling. Jeg har tatt det opp med min nærmeste leder og fagsykepleier som begge er positive til prosjektet. Personvern vil etterfølges da den palliative planen skal være elektronisk integrert i pasientens journal, en papirutgave skrives ut og oppbevares i pasientperm i hjemmet.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) fastslår at det er pasienten selv som bestemmer om de vil ha behandling eller ikke. Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, men for at et samtykke skal være gyldig må pasienten få den informasjon som er nødvendig for å innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Dette forutsetter at pasienten er samtykkekompetent. Pasienten kan derimot ikke instruere helsepersonell til å yte helsehjelp som er unødig kostbar eller er faglig uforvarlig (Helsedirektoratet, 2013).

Pasienten må derfor gi samtykke til at det opprettes en palliativ plan. Det er også viktig at pasienten og eventuelt pårørende får lest og godkjent den dokumenterte planen, slik at man sikrer at helsepersonellet har oppfattet pasientens ønsker og preferanser på riktig måte.

2.1.6. Evaluering av prosjektet

Evaluering av prosjektet rettes mot helsepersonell som har hatt undervisning og som har tatt i bruk palliativ plan. Er delmål oppnådd? Hvilke gode eller dårlige erfaringer ble gjort? Har det medført mer belastning for helsepersonellet? Hva kan justeres for at det blir bedre? Har den styrket tverrfaglig samarbeid? Hva må fokuseres på videre?

For å evaluere hvordan helsepersonell opplever nytten/belastningen vil prosjektgruppen utarbeide tilpasset spørreskjema. Dette vil bli brukt for å justere underveis og etter endt prosjekt.

Tilbakemeldingene må synliggjøres og diskuteres både med ledelsen, pasienter og medarbeidere. Drøftingen kan skape engasjement og motivasjon, bidra til forankring og ikke minst til at forbedringene vedvarer over tid.

Prosjektleder vil underveis i prosjektperioden skrive logg for jevnlig å dokumentere det som skjer i prosjektet. Loggen vil være ett godt hjelpemiddel når prosjektrapporten skal skrives. Rapporten skal være ferdig våren 2022.

2.1.7. Metodologiske drøftinger

Sterke sider ved fagutviklingsprosjektet vil være at det bygger på forskning- og erfaringsbasert kunnskap. Prosjektet rettes hovedsakelig mot helsepersonell som jobber med pasienter som kan ha nytte av en palliativ plan. Det vil derfor ikke belaste pasientene ved at de er aktivt deltakende i et prosjekt, men prosjektet vil forhåpentligvis ha en positiv effekt på pasientenes livskvalitet. Prosjektet krever ikke store økonomiske midler, og ressurser som allerede er tilgjengelige vil bli brukt.

En svak side kan være nok avsatt tid til undervisning. Arbeidsdagen i hjemmesykepleien er ofte hektiske, hvor det kan by på utfordring at alle helsefagarbeidere og sykepleiere får tilstrekkelig undervisning. Det kan også være en barriere å kontakte fastlegen som fra før har travle dager, med mange pasienter som skal følges opp.

For at arbeidet skal være integrert og av varig karakter avhenger av planleggingsfasen og av gjennomføringen. Med en god prosjektbeskrivelse, nok avsatt tid og undervisning til personalet, mener jeg at dette fagutviklingsprosjektet er gjennomførbart.

3 Formidling/målgruppe

Målgruppen i prosjektet er sykepleiere, helsefagarbeidere og fastleger. Dersom prosjektet skulle bli vellykket, er det ønskelig å la det bli overførbart til resten hjemmesykepleien, sykehjem og bo- og servicesenter i kommunen.

Når fagutviklingsprosjektet er ferdig og evaluert ser jeg for meg at vi har lært mye. Kanskje lærer vi noe som vi kan justere og forbedre oss på? Kanskje ser vi en økonomisk gevinst dersom reinnleggelser og unødvendig medisinbruk reduseres? Da er det naturlig å tro at man kan se en økning i hjemmetid og kanskje også hjemmedød? Det vil være viktig og etisk riktig å videreformidle den kunnskapen vi lærer av dette prosjektet. Det vil derfor være naturlig at prosjektleder presenterer erfaringer i artikkel i et fagblad, på nettverksmøter og konferanser. Det kan tenkes at dette fagutviklingsprosjektet vil lede til et forskningsprosjekt.

4 Referanseliste

Danielsen, B. V., Sand, A. M., Rosland, J. H., & Førland, O. (2018). Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care – a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 17(1), N.PAG. <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.1186/s12904-018-0350-0>

Delmar, C., Alenius-Karlsson, N., & Mikkelsen, A. H. (2011). The implications of autonomy: Viewed in the light of efforts to uphold patients dignity and integrity. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 6(2), 10.3402/qhw.v6i2.6045. <https://doi.org/10.3402/qhw.v6i2.6045>

Eide Lunde, S. A. (2017). Individual care plan at the palliative stage - helping relatives to cope: Establishing an individual care plan at an early stage of palliative care gives relatives hope and support. They also feel seen and their burden of responsibility is lessened. *Norwegian Journal of Clinical Nursing / Sykepleien Forskning*, 1–13.

Førland, O. (2014). Fagutvikling og praksisutvikling i kommunale helse- og omsorgstjenester. I Haugan, G. & Rannestad, T. (Red.). *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. (Kap. 18, s. 225-241). Cappelen Damm.

Hauken, M. Aa. (2019). *Prosjektutvikling i helsetjenesten. Lang-kort er bedre enn kort – lang* (1.utg.). Bergen: Fagbokforlaget

Helsedirektoratet. (2013a). *Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling*. Hentet den 20.03.20 fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-for-beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling>

Helsedirektoratet. (2015). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Hentet den 20.03.20 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>

Helsedirektoratet. (2015b). *Rapport om tilbudet til personer med behov for livsforlengende behandling og omsorg ved livets slutt – skape liv til dagene*. Hentet den 12.04.20 fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3bfb32c6b9ef43/rapport_hdir_palliasjonsrapport_160315.pdf

Helse Møre og Romsdal. (2016). *Innføring av Palliativ Plan i Helse Møre og Romsdal*. Hentet den 15.04.20 fra <https://helse-mr.no/Documents/2%205%20-%20Innføring%20av%20palliativ%20plan%20i%20Møre%20og%20Romsdal%20-%20Handlingsplan.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. (Meld. St. nr. 26 (2014-2015)). Hentet den 02.04.20 fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Lindrende behandling og omsorg. Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve*. (Meld.St.nr.24 (2019-2020)) Hentet 19.05.20 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20192020/id2700942/?ch=1>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (Meld. St. nr. 47 (2008-2009)). Hentet den 14.04.20 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Helsepersonelloven. (2000) *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Hentet den 11.04.20 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Husebø, S & Husebø, B. (2015). *Omsorg ved livets slutt – forberedende samtale og palliativ plan I*: Holm, M.S. & Husebø, S. (red.) *En verdig alderdom – omsorg ved livets slutt*. (s. 21-37). Bergen: Fagbokforlaget

Kjellehold A. (2013) *Retten til individuell plan og koordinator* (4. utgave). Bergen: Fagbokforlaget

Kaasa, S. & Loge, J.H. (2016). Den palliative konsultasjonen – med fokus på kreftpasienter. I Kaasa, S., & Loge, J.H. (red.) *Palliasjon, Nordisk Lærebok* (3. utg., s. 190-215). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kaasa, S. & Loge, J.H. (2016). Palliativ medisin – en innledning. I Kaasa, S. & Loge, J.H. (red.) *Palliasjon, Nordisk Lærebok* (3. utg., s. 34-50). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lum, H. D., & Sudore, R. L. (2016). Advance Care Planning and Goals of Care Communication in Older Adults with Cardiovascular Disease and Multi-Morbidity. *Clinics in Geriatric Medicine*, 32(2), 247–260. <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.1016/j.cger.2016.01.011>

Lunde S.A.E. (2012) Individuell plan - ein plan for eit verdig liv. (Masteroppgave). Volda: Høgskulen i Volda.

Nordsveen, H., & Andershed, B. (2015). Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem - Sykepleieres erfaringer av samhandling. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 5(3), 239-52. https://www.idunn.no/nsf/2015/03/pasienter_med_kreft_i_palliativ_fase_paa_vei_hjem_-_sykeplei

Norsk sykepleierforbund, (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. *Nsf.no*, 11-2011, 1-44. Hentet den 12.04.20 fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

NOU 2017:16 (2017). *På liv og død – palliasjon til alvorlig syke og døende*. Hentet 14.04.20 fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/995cf4e2d4594094b48551eb381c533e/nou-2017-16-pa-liv-og-dod.pdf>

Pasient og brukerrettighetsloven. (1999) Lov om pasient og brukerrettigheter. LOV-1999-07-02-63. Hentet den 23.04.20 <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>


Paulsen, Ø., Haugstøl, T., & Rosland, J.H. (2016). Palliative team på sykehus. I: Kaasa, S. & Loge, J.H. (red.) *Palliasjon, Nordisk Lærebok* (3. utg.) (s. 139-147). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Punternvold, A. (2019) «Los meg i havn». (Prosjektplan). VID Vitenskapelig høyskole, Bergen.

Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk* (6. utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Sörhus, G. S., Landmark, B. T., & Grov, E. K. (2016). Ansvarlig og avhengig - Pårørendes erfaringer med forestående død i hjemmet. *Klinisk Sygepleje*, 30(2), 87-100. <http://dx.doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2016-02-03>

World Health Organization (u.å). WHO definition palliative care. Hentet 14. mars 2020 fra: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

	SØKEHISTORIKK
---	---------------

Problemstilling: «Hvordan implementere palliativ plan til hjemmeboende pasient med behov for lindrende behandling og omsorg?»

Database/ Søkemotor/ Nettsted	Søk- nummer	Søkeord/ emneord/ søkekombinasjoner	Antall treff	Kommentarer til søket/treffliste
SveMed+	#1	«individuell plan	366	
	#2	«brukermedvirkning»	940	
	#3	«palliativ»	1204	
	#4	«hjem»	73	
	#5	«samhandling»	8346	
	#6	#3 AND #4 AND 5	3	Funn: Nordsveen, H. & Andershead, B., 2015 «Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem».
	#7	«kreft»	8866	
	#8	«pårørende»	4191	
	#9	#4 AND #7 AND #8	37	Funn: Sørhus, G.S.. Landmark, B.T., Grov, E.K., 2016 «Ansvarlig og avhengig – Pårørendes erfaringer med forestående død i hjemmet.

PubMed	#1	«palliative care»	76736	Ingen relevante funn
	#2	«health care plan»	493923	
	#3	«advanced care plan»	9024	
	#4	«patient»	6805039	
	#5	«quality of home care»	105731	
	#6	«families»	1354071	
	#7	#4 AND #5 AND #7	186	
Medline	#1	«palliative care»	11669	Ingen relevante funn
	#2	«home care service»	377	
	#3	«advanced care plan»	4425	
	#4	«user involment»	4224	
	#5	«families»	6647	
	#6	«patients experience»	7331	
	#7	#1 AND #4 OR #3	38	
Cinahl med fulltekst	#1	«palliative home care»	23004	
	#2	«home care nurse»	803	
	#3	«palliative care»	39326	
	#4	«user involment»	861	
	#5	«patients experience»	11335	
	#6	«relatives»	587	
	#7	«care plan»	17032	

	#8	#1 AND #6 AND #7	8	Funn: Eide Lunde, S. A. (2017). Individual care plan at the palliative stage - helping relatives to cope: Establishing an individual care plan at an early stage of palliative care gives relatives hope and support.
	#9	#3 AND # 4	19	Ingen relevante funn
	#10	«advanced care plan»	35	Ingen relevante funn
	#11	#1 AND # 2	49	Funn: Danielsen, B. V., Sand, A. M., Rosland, J. H., & Førland, O. (2018). Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care – a qualitative study. BMC Palliative Care

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, pårørnde 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 pårørnde 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 pårørnde.

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/sjukaheimslege 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.

5. PRAKTISK - KORLEIS OPPRETTAR OG OPPDATERAST PLANEN

- - Informasjon om plan til pasient og pårørande (brosjyre)
- - Oppstart bør skje i møte mellom pasient, pårørande, 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, pårørande, 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 omgivingane. 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

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

Etiske føringar og førebuaende 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 forståelsesevne 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 sjølvsgt 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.

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>

PALLIATIV PLAN for

KONTAKTINFORMASJON:

Nærmeste pårørende:

Barn under 18 år:

Fastlege:

Koordinator / ansvarlig sykepleier i kommunen:

Evt. kontakt i spesialisthelsetjenesten:

DIAGNOSER (relevante):

ALLMENNTILSTAND/funksjon:

AKTUELT:

HVA ER VIKTIG FOR DEG NÅ:

RESSURSER / LIVSHISTORIE:

ETISKE FØRINGER / FORBEREDENDE SAMTALER:

HÅP / BEKYMRINGER:

SAMTYKKEKOMPETANSE:

MEDISINSKE FØRINGER / PALLIATIVE TILTAK:

PALLIATIVT SKRIN:

Ved smerter:

Ved tungpust:

Ved kvalme:

Ved angst\uro:

Ved andre symptom/plager:

OPPDATERT MEDISINLISTE I GERICA/VISMA/COSDOC/PROFIL

Planen godkjent av lege og sykepleier

Dato

(fastlege)

(primærsykepleier)



Kompetansesenter i lindrande behandling Helseregion Vest

VEILEDNING TIL INDIVIDUELL PLAN TIL BRUK I PALLIASJON

Utarbeidelse av planen

Hva er pasientens og familiens viktigste ønsker, behov og mål for tiden fremover? Hvordan kan pårørende og helsetjenesten bidra til å tilrettelegge for å oppfylle disse? Dette bør formuleres tydelig i planen, samt hvem som er ansvarlig for hva. Planen er ikke ment å være en detaljert pleie- og behandlingsplan. Dette formuleres eventuelt andre steder. Det bør også legges planer for håndtering av øyeblikkelig hjelp-situasjoner som kan oppstå.

Ved behov for tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten, er det kommunen som skal sørge for at planen blir utarbeidet og koordinere arbeidet. Spesialisthelsetjenesten skal medvirke i planarbeidet. I spesielle tilfeller kan det avtales koordinator i spesialisthelsetjenesten.

Planprosess for bruk av IP i spesialisthelsetjenesten

- • Vurdere behov for koordinerte tjenester
- • Sjekke om vedkommende allerede har en individuell plan og/eller

koordinator/kontaktperson i spesialisthelsetjenesten

- • Informere om individuell plan og koordinator/kontaktperson: rettighet og målsetting
- • Informer kommunehelsetjenesten om behov for IP og koordinator/kontaktperson.

Planprosess for bruk av IP i kommunehelsetjenesten

- • Oppnevne koordinator og sikre nødvendig samtykke
- • Lede planarbeidet i samarbeid med pasient og bruker
- • Utforme og følge opp plandokumentet
- • Sikre fremdrift i prosessen og evaluering etter fastlagt tidsplan
- • Har kommunen egen mal for IP som skal brukes, må man for de palliative pasientene

sikre at følgende punkt er med:

- Kontaktoversikt og ansvarsfordeling inkludert natt, kveld og helg
- Klare retningslinjer for hvor og hvordan eventuell innleggelse skal ordnes.

Dersom åpen retur brukes, skal dette være klart definert

Plan iverksatt dato

Samt tidspunkt/tidsintervall for ny gjennomgang/evaluering

Kontaktoversikt

Kontaktoversikten skal gi oversikt over pårørende og aktuelle helsetjenester som vedkommende har kontakt med. Navn på ansvarlige personer/funksjon, tilgjengelighet og telefonnummer skal oppgis. Ansvarsfordeling inkludert natt, kveld og helg skal være ført på. Dersom åpen retur brukes, skal dette være klart definert.

Utarbeidet av Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest i samarbeid med Sunniva senter for lindrende behandling Haraldsplass Diakonale Sykehus

Versjon 5, jan.2016

Kontaktoversikten kan være et viktig hjelpemiddel også dersom pasienten ikke ønsker en individuell plan.

Kontaktoversikt de kommunale helse- og omsorgstjenester

Navn på aktuelle aktører og telefonnummer.

Viktig å gjøre tydelig hvem som kan kontaktes når i løpet av et døgn.

- Lege

Det skrives ja eller nei på om lege kan treffes utenom kontortid, eventuelt alternativt telefonnummer eller om legen treffes i et begrenset tidsrom.

- Hjemmesykepleie

Det er viktig at det kommer tydelig fram hvilket nummer de kan treffes på i løpet av hele døgnet.

- Primærkontakt

Dersom pasienten har dette. Her kan også evt. ressursykepleier føres på.

- Andre

Kan være sosionom, ergoterapeut, fysioterapeut, eller andre som pasienten har kontakt med (eget ark kan også benyttes).

Kontaktoversikt spesialisthelsetjenesten • Ansvarlig avdeling

Avklare hvilken avdeling pasienten blir tilhørende, hvilken avdeling pasienten har tilbudet til og telefonnummer ("moderavdeling"). Det skal stå klare retningslinjer for hvor og hvordan evt. innleggelse skal ordnes.

- Pasientansvarlig sykepleier

Pasientansvarlig sykepleier eller den sykepleier som er ansvarlig for pasienten ved utreise.

- Palliativt team

Kontaktperson i teamet.

- Andre

Kan være fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom, sykehusprest med flere.

Andre kontakter

Navn og funksjon/yrke på andre hjelpere som ikke er tilsluttet primær eller spesialisthelsetjenesten. Dette kan være Kreftforeningen, frivillighetstjenesten, lokal prest, psykolog, skole og lignende.

Ønsker/mål/tjenester/assistanse • Mine ønsker og mål

Pasientens ønsker og mål for tiden fremover. Aktuelle stikkord kan være: Bruk av fritid (dagavdeling, frivillig etc.), samvær med familien, mest mulig hjemmetid, arbeidssituasjon, transport etc.

- Mine behov og avtalte tiltak

For eksempel: Hjelp til å tilrettelegge hjemmesituasjonen, hjelpemidler, økonomisk rettleiding, hjelp til personlig hygiene, hjelp til symptomlindring. Viktig også å ha fokus på egne ressurser og fremheve det som pasienten mestrer.

- Ansvarlig tjenesteyter

Den instans som best kan imøtekomme pasientens behov. Der pasienten trenger hjelp til personlig hygiene, blir det primærhelsetjenesten. Ved symptomlindring kan det være fastlege, sykehuslege, smerteklinikk eller andre.

- Avsluttet dato

Viktig med evaluering, og avsluttet dato av tiltak til fordel for evt. nye.

Pårørende

Pårørendes behov og ønsker og mål

For eksempel: Avlastning i hjemmesituasjonen (etter avtale med frivillighetstjeneste, palliativt team eller primærhelsetjenesten), informasjon fra fastlege eller annen lege som er tilknyttet

pasienten, informasjon om aktuelle tjenester og tilbud. Koordinator kan eksempelvis være ansvarlig.

Aktuelle vedlegg

- ESAS-r

Skjema for symptomregistrering og forløpsskjema.

- Smertekart

Pasienten skraverer på kroppskartet hvor smerten er.

- Ukeplan

Kan hjelpe pasient/pårørende til å holde oversikt over avtaler og tilstedeværelse, særlig dersom pasienten ikke kan være alene og pårørende trenger avlastning.

- Skjema for behovsmedisin

Mange pasienter ønsker selv å notere når de tar behovsmedisin. I andre tilfeller blir pasient/pårørende oppfordret av helsepersonell til å notere seg bruk av behovsmedisin.

Dette gir gode opplysninger om forbruk med tanke på justeringer av medikament.

- Kommunikasjonsark

Man avtaler hvordan arket skal brukes. Pårørende kan for eksempel bruke arket til beskjeder dersom de er ute når hjemmesykepleien kommer. Viktig da hjemmesykepleien har som rutine alltid å sjekke kommunikasjonsarket når de er hjemme hos pasienten. Viktig å presisere at dette arket ikke skal brukes til rapportering.

- Diverse søknader og avtaler som er gjort med tjenesteapparatet

Det kan være gunstig å anbefale en plastmappe helt bakerst i planen, hvor søknader/aktuelle papir kan samles.

Alle skjema som er nevnt i veiledningen finnes på internettsiden til Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest: www.helse-vest/lindrendebehandling

Utarbeidet av Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest i samarbeid med Sunniva senter for lindrende behandling Haraldsplass Diakonale Sykehus

Versjon 5, jan.2016

Individuell plan til bruk i palliasjon for

Ta med individuell plan når du skal til lege / sykehuset. Gi beskjed til lege / sykepleier om at du har individuell plan.

SAMTYKKE TIL UTARBEIDELSE AV INDIVIDUELL PLAN I PALLIASJON	
Jeg vil at det utarbeides en individuell plan for meg. Jeg har forstått hva individuell plan er, og hva det innebærer å delta i ordningen. Jeg er klar over at jeg når som helst kan trekke mitt samtykke tilbake.	
Samtykket gjelder f.o.m:	Ny gjennomgang:
Sted, dato:	
Underskrift:	Evt. verges underskrift:
Jeg ønsker at en annen person skal delta sammen med meg. Navn på personen:	
Jeg samtykker at plandokumentet kan distribueres til de personer som skal yte bidrag ifølge planen. Det skal gis samtykke fra meg hvis andre personer enn de som er involvert i tjenestetilbudet har behov for plandokumentet.	

Individuell plan er et verktøy for samarbeid mellom deg og de ulike delene av helse- og omsorgstjeneste du har kontakt med.

Plan iverksatt dato:
Planlagt ny gjennomgang:

KONTAKTOVERSIKT PÅRØRENDE		
1. Pårørende:	Slektskap/tilknytning:	
Tlf.:		
2. Pårørende:	Slektskap/tilknytning:	
Tlf.:		
Barn som pårørende:		
KOORDINATOR FOR PLANEN/KONTAKTPERSON		
Navn/enhet:	Tilgjengelighet:	Telefon:
KONTAKTOVERSIKT DE KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTENE		
	Tilgjengelighet:	Telefon:
Fastlege:		
Forvaltning/bestillerkontor:		
Hjemmespl./gr.leder:		
Primærkontakt:		
Ressurssykepleier:		
Andre:		
Andre:		
KONTAKTOVERSIKT SPESIALISTHELSETJENESTEN		
	Tilgjengelighet:	Telefon:
Ansvarlig avdeling:		
Palliativt team:		
Palliativt uteteam:		
Andre:		
VIKTIGE TELEFONNUMMER		
Vakttelefon hjemmesykepleien:		
Akutt nødtelefon/ambulansse: 113		

Utarbeidet av: Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest, telefon: 55 97 58 24, faks: 55 97 58 25 E-post: lindrende.behandling@helse-bergen.no, internett: www.helse-bergen.no/palliasjon



ANDRE KONTAKTER	
Navn:	Tlf:

Utarbeidet av: Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest, telefon: 55 97 58 24, faks: 55 97 58 25 E-post: lindrende.behandling@helse-bergen.no, internett: www.helse-bergen.no/palliasjon

Mine ønsker og mål			
Dato	Mine behov og avtalte tiltak	Ansvarlig	Avsluttet dato

Dato	Pårørendes behov, ønsker og mål	Ansvarlig	Avsluttet dato
Annet:			

Utarbeidet av: Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest, telefon: 55 97 58 24, faks: 55 97 58 25 E-post: lindrende.behandling@helse-bergen.no, internett: www.helse-bergen.no/palliasjon Versjon 5, nov. 2015

1. Pasientforløp i palliasjon (v. 1.4)

Utarbeidet ved enhet: Helse Stavanger HF/Medservice ABK/Avdeling for blod-og kreftsykdommer

[Mer informasjon...](#)

Kapittelmeny

Pasientforløp i palliasjon

Økt livskvalitet med lindrende behandling

