

Palliativ plan

www.palliativplan.no

Tanja Yvonne
Alme

9.30-10.15



PALLIATIV PLAN / PLAN FOR LINDRING

Et levende planverktøy for omsorg til pasienter med uhelbredelig sykdom

RESSURSGRUPPE FOR INNØRING AV PALLIATIV PLAN I MØRE OG ROMSDAL

KREFTKOORDINATOR/PROSJEKTLEIAR TANJA ALME

Kommunane i Møre og Romsdal



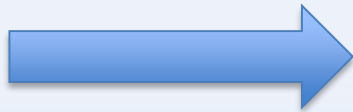
BAKGRUNN

INNFØRING PALLIATIV PLAN MØRE OG ROMSDAL



Utvikling gjennom kunnskap 2011-2013

Kompetansehevendende 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.

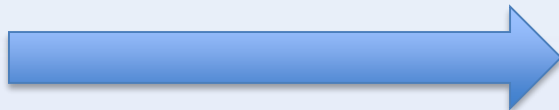
Stor kartlegging som viste behov for et verktøy for å vere i forkant. Mål: forståelse av palliativ plan i Møre og Romsdal

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

SAMARBEID PÅ TVERS

1 og 2 linje tjeneste

Alle 36 kommune og de 4 sykehus i fylket

Samhandlingsutvalg

Ressursnettverk

Utviklingsssenter for sykehjem og hjemmetjeneste

Helseinnovasjonsenteret

KomUt

Systemansvarlige

Fagråd digitalt samhandling MR

Fylkesmann MR

Helsedirektoratet

Kompetansesenter for lindrende behandling region midt

NTNU Ålesund/Høgskolen i Molde

Senter for omsorgsforskning

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 samhandlingsstrategi er nå under revidering for 2019-2021. Fortsatt viktig satsingsområde.

MÅL

Best mulig livskvalitet for pasienter og pårørende

SKAPE VERKTØY SOM SIKRER SAMHANDLING,
TRYGGHET OG FORUTSIGBARHET FOR PALLIATIVE
PASIENTER, PÅRØRENDE OG HELSEPERSONELL

Palliativ plan innføres i alle 36 kommuner 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 klar med en felles prosedyre.

Samarbeid med systemansvarlege og KomUt Møre og Romsdal

Ny pilot:proaktiv plan til legevakt

2. Informasjon, markedsføring -

Brosjyre, veileder for helsepersonell, media, folkemøte m.m

Hva betyr ordet palliasjon? Sistehjelpskurs

3. Kompetansehevande tiltak

Undervising ved legekantor/ressursnettverk m.m

Samarbeid med Helseinnovasjonssenter:

- Opplæringsapp /elæringsmoduler, informasjonsvideo

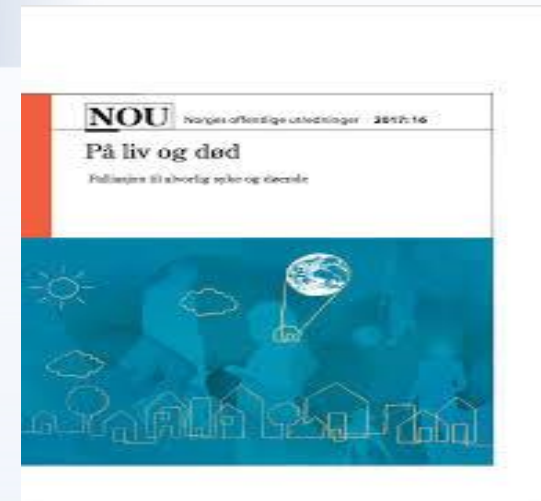
Kick off vinter 2018/erfaringsamling vinter 2019

4. Kartlegging og evaluering

5. Nasjonal bredding

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



"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 loses 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."

<https://helsedirektoratet.no/palliasjon/nasjonale-faglige-rad-for-lindrende-behandling-i-livets-slutfase>

PALLIASJON

- Kva tenker vi når vi hører ordet?
- Livet? Planlegging
- Døden? Førebuing
- Livskvalitet? Lindring
- Tryggleik, tillit, verdigheit, kommunikasjon
- ”Å fylle dagane med liv ikkje livet med dagar”



LIVSKVALITET

- Mål med all palliasjon
- Det handler om livet.. Mer enn om døden



PALLIATIV PLAN

- Er et overordnet planverktøy
- = Advance care planning i praksis
- = forenkla, lavterskel individuell plan tilpassa palliative pasienter
- Kan pasient/bruker ha over mange år, oppdateres ved større endringer
- Målet er å være i forkant av ulike utfordringer
- Samler viktige føringer og minsker risiko for misforståelser og unødvendige tiltak
- Bidrar til levetid og får frem det som pasienten synes er viktig for seg
- Har tradisjonelt vært for pasienter med kreft, men viktig det skal være for alle som har palliative diagnoser
- En palliativ plan skal sikre samhandling, planlegging og tilrettelegging av tiltak, slik at den som er syk og familien kan oppleve best mulig livskvalitet.
- Planen skal være med på å gi økt trygghet for både pasient, pårørende og helsepersonell.

NÅR LAGE EN PALLIATIV PLAN

- Tilby plan så tidlig som mulig
- Skape grunnlag for videre god palliativ omsorg
- Ingen fasit
- Tidlig palliativ innsats kan være med å øke overlevelse og bedre livskvalitet (påvist for pasienter med lungecancer)

ANSVAR FOR PALLIATIV PLAN

- Det er fastlege eller tilsynslege i samarbeid med sykepleier som utarbeider planen sammen med pasient og evt. pårørende.
- Planen er et tilbud til den som har en uhelbredelig sykdom, parallelt med annen behandling.
- Planen utarbeides med dialog og forhåndssamtaler.

OPPRETTING AV PLANEN

- Elektronisk plan
- Følger pasient der han er
- I gericca, visma profil og cosdoc. Via e-link til fastlege og 2 linjetjeneste
- Når pasienten innlegges skal planen sendes ved innleggelsesrapport
- Når pasienten utskrives kan 2 linjetjeneste komme med anbefalingen og føringer til plan. Men NB, det er ikke dette i seg selv som er planen
- **Legen MARKER I KJERNEJOURNAL AT PASIENTEN HAR EN PALLIATIV PLAN OG HVOR DENNE FINNES**

PRAKTISK GJENNOMFØRING

- Identifisere pasienten som har behov for en Palliativ Plan
- Samtale med pasienten / bruker og gjerne også pårørende
 - Informeres om hva en Palliativ Plan er og hva den brukes til
 - Muntlig og skriftlig
- Innhente medisinske føringer fra spesialisthelsetjeneste
- Første planlagte møte / oppstartsmøte
- Primær- / ressurspsykepleier skriver Palliativ Plan i kladd i systemet til kommunehelsetjenesten
- *„Per, ønsker palliativ plan“*

PRAKTISK GJENNOMFØRING

- Fastlege / tilsynslege får forslag til plan (per e-link)
- Fastlege / tilsynslege kommer med innspill - Planen godkjennes
- Pasient (og pårørende) godkjenner planen
 - Gjennomgått sammen med primær- / ressurspsykepleier (og evt. lege)
- Planen låses og merkes med **versjon 1**
- Planen legges ved innleggelsesrapporten når det er sykehusinnleggelse (e-melding)
- Ved større endringer i pasientens situasjon må planen oppdateres (**versjon 2 osv.**)

PALLIATIV PLAN I TILTAKSPLAN

Gerica PRO - PROD - NYTT MILJØ - 8.5.3 (10052)

File Rediger Aktivitet Kartotek Rapporter Verktøy Vindu Hjelp

Braker Tjeneste Sak ADL Journal Diagnoser Tiltak Medisin Labsvar Timebok Internmelding eLink Plassadmin Notatblokk

Tiltaksplan

Bruker: 4344 Danser, Line Tjeneste: Alle verdier valgt Standardtjeneste

< idag >

		onsdag 10.01.2018																										
		00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00			
Medisinsk oppfølging																												
1.20.2 - Gi medisin												0:05	0:05												0:05	0:05		
Samhandling		Palliativ plan																										
1.29.6 - Palliativ plan		Ingen tidsplaner																										
Personlig hygiene																												
Væske og ernæring																												
1.3.20 - Ernæring												0:05																
Hud og vev		Sår høyre legg																										
1.21.6 - Sårbehandling																												
Hud og vev		Sår venstre hæl																										
1.21.6 - Sårbehandling																												
Bevegelse/fysisk funksjon																												
48.4 - Trening												0:20																
Boforhold																												
2.1.3 - Vask/støvsuging																												
Uten situasjon																												
32.32.5 - Gruppetrening		Gruppetiltak																										

Journaler

Palliativ plan

28.11.2017 - 12:28
Versjon 3

KONTAKTINFORMASJON:

Fastlege / tilsynslege: Kjell Nordby
Koordinator / ansvarlig sykepleier i kommunen: Liv S. Johansen
Hjemmesykepleien: ble skrevet ut fra Ålesund med tilsyn flere ganger daglig i starten
Kontakt i spesialisthelsetjenesten: Per Bjørn Solevåg, overlege, Kir B
Ansvarsforhold videre behandling: Tilsynslege / fastlege, ved behov Pall team Molde
Ved spørsmål ring fastlege / hjemmesykepleien / tilsynslege eller ved behov palliativt team Molde sykehus (94820885 eller 90072072 etter kontortid).

DIAGNOSER:

Kreft i nyre oppdaget 2016, gått på kontrollen. Påvist spredning til ryggvirvler
Oppdaget avklemning av ryggmarg, strålet på sykehus 2017.
Kreft i urinblære, siste inngrep 2012

ALLMENNFUNKSJON:

Føler seg i fin form, er oppe og går alene med rullator. Syns det var godt å få enerom.
Spiser og drikker bra, men kan ha noe kvalme innimellom. Sover godt hele natten.

AKTUELT:

Kan ha noe kvalme innimellom, startet fast Afipran for dette. Har lite smerter nå, hatt god effekt av strålingen. På sykehuset er det anført i WHO status 3 (oppegående mindre enn 4 timer om dagen), men at dette nå har endret seg. Sitter nå mest i godstolen på rommet og hviler middag i sengen.
Palliativ setting med målet om best mulig symptomlindring, ingen tumorrettet behandling planlagt.

HVA ER VIKTIG FOR DEG NÅ:

Viktig at han får det fint siste tiden han har igjen. Han tenker ikke så veldig mye over det, og er heller ikke redd for døden. Han sier han er gammel og har levd et godt liv.

Hent flere journaler Skriv ny journal



Prosedyre

Situasjon

Mål

Empty text area for procedure.

Empty text area for situation.

Empty text area for goals.

OPPDATERING

- Primærsykpleier/koordinator i kommunen har ansvar for å fysisk oppdatere planen elektronisk. Fastlegen / tilsynslegen godkjenner.
- Ofte behov for flere samarbeidsmøter, og noen ganger kan det være nok med dialog over tlf.
- Planen skal alltid sendes og godkjennes elektronisk via e-melding.
- Sykehuset kan komme med anbefalinger/føringer til oppdatering i plan.
- *«Per innlegges på sykehus, planen utgangspunkt for samarbeidsmøte før utskrivning fra sykehus. Planen må oppdateres.»*

INNHOOLD I PLANEN

- I planen skal alle viktige føringer samles
- Den skal være et overordnet dokument og avgjørelsesgrunnlag for videre behandling
- Pasient og pårørende sin stemme må komme tydelig frem
- NB i en tidlig fase kan det være mulig at det er få av punktene som fylles ut

PALLIATIV PLAN; INNHOLD

- MAL: Bruk veileder for å se hva som menes med hvert punkt
- Kontaktinformasjon
- Relevante diagnoser
- Allmenntilstand / funksjon
- Aktuelt
- Hva er viktig for deg nå?
- Ressurser / livshistorie
- Etske føringer / forberedende samtaler
- Håp/bekymringer
- Samtykkekompetanse
- Medisinske føringer / Palliative tiltak
- Palliativt skrin
- Plan for symptomlindring med medikamenter

HVA ER VIKTIG FOR DEG NÅ

- Det er pasienten selv som må si noe som hva som faktisk er viktig for seg.
- Ofte er det helt andre ting enn det vi kanskje trodde.
- Skriv ned i planen det pasienten / brukeren sier selv som er viktigst for ham eller hun.
- Det kan være å få være hjemme, tro, musikk, hobby, ikke ha smerter, ikke innlegges, at familien har det godt og ikke blir for sliten, å ha en så normal hverdag som mulig



RESSURSER OG LIVSHISTORIE

- Hvem er mennesket bak sykdommen?
- Hvem er viktig for pasienten? Familie, venner, nettverk?
- Hva har vært viktig for pasienten gjennom livet?
- Hva er viktig nå?
- Hva mener pasienten selv er sine viktige ressurser både i seg selv og rundt seg?
- Hvordan mestret motgang tidligere i livet?
- *«Per, sjømann, liker å fortelle og bevare sine reisehistorier, viktig for ham å være hjemme. Synes selv at familien, kona spesielt og hans egen evne til humor og realistisk tenking er viktige ressurser. Har og stor støtte av sin kristne tro»*

ETISKE FØRINGER OG FORBEREDENDE SAMTALER

- Tanker og ønsker om tida fremover.
- Hva er viktig om pasienten blir sykere / situasjon forverres?
- Hva når livet går mot slutten? Hva ønsker pasienten? Samsvarer dette med pårørendes forventninger....og med meningsfullt behandling?
- Håp/bekymringer
- «Per : ønsket å dø hjemme, men.. Vist kona mi blir sliten, da vil jeg inn på sykehjemmet»

MEDISINSKE FØRINGER PALLIATIVE TILTAK

- Behandlingsintensitet
 - HLR status, respirator ja / nei
 - Intensivbehandling ja / nei
 - Antibiotikabehandling ja / nei
 - Aktiv ernæring ja / nei
 - Det skal ikke være til hinder for.....
- Symptomlindring
 - Å være ett skritt foran
 - Ved smerter
 - Ved angst / uro
 - Ved kvalme
 -

SUKSESSKRITERIER PALLIATIV PLAN MØRE OG ROMSDAL

- Forankring
- Samarbeid på tvers
- Praksisnært verktøy til nytte for alle involverte
- Fastlege nøkkelrolle
- Brukar eksisterande system
- Ressursnettverk
- Opplæring/kompetanseheving

- DET ENKLE ER OFTE DET BESTE - PLAN ER KORT, KONSIS OG ENKEL

ETISK REFLEKSJON

- Viktig med systematisk bruk av etisk refleksjon
- Før oppstart, underveis og etterpå som evaluering
- Etisk refleksjon nødvendig i alt faglig kvalitet og forbedrings arbeid
- Viktig å sette av tid til etisk refleksjon i implementering av palliativ plan



PALLIATIV PLAN FORDI:

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

KVIFOR BIDRAR PLANEN TIL BETRE PALLIATIV OMSORG?

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

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
- Et tilbud til alle med palliativ diagnose, ikkje bare kreft
- Overførbart til andre, eldre multisyke
- Skal være elektronisk

PALLIATIV PLAN / PLAN FOR LINDRING



www.helse-mr.no/palliativplan

www.palliativplan.no

<http://www.palliativplan.no/>

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

