

# PALLIATIV PLAN / PLAN FOR LINDRING

Et levende planverktøy for omsorg til pasienter med uhelbredelig sykdom

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

KREFTKOORDINATOR/PROSJEKTLEIAR TANJA ALME  
RESSURSNETTVERK ÅLESUND

Kommunane i Møre og Romsdal





# 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”

# PALLIASJON

- Samhandlingsreforma har ført til endra ansvar og oppgåvefordeling mellom kommune og helseforetak
- NB ikkje bare til kreftpasientar
- Nye behandling/forsking, pasientar kan leve med uhelbredelig diagnose over fleire år - kan ha behov for langvarig palliativ omsorg/koordinering

# LIVSKVALITET

- Mål med all palliasjon
- Det handlar om livet.. Meir enn om døden
  
- Fokus på livet og samtidig fremje openheit om døden



# BAKGRUNN

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

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

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

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

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

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

# RESSURSGRUPPE FOR INNFORING AV PALLIATIV PLAN I MR



# MANDAT RESSURSGRUPPE

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

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

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



# HANDLINGSPLAN

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

# MÅL

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

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

# TILTAK

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

Søkt prosjektmidler frå helsedirektorat og fylkesmann MR.

# TRENG VI PALLIATIV PLAN?

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

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

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

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

# PALLIATIV PLAN

- Et overordna dokument der den som er sjuk, pårørende, fastlege og sjukepleiar/kreftkoordinator samlar viktige føringar.
- Skal følge pasienten der han er
- Verktøy som kvalitetsikrar samhandling i palliativ omsorg

**KVA ER VIKTIG FOR DEG??**



## PALLIATIV PLAN

- En palliativ plan kan beskrives som et verktøy for å kvalitetssikre palliative tiltak for pasienter med uhelbredelig sykdom.
- Planen utarbeides gjennom dialog og forberedende samtaler mellom fastlege eller tilsynslege i samarbeid med sykepleier, pasient og pårørende.
- I planen samles viktige føringer og man kan dermed forhindre misforståelser og unødvendige tiltak.
- Planen må oppdateres etter hvert som tilstanden endrer seg. Noen har planen over flere år, andre har planen i en kortere tidsperiode.
- En palliativ plan skal sikre samhandling, planlegging og tilrettelegging av tiltak, slik at den som er syk og familien kan oppleve best mulig livskvalitet.
- Planen skal være med på å gi økt trygghet for både pasient, pårørende og helsepersonell. Målet er å være i forkant av ulike utfordringer, bidra til levetid og få frem det som pasienten synes er viktig for seg.

# PALLIATIV PLAN

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

NB IKKJE BARE TIL KREFTPASIENTER

- VÆRE i forkant
- Planen oppdateres ved behov/endringar
- Kan ha plan over fleire år
- Ikkje det same som tiltaksplan for døande
- Enkel
- Alt det ”nødvendige” samla på en plass
- Felles plan vi gjere samhandling på tvers av nivå og fagfelt enklare
- Etisk refleksjon viktig i arbeidet med palliativ plan!!

# KRITERIER

- Pasient må ønske planen
- Planen skal være eit overordna dokument, ingen rapport
- Alle viktig føringar/avtalar/vendepunkt samlast i planen
- Det vil bli nokre dobbeltføringar.. Obs de som har plan men ikkje pleietenester (for eksempel styrer medisin sjølv)
- Ingen medisinliste, men avtaler i forhold til endring/auke
- Er ikkje ein tiltaksplan for døyande
- Skal følge pasient der han er
- skal være et tilbud til alle med palliativ diagnose, ikkje bare kreft
- Skal være elektronisk



# ELEKTONISK PLAN

Prosedyre klar før sommar.

Pilottest frå april til juni.

- Må være enkel og lett å oppdatere
- Må kunne sendes via e link innad i kommune og mellom 1 og 2 linjeteneste
- Må sendes ved innleggesrapport om pasient blir innlagt
- Bør kunne hentes frem på mobildata
- Må være utskriftvennlig

# ANSVAR FOR PALLIATIV PLAN

Det er fastlege eller tilsynslege i samarbeid med sykepleier/sykehuslege som utarbeider planen i lag med pasient og evt. pårørende.

Planen er et tilbud til den som har en uhelbredelig sykdom, parallelt med annen behandling.

Planen utarbeides med dialog og forberedende samtaler.

# PRAKTISK :

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



# FØREBUANDE SAMTALAR

- Livshistorie
- Ressursar
- Mestring
- VÆRE I FORKANT
  - Kva tenker du og dine om tida framover
  - Kvar vil du være når du treng meir hjelp?
  - Er pasienten klar over sin situasjon
  - Våge å gå inn i samtale om døden
  - Kvar vil du være den siste tida og kvar vil du være når du døyr? Plan A, B C
  
- KVA ER VIKTIG FOR DEG NO?

# PALLIATIV PLAN FORDI:

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

### KVIFOR BIDRAR PLANEN TIL BETRE PALLIATIV OMSORG?

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

”Min mor ble etter hvert sykere men vi kjente oss så 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”



# PALLIATIV PLAN / PLAN FOR LINDRING

Et levende planverktøy for omsorg til pasienter med uhelbredelig sykdom

SPØRSMÅL/DIALOG?

TAKK FOR MEG

Kommunane i Møre og Romsdal

