



FORHÅNDSSAMTALER/PALLIATIV PLAN

En plan for lindring og best mulig livskvalitet



RETTLEIAR HELSEPERSONELL I BRUK AV FORHÅNDSSAMTALER/ PALLIATIV PLAN

BAKGRUNN

Palliativ plan er eit verktøy for pasient, pårørande og helsepersonell. Dette for å betre være budd på dei utfordringane som kan oppstå.

Planen er utarbeida av ei ressursgruppe med representantar både frå helseføretaket og kommunane, samt ein brukarrepresentant. Arbeidet er forankra i revidert samarbeidsavtale i Helsefelleskap Møre og Romsdal.

Se lenke: [Handlingsplan eldre multisyke og palliasjon 2022 2025.pdf \(helse-mr.no\)](#)

KVA ER EIN PALLIATIV PLAN

Palliativ plan er eit verktøy og ein prosess for å sikre gode behandlingsforløp. Planen er heilskapleg og overordna. Den har fokus både på medisinfaglege føringar, samt pasientens og pårørande sine ynskjer og behov. Palliativ plan vert laga og oppdatert ved forhåndssamtalar

(Veileder: Forhåndssamtaler på sykehjem - Institutt for helse og samfunn (uio.no)/ Forhåndssamtaler for alvorlig syke hjemmeboende eldre - Institutt for helse og samfunn (uio.no), Forhåndssamtaler - Helsedirektoratet)

Planen er eit tilbod til pasientar med uhelbredeleg sjukdom eller tilstand (til dømes kreft, ALS, KOLS, hjartesvikt, demens eller gamle og skrøpelege, mennesker med alvorleg funksjonsnedsetting, utviklingshemming og liknande).

Ved å samle relevant informasjon om pasienten vil det bidra til å gi best mulig grunnlag til å ta beslutningar ved vedskjilje i sjukdommen eller tilstanden. Formålet med planen er best mogleg **livskvalitet** for pasientar og pårørande. Planen vil hjelpe oss å vere i **forkant**, samt sikre **tryggleik** og **samhandling**, både i kommunen og mellom kommune og sjukehus.

Planen kan sjåast som ein forenkla individuell plan tilpassa denne pasientgruppa. Ved forhåndssamtalar og palliativ plan er det viktig at vi også leggje til rette for å inkludere og ivareta pårørande.

FORHÅNDSSAMTALER/PALLIATIV PLAN

En plan for lindring og best mulig livskvalitet



NÅR OPPRETTE EIN PALLIATIV PLAN

Ein bør gje tilbod om å opprette palliativ plan tidlegast råd i ei palliativ fase. Palliasjon handlar om meir enn livets siste dagar. Det omhandlar tidleg palliasjon, sein palliasjon og til slutt livets slutt.

KVEN HAR ANSVAR FOR Å OPPRETTE EIN PALLIATIV PLAN?

Fastlege/sjukaheimslege saman med primærkontakt har ansvaret for å opprette planen. Dette bør skje i nært samarbeid med pasient og pårørande. God arbeidsfordeling er at sjukepleiar eller anna eigna helsepersonell fører planen i pennen, samt er ansvarleg for å halde planen oppdatert. Lege er medisinsk ansvarleg for planen. Det vil ofte vere naturleg at ansvarleg personell ilag med pasient og gjerne pårørande, startar ein prosess med forhåndssamtalar som grunnlaget for planen.

Prosess og samtaler med informasjon om palliativ plan kan også starte på sjukehuset. Sjukehuslege kan legge føringar og anbefalingar om oppstart og oppdateringar i sine utskrivingsnotat til kommunehelsetenesta.

PRAKTISK - KORLEIS OPPRETTE OG OPPDATERE EIN PALLIATIV PLAN

- Informasjon om plan til pasient og pårørande (brosjyre)
- Oppstart er ynskjeleg at skjer i møte mellom pasient, pårørande, lege og sjukepleiar eller anna helsepersonell. Pasient og sjukepleiar kan og starte opp og saman vert einige om kva som skal stå i planen.
- Dette er ofte ein prosess basert på fleire samtalar og forhåndssamtalar
- Sjukepleiar/primærkontakt opprettar og skriv planen inn i dokumentasjonssystem Geric, Profil, Cosdoc eller Helseplattformen. Planen sendast vidare via e-melding (helseopplysning eller forespørsel) til lege som evt. legg til endringar. Planen er ikkje godkjent før lege har svart på e-melding.
- Sjukepleiar/primærkontakt er ansvarleg for at pasienten får ein skriftleg oppdatert plan om hen ynskjer det.
- Sjukepleiar/primærkontakt har ansvar for å halde planen oppdatert.
- Planen skal følgje pasienten der hen er.
- Ved innlegging i sjukehus eller sjukeheim skal planen sendast elektronisk i innleggingsrapporten.
- Lege ved sjukehus skal skrive at pasienten har ein palliativ plan under kritisk informasjon i pasientens journal
- Om pasienten gjev samtykke, skal planen ved behov sendast proaktivt til legevakt-tenesta.
- Om pasienten gjev samtykke, skriv fastlege i kjernejournal at pasienten har palliativ plan. Dette gjerast her:

FORHÅNDSSAMTALER/PALLIATIV PLAN

En plan for lindring og best mulig livskvalitet



- Kritisk info; Endring i behandlingsrutiner; Annen prosedyreendring; Anbefalt spesifisert behandlingsprosedyre; skriv «Pasient har en Palliativ plan» under «Spesifiser»
- Planen er tilpassa Helseplattformen (Helse Midt Norge)
- Sjå eigen rettleiar om Palliativ plan i Helseplattformen

KVA INNHOLD BØR EIN PALLIATIV PLAN HA?

Planen skal innehalde opplysingar og føringar som gjev ei rask oversikt over det som er aktuelt og avtala. Det er ikkje alltid ein skriv noko under alle punkt i planen. Hugs å bruk eit enkelt og forståeleg språk.

Kontaktinformasjon og ansvarspersonar:

- Namn på pasient, fødselsdato, pårørande, fastlege, koordinator, primær/sekundærjukepleiar, born under 18 år (helsepersonellova paragraf 10 A – kva oppfølging får borna).
- Kven kan pasient/pårørande kontakte, og når.

Relevante diagnosar:

- Her førast inn aktuelle diagnosar- det som er aktuelt for pasienten sin situasjon no (ikkje oppramsing av andre diagnosar).

Aktuell situasjon, allmenntilstand og funksjon:

- Fritekst og evt WHO funksjon status
- Skriv inn det som er aktuelt for pasienten no. Kva er allmenntilstand no, spesielle utfordringar ifht. sjukdomen, behandlinga og omgivnadane. Også endringar i situasjonen skrivast her (vendepunkt).
- Her kan det og være naturleg å skrive noko om behov for div hjelpemiddel.

Kva er viktig for deg no og i tida framover?

- Ta opp spørsmålet og skriv ned det pasienten opplever som viktig.
- Eksempelvis; å vere med barna sine, å vere heime, ikkje innlegging på sjukehus, ikkje ha smerter/kvalme, få drive med hobby så lenge som mogleg, oppleve livskvalitet.

Ressursar, livshistorie, nettverk:

- Skriv ned informasjon om familie og nettverk samt bu-forhold. Kva har vore viktig for pasienten gjennom livet? Eksempelvis yrke, interesser, lidenskapar, tru og livssyn, erfaringar og ressursar som kan være aktuelle for situasjonen og for meistring.
- Lag gjerne eit nettverkskart med familie, vener, kollegaer, trussamfunn, klubbar mm.

FORHÅNDSSAMTALER/PALLIATIV PLAN

En plan for lindring og best mulig livskvalitet



Etiske føringar og forhåndssamtalar:

- Skriv ned det som er teke opp med pasienten og pårørande. Om tankar og ynskjer i det vidare forløpet samt om framtidig helsehjelp. Også tankar om resten av livet og døden.
- Kva kunnskap og forståing har pasienten for situasjonen?
- Har pasienten tankar og ynskjer om kvar hen skal dø?
- Om bekymringar og håp, og om eksistensielle og andeleg behov er ivaretatt?
- Dersom pasienten ynskjer å være heime i siste fase, er det svært viktig at pårørande er involvert og inkluderte. Ein må snakke om kva som er mogleg å få til og ikkje.

Innhaldet her må gjerne takast i fleire omgangar – det er ein prosess.

Samtykkekompetanse/formoda samtykke:

Vurdering av samtykkekompetanse inneber ei vurdering av evna til å forstå den konkrete/aktuelle helsehjelpa. Pasient må enten samtykke til ein palliativ plan sjølv, eller pårørande kan gje eit formoda samtykke.

- **Informert samtykke:**
 - Pasienten skal ha blitt gitt den informasjon som er nødvendig for at hen skal kunne gje 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 føringar for vidare behandling, som er teke opp og bestemt (kan sjølvst endrast om pasienten ombestemmer seg i ettertid).

- **HLR:**
 - Det vert viktig å presisere kva som ligg i HLR begrepet. Dette gjeld gjenoppliving (hjarte/lunge redning). Det betyr ikkje at pasienten skal avstå frå anna type behandling. Ein bør skrive dato for HLR bestemming i planen, gjerne med ei kort setning om kva informasjon/samtale ein har hatt om dette.
 - Også om det er avklart med ansvarleg lege at pasienten ikkje skal leggst inn i sjukehus, eller om hen ikkje skal ha antibiotikabehandling eller væskebehandling, skal dette stå som eige punkt.
- **Medisinar/palliative tiltak:**
 - 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

FORHÅNDSSAMTALER/PALLIATIV PLAN

En plan for lindring og best mulig livskvalitet



kompetent helsepersonell auke sjølv utan å kontakte legevakt og når må legevakt kontaktast. **Dette er ikkje ei medisinliste, men ein plan for symptomlindring! Det skal alltid ligge ved ei oppdatert medisinliste.**

- **Sjølv om det ikkje er ei medisinliste må vakthavande lege få hjelp og støtte frå planen. Det som er drøfta og planlagt tidlegare, bør stå her.**
- Det må stå i planen om lege har forordna dei 4 medikamenta ved livets slutt (lenke) eller andre sc medisinar. Det må stå kvar medisinane oppbevarst og når dei kan takast i bruk. Dette punktet skrivast ofte på for seint i forløpet. I ein plan i tidleg palliativ fase vil ein ikkje trenge skrive noko om subcutane medisinar. Vi skal vere i forkant av den neste endringa i situasjon som kan komme.

ETISK REFLEKSJON

Etisk refleksjon er eit viktig verktøy ved bruk av palliativ plan både før oppstart, under bruk og i etterkant. Alt helsepersonell er oppfordra til å bruke etisk refleksjon ved bruk av palliativ plan.

For tips og råd sjå : **Flere verktøy og metoder - KS**

VED BEHOV FOR RÅD/VEILEDNING TA KONTAKT MED:

Ressurssjukepleiar i di kommune eller avdeling, kreftkoordinator/palliativkoordinator, Lindrande team ved ditt nær- sjukehus eller nokon frå ressursgruppa: <https://helse-mr.no/fag-og-forskning/samhandling>

På nettsida finnast ulike prosedyrar, undervisning og filmar.

www.palliativplan.no