



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.

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 rettledning,

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 skriverer 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