

1. Hensikt

Tilpasse den palliative kartleggingen som gjøres i spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene slik at dokumentasjonen inneholder de samme elementene og er gjenkjennbar for alle som er involvert i forløpet. Felles dokumentasjon vil bidra til felles målsetting for behandling og pleie, redusere dobbeltarbeid og gjøre at neste trinn i kjeden er best mulig oppdatert om situasjonen i møte med pasient og pårørende. Målet er å skape en kontinuitet mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Den palliative kulturen kjennetegnes av en tverrfaglig tilnærming til pasient og pårørende. En behandlingsplan med tiltak og begrensninger når pasienten har en alvorlig, livsbegrensende sykdom, kan hindre unødvendige innleggelser i sykehus.

2. Målgruppe og avgrensning

Helsepersonell som gir tjenester til palliative pasienter som befinner seg i spesialisthelsetjenesten eller de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Palliative pasienter har en alvorlig, uhelbredelig sykdom. Palliativ behandling må baseres på behov, uavhengig av diagnose, og starte så snart behovet er til stede. Er min pasient en palliativ pasient?

Ved å bruke overskriften Palliativ kartlegging og behandlingsplan vil det være enklere å finne notatet i pasientens journal.

3. Ansvar

Lege og sykepleier

4. Gjennomføring

Innleggelse i sykehus:

DIPS: Dokumenteres i DIPS som palliativ kartlegging og behandlingsplan.

- **Palliativ kartlegging og behandlingsplan HBE**, knyttet til SO lege
- **Spl palliativ kartlegging og behandlingsplan HBE**, knyttet til SO Sykepleie

Meona: Pasientansvarlig lege eller sykepleier ordinerer Palliativ kartlegging og behandlingsplan under fanen legemiddel i Meona, som medfører påminnelser i kurven med ansvarsfordeling lege/sykepleier.

Utreise: Ved utreise kopieres det endelige legenotatet inn i epikrisen som sendes til fastlege/sykehjemslege/hjemmesykepleien, og gjerne også i sykepleiesammenfatningen som sendes til hjemmesykepleien.

Pasienten må bli informert om at palliativ kartlegging og behandlingsplan blir en del av epikrise og sykepleiesammenfatning. Lege dokumenterer dette kort under punkt 6.

Ny innleggelse: Ved ny innleggelse skal dokumentet oppdateres på bakgrunn av den informasjon som blir sendt fra kommunen, da pasientens og pårørendes situasjon kan være endret.

Proessen rundt god informasjon og dialog mellom behandler, pasient og pårørende er avgjørende for at de opplever trygghet og forutsigbarhet.

4.1 Palliativ kartlegging og behandlingsplan – hjelp til utfylling

Samtalen med pasient og pårørende og den etterfølgende dokumentasjonen må skje hensynsfullt, på deres premisser, og respektere deres ønsker og deres grenser for åpenhet.

Palliativ kartlegging og behandlingsplan
<p>1. Hoveddiagnose/symptomer/funksjon Fylles ut av sykepleier</p> <ul style="list-style-type: none">○ ESAS symptomkartlegging○ ECOG gradering av funksjonsstatus
<p>2. Hjemmesituasjon Fylles ut av sykepleier</p> <ul style="list-style-type: none">○ Boforhold/ institusjon○ Hjelpemiddelbehov○ Tverrfaglige ressurser (for eksempel sosionom, fysioterapeut, psykolog, prest)○ Pårørende, inkludert barn
<p>3. Hva er viktig for pasient og pårørende nå Fylles ut av sykepleier</p> <ul style="list-style-type: none">○ Eksistensielle og psykososiale behov (verdier, ønsker, livshistorie)○ Har/ønsker pasienten individuell plan
<p>4. Behandlingsplan Fylles ut av lege</p> <ul style="list-style-type: none">○ Plan for aktuell sykdom og symptomlindring
<p>5. Behandlingsavgrensning Fylles ut av lege</p> <ul style="list-style-type: none">○ Prognose og forhåndsbeslutninger (antibiotika, ernærings- og væskebehandling, deaktivering av ICD)
<p>6. Informasjon Fylles ut av lege</p> <ul style="list-style-type: none">○ Hva er kommunisert til pasient/pårørende, og hva uttrykker de forståelse for○ Samtykkekompetanse○ Informasjonspreferanse○ Samtaler med pasient og pårørende○ Legemidler og bilkjøring