



Veiledning til plan for lindring og best mulig livskvalitet - forenklet individuell plan til bruk i palliasjon

Utarbeidelse av planen

En individuell plan er pasientens plan og ikke en detaljert pleie- og behandlingsplan. Hva er pasientens og nærmeste pårørendes viktigste ønsker, behov og mål for tiden fremover? Hvordan kan helse- og omsorgstjenestene, frivillige og pårørende/nettverket bidra for å oppfylle disse? Dette bør formuleres tydelig i planen, samt hvem som er ansvarlig for hva. Det kan også utarbeides en palliativ behandlingsplan som signeres av lege og legges som et vedlegg til den individuelle planen. Denne bør inkludere planer for håndtering av øyeblikkelig hjelp-situasjoner som kan oppstå. ([Eksempel på plan: Palliativ kartlegging og behandlingsplan](#)). Det må sikres at behandlingsplanen til enhver tid er oppdatert og tilgjengelig både for lege og for pleie- og omsorgstjenesten og at den følger pasienten ved innleggelse og utskrivelser.

Ved behov for tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten, er det kommunen som har ansvar for at individuell plan blir utarbeidet, og skal koordinere arbeidet. Spesialisthelsetjenesten skal varsle kommunen når det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen, og skal da medvirke i planarbeidet. I spesielle tilfeller kan det avtales koordinator i spesialisthelsetjenesten.

Bruk av individuell plan i spesialisthelsetjenesten

- Ha rutine for å spørre om pasienten har en individuell plan og/eller koordinator/kontaktperson ved innleggelse
- Dersom pasienten ikke har individuell plan, vurdere behov for koordinerte tjenester
- Informere pasient og pårørende om individuell plan og koordinator/kontaktperson: rettighet og målsetting
- Informere kommunehelsetjenesten om behov for IP og koordinator/kontaktperson
- Eventuelt opprette individuell plan i samråd med kommunehelsetjenesten

Bruk av individuell plan i kommunehelsetjenesten

- Informere pasient og pårørende om individuell plan og koordinator/kontaktperson: rettighet og målsetting
- Oppnevne koordinator og sikre nødvendig samtykke
- Lede planarbeidet i samarbeid med pasient og eventuelt pårørende
- Utforme og følge opp plandokumentet med evaluering etter fastlagt tidsplan
- Sikre at planen følger med pasienten ved innleggelse
- Har kommunen egen mal for IP som skal brukes, må man for de palliative pasientene sikre at følgende punkt er med:
 - Kontaktoversikt og ansvarsfordeling som inkluderer natt, kveld og helg
 - Klare retningslinjer for hvor og hvordan eventuell innleggelse skal ordnes
 - Dersom åpen kontakt brukes, skal dette være klart definert

Samtykke til utarbeidelse av individuell plan

Underskrift av pasient eller verge/stedfortreder. Dette kan være pårørende. Her skrives også dato for godkjenning av planen, samt tidspunkt/tidsintervall for ny gjennomgang/evaluering.

Kontaktoversikt

Kontaktoversikten skal gi oversikt over pårørende, aktuelle helsetjenester og eventuelle andre instanser som vedkommende har kontakt med. Navn på ansvarlige personer/funksjoner, tilgjengelighet og telefonnummer skal oppgis. Ansvarsfordeling som inkluderer natt, kveld og helg skal være ført på, samt avtale ved behov for innleggelse. Kontaktoversikten kan være et viktig hjelpemiddel også dersom pasienten ikke ønsker en individuell plan.

Ønsker/mål/tiltak

- **Hva er viktig for meg og mine nærmeste i tiden som kommer?**

Pasient og pårørendes ønsker og mål for tiden fremover. Aktuelle stikkord kan være: Bruk av fritid, samvær med familien, mest mulig hjemmetid, åndelige/eksistensielle behov, arbeidssituasjon, transport, avlastning for pårørende etc.

- **Mine tanker om sykdommen, videre forløp og behandling – håp og bekymringer**

Her kan man bl.a. skrive ned tanker og ønsker fra en forhåndssamtale.

- **Avtalte tiltak**

For eksempel tiltak for symptomlindring, informasjon om sykdomsutvikling, hjelp til personlig hygiene, tilrettelegging av hjemmesituasjonen, kontakt med fysioterapeut/ergoterapeut, økonomisk rettleiding, samtale med prest, psykolog eller andre og bidrag fra frivillige og pårørende/nettverket. Viktig å også ha fokus på egne ressurser og fremheve det som pasienten mestrer.

- **Ansvarlig**

Navn på instans eller person som skal imøtekomme pasientens behov.

- **Avsluttet dato**

Viktig med evaluering, samt dato for avsluttet tiltak til fordel for ev. nye.

Aktuelle vedlegg

- [Palliativ kartlegging og behandlingsplan](#)
- [ESAS-r og forløpsskjema](#)
- [Smertekart](#)
- [Ukeplan](#)
- [Skjema for behovsmedisin](#)
- [Kommunikasjonsark](#)

Alle skjema som er nevnt i veiledningen, finnes på nettsiden til Kompetansesenter i lindrande behandling Helseregion Vest: www.helse-bergen.no/palliasjon