



Delprosjekt 3, akuttmedisinsk kjede

Innføre behandlingsplan i sykehjem og hjemmesykepleie

Prosjektgruppen gir følgende anbefaling for å sikre nødvendige behandlingsplaner og behandlingsavklaringer for pasienter i sykehjem eller hjemmesykepleie.

Bruk av mal for å sikre en kvalitativ gjennomgang av pasientens behov, og eventuelle avklaringer i samarbeid med pårørende der det er ønskelig, kan sikres ved å benytte mal.

Prosjektgruppen erfarer at mange leger har et forhold til det å utarbeide behandlingsplaner og behandlingsavklaringer, men disse fremstår ikke som strukturerte.

Bruk av OBSplan, kan bidra til å sikre en struktur som sikrer at alle medarbeidere i helsetjenesten arbeider med samme planverk.

OBSplan er tilgjengelig på <https://obsplan.com>

Her finner man oppdater plan og e-lærings program.

*Prosjektgruppen gjør særlig oppmerksom på behovet for å sikre at innholdet i behandlingsplanen eller behandlingsavklaringen sikres i **kjernejournal**. Uten slik informasjon i kjernejournal vil ikke øvrig helsepersonell ha tilgang til informasjon gitt av sykehjemslege/fastlege.*

Legeevaluering fra pilotering av OBSplan

Fremmere	Hemmere
1. Positiv opplevelse for de vurderingsmomenter som jeg til vanlig gjør intuitivt. Mange kunne ha stor nytteverdi av den. 2. Oversiktlig og enkel plan. Den gir god veiledning ift. beskrive aktuelt behandlings-nivå. Bra at man har et sted for å føre spesielle anmerkninger (C). Kan bidra til å sikre behandling på rett nivå for å unngå over- og underbehandling. 3. Det er enkelt å krysse av skjemaet Skjemaet er veldig fint i seg selv, den tar for seg 3 nivåer av behandling som er veldig i tråd med hvordan vi gjør slike vurderinger.	1. Ikke så glad i skjema/formalisme-unødvendig formalistisk 2. Viktig å sikre at legevakt har denne tilgjengelig 3. Guideline må være enklere, mange spørsmål og skjema lar seg ikke gjennomføre. Tidkrevende arbeid, egen takst (tilsvarende årskontroll) kan motivere. Burde fokusere mest på akutte hendelser og et generelt overordnet behandlingsnivå. Erfaringsmessig har skjema null verdi om det ikke er grundig avklart med pasient og pårørende

Nedenfor ser du OBSplanen som er pilotert



OBS -plan

Overordnet behandlingsplan

Pasient ID:

A

HLR?

Ja
(HLR)

Nei
HLRminus

Krever Full
behandling B-
Seksjon

Naturlig død
tillates

Ved: «Nei» (HLRminus) legges pasient i stabilt sideleie med frie luftveier- ingen HLR

B

☐ **B1: Fullt behandlingsnivå:** Hospitaliseres i alle tilfeller der dette anses som best behandling. Fullt behandlingsnivå innebærer utredning av ny sykdom og at medisinske intervensjoner som krever intensiv, operativ og respiratorbehandling er aktuelt.

☐ **B2: Medium behandlingsnivå:** Hovedmål er grunnleggende medisinsk behandling, helst lokalt. Pasienten kan hospitaliseres i tilfeller der lokal behandling ikke har ført fram. Enklere utredninger og mindre begrensede tiltak kan være aktuelle. Intubasjon, respiratorbehandling og tyngre medisinske prosedyrer er IKKE aktuelt.

☐ **B3: Palliativt behandlingsnivå:** Hovedmål er lindring og verdig avslutning. Bør ikke overflyttes sykehus om lindring kan skje lokalt og alltid etter samråd med lege. Konservativ behandling foretrekkes. Behandling som for eksempel bruk av oksygen, i.v. og annen behandling lokalt kan være aktuelt. Hospitalisering vurderes kun for å møte lindring og om pasienten ikke er terminal (F.eks: hoftebrudd, m.m.)

C

☐ Intravenøs behandling skal unngås (kun behandling pr. os)

☐ Sondernæring / kunstig ernæring skal unngås

☐ Annet (f.eks: antibiotikabehandling) eller andre avtaler (fritekst):

KRYSS X- eller la feltet stå åpent= Ikke tatt stilling til

Når ble forhåndssamtale utført og dokumentert?:

Helsepersonell signatur
(Navn og tittel)





← E-læring

GUIDELINE

«advance care planning»
Overordnet Behandlingsplan(OBSplan))

SAMTYKKEKOMPETANSE?

Vurder: Er pasienten samtykkekompetent?

*Husk at pasienten kan være samtykkekompetent vedr. framtiden, selv ved demens eller kognitiv svikt:

TALSPERSON?

Hvem er pasientens talsperson om pasienten ikke kan snakke for seg?

Det er ikke alltid dette er pasientens nærmeste pårørende.

INFORMASJON OG SAMVALG:

Pasienter har rett til informasjon og bli med i beslutningsprosesser i eget liv.

Pasientens muligheter og prognose må veies mot egne preferanser og tanker.

Personorienterte perspektiv:

SKREDDERSYDDE FORHÅNDSSAMTALER:

Samtaler om personlige preferanser og tanker om framtidig behandling og omsorg er personlige og må skreddersys og tilpasses hver enkelt pasient.

1. Sørg for at tillit og kjennskap er godt etablert.
2. Sett deg godt inn i både livshistorien og sykehistorien
3. Ønsker pasienten en samtale som angår egne fremtidsutsikter? (Enkelte vil for eksempel at lege / helsepersonell avgjør)
4. Ønsker pasient at pårørende skal ta del i samtaler, eller åpenhet om innholdet?
5. Vurder: Er det riktig tidspunkt? (Sårbart tidspunkt?)
6. Plan skal lages sammen med helsepersonell. Ikke selvutfylling.
7. Oppsummer samtale for å unngå misforståelser.

ELEMENTER MAN KAN TA MED I EN SAMTALEGUIDE:

Hva er viktig for deg- i dag og i framtiden?

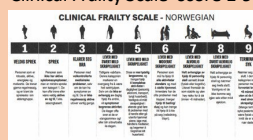
- Hva er viktig for deg i dag?
- Hva er viktig for deg i framtiden?/ Hva ønsker du skal skje i framtiden?
- Er det noe du ikke ønsker skal skje?
- Er det noe du gleder deg til i framtiden?
- Er det noe spesielt du uroer deg for?
- Hvordan kan vi best ivareta dine ønsker dersom du blir sykere eller døende? /:
- Er det viktig å leve lengst mulig? - Eller med minst mulige plager?
- Dersom du skal sette ord på egne ønsker mot slutten av livet. Hva er det viktigste for deg?
- Hvor ønsker pasienten å dø? / tilbringe siste tiden i eget hjem? Annet sted?
- Hvem er din talsperson, dersom du ikke kan snakke for deg?
- Livssyn? Har pasienten et håp om liv etter døden?

Medisinske perspektiv

PROGNOSTISKE VURDERINGER:

FRAILITY:

Clinical Frailty Scale score 1-9



ADL

For eks: Barthel ADL indeks? 1-20

KOGNITIV SVIKT?:

Demens: Mild, moderat, alvorlig (Klinisk demens vurdering- KDV?)
Svikt i kognitiv funksjon > 6mnd

KREFT:

ECOG- skala 0-4

Pågående behandling?

NEUROLOGISKE:

MS, Parkinson, ALS

KOMORBIDITET:

Hjertesvikt:

NYHA 1-4

EF

Nyresvikt

grad 1-5 (GFR)

KOLS

Antall innleggelser > 3 pr. år?

Antall kurer? Siste halvår?

Hospitaliseringer siste år?

«OBS»

Overordnet behandlingsplan (OBS) er utviklet for de med begrenset levetid. For eksempel de med alvorlig sykdom, høy skrøpeligheit (frailty). Skjema passer for eksempel for pasienter i sykehjem som et hjelpemiddel for en overordnet plan.

STILL SPØRSMÅLET:

Ville du blitt overrasket om pasienten døde i løpet av ett år eller i nærmeste framtid?

Dersom svaret er «Nei»- sørg for gjennomføring av forhåndssamtale og gjerne en «OBS» i samarbeid med pasient og pårørende.

PUNKT SOM BØR VEKTLLEGES:

- 1.) Komorbide tilstander (>4)
- 2.) Lavt ADL nivå- Høyt skrøpeligheitsnivå CFS.
- 3.) Bistand ved forflytning?
- 4.) Ufrivillig vekttnap >5kg siste år
- 5.) Endestadiet av kronisk sykdom

FORHÅNDSSAMTALER:

Bør gjennomføres av de som har spesiell opplæring og har kunnskap og åpenhet til å kunne snakke om prognose og døden med pasienten og dens familie. Samtaler bør skreddersys den enkeltes språk, forståelse og verdier.

Forhåndssamtaler kan gjennomføres i god tid før pasienten blir alvorlig syk.

OPPDATERINGER:

Overordnet behandlingsplan (OBS) må oppdateres ved endringer i funksjon og tilstand og behandlingsmål bør gjennomgås minimum ved årskontroll. Husk alltid å involvere pasient, talsperson og sørg for god pårørendeinformasjon ved endringer. De fleste får for eksempel lavere behandlingsnivå i løpet av sykdomsprosesser og livsløp.

DOKUMENTASJON av Overordnet Behandlingsplan (OBS):

Dokumentasjon SKAL registreres på hovedkort i journal under OBS!

KAN også scannes til journal i tillegg under «forhåndsplanlegging»

Eksempel på OBS- dokumentasjon i digital journal:

A: HLRminus,

B: Palliativt behandlingsnivå

C: Ingen sondeernæring,

Talsperson: «Line Danser»

Dokumentasjon av forhåndssamtalen / referat fra samtaler gjøres i journal for eksempel under sykepleienotat/ AKS- notat eller legenotat.

OBSplan: Må være forankret hos pasientens ansvarlige lege

KUNNSKAPSGRUNNLAG:

Se nasjonale råd på helsedirektoratet.no vedrørende «forhåndssamtaler og planer for begrenset levetid», samt «beslutningsprosesser ved begrensninger av livsforlengende behandling». Internasjonale søkeord: «advance care planning», «medical orders», «advance directives»

Link til ressurside om ACP



«OBS» er spesielt tilpasset pasienter med begrenset levetid som har behov for medisinske behandlingsavklaringer. Den er inspirert av blant annet POLST paradigme programmet.

Dato: dd.mm.åå	Prosedyre behandlingsplan og behandlingsavklaring- kortversjon	
Hensikt	Sikre at involvert helsepersonell samarbeider, legger til rette for og involverer pasienter i egne behandlingsmål, tiltak og belysning av pasientens egenomsorg.	
Omfang	Helsepersonell som kjenner pasienten, fastlege, tilsynslege	
Ansvar	Helsepersonell som kjenner pasienten	
Målgruppe	Pasienter som er på sykehjem og pasienter som helsepersonell	
Forutsetning	Pasienten samtykker til at det opprettes en behandlingsplan/-avklaring	
Beskrivelse/gjennomføring Steg 1 Helsepersonell innleder Helsepersonell sender forespørsel til fastlege/tilsynslege om behov for å opprette behandlingsplan eller behandlingsavklaring etter samtykke fra pasienten. <u>Ved sykehjem:</u> Helsepersonell involverer tilsynslege/fastlege etter interne retningslinjer, og setter opp tid i kalender etter avtale <u>Hjemmetjenesten:</u> Helsepersonell sender forespørsel til fastlege via elektronisk melding. Det avtales i samråd med pasient/pårørende om booking av en dobbelttime.		
Bor pasienten på sykehjem? Hjemmesykepleien har vurdert at det er behov for behandlingsplan?		Har pasienten begrenset levetid? -snakk med pasient/pårørende om forhåndssamtale- helsepersonell deler ut info. materiell på forhånd
Har snakket med pasient og vurdert at det er behov for en behandlingsplan, mal: - Diagnose (historikk, aktuelt nå) - Behandlingsmål (klare/realistiske mål med behandling, involvering av pasient i mål) - Behandling (hvilke alternativer for behandling, fordeler/ulemp, valg av behandling i samråd med pasient) - Behandlingsplan (konkretiser behandlingsplan, plan for oppfølging og evaluering) - Tidspunkt for evaluering		Behov for behandlingsavklaring, mal: (basert på OBS Guideline) A: HLR ja/nei B1: Fullt behandlingsnivå- hospitaliseres i alle tilfeller der dette anses som beste behandling B2: Medium behandlingsnivå- Hovedmål er grunnleggende medisinsk behandling, helst lokalt. B3: Palliativt behandlingsnivå- hovedmål er lindring og verdig avslutning. Forhåndssamtale utført og plan for evaluering
➔ Mal kan kopieres fra tiltak over i elektronisk melding		
Steg 2 Fastlege/tilsynslege: Oppfølging av behandlingsplan evt. avklaring Utarbeides av fastlegen/tilsynslegen sammen med pasient/pårørende. Planen skal være en kortfattet og konkret plan. - Fastlege svarer på malen i elektronisk melding etter at time er avholdt - Tilsynslege dokumenterer i journal under tiltak «behandlingsplan/ avklaring) etter mal - Kritisk informasjon legges inn i kjernejournal		
Steg 3: Oppfølging helsepersonell - Helsepersonell følger opp behandlingsplan og melder ifra ved behov for oppdateringer - Har rutine for å sjekke at kritisk informasjon er registrert i kjernejournal, og som OBS i eget journalsystem - Sørger for at behandlingsplan blir sendt med som del av overføringsnotat		
Avvik		