

## FORDYPNINGSOPPGAVE I PALLIATIV OMSORG, TRINN 2

### **Individuell plan for palliative pasienter**

- et nyttig redskap?

KANDIDATNUMMER: 940604, 081083, 080173



Høgskolen i Gjøvik  
Avdeling for helse, omsorg og sykepleie  
Seksjon helse, teknologi og samfunn  
Mai 2011

## Innholdsfortegnelse

	Side
1. Innledning.....	3
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	3
1.2 Begrepsavklaring.....	4
1.3 Avgrensing i oppgaven.....	4
1.4 Disposisjon.....	5
2. Metodedel.....	5
2.1 Fremgangsmåte for valg av kilde.....	5
2.2 Forskningsartikler.....	6
2.3 Kildekritikk.....	7
3. Teori.....	8
3.1 Hvem er den palliative pasienten?.....	8
3.1.1 Den palliative pasientens behov.....	9
3.2 Tverrfaglig samarbeid.....	10
3.3 Individuell plan.....	11
3.3.1 Pasientens rett til individuell plan.....	12
3.3.2 Individuell plan for palliative pasienter og brukervedvirking.....	12
3.3.3 Ansvar for utarbeidelsen av individuell plan.....	13
4. Drøfting.....	13
4.1 Hva er viktig for den palliative pasienten?.....	13
4.2 Hvorfor tverrfaglig samarbeid?.....	15
4.3 Hvorfor en individuell plan?.....	18
5. Avslutning og konklusjon.....	22
Vedlegg 1: Individuell plan for palliative pasienter.....	28

## **1. Innledning**

Palliative pasienter er i en fase i livet der sykdommen er inkurabel og mange har kort forventet levetid. Målet med all behandling er at pasienten skal ha best mulig livskvalitet. De har behov for forutsigbarhet, kontinuitet og kvalitet i den omsorg og behandling som gis.

Palliative pasienter kan ha mange plager og behov, og har bruk for koordinerte tjenester. I følge Helsedirektoratet (2010 b) vil tverrfaglig samarbeid og koordinerte tjenester være en del av den palliative kulturen.

Et av de mest sentrale punktene i Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008-2009) er at de ulike delene av helse og omsorgstjenestene skal bedre sin evne til å svare på pasientenes behov for koordinerte tjenester. Det etterlyses strukturer og systemer som er rettet mot helheten i pasientenes behov. Individuell plan for palliative pasienter er et arbeidsredskap og en rettighet (pasientrettighetsloven § 2-5), som har vært kjent i flere år, men som i liten grad er tatt i bruk. Vi vil derfor se nærmere på hvordan palliative pasienter bedre kan ivaretas ved hjelp av individuell plan i samhandlingen i palliativ omsorg.

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Vi er tre sykepleiere som til daglig arbeider i kommunehelsetjenesten, ved sykehjem og i hjemmebasert omsorg. Alle tre arbeider med alvorlig syke og døende og har en glødende interesse for feltet. To er ansatt ved en palliativ avdeling i sykehjem, mens den tredje arbeider i hjemmebasert omsorg og fungerer som kreftkontakt i 40 prosent av stillingen. En deltar i en prosjektgruppe for å utarbeide en individuell palliativ plan, som skal hete ”Min plan”.

Bakgrunnen for prosjektet er både pasientenes og helsepersonell sitt behov for informasjon. Samt en oversikt over tjenester og avtaler som pasienten trenger. Prosjektet er et samarbeid mellom hospice, spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Denne oppgaven er en avsluttende eksamen ved Høgskolen i Gjøvik, videreutdanning i palliativ omsorg, trinn to, som er et tverrfaglig studium med forankring i Hospicefilosofien.

Vi samarbeider om denne oppgaven fordi vi har et felles ønske om å forenkle og forbedre den palliative pasientens liv. Etter det vi har erfart kan palliative pasientens hverdag ofte være preget av møter med behandlere fra ulike omsorgsnivåer. En situasjon som kan oppleves kaotisk både

for pasientene og de pårørende. Vi håper at pasientene skal få et helhetlig omsorgstilbud der de selv er med på å utforme sine behov og målsettinger.

Med denne studien ønsker vi å benytte muligheten til å fordype oss i forskning om temaet. Hva som er viktigst for de palliative pasientene og hvordan tverrfaglig samarbeid kan kvalitetssikre helhetlig palliativ omsorg. Vi vil med oppgaven søke å finne svar på om en individuell plan for palliative pasienter vil bidra til en bedre ivaretagelse av pasientene. På bakgrunn av dette er vår problemstilling følgende:

### **Problemstilling: Samhandling i palliativ omsorg: Hvordan kan pasienten ivaretas ved hjelp av individuell plan?**

#### **1.2 Begrepsavklaring**

- Individuell plan er en plan et dokument som konkretiserer behovet for tjenester palliative pasienter har. Hvordan behovene skal dekkes og hvem som har ansvaret for de ulike tjenestene. Planen skal fungere som pasientenes eget verktøy.
- Palliativ pasienter har en inkurabel sykdom og har kort forventet levetid.
- Ivareta vil i denne oppgaven innebære at helsepersonell bidrar til at pasienter opplever helhetlig omsorg.
- Samhandling; vil i denne sammenheng bety at ulike fagpersoner, som sammen med den palliative pasienten, arbeider mot et felles mål til beste for pasienten.
- Palliativ omsorg innebærer at pasienten skal kunne få helhetlig pleie og omsorg, inntil døden er et faktum.

#### **1.3 Avgrensing i oppgaven**

I oppgaven skriver vi om palliative pasienter uten å definere hvor de befinner seg i behandlingsapparatet, uten tanke på diagnose og hvor de er i den palliative fasen. Pasientene er voksne, over 20 år. Vi går ikke inn på sykepleierens rolle spesielt i teorien, men noen av våre erfaringer som sykepleiere i kommunehelsetjenesten blir synlig i drøftningen. Det gjelder også for litt av forskningen. Våre erfaringer omhandler flest palliative pasienter som har en kreftdiagnose, og bor hjemme eller på sykehjem.

Vi har begrenset oss til å ha fokus på pasientene og ikke deres pårørende, selv om vi vet at de er viktige aktører i deres liv. Samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten blir ikke belyst spesielt i denne oppgaven, da vi mener at dette er en del av tverrfagligheten.

## **1.4 Disposisjon**

Oppgaven består av innledning, som etterfølges av en metodedel som forteller om fremgangsmåte for valg kilde og forskningsartiklene vi har brukt. På slutten av kapittelet ser vi på kildenes pålitelighet (reliabilitet) og holdbarhet (validitet). Deretter følger en teoridel som er delt i tre hovedkapitler. Det første kapittelet tar for seg palliative pasienter, deres behov og forutsetninger for å oppnå trygghet. Kapittel to tar for seg tverrfaglig samarbeid, som er viktig for at pasientene skal få helhetlig omsorg. Deretter kommer et kapittel om individuell plan. Hva er en individuell plan, pasientens rett til individuell plan, individuell plan for palliative pasienter og brukermedvirkning. Deretter kommer ansvaret for utarbeidelsen av individuell plan. Til slutt et drøftingskapittel, der vi stiller spørsmål om: Hva som er viktig for den palliative pasienten? Hvorfor tverrfaglig samarbeid? Hvorfor en individuell plan? Oppgaven avslutter med avslutning og konklusjon.

## **2. Metodedel**

Metode er et uttrykk for hvordan vi har gått frem for å finne data til vår problemstilling (Brekke og Førland 2004). Oppgaven er en litteraturstudie som innebærer en oversikt over fagartikler, bøker og andre kilder som er relevante i forhold til å belyse og gi svar på vår problemstilling. Den kan også avdekke mangler i kunnskapen og gi belegg for våre funn (Dysthe, O. m.fl. 2010).

### **2.1 Fremgangsmåte for valg av kilde**

Oppgaven er bygd opp fra litteratur som er innhentet fra bibliotek, pensumlitteratur, internett og fagbøker. I tillegg har vi brukt egne erfaringer fra yrkeslivet i arbeid med palliative pasienter.

For å finne forskning i forhold til problemstilling har vi søkt opp i databasen Academic Search Elite. Søkordene som ble brukt er individual treatment plan, patients og palliative care. Vi fikk

fire treff på søket. En artikkel har relevans for oppgaven. Vi har brukt en masteroppgave i helsevitenskap. Denne studien er funnet på nettsiden til psykisk helsearbeid under linken for praksis og deretter individuell plan og forskning. Under forskning var det to treff. Vi har også vært i kontakt med forsker ved Senter for omsorgsforskning ved Høgskolen i Gjøvik og fått anbefalt to relevante artikler, i tillegg til en fagbok med et aktuelt kapittel i forhold til oppgaven.

## **2.2 Forskningsartikler**

En av artiklene vi har valgt å bruke har tittelen ”The Supportive Care Plan: a tool to improve communication in end-of- life- care”. Hensikten med forskningen er at pasienter i livets slutfase skal få vurdert og sagt noe om sine behov og ønsker. I tillegg få dem dokumentert i en ”care plan”. Artikkelen konkluderer med fordelene av at pasienten får muligheten å få sagt noe om sine ønsker og få dem dokumentert. Denne kvantitative studien er fagfellevurdert etter nivå 1. Tjue fem pasienter deltok i utførelsen av en omsorgsplan. Masteroppgaven ”Individuell plan som lyn-avleder, krykke og en bunke med selvfølgeligheter” er en kvalitativ studie med fokus på seks informanter med en alvorlig psykisk lidelse, og deres opplevelse og erfaringer med utarbeidelsen av en individuell plan. Studien konkluderer med at betydningen av relasjonen når det gjelder pasientens opplevelse. Det å bli møtt med respekt, omsorg og varme. I tillegg nytten av å utarbeide individuell plan og brukermedvirkning for pasienten. Studien følger IMRAD oppsettet. ”The role of the home-care worker in palliative and end-of-life care in the community setting”. Er en litteraturstudie som tar for seg pasientenes og de pårørendes behov, der pasientene oppholder seg i hjemmet i den palliative fasen. Den beskriver også hvilken rolle tjenesteyterne spiller for de palliative pasientene, og betydningen av opplæring og kompetanse for omsorgspersonalet. Artikkelen belyser også negative faktorer som gir dårlig kvalitet på omsorgstjenesten. Den er fagfellevurdert i nivå 1. Artikkelen ”The importance of knowing the patient, community nurses, constructions of quality in providing palliative care”. Hensikten med denne undersøkelsen var å forske på hjemmesykepleieren, hvordan hun arbeider og egenskapene hos sykepleieren som er viktige for pasientene. Fordi det er mangel på forskning om palliative pasienter som bor hjemme, og deres behov. Artikkelen konkluderer med at engasjement er en nøkkelfaktor for å oppnå god kontakt og gi grunnlag for optimal omsorg. Studien er kvalitativ og følger IMRAD metoden. Den er fagfellevurdert i nivå 2. Den siste artikkelen vi har valgt har tittelen ” The multidisciplinary team- fact or fiction? Litteraturstudien omhandler organiseringer av samarbeid innen palliativ omsorg.

Målsetting for fremtiden vil være tverrfaglig samarbeid der pasienten og pårørende er involvert. Den er fagfellevurdert i nivå 1.

### **2.3 Kildekritikk**

Vi har hovedsakelig brukt primærlitteratur, men vi har også tatt i bruk sekundærlitteratur. Svakheten med sekundærlitteratur er at den allerede er tolket og forfatterens subjektive meninger kan skinne igjennom. Samtidig er det ofte lettere å forstå sekundærlitteraturen, da den ofte skrives på en enklere måte enn primærforfatteren. Oppgaven er hovedsakelig basert på norsk litteratur, men vi har anvendt noe engelsk forskning. I tillegg er definisjonen av Hospicefilosofien engelsk. Forskning i forhold til problemstillingen har vært vanskelig å finne, fordi det er mangelfull forskning innen palliasjon. Årsaken kan være at det ikke er etisk riktig å forske på den palliative pasienten. Det har heller ikke vært anerkjent å forske på dette temaet (Kaasa 2007). Studien av Bakke (2005) er en masteroppgave i helsevitenskap, som omhandler mennesker med psykiske lidelser med behov for koordinerte tjenester. Selv om disse pasientene er i en annen fase av livet, belyser de allikevel opplevelsene og erfaringene rundt arbeidet med individuell plan og hva dette betyr for dem. Hovedtyngden av den litteraturen vi har brukt er fra 2000 til 2010. Den eneste kilden som vi har brukt er kommunehelsetjenesteloven fra 1982, der § 6-2a om individuell plan er tilføyd i 1999.

Forskningsartiklene vi var valgt å bruke i oppgaven, er basert på blant annet kvalitativ forskning. Kvalitativ forskning innhenter kunnskap fra menneskers tanker, erfaringer, forventninger og holdninger. Målet med kvalitativ forskning er å prøve å forstå et fenomen, skaffe seg helhetlig forståelse. Denne type forskning tar siktemål å kunne forklare og beskrive, men ikke årsaksforklare (Willman 2001). Kvalitative forskning bygger ofte på intervjuer. Svakheten ved å bruke kvalitativ forskning er at det tar utgangspunkt i lite teori og forkunnskaper. Den har også lett for å bli uoversiktlig med mange subjektive meninger (Kristoffersen 1996). For å finne svar på vår problemstilling har det vært nødvendig å innhente subjektive erfaringer, og opplysninger i forhold til bruk av individuell plan. I artiklene har forfatterne helsefaglig bakgrunn i form av arbeid og yrkesutdannelse. Artikkelen av Daniels (2005) er skrevet i håndbok for palliativ omsorg, noe vi mener bidrar til at artikkelens troverdighet styrkes. Vi har også anvendt litteraturstudier, som tar utgangspunkt i allerede eksisterende litteratur og forskning rundt et emne. 4 av 5 av forsk-

ningsartiklene er publisert i anerkjente tidsskrifter. Artikkelen av Devlin og McIlfatrick (2009) belyser viktigheten av god oppfølging og koordinering av tjenestene noe vi mener er relevant for oppgaven. Svakheten er at det er forsket lite på palliative pasienters situasjon og behov. Artikkelen av Daniels (2005) relevans for oppgaven er at den fremhever betydningen av å få til tverrfaglig samarbeid som et av de viktigste elementene for å oppnå en best mulig palliativ omsorg. Noen av artiklene er britiske, men vi mener at de allikevel kan relateres til norske forhold. Oversettelser fra engelsk til norsk kan være feiltolket. Vi har ikke funnet artikler hvor det er gjort forskning som direkte tar opp vår problemstilling, men har funnet artikler som belyser deler av temaet.

### **3. Teori**

Dette kapittelet belyser det vi mener er relevant for problemstillingen. Den første delen handler om hvem den palliative pasienten er. Videre har vi redegjort for tverrfaglig samarbeid. Tilslutt kommer et kapittel om individuell plan der vi tar for oss emnene; pasientens rett til individuell plan, individuell plan for palliative pasienter og brukermedvirkning. Kapittelet avrundes med et avsnitt om hvem som har ansvaret for utarbeidelsen av en individuell plan.

#### **3.1 Hvem er den palliative pasienten?**

Den palliative pasienten har en inkurabel sykdom med kort forventet levetid. Behandlingen består i å lindre hans fysiske smerter og andre plagsomme symptomer. Det må rettes tiltak mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle behov (NFPM 2004 s.8).

Den palliative fasen er en prosess som starter da det fastslås at sykdommen er uhelbredelig og avsluttes når pasienten dør. Det er krevende å fastslå at en pasient er i en palliativ fase, derfor har det avgjørende betydning at det er stilt korrekt diagnose. Pasienten har fått en sykdom som ikke lar seg behandle, han kommer til å dø av den, men vet ikke når. Pasienter med en uhelbredelig progressiv sykdom har ofte mange plager samtidig. I tillegg nedsatt almenntilstand, behov for medisiner og belastende undersøkelser og behandling. Her er det viktig at behandlingsapparatet har rutiner for hvordan denne fasen av pasientens liv skal ivaretas, med behandling, pleie og omsorg (Loge og Kaasa, 2007).



### 3.1.1 Den palliative pasientens behov

Hospice filosofiens menneskesyn er definert av Cicely Saunders: "You matter because you are you, and you matter until the last moment of your life. We will do all we can, not only to help you die peacefully but to help you live until you die" (Kopp 2011, s. 50).

Pasientenes behov er individuelle, men de fleste er grunnleggende og er de samme for mange palliative pasienter. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og pårørende (Helsedirektoratet 2010b). Pasientene kan ha behov for å bli ivaretatt. De vil vite at hjelpeapparatet er der for dem, og at det er tilgjengelig når det trengs. For mange er livssituasjon helt forandret og truet. Noen føler seg utrygge for fremtiden, og har ofte plager som de trenger profesjonell hjelp til å behandle. Pasientene kan være redde for å dø, og for prosessen mot døden. De kan trenge noen å snakke fortrolig med om den situasjonen de er i, noen som har mot og kompetanse til å være sammen med dem i samtalen. Pasientene vil gjerne ha forutsigbarhet, kontinuitet og kvalitet så lenge de lever. De forbereder seg på å dø, men de fleste vil leve så lenge de kan. For en del av pasientene er det av stor betydning å føle seg trygge døgnet rundt, og ha tilgang til nødvendig kompetanse i forhold til sine behov. De ønsker visshet om at de får den hjelp og lindring de trenger, dersom de får smerter eller andre plagsomme symptomer. Det er viktig at helsepersonell møter pasientene med respekt, og har krav på å bli sett og hørt. De må føle seg anerkjent, slik at de kjenner seg som et helt menneske. Det er av stor betydning at pasientene blir bekreftet og godkjent for den de er. Dette styrker og bevarer egenverdet. Pasientene må føle at omsorgen er ekte. Dersom pasientene opplever tjenesteyterne som engasjerte, lyttende og ekte kan det skape trygghet, håp og tro hos pasientene (Hansen 2002).

Trygghet bygger blant annet på hvordan vi har det sammen med andre. Det innebærer hvordan kunnskap og kontroll har innvirkning på oss. Kunnskap og kontrolltrygghet dreier seg om å vite hvordan ting er og ha oversikt over livet sitt. Det handler om å kjenne seg selv og vite hva en kan forvente av andre. Denne formen for trygghet brukes mest i forbindelse med kommunikasjon og kalles gjerne relasjonstrygghet (Hansen 2002).

Noe av det som har størst betydning for pasientene i en palliativ fase er tillit, som utvikles og vokser fram over tid. Det er viktig for pasientene at de opplever at tjenesteyterne er til å stole på

og tar ansvar for oppgavene sine. I tillegg til at de er kompetente for det pasientene trenger av behandling og pleie. Det er også av betydning at tjenesteytere holder ord og kommer til avtalt tid. Sist men ikke minst at de viser interesse og engasjement. En slik naturlig tillit vil være nødvendig for at et fornuftig samarbeid kan etableres og fungere. Et tillitsforhold kan føles så trygt at pasientene kan slippe kontrollen og vise sin sårbarhet overfor behandlerne. Tillit etableres ved at man påtar seg medansvar i pasientenes liv og dette bidrar til at fellesskap etableres (Eide 2003).

### **3.2 Tverrfaglig samarbeid**

Formålet med tverrfaglig samarbeid er å sikre at palliative pasienter opplever å få best mulig helhetlig tilbud. Samtidig som de blir trygge på at det kan tas raske avgjørelser, og at de slipper å henvende seg til flere instanser med de samme spørsmålene.

I helsepersonelloven § 4 (1999) om forsvarlighet står det at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og henvise pasienter videre, eller innhente bistand når dette er mulig og nødvendig. Yrkesutøvelsen skal skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell, dersom pasientens behov tilsier det.

To av hovedmålene for organisering av palliasjon vil være at tilbudene baseres på tverrfaglig og helhetlig tenkning. Og at pasientene og familien opplever de ulike tjenesteyterne som en ”sømløs” tiltakskjede med godt samarbeid og god kommunikasjon (Kaasa 2007). Helhetlig omsorg forutsetter at alle som deltar i pleie og behandlingen, arbeider sammen til beste for pasientene og deres familier. I omsorgen for den palliative pasienten blir mange yrkesgrupper og omsorgsnivåer involvert rundt pasienten. Organiseringen skal legge til rette for at pasientene og deres pårørende kan ha tilgang til nødvendig kompetanse til enhver tid. Palliasjon stiller store krav til samarbeid mellom nivåer i helsetjenesten, spesialiteter og yrkesgrupper. Når pasienter har behov for koordinerte helsetjenester er et tverrfaglig samarbeid en forutsetning. En yrkesgruppe kan ikke løse alle utfordringene. Palliativ omsorg er en helhetlig omsorg, som krever kunnskap fra mange områder (Kaasa 2007).

”Tverrfaglighet” brukes som betegnelse på en arbeidsform på forskjellige nivåer, og i forhold til ulike arbeidsoppgaver. Lauvås og Lauvås (2004) sier at tverrfaglig samarbeid er en interaksjon mellom representanter fra ulike fag med formål om: Å sikre kvaliteten i arbeidet ved at den samlede faglige kompetansen blir utnyttet maksimalt, og ved å utvikle et felles kunnskapsgrunnlag på tvers av fag, og stimulere til faglig utvikling innen andre fagområder. Romsland(2006) sier at det er nødvendig med tverrfaglig samarbeid ved all behandling eller tiltak der flere faggrupper bidrar for at pasientens mål skal oppnås. Tanken er at den totale kompetansen skal komme pasienten til gode. Et tverrfaglig samarbeid gjør det mulig å belyse etiske og faglige spørsmål fra flere sider. For å nå målsettingen bidrar de ulike faggruppene med sin respektive kompetanse. Andre faggruppers vurderinger vil gi den enkelte deltaker økt kunnskap som er relevant for å gjøre egne faglige vurderinger.

Hjort (2004) deler faglig arbeid i tre hovedformer: enfaglig, flerfaglig og tverrfaglig. Hvis enfaglighet kan forstås som et arbeid gjort av en person med ståsted i én faglig utdanning og tradisjon, for eksempel juridisk, sosialfaglig eller medisinsk, kan flerfaglighet ses som et samvirke av flere slike enfaglige arbeidsinnsatser. For eksempel slik det ofte skjer i bygging av hus eller i drift av sykehusavdelinger. Hvis flerfaglighet på denne måten kan forstås som at den enkelte fagperson tar ansvar for sin deloppgave. Tverrfaglighet ses som et krav om at man i tillegg må ta ansvar for sluttresultatet, og for å samhandle med de andre som skal bidra til dette.

Mange pasienter med behov for helsetjenester i både kommune- og spesialisthelsetjenesten erfarer at det er mangelfull kommunikasjon, koordinering og samhandling mellom leddene. Resultatet er at pasienten ikke alltid får den helsehjelpen han trenger. For å sørge for nødvendige helsetjenester tar pasienter og pårørende selv den koordinerende rollen. Behovet for bedre samhandling for å sikre kontinuitet og kvalitet i helsetjenesten blir påpekt i NOU (2005:3). Når behovet for tverrfaglig samhandling er nødvendig er det et krav at samhandlingen er i pasientens interesse og er akseptert av pasienten (Moen m.fl. 2008).

### **3.3 Individuell plan**

En individuell plan for palliative pasienter er et dokument, et arbeidsredskap med mål om å sikre best mulig oversikt over den palliative pasientens behov og ønsker. Den skal bidra til en helhetlig

og forutsigbar tjeneste for pasienten. Planen skal inneholde tydelig oppgavefordeling og tydelige avtaler om tilgjengelighet og oppfølging (Helsedirektoratet 2010b).

Den skal sikre at viktige opplysninger er tilgjengelige slik at helsepersonell skal kunne hjelpe pasienten på best mulig måte. En individuell plan kan bare utarbeides med samtykke fra pasienten og samtykke i forhold til bruk av taushetsbelagte opplysninger (Helsedirektoratet 2009). En individuell plan for palliative pasienter er noe forenklet i forhold til en ordinær individuell plan, men hovedfokus på hva som er viktig for pasienten akkurat nå. Dokumentet må revideres når pasientens behov og ønsker endrer seg. Dette gjelder også pasientens kontaktpersoner og tjenesteytere (Helsedirektoratet 2009). En individuell plan skal i følge Nasjonalt handlingsprogram (2010b) inneholde oversikt over koordinator, felles dokumentasjon, ansvarlig tjenesteyter for hvert tjenesteområde, kontaktoversikt og ansvarsfordeling. Det gjelder også kveld, natt og helg. Planen skal også inneholde oversikt over avtalt oppfølging og retningslinjer for hvor og hvordan en eventuell innleggelse skal ordnes. Hvis pasient har åpen retur må dette også komme tydelig frem (Helsedirektoratet 2010).

### **3.3.1 Pasientens rett til individuell plan**

Det er nedfelt i en rekke lover pasientens rett til utarbeidelse av individuell plan. I pasientrettighetsloven (1999) § 2-5 står det at en pasient som har behov for langvarige og koordinerte helse-tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Dette står i samsvar med bestemmelsene fra spesialisthelsetjenesten (1999) og kommunehelsetjenesteloven (1982). Disse ulike lovene har vi ikke valgt å fordype oss i. Samtidig er det viktig å være klar over at begge tjenestenivåene har et ansvar for å utarbeide en individuell plan. I tillegg til å samarbeide med andre tjenesteytere for å få til et helhetlig tilbud for pasienten. Det kan være vanskelig å si hva langvarige helsetjenester innebærer for en palliativ pasient, da dette kan variere.

### **3.3.2 Individuell plan for palliative pasienter og brukermedvirkning**

I henhold til pasientrettighetsloven § 3-1 (1999) har pasienten rett til å medvirke til helsehjelpen som gis. Det vil si at pasienten har rett til å delta i arbeidet med utarbeidelsen av den individuelle planen og det skal legges til rette for det. Grunnen til det er at pasientens skal få innflytelse over

egen situasjon. Ved utarbeidelse av planen har som oftest pårørende en viktig rolle hos pasienten, og det skal også tas hensyn til deres situasjon og behov (Kjellebold 2002).

Det viktigste for å kunne lykkes med en individuell plan er at pasientene skal kunne føle seg sett, hørt og verdsatt. Noe som innebærer at fokuset rettes mot pasientens opplevelse av situasjonen og de behov han har (Helsedirektoratet 2009).

### **3.3.3 Ansvar for utarbeidelsen av individuell plan**

Hvilken av tjenestenivåene som har ansvaret for å starte utarbeidelsen av en slik plan er ikke fastlåst, men ofte er det slik at oppfølgingsansvaret av pasienten ligger i det kommunale hjelpeapparatet og da er det naturlig at de tar koordineringsansvaret. Hos noen palliative pasienter er spesialisthelsetjenesten mye involvert i tiltakene rundt pasienten, og ansvaret vil da ligge der (Helsedirektoratet 2009). I følge standard for palliasjon (2004) kan det være naturlig at det palliative teamet tar ansvaret for å starte en slik plan. Det etterlyses klare ansvarsforhold i forhold til hvem som oppretter individuell plan. I Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) foreslås det at kommunehelsetjenesten får ansvaret.

## **4. Drøfting**

I denne delen av oppgaven vil vi drøfte problemstillingen i forhold til teori om den palliative pasienten, tverrfaglig samarbeid og individuell plan. I drøftingen ønsker vi å finne svar på følgende problemstilling: **Samhandling i palliativ omsorg: Hvordan kan pasienten ivaretas ved hjelp av individuell plan?**

### **4.1 Hva er viktig for den palliative pasienten?**

Hospicefilosofien menneskesyn (Kopp 2011) sier at pasienten er viktig helt til siste øyeblikk av livet og at vi som helsepersonell eller tjenesteytere skal hjelpe pasienten til å leve frem til døden er et faktum. Selv om pasientens behov er individuelle vil det for de fleste være viktig å føle trygghet, tillit og forutsigbarhet. Pasientene kan ha plager og behov som de trenger hjelp fra ulike tjenesteytere. Noe som setter dem i kontakt med mange profesjoner ved de ulike behandlingsnivåene. I praksis ser vi ofte pasienter som er forvirret og slitne etter alt de er gjennom i sykdomsforløpet; av behandling og kontakt med ulike behandlere og helsepersonell.

Dette medfører at pasienten til stadighet må forholde seg til nye personer, og ofte må gjenta informasjon angående seg selv og sin situasjon. Følelsen av ikke å bli tatt på alvor og bli respektert kan oppleves for både pasient og pårørende. I følge Luker m.fl.(2000) er det viktig at helsepersonell møter pasienten med respekt som en forutsetning for å oppnå trygghet. For eksempel vil tryggheten noen ganger føre til at plagsomme symptomer reduseres. Erfaring med en pasient som ble innlagt på sykehjem i terminal fase. Hun hadde sterke smerter som ikke lot seg lindre, var urolig og engstelig. Pasienten ba om å få snakke med kreftkontakten, som hun kjente godt fra tidligere. Kreftkontakten kom og de hadde en lang samtale. Samtalen dreide seg om åndelige og eksistensielle behov, som var viktig for pasienten å dele med noen som hun kjente og hadde tillit til. Etter dette ble pasienten helt rolig og, var i følge personalet, smertefri. Hun døde fredfullt to dager senere. Hvis behandlingsapparatet svikter, ikke holder det de har lovet, vil det kunne føre til angst og usikkerhet og kanskje forsterke symptomene. Det skal ikke sies mange ord, eller unnlates mange avtaler før et tillitsforhold er brutt. En tjenesteyter sa en dag til en pasient; Er du så dårlig, eller bare later du som? Pasienten ble sterkt krenket og etter denne hendelsen tok det lang tid å bygge opp igjen tillitsforholdet for resten av behandlingsapparatet. Pasientene vil ofte ha stort utbytte av å få snakket om at de snart vil dø og tanker de har rundt det. Mange er redde for døden og for prosessen mot den. Slike samtaler vil være med på å styrke håp og tro, og derved reduseres smerte og angst.

I artikkelen til Devlin og McIlfatric (2009) konkluderer de med at kommunehelsetjenesten har en nøkkelrolle i omsorgen for den palliative pasienten. De viser til flere studier som peker på hva som kan føre til at pasientene opplever situasjonen utrygg. Det kan være begrenset tilgjengelighet på tjenesten, mangel på kontinuitet av pleien eller tidspress hos tjenesteyterne. Andre faktorer kan være liten fleksibilitet mellom tjenesteyterne og mangelfull kommunikasjon med andre tjenester. Det nevnes også at tjenesteyterne har en uklar rolle overfor den palliative pasienten. Vi har erfart situasjoner der rollen som tjenesteyter oppfattes å være avgrenset til å bistå pasienten med personlig hygiene, mat og medisiner. Da vil sosial støtte og åndelige behov ikke bli dekket. Helsedirektoratet (2009) sier at for pasientene er det nyttig at de har en ryddig oversikt over hvordan de kan få tak i de tjenesteyterne de har behov for til enhver tid. Viktige telefonnumre og navn på kontakter bør de ha lett tilgjengelig. Dette er noe som i sterk grad er med på å øke tryggheten for pasientene. Å vite hvem som gjør hva, og hvem som har ansvar for

de ulike tjenestene, er også viktig for pasientene. Dette kan bidra til økt trygghet. Pasientene har også stor nytte av å ha faste avtaler, slik at de vet når og hvem som kommer, eller hvem de skal til neste gang. Dette skaper en bedre kontinuitet i tjenesten og er med på å gjøre hverdagen mer oversiktlig for pasientene (Helsedirektoratet 2009). Utfordringen er å få dette til å fungere i praksis. Tjenesteyterne er veldig viktige brikker i pasientenes liv. Dersom de svikter svekkes tilliten og pasientene blir utrygge. Det blir derfor av stor betydning at tjenesteyterne holder avtaler, er punktlig. I tillegg må de ha tilstrekkelig kompetanse for å møte behovene, slik at de oppnår god kontakt med pasientene. Devlin og McIlfatric (2009) hevder at kvalitet bør sikres gjennom utvikling av standarder for tjenesten og å gjennomføre utdanning og opplæring til det helsepersonell som yter denne tjenesten. Det må være politisk og administrativ enighet om å etablere et faglig forsvarlig tilbud til de palliative pasientene innenfor sine budsjett. Videre forskning er nødvendig for å gi kunnskap og et bedre tilbud til de palliative pasientene i framtida. Siden livsavslutningen bare skjer en gang i et menneskes liv er det viktig at pasientene får optimal god omsorg og pleie. Hvis vi mislykkes så kan vi ikke gjøre det om igjen. Etter det vi har erfart er det av stor betydning at palliative pasienter bør få bruke sine ressurser og krefter på familien. De trenger å få bearbeidet situasjonen de er i, og få mulighet til å oppfylle sine drømmer den siste tiden. Vi som tjenesteytere bør ha respekt for det som er av størst betydning for pasientene og gjøre vårt ytterste for å imøtekomme deres ønsker.

#### **4.2 Hvorfor tverrfaglig samarbeid?**

Hjort (2004) mener at tverrfaglighet og brukermedvirkning er nært forbundet med hverandre og tverrfaglighet uten medvirkning er som et skip uten ror. Utfordringene i tverrfaglighet og brukermedvirkning er sammenfallende på et avgjørende punkt i forhold til at begge handler om evne og vilje til samspill med andre. Tverrfaglighet er det vi har å hjelpe oss med for å møte hele mennesket og deres behov.

For å ivareta helhetsperspektivet i pasientbehandlingen blir forskjellige fag representert i helse-tjenesten med den forutsetningen at fagene utfyller hverandre til det beste for den palliative pasienten. Tverrfaglig samarbeid er når man gjør nytte av kompetansen hvert fag kan bidra med. I motsetning til flerfaglig samarbeid, der man arbeider individuelt side om side, og hver enkelts kompetanse ikke blir utnyttet. Slik vi har brakt i erfaring fungerer arbeidet i kommunehelsetje-

nesten ofte som flerfaglighet, ved at kompetansen blir innhentet når det er behov. Kommunikasjonsformen er rekvirering av tjenester, med få eller ingen møter. Våre ”sykepleiebriller” ser ikke pasienten slik som for eksempel ergoterapeuten. Vi har erfart at når både kreftkontakten og ergoterapeuten var sammen om å vurdere den palliative pasienten og hans behov. Fikk de et realistisk og helhetlig bilde av pasientens situasjon, og resultatet ble en optimal løsning både for pasienten og tjenesteyterne.

Daniels (2005) sier at en rekke helsearbeidere er involvert i palliativ behandling. Hvor vellykket palliativ omsorg er avhenger av i hvilken grad fagfolkene fungerer sammen for å ivareta pasientene den siste levetiden. Manglende kontinuitet i omsorg, dårlig samordning av tjenester og diffust ansvar er blant problemene som tilskrives tverrfaglig samarbeid i primærhelsetjenesten. I følge Lauvås og Lauvås (2004) er formålet med tverrfaglig samarbeid å sikre kvaliteten i arbeidet. Fagkunnskapen utnyttes maksimalt og det utvikles et felles kunnskapsgrunnlag på tvers av fag. Tverrfagligheten er sammensatt av flere funksjoner og handler blant annet om kommunikasjon mellom deltagerne, som gjør at de ulike faggruppene fremstår som en enhet med felles holdninger normer og atferd.

Når behovet for tverrfaglig samhandling er til stede er det ikke nok at samhandlingen er i pasientens interesse og er akseptert av pasienten, slik Moen m.fl. (2008) hevder. I følge Corner (2003) deltar pasienten sjelden i den tverrfaglige samhandlingen. Pasientene bør, der dette er mulig, regissere sin egen omsorg. Ved å få gi uttrykk for sine behov og mål, kan pasientene opprettholde sin vanlige hverdag så langt det lar seg gjøre. Corner (2003) sier at hun har argumentert for at ”selv-ledelse” kan være en viktig ny retning innen palliasjon. Med dette mener hun at palliasjon bør legge større vekt på å hjelpe folk å opprettholde vanlige rutiner. Gjøre de tingene som er viktige og unike for pasienten for å opprettholde selvtillit. Selvledelse innebærer at pasientens gis muligheten til å mestre eller håndtere sine egne problemer, snarere enn at andre tar seg av dem. Dette er en aktiv strategi for folk som er syke. Hjort (2004) hevder at en av utfordringene som er avgjørende er å være bevisst på at vi alle kan lære å bli hjelpeløse i møte med fagfolk, samme hvor velmenende det er. Slik overbevisning tilegnes når andre tar over og gjør tingene for oss, eller at vi mangler kontroll og oversikt over situasjonen. Tillært hjelpeløshet kan være en alvorlig hindring for brukermedvirkning.



Love og forskrifter innen helsetjenesten har til hensikt å sikre at tjenestene blir individuelt tilpasset pasientenes behov, er samordnet, ivaretar brukermedvirkning og er tilgjengelig for alle. Arbeidsformen som har til hensikt å ivareta helhetstenkingen og samordningen omtales som tverrfaglig samarbeid. I helsepersonellovens § 4 (1999) er det nedfelt at pasienten har krav på forsvarlig helsehjelp. Dersom pasienten har behov for det, skal yrkesutøvelsen skje i samarbeid med annet kvalifisert personell. I følge Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) er manglende samhandling et problem i dag, og da kan ikke lovbestemmelsene ha bidratt til å fremme samhandling i tilstrekkelig grad. Kvaliteten på den palliative omsorgen kan bli styrket hvis arbeidet organiseres mer tverrfaglig eller som i følge Rønsen (foredrag 11.4.11) et transdisiplinært team, med pasienten og pårørende i fokus. Der samarbeidet blir fast rutine, som bidrar til tettere tverrfaglig nærhet over tid og bedre tverrfaglig tenkning med et felles språk.

Å bygge et team handler om å skape felles holdninger og praksis. Noe som ikke betyr at alle skal være like, snarere tvert imot. Ved å utnytte og anerkjenne forskjellene, og fremheve at det er et team. Hver og en av medlemmene i teamet representerer både noen verdier og en praksis som en er felles om (Rønsen og Faanes 2005). Farene forbundet med tverrfaglighet har i følge Hjort (2004) tre mulige minussider som kan nevnes. Tverrfaglighet kan være tidkrevende, noe som kan skyldes uerfarenhet og tendens til å byråkratisere tingene. Alle former for faglighet må leve opp til kravet om hensiktsmessighet, hva som gir det beste resultatet for pasienten ut fra hans behov og situasjon. Tidsfaktoren kan i gitte situasjoner tilsi at man velger å arbeide en- eller flerfaglig. Videre hevder Hjort (2004) at tverrfaglighet team i liten grad består av personer med samme fagkompetanse, og det kan derfor være vanskeligere å avsløre faglige mangler og svakheter. Dette er en påminnelse om at ansvaret for kvalitet og etikk er like personlig i tverrfagligheten.

Hospicefilosofien (Kopp 2011) bygger på tverrfaglig kompetanse, der praksis baserer seg på vitenskapelig palliativ kunnskap. Slik vi har erfart må man passe seg for ikke å gå i den fellen at tverrfaglig samarbeid betyr at alle skal gjøre alt. Rollene er ulike etter hvilken utdanning den enkelte har. Det er dette samspillet som gir tverrfaglig behandling. Daniels (2005) sier at palliasjon er et tverrfaglig ansvar. En rekke faggrupper og fagfolk innen helsetjenesten er med å yte palliative tjenester. For å lykkes med palliativ omsorg avhenger det av hvilken grad alle omsorgspersoner fungerer sammen for å gi ”sømløs” omsorg for hver enkelt pasient. Grunnlaget for å få en

”sømløs” omsorg er effektiv tverrfaglig samarbeid. Å sørge for palliativ behandling er et ansvar for en rekke fagfolk, som kommer i kontakt med pasienter og deres familier på ulike tidspunkt i løpet av pasientens sykdom. Daniels (2005) sier videre at koordineringen kan være problematisk. Nøkkelen for en vellykket palliasjon er effektivt tverrfaglig samarbeid og sammenhengende arbeid mellom tjenester og omsorg. Aktuell løsning kan være å legge vekt på utvikling av strategier for å lette kommunikasjon, og koordinering mellom de som yter palliativ behandling. Enkle strategier som at fagfolk begynner å møtes jevnlig som et team for å drøfte pasientbehandlingen kan styrke kontinuiteten i omsorgen.

Med ”sømløs” tenker vi at pasientene opplever samhandling mellom de ulike aktørene og deres kompetanse som en sammenhengende behandlingsskjede (NFPM 2004). I følge Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) vil svikt i tjenesteyting fremstå som et brudd i behandlingsforløpet. Dette kan medføre at pasientens rett til koordinerte tjenester ikke blir innfridd. Fagpersonene involvert i palliativ omsorg har ansvar for å kommunisere, både seg i mellom og med pasienten og deres familie. Det er viktig at pasienten til enhver tid opplever å bli sett som midtpunktet i det tverrfaglige samarbeidet. Skarholt (2005) sier at samhandling er en forutsetning for å kunne skape et godt tilbud for pasienten. Flere pasienter og pårørende opplever mangelfull kommunikasjonsutveksling mellom helsepersonell, også internt i kommunen. Noe som kan oppleves som utrygt. En måte å møte utfordringen på er å bruke individuelle planer, som blant annet har til hensikt å samordne tjenestene rundt pasienten.

### **4.3 Hvorfor en individuell plan?**

I Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) står det skrevet at individuell plan et helt sentralt tiltak for å ivareta brukermedvirkning og samhandling. Det er nedfelt i pasientrettighetsloven (1999), kommunehelsetjenesteloven (1982) og spesialisthelsetjenesteloven (1999) om retten til individuell plan. Denne retten gjelder for pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Palliative pasienter har ofte mange plager. Noe som kan føre til at det er behov for ulik kompetanse og tjenesteytere rundt pasienten. Den palliative pasientens kan da ha bruk for koordinerte tjenester. I tillegg er de i en fase i livet, der mange har kort tid igjen å leve. Av erfaring vet vi at det er viktig å imøtekomme pasientens ønsker og individuelle behov for at han skal kunne ha best mulig livskvalitet.

I pasientrettighetsloven (1999) § 3-1 står det at pasienten har rett til medvirkning i den helsehjelpen som gis. Hjelp for palliative pasienter tar sikte på å sette inn tiltak for psykiske, fysiske, sosiale, åndelige/eksistensielle behov. Å ta i bruk en individuell plan har som mål at pasienten har rett til å kunne medvirke. Det vil si at pasienten har en rett til å delta i arbeidet med å utvikle en plan med fokus på sine egne ønsker og behov (Kjellevold 2002). I artikkelen (Thompson-Hill m.fl.2009) forteller en palliativ pasient at han synes det er fint å få sagt noe om sine ønsker og hva han håper skje. I tillegg legges det vekt på deltakelse i egen omsorg. Et annet ord for dette er brukermedvirkning, som har til hensikt å verne om pasientens selvstendighet (Kjellevold 2002). Dette er noe som en individuell plan skal kunne ivareta. Av erfaring tar kreftsykdommen stor plass i mange pasienters liv, og krever mye både fysisk og psykisk. Dette bidrar ofte til at kreftene ikke er til stede for å kunne ivareta egne ønsker og behov. Mange har i tillegg behov for hjelp av andre for å kunne mestre hverdagen. Pasienten føler ofte tap og mangel på kontroll over eget liv. Av erfaring vet vi at det er viktig å kunne ivareta noe kontroll i livet for kunne føle trygghet og føle seg som et helt menneske. En følelse av avmakt kan for mange være tilstede. Brukermedvirkning i forhold til en individuell plan kan bidra til å fordele dette maktforholdet som oppstår mellom pasienten og tjenestenivåene (Thommesen m.fl 2003). I følge pasienterfaringer (Bakke 2005) er det betydningsfullt å få være med og bestemme selv, og følelsen av avmakt blir jevnet ut. I tillegg til at rollene mellom pasienten og helsepersonell endres. Det å kunne bestemme selv og ha kontroll er med på gi trygghet (Hansen 2002).

For å ivareta identiteten er det viktig å kunne få bestemme over eget liv (Helsedirektoratet 2009). Pasienten har en rett til å medvirke og det skal legges til rette for det, men det innebærer ikke at pasienten må. Ikke alle pasienter i en palliativ fase er av erfaring i stand til, eller ønsker å være med å bestemme selv. Noen pasienter synes at det er trygt og godt å kunne ”overgi” seg til oss helsepersonell, og vil at vi skal ta avgjørelser for dem. Disse pasientene er som oftest veldig syke, eller de føler seg spesielt trygge på oss som helsepersonell. En årsak kan være at tjenesteyterne har kommet for sent inn i bildet, slik at pasienten er kommet for langt i sykdomsforløpet og ikke er i stand til å ta del i sin egen omsorg og behandling. Vi kan stille oss spørsmål på om de kan ligge andre grunner til at pasienten ønsker dette. En årsak kan være pasientkulturen, der pasienten ikke stiller krav til oss helsepersonell, eller gir uttrykk for egne behov og ønsker. Av erfaring

møter vi iblant mennesker med holdninger om at vi helsepersonell vet best og sitter med kunnskapen om det som er best for dem.

Individuell plan beskrives som både et verktøy og en prosess (Helsedirektoratet 2010). Det vil si at på den ene siden skal det legges til rette for at helsepersonell rundt den palliative pasienten setter pasienten i sentrum. På den andre siden utfordres vi som utfører tjenester for pasienten å samarbeide, organisere og forholde oss til hverandre på nye måter. I følge Helsedirektoratet (2009) omhandler prosessen med å lage en individuell plan mer enn bare å lage et dokument. Det innebærer også dialog, tillit, refleksjon og samarbeid. Det understrekes også at det er veien fram til planen som er viktig. Det å få samlet mennesker rundt pasienten slik at de kan samhandle og utveksle informasjon. Det er viktigere enn selve dokumentet (Helsedirektoratet 2009). Vi som helsepersonell i kommunehelsetjenesten ser ofte mangelfull kommunikasjon og informasjonsflyt mellom tjenestenivåene. Ofte erfarer vi at palliative pasienter føler det kaotisk og uoversiktlig i et ”hav” med ulike profesjoner og behandlere. Det kan føre til at pasienten må gjenta opplysninger gang på gang. Vi ser at dette kan bidra til at viktig informasjon om pasienten ikke når fram. For oss helsearbeidere kan følelsen av kaos også gi seg til kjenne. Med mange rundt pasienten kan det være vanskelig å vite hvem som skal holde tråden. En tjenesteyter forteller (Thommessen m.fl. 2003) at pasienten har mer enn nok med sykdommen, om han ikke i tillegg må ”slite” med det offentlige. Tjenesteyteren belyser videre viktigheten av å ha én å forholde seg til. For eksempel en koordinator, som er en tjenesteyter med hovedansvar for å samordne tjenestene rundt pasienten. Noen ganger arbeider vi på hver vår ”tue” og bistår pasienten men å sette i gang tiltak som er forordnet av annet helsepersonell. Andre ganger setter vi i gang egne tiltak ut fra pasientens egne ønsker og behov. Det er ingen person som har hovedansvaret med å koordinere tjenestene. Erfaringsvis kan det være tilfeldig hvem som vedlikeholder kommunikasjonen og informasjonsflyten. Ofte blir det der pasienten oppholder seg til enhver tid, enten hjemme i egen bolig eller i institusjon. I NOU (2005:3) belyses behovet for å bedre samhandlingen. I tillegg sikre kontinuitet og kvalitet i helsetjenesten. Både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har et ansvar for å samarbeide med andre tjenesteytere for å få til et helhetlig tilbud for pasienten. For at pasienten skal kunne få helhetlig pleie og behandling til det beste for seg selv vil det være nødvendig med fokus for helsepersonell med pasienten i sentrum og tverrfaglig samarbeid er sentralt. Dette er spesielt viktig dersom pasienten selv ikke er i stand

til å koordinere sine egne tjenester. Det vil si å kunne holde oversikt og holde ”tråden” til tjenesteyterne som bistår med nødvendig helsehjelp. For å bedre samhandlingen oss helsepersonell i mellom og for å samle de forskjellige tjenesteyterne kan en individuell plan utarbeides for å koordinere tjenestene som den palliative pasienten har behov for.

Bakgrunnen for at en individuell plan ble en rettighet var pasientenes negative erfaringer med hjelpeapparatet rundt seg. Dette var pasienter som hadde behov for langvarige og koordinerte tjenester (Thommesen m. fl. 2003). Planen skal bidra til å gjøre det oversiktlig for pasienten og tjenesteyterne. En pasient uttaler seg slik: ”Individuell plan kan også brukes til overgrep. Det må være mulig å ha en dårlig dag og avvike fra planen” (Thommesen m.fl (2003). Av erfaring vet vi at ”formen” til pasienter i en palliativ fase er varierende. Hos noen kan det være store variasjoner i løpet av døgnet. For andre er ingen dag lik den andre, slik at det er vanskelig å følge en plan etter punkt og prikke. I Nasjonalt handlingsprogram (2010b) belyses viktigheten av at individuell plan må tilpasses pasientens situasjon og behov når de endrer seg.

Individuell plan har som intensjon å bedre kommunikasjonen blant tjenesteytere og mellom pasient og tjenesteytere. Pasienterfaringer fra utarbeidelse med individuell plan (Bakke 2005) forteller at individuell plan er nyttig i forhold til å holde oversikt over avtaler og kontaktpersoner. Det nevnes også at å arbeide med individuell plan gir pasienten håp og et mål for fremtiden (Helsedirektoratet 2008). I tillegg belyser pasientene viktigheten av å bli lyttet til og møtt med respekt, positivitet og varme. Dette ble også nevnt som viktige faktorer i å kunne lykkes med individuell plan. I rapporten til Evenstad m.fl.(2005) sier sykepleiere som har arbeidet med individuell plan at de har fått større forståelse for andres arbeidssituasjon i kommunen og sykehus. I tillegg forteller de at samarbeidet med andre hjelpinstanser bedret seg. En viktig faktor er også nevnt; Sykepleierne følte også at de ble bedre kjent med pasienten, og de ser andre behov enn tidligere. De sier videre at pasientene føler at de blir ivaretatt og tatt på alvor (Helsedirektoratet 2009). I følge forskrift for individuell plan (Helsedirektoratet 2010a) er samarbeid en forutsetning for et godt hjelpeapparat.

## 5. Avslutning og konklusjon

Problemstillingen i oppgaven har vært: **Samhandling i palliativ omsorg: Hvordan kan pasienten ivaretas ved hjelp av individuell plan**

Ved hjelp at individuell plan har den palliative pasienten mulighet til å få oversikt over sine tjenester og kontaktpersoner. Utarbeidelse av planen gir pasienten rett til brukermedvirkning. Det innebærer at pasienten får sagt noe om sin situasjon og sine ønsker, og får medvirke i omsorgen selv. Dette er med på at pasienten kan føle kontroll over eget liv. Maktforholdet mellom pasient og helsepersonell utjevnes og roller endres. I en vanskelig situasjon vil brukermedvirkning, å få sagt noe om sine behov, gi håp og et mål for fremtiden. Koordinerte tjenester utfordrer tjenesteyterne til å samarbeide tverrfaglig. En individuell plan innebærer å sette pasienten i fokus og samarbeide mot felles mål, der pasientens behov imøtekommes og han opplever livskvalitet. Når tjenestene samordnes og helsepersonell samarbeider for at det skal være en sammenhengende behandling gir det pasienten kontinuitet, forutsigbarhet og informasjonsflyt i en vanskelig hverdag. Følelsen av å bli tatt på alvor og følelsen av trygghet er sentral. En individuell plan er ikke det eneste tiltaket som må settes i verk for å bedre samhandlingen mellom de ulike aktørene. Allikevel er det en viktig brikke som må på plass.

## Litteraturliste

Bakke, Toril (2005). *Individuell plan som lynavleder, krykke og en bunke med selvfølgeligheter* [online]. URL: <http://www.psykiskhelsearbeid.no/content/191/Erfaringer-med-IP-en-kvalitativ-undersokelse> (30.3.2011)

Brekke, V. og O. Førland (2004). *Veiledningsheftet i skriving av individuell fordypningsoppgave i sykepleie*. Bergen: Diakonissehjemmets Høgskole

Corner, Jessica m.fl.(2003). The multidisciplinary team - fact or fiction? I: *European Journal of palliative care*. Vol.10, nr 2. s. 10-13

Devlin, M. og S. McIlpatrick (2009). The role of the home-care worker in palliative and end-of-life care in the community setting: a literature review. *International Journal of Palliative Nursing*. Vol. 15, nr 11. s. 526-532

Dysthe, O., F. Hertzberg, T. L. Hoel (2010). *Skrive for å lære. Skriving i høyere utdanning*. Oslo: Abstrakt forlag AS

Eide, S.B. m.fl.(2003). *Fordi vi er mennesker. En bok om samarbeidets etikk*. Bergen: Fagbokforlaget

Evenstad, A. M., H. Karlsen, E. H. Hansen, A. Vege (2005). *Koordinert hjelp til palliative kreftpasienter og deres pårørende* [online], rapport nr. 1. Stiftelsen GRUK. URL: <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Koordinert+hjelp+til+palliativekreftpasienter+og+deres+p%C3%A5r%C3%B8rende.1993.cms> (1.4.2011)

Faull, C., H. Carter og L. Daniels. (2005). *Handbook of palliative care. Second edition*. Blackwell Publishing Ltd. s. 22-42

Hansen, Ingrid (2002) Kommunikasjon I: Nina Jahren Kristoffersen(red.) *Generell sykepleie 2*. Oslo: Universitetsforlaget. s. 63-110

Haugen, D.F., M.S. Jordhøy m.fl. (2007). Organisering av palliative tilbud. I: Kaasa, Stein (red.) *Palliasjon*. s. 97-212. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Helsedirektoratet (2009). *Jeg har en plan!* Oslo

Helsedirektoratet (2010a). *Individuell plan 2010 - Veileder til forskrift om individuell plan*.

Oslo

Helsedirektoratet (2010b). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen* [online] (4). URL:

[http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00021/Nasjonalt\\_handlingsp\\_21509a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00021/Nasjonalt_handlingsp_21509a.pdf)  
(13.4.2011)

Helsepersonelloven (1999) Lov om helsepersonell m.v. [online] Lovdata.

URL:<http://www.lovdata.no/all/index.html>

Hjort, Peter (2004) *Tverrfaglig samarbeid og brukervedvirkning* [online]. URL:

[http://www.hf.hio.no/tverrfaglig/TM-Veks-2/Tverrf\\_sam\\_og%20brukermedv\\_.pps](http://www.hf.hio.no/tverrfaglig/TM-Veks-2/Tverrf_sam_og%20brukermedv_.pps) (5.4.2011)



Jacobsen, M.V., K. Kopp m.fl. (2011). *Ved livets afslutning – om palliativ omsorg, pleje og behandling*. Aarhus Universitetsforlag

Kaasa, Stein (2007). Forskning innen palliasjon I: Kaasa, Stein (red.) *Palliasjon*. s. 49-61. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kjellehold, Alice (2002). *Retten til individuell plan*. Bergen: Fagbokforlaget

Kommunehelsetjenesteloven (1982) *Lov om helsetjeneste i kommunen*, paragraf 6-2a. [online] Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/nl-19821119-066.html> (1.4.2011)

Kristoffersen, N. J. (1996). Teoretiske modeller i sykepleie I: Nina Jahren Kristoffersen (red.) *Generell sykepleie 1*. Oslo: Universitetsforlaget. s. 153-258

Kaasa, S. og J.H. Loge (2007). Diagnostisering innen palliasjon – en generell innføring. I: Kaasa, Stein (red.) *Palliasjon*. s. 75-88. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Lauvås, K. og P. Lauvås (2004) *Tverrfaglig samarbeid. Perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget

Luker, K. A. m.fl. (2000). The importance of knowing the patient, community nurses, constructions of quality in providing palliative care. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 31, nr 4. s. 775-782

Moen, A., R. Hellesø og A. Berge (2008). *Sykepleieres journalføring. Dokumentasjon og informasjonshåndtering*. Oslo: Akribe AS

NOU (2005:3) *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Norsk Forening for Palliativ Medisin (2004). *Standard for palliasjon*.

Pasientrettighetsloven (1999) *Lov om pasientrettigheter*, paragraf 2-5. [online] Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html> (1.4.2011)

Psykisk helsevernloven (1999) *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*, paragraf 4-1. [online] Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-062.html> (1.4.2011)

Romsland, Grace I. (2006). Tverrfaglig samarbeid og etikk. Per Nortvedt (red). I: *Etikk for helsefagene*. Oslo: Gyldendal akademisk. s. 149-170

Rønsen, A. og R. Faanes (2005) Veiledning som teambuilding. I: *Nordisk tidsskrift for palliativ medisin. Omsorg*. Årg. 22, nr. 1, s.15-21

Skarholt, S (2005) *En plan for å se den lidende*. Sykepleien 2005 93(17). s. 38-39

Spesialisthelsetjensteloven (1999) *Lov om spesialisthelsetjensten*, paragraf 2-5. [online] Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-061.html> (1.4.2011)

Stordalen, J. og I. Støren (2004). *Bare skriv! Praktisk veiledning i oppgaveskriving*. Oslo: Cappelen Forlag a.s.

Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett til behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Thommesen, H. og T. Normann (2003). *Individuell plan. Et sesam-sesam?*. Oslo: Kommuneforlaget

Thompson-Hill, J., C. Hookey, E. Salt, T. O'Neill (2009). The Supportive Care Plan: a tool to improve communication in end-of-life care. *International Journal of Palliative Nursing*. Vol. 15, nr 5, s. 250-255

Willman, Ania M. L (2001). Evidensbasert sykepleie I: Gjengedal, E. og R. Jacobsen (red.) *Sykepleie- praksis og utvikling*. s. 261-271. Oslo: Cappelen Forlag AS

# **Individuell plan**

**For palliative pasienter**

# Individuell plan

## Formålet med individuell plan er å

- sikre best mulig oversikt over dine behov og ønsker
- sikre at viktige opplysninger er tilgjengelige slik at helsepersonell skal kunne hjelpe deg på best mulig måte

For at individuell plan skal bli et nyttig redskap, er det *viktig at du har med deg planen* når du er i kontakt med helsepersonell. Gi beskjed om at du har individuell plan.

## Samtykkeerklæring

**Samtykke:** Jeg er kjent med hva en individuell plan er, og samtykker med dette at planen blir utarbeidet.

**Taushetsplikt:** Opplysninger som offentlige ansatte får om meg gjennom individuell plan kan bare gis videre med samtykke fra meg eller den jeg utnevner som nærmeste pårørende/verge dersom ikke annet er bestemt. Jeg og mine nærmeste pårørende kan til enhver tid trekke dette samtykket tilbake.

Dato: \_\_\_\_\_

Signatur: \_\_\_\_\_

**Individuell plan iverksatt dato:****Planen tilhører:**

Navn

Tlf.

Mobil

Privat

Arbeid

Adresse

E-post

<b>Kontaktoversikt pårørende</b>			
Navn (1)		Adr.	
Slektskap/tilknytning	Tlf. privat	Mobil	Arbeid
E-post			
Navn (2)		Adr.	
Slektskap/tilknytning	Tlf. privat	Mobil	Arbeid
E-post			

<b>Koordinator</b>		Koordinator/ansvarlig sykepleier har ansvar for at innholdet i planen er oppdatert/ryddet	
Navn		Adr.	
Tlf arbeid	Mobil	E-post	

<b>Kontaktoversikt tjenestenettverk</b>		<b>Kommune/helsetjenesten</b>	
<b>Fastlege</b>	Navn Legesenter E-post	Tlf.  Vakttlf.	
Kan fastlege kontaktes utenom kontortid? <input type="checkbox"/> Ja, inntil kl <input type="checkbox"/> Ja, hele døgnet <input type="checkbox"/> Nei			
<b>Hjemmesykepleie – kontor</b>	Sone Adresse E-post	Tlf.  Vakttlf.	
<b>Kontaktsykepleier</b>	Navn Adresse E-post	Tlf.	
<b>Saksbehandler – hjemmetjenester</b>	Navn Adresse E-post	Tlf.	
<b>Andre kontakter</b>	Navn Adresse E-post	Tlf.	

<b>Kontaktoversikt spesialisthelsetjenesten</b>	
<b>Navn</b>	<b>Tlf.</b>
<b>1) Sykehus med primæransvar, avdeling</b>	
<b>Pasientansvarlig lege</b>	
<b>Pasientansvarlig spl</b>	
<b>Palliativt team</b>	
<b>Andre</b>	
<b>2) Annet ansvarlig sykehus, avdeling</b>	
<b>Pasientansvarlig lege</b>	
<b>Pasientansvarlig spl</b>	
<b>Palliativt team</b>	
<b>Andre</b>	

<b>Åpen retur</b> (eget informasjonsskriv legges i planen)			
<b>Avtalt med, navn</b>	<b>Sykehus, avd.</b>	<b>Post</b>	<b>Dato</b>

<b>Hva er viktig for meg nå?</b>	Her kan du skrive dine ønsker og behov. Stikkord kan være: Fysiske og psykiske forhold, forhold til familie og venner, økonomi, livssyn ol.

Bruk eventuelt baksiden av arket

Dato	Tiltak knyttet til dine behov	Ansvarlig tjenesteyter/koordinator	Avsluttet dato

Dato	Tiltak knyttet til pårørendes behov	Ansvarlig tjenesteyter/koordinator	Avsluttet dato

Dato	Annet



<b>I situasjoner der assistanse/hjelp må tilkalles, kan jeg kontakte:</b> Denne listen utarbeides av pasient, hjemmesykepleie og fastlege, evt. i nettverksmøte		<b>Tlf.</b>
<b>1</b>		
<b>2</b>		
<b>3</b>		
<b>4</b>		

<b>Viktige telefonnummer</b>	<b>Tlf.</b>
Vakttlf. Hjemmesykepleien	
Akutt nødtlf.	
Ambulanse	
Taxi	
Andre:	