



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 respirator- behandling 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 samtale, 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?

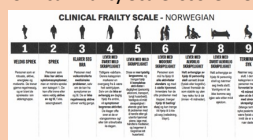
- Hva er viktig for deg i dag?
- Hva er viktig for deg i framtiden?/ Hva ønsker du skal skje i framtiden?
- Er det noe du ikke ønsker skal skje?
- Er det noe du gleder deg til i framtiden?
- Er det noe spesielt du uroer deg for?
- Hvordan kan vi best ivareta dine ønsker dersom du blir sykere eller døende? /:
- 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?

NEVROLOGISKE:

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 VECTLEGGES:

- 1.) Komorbide tilstander (>4)
- 2.) Lavt ADL nivå- Høyt skrøpeligheitsnivå CFS.
- 3.) Bistand ved forflytning?
- 4.) Ufrivillig vekt tap >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. Samtalene 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 samtale 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.