

## Mall: Vårdplan Palliativ vård

När brytpunktssamtal och inskrivning i palliativ vård är genomfört av läkare ska sjuksköterska:

- Lägga till HSL beslut: *Ssk Palliativ vård*.
- Skapa vårdplan *Palliativ vård* – se nedan
- Skapa dokument *Beslut palliativ vård* i Documenta

**OBS! Vid byte av vårdform** – från korttidsplats till egna bostaden, från egna bostaden till vård och omsorgsboende – ska sjuksköterska på mottagande enhet flytta HSL beslut *Ssk Palliativ vård* till ansvarig sjuksköterska på den egna enheten.

Hantering av befintlig vårdplan palliativ vård:

- behåll vårdplan palliativ vård från avrapporterande enhet
- avsluta planerad åtgärd
- skapa ny planerade åtgärder efter inskrivning/uppfoljande samtal med läkare

## Skapa fast vårdplan

### Vårdplan Palliativ vård

- ☐ Fast plan
  - ☐ Beslut om palliativ vård
    - ☐ Mål
      - ☐ Planerad åtgärd
        - ☐ Utförd åtgärd/uppfoljning

Vid inskrivning i allmän palliativ vård ska Vårdplan Palliativ vård upprättas enligt nedan.

SÖKORD	SÅ ANVÄNDS SÖKORDET
<b>Beslut om Palliativ vård</b>	Resultat av brytpunktssamtal/uppfoljningssamtal. <b>OBS Alla rubriker i frastexten är obligatoriska att ha med</b> <b>Frastext: Beslut om palliativ vård</b> BRYTPUNKTSSAMTAL: ja/nej, datum, plats UPPFÖLJANDE BRYTPUNKTSSAMTAL/INSKRIVNINGSSAMTAL: datum, deltagare, plats LÄKARKONTAKT: ansvarig läkare GENOMGÅNG ESAS: ja/nej, om nej varför GENOMGÅNG LÄKEMEDEL: ja/nej STÄLLNINSTAGANDE EJ HLR: ja/nej, om ja dokumentera under läkarkontakt hjärt- och lungräddning, använd frastext. NÄRSTÅENDES DELAKTIGHET: närstående saknas/nej/ja - vill vara delaktig i vården, vad och hur INFORMATION NÄRSTÅENDEPENNING: ja/nej
<b>Mål</b>	Patientens önskemål om vårdens innehåll. Beakta värderingar, etiska, kulturella, andliga och religiösa seder.
<b>Planerad åtgärd</b>	Fram till palliativ vård i livets slutskede ska regelbunden uppfoljning ske av patientens allmäntillstånd i dialog med läkare och övriga yrkesroller i teamet. Dokumentera uppfoljningen som nedan: <b>Frastext: Planerad åtgärd palliativ vårdplan</b> VAD: Uppfoljning av allmäntillstånd NÄR: En gång i veckan/en gång i månaden HUR: Telefonkontakt/hembesök VEM: Sjuksköterska



	<b>OBS!</b> Pågående aktuella vårdåtgärder dokumenteras i respektive vårdplan fram tills beslutet ändras till palliativ vård i livets slutskede.
<b>Utförd åtgärd/ Uppföljning</b>	Här dokumenterar sjuksköterskan sin uppföljning enligt planerad åtgärd. Sammanfattning av hälso- och livssituationen enligt planerad åtgärd, hänvisa eventuellt till andra vårdplaner, smärta, munvård, med flera.

## Övergång till palliativ vård i livets slutskede

**Kriterier för palliativ vård i livets slutskede** är att patienten mestadels är sängliggande, sover större delen av dygnet, tar inte emot läkemedel per os, äter inte och dricker sparsamt.

Efter läkarens kliniska bedömning tillsammans med teamet om att patienten är i livets slutskede upprättas vårdplan palliativ vård i livets slutskede.

## Vårdplan Palliativ vård i livets slutskede



SÖKORD	SÅ ANVÄNDS SÖKORDET
<b>Övergång till palliativ vård i livets slutskede</b>	<p><b>Vårdsammanfattning</b> av aktuellt hälsotillstånd som motiverat övergång till palliativ vård i livets slutskede dokumenteras enligt frastext:</p> <p><b>Frastext:</b> Övergång till livets slutskede  <b>LÄKARKONTAKT:</b> läkarens kliniska bedömning och beslut om övergång, erbjuden läkarsamtal/hembesök till patient/närstående.  <b>MOTIVERING TILL BESLUT:</b> sängliggande, sover större delen av dagen, tar inte emot läkemedel, äter och dricker sparsamt.  <b>STÄLLNINGSTAGANDE TILL KAD UTAN LÄKARKONTAKT:</b> ja/nej  <b>PALLIATIV VID BEHOVSORDINATIONER I LIVETS SLUTSKEDE:</b> är ordinerat/funnits sedan tidigare och är uppdaterat.  <b>NÄRSTÅENDES DELAKTIGHET:</b> nej/ja - vill vara delaktig i vården, vad och hur</p>
<b>Mål i livets slut</b>	Patientens önskemål inför sista tiden i livet.
<b>Planerad åtgärd/ordination</b>	<p>Beskriv åtgärder som är aktuella med stöd av frastext, se nedan.            Beskriv tydligt vem som ska utföra vilken åtgärd.            Fördela alla aktuella åtgärder till omvårdnadspersonal i samma planerad åtgärd.            Detta för att alla uppföljningar ska komma samlade i kronologisk ordning.</p> <p><b>Frastext:</b> Planerad åtgärd till baspersonal och legitimerade  <b>SYMPTOMSKATTNING ESAS</b>  <b>NÄR:</b>  <b>HUR:</b></p>

	<p>VEM: UPPFÖLJNING <b>SMÅRTSKATTNING</b> VAD: NÄR: HUR: VEM: UPPFÖLJNING: <b>MUNVÅRD</b> NÄR: HUR: VEM: UPPFÖLJNING: <b>FÖREBYGGA TRYCKSÅR/LÄGESÄNDRING</b> NÄR: HUR: VEM: UPPFÖLJNING: <b>KAD-SKÖTSEL</b> NÄR: HUR: VEM: UPPFÖLJNING: <b>OBSERVATIONER</b> VAD: NÄR: HUR: VEM: UPPFÖLJNING:</p> <p><b>Om patientens hälsotillstånd stabiliseras:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- återkalla fördelade åtgärder och avsluta vårdplan palliativ vård i livets slutskede.</li> </ul>
<b>Uppföljning baspersonal</b>	Här dokumenterar omvårdnadspersonalen/vak utförda åtgärder, viktiga iakttagelser och förändringar, då åtgärd inte kan genomföras enligt ordination samt alla kontakter med legitimerade.
<b>Utförd åtgärd/ Uppföljning</b>	<p>Här dokumenterar legitimerade de åtgärder som genomförts och uppföljning av planerade och utförda åtgärder.</p> <p>Uppföljning är en utvärdering av planerade åtgärders effekt utifrån uppsatta mål. Legitimerad personal har alltid huvudansvar för att följa upp och utvärdera effekt av planerade åtgärder utifrån egen klinisk bedömning oavsett vem som utför dem.</p> <p>Återkopplingen från omvårdnadspersonalen är en viktig del i uppföljningen av utförda åtgärder.</p>
<b>Palliativt vak</b>	<p>När närstående sitter vak, dokumentera planeringen här.</p> <p>När personal sitter vak - använd schablontid, se bild nedan.</p>
<b>Uppföljnings-samtal</b>	Dokumentera om närstående har erbjudits efterlevnadssamtal och om de tackat ja eller nej. Här ska inte innehållet i samtalet dokumenteras.

### Palliativt vak:

När palliativt vak är bedömt och planerat:

- välj åtgärd *palliativt vak*.
- fördela till baspersonal - utföraren
- lägg in antal *timmar* per dygn och veckodagar i *utförs*
- lägg i datum i *återkalla*
- OBS flytta fram datum i *återkalla*

The screenshot shows a software interface for planning palliative care. At the top, there is a search bar labeled 'Beslut' with the text 'Sök Palliativ vård'. Below it is a dropdown menu for 'Åtgärd' set to 'Palliativt vak'. The interface is divided into two main sections. The left section, 'Fördela åtgärd', contains three dropdown menus: 'Utförare' (set to 'HSV Norr'), 'Utförarenhet' (set to 'Hemvård Söder grupp 1'), and 'Verksamhet' (set to 'AO'). The right section, 'Period', has three date fields: 'Fr. o.m. +' (set to '2019-03-08'), 'Återkalla' (set to '2019-03-08'), and 'Avsluta åtgärd' (set to '2019-03-08'). Below these is a 'Tidsåtgång' section with a table: 'Timmar' (24,00), '+ Dubbel' (0), 'Utförs' (Hela veckan), and 'Tid/Fr'. At the bottom right, there are two input fields: 'Får variera max' (with a 'min.' label) and 'Nivå i debitering'.

### Registrering i Palliativregistret

Dokumentation i patientjournal om registrering i palliativregistret görs under sökordet ADMINISTRATION/Vaccination/Kvalitetsregister.