

Dokumentation Palliativ vård

Vårdplan



Dokumentation vid allmän palliativ vård

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

- Lägga till beslut *Ssk Palliativ vård*.
HSL beslut palliativ vård visar inskrivning i verksamhetssystem och tydliggör palliativ vård som extra insats.
- Skapa vårdplan *Palliativ vård* – se nedan

OBS Vid byte av vårdform internt, exempelvis flytt från korttidsplats till egna bostaden eller flytt från egna bostaden till vård och omsorgsboende, ska sjuksköterska på mottagande enhet:

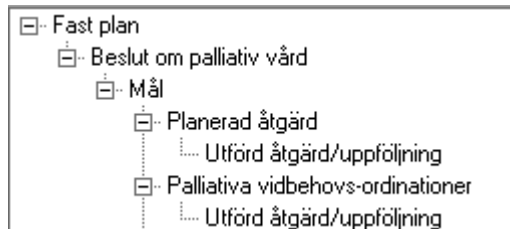
- Lägga *Beslut Ssk Palliativ vård* på den egna enheten – eftersom beslut ssk Palliativ vård försvinner då vårdåtagande avslutas på tidigare enhet.

Fast vårdplan Palliativ vård

Under sökordet Planering/Fasta vårdplaner finns:

1. Palliativ vård – upprättas vid inskrivning i palliativ vård
2. Palliativ vård i livets slutskede – upprättas vid övergång till palliativ vård i livets slutskede

1. Palliativ vård



Frastext: Beslut om palliativ vård:

BRYTPUNKTSSAMTAL: av vem och var

DATUM INSKRIVNINGSSAMTAL:

LÄKARKONTAKT: ansvarig läkare

GENOMGÅNG ESAS: ja/nej, om nej – varför

GENOMGÅNG LÄKEMEDEL: ja/nej

STÄLLNINGSTAGANDE OHLR: ja/nej (om ja, ska dokumenteras under läkarkontakt/hjärt-lungräddning, använd frastext)

STÄLLNINGSTAGANDE TILL KAD VID BEHOV UTAN

LÄKARKONTAKT: ja/nej

Vad ska dokumenteras under respektive sökord:

Beslut om palliativ vård:

Resultat av brytpunktssamtal /uppföljningssamtal – använd *frastext*.

Frastexterna är ett hjälpmedel för att du lätt ska få med viktiga punkter som ska dokumenteras enligt riktlinje och rutin. Dokumentera under alla punkter enligt frastext om ställningstagande och beslut om palliativ vård. Med ”**Brytpunktssamtal**” i frastexten menas det första samtalet som läkare och patient har haft för behov av palliativ vård. Med ”**Datum inskrivningssamtal**” menas det datum där läkare har träffat patienten för inskrivning och planering av den palliativa vården.

Mål:

Personens önskemål om vårdplats och om vårdens innehåll.

Beakta etiska, kulturella, andliga och religiösa seder och värderingar.

Planerade åtgärder:

Här dokumenteras åtgärder som rör övergripande planering om den palliativa vården exempelvis plan för uppföljning av palliativa insatser och patientens mål.

OBS Fram till palliativ vård i livets slutskede sker dokumentation i ordinarie sökordsträd och andra aktuella vårdplaner. Vid livets slutskede övergår löpande dokumentation i vårdplan Palliativ vård i livets slutskede.

Palliativa vid behovsordinationer:

Dokumentera *att* palliativa vid behovs ordinationer i livets slutskede finns ordinerade och när de aktualiseras/ändras.

Utförd åtgärd/Uppföljning:

Uppföljning/förändringar av det som planerats vid brytpunktssamtal/uppföljningssamtal

2. Palliativ vård i livets slutskede

Vårdplan palliativ vård i livets slutskede upprättas efter läkarens kliniska bedömning tillsammans med teamet att patienten är i livets slutskede. Kriterier för palliativ vård i livets slutskede är att patienten mestadels är sängliggande, sover större delen av dygnet, äter och dricker sparsamt och inte tar emot läkemedel per os.



Frastext: Planerad åtgärd:

SYMPTOMSKATTNING ESAS: när, vem
 SMÄRTSKATTNING: när, hur, vem
 MUNVÅRD: när, hur, vem
 FÖREBYGGA TRYCKSÅR/LÄGESÄNDRING: när, hur, vem
 KAD SKÖTSEL: när, hur, vem
 OBSERVATIONER: när, vad, hur, vem
 UPPFÖLJNING:

Vad ska dokumenteras i vårdplan livets slutskede

Övergång till palliativ vård i livets slutskede - beskriv:

- bedömning av aktuellt hälsotillstånd som motiverat övergång till palliativ vård i livets slutskede
- kliniska bedömning, hembesök och brytpunktssamtal/informerande samtal med patient och eller närstående om inriktningen palliativ vård i livets slutskede
- om/att information har lämnats till patienten/närstående om registrering av dödsfall i svenska palliativregistret.

Mål i livets slutskede:

Personens önskemål inför sista tiden i livet.

Planerade åtgärder:

Åtgärder finns i frastext (se ovan). Välj sökord som är aktuella och lägg till andra sökord vid behov.

- beskriv tydligt vem som ska utföra vilken åtgärd med stöd av frastexten.
- fördela samma *planerad åtgärd* till baspersonal och legitimerade. Detta för att alla uppföljningar ska komma samlad i kronologisk ordning i samma plan. Arbetsterapeuten kan skriva på flera sökord exempelvis under sökord förebygga trycksår gällande positioneringskuddar, mm

Vid förändring av planerad åtgärd:

- avsluta pågående *planerad åtgärd*
- kopiera den avslutade *planerad åtgärd*.
- öppna ny *planerad åtgärd* och klistra in i den nya *planerad åtgärd* och gör ändringar.
- lägg till, spara och fördela på nytt till baspersonal och legitimerade

Om patientens hälsotillstånd stabiliseras:

- återkalla fördelade åtgärder och avsluta vårdplanen palliativ vård i livets slutskede.

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*

Vad ska dokumenteras innan vårdplan avslutas

Uppföljningssamtal:

- Dokumentera att närstående har erbjudits uppföljningssamtal och om tackat ja eller nej.

Avsluta vårdplanen

Samtliga dödsfall, väntat och oväntat ska registreras i Palliativregistret, se Rutin sjuksköterskans ansvar och checklista efter dödsfall.