

Process/aktivitet: God vård i livets slut	Version: 1	Giltig fr.o.m: 2016-05-01	Ersätter:
Processägare: MAS/MAR	Processledare/ansvarig för revidering: MAS/MAR/PVS		Granskad av: PVS
Beslutad av: MAS/MAR	Beslutad datum: 2016-03-01	Revideras datum:	Värdegrundssäkrad ja/nej:
Användare/roll: Chef, arbetsterapeut, sjuksköterska			Intern/extern: Intern
Omfattar enhet/verksamhet: Vård och omsorg, Förvaltningen för funktionshindrade			Ärendenummer:

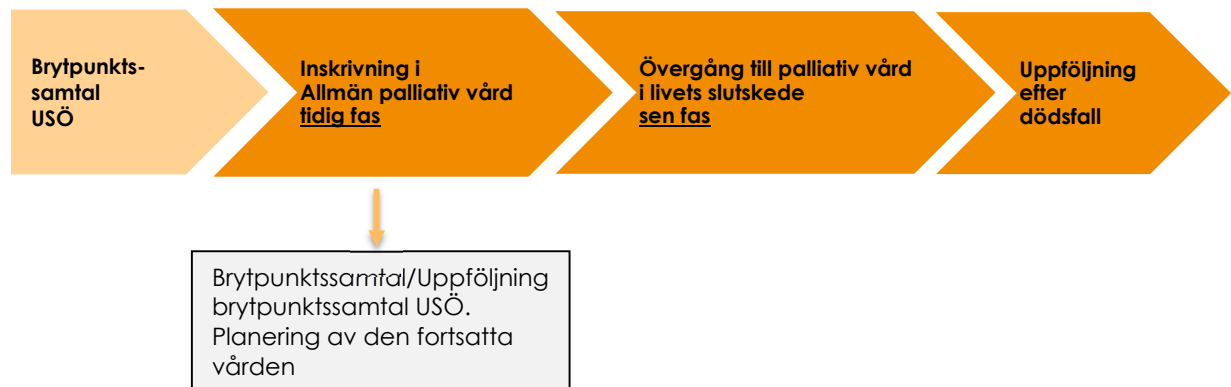
Dokumentation Palliativ vård

Vårdplan

Inledning

När en patient skrivs in i Allmän palliativ vård i kommunen sker ett *informerande samtal* (brytpunktssamtal) då läkare samtalar med patienten om ställningstagande till den fortsatta vården. De patienter som har fått ett brytpunktssamtal på sjukhuset ska få ett uppföljningssamtal av läkare i samband med inskrivning i palliativ vård.

Process Palliativ vård



Dokumentation Palliativ vård



Dokumentation vid inskrivning i Allmän palliativ vård

Patienter som vårdplanerats på USÖ

Utskrivningsplaneringen dokumenteras i Treserva under sökordet Samordning/Samordnad planering/ Utskrivningsplanering.

- Omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS) får av utskrivningssamordnare ett uppdrag via Treservabrevlådan att skriva in patienten i Allmän palliativ vård och att samordna ett hembesök tillsammans med läkare från vårdcentralen.
- Ansvarig arbetsterapeut får ett meddelande i Treserva för kännedom om att patienten ska skrivas in i Allmän palliativ vård.

Patienter i hemsjukvård och på boende

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att i god tid uppmärksamma ansvarig läkare när patientens hälsotillstånd kan aktualisera palliativ vård. Sjuksköterskan samordnar sedan ett hembesök tillsammans med läkaren för brytpunktssamtal och inskrivning i Allmän palliativ vård.

Dokumentera palliativt beslut

1. Lägg ett palliativt beslut
2. Under Kontaktinfo/Viktigt att veta dokumenteras "Inskrivning i Allmän palliativ vård".
3. Vid byte av vårdform till exempel från korttidsplats till egna bostaden är det viktigt att Palliativa beslutet läggs på det nya SSK-vårdåtagandet.

Palliativ vårdpärm

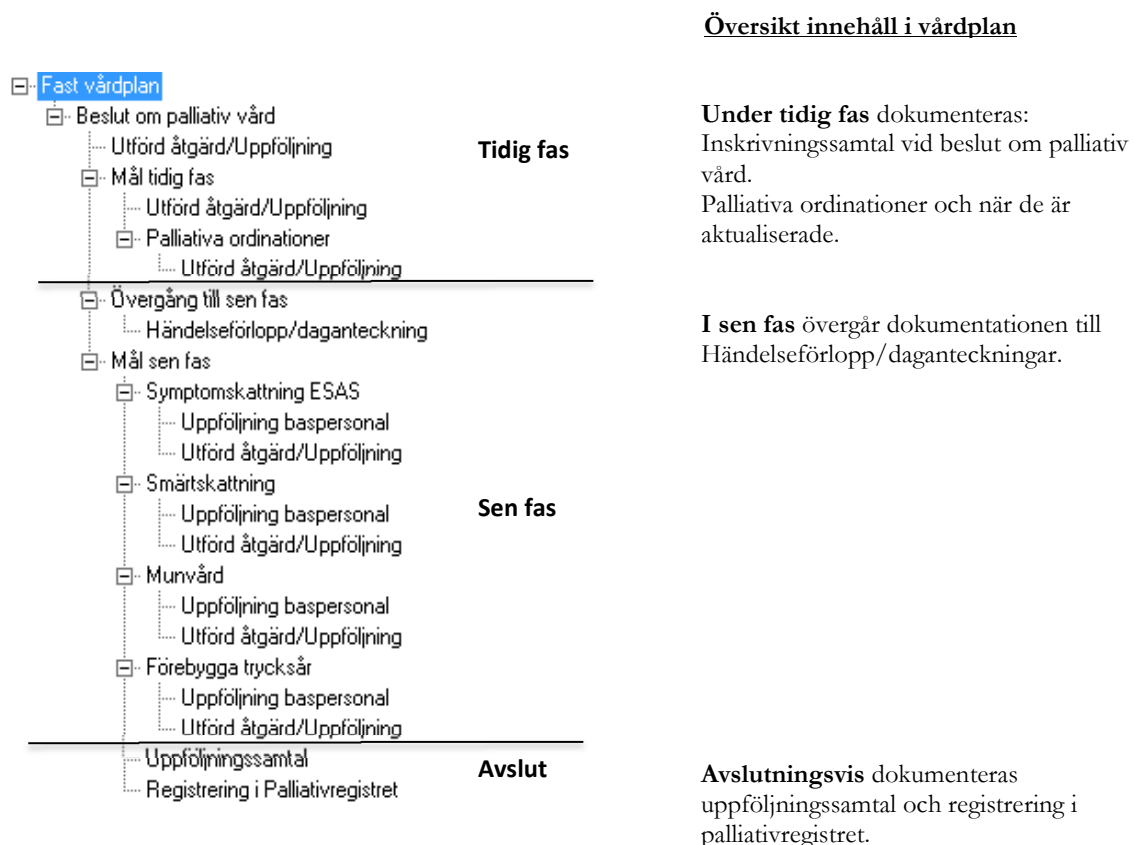
Lämna en röd (palliativ) hemmapärm, med innehåll enligt innehållsförteckningen och Beslut om palliativ vård, hemma hos patienten i hemvården.

På boende sätts dokumenten in i befintlig pärm med nytt register.

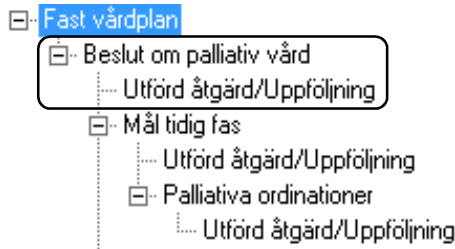
Dokumentera i fast vårdplan Palliativ vård

Vid inskrivning i Allmän palliativ vård skapas en vårdplan Palliativ vård. Under Planering/Fast vårdplan finns vårdplan Palliativ vård:

Den är uppdelad i tidig fas, sen fas och avslut.



Tidig fas



Frastext: Beslut om palliativ vårdvård

DATUM BRYTPUNKTSAMTAL/USÖ, NÄRVARANDE:* -
 DATUM INSKRIVNINGSSAMTAL, NÄRVARANDE: -
 FAST VÅRDKONTAKT/ LÄKARKONTAKT: -
 VÅRDENS FORTSATTA INRIKTNING:** -
 GENOMGÅNG SYMPTOMSKATTNING ESAS:*** -
 GENOMGÅNG AV LÄKEMEDEL: -
 STÄLLNINGSTAGANDE VIDBEHOVS ORDINATIONER TIDIG -
 FAS och SEN FAS: -
 STÄLLNINGSTAGANDE HLR:**** -
 STÄLLNINGSTAGANDE TILL KAD VID BEHOV UTAN ATT -
 KONTAKTA LÄKARE: -
 FORTSATT PLANERING: -

Beslut palliativ vård

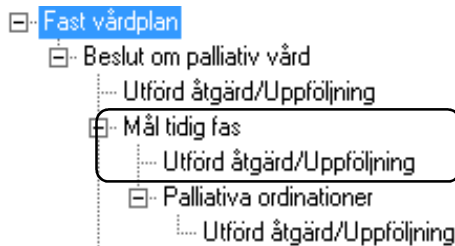
Sammanfattning av inskrivningssamtal med stöd av frastext.

Övriga åtgärder dokumenteras på vanligt sätt i ”ordinarie” sökordsträd och vårdplaner.

Utförd åtgärd/Uppföljning

Uppföljning och förändringar av det som planerats vid inskrivningssamtalet. Samma frastexter kan användas här.

* se samordning/utskrivningsplanering, ev. hänvisa
 ** plan vid medicinsk och/eller social svikt
 *** kan vara gjord innan hembesöket och användas som utgångspunkt i fortsatt symptomlindring
 **** **beslut HLR dokumentera av läkaren på blankett för Palliativa ordinationer i sen fas, inte under viktigt att veta.**

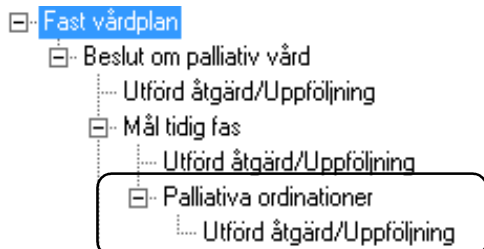


Mål tidig fas

Önskemål om vårdplats och om vårdens innehåll. Beakta etiska, kulturella, andliga och religiösa seder och värderingar. Dokumentera i löpande text.

Utförd åtgärd/Uppföljning

Förändringar av mål



Palliativa ordinationer

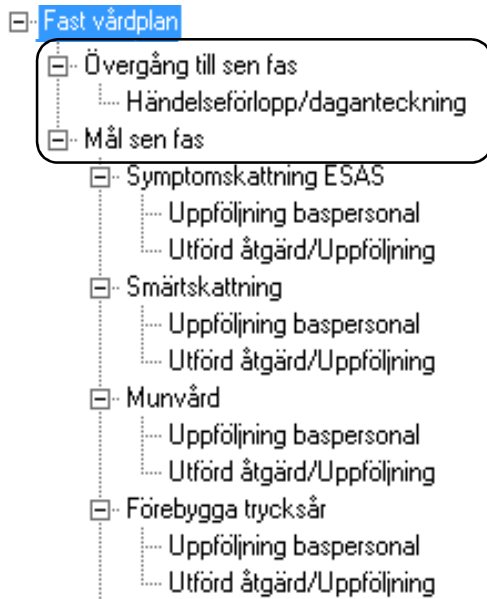
Här noteras att ställningstagande till läkemedelsordinationer i sen fas finns.

- När personen har smärtstillande behandling per os ska plan för övergång till injektioner finnas.
- Ordinationshandling Palliativa ordinationer för sen fas ordinationer ska erhållas av läkaren

Utförd åtgärd/Uppföljning

Här dokumenteras att ändringar eller uppdateringar av palliativa vid behovs ordinationer gjorts.

Övergång till sen fas



OBS

För att få upp sökordet
Händelseförlopp/daganteckning:
Första gången:

1. Markera Övergång sen fas.
2. Välj sökord
Händelseförlopp/daganteckning
3. Fortsättningsvis markera
Händelseförlopp/daganteckning så
kommer det sökordet automatiskt
till texttrutan.

Övergång till sen fas

När patienten är försämrad och mestadels sängliggande, sover större delen av dygnet, inte längre kan inta mat, dryck eller läkemedel per os dokumenteras här:

- **Sammanfatta aktuellt hälsotillstånd**
- **Läkaren ska informeras**, dokumentera under läkarkontakt.
- Sjuksköterskan diskuterar med patient, om ett läkarsamtal/läkarbesök önskas, ett så kallat uppföljande brytpunktssamtal.
- **Läkare ska informeras när övergång till palliativa vid behovs injektioner påbörjas.**

Om patienten åter blir piggare återgår till att dokumentera under de ordinarie sökorden.

Händelseförlopp/Daganteckningar

Här dokumenteras nu fortlöpande händelseförloppet/daganteckningar när vården övergått till palliativ vård sen fas.

Innehåll:

- Patientens status uppdateras kontinuerligt här.
- Använd ”Checklista planering vård/omsorg vid livets slut” i teamet och ”Checklista planering inför döden, sjuksköterskedel” som stöd.
- Beslut om insättande av vak.
- Närståendestöd, samtal. Broschyren ”Livets sista tid”.

Mål sen fas

Önskemål om vårdplats och om vårdens innehåll. Beakta etiska, kulturella, andliga och religiösa seder och värderingar. Dokumentera i löpande text.

Symptomskattning ESAS

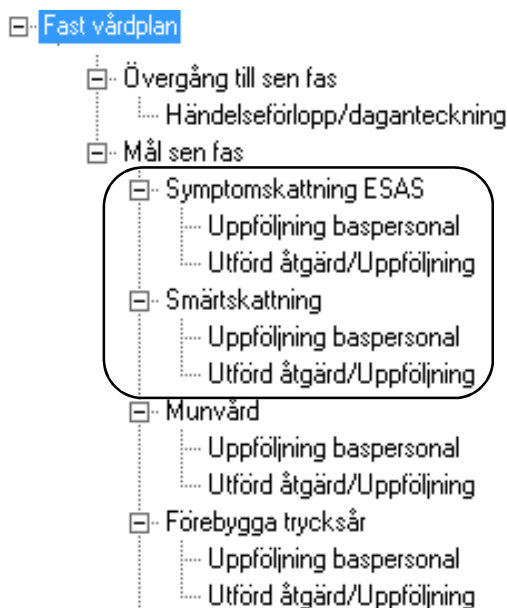
Plan för bedömning av symptom (ESAS):

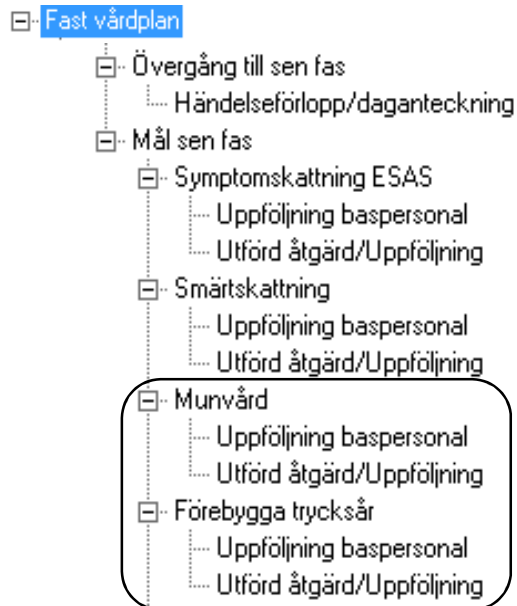
Smärtskattning

Plan för bedömning av smärta och ev fördela vårdplan för smärtskattning

Utförd åtgärd/Uppföljning

Uppföljning av smärtskattning och smärtskattning och vidtagna åtgärder.

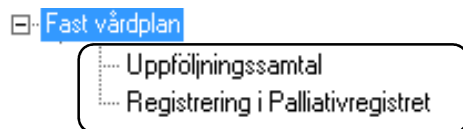




Munvård: Plan för munvård utifrån genomförd Munhälsobedömning; Fördela till omvårdnadspersonal. Vårdplan Risk för munohälsa avslutas.

Förebygga trycksår: Ev hänvisa till annan vårdplan Risk för trycksår. Plan för förebyggande åtgärder; fördela för trycksårsprofylax och lägesändringar.

Avslut



Om vårdåtagandet är avslutat i samband med dödsfallet behöver man göra en aktualisering av patienten igen.

Uppföljningssamtal:

Planera in uppföljningssamtal och dokumentera här.

- Datum för uppföljningssamtal i teamet: (även forum för ifyllande av dödsfallsenkäten).
- Datum för efterlevandesamtal.

Registrera i palliativ registret

Exempel Patientfall

Beslut Allmän palliativ vård

DATUM BRYTPUNKTSAMTAL/USÖ, NÄRVARANDE:

151025, patienten själv, hans fru Inga, hans dotter Karin och läkare Karl Karlsson, se utskrivningsplanering.

DATUM INSKRIVNINGSSAMTAL, NÄRVARANDE:

151102, patienten själv, hans fru Inga, distriktssköterska Linda Karlsson och läkare Sven Svensson.

FAST VÅRDKONTAKT/ LÄKARKONTAKT:

Sven Svensson, Skebäcks vc.

VÅRDENS FORTSATTA INRIKTNING:**

Allmän palliativ vård. Vid ev försämring kontaktas Fast vårdkontakt alt jourhavande vårdcentralläkare. Patienten har tillgång till palliativ trygghetsplats på Waldéns gränd, Skebäcksgården.

GENOMGÅNG SYMTOMSKATTNING ESAS:

Utförd av Dr Svensson. [Se ESAS dokumenta](#)

GENOMGÅNG AV LÄKEMEDEL:

Utförd av Dr Svensson som har satt ut blodfettssänkande och blodtryckssänkande läkemedel i samråd med patienten.

STÄLLNINGSTAGANDE VIDBEHOVSORDINATIONER TIDIG FAS/SEN FAS:

Palliativa ordinationer för sen fas finns. Obs! Patienten har Fentanylplåster.

STÄLLNINGSTAGANDE HLR:

O HLR

STÄLLNINGSTAGANDE TILL KAD VID BEHOV UTAN ATT KONTAKTA LÄKARE:

KAD kan sättas vb.

Ställningstagande till att undersökning som leder till att läkare kan konstatera dödsfall får utföras av sjuksköterska utan att läkare kontaktas under jourtid:

undersökning får utföras av sjuksköterska.

FORTSATT PLANERING:

Sjuksköterska ansvarar för att göra hembesök en gång i veckan för uppföljning enligt vårdplaner.

Mål tidig fas

Patienten önskar få vårdas i hemmet och är mån om att få sköta så mycket som möjligt själv med stöd av sin make. Det är viktigt för patienten att få fortlöpande information om sitt sjukdomsförlopp och hon vill att man pratar öppet.

Palliativa ordinationer

Dr Svensson har ordinerat enligt dokument Palliativ vård- läkemedel i sen fas. Obs om Fentanylplåstret dosökas måste ordination av vid behovs läkemedel (inj Morfin/inj Oxynorm) i sen fas också ökas, kontakta läkaren.

Övergång till sen fas

151103 kl 14.00: X är kraftigt försämrad.

Händelseförlopp/daganteckning

Är nu sängliggande och medvetandesänkt. APS= 3. Verkar vara tillräckligt smärtlindrad med smärtplåstret. Kan inte ta emot något per os. Kontakt tagen med Fast vårdkontakt/ansvarig läkare som sätter ut alla tidigare läkemedel utom plåstret. Närstående önskar nytt samtal med läkare och Dr Svensson kommer att ringa hustrun under dagen. Lämnar broschyren "Livets sista tid" till närstående.

Munbedömning gjord – ua. Fyller i "Checklista planering vård/omsorg vid livets slut".

Närstående vill inte vaka själva utan vak sätts in from i kväll. Utvärderas under morgondagen. Ut har rapporterat till kvälls-sjuksköterska om att göra tillsynsbesök under kvällen och natten.

151103 kl 20.30: Larm från vaket: Patienten är orolig och APS=8. Åker på hembesök och ger inj Morfin enligt ordination i sen fas kl 20.45. Närstående lugna och nöjda. Inte kissat sedan i förmiddags, palperar stor blåsa och sätter KAD enligt ordination. 400 ml urin rinner direkt.

151103 kl 21.30: Telefonkontakt enligt överenskommelse med vaket. APS = 0. Allt lugnt, patienten sover. Ut rapporterar till natt-sjuksköterska.

151104 kl 06.00 Larm från vaket kl 00.30. Patienten avled lugnt kl 00.20. Närstående var med. Åker för att utföra undersökning som leder till att läkare kan konstatera dödsfall samt id-märker och skriver transportsedel. Gör iordning den döde tillsammans med närstående och usk Mia som vakat.

Påbörjar "Checklista efter dödsfallet, sjuksköterskedel".

Mål sen fas

Skapa trygghet för X och närstående genom god symtomkontroll och psykosocialt stöd.

Symtomskattning ESAS

Se Documenta för mätvärden.

VEM: Sjuksköterska

NÄR: Vid varje besök

VAD: Dokumentation och symtomlindring beroende på skattning enligt ESAS

Smärtskattning APS

VEM: Vakande personal

NÄR: Kontinuerligt, före och efter given smärtlindring

VAD: Dokumentation och symtomlindring beroende på skattning enligt APS

Munvård

VEM: Vakande personal

NÄR: Fukta munnen var minst en gång/h, munvård var 4:e timma.

HUR: Fukta munnen med vatten eller saft. Munvård med vatten eller vichyvatten, avsluta med fuktgel.

Förebygga trycksår

Lägesändringar enligt ordination och ev instruktion av ansvarig arbetsterapeut.

VEM: Vakande personal

NÄR: Var annan till var tredje timma

HUR: Använd positioneringskuddar, gör små lägesändringar ofta

Uppföljningssamtal

DATUM FÖR UPPFÖLJNINGSSAMTAL I TEAMET: 151112.

EFTERLEVANDESAMTAL GENOMFÖRS AV: Elin Eriksson.

DATUM FÖR EFTERLEVANDESAMTAL: 151227.

Registrering i Svenska Palliativregistret

DATUM FÖR REGISTRERING AV DÖDSFALLSENKÄTEN I SVENSKA PALLIATIVREGISTRET:
151228.