

# Dokumentation Palliativ vård

## Vårdplan

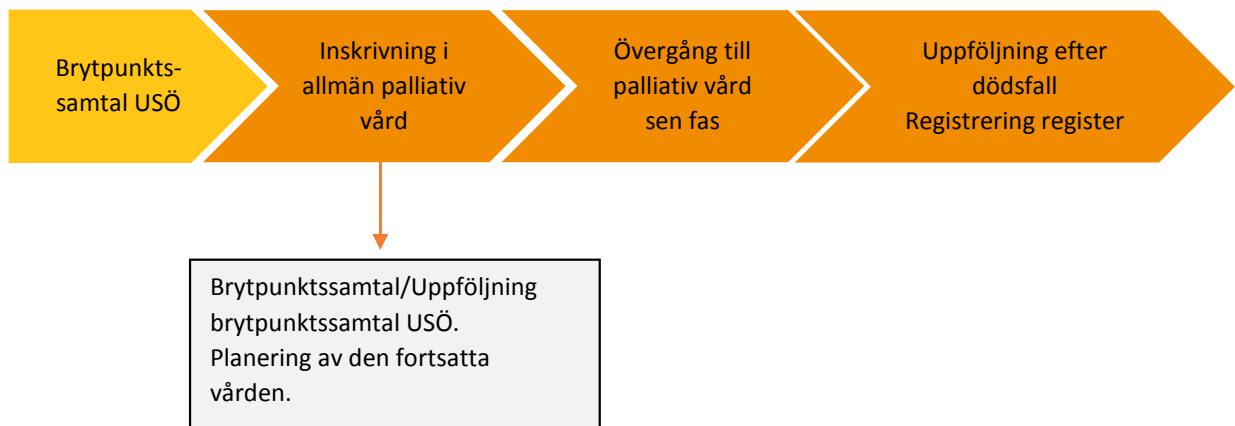


## Inledning

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 kommunal palliativ vård.

## Process Palliativ vård



## Dokumentation Palliativ vård



## Dokumentation vid inskrivning i allmän palliativ vård

### Patienter som utskrivningsplanerats på USÖ

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

- Omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS) och arbetsterapeut får av palliativ vårdsamordnare/ utskrivningssamordnare ett meddelande via Treservabrevlådan med personnummer och hänvisning till journalen. Där finns beskrivet om behov av inskrivning i allmän palliativ vård

## Patienter som vårdplaneras i hemsjukvården 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. Sjuksköterska lägger ett palliativt beslut – vårdåtagande i Treserva och
2. Skapar en vårdplan Palliativ vård
  - vid byte av vårdform till exempel från korttidsplats till egna bostaden är det viktigt att Palliativa beslutet läggs på det nya SSK vårdåtagandet.

### Röd palliativ vårdpärm

Sjuksköterska lämnar en röd (palliativ) hemmapärm, med innehåll enligt innehållsförteckningen palliativ vård och blanketten *Beslut om palliativ vård*, (utskrivet av ansvarig läkare) hemma hos patienten, både för personer i hemvården och på boenden.

## Dokumentera i fast vårdplan Palliativ vård

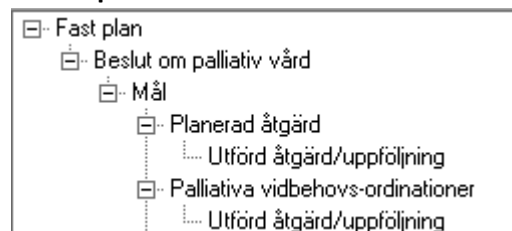
### Tidig fas

Vid inskrivning i allmän palliativ vård skapas en vårdplan *Palliativ vård*

Under sökordet Planering/Fast vårdplan finns vårdplan:

1. **Palliativ vård** – används vid inskrivning i palliativ vård i tidig fas
2. **Palliativ vård sen fas** – användas vid övergång sen fas - vid livets slutskede.

#### 1. Vårdplan Palliativ vård



#### Frastext/Beslut om palliativ vård:

BRYTPUNKTSSAMTAL  
 DATUM INSKRIVNINGSSAMTAL  
 LÄKARKONTAKT  
 GENOMGÅNG ESAS\*\*  
 GENOMGÅNG LÄKEMEDEL  
 STÄLLNINGSTAGANDE OHLR \*\*\*  
 STÄLLNINGSTAGANDE TILL KAD VID  
 BEHOV UTAN LÄKARKONTAKT

\* plan vid medicinsk och/eller social svikt

\*\* symptomskattningen ESAS kan vara gjord innan hembesöket och användas som utgångspunkt i bedömning av fortsatt symptomlindring

\*\*\* beslut OHLR dokumenteras av läkaren på särskild blankett och av sjuksköterska under *Läkarkontakt/Hjärt-lungräddning* och symbolmarkering i MCSS

#### Beslut om palliativ vård:

Resultat av inskrivningssamtal, använd frastext.

#### Mål:

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. Övriga löpande omvårdnadsåtgärder åtgärder dokumenteras i ordinarie sökordsträd och andra aktuella vårdplaner.

#### Palliativa vid behovsordinationer:

Dokumentera *att* palliativa vid behovs ordinationer finns och när de aktualiseras/ändras.

#### Utförd åtgärd/Uppföljning:

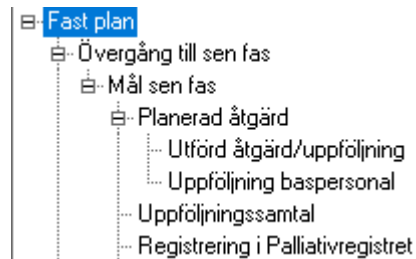
Uppföljning/förändringar av det som planerats vid inskrivningssamtalet.

Samma frastexter kan användas här.

## Sen fas

När patienten är försämrad, mestadels sängliggande, sover större delen av dygnet, inte längre kan inta mat, dryck eller läkemedel per os skapas vårdplan för sen fas.

### Vårdplan Palliativ vård sen fas



#### Frastext/Planerad åtgärd:

SYMPTOMSKATTNING ESAS,

när:

hur:

vem:

SMÄRTSKATTNING,

när:

hur:

MUNVÅRD

när:

hur:

vem:

FÖREBYGGA

TRYCKSÅR/LÄGESÄNDRING

när:

hur:

vem:

KAD SKÖTSEL

när:

hur:

vem:

OBSERVATIONER

när:

hur:

vad:

vem:

#### Övergång till sen fas:

- Sammanfattning av bedömning för övergång till vård i livets slutskede, aktuellt hälsotillstånd
- Att Läkare har informeras, dokumentera under läkarkontakt.
- Att patienten/ närstående är informerad om registrering av dödsfall i svenska palliativregistret.

Skriv ut Dödsfallsenkät från [www.palliativ.se](http://www.palliativ.se) och påbörja registrering på blanketten.

#### Läkarkontakt:

Att läkare är informerad om försämrat hälsotillstånd och om planerat läkarbesök är aktuellt.

Läkare ska informeras när övergång till palliativa vid behovs injektioner påbörjas.

#### Mål sen fas:

Personens önskemål inför sista tiden i livet.

#### Planerade åtgärder:

**OBS!! Ha bara en planerad åtgärd** pågående med samtliga åtgärder och fördela till omvårdnadspersonal och legitimerade. Detta för att alla uppföljningar ska komma samlad i kronologisk ordning.

#### Vid förändring av planerad åtgärd:

- Kopiera planerade åtgärder (den som ska förändras)
- Skapa ny planerad åtgärd (klistra in och gör aktuell förändring) och fördela på nytt till personal
- Avsluta inaktuell planerad åtgärd

#### Om patientens hälsotillstånd stabiliseras:

- Återkalla fördelade åtgärder och avsluta vårdplanen palliativ vård sen fas.

#### Efter dödsfall

Innan vårdplan avslutas ska följande dokumenteras i vårdplan.

#### Uppföljningssamtal:

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

#### Registrering i Palliativregistret:

- Ifylld dödsfallsenkät har lämnats till palliativt ombud för registrering i palliativ registret

#### Avsluta vårdplanen