



NATIONELL
VÅRDPLAN FÖR
PALLIATIV VÅRD

Praktisk handledning

VID ANVÄNDANDET AV NATIONELL
VÅRDPLAN FÖR PALLIATIV VÅRD-NVP

Innehåll

| | |
|---|----|
| ALLMÄNT | 5 |
| HUR MÅR PATIENTEN? | 7 |
| SAMTAL OCH BEDÖMNINGAR | 9 |
| VAD ÄR VIKTIGT NU? | 11 |
| VAD VILL PATIENTEN VETA OCH GÖRA? | 13 |
| SOCIALT SAMMANHANG | 15 |
| PLANERING | 17 |
| VÅRDÅTGÄRDER FÖR PALLIATIV VÅRD | 19 |
| UTÖKAT BESLUTSSTÖD FÖR DEN DÖENDE MÄNNISKAN DEL-2 ^D | 21 |
| VÅRDÅTGÄRDER FÖR DEN DÖENDE MÄNNISKAN | 23 |
| EFTER DÖDSFALLET – DEL 3 | 27 |

Allmänt



Den praktiska handledningen är formulerad så att den i huvudsak riktar sig till de enheter som tänkt använda NVP som dokumentationsstöd men kan även användas av enheter som använder NVP som enbart kunskapsstöd.

- Att möta och samtala med patienten utifrån områden i NVP, behöver nödvändigtvis inte ske i den ordning som de står föreslagna i dokumenten. Omformulering av frågan/budskapet kan också behöva göras för att passa samtalet med patienten. Rekommendationen är att man tar de frågor som är lämpliga att samtala kring utifrån patientens behov och om tiden är rätt
- Vissa områden i NVP är av sådan karaktär att läkare rekommenderas utföra bedömningen eller ta ställning, detta står då angivet och en symbol visas ●
- NVP följer lagstadgade signeringskrav. Enskild medarbetare signerar det som bedömts och/eller utförts. Varje del i NVP avslutas med ”Signaturförtydligande” i syfte att förtydliga vem som signerat inne i dokumentet
- NVP ersätter inte all dokumentation, utan kan ses som ett komplement till övrig dokumentation, t.ex. anamnes- och statusanteckningar, vilka sker på sedvanlig plats i patientjournalen

Nedan sker en genomgång av de områden som finns i NVP. Efter rubriken finns en hänvisning till var i de olika delarna rubriken kan hittas.

Hur mår
patienten?



SYMPTOM OCH STATUS 1.1 OCH 2.1

Ange vilket bedömningsinstrument som används. Ange symptomgradering (ex 8) i den gråfärgade rutan. Om patienten har andra symtom som inte finns angivna, finns möjlighet att lägga till dessa. Om symptomgradering sker i annat dokument kan detta anges under kommentar.

FUNKTION I DET DAGLIGA LIVET 1.2 OCH 2.2

Här anges hur det dagliga livet fungerar och vad patienten behöver hjälp med och vilka hjälpmedel patienten använder.

Samtal och bedömningar



INFORMERANDE SAMTAL/BRYTPUNKTSSAMTAL 1.3, 2.3 OCH 2.15

Läkaren har ansvar för att genomföra, dokumentera och signera informerande samtal/brytpunktssamtal. Samtalet är till för patient och närstående, men det är önskvärt att någon från vårdteamet också är med under samtalet. Det är av stor vikt för övriga i teamet att samtalets innehåll dokumenteras och blir tydligt.

Ej bedömbart kan väljas då det är svårt att avgöra om behov av samtal finns, t.ex. då patienten inte kan göra sig förstådd eller vid demenssjukdom.

Brytpunktssamtalet tar ofta form som en process, då samtal behöver ske vid upprepade tillfällen. Om läkaren anser att det inte är aktuellt med informerande samtal/brytpunktssamtal i nuläget, anges detta i avsedd ruta.

MEDICINSKA BESLUT 2:5 OCH 2.17

Under denna rubrik finns frågor som rör medicinska ställningstaganden och utförs och signeras därför av läkare. Behandlingsbegränsningar ska dokumenteras så att det blir tydligt och tillgängligt för all vårdpersonal som är delaktiga i vården.

Ställningstagande till pågående medicinska insatser kan t.ex. vara kontroller, infarter, syrgas, blodtransfusion, dialys, enteral/parenteral nutrition/ vätska etc.

INFORMATION 2:10

Det finns en kortfattad informationsbroschyr om NVP som kan lämnas till patient och närstående. Den ersätter inte annan praktisk information som rör enhetens rutiner. Kom ihåg att ge information om närståendepenning och att läkare vid behov skriver en ansökan om detta. Informera närstående om att de själva måste kontakta försäkringskassan för att närståendepenning ska börja gälla. Tydliggör rutiner för vem som skickar till försäkringskassan.

Vad är
viktigt nu?



ÖNSKEMÅL OCH PRIORITERINGAR 2:6 OCH 2.19

Att samtala kring patientens önskemål och prioriteringar har stor betydelse. Under denna rubrik finns förslag på frågor som kan vara till stöd vid samtalet. Dessa ska ses som förslag på vad som kan tas upp och är därmed inte tänkt att användas ordagrant i samtalet med patient/närstående.

Det är viktigt att patienten ges möjlighet att kunna planera sin tid, få uttrycka sina önskemål och funderingar samt att ta ställning till vem får fatta beslut när patienten inte längre kan eller vill.

Vad vill
patienten
veta och
göra?



FÖRSTÅELSE 2:4 OCH 2.16

Har patient och närstående förståelse för att tiden kvar i livet är begränsad? Det är viktigt att få kännedom om vad patienten vet och vill veta och inte att tala om sådant som patient och närstående inte är redo för.

Ej bedömbart väljs när det är svårt att avgöra om patient och närstående har förståelse för situationen, t.ex. vid svårigheter att göra sig förstådd eller vid demenssjukdom.

PATIENTENS DELAKTIGHET 2:7

Kan/vill patienten vara delaktig i vård och behandling? Uppgifter om legal företrädare sker på kommentarsraderna. (Legal företrädare avser vårdnadshavare, god man, förvaltare eller ombud, dvs. en person som helt eller delvis kan föra en annan persons talan. Det är överförmyndarnämnden som utser legal företrädare).

Socialt sammenhang



NÄRSTÅENDE 1.4, 2.8, 2.20 OCH 3.7

Det är viktigt att bilda sig en uppfattning om hur patienten har det i ett socialt sammanhang. Är patienten ensamboende, är närstående i behov av stöd och/eller finns det oro i familjen? Här efterfrågas också närståendes önskemål, hur och på vilket sätt närstående önskar vara delaktiga i vården samt om det finns behov av tolk.

När patienten är döende blir det särskilt viktigt att ta reda på hur, när och vem som ska kontaktas i händelse av försämring.

EFTER DÖDSFALLET 3.7

Här dokumenteras vilka broschyrer som lämnats till närstående. T.ex. broschyr om praktiska rutiner: ”Hur gör jag nu” och broschyr om sorgearbete: *Vägar genom sorg*. Närstående ska alltid erbjudas efterlevandesamtal. Här finns det utrymme att dokumentera att samtal erbjudits och hur närstående ställer sig till detta, samt uppgifter om när kontakt ska tas (vecka, datum).

BARN SOM NÄRSTÅENDE 1.4, 2.9, 3.9

Vårdens ansvar är att identifiera om det finns barn som närstående, antal barn, ålder samt att erbjuda stöd och samtal till både patient (förälder) och barn. Kuratorn kan fylla en viktig funktion och kontakt kan behöva etableras i ett tidigt skede för att ge största möjliga stöd och trygghet. Kurator bör alltid informeras när en barnfamilj är drabbad, särskilt om patienten är ensam vårdnadshavare. Varje enhet behöver se över sina rutiner i samband med att barn är närstående samt vem och hur kontakter ska tas. Informationsbroschyr kan behöva överlämnas till vårdnadshavare t.ex. *Vad säger jag till barnen” (cancerfonden)*. När det finns behov av samtal och/eller stöd ska ytterligare frågor besvaras, detta sker i **Barn som närstående – bilaga**. Efter dödsfallet: Broschyr om sorgearbete gällande barn: t.ex. *”När din mamma eller pappa eller någon annan du tycker mycket om har dött” (SFPH)*.

BARN SOM NÄRSTÅENDE – BILAGA

(Beslutsstöd för palliativ vård – del 2, sid. 10)

Varje enhet bör ha rutiner för att utse kontaktperson samt överlämnande av telefonnummer eller annan kontaktoppgift till barnen för frågor både före och efter dödsfallet (Nationella vårdprogrammet för palliativ vård). Tänk på att försöka begränsa antal personer i teamet runt barnet.

Planering



SAMORDNING 1.5, 2.11

Fast vårdkontakt ska utses. Den fasta vårdkontaktens uppgift är att överblicka patientens hela vårdssituation och därigenom skapa trygghet, kontinuitet och samordning.

Om annan profession för patienten behöver kontaktas, så samordnas detta här.

Samordnad individuell plan (SIP) är en vård- och omsorgsplan som beskriver insatser/åtgärder som den enskilde har behov av från både hälso- och sjukvård och socialtjänst och som tagits fram genom samordnad vård- och omsorgsplanering. Här tydliggörs också vårdansvaret, då det kan finnas läkare från olika specialiteter involverade i patientens vård.

BEDÖMNING AV VÅRDBEHOV 1.6

Här bedöms om patientens vårdbehov är tillgodosett eller om fördjupad bedömning behöver ske (exempelvis enligt Beslutsstöd för palliativ vård – del 2). Om insättande av vårdåtgärder erfordras anges detta samt när ny bedömning rekommenderas.

VÅRDINSATSER 2:12

Här sker den samlade bedömningen av patientens fortsatta vårdbehov utifrån anamnes, status och beslutsstöd del 2. Överväg insättande av vårdåtgärder enligt NVP: s Vårdåtgärder för Palliativa vård, för den döende människan del 2^D eller enligt enhetens beslut om var vårdåtgärder ska dokumenteras.

UPPDATERING AV BESLUTSSTÖD 2:13

Uppgifter som inhämtas kan behöva uppdateras när förutsättningar förändras eller när patient och närstående ändrar åsikt, önskemål och prioriteringar. Här sker planering av när dokumentet ska uppdateras.

SAMTYCKE 1.7, 2.14 OCH 2.21

Patienten ger sitt samtycke till att annan vårdgivare får ta del av uppgifterna i dokumentet, t ex primärvårdsläkare eller distriktsköterska. Förmodat samtycke kan bli aktuellt då patienten inte kan uttrycka sin åsikt t.ex. vid demenssjukdom.

SIGNATURFÖRTYDLIGANDE 1.8, 2.15, 3.10

Här namnförtydligar de som har signerat inne i dokumentet.

Vårdåtgäder för palliativ vård



Om patienten har symtom, problem, behov eller risker som kräver åtgärd så är det av stor vikt att vårdåtgärder sätts in i tid och att dessa blir tydliga för samtliga i teamet som vårdar patienten. I denna del finns vanligt förekommande problem och risker samlade samt förslag på vårdåtgärder. Vårdåtgärder syftar till att lyfta fram vilken vård som ligger i fokus hos den enskilda människan. Dokumenten är utformade så att stor del av texten är förformulerad i syfte att skapa tydlighet, överskådligt och att dokumentationstid reduceras.

ÖVERSIKTSBLAD

Första sidan är ett översiktsblad som ger en överblick över patientens aktuella problem. Här markeras med ett kryss de problem/risker som är aktuella. När åtgärder påbörjas för ett specifikt område, dateras detta i rutan ”Påbörjat”.

När problemområdet inte längre är aktuellt och vårdåtgärder avslutas, dateras även detta i avsedd ruta. Om samma problem eller risk skulle återkomma vid ett senare tillfälle så kan åtgärder startas igen genom att fylla i ”Påbörjat”.

Om föreslagna problemområde skulle visa sig vara otillräckliga eller om patientens problem är av annan karaktär, dokumenteras dessa i ”Individuell vårdplan” (IVP), antingen på avsett blad för individuella problem i NVP, eller på sedvanlig plats för individuella vårdplaner i patientjournalen. Om en IVP upprättats anges detta längs ner på översiktsbladet.

På baksidan av översiktsbladet finns plats för avslutande av användandet av Vårdåtgärder för palliativ vård samt för sammanfattning av vårdtiden och utvärdering i förhållande till målet.

BLAD FÖR VÅRDÅTGÄRDER

Varje problem/risk behandlas separat och har hänvisning till särskilt blad (01-27). Här finns förformulerad text kring problemformulering, mål, vårdåtgärder samt utrymme för dokumentation av resultat och utvärdering. I tabellerna finns förslag på vårdåtgärder som väljs utifrån det som är aktuellt för patienten, ange datum och signera. När vårdåtgärden avslutas, dateras och signeras även detta. Engångsåtgärder signeras och dateras på samma sätt. Om åtgärdsförslagen är otillräckliga kan åtgärder kompletteras under ”Övriga åtgärder”.

På baksidan av varje blad finns möjlighet för teamanteckningar, alternativt hänvisas dessa till elektronisk journal.

Således används alltid Översiktsbladet och endast de blad som är aktuella för den specifika patienten utifrån unika problem, behov, risker och resurser.

Utökad
beslutsstöd
för den
döende
människan
–del 2^D



Det utökade beslutsstödet är framtaget för att identifiera och tillgodose vårdbehovet hos patienter som är i livets allra sista skede och då vården helt övergår till att understödja värdighet, lindra symtom och ge stöd till de närstående. När patienten bedöms vara döende finns det frågor och områden som blir särskilt viktiga. Patientens och de närståendes tillstånd och behov följs regelbundet. Syftet är att patient och dess närstående ges möjlighet att förbereda sig inför slutet.

TECKEN PÅ ATT PATIENTEN KAN VARA DÖENDE

Sjuksköterska, läkare eller annan vårdpersonal kan upptäcka tecken på att döden kan vara nära förestående. Dessa tecken dokumenteras här men är i sig inte kriterier på att patienten är döende. Det är därför väsentligt att läkaren går vidare och tar ställning till om patienten är döende.

BEDÖMNING AV ATT PATIENTEN ÄR DÖENDE

Läkaren ansvarar för bedömning av att patienten är döende. Punkterna under denna rubrik kan användas som stöd vid bedömningen (utförs av läkare).

VÅRD AV DEN DÖENDE MÄNNISKAN

Efter att läkaren bedömt att patienten är döende beslutas om vård av den döende människan ska påbörjas. Därför är det läkaren som signerar att vården påbörjas. Om patientens tillstånd förbättras kan vården av den döende avbrytas och återupptas senare om patientens tillstånd återigen försämras. Det är viktigt att detta är tydligt för samtliga som är delaktiga i vården av patienten.

Rubriken nedan återfinns inte i andra områden i NVP:

UPPDATERING AV VIKTIG INFORMATION 2.18

Viktiga områden i Beslutsstödet för palliativ vård – del 2 kan behöva uppdateras då döden börjar närma sig. Patient och närstående kan ha ändrat uppfattning och förutsättningarna kan se annorlunda ut. Därför finns det här en påminnelse om att ta reda på om kända uppgifter fortfarande är aktuella.

Vårdåtgärder för den döende människan



När endast dagar upp till en vecka kvarstår behöver patientens status och välbefinnande följas noggrant samt att uppmärksamma närståendes behov av stöd. Denna del av NVP förvaras (om samtycke föreligger) med fördel ”patientnära”. Detta rekommenderas eftersom hela teamet behöver ha tillgång till information kring patientens och närståendes situation. Närståendes möjlighet att känna delaktighet i vården ökar och vården kan följas, vilket kan skapa trygghet.

KONTINUERLIG BEDÖMNING AV SYMPTOM OCH STATUS

Här uppmärksammas viktiga områden som är vanligt förekommande i livets absoluta slutskede. Andra områden som behöver läggas till sker under ”Annat”.

Rekommendationen är att bedömning av symptom och status sker minst var 4:e respektive var 12:e timme. Bedömningarna kan också behöva göras oftare, allt efter individuell bedömning. Om patient och närstående enligt önskemål motsäger sig besök, ska detta klart framgå av dokumentationen om varför avsteg sker.

1. Ange vilket bedömningsinstrument som används
2. Ange datum och tid för bedömningen
3. Ange i rutan för respektive bedömning om möjligt skattning en (siffran) för valt bedömningsinstrument (t ex: Abbey Pain Scale, Smärta 8)
4. Varje utförd bedömning signeras längst ner i dokumentet i respektive kolumn (sign utförd bedömning)

Om inte bedömningsinstrument kan användas, används i stället:

Ua = utan anmärkning, inget problem föreligger

P = problem har identifierats

- * En asterisk i rutan innebär hänvisning till Teamanteckning. Här dokumenteras problemets art och andra anteckningar som teamet behöver informeras om.

VÅRDÅTGÄRDER FÖR DEN DÖENDE MÄNNISKAN

Det är av stor vikt att vårdåtgärder för den döende människan uppmärksammas och blir tydliga för hela teamet. Här finns vanligt förekommande problem samlade samt förslag på rekommenderade vårdåtgärder. På detta blad kan hela teamet föra anteckningar. Hur dokumentet ska användas avgörs enligt enhetens beslut.

1. Legitimerad personal ansvarar för ordination av vårdåtgärder samt signering för insättande av vårdåtgärd i avsedd ruta (sign. ord.)
2. Den som utför åtgärden anger datum och tid, dokumenterar i avsedd ruta för respektive åtgärd samt signerar längst ner i dokumentet i respektive kolumn (sign. utförda åtgärder)

TECKENFÖRKLARING FÖR VÅRDÅTGÄRDER

I rutan avsedd för utförd åtgärd markerar den som utför åtgärden enligt följande symboler:

- Pil innebär att åtgärden är utförd enligt ordination
- × Kryss innebär att åtgärden tillfälligt satts ut eller att den inte är utförd
- Noll innebär att åtgärden helt avslutas
- * En asterisk i rutan innebär hänvisning till Teamanteckning

Legitimerad personal ansvarar för tillfälligt utsättande eller utsättande av åtgärder. Men kan initieras av annan i teamet efter diskussion med legitimerad personal. Om något ytterligare problem behöver uppmärksammas och vårdåtgärder behöver läggas till görs detta under "Annat".

TEAMANTECKNING

Här beskrivs status, händelser och problem och andra anteckningar som teamet behöver informeras om samt resultat av genomförda åtgärder. Här kan också göras förtydligande eller beskrivningar av hur vårdåtgärder ska utföras (ansvar legitimerad personal).



SIGNATURLISTA

Här namnförtydligar de som har signerat i dokumentet.

Användandet av Teamanteckning och Signaturlista sker efter enhetens beslut. Dessa blad kan således utgå om dokumentation sker på sedvanlig plats i patientjournalen.

Efter dödsfallet –del 3



Denna del är av checklistskaraktär och utgör ett stöd för omhändertagande av den avlidne och dess närstående efter dödsfallet. Beakta att det kan finnas lokala rutiner.

Rubrikerna nedan återfinns inte i andra områden i NVP:

ANTECKNING OM DÖDSFALLET 3.1

Klinisk undersökning; Vid förväntat dödsfall kan den kliniska undersökningen (enligt SOSFS 2005:10, 3 kap.§1-2) göras av legitimerad sjuksköterska med delegering, men det är läkaren som fastställer dödsfallet och skriver dödsbevis enligt Socialstyrelsens formulär SOSB 76026. Dödsfallet fastställs alltid av läkare, namnet på ansvarig läkare anges.

KONTAKT MED NÄRSTÅENDE 3.2

Kontakta närstående som inte var närvarande vid dödsfallet och erbjud dem att komma och ta avsked.

OMHÄNDERTAGANDE AV DEN DÖDE 3.3

Ta hand om den döda kroppen på ett värdigt sätt och med hänsyn till kulturella och individuella önskemål från patient och närstående. För mer information se Vårdhandboken.

SÄRSKILDA ÖNSKEMÅL 3.4

Har detta diskuterats tidigare med patient och närstående och finns dokumenterat ska önskemålen nu beaktas och respekteras.

HANDLÄGGNING EFTER DÖDSFALLET ENLIGT GÄLLANDE RUTIN 3.5

Läkaren ansvarar för: Ställningstagande till obduktion samt för upprättande av Dödsbevis och Dödsorsaksintyg. Dödsbevis och transportsedel med bårhusmeddelande måste alltid följa med patienten.

HÄMTNING AV AVLIDEN 3.6

Dokumentera här hur transport av den avlidna ska ske, alternativt om det ordnas av närstående.

EFTERLEVANDESAMTAL 3.8

När efterlevandesamtal är genomfört dokumenteras detta här samt vem som var närvarande vid samtalet. Det kan också finnas behov av att samordna annan kontakt för närstående.

pc | PALLIATIVT UTVECKLINGSCENTRUM
LUNDS UNIVERSITET | REGION SKÅNE
THE INSTITUTE FOR PALLIATIVE CARE

Palliativt Utvecklingscentrum är en del av Lunds Universitet och Region Skåne. Vårt uppdrag är forskning, utveckling och utbildning av både den allmänna och specialiserade palliativa vården. Läs mer på www.palluc.se