




Palliativ vård

– Styrdokument –



 Eda kommun	Styrdokument	
	Dokumenttyp	Palliativ vård
	Beslutad av	Kommunstyrelsen 2015-04-14 §71
	Dokumentansvarig	Medicinskt ansvarig sjuksköterska/ALB
	Reviderad	Kommunstyrelsen 2017-05-30, § 108

Innehållsförteckning

1	Bakgrund.....	4
1.1	Definitioner.....	4
1.1.1	Palliativ vård.....	4
1.1.2	Allmän palliativ vård.....	4
1.1.3	Specialiserad palliativ vård.....	5
1.1.4	Palliativ vård i livets slutskede.....	5
1.1.5	Brytpunkt till palliativ vård i livets slutskede.....	5
1.1.6	Brytpunktssamtal vid övergång till palliativ vård i livets slutskede....	5
1.1.7	Multiprofessionellt team.....	5
1.1.8	Palliativt konsultteam.....	5
1.1.9	Efterlevandesamtal.....	5
1.2	Syfte.....	5
1.3	Mål.....	5
2	Regelverk.....	5
3	Ansvar.....	6
4	Metod.....	9
4.1	Nationellt vårdprogram för palliativ vård i livets slutskede.....	9
4.2	Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd.....	9
4.3	Brytpunkt och brytpunktssamtal.....	10
4.4	Omvårdnad och symtomlindring.....	10
4.5	Hjärt-lungräddning (HLR).....	10
4.6	Samtal i livets slutskede.....	10
4.7	Att vaka hos en döende.....	10
4.8	Närståendestöd.....	11
4.8.1	Närståendepenning.....	11
4.9	Utövare av andlig/existentiell vård.....	11
4.10	Andra kulturer och etnisk bakgrund.....	11
4.11	Efterlevandesamtal.....	11
5	Övrigt.....	12
5.1	Multiprofessionellt arbete i team.....	12
5.2	Palliativa teamet i Arvika.....	12
5.3	Svenska Palliativregistret.....	12

1 Bakgrund

Vård och omsorg i livets slutskede benämns palliativ vård. Palliativ vård ska vara baserad på av Europarådet föreslagna värderingar: mänskliga rättigheter och patientens rättigheter, mänsklig värdighet, socialt sammanhang, jämlikhet, solidaritet, könsens lika möjligheter, deltagande och möjlighet att välja. Vårdtagaren har också rätt att avstå från medicinska behandlingar.

Den palliativa vården ska även omfatta alla, oavsett ålder och diagnos. I Värmland har kommunerna ansvaret gällande palliativ vård för barn och vuxna från 7 år och uppåt. När det gäller barn under 7 år ligger ansvaret på landstinget. Palliativ vård i livets slut har hög prioritet, lika hög som vård vid akut sjukdom. Vård i livets slut ges under den döendes sista tid i livet och det är därför viktigt att det görs på bästa tänkbara sätt – det ges bara en möjlighet.

Palliativ vård vilar på fyra hörnstenar som är symtomlindring, teamarbete, kommunikation/relation samt stöd till närstående.

Symtomlindring

Palliativ vård syftar till att förebygga och lindra lidande genom tidig upptäckt, noggrann analys, behandling och uppföljning av psykiska, fysiska, sociala och existentiella problem.

Teamarbete

För att den palliativa vården ska fungera krävs samverkan mellan olika professioner och inte minst mellan olika huvudmän. Kontinuiteten är viktig det bör inte vara för många personer involverade i det dagliga omvårdnadsarbetet.

Kommunikation och relation

För att vården skall bli optimal krävs god inbördes relation och kommunikation inom och mellan arbetslag och olika vårdare, vårdtagaren och närstående.

Stöd till närstående

Vården i livets slutskede bygger ofta på insatser från närstående och deras önskemål om hur vården ska bedrivas är viktigt att beakta.

1.1 Definitioner

1.1.1 Palliativ vård

Socialstyrelsen definierar palliativ vård som hälso- och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada. Palliativ vård innebär också ett beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt ett organiserat stöd till närstående.

1.1.2 Allmän palliativ vård

Palliativ vård som ges till patienter vars behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kunskap och kompetens i palliativ vård.

1.1.3 Specialiserad palliativ vård

Palliativ vård som ges till patienter med komplexa symtom eller vars livssituation medför särskilda behov, och som utförs av ett multiprofessionellt team med särskild kunskap och kompetens i palliativ vård.

1.1.4 Palliativ vård i livets slutskede

Palliativ vård som ges under patientens sista tid i livet när målet med vården är att lindra lidande och främja livskvalitet.

1.1.5 Brytpunkt till palliativ vård i livets slutskede

Övergång till palliativ vård i livets slutskede när det huvudsakliga målet med vården ändras från att vara livsförlängande till att vara lindrande

1.1.6 Brytpunktssamtal vid övergång till palliativ vård i livets slutskede

Samtal mellan ansvarig läkare eller tjänstgörande läkare och patient om ställningstagandet att övergå till palliativ vård i livets slutskede, där innehållet i den fortsatta vården diskuteras utifrån patientens tillstånd, behov och önskemål.

1.1.7 Multiprofessionellt team

Grupp av vård- och omsorgspersonal med olika professioner och/eller kompetenser som samarbetar kring den enskilde.

1.1.8 Palliativt konsultteam

Multiprofessionellt konsultteam som utgår från en specialiserad palliativ verksamhet och som tillhandahåller rådgivning, handledning och utbildning till vård- och omsorgspersonal.

1.1.9 Efterlevandesamtal

Samtal mellan vård- och omsorgspersonal och den avlidnas närstående en tid efter dödsfallet.

1.2 Syfte

Syftet med denna rutin är att kvalitetssäkra den palliativa vården.

1.3 Mål

Målet med palliativ vård är att lindra lidande och främja livskvalitet.

2 Regelverk

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30)

Lagen om kriterier för bestämmande av människas död (SFS 1987:269)

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659)

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vissa åtgärder inom hälso- och sjukvården vid dödsfall (SOSFS 1996:29)

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kriterier för bestämmande av människans död (SOSFS 2005:10)

Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede, utgiven av Socialstyrelsen 2013.

Nationellt vårdprogram - Palliativ vård i livets slutskede, utgiven av Sveriges Regionala Cancercentrum december 2016.

3 Ansvar

Läkaren ansvarar för att

Under vårdtiden

- den övergripande medicinska vården blir god dygnet runt
- genomföra ett brytpunktssamtal med den döende och eventuellt dennes närstående samt att samtalets innehåll och fortsatt behandling dokumenteras i journalen
- informera vårdtagare och/eller anhöriga om att HLR inte är aktuellt längre
- informera närstående om den döendes tillstånd samt om rätten till närståendepenning
- bedöma samt dokumentera när den sjuke/gamle anses vara döende och s.k. förväntat dödsfall
- sätta ut läkemedel som inte har symtomlindrande nytta för den döende
- ordinera vid behovsläkemedel för symtomlindring.

Efter vårdtiden

- konstatera dödsfallet - om det *inte* var väntat
- informera närstående om dödsorsak
- skriva ett dödsbevis och dödsorsaksintyg

Biståndshandläggaren ansvarar för att

- genomföra, i samråd med den döende och ev. närstående, en vård- och omsorgsplanering för att få fram önskemål för den palliativa vården i livets slut
- informera om de möjligheter som finns, t ex vård i det egna hemmet, korttidsplats, anhörigstöd, rätten till närståendepenning. Planeringstillfället bör samordnas med övriga i teamet och dokumenteras i social dokumentation
- skriva ett biståndsbeslut på beviljade omsorgsinsatser
- informera ansvarig chef och övrig berörd personal i teamet om beviljade omsorgsinsatser
- följa upp beviljade omsorgsinsatser tillsammans med andra professioner för att kunna göra justeringar om behovet förändras.

Berörd chef ansvarar för att

Under vårdtiden

- riktlinjen för palliativ vård och rutin vid dödsfall är känd hos personalen på enheten
- vid behov komplettera riktlinje för palliativ vård med en lokal rutin för enheten
- ge de palliativa ombuden möjlighet till att fördjupa sina kunskaper inom palliativ vård genom att ta del av fortbildning och utbildning som erbjuds

- informera ansvarig biståndshandläggare och sjuksköterska när behov av utökade insatser enligt SoL och HSL signaleras från personalen
- personalresurser och organisationen av vården i livets slut fungerar och individanpassas, så långt det är möjligt, enligt den döendes och närståendes önskemål
- sträva efter kontinuitet bland personalen som vårdar den döende
- utifrån sjuksköterskans initiering om behov av extra vak, fatta beslut och planera så att personal finns vid den döendes bädd som vak. Vid behov av vak under längre tid utvärderas detta tillsammans med sjuksköterska
- teamet har kontinuerlig kontakt med närstående till den döende
- det finns en aktuell genomförandeplan fram tills dess att vården övergår till hälso- och sjukvård vid vård i livets slutskede
- stötta personalen under vårdtiden.

Efter vårdtiden

- informera de närstående om regler kring uppsägning av t ex hyreskontrakt på boende eller avslut av hemtjänst/hemsjukvård
- vid behov ge personal i teamet möjlighet till ett gemensamt avslut
- utifrån resultatet i Palliativregistret genomföra förbättringar i den palliativa vården i livets slut inom enheten/verksamheten.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för att

- det finns rutiner för att läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal kontaktas när en vårdtagares tillstånd fordrar det.

Sjuksköterskan ansvarar för att

Under vårdtiden

- lyssna och vara lyhörd för den döendes och närståendes önskemål. Uppmärksamma specifika önskemål utifrån kulturell bakgrund, andliga/religiösa samt individuella behov
- kontakta läkare för ställningstagande gällande behov av brytpunktssamtal, ställningstagande till väntat dödsfall, ordination av sjukvårdande insatser och individuella vid behovsläkemedel för symtomlindring
- dokumentera läkarens bedömning om väntat dödsfall, brytpunktssamtal, ordination av sjukvårdande insatser samt individuella vid behovsläkemedel i omvårdnadsjournalen
- genomföra, i samråd med den döende och närstående, en vårdplanering om önskemål för den palliativa vården i livets slut. Önskemålen dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Planeringstillfället bör samordnas med övriga i teamet
- upprätta en omvårdnadsplan – LCP, se rutin för *LCP - vårdplan under livets sista dygn*.
- kontakta områdeschefen när behov av extra vak uppstår
- regelbunden bedömning och skattning av rosslighet, illamående, ångest, andnöd och förvirring samt att bedömning, avvikelser, förebyggande och lindrande åtgärder utförs och dokumenteras i omvårdnadsjournalen/LCP
- det ordinerade läkemedel finns tillgängligt hos vårdtagaren, se rutin *Trygghetslåda innehållande symtomlindrande läkemedel vid vård i livets slutskede*

- använda smärtskattningsinstrument vid bedömning av smärta
- munhälsobedömning genomförs samt att åtgärder vidtas för att lindra eventuella obehag hos den döende. Bedömning, avvikelser och åtgärder dokumenteras i omvårdnadsjournalen
- åtgärder vidtas för att förebygga uppkomst av trycksår. Bedömning, avvikelser och åtgärder dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Vid uppkomst av trycksår ska avvikelse rapporteras enligt rutin *Avvikelse rapportering inom hälso- och sjukvård*
- handleda och tillsammans med områdeschefen stötta baspersonalen i den allmänna palliativa omvårdnaden av den döende
- informera närstående och ge stöd och tid för samtal. Vid behov hänvisa närstående till kurator eller företrädare för andlig och existentiell vård.

Efter vårdtiden

- konstatera dödsfallet - om det är ett väntat dödsfall, se rutin *Dödsfall*
- ett efterlevandesamtal erbjuds och genomförs till den närmast närstående 1-2 månader efter dödsfallet, se rutin *Efterlevandesamtal*
- informera andra professioner om inträffat dödsfall enligt separat rutin
- registrera, efter samverkan i teamet, dödsfallet i Svenska Palliativregistret. Registreringen ska göras inom tre veckor efter dödsfallet.

Baspersonalen ansvarar för att

Under vårdtiden

- lyssna och vara lyhörd för den döendes och närståendes önskemål. Uppmärksamma specifika önskemål utifrån kulturell bakgrund, andliga/religiösa samt individuella behov
- observera, rapportera och dokumentera behov och förändringar i den döendes tillstånd till berörd personal i teamet. Vara lyhörd för tecken på smärta, rosslighet, illamående, ångest och förvirring
- vid behov revidera genomförandeplanen och hålla den aktuell
- utföra allmän palliativ omvårdnad och vidta förebyggande och lindrande åtgärder för att lindra smärta, rosslighet, illamående, ångest och förvirring
- efter delegering eller instruktion från sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter
- dokumentera i omvårdnadsdokumentation/LCP
- erbjuda närstående att vara delaktiga i vården av den döende.

Efter vårdtiden

- kontakta sjuksköterska för konstaterande av dödsfall
- omhänderta den döde på ett värdigt sätt, se rutin *Dödsfall*.

Sjukgymnasten ansvarar för att

- ge stöd och råd om hjälpmedel och teknik som underlättar förflyttningar och lindrar smärta t ex genom TENS, taktil beröring, värme, kyla, massage och avspänning
- ge stöd och råd för att lindra andningsbesvär genom andnings- och hostteknik, motståndsandning, viloställningar och mobilisering
- ge stöd och råd för att förebygga cirkulationsbesvär genom trombos- och trycksårsprofylax

- ge stöd och råd för att förebygga svaghet och stelhet genom rörelser, med eller utan redskap, för största möjliga välbefinnande efter den döendes egen önskan

Arbetssterapeuten ansvarar för att

- ge stöd och råd om val av aktiviteter som för den döende känns meningsfulla att få utföra medan tid och ork finns
- stödja och visa den döende, närstående och personal hur vardagsaktiviteter t ex mat- och hygiensituationer lämpligast och på ett skonsamt sätt kan utövas
- ge stöd och råd om teknik och hjälpmedel för att underlätta eller kompensera förlorade förmågor vid aktivitet både inom och utomhus
- se över miljön både i och utanför hemmet. Vara behjälplig vid ansökan om bostadsanpassning till mindre åtgärder i hemmet
- ge stöd och råd om lämplig avlastning och/eller hjälpmedel för att lindra smärta och cirkulationsbesvär vid aktivitet såsom personlig vård, förflyttningar, sittande och vid viloställningar.

Palliativa ombud ansvarar för att

- vara en länk mellan palliativa teamet och de olika enheterna i verksamhetsfrågor
- förmedla information om palliativ vård till de olika enheterna
- ha fördjupade kunskaper om palliativ vård och förmedla dessa kunskaper till övrig personal på enheterna.

4 Metod

4.1 Nationellt vårdprogram för palliativ vård i livets slutskede

Vårdprogrammet vänder sig främst till alla professioner och vårdformer där svårt sjuka och döende personer vårdas. Det nationella vårdprogrammet för palliativ vård fokuserar på vårdbehoven under den senare delen av sjukdomsfasen, det vill säga palliativ vård i livets slutskede. Trots detta är stora delar av vårdprogrammet giltigt för all palliativ vård, oavsett om det är lång tid eller mycket kort tid av livet kvar.

Det palliativa vårdprogrammet omfattar bl.a. medicinsk behandling och omvårdnad som syftar till att öka välbefinnandet och lindra lidandet. Vårdprogrammet beskriver vilka symtom gällande grundläggande behov, t.ex. gällande vätska och näring, munhälsa, hudvård och elimination, som kan uppstå i livets slutskede och vilket stöd personalen kan ge i olika situationer. Vårdprogrammet tar även upp döendet ur olika sjukdomsperspektiv.

4.2 Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd

Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd och det nationella vårdprogrammet för palliativ vård i livets slutskede kompletterar varandra och ska tillsammans utgöra en gemensam grund för ett gott omhändertagande i samband med vård i livets slutskede.

4.3 Brytpunkt och brytpunktssamtal

Övergång till palliativ vård i livets slut sker oftast successivt men ibland kommer övergången, själva brytpunkten, mer abrupt. Det är läkarens ansvar att genomföra ett brytpunktssamtal med den döende och ev. dennes närstående.

Enligt nationella vårdprogrammet bör palliativ vård i livets slutskede övervägas när personen:

- är sängbunden
- sover större delen av dygnet
- inte kan svälja mediciner
- bara kan dricka små klunkar vatten.

Se ovanstående punkter som en vägledning – i verkligheten är det mycket svårare att identifiera när brytpunkten närmar sig. Ett gemensamt ansvar hos personalen är viktigt för att kunna signalera till läkaren för ställningstagande till behov av brytpunktssamtal och att vård enligt LCP ska påbörjas.

4.4 Omvårdnad och symtomlindring

En av de allra viktigaste uppgifterna för personalen inom palliativ vård är god omvårdnad och symtomlindring. Genom att förebygga samt behandla symtom av olika slag ges både den döende och närstående möjlighet till så god livskvalitet och välbefinnande som möjligt den sista tiden i livet. Se mer information i aktuellt nationellt vårdprogram.

Symtomlindrande läkemedel ordineras av läkare. För personer som är inskrivna i Palliativa teamet ordineras läkemedel av läkare knuten till teamet. För personer som inte är inskrivna i Palliativa teamet finns generella ordinationer som gäller regionalt. Läkare på vårdcentralen eller jourläkare ordinerar enligt den generella listan.

4.5 Hjärt-lungräddning (HLR)

Vid palliativ vård vid vård i livets slutskede förändras vårdens mål så att direkt livsuppehållande åtgärder inte är aktuella. Beslutet om ”Ej HLR” ska utfärdas av läkare. Ordinationen ska dokumenteras så att beslutet är tillgängligt för all vårdpersonal som ansvarar för vården av patienten. Benämningen som ska användas i journal ska vara ”Ej HLR” och skrivs in under Observera. Tänk på att även ange detta i LCP-journal när dokumentationen övergår till LCP.

4.6 Samtal i livets slutskede

För personal som vårdar en döende är samtal som arbetsredskap ett sätt att få förståelse för den döende och dennes närstående. Genom att stanna upp och lyssna, ge tid till frågor och funderingar, skapas en relation som möjliggör tillit och trygghet. Att våga fråga och lyssna på svaret krävs mod, självkänedom och empati.

4.7 Att vaka hos en döende

Målsättningen med vården de sista dyggen i en människas liv är att den döende ska ha det så bekvämt och tryggt som möjligt, samt att närstående känner att de bemöts med omsorg och omtanke. Ingen ska behöva dö ensam

om det inte sker akut eller om den döende uttryckligen ber om att få vara ensam. Det är viktigt att det kontinuerligt finns någon hos den döende som värnar om hans/hennes välbefinnande och som kan identifiera tecken på smärta/oro eller behov av lägesändring, munvård m.m. Det är sjuksköterskan som bedömer och initierar till vak.

1. Det är viktigt att ha en beredskap för insättning av vak om det inte finns närstående som vill/kan vaka hos den döende.
2. Det skall i första hand vara ordinarie personal som sitter vak. Om extrapersonal rings in bör de i första hand arbeta på enheten eller i hemvårdsgruppen så att den personal som känner den döende kan frigöras för att sitta vak.
3. Den som vakar hos den döende måste ha kunskap om omvårdnad vid livets slut och känna sig trygg med detta.

4.8 Närståendestöd

Närstående, likväl som den döende, är olika som individer och unika på sitt sätt. När livet närmar sig slutet kan det sätta igång olika processer hos de närstående t ex en känsla av skuld, försvar eller otillräcklighet som i sin tur kan visas som rädsla eller aggressivitet. Erbjud därför närstående kontinuerliga samtal.

4.8.1 Närståendepenning

En person som avstår från arbete för att vårda en närstående person som är svårt sjuk kan få närståendepenning från Försäkringskassan. Vårda har här en vidare mening. Det finns inte något krav på att vården som den närstående ger ska bestå av traditionell sjukvård. Det räcker med att finnas till hands som medmänniska. Med svårt sjuk menas i detta sammanhang sådana sjukdomstillstånd som innebär ett påtagligt hot mot den sjukes liv. Se mer information på Försäkringskassans hemsida.

4.9 Utövare av andlig/existentiell vård

Präst/diakon finns till för den döende, dennes närstående samt vårdpersonal. Vid behov av kontakt med präst/diakon så finns möjligheter till detta dygnet runt. Kontaktuppgifter finns på respektive enhet.

4.10 Andra kulturer och etnisk bakgrund

Vid palliativ vård så ska önskemål relaterade till kultur och etnisk bakgrund efterfrågas och uppmärksammas för att undvika missförstånd och kulturkrockar. Erbjud tolk vid språksvårigheter och hänvisa eller hjälp den döende och/eller närstående till kontakt med företrädare för andra religioner och samfund.

4.11 Efterlevandesamtal

Ansvarig sjuksköterska på enheten ansvarar för att efterlevandesamtal erbjuds i samband med dödsfallet och samtalet genomförs till den närmast närstående ca 1 månad efter dödsfallet. Lämpligt är att den patientansvarige sjuksköterskan genomför samtalet men viktigast är dock att den som genomför samtalet är den som vårdat den döende den sista tiden i livet. Se rutin för *Efterlevandesamtal*.

5 Övrigt

5.1 Multiprofessionellt arbete i team

Personalen bör arbeta i team för att möjliggöra bästa tänkbara palliativa vård. Ett team bör bestå av olika yrkeskategorier som kompletterar varandra i kunskap och kompetens. Genom samverkan och så långt det är möjligt ska teamet bistå den döendes önskemål om val av dödsplats, behov av hjälpmedel, stöd och hjälp av socialtjänst och/eller hälso- och sjukvårdspersonal eller andra insatser som underlättar och skapar livskvalitet i den döendes sista tid. Personalkontinuitet, lyhördhet och gott bemötande är viktiga aspekter för att skapa en känsla av välbefinnande hos den döende och närstående.

5.2 Palliativa teamet i Arvika

Vissa vårdtagare i ett palliativt skede är inskrivna i det palliativa teamet i Arvika. Palliativa teamet består av läkare, sjuksköterskor och sjukgymnast och inskrivning i teamet sker på remiss. För vårdtagare som är inskrivna i teamet har palliativa teamet huvudansvaret för vård och behandling men detta sker i samverkan med kommunens personal. Ansvar innebär vissa skillnader jämfört med vårdtagare som inte är inskrivna i teamet. Dessa skillnader är:

- Vid behov av läkarbedömning är det **kirurgjouren som ska kontaktas**, inte distriktsläkare. Undantag kan ske om distriktsläkare i vissa fall bistår kirurgjouren med bedömningar.
- Vid dödsfall ska **inte** distriktsläkare kontaktas. Undantag får ske om sjuksköterskan känner sig osäker på att konstatera dödsfall. I övriga fall ska meddelande om dödsfallet sändas direkt till palliativa teamet.

Palliativa teamet har även ett utbildningsansvar ut till kommunens personal.

5.3 Svenska Palliativregistret

Alla dödsfall, väntade och oväntade, ska registreras i Svenska Palliativregistret om inte den enskilde i ett tidigare skede nekat till registrering i olika kvalitetsregister. Syftet med registreringar att skapa underlag till förbättringar i den palliativa vården i livets slut. Registrerande enhet är där dödsfallet skett. Innan registrering sker ska en samlad bedömning inhämtas via teamet som vårdat den avlidne.

I vissa fall måste underlag för registrering även inhämtas från annan vårgivare, t.ex. uppgift om brytpunktssamtal. Ansvarig sjuksköterska på enheten har ansvaret för att registrering sker. Administratör för Svenska Palliativregistret i Eda är MAS. Inloggning till registret sker med SITHS-kort.