

Dokumenttyp Rutin Palliativ vård och vak	Beslutad av Vård- och Omsorgsförvaltningen	Giltig fr o m 2013-05-08
Dokumentansvarig Joakim Vobern, Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Gäller för Vård- och Omsorgsförvaltningen samt externa utförare	Senast reviderad 2022-07-20

Palliativ vård och vak

Innehåll rubrik	Sida
Syfte	1
Palliativ vård definition WHO	1
Den tidiga palliativa fasen	2
I den sena fasen	2
Okklarheter HLR	2
Allmän och specialiserad palliativ vård	2
Brytpunktssamtal	3
Vårdplan	3
Religion och kultur	4
Läkemedelsordinationer	4
Vak vid livets slut	4
Efterlevandesamtal	5
Kvalitetssäkring	5
Registrering	5

Syfte:

Denna rutin är ett komplement till Blekingerutinen och ska ge ett stöd samt kvalitetssäkra omvårdnaden vid livets slut.

Palliativ vård definition av WHO

Palliativ vård kännetecknas av en helhetssyn på människan. Genom att stödja individen att leva med värdighet, med största möjliga välbefinnande och livskvalitet i samband med obotlig sjukdom där livets slut närmar sig. En god palliativ vård ska omfatta alla, oavsett ålder och diagnos.

Vård i livets slut är centralt i palliativ vård och innebär lindrande vård. Den palliativa vården delas in i två faser, en tidig och en sen fas. Behoven och längden kan variera i både tidig och sen fas.

Världshälsoorganisationens definition betraktar den palliativa vården, döendet som en normal process och syftar till att hjälpa patienten att leva med värdighet och med största möjliga

välbefinnande till livets slut samtidigt som den palliativa vården varken skall påskynda eller uppskjuta döden.

En god palliativ vård ska omfatta alla, oavsett ålder och diagnos, och den bygger på de fyra hörnstenarna:

- Symtomlindring, som innefattar fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov. I samråd med patienten förebygga och lindra symtom samtidigt som integritet och autonomi beaktas.
- Teamarbete, markerar betydelsen av samarbete mellan olika professioner, allt efter patientens behov.
- Kommunikation och relation handlar om att främja patientens livskvalitet. Det innebär god kommunikation och goda relationer inom och mellan teamet men också i förhållande till patienten och närstående.
- Närståendestöd bör ges under sjukdomstiden men även efter dödsfallet. Närstående ska kunna känna sig delaktiga i vården och få information och stöd utefter sina behov och förutsättningar. Närstående bör i tid informeras om Försäkringskassans närståendestöd för att kunna vara mer med den sjuke.

Den tidiga palliativa fasen kan vara både månader och år och det är självklart med palliativa insatser i syfte att förlänga livet, som till exempel kirurgi, specifik läkemedelsbehandling, strålning och cytostatikabehandling. Man vill minska obehag och svåra symtom och hjälpa den sjuke att leva så aktivt och normalt så länge som möjligt. Exempel på sjukdomar som kan ha en lång tidig fas är spridd långsamväxande cancer i bröst eller prostata, svår hjärtsvikt, obotlig neurologisk sjukdom och demens.

I den sena fasen, som innebär palliativ vård i livets slutskede är det mycket av det som är självklart i den tidiga fasen av sjukdomen som är verkningslöst och snarare kan ha skadlig effekt på patienten. Den sena fasen kan vara dagar till enstaka månader. Målet i sen fas är bästa möjliga livskvalitet och ju närmare livets slutskede patienten kommer i sin sjukdom desto fler terapeutiska åtgärder måste omvärderas vad gäller nyttoeffekt och åtgärderna har inte längre förutsättningar att gagna patienten. I den sena fasen bör VILS-dokument upprättas och ställningstagandet till HLR ska vara tydligt och väl kommunicerat till berörd personal vilket ansvarig sjuksköterska ansvarar för. Sen fas är ibland svårare att känna igen vid demens, hjärt- och lungsjukdomar och neurologiska sjukdomar än vid cancer eftersom den nedåtgående sjukdomsutvecklingen oftare sker i etapper med perioder av återhämtning som inte alltid finns vid cancersjukdomars sista fas. Vanliga symtom i sen fas av vård i livet slutskede är smärta, ångest, muntorrhet, illamående, andnöd, hosta, rosslighet, orkeslöshet, förstoppning och diarré.

Skulle det finnas oklarheter gällande HLR eller ej så säger rutinen att ett av tre vanligt förekommande kriterier är att ”något ytterligare kan inte göras för att förlänga eller förbättra funktionsförmågan utan att försämra livskvalitén och öka lidandet”. Ställningstagande får då anses finnas för att inga åtgärder (HLR) att förbättra eller förlänga funktionsförmågan ska göras. Döden är i denna fas förväntad.

Den palliativa vården delas in i allmän och specialiserad palliativ vård.

Allmän palliativ vård bedrivs inom alla vårdformer som sjukhus, primärvård, hemsjukvård och vård- och omsorgsboende av personal med grundläggande kunskap och kompetens i palliativ vård. Specialiserad palliativ vård utförs av ett multiprofessionellt team med särskild kunskap, kompetens och erfarenhet i palliativ vård och ges till patienter med komplexa

symtom eller vars livssituation medför särskilda behov. Specialiserad palliativ vård ges även inom en specialiserad palliativ verksamhet, eller genom att allmän palliativ vård får stöd från palliativa konsultteam.

Brytpunktssamtal

I Hälso- och sjukvårdslagens som även gäller i livets slutskede, samt i patientsäkerhetslagen framgår att patienten ska ges en individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. För att uppfylla detta lagstadgade krav är aktiv läkarmedverkan en förutsättning. I livets slutskede förlorar dock många människor successivt sin förmåga att tillgodogöra sig given information och i dessa fall är det lagens mening att informationen istället ska lämnas till anhöriga.

Brytpunktssamtal

Brytpunkten för palliativ vård i livets slutskede är en gräns där vården ändrar inriktning och mål. Denna punkt är snarast en process över tid, där målsättningen med vården ändras från att rädda och förlänga liv, till att försöka bibehålla eller öka livskvaliteten hos vårdtagaren. När ansvarig läkare beslutat om att vården skall vara palliativ inför livet slut skall ett brytpunktssamtal genomföras. Av omvårdnadsjournalen ska det framgå att vårdtagare och/eller anhöriga är informerade.

Planeringsunderlag vid vård i livets slutskede

När en patient bedöms vara i livets slutskede upprättas på läkarens och/eller sjuksköterskans initiativ ett särskilt dokument gällande vård i livets slutskede, ett så kallat VILS-dokument.

Psykologiskt, andligt och existentiellt stöd

Existentiella frågor handlar om livet, om förväntningarna och besvikelserna, om kärleken och relationerna, om skuld, mening och tro samt om tankar och rädslor kring döendet och döden. Många vill i livets slut sammanfatta livet för någon. Att få dela sina tankar med någon som är van vid, och tillåter samtal om liv och död, kan vara ett stöd och en möjlighet till att bearbeta livet. Ibland kan särskilda insatser behövas, erbjud kontakt med företrädare för kyrka, samfund eller religion som den döende tillhör.

Stöd till anhöriga

Det är viktigt att anhöriga känner att deras medverkan och närvaro är betydelsefull. Av omvårdnadsjournalen ska det framgå vem/vilka anhöriga som ska underrättas och om man vill bli underrättad nattetid vid försämring eller vid dödsfall.

Att tänka på:

- Önskar anhöriga samtal med behandlande läkare?
- Önskar anhöriga kontakt med religiös företrädare?
- Efterlevandesamtal

Vårdplan

En individuell vårdplan ska upprättas i vårdplanen ingår bland annat, Symtomskattning och ev. smärtskattning hos dementa.

Symtomlindringen är enligt den palliativa vårdfilosofin en av de viktigaste punkterna för att kunna skapa en god livskvalitet för vårdtagare och dennes närstående. Utan vårdtagaren och dennes närstående kan symtomlindringen inte fungera på ett adekvat sätt eftersom all symtomlindring kräver delaktighet.

Symtomskattningen ska inledas då palliativ vård i sen fas påbörjas eller vid behov och därefter följas upp kontinuerligt. Då sen fas föreligger bör symtomskattning utföras flera gånger per arbetspass. Tänk dock på självbestämmande rätten, vissa vårdtagare kanske inte vill bli störda av oss personal utan hör av sig vid behov. Varje utförd åtgärd ska följas upp inom 30-60min med ny symtomskattning och dokumenteras i Procapita. Denna uppföljning kan ske per telefon mellan vårdpersonal och HSL personal.

Sjuksköterskan ansvarar för bedömning vilka vårdplaner som skall vara tillgängliga för vårdpersonalen och därmed sitta i patientens pärm. Det är viktigt att vårdpersonalen har kännedom om planeringen inför livets slut för att känna sig trygga i och kunna utföra det som är beslutat men även vara uppmärksam på vad som skall rapporteras till sjuksköterskan.

Religion och kultur

Både när en patient vårdas under livets slutskede och när hen ska tas om hand efter dödsfallet kan det komma frågor på grund av religiösa och kulturella olikheter. Var då alltid uppmärksam på patientens och de närståendes önskemål. Förmedla kontakt med en religiös företrädare om patienten önskar det.

Svenska Kyrkan är ofta en resurs i sig men kan också hjälpa till att förmedla kontakt med andra religiösa företrädare. Det finns informationsmaterial som beskriver olika religioners viktigaste normer, ritualer och seder under döendet och vid omhändertagandet av den döda kroppen; skrifter som kan vara till hjälp för personalen.

Kurator kan också vara till hjälp med stödjande samtal för att hantera en svår livssituation, vara stöd i kris- och sorgereaktioner och ha samtal om förberedelser och om vad som är viktigt för den sjuke. Kurator kan också lämna information om samhällets servicemöjligheter, ge stöd och råd vid kontakter med till exempel Försäkringskassan, arbetsgivare, socialtjänst, barnens förskola/skola samt även beakta barns behov som anhöriga/närstående.

Oavsett vårdform krävs en god vård i livets slutskede. Ett värdigt avsked från livet är också en av de högst prioriterade rättigheterna inom vården enligt Prioriteringsutredningen (SOU 1995:5) och slutbetänkandet från kommittén om vård i livets slutskede: Värdig Vård vid Livets Slut (SOU 2001:6).

Läkemedelsordinationer

Läkemedel ska ordinerars enligt gällande läkemedelsrekommendationer från läkemedelskommittén, se VILS-dokument. De sista dagarna bekostas läkemedlen av kommunen. Ordinationen skall vara individuellt baserad.

Vak vid livets slut

Vak ordinerars av patientansvarig sjuksköterska alt tjänstgörande sjuksköterska till patienter i livets slutskede. VILS dokument bör vara upprättat och samtal med närstående ska ha gjorts. Ansvarig enhetschef på SÄBO/Hemtjänst informeras om beslutet och planerar in personal.

Sjuksköterskan ordinerar för ett (1) dygn i taget förutom över helg då ordination sker till första nästkommande vardag. Ordinationen SKA utvärderas och följas upp varje förmiddag. Vid fler än totalt fem (5) dygn ska HSL enhetschef kontaktas för vidare ställningstagande samt ev ny kollegial bedömning.

Vak ska sitta inne hos patienten och även utföra omvårdnad.

Här är det viktigt att informera anhöriga och ge dem möjligheten att vara delaktiga i beslutet. Vill/orkar anhöriga sitta vissa tider, sitta själv eller tillsammans med ett vak.

Det bör eftersträvas att det alltid är ordinarie personal som känner vårdtagaren som skall få vaka hos den döende. Ordinarie personal innebär trygghet för den döende, för anhöriga men även för övriga i personalgruppen.

Efterlevandesamtal

I samband med att en vårdtagare avlider bör anhöriga erbjudas en möjligheten till samtal med vårdpersonal, sjuksköterska och/eller enhetschef. Sex-åtta veckor efter dödsfallet skickas det ut erbjudande om efterlevandesamtal till närstående, använd förtryckta kort. På kortet ska det framgå bestämd dag, klockslag och plats. Syftet med efterlevandesamtal är att följa upp hur närstående upplevt vården och omsorgen kring den anhörige. Samtalet kan även vara ett stöd i sorgen för den anhörige och ett bra sätt att avsluta en ibland långvarig kontakt.

På särskilt boende ska enhetschef skicka ut erbjudandet, använd förtryckta kort. På kortet ska det framgå bestämd dag, klockslag och plats. Datum och klockslag planeras tillsammans med patient ansvarig sjuksköterska. Inom ordinärt boende med beviljad hemsjukvård men inte anslutna till det palliativa konsultteamet skickar patient ansvarig sjuksköterska ut erbjudande om efterlevandesamtal enligt ovan rutin. Inom beviljad hemsjukvård där patienten är ansluten till det palliativa konsultteamet ombesörjer palliativa teamet efterlevandesamtalet.

Kvalitetssäkring

Svenska Palliativa registret

Svenska Palliativa registret <http://www.palliativ.se/> är ett nationellt register som möjliggör en systematisk och kontinuerlig utveckling av den palliativa vården och omsorgen.

Grundprincipen är att registrera vård innehåll som avspeglar centrala områden för god vård i livets slutskede. Registrets huvudsyfte är att medverka till att alla människor i behov av palliativ vård i livets slutskede, får tillgång till en likvärdigt och optimerat vård innehåll oavsett var i landet man vårdas och oavsett vem som vårdar.

Registrering

Den enhet som har hälso- och sjukvårdsansvaret där patienten avlider ansvarar för registreringen. För kommunens del gäller det de som bor i särskilt boende, vistas på korttidsboende samt hemsjukvård. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att registrera när patienten avlidit.

Källa: Vårdhandboken, Blekingerutinen för VILS och palliativ vård.