

Dokumenttyp Rutin	Beslutad av Omsorgsförvaltningen	Giltig fr o m 2013-05-08
Dokumentansvarig Mats Olsson Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Gäller för Omsorgsförvaltningen och externa utförare	Senast reviderad 2018-07-01

Palliativ vård

Syfte:

Att ge ett stöd samt kvalitetssäkra omvårdnaden vid livets slut

Palliativ vård definition av WHO

Palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och familjer som drabbas av problem som kan uppstå vid livshotande sjukdom. Palliativ vård förebygger och lindrar lidande genom tidig upptäckt, noggrann analys och behandling av smärta och andra fysiska, psykosociala och existentiella problem.

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.

Se också Socialstyrelsen, Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede:

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.

Läkemedelsordinationer

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

Vak vid livets slut

I första hand så sker bedömning av vak vid vård i livets slut av sjuksköterskan i samråd med enhetschef. Sjuksköterskan dokumenterar bedömningen i HSL-journal och ansvarar för att följa upp behovet. Då enhetschef inte är tillgänglig gör sjuksköterskan bedömningen och informerar enhetschefen i efterhand.

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. Enhetschef ansvarar för att det finns rutiner på kvällar/nätter/helger att vårdpersonalen ringer in extra personal enligt vikarielistan alternativt ordinarie personal på enheten.

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.