

# Guide för användande av vårdplan för döende enligt LCP (Liverpool Care Pathway)

*Vid obotlig, progredierande sjukdom är döden oftast förutsägbar. Vårdpersonal har beskrivit en god död som en död utan lidande, det vill säga symtomen ska vara kontrollerade och de sista dagarna ska om möjligt innehålla ett visst mått av mening, livskvalitet och glädje.*

**Liverpool Care Pathway (LCP)** är ett styrdokument som kan ses som en struktur eller standardvårdplan för kvalitetssäkring av vården av döende. LCP ska vara både användarvänlig och evidensbaserad. Det används multiprofessionellt och ger vägledning vid olika aspekter av vården som till exempel symptomkontroll, ordination av behovsmedicinering och avbrytande av onödiga åtgärder. Även psykologiskt och andligt stöd till närstående beaktas.

LCP ersätter all annan dokumentation, förutom läkemedelslistan, under döendefasen.

Det finns en version som är användbar på sjukhus, en för palliativa enheter/hospice, en för sjukhem/särskilt boende samt en anpassad för hemsjukvård.

Att vårda en patient enligt LCP innebär att vården får en annan inriktning. Om patientens tillstånd förbättras avslutas vårdplanen enligt LCP för att ersättas av annan lämplig vårdplan.

**LCP består av tre faser:**

1. Initial bedömning när patienten har diagnostiserats som döende
2. Kontinuerlig bedömning
3. Omhändertagande efter dödsfall

Varje fas har kunskapsbaserade specifika mål som bedöms som viktig i livets slutfas.

Syftet är inte att uppnå alla mål utan att uppmärksamma symtom och besvär för att kunna ge rätt behandling och bemötande. Det är viktigt att dokumentera alla avsteg för att kunna utvärdera och omvärdera åtgärderna.

För att kunna signera anteckningar i journalen ska all personal involverad i patientens vård fylla i signeringsslistan.

## DEL 1. INITIAL BEDÖMNING

Initial bedömning när patienten har diagnostiserats som döende

För att identifiera slutfasen på ett så tillförlitligt sätt som möjligt behöver man veta om försämringen i patientens tillstånd beror på en progredierande sjukdom vars följder leder till döden.

Vid den initiala bedömningen ska alla tänkbara reversibla orsaker till det aktuella tillståndet ha övervägts och teamet ha enats om att patienten nu är döende och två av följande kriterier kan vara uppfyllda:

**Patienten**

- är sängbunden
- är medvetandesänkt
- kan endast dricka små klunkar
- kan inte längre svälja tabletter

När vårdteamet diagnostiserat patienten som döende är LCP ett redskap som säkrar utövandet och resultaten av vården. Det är viktigt att hela teamet är delaktigt för att förhindra att motstridiga uppgifter ges till patient och närstående.

Initialbedömningen görs i syfte att identifiera patienten som döende, att ge patient och närstående samstämmig information samt att kunna ge en adekvat symptomkontroll.

**Startdatum:** Datum då LCP inleds

**DIAGNOS OCH PATIENTDATA**

**Inskrivningsdatum:** Senaste anslutningsdatum (hemsjukvård) eller inskrivning på avdelning/hospice/särskilt boende.


**Etnisk bakgrund:** Att känna till inte bara nationalitet utan också etnisk bakgrund kan vara viktigt vid informationsgivning och i vården av den döende. Om patientens ursprung är annan än nationalitet kan detta anges om det är viktigt för vården. Till exempel nationalitet: svensk, etnisk bakgrund: somalier. Raden kan lämnas tom om informationen inte är relevant för vården.

**STATUS**

Symtom som inte går att bedöma på grund av medvetenlöshet fylls i som  NEJ.

**Medveten/insikt:** Patienten är medveten och har insikt om sin sjukdom.

**Vid medvetande:** Patienten är vid medvetande, det vill säga vaken.

**Övrigt** är till exempel klåda, hicka, sår, svår muntorrhet m.m. och kan kommenteras kortfattat i **MULTIDISCIPLINÄRA NOTERINGAR** .

**Mål 1–3** *signeras av läkare på grund av medicinska ställningstaganden.*

**Mål 3a och 3b** *signeras av sjuksköterska eftersom sjuksköterskan är ansvarig för utförandet av åtgärderna även om läkaren ordinerar.*

Beslut måste tas efter en bedömning av patientens tillstånd.

Att avsluta icke nödvändiga åtgärder, att ta ställning till och ordinera vid behovsläkemedel är en del av frågorna.

Ställningstagande till återupplivningsförsök, fortsatt läkemedelsbehandling, medicinska åtgärder och omvårdnadsinsatser måste göras i syfte att förskona patienten onödig behandling och åtgärder som till och med kan öka lidandet samt försäkra sig om att nödvändig symptomlindring ges i tid och på bästa möjliga sätt.

**Mål 1. Tagit ställning till aktuell medicinering, ej nödvändig medicinering utsatt**


Genomgång av läkemedelslistan och onödiga mediciner sätts ut (till exempel diabetesmedel, antihypertensiva, serumlipidsänkande, vitaminer etc.) Nödvändig medicinering räknas om till subkutan administrering så att läkemedelsadministreringen säkras när patienten inte längre kan svälja. Om någon medicin trots allt bibehålls noteras detta i multidisciplinära noteringar.

**Mål 2. Subkutan vid behovsmedicinering ordinerad i läkemedelsjournal**

Suppositorier bör undvikas eftersom de kan orsaka obehag för patienten (till exempel vändingar, smärta i ändtarmen vid flera suppositorier som måste administreras samtidigt), men även för att administreringssättet inte är tillförlitligt (till exempel diarréer, förstoppning).

**Mål 3. Icke nödvändiga åtgärder avslutade**

Avsluta rutinmässig blodprovstagning, ta ställning till fortsatt antibiotikabehandling eller intravenös tillförsel. Om patienten inte har antibiotika eller intravenös behandling kryssas  EJ TILLÄMPLIG.

Om patienten ska stå kvar på åtgärder och  NEJ kryssats dokumenteras anledningen i **MULTIDISCIPLINÄRA NOTERINGAR** .

**HLR:** Enligt rutin på enheten.


Kryssa  EJ TILLÄMPLIG om det finns ett generellt beslut för **0 HLR** för palliativa patienter.

**Mål 3a. Beslut fattat att avsluta icke nödvändiga omvårdnadsåtgärder**

**Mål 3b. Pump kopplad inom 4 timmar efter läkarordination**

Om pump ej ordinerats eller patienten redan har pump sedan tidigare kryssas  EJ TILLÄMPLIG

**Mål 4 –11** *signeras av ansvarig vårdpersonal*

**OBS!** Patient som är medvetlös vid tidpunkten för initialbedömningen kryssas som  EJ KONTAKTBAR även om patienten var kommunicerbar och adekvat innan. Kommentarer kan skrivas i **MULTIDISCIPLINÄRA NOTERINGAR** .

**Mål 4. Förmåga att kommunicera på svenska bedömd som adekvat**

Bedömning görs om att patient och närstående förstår vad som sägs när planeringen av vården förklaras för dem.

Vid  NEJ dokumenteras kommentarer/problem i syfte att identifiera behov av till exempel tolk.

**Mål 5. Insikt om tillståndet bedömt**

Bedömning görs om att patient och närstående är medvetna om vad som sker genom att fråga dem om de ha fler frågor kring vården.

**Mål 6. Bedömning av religiösa och andliga, samt existentiella behov har gjorts**

Det är viktigt att veta om särskilda behov finns under den sista tiden i livet, kring dödsfallet och efter dödsfallet som påverkar vården. Patient och närstående tillfrågas om religiösa, andliga och existentiella behov finns.

Religiös tro/tradition dokumenteras ofta vid inskrivning men det är absolut nödvändigt att både patientens och de närståendes religiösa/andliga behov uppmärksammas igen vid den initiala bedömningen. Enbart antagande om patientens tro och önskemål är inte tillräckligt vid denna avgörande tidpunkt.

Om religiös tradition finns – specificera.

**Mål 7. Tagit reda på hur anhöriga/närstående skall informeras om patientens förestående död**

Det är viktigt både för närstående och personal att veta vem som ska kontaktas i första hand och när. Det kan ändras under tiden som patienten är döende. (Ej tillämpligt vid vård i hemmet.)

**Mål 8. Anhöriga/närstående fått enhetens information**

En skriftlig information i form av broschyr kan underlätta för närstående att komma ihåg all information och därmed känna sig trygga och välkomna.

**Mål 9. Distriktsläkare/vårdcentral/inremmitterande känner till patientens tillstånd**

Distriktsläkare och inremmitterande kan ha viktig information om att lämna om t ex närståendes behov. Om kontakt med distriktsläkare etc. inte finns kryssas  NEJ.

**Mål 10. Planering av vården är förklarad och diskuterad med anhöriga**

Närstående ska ges möjlighet att vara delaktiga i och ha kontroll över det som sker.


**Mål 11. Anhöriga/närstående har förstått den planerade vården**

Informationen ska ha givits på ett förståeligt sätt.

I hemmet ska diskussion ha förts om att inte tillkalla ambulans eller larma för hjärtåterupplivning.


## DEL 2. KONTINUERLIG BEDÖMNING

Bedömning av olika symtom sker kontinuerligt men grundar sig främst på kliniska observationer istället för provtagning och undersökningar.

Kontinuerlig utvärdering dokumenteras var 4:e och var 12:e timme eller vid varje besök i hemmet för att försäkra om optimal symtomkontroll. Kontrollerna kan givetvis göras oftare vid behov. Det är målet det vill säga det fetstilta som ska uppnås. Om patienten har symtom dokumenteras det i KOMMENTAR/PROBLEM .

Varje problem som rapporteras på KOMMENTAR/PROBLEM ska innehålla:

- datum och klockslag
- vad som hände och varför
- åtgärd
- resultat

I MULTIDISCIPLINÄRA NOTERINGAR  kan kortfattade anteckningar om sådant som inte går att få fram på annat sätt i LCP göras.

Det kan till exempel vara

- ett specifikt samtal med en namngiven närstående
- information omedelbart efter en rond

Du kan kontakta Svenskt koordinationscentrum för LCP genom e-post: [lcp@stockholmssjukhem.se](mailto:lcp@stockholmssjukhem.se) tfn: 08-617 12 00, fax: 08-617 93 00

LCPs viktigaste litteratur: Ellershaw JE, Wilkinsons (2003): Care of the Dying: A Pathway to Excellence. Oxford University Press.

Referenser: Adam J (1997) ABC of palliative care: The last 48 hours BMJ 1997; 315:1600-1603

Vårdprogram 2006 Palliativ vård Onkologiskt centrum Stockholm Gotland

## DEL 3. ÅTGÄRDER EFTER DÖDSFALLET

**Mål 12. Primärvård/inremmitterande informerad om att patienten avlidit.**

Till exempel epikris eller fax. Det kan vara viktigt att distriktsläkare meddelas samma dygn med tanke på familjesituationen.

**Mål 13. Omhändertagande av den avlidne enligt gällande rutiner.**

Kan vara viktigt för närståendes fortsatta sorgearbete.

**Mål 14. Handläggning efter dödsfallet genomgången och utförd**

Kontrollera att allt är gjort enligt gällande rutiner så att onödiga misstag inte sker.

**Mål 15. Information till närstående om enhetens rutiner vid dödsfall**

**Mål 16. Omhändertagande av den avlidnes personliga tillhörigheter enligt enhetens rutiner (Ej tillämpligt i hemsjukvård.)**

**Mål 17. Erforderlig information och rådgivning given till berörda personer**

**Mål 18. Informationsbroschyr om sorg/sorgearbete lämnad**

Vad som är självklart för vårdpersonal är inte det för närstående som kanske är med om ett dödsfall för första gången.

