

MAS Riktlinje

Riktlinje för palliativ vård i livets slutskede

Till grund för denna riktlinje ligger ett förarbete som genomförts i den palliativa gruppen inom egenregiverksamheterna för särskilt boende inom Värmdö kommun. Deltagare i palliativa gruppen är: sjuksköterska med ledningsuppdrag på Gustavsgården Helena Sassi, nattsjuksköterska Catharina Burman Gustavsgården, sjuksköterska på Djuröhemmet Catarina Johansson, demenssjuksköterska Inger Ekroth och MAS Ann-Christin Nordström.

Bakgrund

Regeringsuppdraget

Regeringen gav 2006 Socialstyrelsen ett uppdrag att främja utvecklingen i landsting och kommuner av vården i livets slutskede och att redovisa en bedömning av denna utveckling till regeringen. I Socialstyrelsens uppdrag ingick att inventera och sammanställa den kunskap om palliativ vård som finns i landet. Socialstyrelsen skulle följa utvecklingen av huvudmännens skapande av palliativa team samt huvudmännens utveckling av lokala vårdprogram för vård i livets slutskede.

Inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag att i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting utarbeta nationella kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården skulle man även ta fram kvalitetsindikatorer för den palliativa vården. Särskilt viktiga i detta sammanhang är indikatorer som speglar den patientupplevda kvaliteten och omvårdnadskvaliteten. WHO:s definition av palliativ vård, de grundläggande principerna för hälso- och sjukvården samt livsuppehållande åtgärder i livets slutskede skulle ligga till grund för utarbetandet av de nationella kvalitetsindikatorerna. Arbetet har pågått i samverkan med kommuner och landsting men även patient och brukarorganisationerna har givits tillfälle att delta i detta arbete.

2013 gav Socialstyrelsen ut Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede.

Arbetsgrupp lokalt

Inledning

Den sista tiden i livet kan, trots många svårigheter bli en värdefull tid för den enskilde och dennes familj. I en "god död" bevaras den enskildes självbild och integritet, självbestämmande, att kunna bevara sociala relationer, att få möjlighet att



MAS riktlinjer för hälso- och sjukvård

Detta styrdokument beslutades av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan

Uppföljning och uppdatering: Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

Gäller fr.o.m. 2014-02-01

Hälso och sjukvårdslagen 1982:763. Patientsäkerhetslag 2010:659. Patientsäkerhetsförordning 2010:1369. Ledningssystem för

systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9. Socialstyrelsen 2013, Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Regionala cancercentra i samverkan, Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012 – 2014.

skapa mening och se sammanhang samt att erhålla en fullgod symtomlindring.
En god palliativ vård svarar upp mot den enskildes specifika behov.

Äldre personer strävar efter att bevara sin värdighet i betydelsen självbild och identitet. Även om det kan ske värderingsförskjutningar behåller många äldre sina intressen in i det sista. Omgivningen behöver därför hålla i minnet vad den enskilde tidigare värderat så att vården och omsorgen kan utformas efter vad den enskilde värderar.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Bakgrund	sidan 1
Inledning	sidan 1
Etisk plattform	sidan 3
Den palliativa vårdens process	sidan 4
De fyra hörnstenarna i palliativ vård	sidan 5
Fysiska och psykiska symtom vid livets slutskede	sidan 6
Oro och ångest	sidan 8
Munhälsa och munvård	sidan 8
Hud och trycksår	sidan 9
Elimination	sidan 10
Vätska och näring i livets slutskede	sidan 11
Empati - Den palliativa vårdens kärna	sidan 13
Smärta – Total smärta	sidan 14
Döden och den döda kroppen	sidan 14
Termer och definitioner i den palliativa vården	sidan 15
LCP – Liverpool Care Pathway	sidan 19
Dokumentation och vårdplanering inför och under LCP	sidan 20

Ansvarsbeskrivning för palliativ vård i livets slutskede i kommunens verksamheter

Verksamhetschef	sidan 21
Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS	sidan 21
Sjuksköterska/omvårdnadsansvarig sjuksköterska	sidan 21
Kontaktsjuksköterska för LCP	sidan 22
Arbetsterapeut/sjukgymnast	sidan 22
Kontaktperson/undersköterska/vårdbiträde	sidan 23
Indikatorer för god palliativ vård i livets slutskede	sidan 23

Indikatorer för god palliativ vård i livets slutskede sidan 21



Detta styrdokument beslutades av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan

Uppföljning och uppdatering: Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

Gäller fr.o.m. 2014-02-01

Hälso och sjukvårdslagen 1982:763. Patientsäkerhetslag 2010:659. Patientsäkerhetsförordning 2010:1369. Ledningssystem för

systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9. Socialstyrelsen 2013, Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Regionala cancercentra i samverkan, Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012 – 2014.

Etisk plattform

De etiska begreppen integritet och självbestämmande (autonomi) har skrivits in i Hälso- och Sjukvårdslagens § 2a. Lagen lägger fast att vården ska bygga på respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. Integriteten är beständig från livets början till livets slut. Däremot kan förmågan att vara självbestämmande skifta under en människas liv.

Vid demenssjukdom är det särskilt viktigt att beakta detta, då den enskilde succesivt tappar sin förmåga att uttrycka sina önskemål och behov. Därför är det speciellt viktigt att i tidigt skede, redan i samband med inflyttning, starta ett samtal om tankar och önskemål om vården vid livets slutskede.

För att den enskilde ska kunna utöva sitt självbestämmande krävs att det medicinska underlaget förklaras för denne. Det är viktigt att kontrollera att den enskilde förstått sin situation innan han/hon fattar beslut om vilka insatser han/hon vill ta emot och vilka han/hon vill avstå från.

Om förmågan att vara självbestämmande sviktar, är det nödvändigt att andra människor blir det stöd och skydd som bevarar och försvarar, upprättar och återupprättar det hotade människovärdet – integriteten. Omsorgen om individens bästa måste alltid vara vägledande.

När personal inom hälso- och sjukvården tar över och stödjer den enskildes självbestämmande bör det ske för att upprätthålla dennes integritet. För personer med nedsatt förmåga till självbestämmande måste vårdpersonalens, närståendes och samhällets omsorg om den svårt sjuka människan vara vägledande. För personer som inte har nedsatt förmåga till självbestämmande är det den enskilde själv, efter att ha tagit del av informationen som bestämmer om den diagnostiska insatsen, behandlingen eller vården som ska genomföras. Däremot kan den enskilde inte kräva insatser som är medicinskt omotiverade eller alltför riskabla.

Den traditionella etiska plattformen för prioriteringar inom hälso- och sjukvården består av tre principer

- Människovärdesprincipen
- Behovs- och solidaritetsprincipen
- Kostnadseffektivitetsprincipen

Ytterligare fyra etiska principer kan utgöra en vägledning för vårdpersonal i kontakten med patienten vid dessa svåra vägval.

- Godhetsprincipen



MAS riktlinjer för hälso- och sjukvård

Detta styrdokument beslutades av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan

Uppföljning och uppdatering: Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

Gäller fr.o.m. 2014-02-01

Hälso och sjukvårdslagen 1982:763. Patientsäkerhetslag 2010:659. Patientsäkerhetsförordning 2010:1369. Ledningssystem för

systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9. Socialstyrelsen 2013, Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Regionala cancercentra i samverkan, Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012 – 2014.

- Icke skada-principen
- Rättviseprincipen
- Autonomiprincipen

En etisk konflikt föreligger när olika principer ställs mot varandra, exempelvis vårdarens vilja att behandla (godhetsprincipen) och individen rätt att avstå (autonomiprincipen). Ytterligare exempel på en etisk konflikt är möjligheten för den sjuka till kortare livsförlängning med till exempel cytostatika-behandling av långt framskriden lungcancer (godhetsprincipen), men detta till priset av eventuell kraftfulla biverkningar och bundenhet till sjukhusvård (icke skada-principen). Till hjälp i det konkreta vårdarbetet kan en etisk beslutsmodell behövas som lyfter fram de olika aspekter som bör genomlysas för att ett beslut ska kunna anses vara etiskt välgrundat.

Det är viktigt att personal inom vård och omsorg får möjlighet till handledning i form av reflekterande samtal om etiska frågor i samband med palliativ vård i livets slutskede.

Den palliativa vårdens process

Det är viktigt att socialtjänsten och hälso- och sjukvården har en gemensam syn, på processen för en god palliativ vård och omsorg. Detta underlättar planering, ansvarsfördelning och samverkan mellan olika aktörer.

Den palliativa vården kan beskrivas som en process. Det ska skapas en gemensam uppfattning om processen i det tvärprofessionella teamet vilket ger förutsättningar för god samverkan mellan olika aktörer.

Den palliativa processen kan ses i två faser - en inledande tidig fas och en senare avslutande fas.

Tidig palliativ fas

Den tidiga palliativa fasen kan vara lång och i vissa fall starta i och med att den enskilde konstaterats ha en framåtskridande obotlig sjukdom eller skada. Under denna fas ges ofta en livsförlängande behandling som är lämplig ur den enskildes perspektiv samt att genomföra insatser som främjar en hög livskvalitet för den enskilde och dennes närstående.

Övergången mellan den tidiga och sena fasen kan vara flytande.

Sen palliativ fas

Den sena fasen kan vara kort och här är målet att lindra lidande samt att främja en



Detta styrdokument beslutades av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan

Uppföljning och uppdatering: Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

Gäller fr.o.m. 2014-02-01

Hälso och sjukvårdslagen 1982:763. Patientsäkerhetslag 2010:659. Patientsäkerhetsförordning 2010:1369. Ledningssystem för

systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9. Socialstyrelsen 2013, Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Regionala cancercentra i samverkan, Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012 – 2014.

livskvalitet för den enskilde. När den enskilde befinner sig i den sena fasen är döden oundviklig inom en överskådlig framtid.

De fyra hörnstenarna i palliativ vård

Symtomlindring

Symtomlindringen ska innefatta fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov. Smärta lindras samtidigt som den enskildes självbestämmande och integritet beaktas. Symtomskattning inklusive smärtskattning ska utföras och dokumenteras i journalhandling.

Samarbete av ett mångprofessionellt arbetslag

Olika professioner samverkar utifrån den enskildes behov av vård och omsorg. Det är av stor vikt att teamets sammansättning och arbetsfördelning utgår från den enskildes och närståendes behov och att den personal som ingår i teamet har tillräcklig kompetens i palliativ vård.

Kommunikation och relation

I syfte att främja den enskildes livskvalitet är det viktigt med en god inbördes kommunikation och relation inom och mellan arbetslag och i förhållande till den enskilde och dennes närstående.

Stöd till närstående under boendetiden och sjukdomstiden samt efter dödsfallet

Det innebär ett erbjudande till närstående att vara delaktiga i vården och att få stöd och information såväl under den enskildes sjukdomstid som efter dödsfallet.

Närståendes behov kan se olika ut. Behov av stöd kan också variera under boende och sjukdomstiden. Det är viktigt att boende och närstående får kontinuerlig information och att de erbjuds att delta i vårdplaneringar under boendetiden om den enskilde samtycker till närståendes deltagande.

En välinformerad boende och närstående känner oftast trygghet, de vet vad som händer i vården och omsorgen i de olika skeendena. De känner sig välinformerade och får ett förtroende för personalen. Då personalen redan har arbetat med att skapa goda informationsvägar med boende och närstående under boendetiden kan det bli en naturlig övergång i kommunikationen för samtliga parter när döendet närmar sig för den enskilde.

Närstående kan också erbjudas att delta i omvårdnaden. Närstående ska också erbjudas ett efterlevandesamtal efter dödsfallet.

Vårdmiljö



Detta styrdokument beslutades av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan

Uppföljning och uppdatering: Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

Gäller fr.o.m. 2014-02-01

Hälso och sjukvårdslagen 1982:763. Patientsäkerhetslag 2010:659. Patientsäkerhetsförordning 2010:1369. Ledningssystem för

systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9. Socialstyrelsen 2013, Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Regionala cancercentra i samverkan, Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012 – 2014.

Att skapa en estetisk, trygg och behaglig miljö för den döende och de närstående är också viktiga vårdaktiviteter i livets slut. Det är viktigt att alla såväl den enskilde, dennes närstående och vårdpersonal blir delaktiga och sedda och kan delta i vården och omsorgen utifrån de bästa förutsättningar. Detta gäller både i hemmet och på institution, och ska ta sin utgångspunkt

i den döendes och de närståendes individuella önskemål och vanor. Forskning har visat att miljön har en direkt inverkan på såväl människans välbefinnande och upplevelsen av vårdens kvalitet, som på de minnen familjen bär med sig efter dödsfallet

Genom en medvetenhet om sinnesintryckens betydelse för upplevelse av välbefinnande är det viktigt att en trygg och behaglig miljö skapas. Det är dock skillnader mellan vad som är möjligt att göra beroende på om vården sker i den enskildes hem eller i institutionella miljöer. Det kan gälla entrén på ett boende, vägen till och rummet där den enskilde bor såväl som vägen till och rummet dit personen förs efter döden.

Var uppmärksam på att rummet där den döende vårdas, så långt detta är möjligt, har en inbjudande atmosfär och ger utrymme för närstående genom att:

- det är rent och bekvämt i sängen
- de närstående kan sitta eller ligga bekvämt (till exempel att sjukvårdsmaterial och disk är bortplockat)
- ljud, ljus och doft upplevs behagligt (till exempel om radio/TV är på eller inte, om dörr eller fönster ska vara öppna eller stängda, om det finns något vackert att vila ögonen på
- och att papperskorgar är tömda)

Vårdaktiviteterna ska riktas mot såväl fysiska och sensoriska som personliga aspekter i miljön och ska bygga på kunskap om hur den döende och de närstående önskar ha det.

Fysiska och psykiska symtom i livets absoluta slutskede

Att vara döende innebär att kroppens livsfunktioner sakta avstannar. Ofta är det den döende som först förstår och känner att döden är nära

Allmänt

- Kan/vill inte äta eller dricka
- Sväljreflexen upphör
- Sover mest
- Orkar inte gå till toaletten längre



MAS riktlinjer för hälso- och sjukvård

Detta styrdokument beslutades av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan

Uppföljning och uppdatering: Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

Gäller fr.o.m. 2014-02-01

Hälso och sjukvårdslagen 1982:763. Patientsäkerhetslag 2010:659. Patientsäkerhetsförordning 2010:1369. Ledningssystem för

systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9. Socialstyrelsen 2013, Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Regionala cancercentra i samverkan, Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012 – 2014.

- Orkar inte sitta uppe
- Behöver hjälp med förflyttning i säng
- Orkar inte alltid prata, hummar i stället
- Oro, plockighet, agitation, depression

Hjärta

- Svag och oregelbunden puls
- Hjärtverksamheten försvagas och därigenom cirkulationen
- Blodtrycket sjunker

Lungorna

- Det sker ett utträde av vätska när det försvagade hjärtat inte orkar pumpa ut blod i kroppen
- Hostreflexen avtar och andningen kan bli rosslig
- Långsamma andetag
- Cheyne-Stokes andning (oregelbunden)

Huden

- Händer och fötter är kalla och ofta blåfärgade (dålig syresättning av huden). Trots att huden är kall upplever sig den döende sig varm och överhettad (temperaturcentrum i förlängda märgen fungerar inte, det mesta av blodet finns i vitala organ).
- Lagg inte på filter, personen blir ofta orolig av detta. Informera närstående varför detta inte görs. Missförstånd kan annars uppstå.

Hjärnan

- Vissa personer blir lugna, andra oroliga
- Vissa personer kan "piggnar" till som om de uppbådar sina sista krafter. Kan bero på att endorfinerna, kroppens smärtstillande hormon aktiveras



MAS riktlinjer för hälso- och sjukvård

Detta styrdokument beslutades av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan

Uppföljning och uppdatering: Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

Gäller fr.o.m. 2014-02-01

Hälso och sjukvårdslagen 1982:763. Patientsäkerhetslag 2010:659. Patientsäkerhetsförordning 2010:1369. Ledningssystem för

systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9. Socialstyrelsen 2013, Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Regionala cancercentra i samverkan, Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012 – 2014.

- Hjärncellerna med hög ämnesomsättning är känsliga för syrebrist när blodcirkulationen förändras. Syrebrist gör ibland att den döende blir medvetslös
- Centra för hörsel och känsel klarar sig oftast längst.
- Hörseln kan även skärpas

Oro/ångest

Ångest beskrivs som en diffus oro med en känsla av osäkerhet och hjälplöshet inför ett hot som man inte kan hantera och därför står vanmäktig inför. När man är svårt sjuk eller närmar sig döden är det naturligt att känna oro och ångest. För den enskilde i livets slutskede och dennes närstående kan oro och ångest handla om sorg, om att man ska skiljas från personer och ting som är viktiga för en. Oro och ångest är en subjektiv upplevelse och bara den enskilde och närstående vet hur stark den är. Den kan variera i styrka, vara konstant eller komma i attacker. Orsakerna kan vara flera, bland annat sjukdomen och vetskapen om att man snart ska dö, dålig symtomlindring av till exempel smärta, sociala/existentiella/psykologiska faktorer och medicinbiverkningar.

Viktigt för personalen att tänka på:

- Vård och omsorgspersonalen öron är ofta det bästa hjälpmedlet
- Våga vara närvarande även om det blir tysta perioder
- Var närvarande och lyhörd för den enskildes och närståendes behov
- Visa förståelse och respekt för den enskildes och närståendes oro
- Visa att samtalet prioriteras och avsatt tid
- Ta reda på vilka funderingar den enskilde och/eller dennes närstående bär på i stället för att trösta och tona ner
- Kroppskontakt och beröring kan verka lugnande
- Känner man som medarbetare att det är svårt, var inte rädd att be om hjälp av ex. kurator, präst eller diakonissa
- mediciner kan vara viktiga hjälpmedel, rådgör med läkaren.

Munhälsa och munvård

Att vara fräsch i munnen är mycket betydelsefullt för livskvalitet och välbefinnande. Munhälsan har också en social och psykologisk betydelse eftersom den påverkar såväl förmågan att tugga och svälja som smakupplevelsen och dessutom förmågan att tala och kommunicera.

Om den svårt sjuke luktar illa ur munnen kan det vara svårt för de närstående att rent faktiskt vara nära. Munvård när den svårt sjuke inte längre orkar borsta tänderna eller har sänkt medvetande kan göras på följande sätt.



MAS riktlinjer för hälso- och sjukvård

Detta styrdokument beslutades av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan

Uppföljning och uppdatering: Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

Gäller fr.o.m. 2014-02-01

Hälso och sjukvårdslagen 1982:763. Patientsäkerhetslag 2010:659. Patientsäkerhetsförordning 2010:1369. Ledningssystem för

systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9. Socialstyrelsen 2013, Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Regionala cancercentra i samverkan, Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012 – 2014.

- Berätta för personen vad du kommer att göra, även om han/hon är medvetslös.
- Inspektera munhålan, med ficklampa och spatel. Titta efter om det finns skador på tänder eller protes, om det finns sår, rodnader och beläggningar på slemhinnor eller tunga.
- Borsta eventuellt tänderna 1–2 ggr/dygn med mjuk tandborste. Tag ut och rengör proteser om den svårt sjuke har sådana. Tänk på att protesen kan behöva tas ut om den sitter dåligt i munhålan.
- Munsköjning är olämpligt om personens medvetande är sänkt.
- Torka ur hela munhålan (inklusive tänder, tunga, gom, munbotten och kindernas insida) med plastpinnar med fastsatt skumgummitork. Ibland biter dock personen ihop munnen och då får man försiktigt rengöra det som är möjligt (det viktigaste är att fukta slemhinnorna).
- Smörj munhålan med saliversättning, fuktbevarande gel eller spraya med vatten och matolja blandat i en pumpflaska. Munhålan bör fuktas minst två gånger i timmen.
- Smörj läppar med vaselin, cerat eller liknande.
- Droppa lite vatten i mungipan med hjälp av ett sugrör eller en spruta. Ge det den enskilde föredrar, till exempel vatten, krossad is eller, om han/hon fortfarande kan svälja, små bitar av mjuk frukt.
- Vid tecken på munsmärta kan lokalt smärtstillande medel prövas, till exempel Xylocain viskös.

I livets slutskede är det också vanligt med munsvamp, en vitaktig beläggning eller starkt rodnad slemhinna som ofta med sveda och/eller förändrad smak. När den återstående livslängden är några dygn är det knappast aktuellt med annan behandling än en god munvård.

Hud och trycksår

Det är ofta betydelsefullt för den enskilde att han/hon är ren, doftar som vanligt och känner sig så fräsch som möjligt. Använd gärna personens egen tvål, parfym och rakkrem. Målsättningen är att den enskilde ska ligga bekvämt i en ren säng.

- Vänd ofta på kuddar, badda pannan



MAS riktlinjer för hälso- och sjukvård

Detta styrdokument beslutades av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan

Uppföljning och uppdatering: Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

Gäller fr.o.m. 2014-02-01

Hälso och sjukvårdslagen 1982:763. Patientsäkerhetslag 2010:659. Patientsäkerhetsförordning 2010:1369. Ledningssystem för

systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9. Socialstyrelsen 2013, Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Regionala cancercentra i samverkan, Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012 – 2014.

- Berör lugnt och stilla genom att lägga handen på den döendes axel, arm eller hand.
- Att smörja händer och fötter, ge lugn och mjuk massage, kan också minska oro och öka välbefinnandet.
- Lägesändringar i relation till symtom och för att förebygga trycksår är viktiga, men under livets sista timmar och om personen ligger lugnt och behagligt undviker man ofta att regelbundet vända på honom/henne. Hos döende personer uppstår trycksår mycket snabbt, men här måste vårdpersonalen överväga om risken för att utvecklatrycksår eller om smärtan från ett trycksår är större för den svårt sjuke än obehaget av att bli vänd ofta. Att lägga personen lite på sidan (cirka 30° vinkel) har visat sig förebygga trycksår på höfterna. Det finns olika sorters madrasser som kan användas i tryckförebyggande syfte. Observera att den vardagliga omvårdnaden inte kan ersättas med mekaniska hjälpmedel.

Elimination

Urinproduktion

Problem med inkontinens och/eller svårigheter att tömma blåsan är vanligt de sista dagarna i livet då njurfunktionen försvagas. Det är viktigt att vårdpersonalen har uppsikt över den sjukas urinproduktion för att kunna åtgärda eventuella problem.

- Urinretention, (svårigheter att tömma blåsan) kan orsakas av förstoppning, som bör åtgärdas först. Vid oro och rastlöshet måste urinretention uteslutas som orsak. Om urinretention misstänks kan urinblåsan palperas eller om det finns tillgång till en så kallad bladderscanner (ultraljudsapparat för att mäta urinmängd i blåsan) kan den användas.
- Om det är svårt att avgöra om blåsan är fylld kan det bli nödvändigt att kateterisera personen. Det är inte alltid nödvändigt att låta katetern sitta kvar, detta måste bedömas i varje enskilt fall. Hos svårt sjuka kan en kvarliggande kateter vara en lösning. I annat fall handlar det om att hålla personen ren, torr och luktfri. Återigen gäller regeln om den sjukas värdighet och högsta möjliga välbefinnande.

Förstoppning

Förstoppning och diarré är vanligt förekommande problem vid livets slut.

- Omvårdnad i relation till tarmfunktionen de sista dagarna i livet handlar om att åtgärda nytillkomna problem.



MAS riktlinjer för hälso- och sjukvård

Detta styrdokument beslutades av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan

Uppföljning och uppdatering: Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

Gäller fr.o.m. 2014-02-01

Hälso och sjukvårdslagen 1982:763. Patientsäkerhetslag 2010:659. Patientsäkerhetsförordning 2010:1369. Ledningssystem för

systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9. Socialstyrelsen 2013, Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Regionala cancercentra i samverkan, Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012 – 2014.

- Vårdpersonalen bör alltid vara observant på tarmfunktionen för att förebygga att problem uppstår. Vid oro och rastlöshet kan förstoppning vara orsaken.
- Detsamma gäller vid faecesinkontinens, som kan vara ett symptom orsakat av fekalom (hårda avföringsklumpar). Mjuk rektal och abdominalundersökning är ofta tillräcklig för att bedöma om den svårt sjuke är förstoppad. Om personen är förstoppad kan det vara nödvändigt att åtgärda detta.
- De sista dagarna i livet är det oftast bäst att ge rektal (via ändtarm) tillförsel av laxermedel som stolpiller, klysma eller lavemang. Vid diarré är syftet med omvårdnaden att hålla den sjuke ren och torr och att vädra bort dålig lukt så att de närstående kan vara kvar i rummet. Under de sista dagarna kan det vara bra att bädda sängen med engångs draglakan och blöjor som samlar upp eventuell urin och avföring och som lätt kan tas bort utan att besvära den döende.

Vätska och näring i livets slutskede

Det naturliga döendet innebär ofta att den enskildes intag av mat och dryck successivt minskar och till slut upphör helt. Det behöver inte vara förenat med att den enskilde upplever obehag i form av hunger och törst.

- Det är därför viktigt att personal informerar både den enskilde och dennes närstående att kroppen i livets slutskede har en begränsad förmåga att omsätta näring samt att intag av fett och proteiner kan leda till illamående eller andra obehag.
- Det kan också finnas en risk att för mycket tillförd vätska kan leda till övervätskning, ödem och andnöd.
- Sjuksköterskan ansvarar för omvårdnadsinsatser kring vården i livets slutskede och ska ta hänsyn till den enskildes individuella önskemål om mat och dryck för ett optimalt välbefinnande för den enskilde utifrån den enskildes hälsosituation.
- Döende människor slutar ofta att äta och dricka, vilket är ett naturligt steg i döendeprocessen. Kroppens organsystem sviktar successivt, behovet av näring och vätska avtar och hungerkänslan försvagas. Att sluta äta och dricka kan ibland även vara ett aktivt val som den döende har gjort, vilket givetvis måste respekteras. För de flesta personer med kort förväntad överlevnad är nutritionsbehandling med parenteral nutrition(via dropp) eller enteral nutrition(via mun) sällan aktuellt. Frågan om att ge eller avstå vätska och



näring i livets slut väcker ofta frågor och känslor bland närstående, ibland också inom olika personalgrupper.

- Det är en medicinsk och etisk fråga som behöver diskuteras utifrån den döendes behov och situation. Som underlag vid diskussioner kan Socialstyrelsens vägledning, kapitlet "Mat och näring i livets slutskede" användas.
- För många närstående kan det vara svårt att förstå situationen, eftersom mat och dryck är en förutsättning för livet och en naturlig del av vårt sociala sammanhang. När den döende inte längre kan äta eller dricka själv kan de närstående uppleva hjälplöshet och maktlöshet. Det finns också stora kulturella skillnader och i vissa länder förutsätter man att dropp ska ges in i det sista. När närstående ges information om döendeprocessen är det viktigt att de även får kunskap om hur kroppens behov av näring och vätska successivt avtar.
- Informationen som ges ska alltid vara baserad på fakta och utgå från den enskildes behov. Ibland kan det vara svårt för de närstående att acceptera att den döende inte får dropp och då är det viktigt att visa stor känslighet och ödmjukhet från vårdpersonalens sida och att de får tid och möjlighet att berätta om sina tankar, funderingar och föreställningar om behovet av vätska.
- Vad gäller intag via munnen får den enskilde själv välja den mat som han/hon tycker om och kan svälja. Tänk på att fet och proteinrik mat kan öka illamåendet. Servera klara drycker. Till slut vill patienten inte äta alls utan bara dricka och ibland räcker det med endast god munvård. När teamet bedömer att ett optimalt energi- och näringsintag kan ge den enskilde ett bibehållt eller ökat välbefinnande är det många gånger värt att pröva ge parenteral nutrition. Det är dock viktigt att nutritionsbehandlingen har ett klart syfte och är tidsbegränsad. En kontinuerlig utvärdering efter exempelvis 1–2 dygn och därefter nytt ställningstagande rekommenderas.
- Det är också viktigt att den enskilde och närstående får klar och tydlig information om behandlingen och att behandlingen avslutas om den inte gynnar individen. Ställningstagandet handlar om den grundläggande etiska principen att göra gott och att inte skada. Risker med till exempel vätska och/eller näring parenteralt (via dropp) eller enteralt (via mun) via sond bör diskuteras. För stora mängder vätska och näring i livets slutskede kan ge besvärande symtom för den enskilde.



Detta styrdokument beslutades av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan

Uppföljning och uppdatering: Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

Gäller fr.o.m. 2014-02-01

Hälso och sjukvårdslagen 1982:763. Patientsäkerhetslag 2010:659. Patientsäkerhetsförordning 2010:1369. Ledningssystem för

systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9. Socialstyrelsen 2013, Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Regionala cancercentra i samverkan, Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012 – 2014.

Empati – Den palliativa vårdens kärna

Människans fysiska och existentiella utsatthet i livets slutskede fordrar stort personligt engagemang av personalen. Den ständiga kontakten med döende människor gör att arbetet kan vara mycket krävande men samtidigt också givande. Den tacksamhet, öppenhet inför livets stora frågor och även glädje som många visar är i högsta grad berikande.

Förutsättningen för detta ömsesidiga givande och tagande, som är till allas fördel, är förmågan från personalens sida att visa empati, det vill säga förmåga att känna in personens situation och att visa omtanke i kombination med ett professionellt förhållningssätt.

Denna empati är den palliativa vårdens kärna.

Smärta – Total smärta

International Association for the Study of Pain definierar smärtan enligt följande; "*Smärta är en obehaglig sensorisk och emotionell upplevelse förenad med verklig eller möjlig vävnadsskada, eller beskriven som sådan skada. Smärtan är alltid subjektiv*".

Enligt det palliativa synsättet har varje smärta och varje lidande fyra dimensioner:

1. Den fysiska
2. Den psykiska
3. Den sociala
4. Den existentiella

Det är viktigt att ha ett helhetsperspektiv på smärtan. Svår fysisk smärta kan leda till ökad existentiell och psykisk smärta. Existentiell och social smärta kan förvärra den fysiska smärtan. Det är viktigt att se människan i ett sammanhang då samtliga dimensioner kan påverka varandra.

Den fysiska smärtan

Smärta är ett av det vanligaste symtomen i vård i livets slutskede. Den fysiska smärtan har en mer påtaglig effekt på livskvalitet och är därför viktig att uppmärksamma och behandla.

Ibland kan det vara svårt att uppnå total smärtlindring för den äldre förrän denne har fått ordna upp sitt sociala liv eller kunnat försonats med skuld känslor och oföretter.

Tidig och förebyggande smärtlindring är en av grundprinciperna inom palliativ vård. Till grund för den farmakologiska behandlingen ligger en analys huruvida smärtan är nociceptiv vävnadssmärta (vävnadsskadesmärta) eller neuropatisk smärta (skador i



Detta styrdokument beslutades av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan

Uppföljning och uppdatering: Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

Gäller fr.o.m. 2014-02-01

Hälso och sjukvårdslagen 1982:763. Patientsäkerhetslag 2010:659. Patientsäkerhetsförordning 2010:1369. Ledningssystem för

systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9. Socialstyrelsen 2013, Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Regionala cancercentra i samverkan, Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012 – 2014.

nervsystemet).

Det är viktigt att utföra smärtanalyser där smärtskattning utförs utifrån den enskildes berättelse eller med Abbey Pain Scale då den enskilde verbalt inte kan förmedla information.

Psykisk smärta

Symtomen på psykisk smärta är oro, ångest och depression. Dessa symtom kan framkallas och förstärkas av fysisk smärta. Det finns alltid en eller flera orsaker till denna typ av smärta där symtomet men inte orsaken behandlas med ångestdämpande preparat.

Ett fördjupat samtal med den enskilde och ev. med närstående kan behöva genomföras för att förstå orsaken till den psykiska smärtan.

Social smärta

"I dödens närhet är det hög tid att försonas"

För döende personer kan det handla om något i deras egen historia t.ex. gamla konflikter inom familjen som legat under ytan kanske flera år. Det kan handla om missade möjligheter, barn eller förälder som försvunnit, misshandel, våldtäkt, flykten till Sverige etc. Skuld känslor kan finnas kvar som behöver bearbetas fram till dess att försoning uppnås.

Existentiell smärta

En existentiell kris kan uppstå i och med att den enskilde eller dennes närstående står ensam och maktlös inför döden.

Det är viktigt att behandla den fysiska smärtan men också att våga lyssna och prata med den enskilde och dennes närstående om den existentiella smärtan. Genom att vara lyhörd och närvarande i möten med den enskilde och dennes närstående i själva vård och omsorgsrelationen vävs en hoppets tråd som kan göra det lättare att bearbeta den existentiella smärtan.

Det handlar inte om att ge den enskilde något falskt hopp utan att kunna reflektera över situationen tillsammans.

Döden och den döda kroppen

Vid livets slut – liksom vid livets början – är människan som mest sårbar och beroende av andras omsorg. Oavsett om döendet sker akut och oväntat, progressivt och förväntat eller mer långsamt med avtagande förmågor och funktioner och oavsett om döden accepteras, förträngs eller förnekas ska all omvårdnad präglas av respekt för individens människovärde och integritet. Det betyder att människan har ett specifikt egenvärde med rätten att bli behandlad med respekt för sin identitet och sin kropp men också respekterad för sina värderingar, uppfattningar, livsåskådning och religiösa tro.



MAS riktlinjer för hälso- och sjukvård

Detta styrdokument beslutades av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan

Uppföljning och uppdatering: Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

Gäller fr.o.m. 2014-02-01

Hälso och sjukvårdslagen 1982:763. Patientsäkerhetslag 2010:659. Patientsäkerhetsförordning 2010:1369. Ledningssystem för

systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9. Socialstyrelsen 2013, Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Regionala cancercentra i samverkan, Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012 – 2014.

Även den som inte har förmåga till självbestämmande, autonomi, har rätt att få sin integritet respekterad, oavsett intellektuell kapacitet och fysiskt tillstånd. I samband med sjukdom och fysiskt beroende är det ibland oundvikligt att inte göra intrång på individens integritet, något som kräver stor varsamhet från vårdpersonalens sida så att individen inte utsätts för kränkning.

Förutsättningen för en god palliativ vård är att den sjuke och de närstående får behålla sin värdighet, känna meningsfullhet och att få leva livet ut. Respekten för människan får aldrig gå förlorad, och den ska kvarstå även efter döden. Att visa vördnad och hänsyn inför döden och inför den döda kroppen, är en förlängning av respekten för människans integritet. Det är också ett sätt att visa omtanke för de efterlevande och deras känslor.

Termer och definitioner i den palliativa vården

En stor del av kommunikationen inom hälso- och sjukvården sker via språket och dess ord, termer och begrepp – både muntligen och skriftligen. Det är av avgörande betydelse att informationen förstås på samma sätt av alla berörda. Väldefinierade begrepp underlättar kommunikation och samverkan mellan vårdgivare och huvudmän.

En tydlig terminologi är nödvändig vid jämförelser och uppföljning av vårdens resultat. Enhetliga och entydiga begrepp och termer är därför en grundläggande förutsättning för hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården. I arbetet med Nationellt vårdprogram för palliativ vård har ett antal övergripande begrepp identifierats där gemensamma och enhetliga definitioner är av största vikt. Målet är att nå konsensus kring definitioner av centrala begrepp och termer som används inom palliativ vård. Det är ett gemensamt ansvar att använda de överenskomna begreppen.

Socialstyrelsens bedömning

” Det är viktigt att hälso- och sjukvården och socialtjänsten använder termer och definitioner om palliativ vård i livets slutskede konsekvent och på ett systematiskt sätt. Det är en förutsättning för förbättrad informationsöverföring och dokumentation, och därmed för en säker vård för patienten”.

Inom Värmdö kommuns egenregiverksamheter ska nedanstående termer användas i kommunikation och i journalföring.



Detta styrdokument beslutades av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan

Uppföljning och uppdatering: Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

Gäller fr.o.m. 2014-02-01

Hälso och sjukvårdslagen 1982:763. Patientsäkerhetslag 2010:659. Patientsäkerhetsförordning 2010:1369. Ledningssystem för

systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9. Socialstyrelsen 2013, Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Regionala cancercentra i samverkan, Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012 – 2014.

Palliativ vård

Hälso- och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada och som innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående.

Kommentar: Palliativ vård bygger på ett palliativt förhållningssätt som kännetecknas av helhetssyn på människan genom att stödja individen att leva med värdighet och med största möjliga välbefinnande till livets slut, oavsett ålder och diagnos.

Palliativ vård syftar till att förebygga och lindra lidande genom tidig upptäckt, noggrann analys och behandling av fysiska, psykiska, sociala och existentiella problem, genom arbete i multiprofessionella team. Palliativ vård kan även ges tidigt i sjukdomsskeden tillsammans med livsförlängande behandling.

Vid palliativ vård kan patienten och dennes närstående behöva bistånd enligt Socialtjänstlagen, SoL (2001:453), eller insatser enligt Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

Palliativ vård är ett specifikt kunskapsområde och ska vara en del av all vård, oberoende av var och av vem vården erbjuds.

Palliativ vård i livets slutskede

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

Kommentar: Livets slutskede innebär att döden är oundviklig inom en överskådlig framtid. Vid övergången till palliativ vård i livets slutskede genomförs brytpunktssamtal.

Avrådd term för detta begrepp är *terminalvård*.

Palliativ insats

Insats med syftet att lindra symtom och främja livskvalitet vid progressiv, obotlig sjukdom eller skada.

Palliativt förhållningssätt

Ett palliativt förhållningssätt kännetecknas av helhetssyn på människan genom att stödja individen att leva med värdighet och med största möjliga välbefinnande till livets slut.

Kommentar: Det palliativa förhållningssättet innebär att en professionell bedömning av den enskildes tillstånd, behov och önskemål och görs utifrån fysisk,



MAS riktlinjer för hälso- och sjukvård

Detta styrdokument beslutades av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan

Uppföljning och uppdatering: Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

Gäller fr.o.m. 2014-02-01

Hälso och sjukvårdslagen 1982:763. Patientsäkerhetslag 2010:659. Patientsäkerhetsförordning 2010:1369. Ledningssystem för

systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9. Socialstyrelsen 2013, Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Regionala cancercentra i samverkan, Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012 – 2014.

social, psykisk och existentiell dimension. Förhållningssättet medför att tänkbara insatser föregås av en avvägning av för och nackdelar för den enskildes välbefinnande.

Palliativ sedering

Sedering som åstadkoms genom att den enskilde i livets slutskede får intermittent eller kontinuerlig tillförsel av lugnande och ångestdämpade läkemedel i den dos som är tillräcklig för att framkalla sådan sänkning av medvetandegraden att den enskilde inte längre uppfattar svåra symtom.

Kommentar: Palliativ sedering kan användas om den enskilde har svåra symtom som inte kan lindras med andra metoder. Behandlingen ges utifrån den enskildes önskemål, tillstånd och behov av symtomlindring enligt läkarordination. Palliativ sedering är inte detsamma som narkos.

Multiprofessionellt team

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

Kommentar: Multiprofessionella team kan bestå av personal både från hälso- och sjukvård och från socialtjänst

Palliativt konsultteam

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

Kommentar: Konsultteamet kan på uppdrag även utföra vissa palliativa insatser gentemot den enskilde och dennes närstående.

Allmän palliativ vård

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

Kommentar: Avrådd term för detta begrepp är *basal palliativ vård*

Specialiserad palliativ vård



MAS riktlinjer för hälso- och sjukvård

Detta styrdokument beslutades av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan

Uppföljning och uppdatering: Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

Gäller fr.o.m. 2014-02-01

Hälso och sjukvårdslagen 1982:763. Patientsäkerhetslag 2010:659. Patientsäkerhetsförordning 2010:1369. Ledningssystem för

systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9. Socialstyrelsen 2013, Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Regionala cancercentra i samverkan, Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012 – 2014.

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

Kommentar: Den enskilde kan få specialiserad palliativ vård inom en specialiserad palliativ verksamhet, eller inom en verksamhet som bedriver allmän palliativ vård med stöd av ett palliativt konsultteam.

Avrådd term för detta begrepp är avancerad palliativ vård.

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.

Kommentar: Brytpunkten palliativ vård i livets slutskede föregås av en helhetsbedömning av den enskildes tillstånd som leder fram till ett ställningstagande om att ändra vårdens mål och innehåll. I samband med brytpunkten genomförs brytpunktssamtal med den enskilde och dennes närstående.

Brytpunkt är ett administrativt uttryck som används inom och mellan professioner.

Brytpunktssamtal vid övergång till palliativ vård i livets slutskede

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

Kommentar: Om det är i enlighet med den enskildes önskemål erbjuds närstående att delta i brytpunktssamtal.

Det är vanligt att läkaren och personal i teamet har flera samtal med den enskilde och dennes närstående i samband med övergången till palliativ vård i livets slutskede.

Brytpunktssamtal dokumenteras i journalen.

Brytpunktssamtal är ett administrativt uttryck som används inom och mellan professioner.

Efterlevandesamtal

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

Kommentar: Palliativ vård slutar inte i och med dödsfallet utan inbegriper visst organiserat stöd till närstående för att hantera sin situation även efter dödsfallet. Samtalen utformas olika beroende på behov och syfte.



MAS riktlinjer för hälso- och sjukvård

Detta styrdokument beslutades av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan

Uppföljning och uppdatering: Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

Gäller fr.o.m. 2014-02-01

Hälso och sjukvårdslagen 1982:763. Patientsäkerhetslag 2010:659. Patientsäkerhetsförordning 2010:1369. Ledningssystem för

systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9. Socialstyrelsen 2013, Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Regionala cancercentra i samverkan, Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012 – 2014.

Livshotande tillstånd

Tillstånd som på grund av sjukdom eller skada innebär fara för en människas liv.

Döende

Det skede när den enskildes livsviktiga funktioner sviktar och symtom visar att döden är nära.

Liverpool Care Pathway – LCP

LCP är en standardiserad vårdplan för vård av döende individer under sista veckan/dygnen. Vårdplanen utarbetades i en hospice verksamhet i England och syftet var att sprida kunskap från den palliativa vården till övriga vårdformer. LCP är en kunskapsbaserad och standardiserad vårdplan med ett dokumentationsstöd som består av tre faser med arton specifika och definierade mål.

Då LCP används ges förutsättningar till personalen att arbeta strukturerat för att göra vården under livets sista tid så bra som möjlig såväl för den enskilde som dennes närstående.

När det gäller palliativ vård i livets slutskede ska LCP modellen följas inom egenregiverksamheten i Värmdö kommun, Djuröhemmet och Gustavsgården.

I varje verksamhet inom egenregion finns det utsedda kontaktsjuksköterskor för LCP. Dessa sjuksköterskor har en viktig funktion i att stödja personalen i det praktiska arbetet och initiering av LCP som rör palliativ vård och i användandet av LCP. Kontaktsjuksköterskor erhåller kontinuerlig handledning/utbildning via ansvariga mentorer inom LCP.

Idag finns många kommuner, vård och omsorgsboenden samt sjukhuskliniker och hospice anslutna till LCP modellen, som arbetar med palliativ vård i livets slutskede.

LCP fas 1

Initial bedömning punkt 1 -3 ansvarar läkare för att genomföra

1. Ställningstagande till aktuell medicinering, ej nödvändig medicinering utsatt
2. Subkutan vid behovs-medicinering ordinerad i läkemedelsjournal
3. Icke nödvändiga åtgärder avslutade
4. Förmåga att kommunicera på svenska bedömd som adekvat (boende och närstående)
5. Insikt om tillståndet bedömd (boende och närstående)



MAS riktlinjer för hälso- och sjukvård

Detta styrdokument beslutades av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan

Uppföljning och uppdatering: Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

Gäller fr.o.m. 2014-02-01

Hälso och sjukvårdslagen 1982:763. Patientsäkerhetslag 2010:659. Patientsäkerhetsförordning 2010:1369. Ledningssystem för

systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9. Socialstyrelsen 2013, Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Regionala cancercentra i samverkan, Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012 – 2014.

6. Bedömning av andliga och religiösa samt existentiella behov gjord (boende och närstående)
7. Tagit reda på hur närstående ska informeras om patientens förestående död
8. Närstående får praktisk information om enheten
9. Distriktsläkare/inremitterande känner till patientens tillstånd
10. Planering av vården är förklarad och diskuterad (boende och närstående)
11. Närstående har förstått den planerade vården

LCP fas2

Kontinuerlig bedömning

Inom ramen för LCP ska följande förväntade symtom bedömas regelbundet. Detta utesluter givetvis inte att även andra symtom bedöms och vid behov behandlas.

Symtom som ska bedömas var 4:e timme:

Smärta, andnöd, sekret i luftvägarna, illamående/kräkning, oro, agitation, miktionsproblem (problem med vattenkastning) samt besvär från munhålan.

Symtom som ska bedömas var 12:e timme:

Rörlighet, trycksår, tarmfunktion, insikt, behov av psykologiskt och religiöst/andligt stöd och behov av stöd för närstående.

Efter dödsfallet ska ytterligare 7 mål uppnås

1. Primärvård/ annan vårdgivare är informerad om att patienten har dött
2. Omhändertagande av den avlidne enligt gällande rutiner
3. Handläggning efter dödsfallet genomgången och utförd, till exempel dödsbevis
4. Information till närstående om enhetens rutiner vid dödsfall
5. Omhändertagande av den dödes personliga tillhörigheter enligt enhetens rutin
6. Erforderlig skriftlig information och rådgivning given till berörda personer
7. Informationsbroschyr om sorg/sorgearbete lämnad

Dokumentation och vårdplanering i samband med att LCP införs

I samband med att läkare bedömt att LCP ska inledas ska en anteckning göras i daganteckning och i resp. vårdplan i datajournalen. Dokumentation kring palliativ vård i livets slutskede förs nu i LCP journal i härför avsedda delar. De uppgifter som inte ryms i LCP journalen eller hör hemma där ska fortsättningsvis föras i datajournalen.

- Sjuksköterska ansvarar för att kalla berörda personalkategorier till en kortare vårdplanering inför palliativ vård i livet slutskede samt informera om att LCP införs.
- Sjuksköterska erbjuder närstående att delta om det är den enskildes vilja.



MAS riktlinjer för hälso- och sjukvård

Detta styrdokument beslutades av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan

Uppföljning och uppdatering: Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

Gäller fr.o.m. 2014-02-01

Hälso och sjukvårdslagen 1982:763. Patientsäkerhetslag 2010:659. Patientsäkerhetsförordning 2010:1369. Ledningssystem för

systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9. Socialstyrelsen 2013, Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Regionala cancercentra i samverkan, Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012 – 2014.

- Varje yrkeskategori gör de bedömningar de anser är nödvändiga i samband med att palliativ vård i livets slutskede har inletts samt informerar den enskilde och i förekommande fall närstående.
- Varje yrkeskategori ansvarar för att journalföra uppgifterna.

LCP journalen är en originalhandling och ska arkiveras som övrig hälso- och sjukvårdsdokumentation.

Ansvar

Verksamhetschefen

- Att dessa riktlinjer är kända av all personal och efterlevs inom verksamheten.
- Att komplettera denna riktlinje med lokala rutiner och processbeskrivningar samt egenkontroll för palliativ i vård i livets slutskede som ska ingå i verksamhetens ledningssystem.
- Att det finns fungerande forum för samverkan och dialog mellan olika yrkesgrupper i syfte att ge en god och säker palliativ vård i livets slutskede.
- Att personalen har tillräcklig kompetens i palliativ vård
- Att personalen får möjlighet till handledning i form av reflekterande samtal om etiska frågor kring vård i livets slutskede.
- Att nyanställd personal introduceras och får kunskap om denna riktlinje, lokala rutiner och processbeskrivningar samt i LCP (Liverpool Care Pathway) modellen.
- Att arbeta för att skapa en god och stödjande vårdmiljö

Medicinskt ansvarig sjuksköterska(MAS)

- Att boende inom kommunens verksamheter får en säker och ändamålsenlig vård
- Att ta fram riktlinjer för palliativ vård i livets slutskede samt revidera dessa utifrån gällande krav
- Att granska och redovisa arbetet utifrån denna riktlinje kring verksamhetens arbete med palliativ vård i livets slutskede.
- Att arbeta för att skapa en god och stödjande vårdmiljö

Sjuksköterska i tjänst alt. sjuksköterska med omvårdnadsansvar

- Att arbeta utifrån denna riktlinje samt enligt LCP modellen och gällande lokala rutiner.
- Att till läkare påtala behov av bedömning i att genomföra ställningstagande av brytpunkt för palliativ vård i livets slutskede samt brytpunktssamtal.



MAS riktlinjer för hälso- och sjukvård

Detta styrdokument beslutades av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan

Uppföljning och uppdatering: Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

Gäller fr.o.m. 2014-02-01

Hälso och sjukvårdslagen 1982:763. Patientsäkerhetslag 2010:659. Patientsäkerhetsförordning 2010:1369. Ledningssystem för

systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9. Socialstyrelsen 2013, Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Regionala cancercentra i samverkan, Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012 – 2014.

- Att informera närstående och samtidigt dela ut broschyr "Närståendestöd" från Svenska palliativregistret
- Att upprätta och dokumentera i journal enligt LCP efter läkares ställningstagande att palliativ vård i livets slutskede ska inledas.
- Att erbjuda närstående att medverka vid vårdplanering inför palliativ vård i livets slut samt
- Att informera och göra den äldre delaktig i sin palliativa vård i livets slutskede samt att föreslå lämpliga omvårdnadsåtgärder.
- Att informera och samverka med arbetsterapeut/sjukgymnast och kontaktperson i planering och utvärdering av resultat kring vård i livets slutskede
- Att själv observera den boendes symtom samt smärtskatta, analysera och dokumentera resultat av dessa i LCP journal.
- Att handleda och undervisa personal.
- Att erbjuda närstående efterlevandesamtal och genomföra dessa.
- Att registrera uppgifter i Svenska Palliativregistret. Uppgifter ska inhämtas från den personal som vårdat den enskilde vid den aktuella tidpunkten (t.ex. nattsjuksköterska eller kvällssjuksköterska och undersköterska) senaste dygnet alternativt att någon personal kan sitta med vid registreringen så att uppgifterna blir baserade på den enskildes faktiska situation den sista tiden i livet.
- Arbeta för att skapa en god och stödjande vårdmiljö.

Kontaktsjuksköterska för LCP

- Att vara rådgivande och stöttande för kollegor och övriga personalkategorier inom LCP modellens arbetssätt
- Att utföra journalgranskning enligt LCP modellen
- Att medverka på kompetensutvecklingsdagar anordnade av LCP och informera och sprida ny kunskap till kollegor och andra personalkategorier
- Att vara kontaktpersoner till MAS angående frågor kring palliativ vård i livets slutskede inom sin verksamhet
- Att arbeta för att skapa en god och stödjande vårdmiljö.

Arbetsterapeut/sjukgymnast

- Att samverka med sjuksköterska samt berörd personal kring planering och utvärdering av palliativ vård i livets slutskede.
- Att bedöma förändrat behov, förskrivning av hjälpmedel, viloställningar i samband med palliativ vård i livets slutskede.
- Att informera och göra den äldre och i förekommande fall närstående delaktig i bedömningen och föreslå åtgärder.
- Att informera och handleda personal



MAS riktlinjer för hälso- och sjukvård

Detta styrdokument beslutades av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan

Uppföljning och uppdatering: Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

Gäller fr.o.m. 2014-02-01

Hälso och sjukvårdslagen 1982:763. Patientsäkerhetslag 2010:659. Patientsäkerhetsförordning 2010:1369. Ledningssystem för

systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9. Socialstyrelsen 2013, Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Regionala cancercentra i samverkan, Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012 – 2014.

- Arbeta för att skapa en god och stödjande vårdmiljö.

Kontaktperson

- Att arbeta utifrån denna riktlinje samt enligt LCP modellen och gällande lokala rutiner
- Att medverka i vårdplanering inför palliativ vård i livets slutskede tillsammans med sjuksköterska och arbetsterapeut/sjukgymnast, den enskilde och dennes närstående.
- Att ta del av och utföra de omvårdnadsåtgärder som finns ordinerade av legitimerade yrkesutövare
- Att medverka i efterlevandesamtal tillsammans med sjuksköterska och närstående
- Arbeta för att skapa en god och stödjande vårdmiljö.

Indikatorer för god palliativ vård i livets slutskede

Socialstyrelsen har tagit fram nio nationella indikatorer för god palliativ vård. Sex av dessa indikatorer är möjliga att mäta idag med hjälp av de data som registreras bl.a. i Svenska palliativregistret.

1. Täckningsgrad för Svenska palliativregistret

Täckningsgraden avser att spegla i vilken utsträckning vården är kunskapsbaserad.

Täckningsgraden kan mätas på olika nivåer som kommun och landstingsnivå men också enskilda lokala verksamheter.

2. Två eller fler inskrivningar i slutenvård de sista 30 dagarna i livet

Andel döda med två eller fler inskrivningar i slutenvård de sista 30 dagarna i livet. Uppgifterna tas från patient och dödsorsaksregistret

3. Förekomst av trycksår

Uppgifter tas från Svenska Palliativregistret

4. Dokumenterad individuell vid behovsordination av ångestdämpande medel

Ångest är vanlig i palliativ vård och i Svenska Palliativregistret registreras antal personer som haft en vid behovs ordination av ångestdämpande medel i livets slut.

5. Dokumenterad individuell vid behovsordination av opioid

Smärtor är vanliga vid palliativ vård. Andel personer med en vid behovs ordination mot smärta i livets slut. Uppgifter hämtas från Svenska Palliativ



Detta styrdokument beslutades av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan

Uppföljning och uppdatering: Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och uppdatering av detta styrdokument.

Gäller fr.o.m. 2014-02-01

Hälso och sjukvårdslagen 1982:763. Patientsäkerhetslag 2010:659. Patientsäkerhetsförordning 2010:1369. Ledningssystem för

systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9. Socialstyrelsen 2013, Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Regionala cancercentra i samverkan, Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012 – 2014.

registret

6. Dokumenterad munhälsobedömning

Att ha kontroll på munstatus i livets slutskede är betydelsefullt. Andel genomförda munhälsobedömningar i livets slut. Uppgifter hämtas från Svenska Palliativregistret.

Socialstyrelsen har tagit fram tre utvecklingsindikatorer.

Utvecklingsindikator 1-3

1. Samtal om vårdens innehåll och riktning
2. Smärtanalys och regelbunden smärtskattning av smärtintensitet
3. Regelbunden användning av symtomskattnings instrument

(Var god läs vidare om nationella kvalitetsindikatorer i Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Socialstyrelsen 2013).

Ann-Christin Nordström
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

