

Ansvarig

Vellinge kommun
Näsets läkargrupp
Vellinge vårdcentral

Upprättad den

2013-10-21

Upprättad av

Pernilla Hedin, Gunilla Liljegren, Helen Hansson
Malmgren, Vellinge kommun, Lena Fjällström,
Anne Theander, Näsets läkargrupp, Christin
Tornvall, Fariba Farzaneh, Vårdcentralen
Vellinge

Reviderad den

2023-12-18

Samverkansrutin för kommunal palliativ vård i livets slutskede

Bakgrund

Palliativ vård i livets slutskede är vård som ges under patientens sista tid i livet när målet med vården är att lindra lidande och främja livskvalitet. Benämningen ”sista tiden i livet” kan förklaras med att döden är oundviklig inom en överskådlig framtid dvs. att patienten bara har en kort tid kvar att leva, kanske några timmar, dagar, veckor eller månader. För att patienten och anhöriga ska kunna förbereda sig är det av central betydelse att de får möjligheten till insikt i att livet lider mot sitt slut. Samordning mellan primärvård och kommun är en grundläggande förutsättning för god palliativ vård i livets slutskede.

Regelverk, nationella riktlinjer och film

- [Hälso- och sjukvårdslagen \(2017:30\)](#)
- [Palliativ vård, Nationellt vårdprogram 2021](#)
- [Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede, Socialstyrelsen, artikelnummer 2013-6-4](#)
- [Film om Åldrande, skörhet och sista tiden i livet](#)

Regelverk och nationella riktlinjer ska alltid ligga till grund för den vård som erbjuds inom primärvård och kommun. Verksamheterna ansvarar själv över implementering och uppföljning.

Brytpunktssamtal

Brytpunktssamtal ska ske då målet för vården ändrar riktning från att vara livsförlängande till att vara lindrande. Bakomliggande orsak kan t.ex. vara tumörsjukdomar, stroke, hjärt- och kärlsjukdom, demenssjukdom och/eller organsvikt relaterat till hög ålder. Äldre personers döende kännetecknas av att den döende patienten ofta har flera olika sjukdomar, besvär och funktionsnedsättningar vilket gör dem skörare och deras situation mer komplex.

Exempel som kan vara tecken på att livets slut närmar sig:

- Nedsatt sväljförmåga och nutritionssvårigheter
- Nedsatt förmåga att kommunicera
- Nedsatt rörelseförmåga med ökad fallrisk
- Förändrat aktivitetsmönster, är tröttare och mer sängliggande
- Ökat hjälpbehov, kan inte längre klara av aktiviteter i det dagliga livet

Läkaren har det medicinska ansvaret och därmed ansvaret för patientens behandling. Det är dock i regel den personal som arbetar närmst patienten som först uppmärksammar förändringar i patientens allmäntillstånd som måste initiera ett brytpunktssamtal. Det är av största vikt att personalen reagerar snabbt och meddelar dessa förändringar till ansvarig läkare så att man hinner planera för och genomföra ett brytpunktssamtal. Både kommun och primärvård ska kunna delta i ett brytpunktssamtal med kort varsel. Sjuksköterska, kontaktperson samt anhörig bör delta i samtalet om vårdtagare ej önskar annat. Har vårdtagaren förlorat sin förmåga att tillgodogöra sig given information, ska denna information alltid delges anhörig.

Brytpunktssamtal ska ske som ett personligt möte i en miljö som främjar det svåra samtalet. Endast i undantagsfall får samtal med anhörig ske per telefon.

Brytpunktssamtal bör omfatta:

- Patientens tankar om sin situation, behov och önskemål
- Information till patient och närstående om förväntat förlopp, att målet med behandlingen är symtomlindring och att livsförlängning inte längre är möjligt eller gagnar patienten. Anhöriga och vårdtagare ska informeras och vara delaktiga i beslut om sparsamhet om antibiotika, intravenös infusion samt akut sjukvård.
- Översyn av befintlig läkemedelsordination. Endast de läkemedel som är av nytta för patienten ska finnas kvar, till exempel analgetika och antiemetika.
- Vid behovsläkemedel ska alltid ordinerats mot smärta, ångest, illamående, rosslighet och andnöd samt mot andra eventuella symtom.
- Identifiera patient och anhörigas eventuella behov av emotionellt stöd så som kuratorkontakt eller remiss till psykolog/psykiatriker.

Dokumentation ska ske i respektive verksamhets patientjournal. Hälso- och sjukvårdsenheten i kommunen ansvarar för att upprätta en vårdplan/hälsoplan som förvaras i patientens hem.

Anhörigstöd

Anhöriga ska kontinuerligt informeras av ansvarig sjuksköterska och/eller läkare samt erbjudas delta i brytpunktssamtal, vård och omsorgsplanering samt andra möten om vårdtagaren inte har andra önskemål.

Personalstöd

Det är av största vikt att personalen reagerar snabbt och meddelar förändringar till ansvarig läkare. Läkaren ansvarar för att det finns en planering kring patientens medicinska vård dygnet runt exempelvis läkemedelsordination, vid behovs ordination, ställningstagande. Denna planering ska kunna följas av den legitimerade personalen vid förändringar i patientens tillstånd. Det ska vara tydligt vem personalen ska kontakta när det uppstår behov av konsultation eller hembesök oavsett tid på dygnet. Övrig vårdpersonal ska informeras kontinuerligt av läkare och sjuksköterska så att de är väl införstådda med den vård som ska ges samt har möjlighet att framföra behov de ser hos patient eller anhöriga.

Specifik omvårdnad

Patientens vårdplan/hälsoplan ska innehålla eventuella ordinationer och specifik omvårdnad som vårdpersonal förväntas utföra. Detta kan t.ex. gälla munvård, trycksår/förebyggande åtgärder så som antidecubitusmadrass och vändningar, urintappning/kateterisering, vak, observationer samt när legitimerad personal ska kontaktas. All omvårdnad ska alltid utgå från det Nationella Vårdprogrammet för palliativ vård.

Förväntat dödsfall

Blankett för förväntat dödsfall fylls i av läkare samt ska förvaras i HSL-pärm i patientens hem. Ordinationen ska uppdateras 1x/månad i samband med läkartid. Särskild rutin finns för detta.

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 patientjournal ska vara "Ej HLR". Läkare ansvarar för att informera patient och anhöriga.

Palliativregistret

Ansvarig sjuksköterska ska registrera dödsfall i Palliativregistret enligt särskild rutin. Information inhämtas från berörd vårdpersonal och läkare och ska användas som en möjlighet till reflektion mellan den personal som varit involverade i vården kring patienten. Vellinges resultat i Palliativregistret ska regelbundet lyftas i verksamheterna för att identifiera förbättringsområden, planera åtgärder och uppföljning.

Efterlevnadssamtal

Ansvarig sjuksköterska som vårdat en person i livets slutskede, oavsett var dödsfallet skett, bör ha som rutin att kontakta efterlevande anhöriga och erbjuda ett samtal. De flesta samtal kan ske per telefon men det kan även behövas att man kallar till ett möte där även den ansvariga läkaren och vårdpersonal deltar.