Riktlinje

Vård i livets slutskede

Typ av styrdokument: Riktlinje
Beslutande instans: Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
Datum för beslut: 2024-07-25
Diarienummer: 2024.190 VON

Gäller för: Vård- och omsorgsförvaltningen samt LOV
Giltighetstid: 2 år
Ersätter: 2022-12-07
Dokumentansvarig: MAS

alingsas.se

ALINGSÅS KOMMUN

Innehåll

Bakgrund **1**
Syfte **1**
Personalkategori **1**
Utförande **1**
Definitioner 1
Samtal vid allvarlig sjukdom 2
Brytpunktssamtal 2
Dokumentation 3
Läkemedel 3
Smärtlindring och regelbunden skattning av smärtintensitet 3
Symtomskattning 4
Omvårdnad 4
Munvård och munvårdsbedömning 4
Nutrition 4
Bedömning av hudkostym 5
Palliativ vård i livets slutskede 5
Beställning och information om vak vid vård i livets slut 5
Kunskapsstöd **7**

Bakgrund

Vård i livets slutskede ska som all annan vård ges i enlighet med patientlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och om lämpligt med närstående (5 kap. 1 och 3 §§ PL).

Palliativ vård skall ges till alla i livets slutskede med högsta prioritet enligt Hälso- och sjukvårdslagen. Palliativ vård i livets slutskede är den vård som ges under personens sista tid i livet när bot inte är möjligt. I det Nationella vårdprogrammet - palliativ vård i livets slutskede- framgår att den palliativa vården kan sammanfattas med fyra ledord; närhet, helhet, kunskap och empati. Innehållet i dessa omfattar de viktigaste delarna av en välfungerande palliativ vård: symtomlindring, teamarbete, kommunikation och relation samt stöd till närstående. Det övergripande målet att hjälpa patienten att uppnå bästa möjliga livskvalitet genom att lindra symtom och ge existentiellt stöd i livets slutskede.

Syfte

Syftet är att ge stöd i den dagliga vården för all personal som arbetar med brukare i livets slut. Målet är att ge patienten en individuell vård med anpassade åtgärder genom god omvårdnad i samverkan med alla i teamet.

Personalkategori

All vårdpersonal, enhetschefer, socialsekreterare och legitimerad personal inom förvaltningen samt hemtjänst inom LOV.

Utförande

Definitioner

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.

Palliativ vård i livets slutskede: palliativ vård som ges under patientens sista tid i livet när målet med vården är att lindra lidande och främja livskvalitet.

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.

Brytpunktssamtal vid övergång till palliativ vård i livets slutskede: samtal mellan ansvarig läkare eller tjänstgörande läkare och patient om ställningstagandet att övergå till palliativ vård i livets slutskede, där innehållet i den fortsatta vården diskuteras utifrån patientens tillstånd, behov och önskemål.

Samtal vid allvarlig sjukdom

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7) om livsuppehållande behandling framgår att en patient med ett livshotande tillstånd ska få en legitimerad läkare som fast vårdkontakt (2 kap. 3 §).). Denne ska ansvara för planeringen av patientens vård. Den fasta vårdkontakten bör även planera för hur patientens sociala, psykiska och existentiella behov ska kunna tillgodoses. Om det ännu inte finns någon fast vårdkontakt (läkare) utsedd för patienten, ska någon annan legitimerad läkare som deltar i patientens vård. Den fasta vårdkontakten (läkaren) ska fortlöpande uppdatera, ompröva och följa upp planeringen av patientens vård (5 §).

Samtalen utgör ett verktyg för utformning av fortsatt vård och behandling, där patientens och närståendes behov, önskemål och prioriteringar samt styrkor och resurser utgör grunden. Att tidigt initiera samtal med patient och närstående om prognos, diagnos samt om önskemål och preferenser om framtida vård ökar inte bara möjligheterna för en ökad delaktighet, det har även visat sig minska oro, ångest och ger en ökad livskvalité för patient och närstående.

Brytpunktssamtal

Brytpunktssamtal vid övergång till palliativ vård i livets slutskede är samtal mellan den ansvariga eller tjänstgörande läkaren och patienten om beslutet att övergå till palliativ vård i livets slutskede. Samtalen utgår från patientens situation och önskemål så långt det är möjligt och anpassas till patientens kognitiva förmåga, kulturella bakgrund och önskan om delaktighet. Särskild hänsyn tas vid samtal med barn och unga som är brukare eller närstående. Oftast rör det sig inte om en enda brytpunkt utan en process över tid, och därmed behövs upprepade samtal.

Vid samtalen är det ofta önskvärt att närstående deltar, om patienten tillåter det.

Tecken på när ett palliativt förhållningssätt bör styra vårdens inriktning:

- Svårigheter att klara allmän daglig livsföring, vilar allt mer.
- Nekande svar på frågan ”Tror du denna patient lever om ett år?”
- Upprepade vårdtillfällen på sjukhus på grund av försämring som inte är möjlig att behandla.
- Progredierande nedsatt kognitiv förmåga.

Tecken på att patienten har en kort tid kvar att leva:

- Väsentligen sängbunden
- Vilar stora delar av dygnet. Kan inte svälja mediciner
- Kan endast dricka små klunkar
- Nekande svar på frågan ”Tror du att denna patient lever om ett par dagar eller några få veckor?”

Läkaren ansvarar för att brytpunktsamtal genomförs med patienten och/eller anhörig. Har brytpunktssamtal inte utförts ska sjuksköterska kontakta ansvarig läkare och informera om att brytpunktssamtal bör genomföras. Det är viktigt att det tydligt framkommer av

sjuksköterskans dokumentationen att ett brytpunktssamtal är genomfört samt vilka som har deltagit.

Dokumentation

Brytpunktssamtal och deltagare vid brytpunktssamtal dokumenteras enligt ovan. När patienten inträder i vård i livets slut fortsätter dokumentation i de eventuella tidigare omvårdnadsplanerna, alternativt startas nya om tidigare dokumentation saknas. Vårdplan ”palliativ vård administration”, alternativt ”VILS administration” startas enligt rutin för Hälso- och sjukvårdsdokumentation. Grundläggande information om behandlingsanvisning, brytpunktssamtal, trygghetsordinationer, öppen retur och ESAS anges också enligt rutin.

Identifiera omvårdnadsbehovet tillsammans med patienten och eller närstående med syfte att patienten ska leva med största möjliga välbefinnande och tillgodose fysiska, psykiska, sociala och existentiella/andliga behov. Beskriv hur patientens delaktighet och önskemål respekteras. Dokumentera överenskommelser gällande information, hjälp med medicinering, om läkaren informerat brukare och närstående samt genomförda skattningar och planerade åtgärder.

En bedömning gällande behov av vak ska uppdateras och utvärderas regelbundet.

Relevant information gällande planerade åtgärder vid livets slut ska överföras till SOL/LSS-dokumentation genom läsbehörighet till vård- och omsorgspersonal.

Läkemedel

Ansvarig läkare ska se över ordinerade läkemedel och säkra upp att det finns en individuell ordination av läkemedel som vid behov kan ges i injektionsform för att lindra smärta, illamående, ångest och rosslighet.

Då läkemedelsbehandling sätts in ansvarar sjuksköterskan tillsammans med omvårdnadspersonalen för att observera, dokumentera, utvärdera och rapportera behandlingseffekt samt eventuella biverkningar. Sjuksköterska kan utifrån en individuell bedömning förbereda injektion av i förväg iordningställd dos enligt vidbehovsordination, som kan delegeras till särskild utsedd personal.

Vidbehovsmedicin får aldrig ges utan att sjuksköterska först har konsulterats. När vårdpersonal bedömer att patienten behöver vidbehovsmedicin ska en symtomskattning alltid genomföras och dokumenteras och kontakt tas med sjuksköterska. Sjuksköterska ska alltid följa upp effekten av den givna dosen och göra en ny symtomskattning.

Smärtlindring och regelbunden skattning av smärtintensitet

Smärta är vanligt förekommande i livets slutskede och en välfungerande smärtbehandling förutsätter att smärtan skattas regelbundet och systematiskt. I palliativ vård finns ingen risk för att utveckla ett missbruk genom generös smärtlindring med morfinpreparat. Målsättningen är att få en stabil och jämn smärtlindring i samråd med patientansvarig läkare där smärtgenombrott skall undvikas så mycket som möjligt.

En förtroendefull och lugn dialog med patienten är förutsättning för en bra smärtanamnes och en välfungerande skattning av smärtan. Systematisk och upprepad skattning av smärta med hjälp av ett skattningsinstrument och efterföljande dokumentation kan vara ett komplement för att förbättra och kvalitetssäkra smärtbehandlingen. Det är viktigt att

patientens subjektiva skattning respekteras och dokumenteras eftersom det inte går att se på en brukare hur ont hen har.
Valet av skattningsinstrument kan variera beroende på verksamhet och brukare. De idag vanligaste skattningsinstrumenten VAS (Visuell analog skala), Abbey pain scale som är validerat för dementa i palliativt skede eller Doloplus-2 som är framtaget att mäta smärta hos äldre med nedsatt kommunikationsförmåga.

Smärtskattning ska genomföras och dokumenteras minst en gång per dag under den sista tiden i livet. Bedömningsinstrumentet Abbey pain scale finns tillgängligt i verksamhetssystemet i samband med dokumentation vid utredning/bedömning av behov.

Symtomskattning

Skattningsformulär för bedömning av symtom kan användas som underlag för samtal med patienten om hur dagen har varit, vilket kan ge patienten möjlighet att reflektera över sin situation. För att på bästa sätt följa symtombilden hos en brukare som kanske inte längre är helt vaken är standardiserad symtomskattning avgörande.

Vi använder oftast ESAS (Edmonton Symptom Assessment System: revised) för symtomskattning. Blankett för nedladdning finns på Alfresco och i verksamhetssystemet i samband med dokumentation. Sjuksköterska ansvarar för att bedömningar genomförs och dokumenteras sista tiden i livet.

Omvårdnad

Palliativ omvårdnad innebär att stödja den sviktande kroppen, att upprätthålla funktioner och åtgärder som rör en persons grundläggande palliativa vårdbehov. Det handlar inte enbart om att definiera specifika symtom och lindra besvärande symtom, utan också om aktiviteter för att öka välbefinnandet och livskvalitet. Mer information finns i Kunskapsbanken.cancercentrum.se.

Den basala omvårdnaden planeras i samråd med sjuksköterskan.

Munvård och munvårdsbedömning

För att problem från munnen inte skall orsaka alltför stora besvär är det viktigt med ett förebyggande arbetssätt och att problemen upptäcks så tidigt som möjligt. Sjuksköterska ansvarar för att Munhälsobedömningar med hjälp av ROAG – riskbedömning av munhälsa genomförs och dokumenteras regelbundet, sista tiden i livet och förmedlar när munvård ska utföras av vård- och omsorgspersonal. Blankett för munvård- och lägesändringsschema som finns på Alfresco används av vård- och omsorgspersonal och lämnas ut av sjuksköterska.

Vid medvetslöshet eller **vård** i livets slutskede kan munslemhinnan fuktas med hjälp av skumgummitork, vilket kan vara en mycket viktig omvårdnadsåtgärd. Med ett fingerskydd kan assisterad **munvård** genomföras utan att patienten behöver gapa stort.

Munvård ska göras ofta. Var uppmärksam på symtom från munhåla och läppar som kan orsak lidande t.ex. svamp och torrsprickor.

Nutrition

Den patient som kan och vill äta ska få hjälp att göra så genom att mat och dryck anpassas och erbjudas enligt patientens önskemål. Tidigare råd om energi – och proteintät mat kan behöva omvärderas då kroppen i livets slutskede har begränsad förmåga att metabolisera

näringsämnen. VILS-kost (önskekost) kan beställas för de som bor på SÄBO.
Har enteral eller parenteral nutrition påbörjats är det viktigt att detta utvärderas extra noga och att patient och anhöriga informeras om för och nackdelar med insatt behandling.

Bedömning av hudkostym

Hudens kondition har stor betydelse för välbefinnandet, och en god hudvård kan förebygga hudskador, klåda och sår. Inom ramen för palliativ vård kan flera olika typer av sår förekomma, både svårläkta sår som inte har med grundsjukdomen att göra, och sår som är direkt orsakade av sjukdomen såsom maligna tumörsår.

Risken att drabbas av trycksår i livets slutskede är stor eftersom patienter i sent palliativt skede ofta har många riskfaktorer såsom nedsatt allmäntillstånd och rörlighet, försämrad cirkulation, malnutrition och inkontinens. Blankett för munvård- och lägesändringsschema som finns på Alfresco används av vård- och omsorgspersonal och lämnas ut av sjuksköterska. Sjuksköterskor ska utföra och dokumenterar riskbedömningar enligt Norton-skalan med kopplade aktivitets- och åtgärdsplaner i journalen.

Palliativ vård i livets slutskede

Gränsen för när sen palliativ fas inleds är också diffus och flytande. Det är svårt att bedöma när se palliativ fas inträder och när vilka läkemedel skall användas. Det kan vara bra att samråda angående fyra frågor som vid jakande svar indikerar tt döden är nära.

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.

- Finns kliniska tecken på att patienten är döende?
- Är patientens försämrade tillstånd förväntat?
- Har behandlingsbara tillstånd övervägts?
- Är livsförlängande behandling orimlig?

Inför ett ställningstagande till att inte inleda eller inte fortsätta livsuppehållande behandling ska den fasta vårdkontakten (läkaren) rådgöra med minst en annan legitimerad yrkesutövare (SOSFS 2011:7 3 kap. 2 §). Den fasta vårdkontakten (läkaren) ska i patientjournalen bl.a. dokumentera sitt ställningstagande till livsuppehållande behandling, när och med vilka yrkesutövare han eller hon har rådgjort, uppgifter om samråd med patienten samt när och på vilket sätt patienten och närstående har fått individuellt anpassad information (3 kap. 3 §).

Sjuksköterska ska därför alltid samråda med läkare innan beslut tas om palliativ fas och behandling med trygghetsordinationer inleds. Läkare kan behöva göra ett fysiskt besök för att kunna fatta rätt beslut.

Beställning och information om vak vid vård i livets slut

Sjuksköterskan gör en bedömning när patienten inträder i vård i livets slut.

När behovet av omvårdnad inte kan tillgodoses med beslutade hälso- och sjukvårdsinsatser, Sol insatser eller av anhöriga kan det vara aktuellt med vak sista tiden. Sjuksköterskan ansvarar för beställning av vak när det finns ett behov utöver de beslutade hälso- och sjukvårdsinsatser och SOL-/LSS-insatser som inte tillgodoses av anhöriga.

- Sjuksköterskan meddelar omgående muntligt ansvarig enhetschef (gäller även enhetschef i beredskap vid obekväm arbetstid) och via verksamhetssystem till socialsekreterare, arbetsterapeut och fysioterapeut. På obekväm arbetstid gäller det för LSS-verksamheten att personalen på enheten kontaktas. Personalen kontaktar vid behov berörd enhetschef enligt gällande rutin.
- Utförare av kommunal och privat vård och omsorg ska på uppdrag från ansvarig sjuksköterska ge vård och omsorg i livets slut dygnet runt (samt eventuellt vak).
- Beslut om vård i livets slut ska dokumenteras i omvårdnadsplan palliativ vård administration/VILS administration.
- Beslut om vak ska dokumenteras via beställning till SoL/LSS-utförare via insatsen ”ständigt närvarande personal” som skickas till den som ska utföra insatsen (det ordinarie hemområdet).
- Vid vak lägger sjuksköterskan in insatsen i kalendern som utvärdering av VAK under lämplig KVÅ-kod, knuten till VILS administration.
- Symptom, åtgärder och behandling dokumenteras i respektive vårdplan enligt rutin för hälso- och sjukvårdsdokumentation.
- Enhetschefen har en dialog med vård- och omsorgspersonal och sjuksköterska om planeringen av vak. Enhetschefen gör bedömningen och planeringen av personalresurserna ihop med patienten och anhöriga. Enhetschef ansvar för hur vaket utformas. Enhetschef förmedlar planeringen till sjuksköterska, skriftligt via verksamhetssystem.
- Behovet av resurser vid vak utvärderas dagligen. Detta är enhetschefens ansvar. Detta görs i samråd med teamet (enhetschef, patientansvarig sjuksköterska och vårdpersonal) runt patienten och förmedlas skriftligt till teamet via verksamhetssystem.
- Vid ändring av beslut om vård i livets slut *ska* sjuksköterskan muntligt omgående meddela ansvarig enhetschef (gäller även enhetschef i beredskap vid obekväm arbetstid), och via verksamhetssystem till socialsekreterare, arbetsterapeut och fysioterapeut.
- Utvärderingar och omprövning dokumenteras i Verksamhetssystem SOL eller LSS.

Kunskapsstöd

Munvård vid livets slut

Fickformat Abbey Pain Scale- SWE och ROAG

Lathund för undersköterskan

Lathund för sjuksköterskan

Abbey Pain Scale - SWE

Vård i livets slutskede och dödsfall - Vårdhandboken

Kunskapsbanken.cancercentrum.se

Palliativ vård – nationellt vårdprogram

Att hålla brytpunktssamtal - lathund