



Riktlinje för palliativ vård vid livets slut

Antagen av:	Vård- och omsorgsnämnden 2022-01-26, § 4, dnr VON 2022/5
Dokumentkategori:	Styrdokument
Dokumenttyp:	Riktlinje

Riktlinje för palliativ vård vid livets slut	2
Bakgrund.....	2
Syfte.....	2
En god palliativ vård vilar på fyra hörnstenar	2
Begrepp och förklaringar	3
Vård i livets slut	3
Brytpunktssamtal	3
Vårdplan för palliativ vård i livets slutskede.....	4
Vak - inte dö ensam.....	5
Stöd till närstående.....	5
Samtal om livsfrågor och information om döendeprocessen	5
Symtomskattningsinstrument.....	5
Läkemedelsbehandling	6
Utbildning och handledning av personal.....	6
Omvårdnad.....	6
Insatser från arbetsterapeut och fysioterapeut	6
Kvalitetsindikatorer – Palliativa registret	6
Styrande dokument	7

Riktlinje för palliativ vård vid livets slut

Bakgrund

Palliativ vård är ett förhållningssätt för att förbättra livskvaliteten för patienten och hans närstående i samband med en livshotande sjukdom som inte kan botas. Vården inriktas på att tidigt upptäcka, bedöma och behandla smärta och andra fysiska, psykosociala och andliga problem för att kunna förebygga och lindra lidande. Riktlinjen tar sin utgångspunkt i det nationella vårdprogrammet för palliativ vård, vilket beskriver hur palliativ vård bör bedrivas, oavsett patientens diagnos, bakgrund, etnicitet eller vilken vårdform som är aktuell. Vårdprogrammet omfattar patienter över 18 år och beskriver hela det palliativa vårdförloppet, från tidig fas till sen fas.

Palliativ vård betyder omsorg om den döende människan och kan ges under lång tid, parallellt med livsförlängande behandling. Hur länge denna period varar skiljer sig från person till person, det kan röra sig om de sista dagarna, eller om månader och år. Riktlinjen utgår från ett personcentrat, teambaserat arbetssätt med utgångspunkt från de legitimerade yrkesgruppernas uppdrag. De legitimerade yrkesgrupperna har ett ansvar att handleda omvårdnads personal.

Slutligen inträffar en brytpunkt när livsförlängande behandling inte längre ger effekt och då övergår den palliativa vården till palliativ vård i livets slutskede och målet med vården är att lindra lidande och öka livskvalitet.

Vård i livets slutskede kan vara både allmän och specialiserad vård som ges under en persons sista tid i livet.

Syfte

Syftet med palliativ vård i livets slutskede är att hjälpa individen till bästa möjliga livskvalitet och till en god och värdig död.

Palliativ vård och omsorg ska vara individuellt anpassad och främja välbefinnande genom god symtomlindring, självbestämmande och delaktighet. De närstående ska informeras och erbjudas samtal och avlastning.

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

Information om hur döendeprocessen brukar fortskrida och hur kroppens olika funktioner avtar alltmer brukar minska oro. De närstående ska erbjudas psykiskt stöd och ges möjlighet till vila genom att personal stannar hos patienten.

En god palliativ vård vilar på fyra hörnstenar

1. Den första handlar om lindring av svåra symptom som smärta, illamående och oro.
2. Den andra hörnstenen markerar betydelsen av teamarbete mellan olika

professioner, allt efter patientens behov.

3. Hörnsten tre betonar kontinuitet i vården och bra kommunikation mellan sjuka, närstående och vårdpersonal oavsett huvudman.

4. Den fjärde hörnstenen understryker att närstående får tillräckligt stöd eftersom vård i livets slutskede ofta bygger på stora insatser från närstående. Vården ska därför ges i samverkan med dem och deras önskemål så mycket som möjligt. De närstående måste känna att de får information och att deras närvaro och medverkan är betydelsefull.

Begrepp och förklaringar

En förutsättning för att patienten ska få jämlik och säker vård är att vårdpersonalen känner till olika begrepp som förekommer inom ramen för palliativ vård.

Palliativt förhållningssätt - Förhållningssätt som kännetecknas av helhetssyn på människan genom att stödja individen att leva med värdighet och med största möjliga välbefinnande till livets slut

Palliativ vård - "Hälso- och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvalitet 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 ställningstagande att övergå till palliativ vård i livets slutskede, där innehållet i den fortsatta vården diskuteras utifrån patientens tillstånd, behov och önskemål.

Vård i livets slut

Vård i livets slutskede inleds efter att sjuksköterskan rådgjort med övriga i teamet och sedan kontaktat patientansvarig läkare som bedömer att det inte finns någon möjlighet till förbättring av tillståndet och att patienten är i livets slutskede.

Läkaren beslutar att vården ska övergå från att vara botande till att vara palliativ, vilket innebär att vara lindrande vid livets slut. Läkarens beslut dokumenteras i hälso- och sjukvårdsjournalen.

Brytpunktssamtal

Att ligga steget före är av största vikt vid palliativ vård. Det finns ofta gott om tid att föra dialog med personen om behov och önskemål. Med god planering kan teamet kring patienten gå igenom frågor som är viktiga för hen men som kan vara

svåra att tala om. Med god planering är individen, närstående och vårdteamet bättre rustade att möta och lindra kommande försämring. Det är viktigt att göra planeringen känd för alla inblandade och att den dokumenteras på ett tydligt sätt i form av en SIP (Samordnad individuell plan). Definition av brytpunkt är den punkt i ett vårdförlopp då livsförlängande insatser inte längre har effekt, eller då effekten är marginell och att nettoeffekten av insatsen påverkar patientens livskvalité negativt.

När läkaren har beslutat att vården ska övergå till palliativ vård i livets slut ska hen ha ett eller flera s.k. brytpunktssamtal med patienten och de närstående, om patienten inte motsätter sig det. Förutom patienten och de närstående bör ansvarig sjuksköterska närvara för att säkerställa kontinuiteten. I brytpunktssamtalet bör vårdteamet ta reda på hur patienten tänker om sin sjukdom och vad hen har för önskemål vid ytterligare försämring. Patient och närstående har ofta behov av mer än ett brytpunktssamtal för att kunna förhålla sig till sin situation. Samtalen ska dokumenteras så att patientens önskemål och uppgjord plan blir kända av alla som deltar i vården. Vid brytpunktssamtalet ska läkaren informera om vårdens inriktning och mål i livets slutskede.

Samtalet bör även innehålla en genomgång av patientens ordinerade läkemedel där syftet bör vara att sätta ut läkemedel som patienten inte längre har nytta av och istället ordinera palliativa läkemedel mot oro, smärta och andnöd. Vidare bör ställning tas av ansvarig läkare om och i så fall när sjukhusvård är aktuell samt att hjärt-lungräddning inte är indicerad ("Ej HLR"). Ställningstagande om inskränkt behandling, exempelvis att avstå från hjärt- och lungräddning (ej HLR), ska fattas individuellt för varje patient och grundas på en medicinsk bedömning. Ställningstagandet ska fattas av en legitimerad läkare som ska samråda med minst en annan legitimerad yrkesutövare, exempelvis en sjuksköterska. Dokumentera i patientens journal vilka beslut som tagits och att brytpunktssamtalet är genomfört.

Det finns 3 huvudsakliga skäl att avstå från försök till livsuppehållande åtgärder

- Patientens egen vilja
- Det bedöms utsiktslöst att återställa spontan cirkulation och andningsfunktion
- Försök till HLR är inte till gagn för patienten, även om det finns en viss möjlighet till överlevnad. Det handlar om en sammanvägd bedömning av aktuellt hälsotillstånd, prognos, risk i förhållande till nytta, patientens inställning till behandlingen och patientens egen värdering av sin livskvalitet. (Palliativ vård i livets slutskede - Nationellt vårdprogram, RCC 2021)

Informationen kan förebygga oro och missförstånd och öka döende patienters känsla av trygghet och förbättra deras livskvalitet. Kontinuerliga samtal om vårdens inriktning och mål under livets sista tid minskar patientens oro och ångest.

Vårdplan för palliativ vård i livets slutskede

Den döende människans önskningar ska så långt som möjligt styra hur den följande

vården ska genomföras och patienten, de närstående och vårdteamet ska planera vården tillsammans. Sjuksköterskan ska dokumentera denna gemensamma överenskommelse i en *Vårdplan för vård vid livets slut*, som all personal ska ha tillgång till. Vårdplanen uppdateras fortlöpande eller när behov finns. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter medverkar också i att göra en gemensam vårdplan vid vård i livets slutskede. Vårdplanen fördelas sedan till all berörd personal som medverkar i vården av patienten.

Vak - inte dö ensam

En människa som inte vill dö ensam ska erbjudas att ha någon hos sig oavsett om hen bor på särskilt boende (SÄBO) eller i ordinärt boende (ordbo). De närstående ska erbjudas vila genom att det finns personal som stannar hos patienten. Tjänstgörande sjuksköterska avgör när personal ska finnas hos den döende och planerar i samråd med enhetschefen för att vid behov ta in extra vårdpersonal. Det är viktigt att en bedömning om vak görs i samråd med patienten där det är möjligt. Det är tjänstgörande sjuksköterska som även får göra en bedömning att ett vak ska av någon anledning upphöra.

Stöd till närstående

Stöd till närstående innebär ofta att dessa erbjuds att delta i vården och kan också innebära ett emotionellt och ett praktiskt stöd, såväl under patientens sjukdomstid som efter dödsfallet. Ett emotionellt stöd handlar ofta om någon form av samtal såväl under patientens sjukdomstid som efter dödsfallet. Ett praktiskt stöd kan till exempel bli aktuellt om patienten vårdas i hemmet, det kan handla om att den närstående får hjälp med hushållssysslor, blir avlöst några timmar och även under nätterna. I kommunen finns även anhörigstöd som kan vara aktuellt att involvera i den palliativa vården där anhöriga behöver stöttning.

Samtal om livsfrågor och information om döendeprocessen

Möjlighet till samtal om livsfrågor har en positiv effekt på patientens livskvalitet. Information till både patienten och de närstående om hur döendet brukar fortskrida brukar ge lugn. Informationen kan vara att döendet brukar vara mycket lugnt, livsprocesserna upphör sakta, hunger och törst minskar alltmer för att slutligen försvinna helt utan att saknas, medvetandet minskar sakta och växlar mellan vakenhet och djup sömn men hörseln och en medvetenhet om omvärlden finns kvar.

Symtomskattningsinstrument

Symtomskattningsinstrument ska användas regelbundet. En strukturerad bedömning med hjälp av bedömningsinstrument ger bättre möjlighet till optimal symtomlindring och utvärdering av insatt behandling än ostrukturerad bedömning.

Flertalet olika skattningsinstrument finns att tillgå och är lämpliga i olika situationer. Visuellt Analog Skala (VAS) är den mest kända och förutsätter att patienten kan markera graden av symptom på en synlig justerbar skala. Abbey Pain Scale (APS) användas för kognitivt sviktande patienter eftersom undersökningen då bygger på beteende, kroppsliga uttryck och förändringar i vitala parametrar.

Smärta ska bedömas regelbundet och det ska finnas ordinationer för läkemedel att ge vid behov.

En munhälsobedömning, lämpligen enligt Revised Oral 13 Assessment Guide (ROAG), är därför en lämplig åtgärd att göra både tidigt i det palliativa skedet samt ytterligare vid behov och när livet närmar sig slutet är det extra nödvändigt att genomföra denna bedömning. I ett tidigare skede kan åtgärder vara hjälp med fullständig munhygien medan i senare skede kan det endast bli aktuellt med mycket frekvent smörjning och fuktning av slemhinnorna. Bedömningen samt behövda åtgärder ska dokumenteras i patientjournalen samt att utförandet och täta uppföljningar ska dokumenteras i patientjournalen och utvärderas.

Läkemedelsbehandling

Innan läkemedelsbehandling blir aktuellt är det viktigt att behandlingen som erbjuds anpassas efter förväntad nytta för individen och att en helhetsbedömning utifrån individens behov och önskemål görs. Samverkan mellan olika professioner är avgörande för att en god planering ska finnas när en försämring i patientens tillstånd blir aktuell. Det är alltid patient ansvarig läkare som ordinerar läkemedel och ser över syftet med läkemedelsbehandlingen. Region Sörmlands palliativa rutin ska vara en grund för vägledning när det gäller den palliativ vården och vilka läkemedel som ska ordineras.

Utbildning och handledning av personal

Personal som vårdar patienter i livets slut ska få utbildning och handledning och personalens kompetens ska upprätthållas genom regelbunden utbildning.

Omvårdnad

God omvårdnad kan vara att ge små smakportioner eller lite dryck, fukta och torka ur munnen, släta till sängen, hjälpa till med den personliga hygien, förebygga trycksår med hjälp av trycksårspåbyggande madrass och lägesändringar. Att lyssna på patienten eller de närstående om de vill berätta om sina funderingar kan vara ett gott stöd och innebär inte att man som personal ska kunna trösta eller svara på existentiella frågor, det viktiga är att lyssna.

Insatser från arbetsterapeut och fysioterapeut

Den palliativa vården bygger på ett teamarbete där varje profession utgår från att skapa förutsättningar utifrån patientens behov, att lindra symtomen och minska lidande. Utgångspunkt i arbetet är att betona patientens kvarvarande resurser och visa på möjligheter för att underlätta det dagliga livet, oavsett vårdform/vårdplats och om kvarvarande tid att leva är kortare eller längre. Vid vård i livets slutskede kan insatser från rehabiliteringspersonal vara ett komplement till övriga insatser. Det är av stor vikt att rehabiliteringspersonalen får kontakt med patienten i tidig palliativ fas för att kunna göra bedömning och planera för det fortsatta behovet.

Kvalitetsindikatorer – Palliativa registret

Socialstyrelsen har i det nationella kunskapsstödet för god palliativ vård 2013 (5)

tagit fram ett antal indikatorer för kvalitet i den palliativa vården. Dessa indikatorer finns samlade i det nationella kvalitetsregistret (Palliativa registret). Registreringen ska ske så snart som möjligt efter dödsfallet och utförs av det arbetsteamet som hade mest kännedom kring den avlidne. Att föra register är en förutsättning för att den palliativa vården på enheten ska kunna utvecklas. Ansvariga enhetschefer för respektive enhet har ansvar att initiera arbetet och efterfråga följsamhet för att kunna på ett systematiskt sätt utvärdera och förbättra verksamheten.

Styrande dokument

Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede – Vägledning, rekommendationer och indikatorer – Stöd för styrning och ledning
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2013-6-4.pdf>

Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012-2014
<http://media.palliativ.se/2015/08/Natpall1.pdf>

Palliativa rådets rekommendationer för vård vid livets slut
<https://www.fou.sormland.se/media/1374/palliativa-radets-pm-for-vard-i-livets-slut.pdf>

Kunskapsguiden.se Palliativ vård
<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/palliativ-vard-av-aldre-personer/>

Vissa åtgärder i hälso- och sjukvården vid dödsfall HSLFS-FS 2015:15
Socialstyrelsens föreskrifter
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2015-10-13.pdf>

Region Sörmland, samverkanswebben antagen Palliativ rutin 210818
<https://samverkan.regionsormland.se/for-vardgivare/narvard/avtal-riktlinjer-och-overenskommelser/>