



STAFFANSTORPS  
KOMMUN

# **Handlingsplan för palliativ vård i livets slutskede**

Datum: 2014-02-10

## Innehåll

HANDLINGSPLAN FÖR PALLIATIV VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE .....	2
Världshälsoorganisationen WHO:s definition av palliativ vård .....	2
Svenska palliativregistret.....	3
Etik.....	3
LOKAL HANDLINGSPLAN MED RIKTLINJER .....	4
Brytpunktsamtal .....	4
Relationer och kommunikation .....	5
Teamarbete .....	6
Anhöriga .....	6
VÅRDÅTGÄRDER I LIVETS SLUTSKEDE .....	6
Välbefinnande .....	6
Hud och Trycksår .....	7
Munhälsa .....	7
Elimination - urin och avföring .....	7
Vätska och Näring.....	7
SYMPTOMLINDRING.....	7
Lindring vid andnöd.....	8
Lindring av rosslande andning.....	8
Lindring vid förvirring .....	8
Lindring av illamående .....	9
Lindring av smärta .....	9
Lindring av ångest.....	9
Lindring av klåda.....	10
KÄLLOR .....	11
CHECKLISTA VID INITIERING AV PALLIATIV VÅRD .....	13
STRUKTUR VID INFORMERANDE SAMTAL.....	14
MEDICINSK INDIVIDUELL VÅRDPLAN VID PALLIATIV VÅRD .....	15
EFTERLEVANDESAMTAL .....	16
CHECKLISTA FÖR MUNHÄLSA.....	18
ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale) .....	19
SMÄRTSKATTNING AV PATIENT MED DEMENSSJUKDOM .....	20
RIKTLINJER FÖR LÄKEMEDELSHANTERING VID TERMINALVÅRD VÅRDCENTRALEN STAFFANSTORP SAMT VÅRD OCH OMSORG STAFFANSTORPS KOMMUN.....	21

## **HANDLINGSPLAN FÖR PALLIATIV VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE**

### **Mål**

Denna handlingsplan upprättades i samverkan mellan Vård och omsorg Staffanstorps kommun, Vårdcentralen Staffanstorp och Hälsomedicinskt centrum i Hjärup. Nationellt vårdprogram för palliativ vård utgavs 2012. Handlingsplan för Palliativ vård har funnits i Staffanstorps kommun sedan 2007. Revideringen av denna handlingsplan skedde i arbetsgrupper. I arbetsgrupperna ingick läkare, sjuksköterskor/distriktsköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, undersköterskor, biståndshandläggare och psykolog.

Vi har utgått från det nationella vårdprogrammet och omarbetat Staffanstorps kommuns handlingsplan för palliativ vård i livets slutskede för att få en lokal tillämpning.

Handlingsplanen antogs av socialnämnden 2014-02-26

### **Världshälsoorganisationen WHO:s definition av palliativ vård**

Världshälsoorganisationen WHO:s formulering av palliativ vård: Palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliten för patienter och familjer som drabbas av problem som kan uppstå vid livshotande sjukdom. Palliativ vård förebygger och lindrar lidande genom tidig upptäckt, noggrann analys och behandling av smärta och andra fysiska, psykosociala och existentiella problem.

Enligt WHO kan palliativ vård vidare definieras som ett förhållningssätt för att:

- Lindra smärta och andra plågsamma symtom
- Bekräfta livet och betrakta döendet som en normal process
- Syftar inte till att påskynda eller fördröja döden
- Integrera psykologiska och existentiella aspekter i patientens vård
- Erbjuder organiserat stöd till hjälp för patienter att leva så aktivt som möjligt fram till döden.
- Tillämpa ett teambaserat förhållningssätt för att möta patienters och familjers behov samt tillhandahåller, om det behövs, även stödjande och rådgivande samtal
- Främja livskvalitet och kan även påverka sjukdomens förlopp i positiv bemärkelse
- Tillämpbart tidigt i sjukdomsskedet tillsammans med terapier som syftar till att förlänga livet såsom cytostatika och strålbehandling.

Människor som vårdas i livets slutskede finns inom all öppen som slutenvård. Palliativ vård i livets slutskede av god kvalitet ska kunna bedrivas i alla verksamheter. Syftet med palliativ vård och behandling i livets slutskede är inte att förlänga livet, utan att hjälpa personen att uppnå bästa möjliga livskvalitet genom att främja välbefinnande och att ge god symptomlindring.

För att den palliativa vården i livets slutskede ska fungera krävs teamarbete av olika professioner. Tillgång till undersköterske-, sjuksköterske- och läkarkompetens dygnet runt är en förutsättning för att kunna bedriva god palliativ vård i livets slutskede. En kontinuitet hos personalen är viktig.

En del av det palliativa arbetet sker i samverkan med Palliativa enheten ASIH (avancerad sjukvård i hemmet). Denna specialistvård vänder sig till patienter i behov av specialiserad palliativ vård och annan avancerad sjukvård i hemmet.

Palliativ vård bygger på ett palliativt förhållningssätt vilket kännetecknas av en helhetssyn på människan genom en strävan att stödja individen till att kunna 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. Livets slutskede innebär att döden är oundviklig inom en överskådlig framtid. Det hudsakliga målet med vården ändras från att vara livsförlängande till att vara lindrande och stödjande.

### **Svenska palliativregistret**

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som är till för alla som vårdar människor i livets slut. Oavsett sjukdom är det ett mål att alla som avlider i en av sjukvården väntad död ska kunna känna sig trygg i nedanstående punkter:

- Jag och mina anhöriga är informerade om min situation
- Jag är lindrad från smärta och andra besvärande symtom
- Jag är ordinerad läkemedel vid behov
- Jag får god omvårdnad utifrån mina behov
- Jag vårdas där jag vill dö
- Jag behöver inte dö ensam
- Jag vet att mina anhöriga får stöd

Svenska palliativregistret ger möjlighet för vårdgivarna att följa kvaliteten i sitt palliativa arbete över tiden. Registreringen sker av sjuksköterskor och målet är att öka antalet registreringar samt förbättra resultaten i kvalitetsindikatorerna.

### **Etik**

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska all vård vara av god kvalitet och tillgodose vårdtagarens behov av trygghet i vården. Den ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med vårdtagaren.

De grundläggande tre principerna inom all hälso- och sjukvård är:

- Människovärdesprincipen
- Behovs- och solidaritetsprincipen
- Kostnadseffektivitetsprincipen

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

- Godhetsprincipen – att göra gott, att maximera hälsa, livskvalitet och människovärde.
- Icke skada principen – att inte skada, att minimera skada, lidande och kränkning.
- Rättvis principen – att vara rättvis, att ge lika vård på lika villkor
- Autonomiprincipen – att respektera självbestämmande, att värna om självbestämmande, integritet och respekt.

## **LOKAL HANDLINGSPLAN MED RIKTLINJER**

För att en god vård ska kunna erbjudas måste vissa förutsättningar vara uppfyllda, nämligen:

- att patienten själv valt att vårdas i hemmet eller särskilt boende
- att patienten och dess anhöriga har getts möjlighet att diskutera inriktning på vården
- att vårdorganisationen kan erbjudas/ge kvalificerade medicinska vårdinsatser dygnet runt, med både planerade och akuta besök, alla dagar i veckan
- att patienten ska kunna erbjudas extra personal (extravak) om behov föreligger
- att vårdteamet har hög kompetens och läkarmedverkan
- att all personal har god utbildning i palliativ vård
- att det ska finnas tid för rapportering, reflektion, omvårdnadshandledning samt fortlöpande kompetensutbildning
- att det ska vara lätt för patienten och anhöriga att få kontakt och akut hjälp
- Trygghetslarm ska erbjudas alla
- att det finns god och smidig tillgång till hjälpmedel
- att det ska finnas omedelbar tillgång till en trygghetsplats som kan erbjudas patienten om vården i hemmet inte längre är önskvärd eller lämplig
- att specialiserad palliativ kompetens finns att tillgå när patientens behov överstiger den lokala kompetensens

För checklista vid initiering av palliativ vård, se bilaga 1.

## **Brytpunktsamtal**

För att en bra/god palliativ vård ska kunna ges är det viktigt att den palliativa diagnosen inte sätts för sent. Detta för att patienten ska ha möjlighet att tillsammans med anhöriga utforma den sista tiden i livet efter egen önskan, gällande till exempel att ta ställning till var man vill dö, om livets uppehållande åtgärder ska sättas in, att ta avsked och ordna med andra praktiska arrangemang.

Många av våra äldre patienter har flera olika kroniska sjukdomar exempelvis demens, hjärt- och lungsjukdomar. Vid dessa sjukdomar är det ofta svårare att avgränsa

brytpunkten mellan tidig och sen palliativ fas jämfört med exempelvis vid cancersjukdom.

Det är viktigt med tydliga rutiner för hur vi ska uppmärksamma och kommunicera övergången till palliativ vård i livets slutskede genom:

- att göra personalen lyhörd och uppmärksam på förändringar hos patienten och att detta rapporteras till patientansvarig sjuksköterska (PAS). Det är mycket viktigt att tid för rapportering och omvårdnadshandledning ingår i all personals tjänstgöring
- att efter samråd med patienten kallar PAS till ett brytpunktssamtal. De som deltar är ansvarig läkare, PAS, den undersköterska som är kontaktperson samt eventuellt andra professioner

Vid brytpunktssamtalet kan vårdtagaren och närstående uttrycka sina farhågor, önskemål och behov. Samtalet kan ses som en inledning av en vårdplanering inför livets sista tid. Förslag till struktur vid informerande samtal, se bilaga 2.

Det är viktigt att alltid ha patienten och dennes anhöriga i centrum. Att alltid utgå från frågorna: - Vad önskar du? – Vad vill du? – Vad vill du att vi ska göra för dig/er.

Brytpunktssamtal ska dokumentaras i både omvårdnadsjournalen och den medicinska journalen och dessa ska vara tillgängliga dygnet runt för personal som vårdar patienten.

Mall för individuell medicinsk vårdplan vid palliativ vård, se bilaga 3.

## **Relationer och kommunikation**

För att vården ska bli optimal krävs goda inbördes relationer och kommunikation inom och mellan personal, patient och anhöriga:

- Vården ska utformas efter patientens vilja, behov och önskemål. Varje människa är unik och hennes upplevelser av att närma sig döden varierar beroende på det liv hon levt och vilka erfarenheter hon har med sig. En levnadsberättelse kan utgöra ett underlag för att bättre förstå individuella behov.
- Patienten och anhöriga ska erbjudas upprepad och fortlöpande information.
- Tid för rapportering, reflektion och omvårdnadshandledning hos berörd personal måste finnas för att kunna skapa kontinuitet och trygghet för patienten och anhöriga.
- En noggrann dokumentation ska göras för att kunna förmedla ett professionellt förhållningssätt och därigenom skapa trygghet för både personal och patient.

Den egna identiteten är viktig för alla. Detta blir ännu tydligare när man befinner sig i en situation då man har en begränsad tid kvar att leva. För att vården av en patient i livets slutskede ska bli så bra som möjligt är det vissa frågeställningar som behöver besvaras så tidigt som möjligt t ex:

- patientens tro, traditioner och kultur
- föreställningar och tankar kring sjukdomen
- familjerelationer, språk och kommunikation

Kultur, religion och traditioner skiftar mellan olika patienter. Ta inte saker och ting för givna utan var lyhörd och rådfråga patienter och anhöriga för att undvika missförstånd och kulturkrockar. Använd en tolk om det finns risk för språkförbistring. I "Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012-2014" från Regionalt cancercentrum samt broschyren "Respekt och hänsyn" från Fonus finns bra information om olika kulturella och religiösa traditioner i samband med svår sjukdom och död.

### **Teamarbete**

Varje människas liv är unikt och varje människas död är unik. Döendet är en process som kan röra sig om sekunder, timmar eller dagar. Ingen som inte vill ska behöva dö ensam. Det är viktigt att vara lyhörd för patienten och de anhörigas behov av stöd. Anhöriga kan uppleva det ångestfyllt att vara ensam hos patienten. Personal ska finnas att tillgå. Kontinuiteten av personal hos patienten är av vikt.

För att den palliativa vården i livets slutskede ska fungera krävs samordning och samverkan mellan olika vårdgivare:

- det är av stor vikt att möjliggöra ett teamarbete där läkare, sjuksköterska, hemtjänstpersonal, arbetsterapeut, sjukgymnast, biståndshandläggare, präst, diakon kan ingå eller bli konsulterade, allt efter vårdtagarens önskemål och behov
- genom en gemensam handlingsplan för teamarbetet kring den palliativa patienten skapar vi en trygghet i samverkan mellan kommun och primärvård.

### **Anhöriga**

Stöd till anhöriga gäller även efter dödsfallet. Efterlevandesamtal erbjuds anhöriga ca 4-6 veckor efter dödsfallet. Samtalet ska göras av PAS och/eller delegeras till den kontaktperson som haft mycket kontakt med patienten/de anhöriga. Vid samtalet ska utvecklingen av den anhörigas psykiska mående uppmärksammas. Den anhöriga ska uppmuntras till kontakt med sin vårdcentral om behov föreligger.

Mall för efterlevandesamtal med anhörigas synpunkter och upplevelser, se bilaga 4.

## **VÅRDÅTGÄRDER I LIVETS SLUTSKEDE**

### **Välbefinnande**

Att främja välbefinnande och att ge god symtomkontroll är det absolut viktigaste uppgifterna för vårdpersonalen vid vård av svårt sjuka och döende människor. Patientens fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov ska tillgodoses. Det är viktigt att patienten får behålla sin värdighet, känna meningsfullhet och få hjälp att leva så optimalt det går, livet ut. Det blir betydelsefullt att endast genomföra de åtgärder som gagnar patienten och avstå från insatser som inte bidrar till välbefinnandet. Prioriterade område blir symtomlindring samt åtgärder till munvård, tryckutsatta hudområden och elimination. Dessutom är det viktigt att skapa en så lugn

och trygg miljö som möjligt genom att bevara t.ex. ljud, ljus och doft oavsett var den svårt sjuke vårdas.

Anhöriga behöver ses och stöttas. För att säkerställa bästa möjliga omvårdnad i livets slutskede krävs närhet och närvaro.

### **Hud och Trycksår**

Det är betydelsefullt för patienten att han/hon är ren och doftar som vanligt och känner sig så fräsch som möjligt. Målsättningen är att patienten ska ligga bekvämt i en ren säng. Att smörja händerna och fötterna och ge en mjuk massage kan lugna. Även att bara hålla handen och att finnas där vid deras sida kan minska oro och öka välbefinnandet.

Lägesändringar i relation till symtom och förebyggande av trycksår är viktigt, men under livets sista timmar och om personen ligger lugnt och behagligt undviker man ofta vänd-/lägesändringsscheman. Vanliga lokalisationer för trycksår är områden med lite underhudsfett t ex, korsryggen, hälar, skulderblad och öron. Det finns olika sorters madrasser i tryckförebyggande syften.

### **Munhälsa**

Att vara fräsch i munnen är betydelsefullt för livskvaliten och välbefinnandet. Checklista för munvård, se bilaga 5.

### **Elimination - urin och avföring**

Problem men inkontinens och/eller svårigheter att tömma blåsan/tarm är vanligt i de sista dagarna i livet. Vid oro och förvirring bör urinretention uteslutas så väl som förstoppning. Hos patienter med urininkontinens kan en kvarliggande kateter vara en lösning. I annat fall handlar det om att hålla personen ren, torr och luktfri. Återigen gäller reglerna om patientens värdighet och högsta möjliga välbefinnande.

### **Vätska och Näring**

Människor i livets slutskede har mycket begränsad ork, vilar/slumrar en stor del av dagen och orkar knappt ur sängen eller att delta i ett längre samtal. Detta är naturliga steg i dödsprocessen då kroppens organsystem successivt sviktar.

Många slutar också efterhand att äta och dricker allt mindre. Grundprincipen vid palliativ vård i livets slutskede är att droppbehandling med vätska eller näring inte gagnar patienten och därför ska avbrytas eller inte inledas i detta skede. Aktiv munvård är ett bättre alternativ.

## **SYMTOMLINDRING**

Att ge en god symtomlindring är en av de absolut viktigaste uppgifterna för vårdpersonalen vid vård av sjuka och döende människor. Studier har visat att symtom som smärta, andnöd, förvirring, illamående och ångest förekommer i ungefär samma omfattning, oavsett vilken diagnos patienten har. I första hand ska alltid eftersträvan



vara en orsaksinriktad behandling och om det inte är möjligt, kan symtomlindrande behandling vara aktuell.

För att kunna ge en god symtomlindring krävs intresse och engagemang baserat på kunskap om hur fysiskt, psykiskt, socialt och andligt/existentiellt lindrande kan uppträda och uttryckas. Här är det viktigt att personalen jobbar i ett team. The Edmonton Assessment Scale (ESAS) är en metod för intensitetsskattning av vanliga symtom, se bilaga 6. För smärtskattning av patienter med demenssymptom, se bilaga 7.

### **Lindring vid andnöd**

I första hand ges en god omvårdnad. Förändringar av kroppsläge kan underlätta. Extra kuddar, sidoläge, svalt i rummet, munvård med mera kan vara goda metoder. För att lindra andnöd kan även opioid oralt eller paranteralt ges. Morfin är förstahandsvalet.

### **Lindring av rosslande andning**

Mot slutet av livet när krafterna avtar alltmer, när patienten inte är i stånd att svälja, hosta upp slem och inte själv kan vända sig, kan en rosslande andning förekomma. Det är ett symptom som inte alltid plågar patienten, men som kan upplevas som obehagligt av anhöriga. Här är det viktigt att vårdpersonalen ger anhöriga upprepad information och stöd. Ofta är patienten inte vid medvetande när den rosslande andningen uppkommer.

Behandlingen av rosslande andning kan vara farmakologisk, men omvårdnadsåtgärder som lägesändring i sängen inklusive en kortare stund i framstupande sidoläge och varsam munvård där munhålan torkas ren från slem och munslemhinnorna fuktas, kan också lindra. Den antikolinerga substansen glykopyrron t ex Robinul ger god lindring för många. Dock kan den ge biverkningar som torra slemhinnor i mun och ögon, samt risk för urinretention.

### **Lindring vid förvirring**

En förvirrad patient är oförmögen att fatta beslut kring viktiga aspekter rörande det återstående livet och vård och behandling. Förvirringen gör också att det kan bli svårt att kommunicera verbalt.

Det finns tre olika typer av förvirring:

- En patient med hyperaktiv förvirring är agiterad, rastlös eller motorisk orolig
- En patient med hypoaktiv förvirring är motorisk långsam eller stilla, tillbakadragen, trött och slö.
- Ibland förekommer båda parallellt (blandad typ)

Mänsklig närvaro, lugna samtal, musik och försiktig beröring är viktiga omvårdnadsåtgärder för att lindra förvirringen. Anhörigas röster är viktiga eftersom de är välkända och kan inge trygghet. Taktill massage kan provas.

Vid motorisk oro i livets slutskede kan urinretention vara en behandlingsbar anledning till förvirringen.

Haloperidol (Haldol) i låga doser är förstahandsvalet om läkemedelsbehandling behöver tillgripas.

Vid oro i den sena palliativa fasen, kan Midazolam ges enligt lokal rutin.

### **Lindring av illamående**

Oro, ångest, starka känslor, smärta tankar, synintryck, smak och lukt kan ge illamående och kräkningar som bör beaktas i omvårdnaden. Illamående vid långt framskriden sjukdom och hos patienter i livets slutskede kräver oftast läkemedelsbehandling. Vid ospecifikt illamående av oklart ursprung kan behandling inledas med dopaminreceptorantagonist där Haldol är ett alternativ, se bilaga 8.

### **Lindring av smärta**

God smärtlindring i livets slutskede kräver att man uppmärksammar såväl det fysiska lidandet som den psykiska smärtan, social problematik och separation samt existentiella och andliga dimensioner av lidande. Såväl diagnostik som behandling av smärta ska baseras på den underliggande smärtemekanismen. En noggrann smärtanalys bör därför alltid göras.

Det är angeläget att svårt sjuka patienter får veta att smärta kan lindras, men det går aldrig att lova totalt avsaknad av smärta.

#### **Läkemedelsbehandling**

- Alltid kontinuerlig, schemalagd och förebyggande smärtbehandling
- Alltid tillgång till vid behovs mediciner
- Alltid kontinuerlig utvärdering

#### **Omvårdnad**

- Skapa trygghet och förtroende genom lugn och professionellt bemötande.
- Lyssna på och samtala med patienten, iaktta kroppspråket.
- Planera och genomföra all omvårdnad på ett varsamt sätt, använd mjuka händer.
- Säg eventuellt till om extra smärtstillande mediciner för de vårdåtgärder som är påfrestande.
- Ordna eventuella hjälpmedel.
- Erbjud eventuellt lätt massage som kan lugna och ge välbehag.

### **Lindring av ångest**

Den bästa behandlingen av en persons oro är att vårdgivaren ger den sjuke tiden att prata om sin oro. Ett aktivt lyssnande kombinerat med klara besked om situationen löser oftast många bekymmer. Ångest är ett oftast underbehandlat fysiskt och psykisk symtom.

#### **Omvårdnad**

Ångest och oroliga tankar är vanligast kvällstid. Försök bryta mönster och hitta nya ritualer omkring sänggåendet. Försöka avleda stressen och skapa trygghet med exempel musik, taktil massage och eventuellt sömntabletter.

Om farmakologisk behandling behövs kan man i första hand prova med sedativa (lugnande) läkemedel till natten, förslagsvis Zoplikon eller Zolpidem. Om oron stegrar eller övergår i ångest bör anxiolytika ordinerar dagtid. Förstahandspreparat är oxazepam. För riktlinjer vid läkemedelshantering se bilaga 8.

### **Lindring av klåda**

Klåda kan vara mycket plågsam, kan ge störd nattsömn och sönderriven hud som kan bli infekterad. Orsaken kan vara påverkan på lever och njurar, blodsjukdomar, läkemedel, hudsjukdomar som blossar upp, allergi, torr hud eller psykiska orsaker.

### **Omvårdnad**

Smörj huden med kräm

- Svalt rum, svala kläder (bomull), kall avtvättning, svala kompresser.
- Undvik plast i sängen
- Korta naglar, bommulsvantar
- Olja i badvattnet
- Kylande liniment
- Ev. behandla med antihistamin till exempel Tavegyl, Atarax
- Undvik starka parfymer och uttorkande tvålar och tvättmedel.
- Undvik att frottera huden efter tvättning – klapptorka.

## KÄLLOR

- Nationellt vårdprogram för palliativ vård, 2012-2014. Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland
- Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård, 2012. Socialstyrelsen.
- Handbok för omhändertagande av dödsfall utanför vårdinrättning i Skåne, 2011. Region Skåne.

Broschyr

[http://www.fonus.se/fileadmin/fonus.se/downloads/respekt\\_och\\_hansyn/Maj\\_2013\\_reviderad\\_upplaga\\_4.pdf](http://www.fonus.se/fileadmin/fonus.se/downloads/respekt_och_hansyn/Maj_2013_reviderad_upplaga_4.pdf)

**Vi som arbetat med projektet Handlingsplan för palliativ vård i livets slutskede och tagit fram detta material är:**

Camilla Anagrius, sjuksköterska Pilegården, Humana Omsorg  
Ingrid Arvstam, undersköterska hemtjänsten  
Bodil Berglund, verksamhetschef vårdcentralen Staffanstorp  
Christina Brandt, sjuksköterska Magnoliagården, Attendo Care  
Rosita Bröddén, biståndshandläggare  
Kerstin Cronqvist, distriktsläkare Vårdcentralen Staffanstorp  
Lena Ekstedt, sjuksköterska Korttidsavdelningen  
Margaret Fritz, medicinskt ansvarig sjuksköterska Staffanstorp  
Linda Gejhed, undersköterska Klöverlyckan  
Johan Holmberg, psykolog Hälsomedicinskt centrum Hjäru  
Marie Karlsson, arbetsterapeut  
Marie Nilsson, undersköterska Korttidsavdelningen/Hemteam  
Susanne Petersen, distriktsköterska  
Agneta Rosberg, distriktsläkare Vårdcentralen Staffanstorp  
Henrik Salmi, undersköterska hemtjänsten  
Ingrid Stener, distriktsläkare Vårdcentralen Staffanstorp

## CHECKLISTA VID INITIERING AV PALLIATIV VÅRD

- Läkare fastslår att det handlar om palliativ vård.
- Läkare genomför ett brytpunktssamtal. Vem som ska delta i detta bedöms från fall till fall, men vanligtvis deltar patient, anhöriga, ansvarig sjuksköterska och ansvarig läkare. Samtalet dokumenteras i patientens journaler. Läkarens journalanteckning faxas till sjuksköterskan. I samband med samtalet bör följande frågor tas upp och tas ställning till:
  - HLR
  - Ställningstagande huruvida patienten ska till sjukhus vid försämring.
  - Information om vilken symtomlindrande behandling som kan erbjudas.
  - Information om närståendepenning.
  - Finns det läkemedel som inte har symtomlindrande nytta för patienten som ska sättas ut?
  - Ordination av subkutana vidbehovsläkemedel mot andnöd, rosslingar, förvirring, illamående, smärta, ångest.
  - Vid behovsordination KAD.
  - Kan man undvika eller minska på provtagning?
  - Finns det behov av hjälpmedel som t ex vårsäng, antidecubitus madrass osv.
- När sjuksköterska identifierar att döden är nära förestående vidtas följande åtgärder:
  - Kontakt med läkare för utsättning av peroral medicinering och för insättning av subkutana vidbehovsordinationer om sådana inte redan finns.
  - Läkare skriver anvisning att sjuksköterska kan konstatera dödsfall. Blankett "Vid dödsfall" kan användas.
  - I samråd med läkare avslutas all provtagning som inte gagnar patienten. Omvårdnadsåtgärder som inte gagnar patienten avslutas som till exempel temptagning, puls- och blodtryckskontroller, vätskemätning, vägning.
  - Regelbunden symtomskattning sker, eventuellt med hjälp av validerade bedömningsinstrument som VAS, ESAS, LCP.
  - Individuell bedömning av lämplig besöksfrekvens i denna fas beroende på omgivningsfaktorer såsom anhörigas medverkan m.m. En minimifrekvens för sjuksköterskebesök är emellertid 1 gång/dygn. Undersköterskebesök var 4:e timme.
  - Regelbundet ställningstagande av symtomlindrande åtgärder vid besök.
  - Överlämnande av broschyr "I livets slut" till närstående om detta ej gjorts tidigare.
- Efter döden:
  - Omvårdnadspersonal utför åtgärder enligt checklista "Omhändertagande vid dödsfall" - Se MAS-rutiner Staffnet.
  - Sjuksköterska utför åtgärder enligt gällande rutiner/riktlinjer.
  - Patientansvarig sjuksköterska registrerar i palliativa registret.

## Bilaga 2

**STRUKTUR VID INFORMERANDE SAMTAL**

- Förbered samtalet noga, kontrollera medicinska fakta, beslut om deltagare, avsätt tid, boka lokal, stäng av telefon.
- Vad vet/uppfattar/tror/befarar patienten om sin sjukdom eller situation?
- Hur mycket vill patienten veta?
- Förvarna om du har oväntade och svåra besked att lämna.
- Informera på inkännande och tydliga sätt. Pausera ofta och kontrollera att patienten förstått.
- Var beredd på och stöd olika känslouttryck.
- Planera gemensamt för fortsatt behandling och information. Använd gärna rådgivare, men var noga med kontinuiteten med patienten.

Senast i samband med att brytpunktssamtalet genomförs bör arbetsteamet även göra följande:

- Fråga var patienten vill vårdas.
- Informera om och vid behov förmedla kontakt med samhällets övriga tillgängliga stödinsatser
- Informera om närståendepenning, information finns på <http://www.forsakringskassan.se/sjukvard/narstaendepenning>
- Etablera tydliga kontaktvägar; t.ex. vilka anhöriga ska kontaktas vid försämring och/eller ökat hjälpbehov och deras aktuella telefonnummer, också hur de anhöriga kan komma i kontakt med vårdpersonalen
- Informera anhöriga om möjligheten till samtalsstöd och deltagande i omvårdnaden av patienten
- Revidera läkemedelslistan och ordinera vid behovs-läkemedel i injektionsform, se bilaga 8
- Avluta omvårdnadsåtgärder, medicinska undersökningar och provtagningar som inte längre gagnar patienten
- Initiera rutin förbedömningar av symtom och munhälsa.

## MEDICINSK INDIVIDUELL VÅRDPLAN VID PALLIATIV VÅRD

Namn:.....Person nr:.....

### Brytpunktssamtal gällande beslut om att inrikta fortsatt behandling på palliativ vård

Datum:.....

Närvarande:.....

.....

.....

Ansvarig

läkare:.....

Ansvarig

sjuusköterska:.....

Anhörig (namn/relation):.....

informerad: ☐ JA ☐ NEJ

### Beslut att HLR ej ska utföras

Datum: .....

Ansvarig läkare:.....

Till sjukhus vid försämring? ☐ JA ☐ NEJ

Kommentar:.....

.....

.....

.....

.....

Kort aktuell anamnes:.....



## EFTERLEVANDESAMTAL

### Syfte

Svara på frågor kring patientens sista tid.

Identifiera personer i risksituationen för komplicerad sorg och erbjuda rådgivning kring hur de ska få fortsatt hjälp.

Erbjuda möjligheter till synpunkter rörande patientens sista vårdtid.

### Förberedelse

Efterlevandesamtal är en frivillig uppföljning med anhöriga till den avlidne. Samtalet genomförs av personal som varit involverade i patientens sista vårdtid, till exempel sjuksköterskor.

Anhöriga kontaktas cirka fyra veckor efter dödsfallet och erbjud tid till efterlevande samtal inom sex veckor efter den anhörigas bortgång. Efterlevande samtal presenteras som en frivillig uppföljning på vårdperioden. Samtalet genomförs på vårdenheten eller i den närståendes hem. Telefonuppföljning bör undvikas men kan varar ett fullgott alternativ om den anhörige önskar det. Sätt av ca 60 minuter för samtalet. Erbjudande om samtal och samtaletes innehåll ska dokumenteras.

Förbered dig på hur ni hanterar synpunkter inom organisationen så att det kan redogöras för den anhörige. Det är också möjligt att det dyker upp specifika medicinska frågor. Hur bemöter ni det?

Förbered dig gärna genom att tänka igenom frågor som utgångspunkt.

- Hur upplevde du den sista tiden?
- Har du några frågor kring den sista vårdtiden?
- Är det något du funderat på?
- Är det något du tycker kan ha blivit bättre?
- Hur har du haft det sedan XX gick bort?
- Hur upplevde du att vi hade ett sånt här samtal?

### Genomförande

Några punkter att tänka på:

- Tillåt tystnad.
- Om det kommer frågor eller kritik. Vänta med bemötande tills det att ni diskuterat bakgrunden till frågan och tills det att du vet om det ingår i din roll att bemöta den. Skjut hellre på bemötande till ytterligare ett tillfälle om du är osäker.
- Utvärdera samtalet.

## **Sårbarhet för psykisk ohälsa**

Följande kan uppmärksamma för att identifiera psykisk ohälsa:

- Starka känslomässiga reaktioner
- Rastlöshet, motorisk oro
- Svårighet att fokusera
- Undviker att nämna den avlidne vid namn

Faktorer som förutsäger ohälsa:

- Plötsligt eller dramatiskt dödsfall
- Psykisk tidigare ohälsa
- Bristande stöd
- Komplicerad relation till den avlidne
- Andra samtidiga påfrestningar såsom graviditet, egen eller sjukdom i familjen, arbetslöshet

## **Rådgivning**

Om det framkommer under samtalet att den anhörige inte mår bra ska denne hänvisas till sin vårdcentral för bedömning. Be gärna om tillåtelse att ringa upp den anhörige för att höra efter om det blivit gjort eller om den anhörige behöver hjälp var han eller hon ska vända sig.

## CHECKLISTA FÖR MUNHÄLSA

Munvård, när patienten inte längre orkar borsta tänderna eller har sänkt medvetande, kan göras på följande sätt:

- Kontinuerlig inspektion av munhålan och god munvård är viktig när patienten inte orkar be om hjälp eller beskriva sina problem.
- Berätta för patienten vad du ska göra, även om han/hon är medvetslös.
- Borsta eventuella tänderna 1-2 gånger per dygn med en mjuk tandborste. Tag ut och rengör proteser om patienten har sådan. Tänk på att proteser kan behövas ta ut om de sitter dåligt i munhålan. Munsköljning är olämpligt om patienten är medvetandesänkt.
- Torka ur hela munhålan (inkl. tänderna, tungan, gom, munbotten och kindernas insida) med plastpinnar med fastsatt skumgummitork. Ibland biter patienten ihop munnen, rengör försiktigt det som är möjligt. Viktigt att fukta slemhinnorna.
- Smörj munhålan med fuktbevarande gel eller spray med vatten och matolja blandat i en pumpflaska. Munhålan bör fuktas minst två gånger i timmen.
- Droppa lite vatten i mungiporna med hjälp av ett sugrör eller en spruta. Ge det patienten föredrar t.ex. vatten, krossad is eller om han/hon fortfarande kan svälja små bitar frukt.
- Vid tecken på munsmärta kan smärtlindring medel provas t.ex. Xylocain viskös.

## ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale)

Namn: \_\_\_\_\_ Personnummer \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Markera Din skattning av symptomet med ett kryss på linjen

Smärta	Ingen	_____	Värsta tänkbara
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Illamående	Ingen	_____	Värsta tänkbara
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Nedstämdhet	Ingen	_____	Värsta tänkbara
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Oro/ångest	Ingen	_____	Värsta tänkbara
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Sömnighet/dåsighet	Ingen	_____	Värsta tänkbara
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Aptit	Ingen	_____	Värsta tänkbara
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Välbefinnande	Ingen	_____	Värsta tänkbara
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Andfåddhet	Ingen	_____	Värsta tänkbara
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Skattat av: ☐ Mig själv ☐ Med hjälp av anhöriga ☐ Med hjälp av personal

## SMÄRTSKATTNING AV PATIENT MED DEMENSSJUKDOM

	0	1	2
Ansikte	Avslappnad	Ibland gråt-grimas	Gråt-grimas
Skrik	Inget	Gnyr klagar	Skrik
Kroppshållning	Avslappnad	Orolig, spänd	Spända böjda/sträckta extremiteter. Orörlig.
Aktivitet	Sover/Lugn vaken	Orolig	Hyperaktiv/Apatisk
Tröstbarhet Avledbarhet	Nöjd	Tröstbar	Otröstlig

Lägg ihop siffrorna du får och översätt dessa på VAS-skalan.  
Smärta över 3 på VAS-skalan ska åtgärdas.

## **RIKTLINJER FÖR LÄKEMEDELSHANTERING VID TERMINALVÅRD VÅRDCENTRALEN STAFFANSTORP, HÄLSOMEDICINSKT CENTRUM SAMT VÅRD OCH OMSORG STAFFANSTORPS KOMMUN**

Följande preparat finns i Basläkemedelsförrådet på Pilegården och i närförråden på Klöverlyckan och Magnoliagården.

Ordnation av läkemedel ska ordinerars av läkare till varje enskild patient.

### **Terminal oro**

När patienten inte förmår att ta tabletter i tablettform behandlas oro bäst med injektion Midazolam, en snabb- och kortverkande bensodiazopin som är lättstyrd. Ge injektion Midazolam 2,5 mg sc vb (0,5 ml). Doserna kan behöva upprepas ofta, ibland varannan timme. För att uppnå god sömn till natten kan dosen behöva dubblas för sedan återgå till lägre doser under dagen. Målet är att patienten ska komma till ro men inte sova helt under dagen.

### **Rosslingar och slem**

Vid besvärande rosslingar och slem: ge injektion Robinul 0,2 mg/ml 1 ml sc upp till 4 ggr dagligen.

### **Smärta**

Vid smärta: Behandla i första hand med injektion Morfin 2,5-10 mg sc.  
OBS! om patienten står på Morfin sedan tidigare ges en sjättedel av dygnsdosen.

### **Andnöd**

Vid andnöd: Behandla i första hand med injektion Morfin 2,5-10 mg sc.  
OBS! om patienten står på Morfin sedan tidigare ges en sjättedel av dygnsdosen.

### **Illamående**

Vid illamående: Behandla i första hand med Injektion Haldol 5 mg/ml 1-2,5mg (0,2-0,5 ml) sc. Vid behov max 2 ggr/ dygn.

### **Förstoppning**

Vid förstoppning: Behandla med Laxoberaldroppar.

För ytterligare information om symtom och läkemedel, se Läkemedelsboken eller [internmedicin.se](http://internmedicin.se) (Inger Fridegren).