



Dokumentnamn Riktlinjer för palliativ vård			Sida 1 (14)
Framtagen av Medicinskt ansvariga	Godkänd av	Upprättad 2011 Reviderad 2012 2013 2016 2017 2019 2021	Revideras 2024

Riktlinjer för palliativ vård

Inledning

Världshälsoorganisationen (WHO) beskriver området palliativ vård som ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och familjer som drabbas av problem som kan uppstå vid livshotande (icke-botbar) sjukdom när det inte längre finns möjligheter att bota, rädda eller förlänga liv. Vården inriktas då till att bli symtomlindrande oavsett diagnos.

Denna riktlinje för palliativ vård gäller hälso- och sjukvårdsinsatser och omvårdnad av alla patienter inom Valdemarsviks kommuns hälso- och sjukvårdsansvar oavsett diagnos och tidsperspektiv.

Palliativ vård förebygger och lindrar lidandet genom tidig upptäckt, noggrann analys och behandling av smärta och andra fysiska, psykosociala och existentiella problem. Palliativ vård är ett specifikt kunskapsområde och ska vara en del av all vård, oberoende av var och av vem vården erbjuds.

Nationellt vårdprogram palliativ vård 2021

Det nationella vårdprogrammet är gemensamt för all palliativ vård i livets slutskede oberoende av diagnos, ålder, etnicitet, bakgrund eller bostadsort, och oavsett om vården bedrivs via kommun, landsting eller privat vårdgivare.

Palliativ vård innebär att

- Lindra smärta och andra plågsamma symtom.
- Bekräfta livet och betrakta döendet som en normal process.
- Inte syfta till att påskynda eller fördröja döden.
- Integrera psykosociala och existentiella aspekter av patientens vård.
- Erbjuda organiserat stöd till hjälp för patienten att leva så aktivt som möjligt fram till döden.
- Erbjuda organiserat stöd till hjälp för familjen att hantera sin situation under patientens sjukdom och efter dödsfallet.
- Tillämpa ett teambaserat förhållningssätt för att möta patienters och familjers behov.
- Tillhandahålla även stödjande och rådgivande samtal om det behövs.



- Främja livskvalitet och även påverka sjukdomens förlopp i positiv bemärkelse genom ett tvärprofessionellt förhållningssätt som inriktar sig på patientens och familjens behov.
- Göra sådana undersökningar som är nödvändiga för att bättre förstå och ta hand om plågsamma symtom och komplikationer.
- Den vårdaspekten ska sättas in tidigt i sjukdomsskedet tillsammans med behandlingar som syftar till att förlänga livet, såsom cytostatika och strålbehandling.

De viktiga delarna i en väl fungerande palliativ vård

Vårdprogrammet strävar efter att beskriva hela det palliativa vårdförloppet ur olika aspekter. Stor vikt läggs vid kommunikation, tidig introduktion av palliativt förhållningssätt och samarbete samt beskriver med större tydlighet de förutsättningar i form av organisation, utbildning och kompetens som krävs för en jämlik och god palliativ vård.

Vårdprogrammet ska vara meningsfullt för alla professioner och vårdformer där svårt sjuka och döende människor vårdas

Vårdprogrammet ska vara ett stöd i den dagliga vården för all personal som arbetar med människor som behöver allmän palliativ vård.

Vårdprogrammet ska, tillsammans med "Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede" och Svenska palliativregistret ge förutsättningar för en bättre palliativ vård.

Den palliativa vårdens värdegrund

Den palliativa vårdens värdegrund kan sammanfattas i fyra ledord: närhet, helhet, kunskap och empati.

Värdegrunden uttrycker vad som är viktigt, alltså vad som måste prioriteras bland andra konkurrerande värden. Det som utmärker den palliativa vården när bot inte är möjlig är individens extremt utsatta situation.

Syftet med vården är framför allt att hjälpa patienten att uppnå bästa möjliga livskvalitet genom att lindra symtom och ge existentiellt stöd i livets slutskede.

Närhet

I livets slutskede vill patienten och de närstående oftast inte vara ensamma. När personal är nära och närvarande kan man lyssna till patientens önskemål och erbjuda vad patienten behöver.

Närhet till patienten innebär också närhet till närstående som oftast också behöver stöd för att klara av en familjemedlems eller nära väns förestående död eller svåra sjukdom.

Helhet

Patienter och närstående har olika behov som brukar sammanfattas i fyra kategorier: fysiska, psykologiska, sociala och existentiella. Behovet av ett nära samarbete mellan olika stödjande yrkesgrupper och vårdgivare runt den sjuka kan inte nog understrykas. Även om patienten mister sin förmåga att aktivt påverka sitt liv är det en individ med rätt att behandlas och bemötas värdigt.



Kunskap

För att kunna hjälpa patienten att uppnå bästa möjliga livskvalitet och att erbjuda optimal vård krävs kunskaper i palliativ medicin och omvårdnad. Därför är det viktigt att personal som arbetar inom palliativ vård får utbildning och fortbildning.

Empati

En fysisk och existentiell utsatthet fordrar stort personligt engagemang av personalen. Den ständiga kontakten med svår sjukdom och död gör att arbetet kan vara mycket krävande men samtidigt mycket givande.

Förutsättningen för detta ömsesidiga givande och tagande är förmågan från personalens sida att visa empati, det vill säga att känna in patientens situation och att visa omtanke och samtidigt behålla sin professionalitet.

Det är av stor vikt att chefen är observant i det dagliga arbetet och kan se upptäcka behovet av stöd.

Begrepp inom palliativ vård

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

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

Palliativ vård omfattar flera kunskapsområden såsom palliativ medicin och palliativ omvårdnad.

Vid palliativ vård kan patienten och dennes närstående behöva bistånd enligt socialtjänstlagen, SoL, eller insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

Samtalens betydelse i palliativ vård

Kommunikation och relation är en av hörnstenarna i den palliativa vården, där samtal med patient och närstående står i centrum. När en person ska leva med en livshotande sjukdom och möta sin egen död finns mångfacetterade behov relaterade till samtal.

Det är av stor vikt att patienten och närstående får information och erbjuds att prata om sin situation och om vård vid allvarlig sjukdom när det är en begränsad tid kvar att leva. Det kan finnas behov av information om hälsotillståndet i nuläget och det förväntade förloppet.

Patienten och de närstående behöver få förutsättningar att hantera sitt liv, förbereda sig för livets slut och ta avsked.

Att ta ställning till, ta del av information och avstå

Patienten kan behöva ta ställning till erbjudna behandlingar och vårdåtgärder, göra prioriteringar, uttrycka önskemål inför den återstående tiden och därigenom i möjligaste mån uppleva kontroll över situationen.

Vissa patienter vill dela sina tankar och känslor, andra inte.



Patienten har enligt patientlagen rätt till information om sitt hälsotillstånd och det förväntade vård- och behandlingsförloppet. Samtidigt har patienten en lika lagstadgad rätt att avstå information.

Informerande samtal

Syftet med informerande samtal är att så tidigt som möjligt i den palliativa vårdprocessen erbjuda patienten och de närstående information om hälsotillståndet i nuläget och det förväntade förloppet.

Samtalen är grundläggande för att patienten ska kunna vara delaktig i sin vård och en förutsättning för personcentrerad vård.

Närstående har ofta behov av att involveras i samtalen. Detta behov kan tillgodoses om patienten accepterar det, för patienten har rätt till sekretess i förhållande till sina närstående enligt Offentlighets- och sekretesslagen.

Båda parter behöver dock en gemensam förståelse av situationen, så långt det är möjligt, för att göra gemensamma val och prioriteringar.

Läkare informerar så att patienten ska få möjlighet att ta ställning till erbjudna behandlingar och vårdåtgärder under den närmaste tiden, och beslut bör fattas med så stort samråd som situationen medger.

Att få möjlighet att prata om sin sjukdom, innan avgörande behandlingsbeslut behöver fattas, kan göra det lättare för patienten att öppna upp för att reflektera över vad som är viktigt. Syftet med dessa samtal är att så tidigt som möjligt prata om önskemål och prioriteringar längre fram, utan att det behöver ändra den vård och behandling som pågår.

Vid alla informerande samtal kan man inleda med att fråga om patienten vill ha information, och hur mycket. Många vill veta det som är relevant, men slipper gärna detaljer. Informationen måste utformas så att den blir värdefull.

Brytpunkt

Brytpunkten palliativ vård i livets slutskede föregås av en helhetsbedömning av patientens tillstånd som leder fram till ett ställningstagande om att vårdens mål och innehåll behöver anpassas till sjukdomsutvecklingen och patientens ändrade önskemål.

En patient genomgår under sin sjukdomstid en serie övergångar eller brytpunkter då sjukdomen och behandlingen skiftar karaktär.

Brytpunkten till palliativ vård i livets slutskede handlar oftast om en process över tid snarare än ett distinkt tillfälle.

Det är ett läkaransvar att göra en medicinsk bedömning av var i sjukdomsförloppet patienten befinner sig och om personen har nått tidpunkten för övergång till palliativ vård i livets slutskede.

Läkaren ska också ta ställning till om det finns möjlighet till ytterligare sjukdomsinriktad behandling som kan gagna patienten, och om det finns någon annan behandlingsbar orsak till det försämrade tillståndet. Den medicinska bedömningen kan behöva upprepas.



Ofta är det den vård- och omsorgspersonal som träffar patienten dagligen som först ser en förändring i tillståndet och kontaktar sjuksköterska. Ibland kan det vara den enskilda patienten eller de närstående som först uppmärksammar en försämring och tar upp frågan.

Övergången till palliativ vård i livets slutskede föregås av en helhetsbedömning av patientens tillstånd, som leder fram till ett ställningstagande om att vårdens mål och innehåll och det huvudsakliga målet med vården ändras från att vara livsförlängande till att vara lindrande.

Övergång till palliativ vård i livets slutskede när det huvudsakliga målet med vården ändras från att vara livsförlängande till att vara lindrande.

I samband med brytpunkten genomförs brytpunktssamtal med patienten och oftast dennes närstående.

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

Syftet är att kommunicera det faktum att vården ändrar inriktning: från det huvudsakliga syftet att förlänga livet till att i stället minska lidande och öka livskvalitet.

Övergången till palliativ vård i livets slutskede föregås av ansvarig/a läkares helhetsbedömning av patientens tillstånd, som leder fram till ett ställningstagande om att vårdens mål och innehåll behöver anpassas till sjukdomsutvecklingen och patientens ändrade önskemål. Det är ett läkaransvar att göra en medicinsk bedömning av var i sjukdomsförloppet patienten befinner sig.

Det är också ett läkaransvar att ta ställning till om det finns möjlighet till ytterligare sjukdomsinriktad behandling som kan gagna patienten, och om det finns någon annan behandlingsbar orsak till det försämrade tillståndet.

Den medicinska bedömningen kan behöva upprepas.

Om det är i enlighet med patientens önskemål erbjuds närstående att delta i brytpunktssamtal. Det är vanligt att läkare, ansvarig sjuksköterska och personal i teamet har flera samtal med patienten och de närstående i samband med övergången till palliativ vård i livets slutskede. Brytpunktssamtal ska dokumenteras i patientjournalen.

Ett brytpunktssamtal ska ledas av behandlingsansvarig läkare.

Förutom patienten och de närstående bör ansvarig sjuksköterska närvara för att säkerställa kontinuiteten. I brytpunktssamtalet lyfts patientens tankar om sin sjukdom och vad han eller hon har för önskemål vid ytterligare försämring, när det gäller vårdplats och vårdåtgärder.

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 fortsatt plan blir känd av alla som deltar i vården.

Brytpunktssamtal dokumenteras i patientjournalen av både läkare och sjuksköterska.



En brytpunktsbedömning är, tillsammans med ett dokumenterat ställningstagande av läkare som därefter dokumenteras av tjänstgörande sjuksköterska, en förutsättning för att sjuksköterska kan utföra den kliniska undersökningen så att läkaren kan fastställa dödsfall

Delaktighet och omvårdnad

För att få veta vad patient och närstående önskar när det handlar om omvårdnad är det viktigt att fråga om hur deras önskemål om delaktighet ser ut.

Väljer de närstående att vårda rent praktiskt behöver de få information om den hjälp som finns att tillgå när man är vårdare. Exempelvis olika former av stöd, att det finns avlastning att få, vart man ska vända sig när man behöver stöd eller om man vill förändra något i vården.

Delaktighet:

- Samtala med patienten och de närstående tillsammans om deras önskemål. Det kan gälla var patienten önskar bli vårdad och vilken hjälp patienten och de närstående önskar.
- Informera om hjälp och stöd som finns tillgängliga från vårdenheten, annan hälso- och sjukvård och i samhället.
- Genomför kontinuerliga samtal med närstående under sjukdomsprocessen, informera om målet med vården och planeringen.
- Förklara att närstående kan och får hjälpa patienten att samtala om vad de kan och vill göra. Betona att närvaro också är att vara delaktig.
- Erbjud samtal till de närstående som så önskar, enskilt eller tillsammans med patienten. Samtalen måste inte leda till ett resultat, det är värdefullt att få berätta och ha en lyssnare.
- Forma en uppföljningsrutin där närstående kontaktas efter patientens död. De närstående som har behov av särskilt stöd kan då identifieras, om man inte har gjort det redan under sjukdomstiden, och ytterligare samtal eller professionellt stöd erbjudas.

Att arbeta strukturerat med palliativ vård

"De 6 S:n"

Att arbeta med de 6 S:n innebär att bryta med invanda tankemönster och gå från en problembaserad vård till en personcentrerad vård. De 6 S:n utgår från patienten som person och hjälper till att stärka patientens ställning i vården. Det är personen som, med stöd av personalens kunskaper, ska ges möjligheter att skapa en så bra sista tid i livet som möjligt.

Fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov ses som en helhet och påverkar varandra. En god palliativ vård förutsätter att vårdaren använder vetenskap och beprövad erfarenhet, men för ett värdigt möte krävs också att man har mod, flexibilitet och tålamod, är lyhörd och lyssnar aktivt.

Genom dialog kan personens prioriteringar respekteras och vården planeras. Modellen



är ett förhållningssätt i vården. Alla S är inte aktuella för alla personer och det kan variera över tid.

Nedanstående frågor kan användas för att initiera eller inspirera till samtal utifrån de 6 S:n:

- Självbild: Vad behöver vi veta om dig för att anpassa vården efter dina behov?
- Symtomlindring: Vad besvärar dig mest?
- Självbestämmande: Vad är viktigt för dig att bestämma om när det gäller din vård? Om du inte kan bestämma själv, vem ska då fatta beslut för dig?
- Sociala relationer: Vilka personer är viktiga för dig? Hur kan vi underlätta för dig att umgås med dem?
- Sammanhang: Vad har varit viktigt i ditt liv?
- Strategier: Vad tänker du om tiden framåt?

Vid flera palliativa enheter används de 6 S:n som ett förhållningssätt i vården och en struktur vid vårdplanering, dokumentation och utvärdering av vården. De 6 S:n baseras på erfarenheter gjorda inom vård och forskning samt på patientens egen kunskap om sin kropp och sjukdom. Nationellt vårdprogram palliativ vård 2021

Palliativa vårdbehov ur olika sjukdomsperspektiv

En person med en kroniskt progredierande sjukdom får förr eller senare palliativa vårdbehov. Det kan gälla diagnoser som demenssjukdomar, hjärtsjukdomar, KOL, neurologiska sjukdomar samt stroke, tumörsjukdomar och förvärvad hjärnskada. Det är av stor vikt att belysa sköra patienter som ska identifieras inom alla vårdnivåer för en god palliativ vård

Palliativ vård i livets slutskede

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

I livets slutskede är patientens allmäntillstånd nedsatt på ett sätt så att ytterligare behandling av grundsjukdomen kanske inte kan förbättra tillståndet. Ytterligare försämring kan få dödlig utgång, vilket gör den förestående döden till en påtaglig realitet inom överskådlig tid.

Att identifiera när en patient närmar sig, går över i eller befinner sig i livets slutskede är viktigt för såväl patient och närstående som vård- och omsorgspersonal.

Symtomlindrande behandling

Vid palliativ vård i livets slutskede är målet att all typ av vård eller behandling ska vara symtomlindrande och inriktad på livskvalitet, inte primärt livsförlängande. Läkare leder processen. I vissa situationer kan olika behandlingar erbjudas till patienter med ett obotligt sjukdomstillstånd och kort förväntad överlevnad.

Det är viktigt att överväga om åtgärden har en rimlig möjlighet att gagna patienten.



Ordination palliativa läkemedel

Region Östergötland produktionsenhetschef dok nr 39718 Giltig från 2021-03-01

Bakgrund

För att säkerställa god symtomlindring i livets slut bör palliativa läkemedel ordinerars i samband med brypunktsbedömningen. Ordinationen görs i Cosmic genom att använda berörda mallar på palliativa läkemedel.

Av patientsäkerhetsskäl bör inga recept skrivas då det finns risk att potenta läkemedel kan hamna i fel händer samt att det kan bli en onödig kostnad för patienten.

Parenterala läkemedel vid palliativ vård ingår inte i läkemedelsförmånen utan rekvireras till kommunala läkemedelsförråd, varifrån läkemedlet hämtas ut till patienten efter ordination från ansvarig läkare.

Denna rutin gäller för patienter på Särskilda boenden (SÄBO), korttidsboenden samt inom hemsjukvården.

Aktuell läkarordination görs i Cosmic:

1. Gå in i läkemedelslistan, välj ny ordination och sök på palliativa läkemedel. Då kommer mallar upp för palliativa läkemedel. Välj aktuella läkemedel samt administreras på enhet, INGA RECEPT SKA SKRIVAS.
2. Aktuell läkemedelslista kan skrivas ut och lämnas till ansvarig sjuksköterska eller hänvisa till att ordinationerna går att läsa i Nationella Patientöversikten, NPÖ, för dem som inte har tillgång till Cosmic.
3. Ansvarig sjuksköterska ser till att aktuella läkemedel hämtas från gemensamt lager och att de därefter finns att tillgå hos patienten.
- 4 Om patienten har APO dos och är aktuell i pascal.

INGEN ORDINATION SKA GÖRAS I PASCAL eftersom detta alltid medför att recept på minst en förpackning måste skrivas. Ansvarig sjuksköterska kan ta del av ordinationen enligt punkt 2 ovan.

Omvårdnad i livets slutskede

Att tillgodose de grundläggande behoven är essentiellt i vården av döende patienter. Välbefinnande, värdighet, hjälp med att äta och dricka, hjälp med att välja mat och dryck och tillgodose patientens önskningar, hjälp med personlig hygien och munhygien m.m är åtgärder som ska utföras med stor omsorg. Brister i omvårdnaden medför betydande negativa konsekvenser för patienten och dennes närstående.

Att erbjuda omvårdnad till patienter i livets slut är ett mångfacetterat uppdrag och måste utföras med professionell skicklighet som främjar värdighet och respekt.

Denna omvårdnad som varje patient behöver oavsett sitt kliniska tillstånd består av välbefinnande, trygg och behaglig vårdmiljö, integritet/privatliv, respekterade val,



prevention och medicinering, kommunikation, andning, vätska och näring, elimination, personlig hygien, kroppstemperatur, sömn och vila, rörlighet och fysisk funktion samt sexualitet/intimitet. Vården ska omfatta de åtgärder som gagnar patienten

Omvårdnaden ska vara personcentrerad och baseras på värden såsom ömsesidig respekt och förståelse för patientens självkänsla och vilja, patientens delaktighet och engagemang i relationen mellan patient och vårdpersonal och den kontext där vården ges.

Omvårdnadsmiljö

Eftersträva en lugn och trygg miljö på rummet. Ta bort allt onödigt material t.ex. hjälpmedel som inte används. Undvik starka dofter och ombesörj att det kommer in frisk luft i rummet. Fråga om det finns speciella önskemål.

Ansvar

Palliativa ombuden ansvarar för att:

- Tydliggöra, förbättra och kvalitetssäkra den palliativa vården i livets slut
- Delta på samverkansträffar

Sjuksköterskans ansvar:

- Säkerställ att läkare har dokumenterat ställningstagande till palliativ vård, dialoger med patient/närstående, att önskemål och delaktighet är uppfyllda, att brytpunktsbedömningar/samtal är genomförda samt att aktuella läkemedelsordinationer finns.
- Värdera patientens omvårdnadsbehov och avsluta de omvårdnadsåtgärder som i detta skede av livet inte gagnar vårdtagaren t ex lindning av ben, dryckeslistor.
- Informera övrig vårdpersonal om vårdens inriktning och mål
- Utvärdera patientens önskemål och behov inom området nutrition. Beakta delaktighet.
- Inspektera munhålan och upprätta vårdplan utifrån behov.
- Överväg, i samråd med ansvarig läkare, KAD då det kan underlätta för patienter i livets slutskede.
- I samråd med AT och FT värdera vårdtagarens hjälpmedelsbehov och tillse att det finns tillgång till de hjälpmedel som behövs.
- I samverkan med AT och FT bedöma fallrisk
- I samråd med AT och FT utvärdera och observera åtgärder vid generell och specifik symtomskattning vid ex smärta, andning, illamående och rosslighet
- Bedöm behovet av avdelad personal för intensifierad omvårdnad, medmänsklighet och/eller närståendestöd (vak)
- Eftersök patientens önskemål kring palliativ vård och vård i livets slutskede
- Dokumentera vårdplaner och insatser. Upprätta mål, åtgärder och uppföljningar.
- Identifiera närståendes behov av t ex avlastning och samtalskontakt
- Identifiera personlig och kulturella behov hos familjen som kommer att påverka den fortsatta vården och omhändertagandet efter döden



- Dokumentera och informera patient och närstående enligt patientens önskemål samt de som deltar i patientens vård och behandling i besluten om vård och behandling

Arbetsterapeut och fysioterapeut ansvarar för att:

- Ombesörja att patienten får de hjälpmedel som erfordras
- Ombesörja att patienten får hälso- och sjukvårdsinsatser utifrån önskemål eller behov.
- Utvärdera och beakta generell och specifik symtomskattning ex åtgärder vid smärta, andning, illamående och rosslighet.
- Bedöm patientens omvårdnadsbehov och avsluta insatser utifrån rehabperspektivet som i detta skede av livet inte gagnar vårdtagaren.
- Gör en riskbedömning avseende trycksårsutveckling och planera vården så att trycksårsutveckling förhindras.
- I samverkan med sjuksköterska bedöma fallrisk
- Informera övrig vårdpersonal om vårdens inriktning och mål
- Eftersök patientens önskemål kring palliativ vård och vård i livets slutskede. Beakta delaktighet.
- Personal får kunskap och utbildning gällande hjälpmedel och lyftteknik utifrån vårdtagarens specifika situation
- Dokumentera vårdplaner och insatser. Upprätta mål, åtgärder och uppföljningar
- Dokumentera och informera patient och närstående enligt patientens önskemål samt de som deltar i patientens vård och behandling i besluten om vård och behandling

Enhetschef ansvarar för att:

- Behovet av personal med kunskap i allmän palliativ vård tillgodoses
- Personal har kunskap och arbetar utefter sin kunskap i allmän omvårdnad i palliativt skede
- Personalbemanningen motsvarar behovet av personal utifrån rådande vårdtyngd
- Omvårdnadspersonalen får den information, kunskap och det stöd från de olika yrkesprofessionerna som krävs
- Initiera till att spegling genomförs på enheten.
- Tillsammans med sjuksköterska, bedöma behov av extra personal till verksamheten. Den personal i tjänst som anses lämplig avdelas till att vara hos vårdtagaren. Att kontinuerlig utvärdering sker om behovet av extra personal
- Dokumentera insatser och åtgärder.

Omvårdnadspersonal ansvarar för att:

- Arbeta utifrån sin kunskap i allmän omvårdnad i palliativt skede. Lokala kontaktpersoner på enheten har en framträdande roll
- Kontinuerligt uppdatera sjuksköterskan om vårdtagarens förändrade/ försämrade allmäntillstånd



- Följa vårdplan och genomföra de åtgärder som är beskrivna.
- Kontinuerlig uppdatera rehab personalen om iakttagelser
- Vidarebefordra närståendes frågor och önskemål
- Stödja vårdtagare och närstående. Utifrån varje enskilt fall efterfråga önskemål. Se även information på www.vardhandboken.se
- Dokumentera i SoL journal

Teamarbetet runt vårdtagare och närstående är viktigt för att ge en god vård utifrån olika professioners kunskap samt den enskildes behov och önskemål.

Det ska finnas en tydlig vårdplan dokumenterad i omvårdnadsjournalen. Både muntlig och skriftlig rapportering är viktig för att säkerställa en god omvårdnad.

Den palliativa vårdens organisation

Det är viktigt att alla personer som befinner sig i livets slutskede erbjuds ett optimalt omhändertagande oavsett grundsjukdom och var personen vårdas. Det innebär att allmän palliativ vård, som avser all den palliativa vård som inte är specialiserad, ska kunna ges i ordinärt boende och på kommunala vård- och omsorgsboenden där besluten om vård och behandling och patientens önskemål och delaktighet är vägledande

Vården som ges i livets slutskede ska genomsyras av ett palliativt förhållningssätt med en helhetssyn på människan. Då en grundläggande etisk princip inom hälso- och sjukvård och omsorg är att ge optimal vård, ställer detta stora krav på att all vårdpersonal är välutbildad i sitt speciella område och vet när olika insatser bör erbjudas eller när man bör avstå.

Om man inte behärskar den optimala behandlingen vid vård i livets slutskede ska experter konsulteras, till exempel ett palliativt konsultteam eller en specialiserad palliativ vårdenhet, men även andra enheter kan komma ifråga, till exempel en smärtklinik. I livets slutskede är det särskilt viktigt att inbjuda de närstående i omhändertagandet av den svårt sjuka och stötta dem så att de orkar.

Specialiserad palliativ vård ges till svårt sjuka med komplexa symtom eller vars livssituation medför särskilda behov av ett multiprofessionellt team med interdisciplinärt arbetssätt och särskild kompetens i palliativ vård. I den specialiserade palliativa vården krävs tillgång till sjuksköterska dygnet runt och till jourläkare. Den specialiserade palliativa vården har konsultstöd från både akutsjukhus, primärvård och kommunala vårdformer. Leg personal kan vid behov och dygnet runt nå det specialiserade palliativa teamet för konsultation.

I avtalet mellan Valdemarsviks kommun och Region Östergötland om specialiserad hemsjukvård bedrivs vården i samverkan med vårdcentralen i Valdemarsvik i PAH, primärvårdsansluten hemsjukvård, sedan 2002.

Kopplad till avtalet finns närsjukvårdsplats inom kommunens organisation. Det är endast denna vårdcentralens läkare som har möjlighet att lägga in patient på denna vårdplats vardagar dagtid.

Uppbyggda strukturer finns för kommunikation med Linnéakliniken på Vrinnevisjukhuset



för kontakt med specialistläkare under hela dygnet. Veckovisa konsultationer med vårdcentralens ansvariga läkare och kommunens leg personal genomförs och med öl på Linnéakliniken enligt fastställd plan.

I denna samverkan ingår reflektion och handledning.

Handledning

All personal som arbetar med svårt sjuka och döende personer bör erbjudas kontinuerlig handledning som ett led i personalstödande och kompetenshöjande arbete.

Handledningen kan ha olika syften, men är i första hand ett emotionellt stöd för personal som hanterar många känslomässigt betungande situationer i sitt arbete ex diskussion på enheten av specifika patientfall eller mer inriktad på enhetens arbete tillsammans.

Handledning befrämjar ett kontinuerligt lärande och kan ses som en del i kompetensutvecklingen.

Speglings syfte och behov

Syftet med spegling är att summera hur arbetspasset har varit för att kunna avlasta varandra. Deltagarna ska känna att de avslutar sitt arbete för dagen och det är av stor vikt att spegling genomförs.

Det är särskilt viktigt vid palliativt vårdande och vid dödsfall att dela med sig av tankar och händelser.

Spegling är en form av kollegialt stöd där man tillsammans samtalar och reflekterar över det som känns viktigt.

Etisk reflektion

Palliativ vård bör organiseras så att de regelbundna teamronderna har utrymme för etisk reflektion. Det bör också finnas möjlighet att då och då samla all personal till en separat dialog med mer omfattande etisk analys.

Förutom medicinska frågor och omvårdnadsfrågor omfattar palliativ vård också många etiska aspekter, till exempel vilken vårdåtgärd som är den bästa för patienten, hur man gör när respekt för patientens självbestämmande hamnar i konflikt med de närståendes önskan och vilja, hur stora resurser vården av en enskild patient bör få ta i anspråk med mera.

För att undvika etisk stress är det viktigt att teamet kring patienterna skapar både förutsättningar och utrymme för gemensam etisk reflektion. Den kan gälla både aktuella patientfall och principiella etiska frågor.

Det är bra att avsätta tid för etisk reflektion i samband med teamronderna inom det ansvariga vårdteamet, där man fokuserar på enskilda patienter eller närstående och försöker lyfta fram både medicinska fakta och olika värderingar för att bli mer uppmärksamma på att alla har olika syn på vad som är gott, viktigt och betydelsefullt, och flera perspektiv kan framkomma.



Åtgärder vid och efter dödsfallet

- Sjuksköterska följer Valdemarsviks kommuns direktiv för omhändertagande av avlidna
- Registrera dödsfallet i Svenska Palliativregistret i snar anslutning till dödsfallet och använd frastexterna i dokumentationen som stöd i registreringen. Den sjuksköterska som har kunskapen om vården i anslutning till dödsfallet medverkar vid registreringen. Ansvarig sjuksköterska ansvarar för att registreringen görs
- Utvärdera i teamet den vård som givits i livets slutskede
- Använd enhetens data från Svenska Palliativregistret som grund för kontinuerligt lärande och systematiskt förbättringsarbete

Kvalitet och förbättringsåtgärder

Legitimerad personal och enhetschef ska kontinuerligt initiera till förbättringsåtgärder samt eftersöka och redovisa resultat från Svenska Palliativregistret. Redovisning sker på enheternas APT. Förbättringsområden ska identifieras så att alla enheter arbetar med att utveckla den palliativa vården.

På övergripande nivå sammanställs resultat från palliativa registret varje kvartal av medicinskt ansvariga och presenteras för enhetschefer och leg personal.

Förbättringsområden tas fram och goda resultat observeras.

Årlig sammanställning görs i patientsäkerhetsberättelsen och patientsäkerhetsplanen presenteras åtgärder .

Efterlevandesamtal

Palliativ vård slutar inte i samband med dödsfallet utan omfattar även att ge de närstående stöd i sorgprocessen efter att någon har dött, oavsett var dödsfallet skett.

Varje enhet som vårdat en person i livets slutskede ska erbjuda efterlevandesamtal till de närstående

För de närstående som behöver information i medicinska frågor är det bra att kunna träffa någon i personalen och tala om vad som hände under sjukdomstiden. En del närstående har behov av att tala om sorgen under en kortare tid.

Närstående med behov av en längre kontakt eller som har en komplicerad sorgereaktion kan behöva ett mer avancerat stöd under längre tid och bör få hjälp att ta kontakt med ex kurator.

Efterlevandesamtalet är ett tillfälle att få ge synpunkter på vården och avsluta relationen till personalen. Detta behov är ömsesidigt och därför är efterlevandesamtal också viktiga för dem som vårdat patienten. Att ta del av de närståendes erfarenheter ger också tillfälle och möjlighet till viktig kvalitetsutveckling. Mallen från efterlevandesamtalet bifogas akten vid arkivering



Referenser

- Nationellt vårdprogram Palliativ vård 2021
- Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede
Socialstyrelsen 2013
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
- Patientsäkerhetslagen (2010:659)
- Patientlagen (2014:821)
- Offentlighets och sekretesslagen (2009:400)
- www.vardhandboken.se palliativ vård
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om livsuppehållande behandling
(SOSFS 2011:7)
- Vårdhygieniska riktlinjer, se intranätet
<https://viknet.valdemarsvik.se/organisation2/stod-och-omsorg2/halso--och-sjukvard/>