

Den palliativa infrastrukturen- implementering på SkaS



Utmaningar i vårdens vardag

- Vårdens arbetssätt och strukturer möjliggör inte att personer i livets slutskede får dö på ett värdigt sätt.
- Det man till varje pris vill göra inom den medicinska vetenskapen är att undvika sårbarhet och död och att minska lidande och funktionsnedsättningar i syfte att skapa den perfekta människan. Men det behöver också finnas en balans mellan kampen mot döden och förhållningssättet att se den som en naturlig konsekvens efter ett långt liv och omfattande sjukdom (Dahl Rendtorff, 2002).
- En betydande andel av sjukvårdens insatser saknar patientnytta och kallas vård av lågt värde.
- Det råder missförstånd inom många sjukhusvårdande verksamheter kring vad som avses med palliativ vård.



Den etiska stressen

Jag upplever en maktlöshet när man har kommit till vägs ände i behandlingar och en patient starkt uttrycker viljan att dö ändå ska tvinga hen genom en datortomografi och andra utmanande undersökningar. Och att dessa patienter blir inlagda överhuvudtaget. Att man inte får avsluta sitt liv hemma eller på det äldreboende som nu är ens hem.

För mig är det just det här ett lidande att jag behöver gå in och ut till en patient som jag känner att jag inte hjälper på rätt sätt. Där jag vet vad som skulle kunna vara bästa hjälpen för hen i form av vård i livets slutskede och som skulle kunna bli något fint både för hen som ska dö och för mig som vårdar.

Då tröttnar man på det. Man orkar inte ta en massa prover eller åka till röntgen med den här patienten. Man kanske måste få in en rosa perifer venkanyl i en gammal kvinna som inte har några blodkärl och inget blodtryck – för att kolla om det är något fel på lungan. Och hon är 95 år och nästan medvetslös. Det är bara så onödiga insatser som inte leder någonstans.

Palliativ vård

Varje akut eller kronisk sjukdom och/eller tillstånd som förorsakar påtaglig nedsättning av allmäntillståndet och som kan leda till långvarig försämring, handikapp och/eller döden ska betraktas som svår sjukdom. **Den palliativa vården ska ske i kontinuerlig dialog med patient och närstående** för att gemensamt formulera mål för vården och **den ska tillämpas i alla vårdformer och på alla vårdnivåer.**

Nationella rådet för palliativ vård (Alvariza m.fl., 2020; Fürst m.fl., 2021)



Konkreta problem

- Den palliativa enheten konsulteras allt för sällan och för sent.
- Så fort någon säger brytpunktssamtal finns en föreställning om att nu är patientens död omedelbart förestående.
- Man väntar för länge med att sätta in palliativa läkemedel som är smärtstillande eller ångestdämpande eller har de där nödvändiga samtalen med patient och närstående om vilka önskemål som finns inför livets slut.



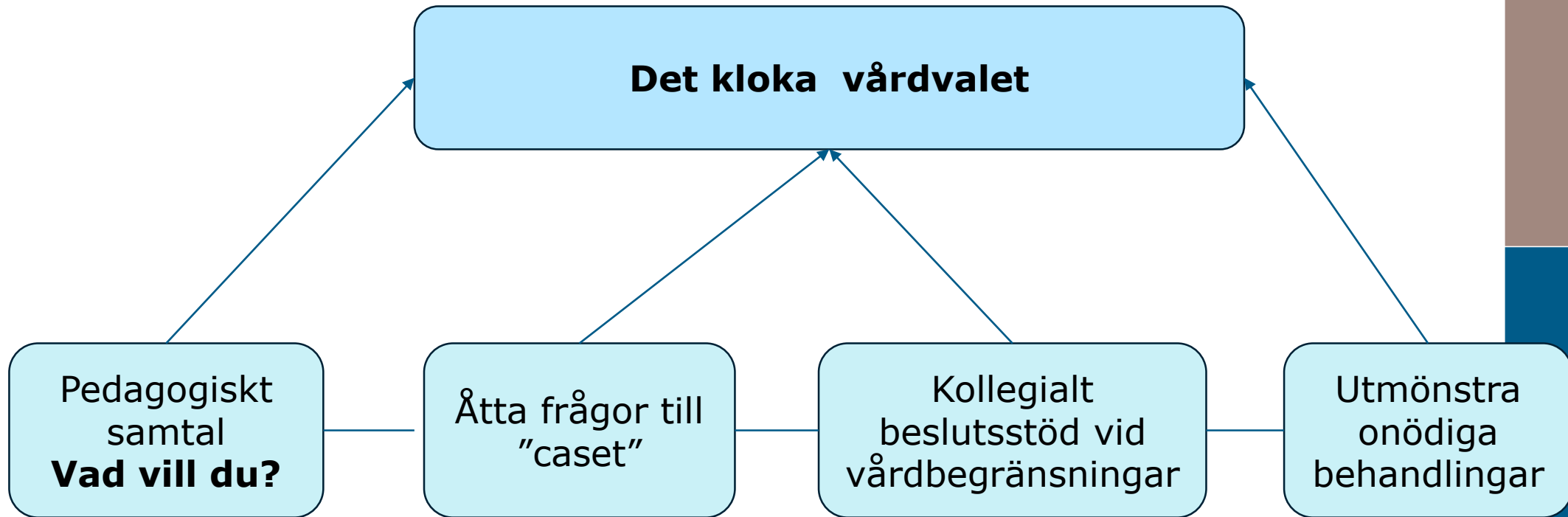
En sjuksköterskas perspektiv

"Helheten kring patienterna som jag är van att vårda hamnar oftast i ett vakuum. Man tar aldrig brytpunktsbedömning och man går aldrig över i den palliativa vården. Läkarna är ganska duktiga på att sätta in palliativa läkemedel, men det blir aldrig någon ordning och reda på när vi ska börja med dem. Hur vi tänker kring det här? Och så får man ändå ringa jouren.

Hade vi då haft en omvårdnadsrund så hade vi kunnat diskutera det palliativa upplägget. Hur ska vi använda de här läkemedlen som vi har att tillgå? Eller vilka är patientens resurser? Och närstående känns mer och mer som att vi tycker de är jobbiga. Inte en resurs till patienten. De är några som ska informeras hela tiden om hur läget är. Men man involverar varken patienten eller anhöriga i vården."



Byggstenar för kloka vårdval



Viktiga frågor att ta hänsyn till

- Vad vill personen(patienten)?
- Vad är målet? Lindrat lidande, en värdig död etc
- För vem gör vi detta?
- Vilken samsjuklighet finns det?
- Vilka resurser krävs?
- Vilka samarbeten har vi och vad behövs?
- Vem tar vid när vi är klara?
- Vad är vår bortre gräns?

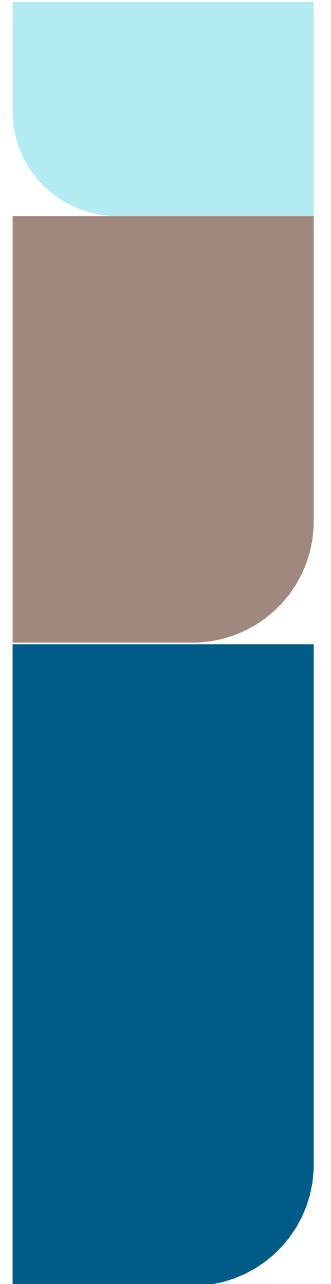
Bild lånad av Fredrik von Wowern- Skånes
Universitetssjukhus

Anna Forsberg



Vårdandets etik

Den som ska leva med konsekvenserna av de vårdbeslut som fattas bör också vara med och fatta beslutet.

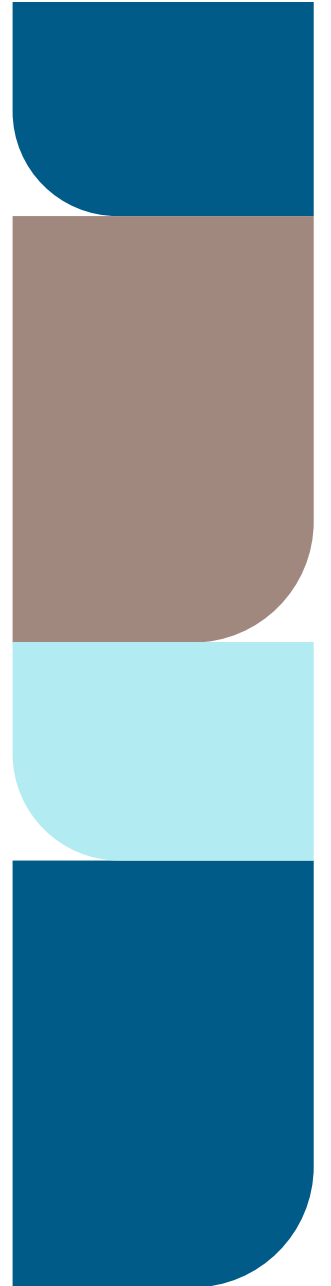


Målsättning

- Proaktiv, personcentrerad och planerad palliativ vård.
- Alla patienter ska ha fått minst ett "samtal vid allvarlig sjukdom" om sin situation vilket ska vara journalfört och leda till en palliativ plan.
- Alla patienter i livets slutskede ska ha fått minst ett brytpunktssamtal.
- Dokumenterad uppföljning och åtgärd av symtombörda.
- Palliativa patienter har en namngiven kontaktsjuksköterska/omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

Patientgrupper

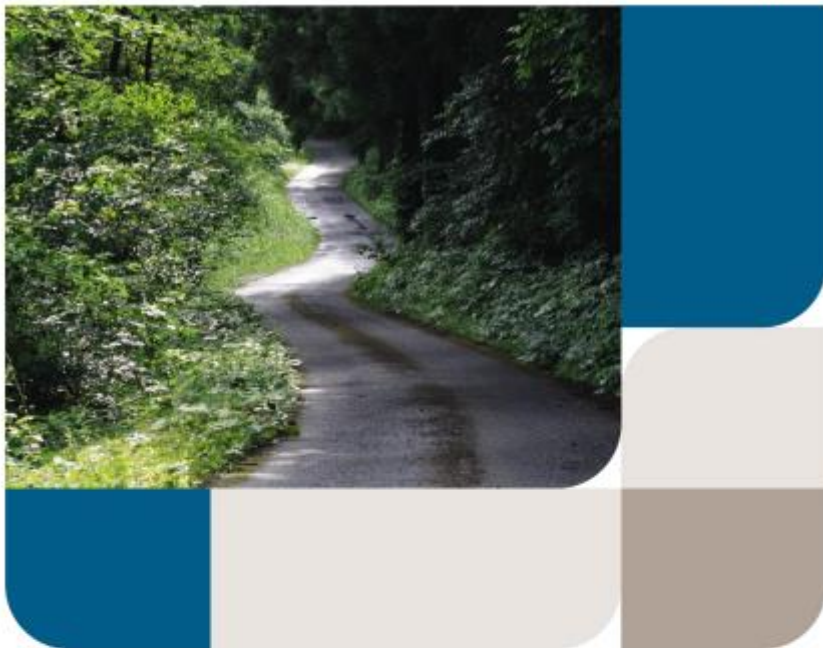
- Patienter med cancerdiagnoser
- Behov finns hos patienter med diagnoser
 - KOL
 - Njursvikt
 - Hjärtsvikt
- Sköra äldre, ofta multisjuka
- Mångbesökare på akuten
- Ofta återkommande inneliggande perioder



Samtal vid allvarlig sjukdom

- Samtal vid allvarlig sjukdom är ett samtal där hälso- och sjukvårdspersonal och en person vars tillstånd kan leda till döden inom dagar, veckor eller år, och/eller dennes närstående, diskuterar innehållet i den fortsatta vården utifrån patientens hälsotillstånd, behov och önskemål. Samtal vid allvarlig sjukdom hålls tidigt och återkommande i vårdprocessen.





Samtal om din sjukdom och fortsatta vård

Vid ditt nästa besök

Vi vill erbjuda dig ett samtal om din sjukdom och om vad som är viktigt för dig framöver. I samtalet finns möjlighet att prata om dina önskemål, prioriteringar och hur du vill att den fortsatta vården ska se ut.

Att samtala om framtiden och planera vården tillsammans kan ge trygghet. Det ger dig tid och utrymme att tillsammans med din läkare eller sjuksköterska samtala om det som är viktigt för just dig- både nu och längre fram. Samtalet kan också göra det lättare att förstå vad som kan komma att hända och vad olika val kan innebära

Inför ditt nästa besök

Vi vill tillsammans med dig kunna planera så att den fortsatta vården är anpassad till din situation.

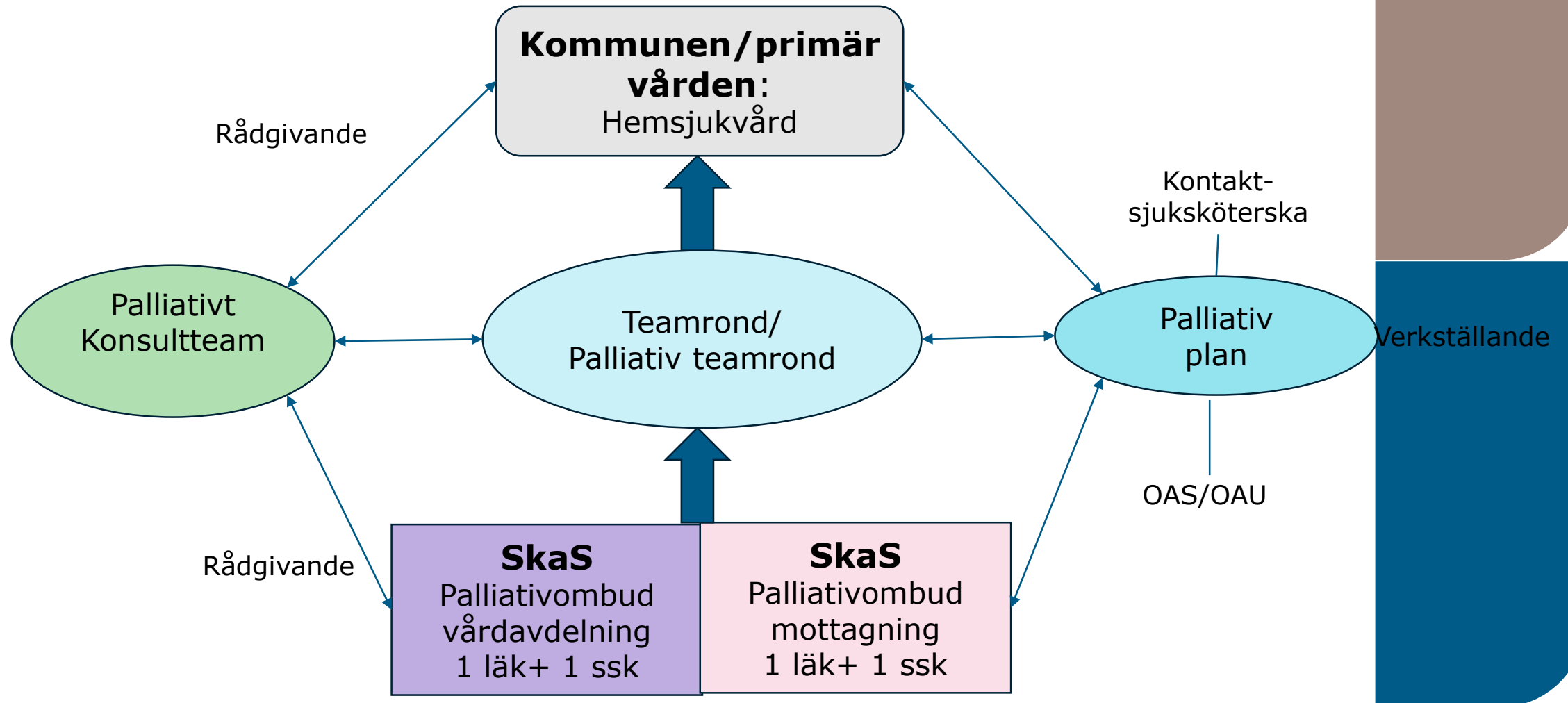
Inför samtalet, fundera gärna på:

- Vad är viktigt för dig för att må väl?
- Vad vill du veta om din sjukdom och vad som kan komma att hända framöver?
- Vilken information skulle hjälpa dig att fatta beslut om din framtid?
- Är du orolig för något när det gäller din sjukdom och behandling?
- Finns det någon medicinsk vård eller behandling som du inte önskar?
- Hur tror du att det skulle vara att dela dina tankar med din familj eller närstående?
- Om du någon gång skulle få svårt att framföra din egen talan, vem vill du då ska göra det åt dig? Berätta varför det är viktigt, och meddela oss om dina önskemål förändras över tid

Berättelsen som kan nås via "samtal vid allvarlig sjukdom"

- I berättelsen framträder patienten som en person.
- I och genom berättelsen bildas och utforskas den personliga identiteten.
- I berättandet *uppfinner* och *upptäcker* vi oss själva samtidigt.
- Berättelsen är ett redskap för att utveckla hälso- och sjukvården.
- Berättelsen är en del av själva vårdandet och en nödvändig komponent för att bereda vägen för en värdig död.

Infrastruktur för palliativ vård på SkaS



Den palliativa infrastrukturen-öppen vård

Steg 1. Inventera andelen palliativa patienter som går på respektive mottagning. Detta gör palliativombuden tillsammans med enhetschef (EC) och enhetsansvarig läkare (EAL).

Steg 2. Dela in de palliativa patienterna i två grupper:

Personer som är palliativa

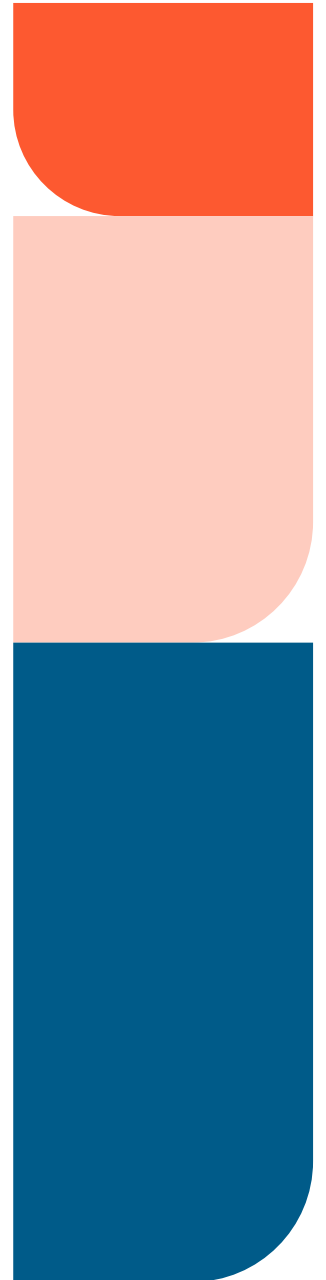
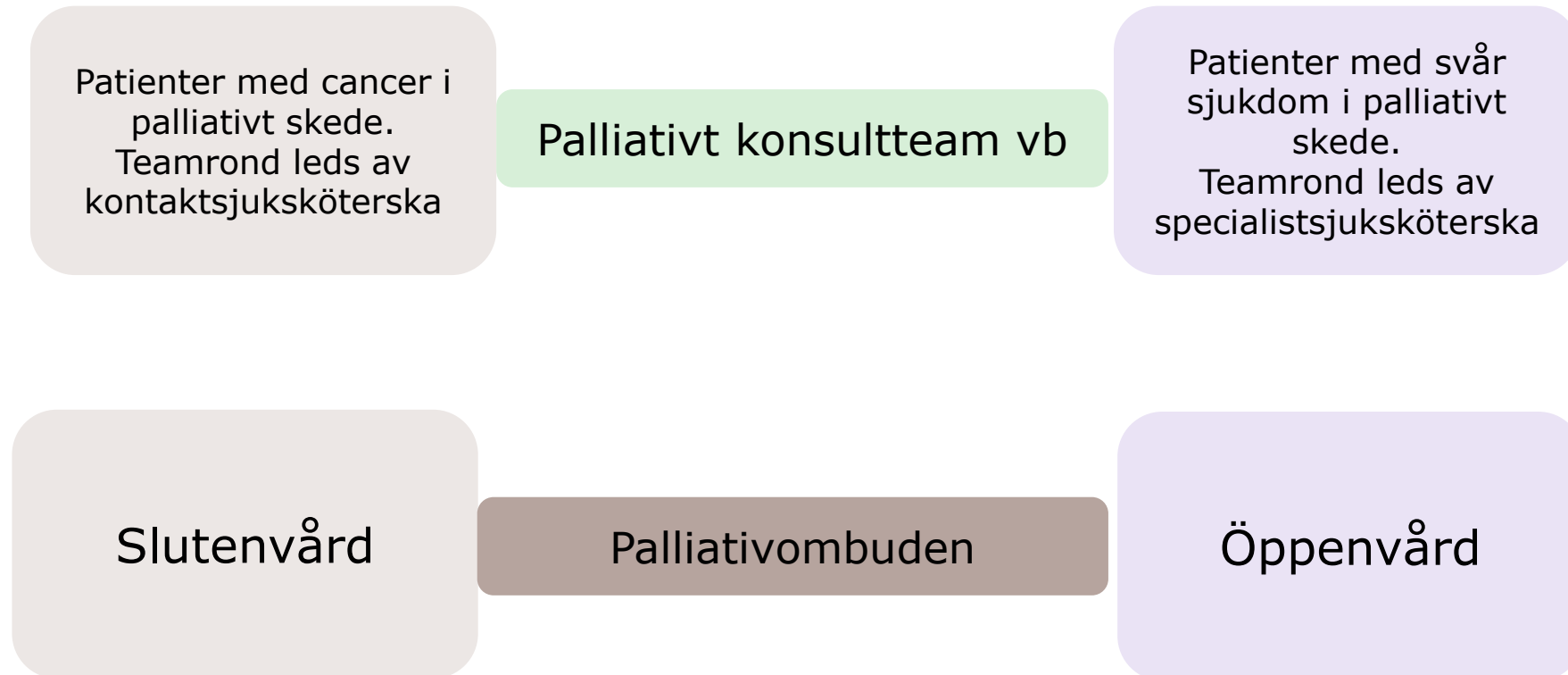
Säkerställ att samtal vid allvarlig sjukdom är genomfört.

Personer som är i livets slutskede

Säkerställ att brytpunktssamtal för övergång till livets slutskede är genomfört.

En till två teamronder per vecka där det krävs samverkan för en palliativ plan.

Forts.



Arbetsgång-öppenvård

- Patienten är på mottagning för ssk besök eller läkarbesök.
- Patienten får i handen med sig texten med en inbjudan till samtal vid allvarlig sjukdom. Hen kan fundera hemma och välja en närstående att ta med.
- Alternativt kallas via brev med information om att samtal vid allvarlig sjukdom planeras genomföras vid nästa bokade besök.
- Två till tre veckor senare bokas ett besök till sjuksköterska för samtal vid allvarlig sjukdom. Detta journalförs i Melior.
- En plan upprättas av ssk eller på nästkommande teamrund.
- Uppföljning av detta samtal sker vid nästa läkarbesök där också ställning tas till om ett brytpunktssamtal är aktuellt. Om så är fallet görs det av läkaren.

Uppföljning

- Varannan vecka möts palliativombud, EC och EAL för att följa upp hur många palliativa som finns på "listorna" och hur många som fått samtal och en vårdplan.
- Palliativombud på mottagning stämmer av med palliativombud på vårdavdelningen kring patienter som kan vara på väg in samt eventuella patienter som fallit mellan stolarna.
- Palliativombud och kontaktsjuksköterskor samverkar avseende patienter med svår sjukdom i palliativt skede.



Arbetsgång-slutenvård

- Patienten är inneliggande på avdelningen och identifieras som palliativ av palliativombud eller annan personal.
- Patienten erbjuds ett "samtal vid allvarlig sjukdom" med sjuksköterska som en grund för den palliativa teamronden. Detta journalförs i Mellior.
- En plan upprättas av ssk eller på nästkommande teamrond.
- Om en övergång till livets slutskede är på gång eller har skett genomförs ett brytpunktsamtal på avdelningen med lämplig läkare och detta journalförs i mallen för Brytpunktssamtal i Mellior.
- OAS/OAU utses och en plan för fortsatt vård upprättas skyndsamt.

Uppföljning vårdavdelning

- Palliativombud och EC stämmer av senast torsdag varje vecka tillsammans med EAL att samtliga inneliggande palliativa patienter har fått en plan, är diskuterade/samrådda med kontaktsjuksköterska och har en OAS/OAU.
- Vid utskrivning sker kontakt med palliativombud eller kontaktsjuksköterska på relevant mottagning.

Exempel lungmedicin

