SAMLA
Samverkan Lerum Alingsås

Lerum 2023-04-16

Stödjande dokument vid palliativ och vård och vård i livets slutskede inom Hemsjukvård och SÄBO Område Lerum

Detta dokument är framtaget i samverkan vårdcentral-kommun av arbetsgrupp inom NOSAM Lerum och är tänkt som ett stöd och vägledning för sjuksköterskor och läkare som vårdar patienter i livets slutskede inom kommunal hälso- och sjukvård. Syftet är att tydliggöra de olika delarna i den palliativa planeringen som sker tillsammans med patienten.

SAMMANFATTNING

- Beslut om vårdbegränsning ska så långt det är möjligt fattas i samråd med patient och närstående
- Förändring i vårdbegränsning/Ej HLR övervägs vid varje årskontroll samt däremellan vid behov.
- Vårdbegränsning/Ej HLR skrivs in i primärvårdsjournal och kommunaljournal samt tydligt i patientpärm och med symbol i digitalt signeringssystem.
- Ej HLR beslut ska för varje patient vara väl känt hos all fast personal som arbetar med patienten
- Beslut om Ej HLR gäller tills vidare, behöver ej förnyas.
- Trygghetsordinationer ska sättas in i sent palliativt(terminalt) skede, gäller i max 3 månader.
- Delegering för undersökning vid förväntat dödsfall ska föregås av läkarbesök* och gäller i max 3 månader.
- Delegering för undersökning vid förväntat dödsfall samt övriga ordinationer som ej rör läkemedel (t ex KAD) skrivs av läkaren in i journalanteckning. Kopia skickas till kommunala journalen.
- Pacemaker anges i ”Namnkort vid dödsfall”. Avtalad begravningsbyrå ska anlitas för bårtransporten.

Palliativt skede

Palliativt skede innebär patientens sjukdomstillstånd inte längre går att bota, målet för vården är att lindra symtom och skapa bästa möjliga välbefinnande och värdighet till livets slut. Efter individuell bedömning kan detta ofta men inte alltid innebära att man fattat beslut om viss vårdbegränsning. Vårdbegränsningen kan till exempel vara att patienten inte ska skickas till sjukhus vid försämring såvida detta inte är nödvändigt för symtomlindring.

Det kan också vara att man inte ska genomföra hjärtlungräddning eller defibrillering vid hjärtstillestånd-här benämnt Ej HLR.

Vårdbegränsning och Ej HLR

-Vid varje årskontroll ska frågan kring vårdbegränsning och eventuell Ej HLR övervägas och kommenteras i journalen. Nytt ställningstagande kring vårdbegränsning bör också tas om det medicinska tillståndet förändras.
-Ett beslut kring vårdbegränsning ska fattas i samråd med patient och helst även anhöriga.
-Dokumentationen kring vårdbegränsning ska finnas i både läkarjournal och kommunjournal.
-Beslut om Ej HLR eller annan vårdbegränsning rekommenderas ligga i patientens pärm/mapp och som symbol i det digitala signeringssystemet så att den är väl känd för ordinarie personal och lätt kan hittas för ny personal i akuta skeden.
-Ett beslut om Ej HLR fattat av läkare i kommunal hälso-och sjukvård gäller tills vidare utan tidsbegränsning om inte annat är angivet i journalen.
-Normalfallet är att både läkare och sjuksköterska pratar igenom frågan med patient och eventuella närstående. Frågan och behovet av vårdbegränsning samt Ej HLR kan med fördel initieras av sjuksköterska. Beslutet fattas dock alltid av läkaren.
-Ej HLR-beslut fattat på sjukhus gäller, men enbart om det är dokumenterat att detta föregåtts av ett brytpunktssamtal där patient och eventuellt anhöriga är delaktiga i beslutet.

Vägledning
För de allra flesta patienter som befinner sig inom kommunal hälso-och sjukvård, speciellt boende på SÄBO är det medicinska tillståndet såpass skört att man inte kan förvänta sig att patienten kommer att överleva ett eventuellt hjärtstillestånd, även om man tillfälligtvis med hjälp av HLR/defibrillering skulle få igång hjärtat. Det mest värdiga för dessa patienter är ofta istället att man låter livet få sitt naturliga avslut. Beslut om Ej HLR borde således fattas för de allra flesta av dessa patienter, men inte alla. Individuell bedömning kring vilka som förväntas kunna ha nytta av HLR ska göras och beslut ska alltid fattas i samråd med patient och anhöriga om möjligt.

Sent palliativt skede (*benämns även terminalt skede)*

När en patient med känd bakomliggande sjukdom försämras kraftigt i sitt medicinska tillstånd och man bedömer att döden kommer inträffa inom den närmsta tiden har patienten kommit in i så kallat sent palliativt skede. Naturliga funktioner såsom möjlighet att få i sig föda och ofta även vätska

upphör eller minimeras. Andningen blir ofta påverkad och medvetandegraden sjunker.

Trygghetsordinationer

En patient i sent palliativt skede bör så snart som det är möjligt ordineras trygghetsordinationer/palliativa läkemedel. Ordinationen bör helst finnas på plats redan innan de symtom som läkemedlen är till för har hunnit uppkomma.
-Läkare måste ha en beredskap och tillgänglighet att med kort varsel kunna ordinera trygghetsordinationer**.**
-Trygghetsordinationer gäller i maximalt tre månader.
-Om en patients tillstånd förbättrats så den inte längre bedömts vara i sent palliativt skede, men sedan åter försämras inom 3-månadersperioden, ska sjuksköterska kommunicera med läkaren att man åter avser starta med trygghetsläkemedel.

Stöddropp

Om en patient på grund av tillfällig sjukdom inte kan få i sig tillräckligt med vätska per oralt, kan man i vissa fall behöva sätta så kallat stöddropp. Om en patient gått in i sent palliativt skede med multiorgansvikt, bortfaller också funktionen att kunna äta eller dricka. Dessa patienter riskerar snarare ett förlängt lidande om man sätter dropp. För att dropp ska ordineras bör det alltid finnas en bedömning att patienten kan kunna återhämta sig och börja dricka på egen hand. I de fall man inte vet om patientens tillstånd beror på en tillfällig vätskebrist kan man pröva att sätta dropp under en begränsad tid, ett eller max 2 dygn. Även om patienten därefter inte återhämtat sig och kan försörjas per os bör droppet avvecklas. En sådan testning bör alltid föregås av noggrann kommunikation med anhöriga.
Självklart kan det finnas medicinska situationer där längre tider av dropp kan bli aktuellt (t ex kraftig gastroenterit hos för övrigt relativt frisk person).

Delegering att utföra klinisk undersökning vid förväntat dödsfall (tidigare benämnt ”Konstaterande av dödsfall”)

När en patient har konstaterats befinna sig i sent palliativt skede kan undersökningen för bekräftandet av dödsfallet delegeras att utföras av leg sjuksköterska.
För att delegering ska kunna ges måste dödsfallet vara förväntat och ska ha föregåtts av ett läkarbesök där man konstaterat att patienten befinner sig i sent palliativt/terminalt skede. Det sköterskan utför är den kliniska undersökningen av kroppen, för att ge underlag till läkaren att fastställa att dödsfallet skett.

*(I undantagsfall hos patient som är känd för läkaren och som har svår bakomliggande sjukdom kan beslutet om delegering fattas efter telefonsamtal med sjuksköterska som har bedömt patienten. Läkarbesök bör i sådana fall ske i samband med nästa inplanerade rond.)
-En delegering för konstaterande av dödsfall gäller maximalt 3 månader
-Delegerings skrivs in i primärvårdens patientjournal. Kommuniceras via journalkopia till berörd sjuksköterska/or.

Följande textmall rekommenderas:
”*Patienten bedöms befinna sig i sent palliativt skede. Härmed delegeras till leg sjuksköterska på(namn på boende eller HSV enhet) att denna får utföra kliniska undersökning för att bekräfta dödsfallet.”*

Följande kriterier ska vid den kliniska undersökningen vara uppfyllda:

- Ingen palpabel puls.
- Inga hörbara hjärtljud vid auskultation.
- Ingen spontanandning.
- Ljusstela, oftast vida, pupiller.

Namnkort ska skickas till berörd vårdcentral senast nästkommande vardag. Läkaren ska därefter snarast utfärda dödsbevis och senast efter tre veckor dödsorsaksintyg.

KAD samt övriga ordinationer i sent palliativt skede

Förutom läkemedel (som ordineras via trygghetsordinationsblankett) kan det i sent palliativt skede även vara aktuellt med andra ordinationer till exempel att KAD får sättas vid behov. Dessa ordinationer skrivs in i ett notat i primärvårdsjournal. Kopia skickas till kommunala journalen. Lämpligen kan detta skrivas in i samma notat som delegeringen av den kliniska undersökningen vid förväntat dödsfall.

Pacemaker

För närvarande gäller rutinen att sjuksköterskan på Namnkort vid dödfall anger att patienten har pacemaker samt tillser att transporten av den avlidne i dessa fall alltid sker via en så kallad bårtransport, som enligt nuvarande avtal ska utföras av Lerums begravningsbyrå.

Tillägg

Detta dokument är tänkt att användas som ett stöd för läkare och sjuksköterskor som vårdar patienter i livets slutskeden. Det är inte tänkt som ett heltäckande rutindokument utan rör främst samverkansfrågor där både läkare och sjuksköterskor är berörda. För fördjupade rutiner kring till exempel

brytpunktssamtal, munhälsobedömning, anhörigkommunikation mm hänvisas till övriga riktlinjer inom VGR, Lerums kommun, SKR och Socialstyrelsen.