

Stödjande dokument vid palliativ vård och vård i livets slut inom kommunal primärvård, Lerums kommun

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. 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.
- Vårdbegränsning/Ej HLR övervägs vid varje årskontroll samt däremellan vid behov.
- Vårdbegränsning/Ej HLR skrivs in i respektive journaler, kopia till patientpärm samt symbol i digitalt signeringssystem.
- Beslut om Ej HLR, fattat av primärvårdsläkare, gäller tills vidare, behöver ej förnyas.
- Beslut om ej HLR fattat på sjukhus ska vara dokumenterat i läkarepikris, där det också ska framgå om beslutet är tidsbegränsat eller om det gäller tills vidare.
- Ej HLR beslut ska för varje patient vara väl känt hos personal som arbetar med patienten.
- Trygghetsordinationer ska sättas in i sent palliativt (terminalt) skede, gäller i max 3 månader.
- Delegering för undersökning vid förväntat dödsfall ska alltid föregås av ett läkarbesök* och är giltig i högst tre 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 ssk i kommunen.
- Pacemaker anges i "Namnkort vid dödsfall" och då ska avtalad begravningsbyrå anlitas för bårtransporten. (separat rutin finns för transport av avliden, bårhusremiss skrivs)

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 i livets slut. Efter individuell bedömning kan detta ofta innebära att man fattat beslut om viss vårdbegränsning. Vårdbegränsningen kan till exempel vara att patienten inte ska skickas

till sjukhus vid försämrat allmäntillstånd om det 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 om vårdbegränsning och eventuell Ej HLR övervägas och dokumenteras i journalen. Ett nytt ställningstagande angående vårdbegränsning bör också tas om det medicinska tillståndet förändras.
- Beslut om vårdbegränsning ska fattas i samråd med patienten och gärna med närstående.
- Dokumentationen kring vårdbegränsning ska finnas både i läkarjournalen och i kommunjournalen.
- Beslut om Ej HLR eller annan vårdbegränsning bör förvaras i patientens pärm eller mapp och som symbol i det digitala signeringssystemet, så att informationen är lättillgänglig för ordinarie personal och ny personal i akuta situationer.
- 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.
- Ett ej HLR-beslut som är fattat på sjukhus gäller efter utskrivning om det är dokumenterat i patientens läkar-epikris. Där ska också framgå om beslutet är tidsbegränsat eller om det gäller tills vidare. Om sådan tidsangivelse inte finns gäller beslutet tills ny bedömning kan göras av primärvårdsläkare vid nästa planerade rondtillfälle.
- Normalt sett är det både läkare och sjuksköterska som diskuterar frågan med patienten och eventuella närstående. Sjuksköterska kan initiera samtalet om vårdbegränsning och Ej HLR, men beslutet ska alltid fattas av läkaren.

Vägledning

För de flesta patienter inom kommunal primärvård, speciellt de som är boende på SÄBO, är det medicinska tillståndet ofta så pass skört att man inte kan förvänta sig att de kommer att överleva ett eventuellt hjärtstillestånd, även om HLR eller defibrillering skulle återuppta hjärtats funktion temporärt. För dessa patienter är det ofta mer värdigt att låta livet följa sin naturliga gång. Beslut om Ej HLR bör därför fattas för de flesta av dessa patienter, men inte för alla. En individuell bedömning ska göras för varje patient för att avgöra om HLR kan vara till nytta. Beslutet ska alltid tas i samråd med patienten och, om möjligt, även med närstående.

Sent palliativt skede (kallas även terminalt skede)

När en patient med känd bakomliggande sjukdom försämras kraftigt i sitt medicinska tillstånd och man bedömer att döden kan inträffa inom den närmaste tiden, har patienten

kommit in i ett så kallat sent palliativt skede. Naturliga funktioner som förmågan att inta mat och ofta även vätska upphör eller minskar kraftigt. Andningen påverkas ofta och medvetandegraden sjunker successivt.

Trygghetsordinationer

En patient i sent palliativt skede bör ordinerars trygghetsordinationer/palliativa läkemedel så snart som möjligt. Helst ska ordinationen finnas tillgänglig redan innan symtom uppkommer.

- Läkare ska ha beredskap och vara tillgängliga för att ordinera trygghetsordinationer med kort varsel.
- Trygghetsordinationer gäller i maximalt tre månader.
- Om en patients tillstånd förbättras så att hen inte längre bedöms vara i sent palliativt skede, men försämras igen inom tre månader, ska sjuksköterskan informera läkaren för att bedöma behovet av att återuppta trygghetsordinationerna.

Stöddropp

Vid tillfällig sjukdom kan stöddropp i vissa fall ges om en patient inte får i sig tillräckligt med vätska per oralt. Hos patienter i sent palliativt skede med multiorgansvikt bortfaller ofta förmågan att äta och dricka, och dropp kan då leda till vätskeansamling och förlänga lidandet snarare än ge lindring.

Dropp bör endast ordinerars om det finns en rimlig förväntan att patienten kan återhämta sig och återgå till att dricka själv. Vid osäkerhet kring vätskebrist kan en kortvarig droppbehandling testas i högst 1–2 dygn. Om patienten inte förbättras och fortsatt inte kan försörjas per os bör droppet avslutas. En sådan testning ska alltid föregås av tydlig kommunikation med närstående.

I vissa medicinska situationer, exempelvis vid kraftig gastroenterit hos en i övrigt frisk person, kan längre droppbehandling vara motiverad.

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

När en patient har konstaterats vara i sent palliativt skede kan den kliniska undersökningen för att bekräfta dödsfallet delegeras till en legitimerad sjuksköterska.

För att delegering ska vara tillåten måste dödsfallet vara förväntat och föregås av ett läkarbesök där patientens sent palliativa eller terminala tillstånd har bekräftats. Sjuksköterskan genomför då den kliniska undersökningen av kroppen, vilket utgör underlag för läkaren att fastställa dödsfallet.

*(I undantagsfall, där patienten är känd för läkaren och lider av en allvarlig bakomliggande sjukdom, kan beslut om delegering fattas efter ett telefonsamtal med den sjuksköterska som har bedömt patienten. I sådana fall bör ett läkarbesök genomföras vid nästa planerade rond.)

- En delegering för konstaterande av dödsfall gäller i högst tre månader.

- Delegeringen dokumenteras i patientens primärvårdsjournal och kommuniceras till kommunens sjuksköterska tillsammans med journalkopia.*

Läkare rekommenderas att dokumentera följande text i patientjournalen:

”Patienten bedöms vara i ett sent palliativt skede. Härmed delegeras till legitimerad sjuksköterska på (namn på boende eller enhet) att utföra klinisk undersökning inför fastställande av dödsfallet.”

Kriterier som ska vara uppfyllda vid den kliniska undersökningen:

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

Namnkort vid dödsfall (och ibland bårhusremiss) ska fyllas i av den sjuksköterska som utfört den kliniska undersökningen. Den läkare som ansvarar för fastställandet av dödsfallet ska snarast skicka in dödsbevis till Skatteverket och dödsorsaksintyg till Socialstyrelsen. Därav viktigt att ansvarig läkare meddelas skyndsamt om dödsfallet, senast nästkommande vardag.

KAD och övriga ordinationer i sent palliativt skede

Förutom läkemedel (som ordinerar via trygghetsordinationsblankett) kan andra ordinationer vara aktuella i sent palliativt skede, exempelvis att KAD får sättas vid behov. Dessa ordinationer skrivs in i ett notat i primärvårdsjournal. Det kan vara lämpligt att skriva in detta i samma notat som delegeringen av den kliniska undersökningen vid förväntat dödsfall. Kopia skickas till kommunens sjuksköterska.

Pacemaker och implanterbar defibrillator (ICD)

För närvarande gäller att sjuksköterskan på ”Namnkort vid dödsfall” och på bårhusremissen, noterar att patienten har pacemaker samt säkerställer att transporten av den avlidne i dessa fall alltid sker med bårtransport. Enligt nuvarande avtal ska denna transport utföras av Fonus begravningsbyrå. Se separat rutin för beställning *transport avliden*.

Läkare ansvarar för att i god tid ta ställning till om en patients ICD ska kopplas ifrån i livets slutskede.

Tillägg

Detta dokument är tänkt att fungera som ett stöd för läkare och sjuksköterskor som vårdar patienter i livets slutskede. Det är inte avsett som ett heltäckande rutindokument, utan fokuserar främst på samverkansfrågor som involverar både läkare och sjuksköterskor. För mer detaljerade rutiner, exempelvis kring brytpunktssamtal, munhälsobedömning, anhörigkommunikation med mera, hänvisas till riktlinjer från VGR, sek, SKR och Socialstyrelsen.