Vårdförlopp Palliativ vård. Tillgänglighetsanpassad primärvårdsversion.
Granskad och godkänd av: Samordningsgrupp primärvårdsråd, SOR Primärvård samt SOR Geriatrik
Datum: 26-05-13
Giltig till och med: 27-12-31

Primärvårdsversion personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Palliativ vård

Primärvårdsversionen exemplifierar arbete i enlighet med vårdförlopp Palliativ vård ur ett primärvårdsperspektiv. Det personcentrerade arbetssättet bygger på den biopsykosociala modellens helhetssyn på hälsa. Fasta vårdkontakter underlättar samordning och tillitsfulla relationer. Syftet med dokumentet är att ge konkreta förslag på arbets- och ansvarsfördelning för att möjliggöra arbete i enlighet med vårdförloppet. Syftet är även att göra det lätt att ge god vård i den kliniska vardagen och att kommunicera hinder på vägen.

Huvudpunkter

- Patienter med palliativt vårdbehov ska uppmärksammas och få behandling för fysiska och psykiska symptom, samt även stöd avseende andliga/existentiella behov
- Vården utformas med utgångspunkt i patientens behov och patient och närstående involveras i vården
- Patienterna ska känna trygghet och erbjudas god vård med tydliga rutiner och tid för interprofessionellt samarbete med ett helhetsansvar
- Samtal vid allvarlig sjukdom ska genomföras och kan initieras av alla involverade professioner
- En vårdplan ska upprättas tillsammans med patient och närstående och tydliggöra hur aktuella och nytillkomna vårdbehov ska hanteras, vad som är viktigt för patienten, adekvat vårdnivå och behandlingsambition

På 1177 för vårdpersonal hittar du nationellt vårdförlopp palliativ vård i sin helhet Palliativ vård - 1177 för vårdpersonal

Fördjupad information Nationellt vårdprogram palliativ vård

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Ingång i vårdförloppet går via två vägar:

- Nyinskrivning eller årskontroll av patient på särskilt boende (SÄBO) eller i hälso- och sjukvård i hemmet
- Patient över 18 år med livshotande somatisk sjukdom – i dessa fall skickas remiss till organspecialist för bedömning av vårdens inriktning och vårdnivå, inklusive behov av palliativ vård. Återremiss till primärvård vid behov

Utforska indikation för palliativ vård

Fast läkare, fast vårdkontakt eller sjuksköterska

Målgruppen för palliativ vård är patienter med livshotande tillstånd som kan leda till döden inom dagar, månader eller år. Misstanke om palliativa vårdbehov kan föreligga hos patienter med en eller flera livshotande sjukdomar och ett eller flera av följande kriterier:

- Successivt försämrat allmäntillstånd trots fortsatt sjukdomsinriktad behandling
- WHO performance status 3-4 (i behov av vila >50% av vaken tid)
- Upprepade oplanerade vårdtillfällen på sjukhus utan klinisk förbättring
- Ofrivillig viktnedgång
- Otillräcklig symtomlindring
- Påtaglig oro, ångest eller stress hos patient eller närstående
- Täta infektionsperioder som kräver behandling
- Förväntad snabb utveckling av besvärande symptom

Surprise question”: Skulle jag bli förvånad om patienten avled inom 9-12 månader?

Länk till instrument att systematiskt bedöma palliativt vårdbehov

Instrument för att bedöma palliativt vårdbehov SPICT-SE

Beslut

Om inget palliativt vårdbehov framkommer lämnar patienten vårdförloppet.

Om palliativt vårdbehov finns görs

Samordnad personcentrerad utredning och bedömning av hälso- och sjukvårdsbehov

Patientens fasta läkare har helhetsansvar för samordning av utredning och bedömning. Multiprofessionell samverkan sker mellan Vårdval Vårdcentral och Vårdval Rehab. Om patienten är inskriven i kommunal primärvård kan sjuksköterska på SÄBO/kommunal primärvård vara samordningsansvarig.

Vid palliativt vårdbehov genomförs en strukturerad bedömning av fysiska och psykiska symtom, social situation samt behov av andligt och existentiellt stöd. Fördjupad förståelse erhålls om flera professioner och perspektiv involveras och journalförs på ett sätt som underlättar multiprofessionell samverkan. Palliativt förhållningssätt innebär att förebygga och lindra lidande. De fyra hörnstenarna i den palliativa vården är symtomlindring i vid bemärkelse, samarbete av ett multiprofessionellt team, kommunikation och relation i syfte att främja patientens livskvalitet samt ge stöd till närstående under sjukdomen och efter dödsfall.

Medicinsk bedömning

Patientens fasta läkare

- Utför medicinsk bedömning av hälsotillståndet och förväntat förlopp
- Beakta strukturerad skattning av omvårdnadsbehov inklusive psykosociala behov och nutritionsstatus
- Bedöm nytta av fortsatt livsuppehållande/stående behandling samt värde av HLR/sjukhusvård
- Bedöm behov av specialiserad palliativ vård

Palliativ vård för vuxna. Handbok för läkare.

RMR Palliativ vård

Beställningslänk böcker om palliativ vård

Strukturerad skattning av symtom och omvårdnadsbehov

Fast vårdkontakt i kommunen, sjuksköterska eller fast läkare

- Fråga om samtycke att involvera närstående. Dokumentera kontakter.
- Uppmärksamma förekomst av vanliga symtom och frågeställningar genom strukturerad symptomskattning
- Uppmärksamma resurser och utmaningar i den psykosociala situationen - inklusive patientens syn på sina symtom och förmåga att hantera dessa samt eventuella minderåriga barn

Ipos - självskattningsformulär

ESAS-r - enklare självskattningsformulär

Abbey pain scale - för personer som inte kan uttrycka smärta i tal

SÖS-stickan

Stödmaterial till barn som närstående - Regionala cancercentrum i samverkan

Barn som anhöriga (länk inom dokumentet)

Kartläggning av aktivitets- och funktionsförmåga samt behov av hjälpmedel
Fysioterapeut, arbetsterapeut

- Bedöm fysisk förmåga samt behov av fysioterapi
- Bedöm aktivitetsförmåga och behov av hjälpmedel, bostadsanpassning samt behov av arbetsterapi

Psykosocial kartläggning

Fast läkare, sjuksköterska, vårdsamordnare, psykolog, psykoterapeut, kurator, rehabkoordinator, arbetsterapeut, fysioterapeut

Kartlägg:

- Funktionspåverkan
- Sömn och dygnsrytm
- Levnadsvanor
- Substansbruk
- Psykosocial situation
- Möjlighet till återhämtning/balans

Involvera närstående om möjligt

Sammanvägd multiprofessionell bedömning och planering av vården tillsammans med patienten

Alla involverade professioner bidrar. Patientens fasta läkare ansvarar för att bedömningen sammanställs, dokumenteras och kommuniceras.

- Erbjud patient (och närstående) ***Samtal vid allvarlig sjukdom***
  - ✓ Ge information om förväntat sjukdomsförlopp
  - ✓ Informera om symtomlindring och psykosocialt stöd samt närståendepenning
  - ✓ Inhämta patientens inställning till livsförlängande åtgärder och behandlingsstrategi vid försämring, psykosocialt stöd, dietistkontakt och/eller specialiserad palliativ vård/hospicevård
- Planera samordnat omhändertagande i regional och/eller kommunal primärvård och tydliggör vart patienten vänder sig vid försämring och dokumentera
- Kommunicera tydligt patientens vårdbehov till biståndsbedömare för beslut om hemtjänst, hemsjukvård eller SÄBO. Kalla vid behov till SIP

Samtal med patient och närstående

Filmer om samtal vid allvarlig sjukdom

Brytpunktssamtal och vårdplan för palliativ vård (Länk inom dokumentet)

Närståendepenning

Information om 0 HLR

SIP mallar

SIP film

Beslut efter sammanvägd bedömning om behov av specialiserad palliativ vård

Om ja;

Konsultativt stöd från och/eller remiss till specialiserad palliativ vård

När som helst i vårdförloppet kan kontakt tas med specialiserad palliativ konsult för rådgivning:

- Vid otillfredsställande symtomlindring trots insatta åtgärder
- Behov av palliativ vård på hospice
- Förväntat sjukdomsförlopp med komplexa symptom, alternativt hög sannolikhet för behov av specialistkunskap i hantering av symptom
- Komplex psykosocial situation

- Palliativ vård av barn och ungdomar

Information och kontaktuppgifter till enheter inom VGR:

Specialiserad palliativ vård

Hospice VGR

Om nej;

Samordnat omhändertagande i kommunal och/eller regional primärvård

Alla involverade professioner bidrar. Patientens fasta läkare har helhetsansvar för patientens samordnat omhändertagande. Sjuksköterska på vårdcentral, SÄBO/kommunal primärvård kan vara samordningsansvarig.

- Skapa tydlighet i vad som är viktigt för patienten och ska prioriteras: vad ska göras, vem ansvarar och när ska det följas upp?
- Stöd patienten i att vara delaktig i sin vård, inklusive vårdbegränsningar, och involvera närstående om patienten önskar det
- Upprätta vårdplan, utse namngivna ansvariga, journalför och ge patienten ett exemplar
- Följ fortlöpande upp den palliativa vårdplanen och revidera den vid behov.
- Kommunikation och samverkan sker enligt lokala rutiner, exempelvis vid rond då sjuksköterska i kommunal primärvård samråder med ansvarig läkare inom regional primärvård, eller genom upprättande av SIP. Om lokala rutiner saknas bör detta uppmärksammas och tas upp på samverkansmöte mellan regional och kommunal primärvård

Medicinsk vårdplanering (vardsamverkan.se)

NVP Vårdplan från Palliativt utvecklingscentrum

Medicinsk vård

Fast läkare

- Upprätta och följ upp medicinsk vårdplan
- Fördjupa läkemedelsavstämning med fokus på att sätta ut läkemedel som inte ger nytta
- Erbjud brytpunktssamtal vid övergång till vård i livets slutskede
- Vägled patienten i kontakter med övrig hälso- och sjukvård och i förekommande fall samordna vården
- Ta ställning till vårdbegränsningar/kvarvård samt vid förväntat dödsfall delegation till sjuksköterska i kommunen att konstatera dödsfall
- Sätt in trygghetsordinationer enligt lokal rutin

Palliativ vård för vuxna. Handbok för läkare

Det handlar om livet – till dig som vill veta mer om palliativ vård

Omvårdnad
Sjuksköterska och omvårdnadspersonal i regional eller kommunal primärvård

- Upprätta och följ upp omvårdnadsplan
- Utför fortlöpande strukturerad symtomskattning med hjälp av validerat instrument för att följa symtom, behov och effekt av vården
- Samordna omvårdnadsinsatser i kontakt med kommunen, kalla till SIP vid behov
- Följ upp och revidera vårdplan tillsammans med patient och övriga involverade professioner

SIP mallar

SIP film

Psykosocialt stöd
Psykolog, psykoterapeut, kurator, sjuksköterska, präst, anhörigas riksförbund

- Erbjud stödsamtal, psykosocialt stöd

Anhörigas Riksförbund

Kraftens hus - mötesplats för cancerberörda

Närstående

Utbildningar och informationsmaterial från Regionala cancercentrum

Kommunala insatser
Omprövning av insatser samt stöd för närstående utifrån biståndsbehov

- Kontakta biståndshandläggare för hemtjänst, rehabiliterande insatser eller hemsjukvård
- Informera att patient kan ansöka om hjälp att utföra egenvård av biståndshandläggare om detta dokumenterats av ansvarig vårdpersonal
- Informera om stöd till närstående

Dokument egenvård

Anhörigstöd

Stödja patientens delaktighet i vården att:

- Delta och berätta om önskemål gällande den fortsatta vården i livets slutskede
- Känna till och vid behov använda
  - ✓ kontaktvägar inom vården
  - ✓ stöd från andra myndigheter och föreningar
  - ✓ närståendestöd
- Om så önskas diskutera omhändertagande efter att döden har inträffat

Sjukskrivning och sysselsättning

Rehabkoordinator

- Facilitera dialog mellan patient och arbetsgivare kring en meningsfull arbetssituation utifrån förutsättning och situation om aktuellt och revidera vid behov

Insatser kring fysisk aktivitet samt delaktighet. Stöd till egenvård och hälsofrämjande levnadsvanor

Fysioterapeut, arbetsterapeut

Fysioterapeut

- Prova ut individuellt anpassad fysisk träning och ge stöd i att vidmakthålla fysisk aktivitet
- Erbjud icke-farmakologisk smärtlindring

Arbetsterapeut

- Ge stöd i vardagsbalans, rutiner och att vara aktiv i dagliga livet
- Se över behov av hjälpmedel och anpassningar av den fysiska miljön

Uppföljning och revidering av vårdplan tillsammans med patienten

Patientens fasta läkare ansvarar för fortlöpande avstämning och revidering av aktuell vårdplan. Alla involverade professioner bidrar med information.

- Följ fortlöpande upp förändring av symtom, funktionsnivå och/eller aktivitetsnivå
- Bedöm förväntad effekt av fortsatt behandling/insats
- Följ upp det samordnade omhändertagandet i regional och/eller kommunal primärvård och dokumentera
- Bedöm behov av dietistkontakt och remiss för specialiserad palliativ vård/hospicevård

Samtalsguide Samtal vid allvarlig sjukdom

Palliativ vård – att förlänga livet och lindra symtom

Brytpunktssamtal och vårdplan för palliativ vård (Länk inom dokumentet)

Patientinformation 0 HLR

Regional rutin för samverkan - SAMSA

Fortlöpande uppföljning och utvärdering, finns palliativa vårdbehov?

Om nej;

Patienten lämnar vårdförlopp Palliativ vård

- Planera medicinsk vård och uppföljning
- Planera långsiktig omvårdnad vid behov
- Ge information om kontaktvägar vid nya eller förvärrade symtom

Vid dödsfall

- Följ lokala rutiner
- Säkerställ omhändertagande av närstående
- Sjuksköterska ansvarar för att efterlevnadssamtal erbjuds, läkare involveras vid behov
- Sjuksköterska i kommunal primärvård registrerar i Svenska palliativregistret

Om ja;

Fortsatt vård inom primärvården enligt Samordnat omhändertagande i kommunal och/eller regional primärvård (Länk inom dokumentet)

Vid behov av specialiserad palliativ vård

Konsultativt stöd från och/eller remiss till specialiserad palliativ vård (Länk inom dokumentet)

Barn och familjeformulär Barnet som anhörig

Datum: …….

Ifyllt av: ……

Formuläret förstörs efter att uppgifterna är journalförda i patientens journal.

Använd baksidan om utrymmet inte räcker till.

Patient:

Namn: ……

Personnummer……

Vilken relation har du som patient till barnet? (förälder, syskon, släkting, vän m.m.)

……

Barnets uppgifter:

Namn:……Födelseår……vårdnadshavare……

Namn:……Födelseår……vårdnadshavare……

Namn:……Födelseår……vårdnadshavare……

Vad vet barnet/barnen om din nuvarande situation?

……

……...

Är du bekymrad över barnet/barnen? Om ja, vad oroar dig? Är någon annan orolig?

……

……

Vem ansvarar för barnet/barnen när du är sjuk, under behandling/rehabilitering, är inlagd etc?

Kontaktuppgifter?

……

Vad kan vi hjälpa dig med under behandlingstiden när det gäller barnet/barnen?

(information till barnen, samtal om din situation kopplat till relationen med barnet, stöd i att informera andra till exempel förskola/skola/vänner/anhöriga, stöd i föräldraskap, kontakt med kurator, kontakt med annan myndighet ex socialtjänst etc)

……
……

……
……

……
……

Övrigt

……

Barn som anhöriga

Brytpunktssamtal och vårdplan för palliativ vård

Brytpunktssamtal hålls av läkare, men det är bra om annan personal och närstående är med.

Samtalet är ofta av informativ karaktär: Vilken vård är till gagn för patienten? Vilka läkemedel är viktiga, vilka kan tas bort? Vad behöver fortsättningsvis följas upp - gör det skillnad för patienten att fortsätta mäta/väga? Är symtomlindringen adekvat? Vad vill patienten själv ha hjälp med? Finns behov av hjälpmedel? Var ska vården ske? Vart vänder sig patient och närstående vid försämring? Hur ser vårdteamet ut?

En vårdplan för palliativ vård skall upprättas som tydliggör:

- optimal vårdnivå
- symtom att lindra
- behandlingsstrategi vid försämring – till exempel antibiotika vid infektion samt HLR

Det är viktigt att vårdplanen för palliativ vård följer patienten genom vårdkedjan och finns tillgänglig när patienten försämras och närmar sig livets slut, vilket kan ske efter kortare eller längre tid.

Förhandsbeslut om att avstå HLR kan fattas om:

- patienten önskar det
- läkaren bedömer att HLR inte är till gagn för patienten, eftersom patienten är så nära livets slut att återupplivning bedöms vara utsiktslös eller att samsjuklighet gör att patienten inte skulle klara eftervården efter en återupplivning

Patient och närstående informeras om beslutet om det inte bedöms vara till men för patienten. Beslutet skall dokumenteras.

Fyra frågor att ställa för att fastställa att patienten är döende:

1. Är patientens försämrade tillstånd förväntat?
2. Hur har behandlingsbara tillstånd övervägts, t ex behandlingsbar infektion?
3. Är livsförlängande åtgärder orimliga?
4. Finns kliniska tecken på att patienten är döende?

Om svaret är ja på alla frågor => sätt in eller aktivera **trygghetsordinationer** för vård i **döendefasen.**