Senast reviderat: 2025-05-05 Rev 2
Dokumentet gäller för: Sektionen för Hematologi och Koagulation
Innehållsansvarig: Elin Andersson Sjuksköterska. Sandra Hållander, Sjuksköterska
Godkänd av: Martin Stenson, Sektionschef

Palliativ vård

Revideringar i denna version

- Översyn av Rutin, mindre ändringar gjorda
- Tillägg av ny smärtscala, (Abbey Pain Scale)

Revisionshistoria

Rev	**Giltig fr.o.m**	**Förändring**	**Författare**
1	1910	Ny rutin/Första utgåvan	Inger Andersson

Granskare

Lena Von Bahr, Överläkare
Leila Enayati, Sjuksköterska
Sofia Werke, Sjuksköterska
Martin Stenson, Sektionschef

Syfte

När livet går mot sitt slut finns behov av ett strukturerat arbetssätt för att tillförsäkra kvalitet i det medicinska och omvårdnadsmässiga omhändertagandet.

Genom denna Rutin kan den döende patienten och dess närstående tillförsäkras hög vårdkvalitet.

Innehåll

1. Arbetsbeskrivning 2
1.1 Informationsmaterial 2
1.2 Brytpunktssamtal 3
1.3 Symtomlindring 3
1.4 Symtomskattning 4
2. Checklista vid vård i livets slutskede 5
3. Palliativt team 6
4. Omhändertagande av avliden patient 6
5. Svenska palliativa registret 6
6. Efterlevandesamtal 6
7. Relaterad information 7
8. Kunskapsöversikt 7

1. Arbetsbeskrivning

1.1 Informationsmaterial

I kopieringsrummet på avdelning 141 finns informationspärm **Palliativ vård** som innehåller:

√ Ansökan till hospice

√ Informationshäfte om olika hospice i Göteborg

√ Remiss för obduktion

√ Kontrollblankett avliden patient

√ Rutin Omhändertagande av avliden patient

√ Broschyrer till anhöriga

√ Dödsbevis.

1.2 Brytpunktssamtal

Om läkaren bedömer att det huvudsakliga målet med vården har ändrats från att vara kurativ eller annan remissionssyftande behandling till att vara vård i livets slutskede, så är det aktuellt att genomföra brytpunktssamtal med patient och närstående.

Vid samtalet ska innehållet i vården diskuteras utifrån patientens tillstånd, behov och önskemål. Brytpunktssamtal kan hållas vid ett eller flera tillfällen.
Samtalet är viktigt eftersom det ger patienten en möjlighet att besluta hur hon eller han vill ha det under den sista tiden.
Brytpunktssamtalet skall dokumenteras i journalen av behandlande läkare.

1.3 Symtomlindring

Listan på läkemedlen nedan är hämtad från Rutin – *Läkemedel för döende patienter* (Barium dok.nr 28 961).

Smärta

- Om patienten redan står på peroral opioid: Byte till fentanylplåster i ekvipotent dos samt subkutan opioid vid behov i lämplig dos.
  Subkutan morfinpump finns att tillgå, men bör enbart ordineras i samråd med specialist i palliativ medicin.

- Om patienten inte står på opioid: Inj Morfin 10mg/ml 2,5-5mg (=0,25–0,5ml) subkutant eller intravenöst vid behov.

Oro/ångest

- Inj. Midazolam 5 mg/ml 1,25 – 2,5 mg (=0,25 – 0,5 ml) subkutant vid behov. Intravenös tillförsel i undantagsfall.

Förvirring

- Inj. Haldol 5mg/ml 1–2,5 mg (= 0,2–0,5 ml) subkutant, max 6 gånger per dygn

Rosslig andning

- Inj. Robinul 0,2 mg/ml 0,2–0,4 mg (=1–2 ml) subkutant eller intravenöst max 6 gånger per dygn.

Andnöd

- Om patienten inte redan står på opioid: Inj Morfin 10 mg/ml 2,5–5 mg (= 0,25 - 0,5 ml) subkutant eller intravenöst vid behov.
- Om patienten står på opioid se till att subkutan extrados finns att tillgå.

Illamående

- Inj. Haldol 5mg/ml 1 mg (=0,2 ml) subkutant eller intravenöst vid behov, högst 5 gånger/dygn.
- Inj. Primperan 5 mg/ml 10mg (= 2ml) subkutant eller intravenöst vid behov, högst 3 gånger/dygn

Palliativ ordinationsmall finns i läkemedelsmodulen och innehåller de läkemedel som vid behov kan ges till patienter i livets slut.

1.4 Symtomskattning

Systematisk och upprepad skattning av symtom (tex smärta) med hjälp av ett skattningsinstrument och efterföljande dokumentation, kan vara ett komplement för att förbättra och kvalitetssäkra symtombehandlingen.
Symtomskattning möjliggör ett gemensamt språk för att tala om intensiteten och för att bedöma effekten av insatt behandling. På detta sätt undviks också underdiagnostik av patientens symtom.

Numerisk skala (NRS)

Numerisk skala (NRS) innebär att patienten väljer en siffra mellan 0 (ingen smärta) och 10 (värsta tänkbara smärta). Patienten kan ange siffran verbalt, markera siffran på en linjal eller sätta ett kryss på en pappersskala.



(Bild hämtad från Vårdhandboken)

Visuell analog skala (VAS)

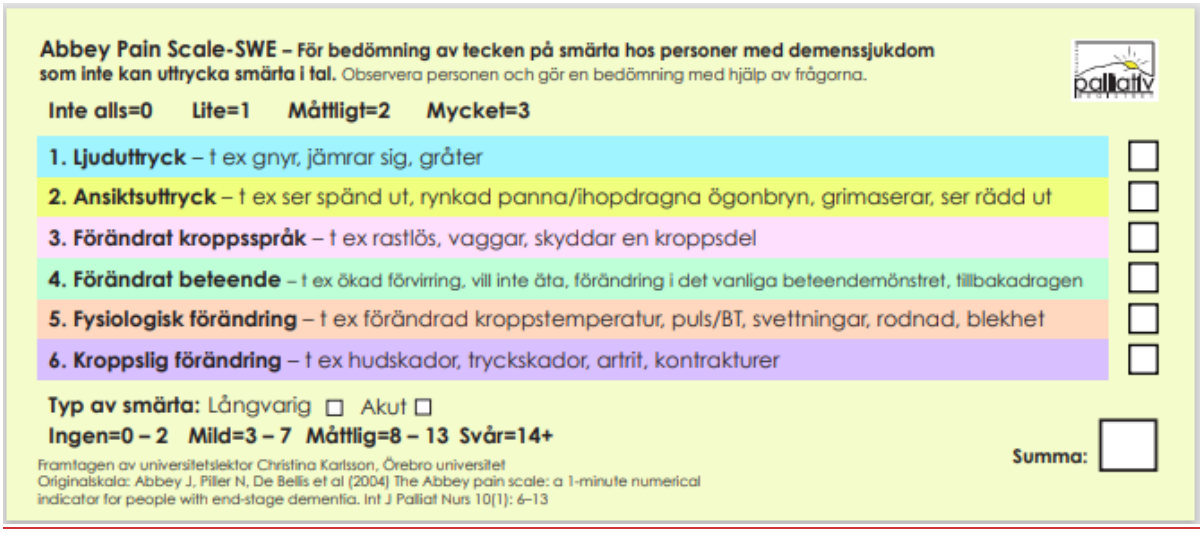
Patienten anger sin smärta antingen med en markör eller ett kryss utmed en exakt 10 cm lång linje, med ändpunkterna "ingen smärta = 0" till "värsta tänkbara smärta =10". Läs av skalan med hjälp en linjal på 10 cm. Skalan finns även med en sida för patienten och en graderad sida för personalen att läsa av.



(Bild hämtad från Vårdhandboken)

Abbey Pain Scale

För patienter som inte kan kommunicera finns Abbey Pain Scale, ursprungligen utvecklad för patienter med demens men välanvänd inom palliativ vård.



Abbey Pain Scale-SWE – För bedömning av tecken på smärta hos personer med demenssjukdom som inte kan uttrycka smärta i tal. Observera personen och gör en bedömning med hjälp av frågorna.

palliativ

Inte alls=0 Lite=1 Måttligt=2 Mycket=3

1. Ljuduttryck – t ex gnyr, jämrar sig, gråter	☐
2. Ansiktsuttryck – t ex ser spänd ut, rynkad panna/ihopdragna ögonbryn, grimaserar, ser rädd ut	☐
3. Förändrat kroppsspråk – t ex rastlös, vaggar, skyddar en kroppsdel	☐
4. Förändrat beteende – t ex ökad förvirring, vill inte äta, förändring i det vanliga beteendemönstret, tillbakadragen	☐
5. Fysiologisk förändring – t ex förändrad kroppstemperatur, puls/BT, svettningar, rodnad, blekhet	☐
6. Kroppslig förändring – t ex hudskador, tryckskador, artrit, kontrakturer	☐

Typ av smärta: Långvarig ☐ Akut ☐

Ingen=0 – 2 Mild=3 – 7 Måttlig=8 – 13 Svår=14+

Summa: ☐

Framtagen av universitetslektor Christina Karlsson, Örebro universitet
Originalskala: Abbey J, Piller N, De Bellis et al (2004) The Abbey pain scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. Int J Palliat Nurs 10(1): 6–13

2. Checklista vid vård i livets slutskede

Denna checklista är en hjälp för att kvalitetssäkra vård i livets slut. Dokumentation av genomförda åtgärder görs i patientens journal i omvårdnadsstatus.

√ Patienten är om möjligt informerad om sin situation? – Brytpunktsamtal

√ Närstående är informerade om patientens tillstånd

√ Symtomlindrande läkemedel i injektionsform finns ordinerade – ”Palliativa mallen”

√ Läkare har tagit ställning till om HLR är aktuellt vid hjärtstillestånd?

√ Aktuell läkemedelslista är justerad och mindre viktiga läkemedel utsatta

√ Alla kontroller är utsatta

√ Omvårdnadsplan för smärta är upprättad

√ Omvårdnadsplan för munvård är upprättad

√ Omvårdnadsplan för hud är upprättad

√ Kontakt med kurator för patient och/eller närstående är erbjuden

√ Kontakt med sjukhuskyrkan för patient och/eller närstående är erbjuden

√ Vårdplanering är erbjuden vid remiss till palliativt resursteam eller hospice.

√ Information om närståendepenning har givits, hänvisa till ansvarig läkare.

3. Palliativt team

Verksamheten omfattar bland annat rådgivning avseende vuxna patienter i ett palliativt skede oavsett diagnos och oberoende om patienten befinner sig på sjukhus, i hemmet eller på annan vårdinrättning.

- Allmän rådgivning om palliativ vård
- Specifik rådgivning i patientärenden, exempelvis symtomlindring, rutiner och samordning
- Psykosociala frågor gällande patient och närstående
- Är konsultativ utan att ta över patientansvar

Alla personalkategorier är välkomna att kontakta Palliativt centrum via telefon eller e-post.

Varje onsdag kommer palliativa teamet bestående av en läkare, sjuksköterska och kurator, till Hematologen, Palliativa teamet ringer avdelningens samordnare eller sektionsledare inför besök.

4. Omhändertagande av avliden patient

En god omvårdnad utgör en viktig grund för vården i livets slut. Patienten och de närstående har inte alltid samma kraft och förmåga att uttrycka sina önskemål och förväntningar på vården. Det är därför viktigt att vårdpersonalen är lyhörd och i samråd analyserar vilka behov som finns och hur man bäst kan möta dessa behov.

För information se *Rutin Omhändertagande av avliden patienten.*

5. Svenska palliativa registret

Svenska palliativregistret är ett kvalitetsregister för att förbättra vården i livets slut.

Alla patienter som avlider på avdelning 141 registreras. När patienten avlider ansvarar den sjuksköterska som var i tjänst för att ”Dödsfallsenkäten” från ”Svenska palliativregistret” fylls i.

Därefter skriver ansvariga personer i Palliativa gruppen in dessa data i registret. Redovisning av data görs av Palliativa gruppen i samband med APT och sammanställningen ligger till grund för förbättringsarbeten.

6. Efterlevandesamtal

Palliativ vård slutar inte i samband med dödsfallet utan omfattar även att ge de närstående stöd i sorgeprocessen efter att någon har avlidit.

Alla enheter som vårdat en person i livets slutskede bör som uppföljande rutin kontakta efterlevande närstående och erbjuda ett samtal. För de flesta människor med en normal sorg räcker det med det stöd de får i det egna nätverket. Det uppfattas ofta mycket positivt att få kontakt med den vårdenhet som vårdat den personen i slutskedet.

På sektionen kontaktas närstående av patientens kontaktsjuksköterska för att ev. boka in ett efterlevandesamtal med ansvarig läkare.

Om patienten avlider på avdelningen är det viktigt att respektive team på hematologimottagningen meddelas om detta, tex. i samband med registrering i Palliativregistret.

För de patienter som inte har någon kontaktsjuksköterska (de som inte hunnit få någon kontakt med hematologimottagningen) bör avdelningen kontakta närstående.

7. Relaterad information

- Rutin - Brytpunktssamtal (Barium doknr.32 719)
- Rutin - Palliativ sedering inom Palliativa sektionen SU – Riktlinjer (Barium, doknr.33 212)
- Rutin - Läkemedel för döende patienter (Barium dok.nr.26 961)
- Rutin - Vård av döende patienter (Barium doknr.25 870)

8. Kunskapsöversikt

NVP – Nationell Vårdplan för Palliativ vård | Palliativt utvecklingscentrum
Nationellt vårdprogram palliativ vård - RCC Kunskapsbanken