Göteborgs Stad

Presentation lokalt NOSAM Norra Hisingen

250901

Liridona Alioski

Hur ser det ut idag

- Försenad identifiering av palliativa behov
- Brister i samtal och målformulering
- Ojämlik läkemedelshantering
- Organisatoriska hinder

Fallbeskrivning

Fredag eftermiddag och sjuksköterska besöker en patient på ett vård och omsorgsboende. Patienten är i 80-årsålder och inflyttad på boendet för ett par år sedan. Patienten har en demensdiagnos samt hjärtsvikt, astma mm. Idag skall sjuksköterskan besöka patienten för bedömning av av bl.a. smärta och oro som tilltagit under veckan enligt rapport från omsorgspersonal.

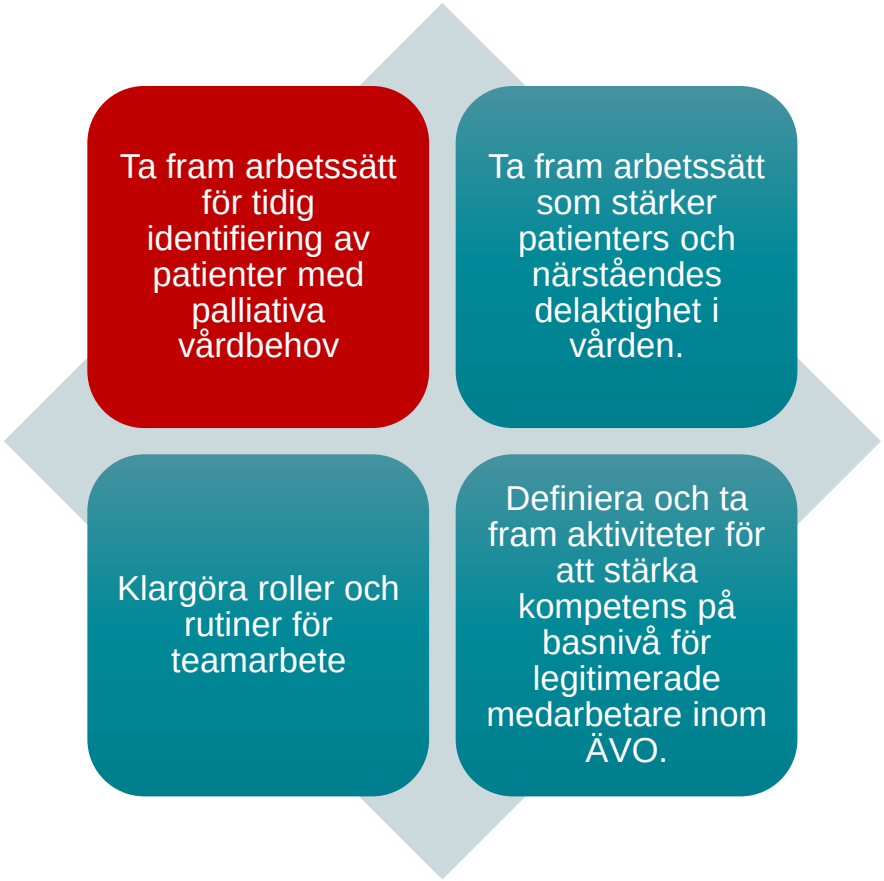
När sjuksköterskan kommer till patienten bedömer hon att det har skett en snabb försämring. Patienten är påtagligt trött, näst intill svår att väcka och smärtpåverkad SÖS 4-7.

Kontakt tas med ansvarig vårdcentral. Finns ej tid för besök hos patienten utan ansvarig läkare hänvisar till ambulanskontakt. Läkarbilen anländer till patienten, irritation uppstår kring vem som bär ansvar för denna bedömning. Läkare ifrån läkarbilen kontaktar primärvårdsläkare som inte har möjlighet att åka ut, varpå stadsjouren får ta över bedömningen, läkare sätter då in trygghetsordinationer via telefon.

Kunde vi ha sett dessa behov tidigare och vad kunde vi då ha gjort annorlunda?

Hur jobbar vi i staden med detta?

- 4 SSK med expertuppdrag över staden som arbetar med att utveckla den allmänna palliativen vården
- Nätverk på Hisingen
- Arbetar mot 4 mål
- Workshops med tidig identifiering riktad mot SSK och Rehab



Vad säger olika riktlinjer och vad bör vi sträva mot?

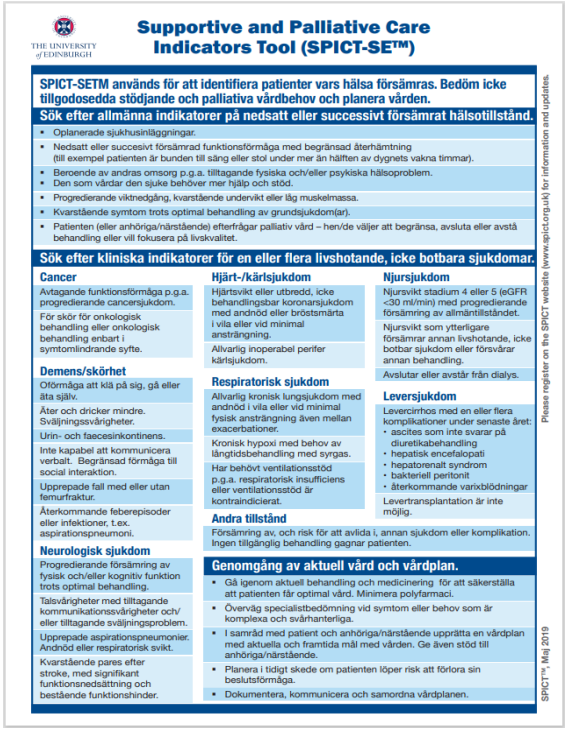
”Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Palliativ vård”

- **Nationell överenskommelse** och samverkan mellan flera aktörer bl.a. SKR, RCC, Socialstyrelsen osv
- Syftet är att skapa en mer **jämlik och sammanhållen palliativ vård** i hela landet, oavsett diagnos, ålder, vårdform, förväntad livslängd eller bostadsort.
- Vårdförloppet lägger tonvikt på
  - Fler patienter ska få tillgång till strukturerat palliativt omhändertagande
  - **Tidigare identifiering av patienter i behov av palliativ vård.**
  - Fler ska få erbjudande om samtal vid allvarlig sjukdom.
  - Fler ska få systematisk och evidensbaserad symtomskattning.
  - Tillgång till uppdaterad och dokumenterad vårdplan utifrån behov.

[Vardforlopp_Palliativ_vard.pdf (d2flujgsl7escs.cloudfront.net)]

Olika stöd för att kunna identifiera palliativa vårdbehov

- SPICT Supportive and Palliative Care Indicators tool:
- Åtta indikatorer på nedsatt eller successivt försämrat hälsotillstånd
- Suprise question
- Skörhetsskalan- Clinical Frailty Scale (CFS)



THE UNIVERSITY of EDINBURGH

Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-SE™)

SPICT-SETM används för att identifiera patienter vars hälsa försämras. Bedöm icke tillgodosedda stödjande och palliativa vårdbehov och planera vården.

Sök efter allmänna indikatorer på nedsatt eller successivt försämrat hälsotillstånd.

- Oplanerade sjukhusinläggningar.
- Nedsatt eller successivt försämrad funktionsförmåga med begränsad återhämtning (till exempel patienten är bunden till säng eller stol under mer än hälften av dygnets vakna timmar).
- Beroende av andras omsorg p.g.a. tilltagande fysiska och/eller psykiska hälsoproblem.
- Den som vårdar den sjuke behöver mer hjälp och stöd.
- Progredierande viktnedgång, kvarstående undervikt eller låg muskelmassa.
- Kvarstående symtom trots optimal behandling av grundsjukdom(ar).
- Patienten (eller anhöriga/närstående) efterfrågar palliativ vård – hen/de väljer att begränsa, avsluta eller avstå behandling eller vill fokusera på livskvalitet.

Sök efter kliniska indikatorer för en eller flera livshotande, icke botbara sjukdomar.

Cancer

Avtagande funktionsförmåga p.g.a. progredierande cancersjukdom.

För skör för onkologisk behandling eller onkologisk behandling enbart i symtomlindrande syfte.

Demens/skörhet

Oförmåga att klä på sig, gå eller äta själv.

Äter och dricker mindre. Sväljningssvårigheter.

Urin- och faecesinkontinens.

Inte kapabel att kommunicera verbalt. Begränsad förmåga till social interaktion.

Upprepade fall med eller utan femurfraktur.

Återkommande feberepisoder eller infektioner, t.ex. aspirationspneumoni.

Neurologisk sjukdom

Progredierande försämring av fysisk och/eller kognitiv funktion trots optimal behandling.

Talsvårigheter med tilltagande kommunikationssvårigheter och/eller tilltagande sväljningsproblem.

Upprepade aspirationspneumonier. Andnöd eller respiratorisk svikt.

Kvarstående pares efter stroke, med signifikant funktionsnedsättning och bestående funktionshinder.

Hjärt-/kärlsjukdom

Hjärtsvikt eller utbredd, icke behandlingsbar koronarsjukdom med andnöd eller bröstsmärta i vila eller vid minimal ansträngning.

Allvarlig inoperabel perifer kärlsjukdom.

Respiratorisk sjukdom

Allvarlig kronisk lungsjukdom med andnöd i vila eller vid minimal fysisk ansträngning även mellan exacerbationer.

Kronisk hypoxi med behov av långtidsbehandling med syrgas.

Har behövt ventilationsstöd p.g.a. respiratorisk insufficiens eller ventilationsstöd är kontraindicierat.

Andra tillstånd

Försämring av, och risk för att avlida i, annan sjukdom eller komplikation. Ingen tillgänglig behandling gagnar patienten.

Njursjukdom

Njursvikt stadium 4 eller 5 (eGFR <30 ml/min) med progredierande försämring av allmäntillståndet.

Njursvikt som ytterligare försämrar annan livshotande, icke botbar sjukdom eller försvårar annan behandling.

Avslutar eller avstår från dialys.

Leversjukdom

Levercirrhos med en eller flera komplikationer under senaste året:
- ascites som inte svarar på diuretikabehandling
- hepatisk encefalopati
- hepatorenalt syndrom
- bakteriell peritonit
- återkommande varixblödningar

Levertransplantation är inte möjlig.

Genomgång av aktuell vård och vårdplan.

- Gå igenom aktuell behandling och medicinering för att säkerställa att patienten får optimal vård. Minimera polyfarmaci.
- Överväg specialistbedömning vid symtom eller behov som är komplexa och svårhanterliga.
- I samråd med patient och anhöriga/närstående upprätta en vårdplan med aktuella och framtida mål med vården. Ge även stöd till anhöriga/närstående.
- Planera i tidigt skede om patienten löper risk att förlora sin beslutsförmåga.
- Dokumentera, kommunicera och samordna vårdplanen.

Please register on the SPICT website (www.spict.org.uk) for information and updates.

SPICT™, Maj 2019

- Successivt försämrat allmäntillstånd trots livsförlängande behandling
- Behov av att vila mer än 50 procent av vaken tid
- Upprepande oplanerade vårdtillfällen på sjukhus utan kliniskt förbättring
- Ofrivillig viktnedgång
- Otillräcklig symtomlindring
- Påtaglig oro, ångest, eller stress hos patienten eller närstående
- Täta infektionsepisoder som kräver behandling
- Förväntad snabb utveckling av besvärande symtom

Vilka vinster ser vi med tidig identifiering av palliativa vårdbehov?

- Att vi kan undvika onödigt lidande för patienten och de närstående
- Att vi har kontakt med ordinarie läkare för tex insättning av trygghetsordinationer, brytpunktsamtal etc istället för att kontakta en jourläkare.
- Att vi kan möjliggöra delaktighet för patient och närstående
- Att vi kan se till att rätt profession håller brytpunktssamtal och att det sker under planerade former och inte på jourtid
- Att vi slipper sena inskrivningar fredag eftermiddag när en snabb försämring sker som vi ev. hade kunnat förutspå. En situation som generar mycket stress både för läkare, medarbetare i HS och inte minst patient och närstående.
- Att vi kan ha ett förbättrat samarbete med varandra i teamet kring patienten och motverka stress. Inte minst etisk stress.

Hur kan vi arbeta vidare med detta?

NOPEN 2025

- **Kommunala boendeenheter, särskilt boende (ett uttdrag)**
- *• planerade årskontroller inkl. årlig genomgång och planering för patienter med kommunal primärvård*
- *• akuta patientbesök inkl brytpunktssamtal*

- **Akuta bedömningar och oplanerade hembesök**
- *I akuta fall, när omedelbar bedömning eller rådfrågning av läkaren behövs under dagtid, vardagar ska det finnas direktnummer till ansvarig vårdcentral, med skyndsam återkoppling från läkare, se bilaga 1 läkaransvar inom kommunal primärvård*
- *Oplanerat hembesök eller besök av icke akut karaktär ska vårdcentralen erbjuda utifrån medicinsk bedömning.*
- *Läs mer i Krav- och kvalitetsbok kapitel 2. Om uppdraget*

- **Palliativ vård**
- Via samverkan mellan kommunal HSV, listande VC och i förekommande fall Palliativa Resursteamet PRT:
  - Läkarbedömning av försämrad patient
  - Ställningstagande till palliativ vård och trygghetsläkemedel
  - Brytpunktsamtal
  - Medicinsk vårdplan vid palliativ vård
  - Anhörigstöd
  - Att fastställa dödsfall
  - Efterlevandesamtal

Göteborgs Stad

Kontakt

Liridona Alioski
liridona.alioski@aldrevardomsorg.goteborg.se
Äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen, Göteborgs Stad