

**Socialtjänsten**

Godkänd Anders Engelholm	Löpnr SN 2018 00176	Dokumentklass Vårdprogram	Version 1.0	Sida 1(7)
Författare Palliativa gruppen	Datum: 2019-06-04		Datum fastställande: Ange datum	
Sakgranskare Gurli Edlund, Ing-Britt Madsen				

## Lokal riktlinje

# Palliativ vård och vård i livets slut

### Inledning

En god vård ska ges utifrån allas människors lika värde och respekt för den enskilda människans värdighet. Palliativ vård ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ha högsta prioritet.

Alla har rätt till en god och säker vård och omvårdnad när de befinner sig i livets slutskede, målet är att lindra de symtom som uppkommer och ge största möjliga livskvalitet. Vården i livets slut ska utgå från värdighet och integritet för personen som vårdas. För att detta ska säkerställas ska vårdpersonalen arbeta utifrån kunskap och beprövad erfarenhet. Rutiner för palliativ vård är nödvändiga för att uppnå trygghet hos den enskilde, närstående och all vårdpersonal när en människa befinner sig i livets slutskede. Även om inte tillståndet längre går att bota är det viktigt att sjukdomsperioden och den sista tiden i livet blir så bra som det är möjligt. En förutsättning för detta är att den personal som finns kring personen har kunskap och erfarenheter, utifrån det kan sista tiden i livet bli lugn och trygg för den döende personen.

### Kort om palliativ vård och vård i livets slutskede

Palliativ vård innebär att det saknas möjligheter att bota den som är sjuk. Sjukdomsförloppet går inte längre att bromsa. I stället ges bästa möjliga lindrande vård och behandling där symtom förebyggs så långt det är möjligt. Symtomlindring innebär inte bara lindring av smärta utan också av annat exempelvis andnöd, förvirring, förstoppning eller hicka. För att kunna ge en god symtomlindring krävs intresse och engagemang baserat på kunskap om hur fysiskt, psykiskt, socialt och andligt/existentiellt lidande kan uppträda och uttryckas. Palliativ vård delas in i olika faser:

- Tidig fas, här kan sjukdomsförloppet bromsas, livsförlängning är målet i den här fasen
- Sen fas sjukdomsförloppet kan inte bromsas men behandling kan ges för att lindra symtom, livskvalitet är målet.
- Finalfasen/vård i livets slut här lindras de symtom som uppkommer, närstående tas om hand och stötts. Fokus ligger på den goda omvårdnaden.

Vård och behandling ska enligt Socialstyrelsens kriterier för god vård finnas tillgänglig för alla som behöver den, oavsett ålder och ska ges utifrån den döendes behov och önskemål. När bot inte längre är möjlig är syftet med den palliativa vården att ge bästa möjliga livskvalitet.

För att den palliativa vården ska fungera utifrån den döendes behov krävs samverkan mellan olika professioner och mellan olika vårdgivare, kommunal hälso- och sjukvård, primärvård och sjukhusvård. Planering och samverkan mellan medicinska, psykologiska och sociala insatser bör ske utifrån en noggrant utarbetad individuell vårdplan. Den enskildes önskemål om fortsatt vård och omsorg utgör utgångspunkten.

Personer i palliativ vård i livets slutskede vårdas i allt större utsträckning än tidigare inom kommunens regi, det innebär det egna hemmet eller på särskilt boende. För att kunna ge den bästa palliativa vården krävs samverkan mellan olika professioner och mellan olika vårdgivare. Framförhållning och planering av vården krävs för att få en fungerande palliativ vård dygnet runt.

Alla som vårdar döende människor behöver ha kompetens i palliativ vård, men ingen enskild yrkesgrupp har tillräcklig kompetens att möta alla de behov och krav som ställs. För en fungerande palliativ vård dygnet runt krävs samarbete, planering och framförhållning.

För att kunna ta upp existentiella frågor är det viktigt i den palliativa vården att få dela sina tankar med någon som är van vid, och tillåter, samtal om liv och död och kan vara ett stöd. Vården i livets slutskede bygger ofta på insatser från närstående. För att öka kvaliteten i vården ska närstående erbjudas möjlighet att bearbeta händelser och känslor både under sjukdomstiden och efter dödsfallet.

## **Nuläge**

### **Kvalitetsgruppen för palliativ vård.**

I kommunen finn en arbetsgrupp för palliativ vård bestående av biträdande verksamhetschef (HSL), distriktssköterskor/sjuksköterskor, arbetsterapeut, fysioterapeut och undersköterskor. Vi representerar både särskilda boenden och hemsjukvård. Målet för arbetsgruppen har varit att skapa tydlighet och struktur i det palliativa arbetet så att alla arbetar på ett likvärdigt sätt i verksamheten.. En god framförhållning där framtida behov kan förutses gör vården trygg och bidrar till att akuta situationer undviks. Palliativa gruppen arbetar med utbildning för palliativa handledare som finns ute i verksamheterna De palliativa handledarna är omvårdnadspersonal med särskilt intresse för palliativ vård, deras roll är att:

- Hålla i palliativ information/utbildning för ny personal och sommarvikarier på arbetsplatsen.
- Hålla i en palliativ stund på APT eller omvårdnadsmöte
- Ansvara för att en munvårdsbricka tillhandahålls.
- Hjälpa till vid smärtskattning och visa kollegor hur det ska utföras.
- Delta i registrering i palliativa registret.
- Fortbildning samt bilda nätverk med andra handledare i det geografiska området.

### **Svenskt Palliativregister**

Registret används i verksamheterna. Målet är att alla dödsfall ska registreras. Målet är att underlaget ska användas för att utveckla den palliativa vården.

### **Ansvarsfördelning**

De nationella riktlinjerna samt andra styrdokument och lagar styr ansvarsfördelning mellan huvudmän såväl som mellan professioner. Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård innehåller vägledning, nationella riktlinjer som de lokala riktlinjerna baseras på. Målet med lokala riktlinjer är att stödja den dagliga verksamheten, underlätta uppföljningar och kvalitetssäkra en likvärdig vård.

Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar omfattar inte läkarinsatser. Region Västernorrland har ansvaret för samtliga läkarinsatser. Regionen ansvarar för utredning, läkemedelsbehandling samt uppföljning av behandling. För information och dialog har personalen i kommunen tillgång till primärvårdsläkare med specialuppdrag från regionen avseende stöd vid palliativ vård. Ställningstagande till om patienten skall byta vårdform vid akuta förändringar och det man kommer fram till skall dokumenteras. Inläggning på sjukhus bör endast ske om sjukhusvården bedöms medföra en ökad livskvalitet och den enskilde har en önskan om detta.

### **Riktlinjer**

Det *Nationella vårdprogrammet för palliativ vård* är ett kunskapsbaserat och evidensgraderat dokument som ges ut av Regionalt Cancercentrum. En kortversion av programmet har getts ut som komplement och är avsett att vara till hjälp i det dagliga arbetet.

I *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slut* presenterar Socialstyrelsen vägledning, rekommendationer och indikatorer samt termer och definitioner i ett gemensamt dokument. Det nationella kunskapsstödet ska stödja vårdgivarna att utveckla den palliativa vården, underlätta uppföljning och kvalitetssäkring samt tillgodose en likvärdig vård för den enskilde personen.

*Behandlingslinje för palliativ vård Region Västernorrland*. Beskriver flödet vid palliativ vård. Nationellt vårdprogram och nationellt kunskapsstöd utgör en vårdstandard för vård i livets slut och ska kompletteras med lokal riktlinje, vilken beskriver vem som ska göra vad och i vilken ordning. Den lokala riktlinjen är framtagen av en tvärprofessionell arbetsgrupp med representanter för de olika enheterna i kommunen.

*Etisk vårdplan Region Västernorrland*. Vård av äldre och/eller svårt sjuka i eget eller särskilt boende är en komplex och utmanande uppgift. Det finns flera aktörer, hemsjukvård, primärvård, öppen och sluten specialistvård på sjukhuset Sjuka äldre i eget och särskilt boende har en hög risk att hamna inom oplanerad akut sjukvård. Då patienterna har en komplex, svår sjuklighet i kombination med nedsatt autonomi finns en större risk att vården blir oändamålsenlig. Kommunikationen mellan aktörerna och med patienten är ofta bristfällig.

”Etisk vårdplanering” är ett arbetsinstrument i syfte att föra fram patientens önskemål och medicinska behov. Instrumentet är framtaget av Terapiråd Äldre inom Region Västernorrland i samarbete med länets kommuner.

### **Syfte**

Riktlinjens syfte är att säkerställa god vård och omsorg vid palliativ vård.

## **Mål/indikatorer**

- Skapa trygghet och kontinuitet för den enskilde personen och dennes närstående.
- God samverkan mellan olika professioner för att säkerställa god vård och omvårdnad.
- Skapa förutsättningar för delaktighet och en individuellt anpassad palliativ vård
- Ge stöd, kunskap och trygghet till all vårdpersonal i den palliativa vården.

## **Krav på verksamheten**

All personal som arbetar med palliativ vård ska ges möjlighet till utbildning/fortbildning och ha tid för reflektion och handledning.

## **Ansvarsområden inom primärvård, hemsjukvård och särskilda boenden**

### **Ledningssystem**

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete trädde i kraft den 1 januari 2012. Föreskrifterna är gemensamma för hälso- och sjukvård, tandvård socialtjänst och verksamheter enligt LSS

Ledningssystemet ska göra det möjligt för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Ledningssystemet ska skapa en grundläggande ordning och reda och det ska framgå hur ansvarsfördelningen i kvalitetsarbetet är fördelad i verksamheten.

Ledningssystemet syftar även till att förebygga skador, missförhållanden, avvikelser och felbehandlingar samt att identifiera och åtgärda sådant som inträffar. Ledningssystemet ska hjälpa till med att tydliggöra verksamheternas kvalitet och resultat för den enskilde personen, närstående, personal och politiker.

### **Socialnämnden/Vårdgivare**

- Beslutar om ekonomiska förutsättningar och kvalitetsnivå.
- Tillstyrka resurser till arbetet kring palliativ vård/vård i livets slut.
- Ansvarar för att resurser finns.

### **Verksamhetschef för hälso – sjukvård, vård och omsorg.**

- Tillstyrka resurser till arbetet kring den enskilde personen som vårdas palliativt.
- Ansvarar för att tillgodose personens behov av säkerhet, trygghet, samordning och kontinuitet.
- Ansvarar för att säkerställa hög patientsäkerhet och god vård.

### **Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig rehabiliterare (MAR)**

MAS har ett övergripande ansvar enligt Hälso- och sjukvårdslag (1982:763) § 24 och Patientsäkerhetslag (2010:659) att det medicinska omhändertagandet av patienter tillgodoser kraven på hög patientsäkerhet. MAS är ansvarig för att det inom Vård- omsorgsförvaltningen finns riktlinjer gällande palliativ vård och vård i livets slutskede.

**Enhetschef för sjuksköterskor**

- Enhetschefen ansvarar för den löpande verksamheten inom sitt område och ser till att den fungerar på ett tillfredsställande sätt.
- ansvarar för att kompetensutveckling sker i enlighet med verksamhetens behov
- ansvarar för att fortlöpande styra, följa upp och utveckla verksamheten

**Enhetschef särskilt boende/hemsjukvård.**

- Enhetschefen ansvarar för den löpande verksamheten inom sitt område och ser till att den fungerar på ett tillfredsställande sätt.
- ansvarar för att palliativa riktlinjer är väl kända och används av personalen i den egna verksamheten
- samordna den palliativa vården i livets slut hos den döende
- personalresurser och organisationen av vården i livets slut fungerar och individanpassas, så långt det är möjligt, enligt den döendes och närståendes önskemål
- ansvarar för att kompetensutveckling sker i enlighet med verksamhetens behov
- ansvarar för att fortlöpande styra, följa upp och utveckla verksamheten. Utgå från verksamhetens resultat i palliativregistret.
- Återföra resultat i palliativregistret till verksamhetens medarbetare.

**Biståndshandläggare**

- Biståndshandläggare gör en individuell bedömning av omsorgsbehovet.
- Att den enskildes egna önskemål uppfylls så långt som möjligt, exempelvis vårdas i hemmet.
- Bevilja avlastning och stöd till närstående.

**Läkare**

- Ansvarar för att den enskilde får rätt bedömning och möjlighet till brytpunktssamtal inför vården i livets slut.
- Ansvarar för den medicinska bedömningen och utifrån det ger den medicinska informationen till den döende personen och dennes närstående.
- Ansvarar för att det finns aktuella ordinationer.
- Ansvarar för att ev. ICD/pacemaker hanteras på rätt sätt.

**Sjuksköterska/distriktsköterska**

- Omvårdnadsansvarig sjuksköterska har ett övergripande ansvar för upprättande av individuell vårdplan. ”Se bilaga 1, Checklista palliativa riktlinjer för sjuksköterska, maj-19”
- Sjuksköterskan ska förmedla vid behov kontakt mellan den enskilde och ansvarig läkare
- Dokumentera läkarens bedömning om väntat dödsfall, brytpunktssamtal, ordination av sjukvårdande insatser samt individuella vid behovsläkemedel i omvårdnadsjournalen.
- Utföra regelbunden bedömning och skattning av rosslighet, illamående, ångest, andnöd och förvirring samt att bedömning, avvikelser, förebyggande och lindrande åtgärder utförs och dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

- Utföra regelbunden bedömning och skattning av smärta med validerade instrument utförs och att bedömning, avvikelser och smärtlindrande åtgärder dokumenteras i omvårdnadsjournalen.
- Genomföra munhälsobedömning samt att vidta åtgärder för att lindra eventuella obehag hos den döende.
- Vidta åtgärder för att förebygga uppkomst av trycksår
- Handleda personal och tillsammans med enhetschefen stötta personalen i den allmänna palliativa omvårdnaden av den döende.
- Informera närstående och ge stöd och tid för samtal.
- Erbjuder efterlevandesamtal.
- Registrera i palliativregistret utifrån en journalgenomgång tillsammans med omvårdnadspersonal.

### **Vård och omsorgspersonalen**

- Lyssna och vara lyhörd för den döendes och närståendes önskemål samt uppmärksamma specifika önskemål utifrån kulturell bakgrund och individuella behov
- Observera och vara lyhörd för tecken på smärta, rosslighet, illamående, ångest och förvirring och rapportera behov och förändringar i den döendes tillstånd till berörd personal i teamet.
- Utföra den nära omvårdnaden och tillgodose den enskildes behov av social och fysisk stimulans i enlighet med genomförandeplanen.
- Utföra hälso- och sjukvårdsinsatser efter instruktion eller delegering från legitimerad personal.
- Ansvara för att tillsammans med den enskilde personen och eventuellt andra intressenter utforma och följa upp genomförandeplan.
- Ansvara för social dokumentation för den enskilde.
- Ha ett extra ansvar för den enskilde och kan fungera som länk mellan personen och övriga som finns runt denne.
- Delta med sjuksköterska i journalgranskning och registrering i palliativregistret
- omhänderta den döde på ett värdigt sätt och erbjuda närstående att delta i omhändertagandet

### **Fysioterapeut**

Fysioterapi för den enskilde personen i palliativ vård ska fokusera på att tillvarata personens möjligheter, optimera de funktioner som finns kvar, förebygga och/eller lindra smärtsamma symtom och har stor betydelse för den enskildes livskvalitet. Fysioterapeuten kan erbjuda flera olika behandlingar vid smärta, andnings- och cirkulationsbesvär samt svaghet, stelhet och nedsatt kondition.

- Ansvara för rehabilitering och hjälpmedelsförsörjning.
- Utföra och instruerar/delegerar hälso- och sjukvårdsinsatser
- Informera och handleda omsorgspersonal

**Arbetsterapeut**

Arbetsterapeutiska insatser består i att stödja den enskilde personen, närstående och vårdpersonal, utför och instruerar hälso- och sjukvårdsinsatser genom exempelvis:

- Kartlägga den tidigare/nuvarande aktivitetsförmågan och hemsituationen.
- Utföra bedömning av aktivitetsförmåga och den enskilde personens önskan att utföra personlig vård, boende och fritid.
- Möjliggöra för personen att klara sig själv eller underlätta för närstående genom exempelvis information och råd om energibesparande aktiviteter och utprovning av hjälpmedel.
- Informera och handleda vårdpersonal
- För att underlätta för den enskilde personen att bo kvar i sitt ordinära boende, kan ansökan om bostadsanpassningsbidrag göras hos handläggaren i kommunen. Arbetsterapeuten ansvarar då för att göra en bedömning av aktivitets-/funktionsförmåga.