

# Vård vid livets slutskede, gemensam rutin för Hälso - och sjukvård Region Gävleborg

## Innehåll

1. Syfte och omfattning .....	1
2. Allmänt .....	1
3. Beskrivning .....	1
3.1. Brytpunkter inför livets slutskede .....	1
3.1.1. Brytpunktsamtal .....	2
3.2. Palliativa insatser .....	2
3.2.1. Symtomskattning .....	2
3.2.2. Behovsläkemedel i injektionsform .....	3
3.3. Närståendepenning .....	3
3.4. Andra kulturer och etnisk bakgrund .....	3
3.5. Efterlevandesamtal .....	3
4. Dokumentinformation .....	3

## 1. Syfte och omfattning

Syftet med denna rutin är att beskriva omhändertagandet av patienter inom palliativ vård vid livets slutskede. Dokumentet gäller berörda patienter inom Region Gävleborg.

## 2. Allmänt

Palliativ vård är en aktiv helhetsvård av patienter i ett skede när sjukdomen inte längre svarar på kurativ (botande) behandling och när kontroll av smärta eller andra symtom och problem av psykologisk, social och existentiell art är av största vikt.

- Obotlig sjukdomsfas (tidig palliativ fas) – palliativa insatser för att lindra symtom, förbättra livskvalitet samt livsförlängande åtgärder kan förekomma under lång tid.
- Övergångsfas (brytpunktsprocess) – övergång till livets slutskede.
- Livets slutskede (sen palliativ fas) – symtomlindrande behandling och närståendestöd ges. Livsförlängande åtgärder har ingen effekt och gagnar inte patienten.

## 3. Beskrivning

### 3.1. Brytpunkter inför livets slutskede

När vårdtagaren befinner sig i livets slutskede blir vården inriktad på livskvalitet och symtomlindring. Detta innebär också att inga livsuppehållande åtgärder vidtas, dvs. Ej HLR.

Det är oftast till gagn för patienten att veta att döden är förväntad och att detta kommuniceras till patient och/eller närstående.

### 3.1.1. Brytpunktsamtal

Brytpunktsamtal är ett individuellt anpassat informerande samtal till vårdtagaren och närstående. Samtalet tydliggör att patienten befinner sig i livets slutskede, att patienten inte gagnas av livsförlängande terapier och att den fortsatta vården är inriktad på livskvalitet och symtomlindring.

Brytpunktssamtalet bör ledas av behandlingsansvarig läkare. Förutom patient och närstående bör ansvarig sjuksköterska närvara vid detta samtal för att säkerställa kontinuiteten. Man bör också efterhöra hur patienten tänker på sin sjukdom och vad han/hon har för önskemål vid ytterligare försämring vad gäller vårdplats och övriga hjälpinsatser.

Samtalet journalförs och ställningstagande till Ej HLR dokumenteras av läkare enligt särskild rutin.

### 3.2. Palliativa insatser

De palliativa insatserna intensifieras då vårdtagaren bedöms vara döende. Åtgärdbara orsaker till tillståndet ska ha övervägts.

Minst två av följande kriterier bör vara uppfyllda:

Vårdtagaren

- är sängliggande
- kan inte försörja sig per os, kan ta emot endast små klunkar per os
- är medvetandesänkt
- kan inte längre svälja läkemedel per os.

#### 3.2.1. Symtomskattning

Bedömning ska göras av följande symtom:

- Smärta
- Illamående
- Oro/ångest
- Andnöd/rossel
- Förvirring

På vårdavdelning bör ny bedömning ske regelbundet var 4:e timme eller oftare och inom hemsjukvård bör bedömning om möjligt ske 2 gånger/dygn eller oftare.

Bedömning görs kliniskt/anamnestiskt med hjälp av lämpligt skattningsinstrument som VAS/NRS, Abbey pain scale, IPOS. [Smärtskattning - Regiongemensam rutin för hälso- och sjukvård](#)

Bedömning av patientens munhälsa utförs enl. särskilt formulär. Länk till Svenska palliativregistret: <http://www.palliativregistret.se>

(För vårdpersonal/kunskapsstöd/korta dokument/munhälsa)

KAD bör övervägas.

Dokumentation görs i patientjournal samt för patient inskriven i Palliativt team, även i palliativ pärm som förvaras hos patienten.

### 3.2.2. Behovsläkemedel i injektionsform

Följande läkemedel ska vara individuellt ordinerade till en döende patient:

- Opioid för smärta.
- Läkemedel mot andnöd, rosslighet, ångest och illamående.

Ordinationer ska bygga på läkemedelskommitténs rekommendationer, se [Läkemedel Gävleborg](#) ”Vård i livets slutskede”.

### 3.3. Närståendepenning

Information om närståendepenning skall ske när en vårdtagare har en dödlig/livshotande sjukdom och där behov av närståendes närvaro av livskvalitetsskäl kan förväntas. Den ges muntligt och skriftligt till patient och närstående vid inskrivning i team, på vårdavdelning eller i hemsjukvård.

Informationen kan aktualiseras vid närståendesamtal på vårdavdelning inför ett läkarsamtal.

Läkarutlåtande skrivs på avsedd blankett och skickas till:

Försäkringskassans inläsningscentral 839 88 Östersund.

Dokumentation görs i patientjournal.

### 3.4. Andra kulturer och etnisk bakgrund

Vid inskrivning i palliativa team, hemsjukvård eller på vårdavdelning skall sjuksköterska/läkare uppmärksamma önskemål relaterade till kultur och etnisk bakgrund. Vid behov erbjuds kontakt med sjukhuspräst/pastor/diakon som i sin tur kan vara en länk till representanter för andra religioner och trossamfund.

### 3.5. Efterlevandesamtal

Samtal mellan vårdpersonal och patientens närstående en tid efter dödsfallet skall erbjudas för att fånga upp och förebygga ohälsa hos närstående samt ta tillvara synpunkter om den palliativa vården. De ska dessutom ha möjlighet att få svar på ev. frågor kring vården av den närstående. Länk: Svenska palliativregistret

<http://www.palliativregistret.se/>

(För vårdpersonal/kunskapsstöd/korta dokument/eftersamtal)

## 4. Dokumentinformation

Dokumentet är granskat av Stefan Bergström Överläkare Palliativ enhet VO Onkologi, Nils Olsson, Familjeläkare Primärvården Gästrikland, Lars Svennberg Chefläkare Region Gävleborg och Leif Molinder Chefläkare Region Gävleborg.