

Vård i livets slutskede, rutin - Hälso - och sjukvården, Region Gävleborg

Innehåll

1.	Syfte och omfattning	1
2.	Allmänt	1
3.	Ansvar och roller	2
4.	Beskrivning	2
4.1.	Vid beslut om vård i livets slutskede	2
4.1.1.	Brytpunktssamtal vid övergång till livets slutskede	2
4.1.2.	Att göra vid beslut om vård i livets slutskede	3
4.1.3.	På IVA	3
4.2.	Läkemedel	3
4.3.	Symtomskattning	4
4.4.	Stöddokument	5
4.5.	Olika kulturer och religioner	6
4.6.	Närståendepenning	6
4.7.	Efterlevandesamtal	6
4.8.	Kvalitetssäkring	6
5.	Dokumentinformation	6
6.	Referenser	7

1. Syfte och omfattning

Syftet med denna rutin är att beskriva omhändertagandet av patienter vid vård i livets slutskede och på så sätt säkerställa omvårdnaden kring den palliativa patienten.

Dokumentet gäller berörda verksamheter inom Region Gävleborg. Lokala tillägg kan finnas.

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.

Sjukdomsförlopp vid ej kurativ prognos kan indelas enligt följande:

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

Vid palliativt vårdbehov i olika faser kan vårdgivare även ta stöd av [Palliativ vård - Nationellt kliniskt kunskapsstöd \(nationelltklinisktkunskapsstod.se\)](#) samt [Nationellt vårdprogram palliativ vård - RCC Kunskapsbanken \(cancercentrum.se\)](#).

3. Ansvar och roller

Chefer i linjeorganisation: Ansvarar för spridning och implementering av rutinen inom den egna verksamheten.

Medarbetare: Ansvarar för att känna till och arbeta enligt rutinen.

Patientansvarig läkare: Ansvarar för brytpunktsbedömning enligt nedan, ordinationer samt remiss till palliativt team vid behov av specialiserad palliativ vård.

IVA: Anestesiläkare och PAL beslutar i samförstånd om behandlingsbegränsningar.

4. Beskrivning

4.1. Vid beslut om vård i 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 och ofta även andra behandlingsbegränsningar. Kurativ behandling ska ha bedömts var utsiktslös och inte till gagn för patienten.

Det är oftast fördelaktigt att patienten är medveten om att döden är förväntad och att detta kommuniceras till patienten och/eller närstående. Om förloppet inte beror på akut sjukdom bör samtal om allvarlig sjukdom alt tidigare brytpunktssamtal (flera kan förekomma) ha hållits i ett tidigare skede efter att diagnos och prognos fastställts.

Vid övergång till vård i livets slutskede bör minst två av följande kriterier uppfyllas:

- Vårdtagaren är sängbunden större delen av dygnet.
- Vårdtagaren kan inte längre försörja sig per os och tar eventuellt endast emot små mängder vätska.
- Vårdtagaren är medvetandesänkt (där vakenperioder kan förekomma) som ej beror på annat medicinskt tillstånd.
- Vårdtagaren kan inte längre svälja läkemedel. /RCC

4.1.1. Brytpunktssamtal vid övergång till livets slutskede

Brytpunktssamtal 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 kan gärna ansvarig sjuksköterska närvara. Man bör även efterfråga hur patienten tänker kring sin sjukdom och vad hen har för önskemål vid ytterligare försämring gällande vårdplats och övriga hjälpinsatser.

Kom ihåg att vara lyhörd för patientens och anhörigas önskemål. Reflektera över behovet av uppföljning/ytterligare samtal med patienten och anhöriga.

Både patient och närstående ska ges möjlighet till kontakt med kurator om så önskas.

Samtalets innehåll och ställningstagande till HLR och andra behandlingsbegränsningar ska journalföras av läkare.

Se även Att hålla brytpunktssamtal för stöd i metoden.

4.1.2. Att göra vid beslut om vård i livets slutskede

- Klart och tydligt beslut om övergång till vård i livets slutskede, inkl beslut om EJ HLR. Dokumentera beslutet, samt ev ställningstagande till andra behandlingsbegränsningar såsom ej IVA-vård, ej respiratorvård mm.
- Slutenvård: Öppna Checklista Palliativ vård och använd gärna Status MED omv palliativ i journalen (dessa finns endast inom Medicin i Melior).
- Brytpunktsamtal:
 - Deltagare: Patienten, närstående, personal.
 - Planera lämplig tidpunkt och plats utifrån förutsättningar och önskemål.
- Läkemedelsgenomgång och medicinska insatser:
 - Sätt ut kurativ behandling
 - Sätt in symtomlindrande behandling
 - Överväg att avsluta intravenösa behandlingar
 - Överväg att avsluta syrgasbehandling
 - Har patienten pacemaker med defibrillatorfunktion (ICD)? Ombesörj att defibrillatorfunktion stängs av för att undvika plågsamma tillslag i livets slut!
 - Avstå kontroll av vitalparametrar/provtagning om det ej är patienten till gagn.
- In- och utfartsvägar
 - Överväg behovet av KAD, PVK, sond, subcutan kvarliggande kateter
 - Instruktioner finns i Vårdhandboken.

4.1.3. På IVA

Avbrytande av livsuppehållande behandling

Beslut om att avbryta livsuppehållande behandling fattas av PAL tillsammans med anestesiläkare. Patient och anhöriga informeras. Avslutandet leder dock inte alltid (snabbt) till döden, och rekommendationerna i denna rutin gäller situationer där sjukdomsförloppet förväntas leda till döden inom timmar till dagar. Döendet är en oförutsägbar naturlig process som måste få ta den tid det tar och inte ska hindras av intensivvårdsåtgärder som provtagning och onödiga procedurer. Enkelrum/avskildhet eftersträvas. Dialysbehandling och vasoaktiva läkemedel avslutas. Monitorering reduceras till minimum, stäng av störande larm. Stäng ev. av monitorskärm. Se separata rutiner gällande handläggning inför organdonation i aktuella fall. Ventilatorbehandling avslutas enligt lokala rutiner.

4.2. Läkemedel

Det finns en ordinationsmall för palliativa symtomlindrande läkemedel i Meliors läkemedelsmodul. I denna ingår läkemedel för samtliga nedanstående symtom. Primärvården hänvisas till [Läkemedel - Ordination vid livets slut.pdf](#)

Följande läkemedel ska vara individuellt ordinerade vid livets slutskede:

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

Ordinationer ska bygga på Läkemedelskommitténs rekommendationer, se [Läkemedel sista dagarna](#).

4.3. Symtomskattning

I slutenvården bör ny skattning ske regelbundet var 3:e timme eller oftare och vid vård i hemmet bör bedömning om möjligt ske 2 gånger/dygn eller oftare.

Bedömning görs kliniskt/anamnestiskt med hjälp av lämpligt skattningsinstrument, se Smärtskattning - Regiongemensam rutin för hälso- och sjukvård.

I slutenvård: symtomskattningsformulär kan användas hos patienten och är ett lokalt framtaget verktyg för att underlätta bedömning och dokumentation av patientens symtom i livets slutskede. Dokumentera i patientens journal. Vidta åtgärder och följ upp!

Palliativa teamet: dokumenterar symtomskattning och åtgärder i patientens journal.

1. Munstatus

Bedöm hur mun, läppar, tänder, slemhinnor och tunga ser ut. Titta efter sår, svullnader, rodnader och trasiga eller vassa tänder. Är läpparna torra eller spruckna? Är slemhinnan i munnen glansig och fuktig eller torr? Hur luktar andedräkten? Finns beläggningar, svamp och/eller krutor på tungan? Om patienten har proteser, hur passar de? Lidokain APL 5% kan användas vid behov av smärtlindring i munnen.

2. Andning

Har patienten dyspné = andnöd, ortopné = andnöd i liggande ställning, takypné = onormal snabb andning, Cheyne-Stokes = periodisk ytlig och djup andning med mellanliggande andningsuppehåll? Om patienten är vaken: hur beskriver hen sin andning? Diuretika i.v/s.c kan ges vid övervätskning och morfin/midazolam för att lugna. Om tillgängligt kan även lite syrgas ges som ren symtomlindring.

3. Rosslighet

Behövs läkemedel mot rosslighet? Bedöm om patienten har mycket slembildning och i så fall om hen själv kan hosta upp eller om det behövs sugning av munhåla och övre luftvägar. Observera att sugning även stimulerar slembildning och ska användas endast vid behov.

4. Aptit och törst

Äter och dricker/törstar patienten? Utgå från patientens behov och önsningar snarare än beräknat näringsbehov.

5. Illamående

Illamående är ett vanligt symtom och kan ha många olika orsaker, exempelvis läkemedelsbiverkningar (opioider), förstoppning, svampinfektion eller psykologisk orsak. Haldol s.c. har ofta god effekt.

6. Elimination

Patienter som får morfinpreparat är i behov av laxantia. Morfinpreparat och mycket stillasittande sänker tarmperistaltiken varför det är av högsta vikt att bedöma eliminationen. Miktionen skall bedömas för att undvika att patienten får urinstämma. Inkontinensskydd skall bytas ofta för att undvika obehag och hudirritation. I livets slutskede bör KAD övervägas för att skapa lugn för patienten. Var uppmärksam på ev. stopp i KAD.

7. Smärta

Bedöm patientens fysiska, psykiska, sociala, andliga och existentiella smärta efter behov. Använd lämpligt skattningsinstrument. Smärta bedöms även via samtal och beskrivs i text i patientens journal. Utvärdera givna läkemedel och andra åtgärder.

8. Sömn

Bedöm om patienten har sömnsvårigheter och inte får den dygnsvila som behövs för att lindra ångest, oro och smärta. Vid sömnproblem kan patienten vara i behov av insomningstablett eller orosdämpande läkemedel. Tänk på att även anhöriga som vakar hos patienten behöver sömn för att orka.

9. Oro/ångest

Oro och ångest är vanligt, här är uppgiften att skilja på vad som är oro och vad som är ångest samt ge adekvat behandling. Vid oro kan patienten oftast redogöra för vad som oroar dem medan de vid ångest inte kan förklara varför den obehagliga känslan finns där. Här ingår även att lindra anhörigas oro. Oro och ångest lindras oftast bäst med mänsklig närvaro.

10. Förvirring

Förvirringstillstånd förekommer. Symtom ska lindras om förvirringen ger upphov till oro. Mänsklig närvaro, bekant musik eller samtal som förankrar i något bekant och tryggt kan lindra, samt vb Haldol injektion s.c. eller annat lämpligt läkemedel.

11. Hud/trycksår

Bedömning av hela hudkostymen skall utföras dagligen för att motverka hudskador och åtgärda dessa om de redan uppkommit. Är huden torr kan klåda uppstå, vilket kan åtgärdas med mjukgörande krämer. Vid hudbedömning; titta extra på tryckpunkter (armbågar, hälar, sacrum och skulderblad) där risken för trycksår är som störst, speciellt om patienten är ödematös och inte kan lägesändra på egen hand. Använd skattningsinstrument. Använd tryckavlastande hjälpmedel enligt rutin.

12. Aktivitet

Utgå från patientens individuella önskemål och behov och anpassa åtgärder därefter.

4.4. Stöddokument

Det kan vara praktiskt att iordningsställa en mapp eller pärm på enheten med stöddokument och dokumentationsunderlag. Beroende på var patienten vårdas kan denna t.ex innehålla:

- Symtomskattningsformulär med kortfattad symtombeskrivning på baksidan
- Vändschema inkl signering av munvård
- Smärtskattning – gemensam rutin för hälso- och sjukvård, Region Gävleborg (dok id 09-110234) (innehåller bl.a Abbey Pain Scale/ROAG-sticka, IPOS)
- Denna rutin
- Information till närstående och efterlevande

4.5. Olika kulturer och religioner

Vid vård i livets slutskede skall vårdpersonal uppmärksamma önskemål relaterade till kultur, religion och etnisk bakgrund. Vid behov erbjuds kontakt med sjukhuspräst/pastor/diakon som i sin tur kan vara en länk till representanter för olika religioner och trossamfund. Sjukhuskyrkan kan nås via sjukhusets växel.

4.6. Närståendepenning

Information om närståendepenning skall ges när en vårdtagare har en dödlig/livshotande sjukdom och där behov av närståendes närvaro kan förväntas. Läs mer i [Närståendepenning Information](#). Läkarintyg skrivs och lämnas till närstående.

4.7. 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 eventuella synpunkter på vården. De ska dessutom ha möjlighet att få svar på ev. frågor.

Se [Svenska palliativregistrets kunskapsstöd](#) om efterlevandesamtal.

4.8. Kvalitetssäkring

För uppföljning och kvalitetssäkring av den palliativa vården på lokal nivå kan kvalitetsregistret [Svenska palliativregistret](#) med fördel användas.

5. Dokumentinformation

En omfattande revidering av dokumentet har gjorts i maj 2024, i samband med en sammanslagning med andra dokument inom samma område. Dokumentet har granskats av:

Specialistsjuksköterska palliativ vård, HIA/Hjärtavd. Hudiksvall

Specialistläkare allmänmedicin, primärvården Gästrikland

Kvalitetssamordnare VO Kirurgi

Specialistsjuksköterska palliativ vård, Palliativa teamet Bollnäs

Chefläkare

Anestesiläkare, MSL IVA Hudiksvall

6. Referenser

Dokumentnamn	Plats
Smärtskattning – gemensam rutin för hälso- och sjukvård, Region Gävleborg (dok id 09-110234)	Platina
Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för palliativ vård, vuxna	Nationellt kliniskt kunskapsstöd
Nationellt vårdprogram Palliativ vård	Kunskapsbanken Cancercentrum
Munvård sista veckan i livet	Palliativa registret
Österlind, J. m.fl. (2022) <i>De 6 S:n – en modell för personcentrerad palliativ vård</i> , Studentlitteratur	Bok
Senaste version av SOSFS 2011:7 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om livsuppehållande behandling - Socialstyrelsen	Socialstyrelsens web