

Behandlingsbegränsningar inom hemsjukvård, inklusive särskilda boenden (SÄBO) - Hälso- och sjukvård Region Gävleborg

Innehåll

1.	Syfte och omfattning	1
2.	Allmänt	1
3.	Ansvar och roller	2
3.1.	Verksamhetschef	2
3.2.	Vårdenhetschef	2
3.3.	Berörda läkare	2
4.	Beskrivning	2
4.1.	Dokumentation	3
4.2.	Primärvård	3
4.3.	Specialistvård organiserad under slutenvård	3
4.4.	Informationsöverföring	3
5.	Plan för kommunikation och implementering	4
6.	Dokumentinformation	4
7.	Referenser	4

1. Syfte och omfattning

Syftet med denna rutin är att tydliggöra behandlingsbegränsningar och förhållningssätt till brytpunktssamtal anpassade för patienter med kronisk obotlig sjukdom som bedöms gå mot slutfasen av livet och som vårdas i öppenvård.

Rutinen omfattar alla läkare som arbetar med denna patientgrupp i öppenvård – bl.a. primärvård, mobila team och palliativa team inom Region Gävleborg.

2. Allmänt

Patienter som oftast men inte alltid är inskrivna i hemsjukvård, inklusive de som bor på särskilda boenden, SÄBO, har ofta en komplex sjukdomsbild i kombination med en hög ålder och när så är fallet har de även en begränsad förväntad överlevnad. Hälсотillståndet kan även, över tid, förväntas försämrats. Detta kan ske akut, inom några dagar eller över flera månader eller år.

Inneliggande sjukvård och medicinska utredningar kan vara mycket jobbiga för en skör patient och det är inte alltid det är till nytta för patienten när det sätts i relation till patientens livskvalitet, förväntade överlevnad, egna önskemål och risken för vårdskador.

När patientens hälsa försämrats plötsligt kan patienten sällan själv redogöra för vilken vård hen önskar och därför är det viktigt att diskutera dessa frågor kontinuerligt med patienten och dennes närstående. Även när patientens hälsa försämrats långsammare behöver beslut och överenskommelser uppdateras i takt med att patientens inställning till och förutsättningar för vård förändras.

För att detta arbete skall kunna ske på ett patientsäkert sätt och för att dessa uppgifter enkelt skall vara tillgängliga för alla aktörer beskrivs här metod, mall för dokumentation

och plan för kommunikation mellan primärvård/annan öppenvård och kommunal hälso- och sjukvård samt slutenvård.

3. Ansvar och roller

3.1. Verksamhetschef

Ansvarar för att denna rutin är känd, kommuniceras och implementeras till berörda vårdenhetschefer och medarbetare inom verksamhetsområdet.

3.2. Vårdenhetschef

Ansvarar för att denna rutin är känd, kommuniceras och implementeras till berörda läkare inom respektive vårdenhet.

3.3. Berörda läkare

Ansvarar för att känna till och i förekommande fall tillämpa rutinen.

4. Beskrivning

Samtal och beslut om behandlingsbegränsningar skall i möjligaste mån föras med patienten. I hemsjukvård och på SÄBO skall alltid patientansvarig sjuksköterska inkluderas i processen. Det är även mycket viktigt att närstående inkluderas i samtalet.

Alla beslut om behandlingsbegränsningar skall fattas efter en individuell bedömning där man väger samman relevanta faktorer. Exempel på sådana faktorer kan vara patientens egen upplevelse av livskvalitet, patientens hälsotillstånd, vilken nytta patienten kan få av given vård och vilka risker och skador som kan uppstå. Kom ihåg att även förflyttningar, transporter och väntetider kan orsaka lidande för patienten.

Har patienten beslutsförmåga ska sjukvården ha hens medgivande innan man samtalar med och informerar närstående. Om patienten saknar beslutsförmåga och om det inte finns ett dokumenterat ställningstagande sedan tidigare skall närstående inkluderas, tillfrågas om de känner till patientens inställning till fortsatt vård och göras delaktiga i beslutsprocessen. Det är viktigt att närstående förstår att de inte är ansvariga för det slutgiltiga ställningstagandet. Det är hela tiden den ansvarige läkaren som ansvarar för detta.

Vad som är relevant vård för patienten förändras över tid och tidigare beslut behöver omvärderas. Likaså kan det vara en process för både patient och dennes närstående att förstå att patientens förutsättningar förändras över tid varför det är av vikt att lyfta dessa frågor med patient och närstående flera gånger. I akuta situationer är det ofta mycket svårt att påbörja en sådan diskussion då ordinarie läkare och sjuksköterska ofta inte är tillgänglig när patientens hälsa försämras.

Bra tillfällen att lyfta dessa frågor är i samband med inskrivningssamtal och fördjupade läkemedelsgenomgångar.

Beslut om behandlingsbegränsningar kan ofta komma att behöva uppdateras, följas upp och omvärderas. Detta skall göras vid varje stor påverkan av patientens hälsotillstånd oavsett om förändringen är till det bättre eller till det sämre, dock minst 1 gång per år.

Om döden bedöms förväntad och nära förestående i tid skall [Dödsfallsblankett, förväntat dödsfall](#) användas. Säkerställ även att den befintliga dokumentationen avseende undersökning uppfyller kraven för att dödsbevis skall kunna utfärdas. Annars bör ett extra läkarbesök skyndsamt planeras.

Det är även viktigt i dessa samtal att förklara för patient och närstående vilken vård som fortfarande kan ges där patienten befinner sig. Och att beskriva palliativ vård och omsorg i hemmet och på SÄBO.

4.1. Dokumentation

Dokumentation av beslut om vårdbegränsningar skall göras i PMO/Melior.

4.2. Primärvård

Dokumentation sker i PMO. Som första punkt under rubriken sammanfattning på ”startsidan” ska tydligt framgå:

- Datum för beslut
- Bakgrunden till beslut. T ex svår kognitiv svikt där patienten riskerar uppleva vården som mycket obehaglig när hen inte kan förstå vad som händer. Erfarenheter av tidigare ineliggande vård. Kännedom om hur patienten reagerat på tidigare miljöombyten.
- Vilka beslut som fattats. Var noggrann och exemplifiera utifrån vilka detaljer som tagits upp. Tex patienten önskar få all sin fortsatta vård i hemmet eller på *[Namn på SÄBO]*, Patientens önskar ingen ytterligare utredning av *[aktuellt tillstånd]* eller Patientens fortsatta vård skall endast vara god omvårdnad och symptomlindring. Patienten skall ha den vård som kan erbjudas på boendet t ex per oral antibiotika men skall ej vårdas ineliggande om behov av intravenös antibiotika uppstår. Patienten skall endast ha vård utanför ordinarie boende vid misstanke om fraktur, behov av suturering eller liknande.
- Vilka som deltagit i diskussionen, tex Beslut fattat i samförstånd efter samtal med patienten och i samförstånd med ansvarig sjuksköterska.
- Om och hur anhöriga har informerats. Om anhöriga ej informerats skall anledningen till detta dokumenteras.

4.3. Specialistvård organiserad under slutenvård

Dokumentation av beslut om vårdbegränsningar görs på sedvanligt sätt i Melior

4.4. Informationsöverföring

När sammanfattningen i PMO eller Melior uppdaterats skall en kopia skickas till den sjuksköterska på kommunen som ansvarar för patienten.

5. Plan för kommunikation och implementering

Kvalitetssamordnare utses till extrauppföljare och ansvarar för att rutinen sprids till inom berörda verksamhetsområden. Kvalitetssamordnare informerar Verksamhetschef och Vårdenhetschef om rutinen och dessa ansvarar för att rutinen blir känd, implementerad och tillämpas.

6. Dokumentinformation

Detta dokument är upprättat och granskat av:

Per Melander, Chefläkare och Medicinsk rådgivare HVK Region Gävleborg

Tommy Lundmark, Chefläkare Region Gävleborg

Peo Hermansson, Chefläkare Region Gävleborg

7. Referenser

Dokumentnamn	Plats
Introduktion SÄBO, läkare Primärvård, Hälsoval Region Gävleborg	Platina
Etiska riktlinjer för hjärt- lungräddning	Svenska läkare-sällskapet, HLR-rådet och Svensk sjuksköterskeförening
Etiska riktlinjer vid ställningstagande till att avstå från och/eller avbryta livsuppehållande behandling	Svenska läkare-sällskapet, Svensk sjuksköterskeförening
Checklista journalgenomgång SÄBO – Hälsoval Region Gävleborg	Platina
Dödsfallsblankett, förväntat dödsfall - Hälso- och sjukvård Region Gävleborg	Platina