

Handlingsprogram

VÅRD VID LIVETS SLUT



PALLIATIV VÅRD

Innehållsförteckning

Bakgrund	sid 1
Syfte	sid 2
– vad är palliativ vård	
– etiska grundprinciper	
Mål	sid 3
Riktlinjer	sid 4
Hur vi praktiskt arbetar med palliativ vård	sid 5
– vård i hemmet	sid 6
Ansvar	sid 6
Utbildning	sid 7
Framtidsvision	sid 7
Uppföljning	sid 7
Referenslista	sid 8

Bakgrund

1996 kom regeringens prioriteringsutredning som lyfter fram palliativa vården vid livets slut som ett prioriterat område.

Norrbottnens Läns Landsting och direktionen för Piteå sjukvårdsdistrikt samt Älvsbyns kommun har beslutat att vård vid livets slut är ett prioriterat område som skall kvalitetsutvecklas.

Under 1997 och 1998 har personal från Älvsbyns kommuns vård och omsorg, primärvården Älvsbyn och slutenvården deltagit i ett samverkansprojekt inom förvaltningen med Ulla Burman som projektledare.

Syfte

Vad är palliativ vård

Palliativ vård enligt WHO:s definition är ”en aktiv helhetsvård av den sjuke och dennes familj med hjälp av multiprofessionellt team. Målet att ge livskvalité när bot inte längre är möjligt men väl lindring och tröst. Palliativ vård beaktar fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov. Den söker också stödja anhöriga i deras sorgearbete”.

Etiska grundprinciper

1. **Autonomi.**

Värna om självbestämmande, integritet och respekt

2. **Godhetsprincipen**

Att maximera hälsa, livskvalité och människovärde.

3. **Att inte skada**

Att minimera skada, lidande och kränkning.

4. **Rättvis principen**

Att vara rättvis, lika vård på lika villkor.

Mål

Målet för palliativ vård är att ge högsta möjliga livskvalité för både patienten och den närstående. Palliativ vård skall tillgodose fysiska, psykiska, sociala och andliga behov hos den sjuke samt beakta anhörigas behov. Vår vårdideologi bygger på en humanistisk människosyn, den skall bejaka livet och betrakta döden som en naturlig process.

Detta innebär:

- Individuell vårdplanering

som utgår från varje människas död liksom hennes liv är en unik och enastående händelse.

- God omvårdnad

som visar respekt för patientens värdighet, integritet, bevarar och stärker hans/hennes självkänsla, möjliggör en god livskvalité och värnar om trygghet inför döden.

- Adekvat symtomkontroll

Som bland annat tillgodoser patientens behov av smärtlindring i alla dess dimensioner, fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt/andligt.

- Omsorg om anhöriga/närstående

Som innebär att vården av patienten också innefattar omsorg om och stöd för människor som patienten har nära relationer till.

- Kontinuerlig handledning och fortbildning

Som gör personalen rustad att ge vård i livets slutskede på sådant sätt att patientens fysiska, psykiska, sociala och existentiella/andliga behov beaktas.

Utformning av vård och behandling i livets slutskede skall ske utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet, där målet är livskvalité under den tid som återstår.

Riktlinjer

Förenta Nationernas förklaring om den döendes rättigheter ger uttryck för vår gemensamma strävan

Den döendes rättigheter

1. Jag har rätt att bli behandlad som en levande människa fram till min död
2. Jag har rätt att upprätthålla hoppet oavsett om målet för detta förändrar sig
3. Jag har rätt till vård och omsorg från dem som upprätthåller mitt hopp även om det förändrar sig.
4. Jag har rätt att ge uttryck för mina känslor om min förestående död på mitt eget sätt.
5. Jag har rätt att delta i avgöranden som gäller min egen vård.
6. Jag har rätt att förvänta fortsatt medicinsk behandling och vård även om målet inte längre är bot utan välbefinnande.
7. Jag har rätt att inte dö ensam.
8. Jag har rätt att vara fri från smärta.
9. Jag har rätt att få ärliga svar på mina frågor.
10. Jag har rätt att inte bli förd bakom ljuset.
11. Jag har rätt att få hjälp av och för min familj att acceptera min död.
12. Jag har rätt att få dö i frid och med värdighet.
13. Jag har rätt att behålla min individualitet och inte fördömas för mina avgöranden om de går emot andras uppfattningar.
14. Jag har rätt att samtala om och ge uttryck åt mina religiösa och/eller andliga upplevelser oavsett vad de betyder för andra
15. Jag har rätt att förvänta att den mänskliga kroppens okränkbarhet respekteras efter döden.
16. Jag har rätt att bli vårdad av omsorgsfulla, medkännande, kunniga människor som försöker förstå mina behov och som upplever det givande att hjälpa mig till att möta min död.

Hur vi praktiskt arbetar med palliativ vård vid livets slut

- För oss är det viktigt att vi ser till hela människan och att valfriheten finns för patienten i att välja var hon/han vill bli vårdad sista delen av sitt liv.
- Läkaren bestämmer tillsammans med sjuksköterska, utifrån patientens tillstånd och i samråd med patienten och anhöriga när den palliativa vården skall startas. En individuell omvårdnadsplan upprättas med vårdtagare, anhörig och ansvarig personal.
- Viktigt är att personal som jobbar runt patienten arbetar som ett team, vår ambition är att kommunikationsvägarna skall vara snabba och korta och alltid ha den sjukes och anhörigas bästa för ögonen.
- God smärt- och symtomkontroll, för att undvika onödigt lidande skall alla patienter som vårdas vid livets slut ha en skriftlig vidbehovsmedicinering av patientansvarig läkare. Smärtlindring är ett viktigt behov hos den svårt sjuke, förutom det rent fysiska lidandet skapar smärta också ångest. En god smärtbehandling är därför väsentlig för hur den sjuke skall uppleva den sista tiden.
- Trygghet är mycket viktig i vården av en döende men vad som uppfattas som trygghet är högst individuellt. Personalen måste därför vara lyhörd för den enskilda människans behov.
- På ett så tidigt stadium som möjligt skall hembesök av läkare erbjudas under dagtid.
- Vid behov tillkallas resurspersoner som läkare, arbetsterapeut, sjukgymnast, dietist, präst, diakon med flera.
- När döden har inträtt ska fastställande av dödsfall och utfärdande av dödsbevis ske. Se bilaga 3. Rutiner vid dödsfall.
- Den avlidne ska tas om hand på ett så värdigt och naturligt sätt som möjligt. Anpassa omhändertagandet till den dödes eller närståendes ev önskemål, utifrån religiös och kulturella behov.
- Anhöriga ombesörjer kontakten med begravningsbyrån.
- Omvårdnadsansvarig sjuksköterska/distriktssjuksköterska ansvarar för att uppföljning med den anhöriga sker efter tre månader. Sedan sker kontakten efter den enskildes behov.
- Omvårdnadsansvarig sjuksköterska/distriktssköterska informerar om möjligheten till kontakt med diakon.

Vård i hemmet

När man vårdas i hemmet finns en *speciell omvårdnadspärm* framtagen som syftar till att tillgodose att omvårdnad och de medicinska insatserna håller en hög kvalitet. Pärmerna följer patienten/vårdtagaren. Den innehåller bland annat

- aktuell information om sjukdom och behandling.
- information om kontaktpersoner t ex
- Ansvarig PAL (patientansvarig läkare) (ibland finns två PAL, en inom primärvården och en inom slutenvården)
- Ansvarig distriktssköterska
- Ansvarig hemtjänstassistent
- Aktuell medicinlista
- En speciell smärtskattning har lyfts fram som en viktig del
- Checklista för symtomlindring
- Omvårdnadsanteckningar av alla berörd personal.

Behov av en omvårdnadspärm beslutas i samråd mellan PAL och distriktssköterska. Med pärmerna följer ett *omvårdnadskort*, även kallat *VIP-kort*, som innebär öppen retur till tidigare bestämd avdelning på sjukhuset.

Ansvar

Patientansvarig läkare har det medicinska ansvaret både i primärvården och på dom särskilda boenden.

Distriktssköterskan/kommunal sjuksköterska har omvårdnads- och samordningsansvaret. Distriktssköterskan/kommunal sjuksköterska skall medverka till att berörd personal erhåller nödvändigt stöd och handledning under och efter vårdtillfället i samråd med hemtjänstassistent/föreståndare.

Distriktssköterskan/kommunal sjuksköterska ansvarar för handledning och delegering till personal eller anhörig etc vid mer kvalificerade vårdinsatser.

Hemtjänstassistent bedömer bistånd enligt Socialtjänstlagen (SOL) samt leder och samordnar personal och omvårdnadsinsatser.

MAS har det medicinska ansvaret utifrån sitt ansvarsområde.

Utbildning

För att möta behov krävs en regelbunden och kontinuerlig fortbildning och handledning av berörda personalgrupper

Framtidsvision

Vi vill genom god samverkan med kommun, primärvård och slutenvård samt med frivilliga organisationer som kyrkan, pensionärsföreningar, röda korset, anhöriga etc skapa en utveckling där målet är att vi gemensamt skall bedriva den palliativa vården vid livets slut på bästa sätt.

Uppföljning

För att kvalitetssäkra den palliativa vården kommer handlingsprogrammet ”Vård vid livets slut” att utvärderas en gång per år. Detta kommer att ske genom att respektive enhet skriver avvikelserapporter som följs upp. Anita Karlsson ansvarar för att sammankalla till uppföljning.

För Älvsbyns kommun

Älvsbyns vårdcentral

Anita Karlsson
sjuksköterska

Åsa Lundkvist
distriktssköterska

Majvor Lindberg
medicinskt ansvarig sjuksköterska

Gerd Westerlund
enhetschef

Stig Söderström
områdeschef hemtjänst

Agneta Lidman
diakon

Bilaga

1. Smärtans fyra dimensioner
2. Dikt
3. Rutiner vid dödsfall

Referenser

Allmänna råd från Socialstyrelsen (1992:2). *Livsuppehållande åtgärder i livets slutskede*.Handledning för utfärdande av dödsbevis. Socialstyrelsen. Statistiska centralbyrån, 1989.

Informationsöverföring och samordnad vårdplanering.(SOSFS 1996:32)

Lilla ”Smärtis”. *Råd och dåd för lindring vid obotlig cancersjukdom*. Östersund.

Palliativ medicin. Liber

Regeringens proposition. Prioritering inom hälso- och sjukvård (1996-97:60)

Samordnad vårdplanering.(SOSFS 1996:32)

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dödsbevis och intyg om dödsorsaken, m m.(SOSFS1991:7)

Uppslagsböcker. Beck - Friis, Strang (red)

Vårdprogram för Mölndals sjukhus. (1966). *Vård i livets slutskede*. Spri.

Socialdepartementet, kommittédirektiv 1997:147. *Vård vid livets slutskede*

Smärtans fyra dimensioner

Jag har rätt att vara smärtfri

Den fysiska smärtan

Jag har rätt att förvänta fortsatt medicinsk behandling och vård, även om syftet inte längre är tillfrisknande utan välbefinnande.

Den psykiska smärtan

Jag har rätt att uttrycka mina känslor inför min förestående död på mitt eget sätt.

Den sociala smärtan

Jag har rätt att inte dö ensam.

Jag har rätt att få hjälp av och för min familj till att acceptera min död

Den existentiella och andliga smärtan

Jag har rätt att diskutera och uttrycka mina religiösa och/eller andliga upplevelser, oavsett vad de betyder för andra.

Till eftertanke

Om jag vill lyckas att föra en människa mot ett bestämt mål, måste jag först finna henne där hon är och börja just där. Den som inte kan det lurar sig själv när hon tror att hon kan hjälpa andra.

För att hjälpa någon måste jag visserligen förstå mer än vad hon gör, men först och främst förstå det hon förstår. Om jag inte kan det, så hjälper det inte att jag kan och vet mera.

Vill jag ändå visa hur mycket jag kan, så beror det på att jag är fåfäng och högmodig och egentligen vill bli beundrad av den andre istället för att hjälpa henne.

Äkta hjälpsamhet börjar med ödmjukhet inför den jag vill hjälpa och därmed måste jag förstå att detta med att hjälpa inte är att vilja härska, utan att vilja tjäna.

.....

Kan jag inte detta så kan jag inte heller hjälpa någon.

Sören Kirkegaard

Rutiner vid dödsfall i hemmet och i kommunernas särskilda boendeformer

Rutinerna vid dödsfall beror bland annat på om dödsfallet är att betrakta som ett väntat dödsfall eller ej.

Väntat dödsfall

Efter bedömning av patientansvarig läkare får sjuksköterska konstatera dödsfall på patienter som bor inom kommunens äldreomsorg/eget boende och där dödsfall är väntat. Patienten skall nyligen vara undersökt av läkare, annars måste yttre lik-besiktning göras. Det är viktigt att bedömningen finns dokumenterad i patientens journal.

Vårdpersonal bör i förväg vara informerad om hur man ska förfara när ett väntat dödsfall inträffar. Överenskommelse att sjuksköterska får konstatera dödsfall bör träffas för varje enskild patient i förväg och om inte detta är gjort kontaktas läkare på jourcentralen i Piteå för överenskommelse om detta.

Sjuksköterskan undersöker den döde och fastställer att patienten är död. Därefter kontaktas patientansvarig läkare som kan fastställa att döden inträtt utan att själv se den döde. Läkaren ansvarar för att dödsbevis och intyg om dödsorsak utfärdas. Om oklarhet finns i samband med dödsfallet ska jourhavande läkare kontaktas (SOSFS 1996:29).

Första vardagen efter dödsfallet kontaktas läkare för utfärdande av dödsbevis och i förekommande fall borttagande av pacemaker.

Det är viktigt att det blir helt klart vem som kontaktar anhöriga!

För konstaterande av dödsfall gäller följande:

Pupillerna skall vara vidgade och ej röra sig när man lyser i ögonen med ficklampa. Det skall inte finnas palpabla pulsar i halskärl eller ljumskar. Inga hjärtljud skall vara hörbara och inga andningsljud.

Dagtid

Sjuksköterskan ansvarar för att kontakt tas med patientansvarig läkare, samma dag patienten avlidit.

Under kvällar och nätter

Det räcker oftast att patientansvarig läkare får information av sjuksköterskan morgonen efter dödsfallet, om inte annat överenskommit.

Helger

Att sjuksköterskan kontaktar patientansvarig läkare första vardagen om inte annat är överenskommet.

Oväntade dödsfall

- Inträffar dödsfallet vardagar kl 08.00 – 17.00 tar tjänstgörande sjuksköterska kontakt med vårdcentralen. Patientansvarig läkare, eller då denne ej är anträffbar, jourhavande läkare, konstaterar dödsfallet.
- Inträffar dödsfallet på annan tid än som ovan angivits tar tjänstgörande sjuksköterska kontakt med jourhavande läkare, som ger riktlinjer om fortsatt handläggning.
- Omhändertagandet av den döde får ske först efter att läkaren givit klartecken.
- Den läkare som konstaterar dödsfallet ansvarar för att patientansvarig läkare informeras om dödsfallet.
- *Det är viktigt att det blir helt klart vem som underrättar anhöriga!*

Obduktion

Om dödsorsaken är okänd utförs i regel obduktion efter beordran av läkare. Anhöriga ska tillfrågas/meddelas av ansvarig läkare angående en eventuell obduktion.

Identitetsband och identifiering

Identitetsband ska anbringas på den döde. Identitetskort ska följa den döde till bårhus.

Dokumentation

Dokumentation av omständigheterna kring dödsfall innefattas av:

- Tid (datum och klockslag)
- Uppgift om vilken läkare som konstaterat dödsfallet
- Kort beskrivning om händelseförloppet (t ex har lugnt insomnat)
- Uppgift på anhöriga som blivit kontaktade vid dödsfallet
- Uppgift om patienten har pacemaker, som i så fall ska avlägsnas.