

| | | | |
|--|------------|------------------------------|--|
| Område: Trygg och säker hälso- och sjukvård | Version: 6 | Giltig fr.o.m. 2017-06-01 | Ersätter: Version 5 Vö 121/2014 Vv 121/2014 Nf 225/2014 |
| Beslutad av: Medicinsk ansvarig sjuksköterska och Palliativ vårdsamordnare | | | Beslutad datum: 151202 |
| Användare/roll: Sjuksköterska, arbetsterapeut, omvårdnadspersonal, biståndshandläggare, enhetschef/ verksamhetschef | | | Revideras datum: 2019-06-01 |
| Omfattar enhet/verksamhet: Vård och omsorg och Förvaltningen för funktionshindrade | | | Ärendenummer: Sov 270/2017 |

Palliativ vård

Innehållsförteckning

| | |
|---|-----------|
| Innehållsförteckning | 2 |
| Nationellt vårdprogram för palliativ vård | 3 |
| Syfte | 3 |
| Palliativ vård | 3 |
| Palliativa vårdens fyra hörnstenar | 4 |
| Symtomlindring | 4 |
| Teamarbete | 4 |
| Kommunikation och relation | 4 |
| Stöd till närstående..... | 4 |
| Vårdinriktning av den palliativa vården | 4 |
| Allmän palliativ vård | 4 |
| Specialiserad palliativ vård..... | 4 |
| Flödesschema av processen i palliativ vård | 5 |
| Processen i palliativ vård | 6 |
| Brytpunktssamtal..... | 6 |
| Palliativ vård initieras..... | 6 |
| Individuell vård- och omsorgsplanering | 6 |
| Övergång till vård i livets slutskede – sen fas..... | 6 |
| Efter dödsfallet | 7 |
| Omhändertagande av den döde | 7 |
| Stöd till närstående..... | 7 |
| Uppföljning - personal..... | 8 |
| Efterlevandesamtal | 8 |
| Teamsamverkan | 9 |
| Ansvar | 9 |
| Omvårdnadsansvarig sjuksköterskas ansvar | 9 |
| Palliativ trygghetsplats | 10 |
| Omvårdnadspersonalens ansvar | 10 |
| Arbetsterapeutens ansvar | 11 |
| Biståndshandläggarens ansvar..... | 11 |
| Enhetschefens/ verksamhetschefens ansvar | 12 |
| Palliativa vårdsamordnare ansvar | 12 |
| Bilaga 1 | 13 |
| Checklista planering vård/omsorg vid livets slut | 13 |
| Bilaga 2 | 14 |
| Praktiskt omhändertagande av den döde | 14 |
| Bilaga 3 | 16 |
| Stöd vid uppföljning med teamet | 16 |

Nationellt vårdprogram för palliativ vård

Denna riktlinje bygger på Nationellt vårdprogram för palliativ vård i livets slutskede.¹ Där beskrivs palliativ vård oberoende av diagnos, ålder, etnicitet, bakgrund eller bostadsort och oavsett om vården bedrivs via kommun, landsting eller privat vårdgivare.

Vårdprogrammet ska vara ett stöd för all personal som arbetar med människor som är i behov av palliativ vård. Tillsammans med ”Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede” och Svenska Palliativregistret skapar det förutsättningar för en förbättrad vård i livets slutskede.

Syfte

Syftet med riktlinjen är att användas som stöd vid palliativa vård i livets slutskede och säkerställa en god palliativ vård med tydligt ansvar för olika yrkesprofessioner.

Palliativ vård

Palliativ vård bygger på ett palliativt förhållningssätt som kännetecknas av en helhetssyn på människan samt en strävan att stödja den enskilde i att kunna leva med värdighet och största möjliga välbefinnande till livets slut. Det huvudsakliga målet med vården ändras från att vara livsförlängande till att vara lindrande och stödjande.

Att kunna förutsäga hur lång tid en svårt sjuk människa har kvar att leva är svårt. Istället får vi ofta tänka i termer av "att döden är oundviklig inom en överskådlig framtid" vilket innebär att det bara finns en kort tid kvar i livet, kanske några timmar, dagar, veckor eller månader. Svårt sjuka och närstående som har insikt om situationen och att livet lider mot sitt slut har mycket större möjligheter att planera för och ta vara på den sista tiden i livet.

Människans fysiska och existentiella utsatthet i livets slutskede innebär stort personligt engagemang för personalen. Förmågan att visa empati, det vill säga förmåga att känna in personens situation och att visa omtanke i kombination med ett professionellt förhållningssätt är av största vikt. Denna empati är den palliativa vårdens kärna.

Tidig och sen palliativ fas

Begrepp tidig och sen palliativ fas används i förhållande till förväntad prognos som ställs i relation till den enskildes behov. Behandling i tidig fas syftar till ökad livskvalitet och livsförlängning. I sen fas syftar vården till livskvalitet men inte livsförlängning.

¹ Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2016, Landstingens och regionernas nationella samverkansgrupp inom cancervården

Palliativa vårdens fyra hörnstenar

Symtomlindring

Palliativ vård syftar till att förebygga och lindra svåra symtom genom tidig upptäckt, noggrann analys, behandling och uppföljning av psykiska, fysiska, sociala och existentiella problem.

Teamarbete

För att den palliativa vården ska fungera krävs samverkan mellan olika professioner och inte minst mellan olika huvudmän. Kontinuiteten är viktig och det bör inte vara för många personer involverade i det dagliga omvårdnadsarbetet.

Kommunikation och relation

För att vården skall bli optimal krävs god inbördes relation och kommunikation inom och mellan arbetslag och olika vårdare, den enskilde och närstående.

Stöd till närstående

Vården i livets slutskede bygger ofta på insatser från närstående. Det är viktigt att beakta önskemål från närstående om hur vården ska bedrivas och planera palliativ vård i samverkan med dem. Närstående ska få stöd och känna att deras medverkan och närvaro är betydelsefull i palliativ vård.²

Vårdinriktning av den palliativa vården

Allmän palliativ vård

Palliativ vård som ges till personer vars behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kunskap och kompetens i palliativ vård.

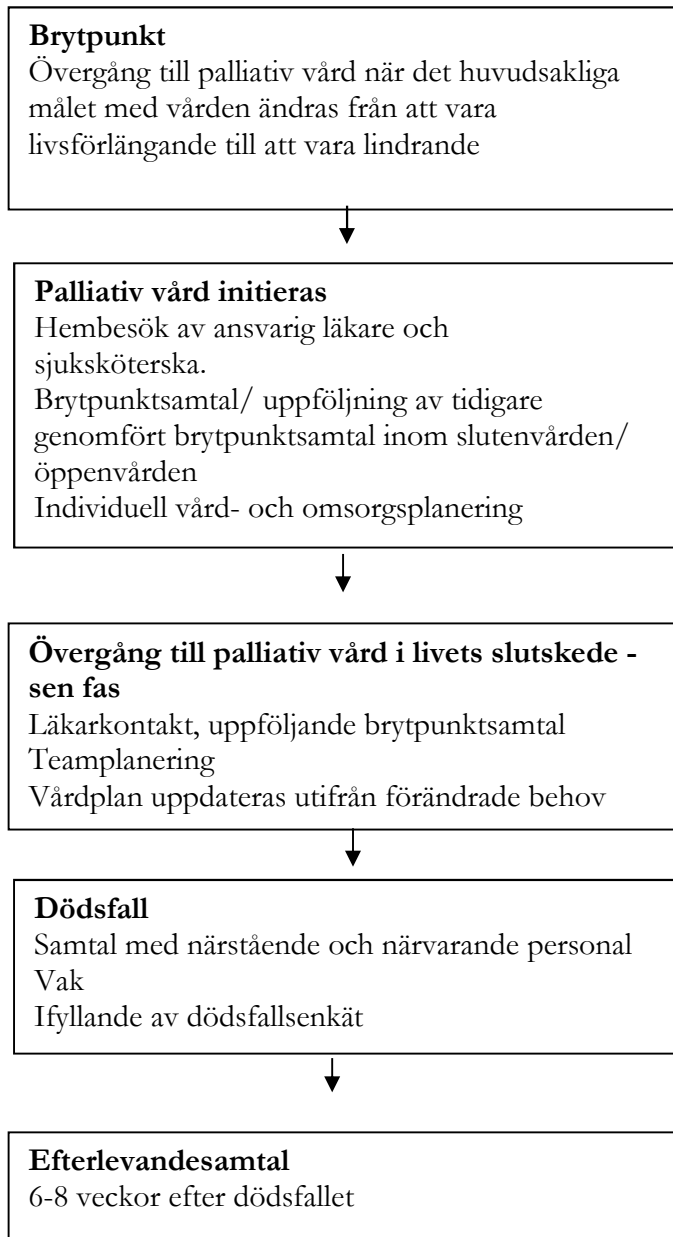
Allmän palliativ vård kan och ska bedrivas inom olika vårdformer. För att uppnå en god palliativ vård är samverkan mellan olika vårdgivare en förutsättning.

Specialiserad palliativ vård

Palliativ vård som ges till personer med komplexa symtom eller vars livssituation medför särskilda behov och utförs av ett multiprofessionellt team med särskild kunskap och kompetens i palliativ vård.

² *Vårdhandboken* Sveriges landsting och regioner.

Flödesschema av processen i palliativ vård



Processen i palliativ vård

Övergången till palliativ vård kan ses som en process som är olika lång för olika individer och där det medicinska beslutet kan ses som en viktig brytpunkt. Beslutet innefattar två viktiga kriterier – att sjukdomsspecifik behandling inte har någon livsförlängande effekt som gagnar den enskilde och att döden förväntas inom en överskådlig framtid.

Bedömning av och övergång till palliativ vård kan initieras inom slutenvården, öppenvården eller av sjuksköterska i den kommunala hälso- och sjukvården. Ett brytpunktssamtal ska då genomföras av den läkare som tar ställning till ändrad inriktning av vården.

Brytpunktssamtal

Ansvarig läkare samtalar med den enskilde om ställningstagandet att övergå till palliativ vård och diskuterar innehållet i den fortsatta vården utifrån den enskildes tillstånd, behov och önskemål. Vårdinsatser och behandlingar omvärderas utifrån nytt ställningstagande. Det är önskvärt att närstående deltar om den enskilde tillåter detta. Övergången från kurativ till palliativ vård är en process över tid och den enskilde ska erbjudas fortlöpande samtal om vårdens innehåll och om livsfrågor.

Palliativ vård initieras

Sjuksköterska besöker den enskilde så snart som möjligt när behov av palliativ vård har initierats. Hembesök bokas med ansvarig läkare för information och fortsatt planering av vården.³

Individuell vård- och omsorgsplanering

Vården och behandlingen skall så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med den enskilde. För att säkra ett tryggt och värdigt omhändertagande i livets slutskede måste vårdinsatserna samordnas på ett optimalt sätt. Planering av insatser bör ske i en noggrant utarbetad individuell vård- och omsorgsplan, där den enskildes önskemål är utgångspunkten. Erbjud närstående att vara delaktiga om den enskilde tillåter.

Övergång till vård i livets slutskede – sen fas

Förloppet vid övergången till palliativ vård i livets slutskede i sen fas kan variera från långsamma till akuta hälsoförändringar till följd av olika bakomliggande sjukdomar eller enbart ålderssvaghet. För personer med demenssjukdom kan försämringen vara långsam och för personer med hjärtsvikt kan det vara snabbt förlopp som också skiftar över tid.

³ Rutin *Sjuksköterskans ansvar vid palliativ vård*.

Läkaren tar ställning till vilken behandling som nu är aktuell med syfte att vara lindrande medan andra som inte gagnar den enskilde avslutas. Teamet sammankallas för att planera för en god och omsorgsfull vård i livets slutskede. Levnadsberättelse, vanor och önskemål ska vara utgångspunkten för denna planering.

Målsättning för vård i livets slutskede i sen fas är att ge så god omvårdnad och symtomlindring som möjligt samt att stödja den enskilde att leva med värdighet och känslan av välbefinnande. Den döende ska ha det så fridfullt som möjligt och inte behöva dö ensam. Det är viktigt att var lyhörd för önskemål från både den döende och dennes närstående. Beakta etiska, kulturella och religiösa/andliga seder/värderingar. *Se bilaga 1 Checklista planering vård/omsorg vid livets slut.*

Brytpunktssamtal vid övergång till palliativ vård i livets slutskede sen fas

Läkare ska genomföra brytpunktssamtal med den enskilde och närstående om ställningstagande att övergå till palliativ vård i livets slutskede i sen fas, där innehållet i den fortsatta symtomlindrande vården diskuteras utifrån den enskildes tillstånd, behov och önskemål.

Efter dödsfallet

Omhändertagande av den döde

Den döde har ett specifikt egenvärde med rätten att bli behandlad med respekt för sin kropp och identitet samt att bli respekterad för sina värderingar, livsåskådningar, uppfattningar och religiösa tro. Vid omhändertagande av den döde visas vördnad och hänsyn som är en förlängning av respekt av människans integritet. Sträva efter att ge de närstående en rofylld bild att bära med sig vidare i livet. Var lyhörd för synpunkter och önskemål. *Se bilaga 2 Praktiskt omhändertagande av den döde.*

Stöd till närstående

Palliativ vård fortsätter efter dödsfallet och omfattar stöd till närstående i sorgprocessen oavsett var dödsfallet har skett. Närståendes behov av stöd kan se olika ut och kan innefatta både praktiskt och emotionellt stöd efter dödsfallet.

Den personal som har haft hand om den döde bör om möjligt finnas till hands för att stödja och informera närstående både vid avskedet och en tid efter dödsfallet. Hur sorgarbetet blir är ofta beroende av vilket bemötande och stöd de närstående får. För att de efterlevande ska kunna påbörja sitt sorgarbete är det ofta viktigt att de får se den döde. Emotionellt stöd till närstående kan alla som arbetar i vården ge, utom i speciella fall där det finns behov av professionell kontakt. Vid sorg är medmänniskan den bästa tillgången. Att lyssna och hålla handen kan betyda mer än många ord.

Om den döende personen har minderåriga barn under 18 år ska hälso- och sjukvården uppmärksamma barnets behov av information och stöd.

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska ta ställning till hur stöd till närstående bör utformas.⁴

Uppföljning - personal

Uppföljningssamtal i teamet bör genomföras i nära anslutning till den enskildes död. Alla personalkategorier i teamet, även kvälls- och nattpersonal ska ges möjlighet att delta. En tillåtande atmosfär bör råda för att alla ska få möjlighet att föra fram tankar och synpunkter. För frågeställningar som stöd i samtalet.

Se bilaga 3 Stöd vid uppföljning med teamet.

Uppföljningen ger teamet en möjlighet att samtala om känslor och reaktioner i samband med vården av den döende. Syftet är dels att ge stöd till varandra, dels att reflektera över och bedöma de insatser som utförts. Det är viktigt att både lyfta fram vad som gjorts bra och vad som kan förbättras/förändras. Uppföljningen får då också betydelse för kvalitetssäkring och utveckling av den palliativa vården på den egna arbetsplatsen. Uppföljningssamtalet är ett bra forum för genomgång och ifyllande av Svenska palliativregistrets dödsfallsenkät.

Efterlevandesamtal

Efterlevandesamtal är ett samtal mellan vård- och omsorgspersonal och den avlidens närstående en tid efter dödsfallet. Samtalet med närstående ger möjlighet till vård- och omsorgspersonal att få och ge synpunkter som bidrar till kvalitetsutveckling i palliativ vård. Målet med efterlevandesamtal är att ge närstående stöd i sorgprocessen samt att identifiera behovet av avancerat stöd till exempel hjälp från kurator.

Praktiskt genomförande av efterlevandesamtal

Vid uppföljningssamtal i teamet efter dödsfall utses någon ur personalgruppen som har haft etablerad kontakt med den döende och närstående att kontakta den närmast närstående 6-8 veckor efter dödsfallet för ett efterlevandesamtal.

Personal som tar kontakt bör ha förberett sig genom att läsa journalanteckningar om den döendes sista tid och om dödsfallet samt fråga kollegor som var närvarande vid dödsfallet om detaljer.

Under samtalet bör man vara lyhörd och ge den närstående möjlighet att ta upp frågor och funderingar som är viktiga för dem. Enheten bör ha en plan för hur eventuellt missnöje eller klagomål hanteras samt hur frågor som inte kan besvaras vid efterlevandesamtalet tas om hand.

Hur kan verksamheten stödja den som genomför efterlevandesamtal

Samtalen bör planeras som ett arbetsmoment där det ingår tid för reflektion och återhämtning. Tid ska även finnas för förberedelse av samtalet. Ett naturligt kollegialt stöd genom att vid behov få tala med en arbetskamrat efter genomfört samtal är också en viktig del av

⁴ Socialstyrelsen Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede

arbetsmomentet. Efterlevandesamtal dokumenteras i fast vårdplan palliativ vård.

Teamsamverkan

I den palliativa vårdens filosofi är helhetsperspektiv på den enskildes lidande viktigt. Detta innebär att det krävs personal med olika kompetenser som har tydliga rollfördelningar/ansvar och en öppen kommunikation för att arbeta tillsammans med den enskilde mot gemensamt mål.

Vård- och omsorgsplanering är en förutsättning för att få och ge en samlad helhetsbild av den enskildes önskemål, hälsotillstånd och behov. Detta bidrar till ökad trygghet och kunskap för den enskilde och personalen. Teamet som vårdar den enskilde behöver ha ett reflekterande förhållningssätt och samtal runt döden och döendet. Den enskildes hälsotillstånd kan snabbt förändras därför är det viktigt att teamet ska vara flexibel och konstruktiv för att hitta lösningar utifrån den enskildes behov.

Ansvar

Omvårdnadsansvarig sjuksköterskas ansvar

För personer som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård är det sjuksköterskans ansvar att uppmärksamma läkaren när den enskildes hälsotillstånd försämras och behov av palliativ vård kan vara aktuellt.

För personer med behov av palliativ vård som aktualiseras av slutenvården, öppenvårdsmottagningar eller primärvården är det de palliativa vårdsamordnarna som förmedlar kontakt till kommunens sjuksköterska som initierar palliativ vård.

Sjuksköterskan samordnar inskrivning till allmän palliativ vård genom att boka hembesök med läkaren för bedömning och planering av palliativ vård samt kontakta den enskilde och närstående. För den enskilde ska det vara tydligt angivet vem som är omvårdnadsansvarig sjuksköterska och vem som är ansvarig läkare.

Sjuksköterska ska i samråd med enhetschef/verksamhetschef samt arbetsterapeut prioritera palliativ vård i livets slutskede. Sjuksköterska planerar vården tillsammans med den enskilde, närstående, läkaren och teamet så att beredskap finns för att möta behov som uppstår samt att skapa trygghet för den enskilde och närstående.

Sjuksköterska ska ha kontinuerlig kontakt med den enskilde efter behov och önskemål för att tidigt upptäcka, förebygga och lindra olika symtom. Sjuksköterska ska använda validerade smärt- och symtomskattningsinstrument för att skatta symtom samt utvärdering av symtomlindring.

När den enskilde försämras och är i behov av att använda palliativ läkemedelsordination vid sen fas ska läkare kontaktas av sjuksköterska för bedömning om symtomlindring/ övergång till sen palliativ fas.

Sjuksköterska ska så snart som möjligt utföra den undersökning som ligger till grund för läkarens fastställande av döden. Omhändertagandet av den döde sker med värdighet och respekt. Sjuksköterska ska handleda och ge stöd till personal vid omhändertagandet. Sjuksköterska ska ge stöd och information till närstående om de inte var närvarande vid dödsfallet.

Palliativt vak

Sjuksköterskan bedömer och beslutar när behov av vak är aktuellt. Det kan vara när den döende är medvetandesänkt och inte längre själv kan påkalla hjälp, eller om den döende har svår ångest eller oro och känner sig otrygg. Andra situationer då vak kan vara aktuellt är när den döende är illamående och det finns risk för kräkningar och aspiration. Behov av vak ska utvärderas kontinuerligt.⁵

Palliativ trygghetsplats

Palliativ trygghetsplats finns på Skebäcksgården. Den enskilde som bor i ordinärt boende och är inskriven i allmän palliativ vård inom vård-och omsorgsförvaltningen kan ansöka om palliativ trygghetsplats.

Syftet med Örebro kommuns palliativa trygghetsplatser är att skapa trygghet i hemmet för den enskilde samt deras närstående. Vistelse på palliativ trygghetsplats kan erbjudas under sju dygn med målsättning att den enskilde ska återvända hem.⁶

Registrering i Svenska palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister med syftet är att förbättra vården för personer i livets slut. Registrets omfattande material som ligger till grund för förbättringsarbete och forskning. Målsättningen är att samtliga dödsfall registreras.⁷

Omvårdnadspersonalens ansvar

Omvårdnadspersonalen ska vara uppmärksam på de behov den enskilde på olika sätt ger uttryck för samt att hjälpa den enskilde att upprätthålla värdighet. Det är viktigt att denna kunskap förmedlas vidare till de övriga i teamet så att den blir utgångspunkten för vårdens planering. Kontaktpersonens uppgift är mycket viktig för att skapa kontinuitet. Planering krävs för att minimera antalet personal som besöker den enskilde.

Omvårdnadspersonalen ska ge tid och möjlighet för samtal och stöd samt försöka skapa en öppen och tillåtande atmosfär både för den enskilde och de närstående. För att den palliativa vården ska fungera på ett bra sätt måste både den enskilde och närstående känna trygghet. Omvårdnadspersonalen ska utföra förebyggande och symtomlindrande åtgärder enligt instruktion och delegering

⁵ Rutin *Vak vid palliativ vård*

⁶ Rutin *Palliativa trygghetsplats*

⁷ Svenska palliativregistret

från sjuksköterska och arbetsterapeut på det sätt som den enskilde önskar och värna om dennes integritet. Den enskilde ska ha det så fridfullt och bekvämt som möjligt. Omvårdnadspersonalen ska rapportera till sjuksköterska och dokumentera förändringar i den enskildes hälsotillstånd.

Arbetsterapeutens ansvar

Arbetsterapeuten träffar ofta den enskilde i ett tidigt skede. Den allmänna försämringen av hälsotillståndet kan visa sig genom att den enskilde får svårigheter med sina vardagsaktiviteter och ett allt större behov av hjälpmedel. Arbetsterapeutens iakttagelser är viktiga för att få en samlad bild av den enskildes aktivitetsförmåga som kan ge grund för ställningstagande till palliativ vård.

Målsättningen i palliativ vård är att optimera den enskilde livskvalitet genom att underlätta och möjliggöra för den enskilde att klara aktiviteter i det dagliga livet så självständigt som möjligt utifrån sina resurser, begränsningar och egna önsknings. I ett palliativt skede förändras tillståndet ofta snabbt. Det är viktigt att vara flexibel och förutseende vad gäller den enskildes behov av stöd för att bevara eller kompensera sina aktiviteter t ex med hjälpmedel eller miljöåtgärder.

Det betyder mycket för den döendes välbefinnande att kunna ligga bekvämt. En god viloställning/positionering kan minska obehag av tryck, smärta, svullnad, andningssvårigheter, illamående m.m. Målet är att den döende ska ha det så fridfullt och bekvämt som möjligt. Målet är också att personalen har ett arbetssätt som underlättar och stödjer den enskilde när hjälp med förflyttningar krävs.

Biståndshandläggarens ansvar

Biståndshandläggaren informerar om ansökan och insatser enligt socialtjänstlagen, samt om kostnader för vård och omsorg och möjligheten att välja utförare på vissa insatser. Biståndshandläggaren utreder behovet och fattar ett omsorgsbeslut.

Enligt Socialtjänstlagen har den enskilde självbestämmanderätt vilket innebär att det är den enskilde själv som avgör om han eller hon vill ha de insatser som erbjuds. Det är enbart den enskilde som kan göra en ansökan om stöd och hjälp enligt socialtjänstlagen.

Tillsammans med den enskilde upprättar utföraren sedan en genomförandeplan och fördelar den beviljade tiden utifrån livsområden samt planerar när, hur och vem som ska utföra insatserna.

För personer som behöver hjälp att ansöka krävs en legal ställföreträdare. Legal ställföreträdare kan tillhandahållas genom fullmakt eller god man som kan bevaka den enskildes rätt. Därför är det av betydelse att redan i tidigt skede av ett allvarligt sjukdomsförlopp ta ställning till vem den enskilde önskar ska företräda denne om behov uppstår.

Enhetschefens/ verksamhetschefens ansvar

Enhetschef ska i samråd med sjuksköterska sammankalla till vårdplanering vid den enskildes försämring för att prioritera och planera god vård i livets slutskede i team. Enhetschefen har ansvar för att personalen har kunskap om palliativ vård och att den enskilde ska ha en utsedd kontaktperson. I första hand ska det vara rutinerad personal som utför omvårdnaden och så långt som möjligt ska antalet personal i vården av den enskilde minimeras. Enhetschef har ansvar för att det finns rutiner för personalplanering gällande behov av vak.

Enhetschef ansvar för att enheten registrerar alla dödsfall i Svenska palliativregistret och för att följa resultatet av Svenska palliativregistrets kvalitetsindikatorer.

Enhetschefen sammankallar personalgruppen till uppföljningssamtal efter dödsfall och ansvarar för att det finns en fungerande rutin för efterlevandesamtal. Se bilaga 3 Stöd vid uppföljning med teamet

Palliativa vårdsamordnare ansvar

Palliativ vårdsamordnare har delegation att fatta beslut enligt Socialtjänstlagen och har ansvar att på vårdplaneringsmöte på sjukhuset samordna hälso-, sjukvård- och/eller omsorgsinsatser för personer som bor i ordinärt boende i vård och omsorgsförvaltningen och som är i behov av palliativ vård.

Palliativ vårdsamordnare förmedlar behov av inskrivning till palliativ vård som aktualiseras av slutenvården, öppenvårdsmottagningar eller primärvården till kommunens sjuksköterska som initierar palliativ vård.

Palliativa vårdsamordnare ansvarar för att kompetens kring palliativ vård bibehålls och utvecklas samt att ge råd och stöd till personal som bedriver palliativ vård. Palliativa vårdsamordnare ansvarar för att följa och återkoppla resultat ur Svenska palliativregistret i vård och omsorgsförvaltningen och förvaltningen för funktionshindrade.⁸

⁸ Rutin *Utskrivningsamordning palliativ vård*

Bilaga 1

Checklista planering vård/omsorg vid livets slut

| Planering av vård/omsorg vid livets slut | | |
|---|---|--|
| Levnadsberättelse | Utgå från levnadsberättelse Planera för önskemål och vanor som är viktiga | |
| Personalplanering | Minimera antalet omvårdnadspersonal Kontinuitet - samma omvårdnadspersonal under hela arbetspasset - informera om vem som kommer nästa arbetspass Förberedelse för vak | |
| Symtomlindring | Besvärande symtom? (fysiska, psykiska, sociala, existentiella). Hur symtomlindra på bästa sätt? Tillvarata hela teamets kunskap. Skattning av symtom tex ESAS, Abbey Pain Scale | |
| Nutrition | Vad tycker den enskilde om? Vanor? Sväljningssvårigheter? | |
| Munvård | Munbedömning Torra slemhinnor? Sår? Svamp? Smärta? Munvård Finns material som behövs? Fukta munnen flera ggr i timmen. Munvård var 2-4 h. Tänk på näsans slemhinnor. Behöver ögonen fuktas? | |
| Lägesändringar Viloställningar | Tecken på trycksår? Hur förebygga på bästa sätt? Planera för varsam förflyttning och att alla gör lika. Sköna sitt- och vilo-ställningar. Vanor? Finns hjälpmedel som behövs? Kuddar? Positioneringskuddar? | |
| Psykosociala aspekter | Finns någon i teamet som har särskilt god kontakt? Undvik stress. Tid måste finnas för samtal. Vad är viktigt för den enskilde? Önskemål? | |
| Närståendestöd | Är närstående informerade om försämring av den enskildes tillstånd? Vem gör det? Hur kan vi stödja närstående på bästa sätt? Vem kontakter vi i första hand? Nattetid? Information om Närståendepenning? Palliativ trygghetsplats? Vem lämnar broschyren "Livets sista tid" till närstående? | |
| VAK | Se rutin "Vaka vid palliativ vård i livets slutskede". | |

Bilaga 2

Praktiskt omhändertagande av den döde

- Stanna kvar hos närstående efter dödsfallet och försök att förmedla lugn och ro.
- Informera närstående om att den döde ska göras i ordning och vad det innebär.
- Fråga om närstående har några önskemål till exempel om kläder, smycken eller dylikt som ska vara kvar/tas bort, att tända ljus, lägg blomma i den dödes hand/ rum, dämpa belysning eller om närstående vill vara delaktig vid omhändertagande.
- Var mycket lyhörd för etiska, kulturella och religiösa seder. Om närstående inte vill medverka i omhändertagandet visa omsorg genom att till exempel ordna med en kaffestund.
- Vänta en halv timme till en timme innan omhändertagandet.
- Omhändertagandet av den döde ska utföras av två personer som känner sig trygga med att göra i ordning den döde.
- Undvik samtal som inte rör just den här stunden under omhändertaget.
- Sjuksköterska ska finnas till hands som stöd till personal och närstående vid omhändertagandet.
- Lägg den döde plant på rygg, med en kudde under huvudet.
- Slut den dödes ögon. Om det är svårt kan man lägga fuktade kompresser på ögonlocken (kom ihåg att ta bort dem efter en stund).
- Räta ut fingrar, armar och ben. Närstående kanske har önskemål om att händerna skall ligga på bröstet, vara knäppta, eller ligga vid sidorna.
- Rengör munnen, sätt in eventuella tandproteser om det går och om det ser naturligt ut.
- Försök se till att hakan inte faller ned så att munnen gapar, använd hakstöd vid behov.
- Ta bort katetrar, sonder, PEG, subcutan infart och med mera, ta bort eller förstärka förband vid behov. Vid behov kontakta sjuksköterska.

- Tvätta den döde. Tänk på rakning, hår och nagelvård. Den döde visas respekt genom att ges ett välvårdat intryck.
- Klä den döde i de kläder som denne själv har önskat eller fråga närstående. Om inga önskemål finns välj det som känns rätt för just den personen.
- Bädda rent i sängen. Lägg ett underlägg eller blöja under sätet. Städa upp och plocka undan blöjor, sjukvårdsmaterial mm.
- Kontrollera att den döde har ID-band på fotleden.
- Följ med närstående in till den döde men erbjud de sedan att få vara ensamma, om de så önskar.
- Ställ om möjligt fönstret på glänt så rummet hålls svalt.

Bilaga 3

Stöd vid uppföljning med teamet

Berätta kort om hur dödsfallet blev

Hur blev den enskildes sista tid?

Kom det till uttryck att den enskilde kände ångest eller oro inför döden?

Kunde vi lindra symtom? Har vi använt validerad symtomskattning?

Hur fick den enskilde vara med och påverka sin vård?

Fick den enskilde en god död?

Hur verkade närstående må?

Kunde vi ge det stöd som behövdes?

Hur fungerade samarbetet och kommunikationen i teamet?

Hur fungerade kommunikationen med ansvarig läkare?

Vad gjorde vi bra? Vad hade vi kunnat göra bättre?

Vad har vi fått med oss för erfarenheter?

Vem ansvarar för efterlevandesamtalet?
