

Teamsamverkan och ansvarsfördelning

Inom allmän palliativ vård i kommunal vård och omsorg

Innehåll

Inledning.....	4
Syfte	4
Planering av palliativ vård	5
Brytpunkt och övergång till palliativ vård i livets slutskede	5
Teamsamverkan och palliativa insatser i livets slutskede	6
Sjuksköterskans ansvar	6
Teamsamverkan vid bedömning om allmän palliativ vård	6
I samband med hembesök.....	6
Teamträff palliativ vård	7
Bedöma behov, åtgärder och uppföljning.....	7
Behov av direktlarm	8
Akut behov av utökad omsorgsinsats.....	8
Palliativ trygghetsplats	8
Dokumentation	8
Ansvar vid övergång till palliativ vård i livets slutskede	9
I samband med hembesök.....	9
Teamträff palliativ vård i livets slutskede	9
Dokumentation-vårdplan "Palliativ vård i livets slutskede"	10
Uppföljning av insatser.....	10
Läkemedel vid behov i livets slutskede.....	10
Vak i livets slutskede	11
Efter dödsfallet	11
Omhändertagande av den döde.....	12
Personaluppföljning efter dödsfall	12
Dödsfallsenkäten och registrering i palliativregistret.....	13
Efterlevandesamtal.....	13
Arbetsterapeutens ansvar	13
Teamsamverkan vid bedömning om allmän palliativ vård	14
I samband med hembesök.....	14
Teamträff palliativ vård	14
Bedöma behov, åtgärder och uppföljning.....	15
Dokumentation	15
Ansvar vid övergång till palliativ vård i livets slutskede	15
Teamträff palliativ vård i livets slutskede	15
Dokumentation.....	16
Uppföljning av hälso- och sjukvårdsinsatser.....	16
Efter dödsfallet	16
Personaluppföljning efter dödsfall	16
Efterlevandesamtal.....	16
Omvårdnads-/baspersonalens ansvar.....	16
Teamsamverkan vid bedömning om allmän palliativ vård	17
Teamträff palliativ vård	17
Bedöma behov, åtgärder och uppföljning.....	17
Dokumentation	18

Ansvar vid övergång till palliativ vård i livets slutskede	18
<i>Teamträff palliativ vård i livets slutskede</i>	18
<i>Genomförande av omvårdnadsåtgärder och observation</i>	18
<i>Dokumentation</i>	18
<i>Vak i livets slutskede</i>	19
Efter dödsfallet	19
<i>Omhändertagande av den döde</i>	20
<i>Personluppföljning efter dödsfall</i>	20
<i>Efterlevandesamtal</i>	20
Chefens ansvar	20
Kompetens	20
<i>Palliativa ombud och ombudssamordnare</i>	21
Teamsamverkan	21
Dokumentation	21
Personalkontinuitet	21
Vak i livets slutskede	21
Uppföljning efter dödsfall.....	21
<i>Efterlevandesamtal</i>	22
<i>Svenska palliativregistret</i>	22
Bilaga 1	23
Checklista vid bedömning om palliativ vård, Sjuksköterska	23
Bilaga 2.....	24
Bilaga 3.....	25
Beslut om palliativ vård	25
Bilaga 4.....	26
Checklista blodtransfusion vid palliativ vård.....	26
Bilaga 5.....	27
Checklista beställning av direktlarm vid palliativ vård i livets slutskede inom hemsjukvård	27
Bilaga 6.....	28
Checklista vid palliativ vård, livets slutskede, omvårdnads-/baspersonal	28
Bilaga 7	29
Checklista praktiskt omhändertagande av den döde	29
Bilaga 8.....	31
Checklista efter dödsfall, sjuksköterska	31
Bilaga 9	32
Checklista stöd vid uppföljningsamtal med teamet	32
Bilaga 10.....	33
Checklista vägledning och stöd vid efterlevandesamtal med närstående	33
Bilaga 11	34
Signeringslista omvårdnadsinsatser vid vård i livets slutskede	34

Inledning

Ett team med olika yrkesroller och kompetenser behövs för att ge god palliativ vård som tillgodoser patient och närståendes behov. Palliativa insatser ges för att lindra symtom och förbättra livskvalitet. Se även riktlinje ”Palliativ vård, allmän palliativ vård i kommunal vård och omsorg”.

Den palliativa vården ska i teamsamverkan planeras och genomföras utifrån patientens behov och önskemål så långt det är möjligt. Dialog ska ske med patient och utifrån patientens samtycke även med närstående. Team som samverkar inom palliativ vård brukar bestå av:

- legitimerad personal som läkare, sjuksköterska och arbetsterapeut,
- omvårdnads-/baspersonal,
- chef och
- biståndshandläggare/handläggare.
- Utifrån patientens behov kopplas andra yrkesroller in, exempelvis fysioterapeut/sjukgymnast, kurator, dietist eller ASIH (regionens team som bedriver avancerad sjukvård i hemmet).

Det är viktigt att hälso- och sjukvården och socialtjänsten har en gemensam syn på vårdförloppet inom palliativ vård då det underlättar teamsamverkan, planering av vården med palliativa insatser och ansvarsfördelningen om vem som ansvarar för vad.

- En samordnad individuell plan, SIP ska upprättas när en palliativ patient har behov av insatser från både socialtjänst enligt SoL och LSS och hälso- och sjukvård från olika vårdgivare.

Teamet tar ställning till behov av kontakt med:

- Palliativ vårdsamordnare för råd och stöd.
- Biståndshandläggare/handläggare för behov av nya eller förändrade biståndsbeslut.
- Fysioterapeut/ sjukgymnast, kurator, närsvårdsteamet, demensteamet eller palliativa sektionen kan konsulteras för råd och stöd utifrån patientens symtom och behov.

Syfte

Rutinens syfte är att säkerhetsställa en god allmän palliativ vård inom kommunal vård och omsorg. Rutinen ger stöd och vägledning i teamsamverkan och ansvarsfördelning för palliativa insatser utifrån olika yrkesroller.

Ställningstagande till behov av palliativ vård

Ställningstagande till vårdinriktning palliativ vård fattas av legitimerad läkare utifrån klinisk bedömning, ofta i samverkan med kommunal sjuksköterska samt i samråd med patienten och utifrån patientens samtycke även närstående. Läkare bör även utforma en individuell behandlingsplan/strategi där det framgår vad som ska göras och inte göras för att patienten ska få behålla livskvalitet och värdighet livets sista tid. Läkare ansvarar för att:

- Genomföra samtal vid allvarlig sjukdom/brytpunktssamtal, där innehållet i den fortsatta vården diskuteras utifrån patientens tillstånd, behov och önskemål. Patient och närstående ska sedan fortlöpande erbjudas samtal med läkare om vårdens innehåll och riktning.
- Samtal vid allvarlig sjukdom/brytpunktssamtal som genomförts på sjukhus ska följas upp av primärvårdens läkare med patient och närstående. Detta bör ske inom en vecka efter utskrivning från sjukhus.
- Utföra klinisk bedömning med fysisk undersökning samt symtomskattning med skattningsinstrument.
- Värdera patientens medicinska behov och avsluta åtgärder som inte längre gagnar patienten samt ta ställning till fortsatt vård och behandling exempelvis provtagning och utredning som fortfarande gör nytta.
- Ställningstagande till individuellt anpassade läkemedelsordinationer utförs.
- Ställningstagande till Hjärtlungräddning (HLR) tas.

Planering av palliativ vård

Palliativ vård ska planeras och bedrivas i teamsamverkan med patient och närstående utifrån patientens samtycke. Patientens vårdbehov ska identifieras och man ska ta reda på hur patienten vill ha sista tiden i livet samt lyssna in närståendes behov av stöd under patientens sjukdomstid och efter dödsfallet.

För att på bästa sätt följa symtombild hos en palliativ patient är det viktigt att kontinuerligt analysera och symtomskatta med hjälp av skattningsinstrument. Patienten ska erbjudas läkarbedömning utifrån behov. Behandling av bakomliggande orsak utförs när så är möjligt.

Läkare ska kontaktas vid förändringar i patientens hälsotillstånd och hembesök ska ske i samband med:

- Behov av klinisk bedömning och ställningstagande till palliativ vård, exempelvis vid bedömning om palliativ vård samt vid ställningstagande till övergång palliativ vård i livets slutskede.
- Uppföljning och där det finns behov av upprepande brytpunktsamtal exempelvis vid nytillkomna symtom och i de fall där patienten har beslut om palliativ vård sedan tidigare och ny bedömning anses viktig för fortsatt planering.

Brytpunkt och övergång till palliativ vård i livets slutskede

Palliativ vård i livets slutskede startar när läkare bedömer att det inte längre går att förlänga livet och att patienten befinner sig i livets slutskede. Det huvudsakliga målet med vården ändras från att vara livsförlängande till att vara lindrande.

Det kan vara svårt att bedöma när en patient övergår till palliativ vård i livets slutskede. Läkaren värderar ofta den medicinska bedömningen utifrån ett förlopp över tid där en individuell helhetsbedömning av patientens medicinska tillstånd leder fram till ställningstagande om att patient är i livets slutskede.

Tecken på att patienten är i livets slutskede kan vara att patienten mestadels är sängbunden, har sväljningssvårigheter och endast kan dricka små mängder vätska. Patienten har ofta försämrad cirkulation och andning samt är medvetandesänkt. Symtombilden i livets slutskede är relativt lika oavsett bakomliggande sjukdom. Smärta, andnöd, illamående ångest och förvirring är vanliga symtom.

Teamsamverkan och palliativa insatser i livets slutskede

Det är viktigt att patient, närstående och teamet är informerade och införstådda med att patienten är döende. Närstående ska få vara delaktiga i vården om inget annat uttrycks från patienten. I teamet skapas en tydlig ansvarsfördelning och kommunal personal följer respektive yrkeskategoris ansvar.

Sjuksköterskans ansvar

Sjuksköterskan har en samordnande funktion gällande planering och genomförande av patientens palliativa vård samt ansvarar för att kontakta läkare om sjuksköterska ser behov av ställningstagande till palliativ vård.

Sjuksköterska ansvarar för att:

- Identifiera, utreda och bedöma behov av hälso- och sjukvård och palliativa insatser.
- Planera för och säkerställa att åtgärder utförs genom att bedöma och ta ställning till vem som ska utföra åtgärden, enbart legitimerad personal eller omvårdnads-/baspersonal, och sedan delegera/fördela åtgärden.
- Följa upp och utvärdera effekt av åtgärder.
- Informationsöverföring om att patienten har palliativ vård ska ske vid byte av arbetspass till berörd personal.

Teamsamverkan vid bedömning om allmän palliativ vård

Läkare ansvarar för det medicinska beslutet om att vården övergår till palliativ vård. För patienter som har kommunal hälso- och sjukvård är sjuksköterskan ansvarig för att uppmärksamma läkare när patientens hälsotillstånd försämras. Sjuksköterska samordnar teamsamverkan vid bedömning om allmän palliativ vård genom att:

- Kontakta vårdcentral för att boka hembesök med läkare och göra upp om vem som kontaktar patienten.
- Ta ställning till och kontakta patient om det finns behov av besök från sjuksköterska för att bedöma behov av kommunal hälso- och sjukvård innan läkarbesök för bedömning av palliativ vård sker.
- Utifrån patientens behov och samtycke tar sjuksköterska ställning till om arbetsterapeut och omvårdnads-/baspersonal/ kontaktperson ska medverka vid hembesök.

I samband med hembesök

Sjuksköterska medverkar vid planerat läkarbesök.

I samband med besöket ansvarar sjuksköterska för att:

- Informera patient och närstående om insatser som sjuksköterska kan vara behjälplig med.
- Samtala om symtombild och göra symtomskattning med hjälp av skattningsinstrument ESAS-r (Edmonton Symptom Assessment Scale).
- Bedöma och planera omvårdnadsåtgärder utifrån symtombild.
- Utföra munvårdsbedömning med hjälp av ROAG (Revised Oral Assessment Guide).
- Identifiera nutritionsproblem och planera åtgärder.

- Planera besök tillsammans med patient och närstående för uppföljning av hälsotillstånd och åtgärder.
- Vara uppmärksam på behov av samtal och stöd hos patient och närstående.
- Fråga, om det är lämpligt, var patienten vill vårdas i livets slutskede.
- Informera om kontaktvägar till läkare, sjuksköterska dag, kväll, natt och helg samt lämna ”Informationspärm palliativ vård”.
- Informera om närståendepenning och lämna broschyren ”Närståendestöd”.
- Informera om stödjande insatser som patient och närstående kan ansöka om, till exempel palliativ trygghetsplats för patient i ordinärt boende inom vård och omsorgsförvaltningen.
- Informera om stödjande insatser som närstående kan få till exempel via Anhörigcentrum.
- Beakta om det finns minderåriga barn i hemmet och uppmärksamma deras behov av stöd för att konsultera exempelvis kurator via vårdcentral eller palliativa sektionen. Den minderåriges ålder samt behov av stöd och åtgärd ska journalföras. Se bilaga ”*Checklista vid hembesök för inskrivning i palliativ vård, Sjuksköterska*”.

Teamträff palliativ vård

Berörda yrkesroller i teamet ska tillsammans med patienten planera den palliativa vården så att den utförs utifrån patientens behov och önskemål så långt som det är möjligt. Närstående erbjuds att vara delaktiga om inget annat uttrycks från patienten.

Sjuksköterska ansvarar för att:

- Sammankalla berörda yrkeskategorier till teamträff i samband med beslut om palliativ vård.
- Hälso- och sjukvård och övrig omvårdnad planeras i teamsamverkan utifrån patientens behov.
- Leda omvårdnadsarbetet och planera omvårdnadsåtgärder med tydlig ansvarsfördelning utifrån symtombild samt ta ställning till vem som ska utföra åtgärden till exempel sjuksköterska eller omvårdnads-/baspersonal.
- Informera och instruera om vilket/ vilka skattningsinstrument, exempelvis SÖS (beteendeskalan Södersjukhuset) och APS (Abbey Pain Scale), som är lämpliga utifrån patientens förmåga att medverka och skatta symtom.
- Delge bedömning och planering gällande beredskap för att möta behov som kan uppstå utifrån symtombild. Exempelvis vid smärtutbrott för att stödja berörda personal och skapa trygghet för patient och närstående.

Bedöma behov, åtgärder och uppföljning

Observation av patientens hälsotillstånd och uppföljning av åtgärder ska göras kontinuerligt av berörda yrkesroller i teamet i samråd med patient och närstående. Detta för att säkerställa hälso- och sjukvård, omvårdnad samt identifiera förändringar i patientens hälsotillstånd. Det är viktigt att värna om patientens integritet och självbestämmande samt patientens och närståendes delaktighet.

Sjuksköterska ska:

- Vara uppmärksam på behov av att repetera information som redan givits till patient och närstående.
- Följa upp, utvärdera och samtala om symtombild och göra symtomskattning med hjälp av skattningsinstrument ESAS-r/ SÖS eller APS.

- Instruera symtomskattning med skattningsinstrument SÖS/ APS.
- Regelbundet följa upp och utvärdera effekten av omvårdnadsåtgärder och/ eller medicinska åtgärder samt säkerhetsställa att dessa utförs utifrån patientens behov och önskemål så långt det är möjligt.
- Instruera och informera om riskbedömning gällande trycksår, nutrition och munhälsa samt om beredskap och planering för vak.
- Uppdatera anamnes och status i journalen.
- Informera om teambaserad observation och uppföljning till ansvarig läkare för klinisk bedömning och fortsatt planering av den palliativa vården.
- Vara uppmärksam på behov av uppföljande läkarsamtal med patienten och eller närstående.
- Kontakta palliativ vårdsmordnare vid behov för råd och stöd.
- Kontakta palliativa sektionen vid behov av generell konsultation kring symtombild. För en individuell konsultation krävs samtycke från patient.

Behov av direktlarm

För patient i ordinärt boende bedömer sjuksköterska behov av direkt larm eller direkt kontakt med sjuksköterska. Detta gäller exempelvis i de fall närstående vårdar samt om patient har svåra symtom som smärtutbrott, andnöd, oro där det finns behov av snabb bedömning, åtgärd och uppföljning. Se bilaga ”Checklista direktlarm hemsjukvård”.

Akut behov av utökad omsorgsinsats

För patient i ordinärt boende som har omsorgsbeslut sedan tidigare och som är i akut behov av utökade omsorgsinsatser bedömer sjuksköterska behov och sätter in tillfälligt utökad tid. Beslutet dokumenteras i journal och behovet meddelas till handläggare.

Palliativ trygghetsplats

Sjuksköterska ansvarar för bedömning av behov av palliativ trygghetsplats enligt rutin ”Palliativa trygghetsplatser”.

Dokumentation

Det ska i dokumentationen tydligt framgå patientens anamnes och hälsostatus samt patientens önskemål om den palliativa vården.

Sjuksköterska ska:

- Upprätta palliativt vårdåtagande (HSL-beslut) som benämns ”Palliativ vård”.
- Upprätta vårdplan palliativ vård enligt metodstöd ”Dokumentation i palliativ vård”.
- Dokumentera i vårdplan palliativ vård enligt följande:
 - Datum för när patient och/eller närstående fått brytpunktssamtal samt var det genomförts, exempelvis inom slutenvård och eller primärvården.
 - Datum för genomfört hembesök med läkare.
 - Namn på ansvarig läkare.
 - Utförd symtomskattning och genomgång av läkemedelsbehandling.
 - Utförd munhälsobedömning enligt ROAG
 - Ställningstagande avseende hjärt-lungräddning (HLR).
 - Ställningstagande till läkemedelsbehandling.
 - Journalföra planerad och utförd teamträff. Det ska framgå planerad vård, omvårdnadsåtgärder och uppföljning samt ansvarsfördelning.

Fram till palliativ vård i livets slutskede sker dokumentation i ordinarie sökordsträd och andra vårdplaner som sjuksköterskan upprättar utifrån hälso- och sjukvårdbedömning.

Ansvar vid övergång till palliativ vård i livets slutskede

Sjuksköterska ansvarar för att kontakta läkare utifrån förändringar i patientens hälsotillstånd och när sjuksköterskan bedömer behov av läkares kliniska bedömning för ställningstagande till övergång till palliativ vård i livets slutskede. Läkaren tar ställning till om det finns möjlighet till någon annan behandlingsbar orsak till det försämrade hälsotillståndet. När patienten bedöms vara i livets slutskede ska läkaren i samband med klinisk bedömning ta ställning och säkerställa att patienten endast har kvar de läkemedel som patienten har nytta av samt ordinera palliativa vid behovsordination i livets slutskede.

Sjuksköterska samordnar hembesök med läkare och tar tillsammans med teamet ställning till vilka som ska delta. I samband med övergång till palliativ vård i livets slutskede ska sjuksköterska säkerställa:

- Om det finns behov av mer information och stöd till patient och/eller närstående. Ofta behövs det flera samtal för att täcka in behoven av fortlöpande information och besvara frågor om livets slutskede.
- Hur symtomskattning ska ske och vilket skattningsinstrument som ska användas SÖS/APS.
- Att det finns lämpliga omvårdnadsåtgärder ordinerade.

I samband med hembesök

Sjuksköterska ansvarar för att:

- Fråga var patienten vill vårdas i livets slutskede. Om patienten sedan tidigare har uttryckt önskemål om detta- följa upp om detta fortfarande är aktuellt.
- Värdera patientens omvårdnadsbehov och i samråd med teamet avsluta omvårdnadsåtgärder som i livets slutskede inte gagnar patienten.
- Bedöma risk för trycksår och planera förebyggande omvårdnadsåtgärder i teamet.
- Inspektera munhålan och gör munvårdsbedömning med stöd av ROAG bedömningsinstrument.
- Samtala om symtombild och göra symtomskattning med hjälp av skattningsinstrument ESAS-r om möjligt, annars skatta med SÖS/ APS.
- Identifiera närståendes behov av till exempel avlastning och samtalskontakt.
- Fråga närstående vem som ska kontaktas i första hand vid ytterligare försämring och dödsfall samt om närstående önskar kontakt nattetid.

Teamträff palliativ vård i livets slutskede

Sjuksköterska sammankallar till en teamträff för övergång till palliativ vård i livets slutskede där vården planeras tillsammans utifrån patientens behov.

Sjuksköterska ansvarar för att:

- Informera om planerade medicinska åtgärder som kan ha ändrats.
- Leda omvårdnadsarbetet och planera omvårdnadsåtgärder med tydlig ansvarsfördelning utifrån symtombild och tar ställning till vem som ska utföra åtgärden exempelvis sjuksköterska eller omvårdnads-/baspersonal.
- Instruera och informera om riskbedömning gällande trycksår, nutrition och munvård.
- Vilket/ vilka symtomskattningsinstrument som är lämplig att använda utifrån patientens förmåga att medverka, exempelvis SÖS eller APS vid kognitivsvikt eller sänkt medvetande.

- Ta ställning till behov av vak eller behov av stöd till närstående som vakar och meddela berörd personal om detta.
- Vara uppmärksam på behov av samtal kring etiska frågor exempelvis nutrition i livets slutskede som behöver diskuteras för att kunna stödja berörda personal, patient och närstående.
- Identifiera personliga och kulturella behov hos patient och närstående som har betydelse för vård i livets slutskede.
- Planera och ha beredskap för att möta behov som uppstår samt skapa trygghet för patient och närstående.

Dokumentation-vårdplan "Palliativ vård i livets slutskede"

Sjuksköterska upprättar vårdplan "Palliativ vård i livets slutskede" enligt metodstöd dokumentation i palliativ vård. Kortfattat beskrivs nedan vad som gäller:

- Dokumentera det som är överenskommet utifrån teamträffen i vårdplan palliativ vård i livets slutskede samt planerade omvårdnadsinsatser enligt hälso- och sjukvårdbedömning exempelvis munvård, lägesändring.
- Informera om och fördela omvårdnadsåtgärder i vårdplan till berörd personal.
- Alla observationer, uppföljningar och åtgärder som utförs av teamet ska dokumenteras i vårdplan palliativ vård i livets slutskede.
- Sjuksköterska ska journalföra uppföljning av symtomskattning och symtomlindrande åtgärder minst en gång per arbetspass.
- Avsluta vårdplan palliativ vård i livets slutskede om hälsotillstånd stabiliserats och patient inte bedöms vara i livets slutskede. Journalföring görs som tidigare i ordinarie sökordsträd och andra aktuella vårdplaner i verksamhetssystem.

Uppföljning av insatser

Sjuksköterska ansvarar för att tillgodose patienten och närståendes behov och önskemål gällande uppföljning av palliativa insatser. Sjuksköterska ska i uppföljningen utföra bedömning av vidtagna åtgärder samt fungera som stöd till patient, närstående och vak.

Sjuksköterska ansvarar för att:

- Planera regelbundna hembesök som bör ske minst en gång per arbetspass eller oftare utifrån patientens önskemål och behov.
- Följa upp symtomskattning och utvärdera symtomlindrande medicinska och omvårdnadsåtgärder före och efter given symtomlindring. Detta ska ske minst en gång per arbetspass.
- Följa upp munvård och utvärdera med munhälsobedömning med hjälp av ROAG.
- Stödja och samtala med närstående. Viktigt att närstående är införstådda med att patienten befinner sig i livets slutskede samt att de känner sig trygga i situationen.

Läkemedel vid behov i livets slutskede

Läkarens kliniska bedömning och beslut om övergång till livets slutskede behövs för initiering och användande av palliativa vid behovsläkemedel.

- Palliativa vid behovsläkemedel ska endast användas vid behov och tas då från kommunens akut- och buffert förråd.
- Om det finns behov av kontinuerlig symtomlindring utifrån symtombild ska läkare kontaktas för ställningstagande till fortsatt behandling.
- Subcutan infart används ofta för patienter som har behov av kontinuerlig symtomlindring med subcutan injektioner. Byte av subkutan infart ska ske var

3:e till 7:e dag eller oftare vid behov. Inspektion av insticksstället ska ske dagligen.

Vak i livets slutskede

Ingen människa ska behöva dö ensam om hen själv inte önskar att vara ensam.

Vak kan vara aktuellt när den döende är medvetandesänkt och inte längre själv kan påkalla hjälp, eller om den döende har svår ångest, oro, smärta eller känner sig otrygg. Andra situationer då vak kan vara aktuellt är otrygghet hos närstående samt risk för kräkningar och aspiration.

Närstående

Närståendes medverkan och delaktighet är en viktig del i livets slutskede.

- Fråga närstående om de vill/kan vaka hos sin närstående eller om de önskar att omvårdnadspersonal vakar. Om närstående sitter vak ska stöd från personal planeras och närstående informeras om detta.
- Fråga om närstående vill bli kontaktade vid försämring och dödsfall, även nattetid. Om det finns flera närstående-fråga vem som ska kontaktas i första hand.
- Informera närstående när vak är insatt.

Sjuksköterska ansvarar för att bedöma, följa upp och utvärdera behov av vak.

Sjuksköterska ansvarar för att:

- Informera chef/ personalansvarig om beslut och uppföljning av vaket.
- Om det finns beslut om insatser nattetid ska nattorganisation informeras om behov av vak för att kunna planera det eller stödja vaket från dagverksamhet/ omsorgutförare.
- Säkerställa att den som vakar lätt kan komma i kontakt med sjuksköterska utifrån patientens behov genom att lämna sitt och en kollegas telefonnummer till vaket.
- Besöka patienten minst en gång per arbetspass samt oftare utifrån behov och önskemål för uppföljning, bedömning och åtgärd samt stöd till patient, närstående och vaket.
- Kontakta vak i början och slutet av varje arbetspass för att stämma av och få rapport om patientens hälsotillstånd.
- Instruera den som ska sitta vak, exempelvis instruktion om munvård och symtomskattning.
- Kontinuerligt utvärdera behovet av vak då vak kan tas bort om behovet inte längre föreligger.
- Meddela kollegor på kommande arbetspass om patientens hälsotillstånd och att det finns palliativt vak.
- Möta upp vaket efter dödsfall så snart som möjligt för att ge stöd till den som vakat och närstående samt göra undersökning efter dödsfall-se nedan.

Efter dödsfallet

Sjuksköterska ska finnas behjälplig för handledning och stöd i samband med dödsfall. All omvårdnad som sker efter dödsfall ska ske med värdighet och respekt för den döde.

Undersöka patienten efter dödsfallet

Sjuksköterska ansvarar för att:

- Undersökning görs avseende upphörd andning, inga pulslag, ingen hjärtverksamhet och ljusstela pupiller. Undersökningen utgör grund för dödsattest som läkare ska skriva.

- Undersökningen görs så snart som det är möjligt efter dödsfallet.
- Vid osäkerhet eller annan anledning till att det inte går att genomföra undersökningen ska en kollega eller ansvarig distriktsläkare kontaktas.

Dokumentera tidpunkten för dödsfall och meddela närstående

Tidpunkten får fastställas utifrån uppgifter från omvårdnads-/baspersonal eller närstående. Sjuksköterska ansvarar för att:

- Journalföra tidpunkt för dödsfall och vilka som närvarade.
- Meddela närstående om dödsfallet.
- Ge stöd till närstående. Närståendes behov av stöd kan se olika ut och kan innefatta både praktiskt och emotionellt stöd efter ett dödsfall.
- Stämna av om närstående kontaktar begravningsbyrå eller om de önskar få hjälp med detta.

Sjuksköterska följer ”Checklista efter dödsfall”

Nedanstående delar utförs av sjuksköterskan:

- ID-märk den avlidne. På ID bandet ska anges den dödes namn, personnummer, datum och tidpunkten för dödsfall samt sjuksköterskans signatur. ID-band fästs på fotleden.
- Fyll i ”Transportsedel avliden” som sedan följer med den avlidne vid hämtning. Där antecknas om den avlidne bär smycken, implantat t.ex. pacemaker, infusions- eller insulinpump, samt smitta. Se länk i [www.orebro.se palliativ vård](http://www.orebro.se/palliativvard).
- Fyll i blankett om ”Hornhinnedonation”. Se länk i [www.orebro.se palliativ vård](http://www.orebro.se/palliativvard).
- Meddela ansvarig läkare på vårdcentralen om dödsfall och lämna en kopia på checklisten efter dödsfall till ansvarig vårdcentral så snart som möjligt nästkommande vardag så läkare kan fastställa dödsfallet och skriva dödsattest. Se bilaga ”*Checklista efter dödsfall, sjuksköterska*”.
- Patientens läkemedel tillhör dödsboet, detta gäller även narkotika. Kontrollräkna patientens narkotikaklassade läkemedel. Erbjud närstående att ta hand om narkotiska läkemedel för destruktion och upplys om att innehav av narkotiska läkemedel är olagligt. Dokumentera i patientjournal om närstående tackat ja/nej på erbjudandet att sjuksköterskan är behjälplig med att kassera dessa läkemedel.

Omhändertagande av den döde

I bilaga ”Checklista praktiskt omhändertagande av den döde” beskrivs vad som ska utföras. Omhändertagandet av den döde sker efter sjuksköterskans undersökning. Sjuksköterska ansvarar för att:

- Fråga närstående om de önskar vara delaktig i omhändertagandet av den avlidne. Var lyhörd för synpunkter och önskemål för att kunna ge rätt stöd till närstående.
- Se till att personal som tagit hand om den avlidne, om möjligt finns till hands för att stödja närstående efter dödsfallet samt vid avsked.
- Handleda och stödja personal vid omhändertagandet som ska ske med värdighet och respekt. Se bilaga ”*Checklista praktiskt omhändertagande av den döde*”.

Personaluppföljning efter dödsfall

Sjuksköterska samordnar och deltar i uppföljningssamtal med personal.

- Uppföljningssamtal i teamet bör genomföras i nära anslutning efter dödsfall.
- Ta med dödsfallsenkät som underlag för uppföljning.
- All personal som har varit involverade i den avlidnes vård (dag-, kväll- och nattpersonal) bjuds in.

- En tillåtande atmosfär bör råda för att alla ska få möjlighet att föra fram tankar och synpunkter.
- Syftet är att ge stöd till varandra och utvärdera de insatser som utförts med utgångspunkt från frågorna i kvalitetsregistret. Se bilaga ”*Checklista stöd vid uppföljning med teamet*”.

Efterlevandesamtal

Vid uppföljningssamtal i teamet efter dödsfall kommer teamet överens om att utse någon ur personalgruppen, som har haft etablerad kontakt med den avlidne och närstående, för att utföra efterlevandesamtal 6–8 veckor efter dödsfallet.

Dödsfallsenkäten och registrering i palliativregistret

Samtliga dödsfall oavsett om patienten varit inskriven i palliativ vård eller inte ska registreras i Svenska palliativregistret i snar anslutning till dödsfallet. Sjuksköterska ansvarar för att:

- Fylla i dödsfallsenkäten.
 - Ta del av journalanteckning för att kunna svara på samtliga frågor i enkäten.
 - Ta enkäten med till personaluppföljning för utvärdering av den palliativa vården som den avlidne fått.
 - Ifylld dödsfallsenkäten lämnas till sjuksköterska som ansvarar för registrering i svenska palliativregistret.
- Informera närstående om registrering i Svenska palliativregistret samt informera om närståendeenkäten i registret. Där finns möjlighet att lämna synpunkter på hur vården kring livets slutskede varit. Om närstående är intresserade, informera om att en engångskod kommer skickas hem till dem. Viktigt att ta namn och adress till närstående som koden ska skickas till.

Efterlevandesamtal

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

- Erbjuda närstående efterlevandesamtal.
- Erbjuda närståendeenkät.
- Dokumentera i journal att närstående har erbjudits efterlevandesamtal. Om närstående tackar ja till samtalet tas detta upp på personaluppföljning för planering.
- Förbered inför samtalet om, under personaluppföljningsmötet, du som sjuksköterska utsetts att föra efterlevandesamtal. Se bilaga ”*Checklista stöd vid efterlevandesamtal*”.

Arbetsterapeutens ansvar

Arbetsterapeut ansvarar för att:

- Identifiera, utreda och bedöma behov av hälso- och sjukvård och palliativa insatser.

- Planera för och säkerställa att åtgärder utförs genom att bedöma och ta ställning till vem som ska utföra åtgärden, enbart legitimerad personal eller omvårdnads-/baspersonal, och sedan delegera/fördela åtgärden.
- Följa upp och utvärdera effekt av åtgärder.
- Informationsöverföring om att patienten har palliativ vård ska ske vid byte av arbetspass till berörd personal.

Teamsamverkan vid bedömning om allmän palliativ vård

Läkare ansvarar för det medicinska beslutet om att vården övergår till palliativ vård. Arbetsterapeutens iakttagelser är viktiga för att få en samlad bild av patientens mående och aktivitetsförmåga.

- Arbetsterapeut tar ställning till behov av kontakt med patient och närstående.
- Utifrån patientens behov och samtycke medverkar arbetsterapeut vid hembesök för bedömning om allmän palliativ vård.

I samband med hembesök

Arbetsterapeut ansvarar för att:

- Utredda patientens behov utifrån hälsotillstånd, delaktighet, aktivitet, kroppsstruktur/kroppsstruktur, omgivningsfaktorer och personliga faktorer och bedöma behov av åtgärder.
- Identifiera patientens intresse och vad som anses som meningsfulla aktiviteter och utforma åtgärder som ger stöd åt dessa.
- Identifiera patientens sociala nätverk, personliga, religiösa och kulturella aspekter och behov hos patient och närstående som kommer att påverka eller ha betydelse i vardagsaktivitet.
- Ge stöd till patientens integritet och självbestämmandet.
- Vara uppmärksam på behov av samtal och stöd hos patient och närstående.

Exempel på åtgärder som kan vara aktuella vid palliativ vård är:

- Stöd i att identifiera vilka aktiviteter som är viktiga för den enskilde.
- Ge råd för att hitta balans mellan vila och aktivitet, vilan är en förutsättning att orka engagera sig i det som upplevs mest meningsfullt.
- Energibesparande åtgärder i form av hjälpmedel eller strategier i aktivitetsutförandet.
- Hjälpmedel för att underlätta kommunikation.
- Viloställningar för att minimera obehag, smärta och risk för trycksår.

Teamträff palliativ vård

Berörda yrkesroller i teamet ska tillsammans med patienten planera den palliativa vården så att den utförs utifrån patientens behov och önskemål så lång som det är möjligt.

Närstående erbjuds att vara delaktiga om inget annat uttryckts från patienten.

Arbetsterapeut ansvarar för att:

- Gå genom aktuella behov av stöd, hjälpmedel och förflyttningsteknik som fördelats till omvårdnads-/baspersonal att utföra samt instruera och informera om det utredningen visat som kan vara av vikt att övrig personal i fortsatt vård och omsorg.

- Ta del av övriga professioners åtgärder och insatser för att bidra med din kunskap om vad som är viktigt att tänka på när de utförs. Viktigt för att den sammantagna vård och omsorgsprocessen blir av god kvalitet.
- Delge sina observationer av till exempel symtom eller behov av omvårdnad som övriga i teamet behöver ta del av och utreda vidare.
- Delge sin åtgärd för beredskap gällande hjälpmedel för att möta de behov som kan uppstå vid försämring för att stödja berörd personal och skapa trygghet för patient och närstående.

Bedöma behov, åtgärder och uppföljning

Observation av patientens hälsotillstånd och uppföljning av åtgärder ska göras kontinuerligt av berörda yrkesroller i teamet i samråd med patient och närstående. Detta för att säkerställa hälso- och sjukvård, omvårdnad samt identifiera förändringar i patientens hälsotillstånd. Det är viktigt att värna om patientens integritet och självbestämmande samt patientens och närståendes delaktighet. Arbetsterapeut ansvarar för att:

- Uppmärksamma eventuella nytillkomna problem, behov av stöd samt stödja den enskilde att leva med största möjliga välbefinnande till livets slut.
- Följa upp och utvärdera aktivitet och rehabiliteringsplan samt hjälpmedel.
- Ta ställning till behov av ny bedömning av hälso- och sjukvårdsinsatser och aktivitetsförmåga. Arbetsterapeutens bedömning och samlad bild av patientens aktivitetsförmåga är viktig för ställningstagande till övergång till palliativ vård i livets slutskede.
- Uppdatera anamnes och status.

Dokumentation

Arbetsterapeut tar del av övriga professioners dokumentation i vårdplan för palliativ vård och upprättar vårdplaner enligt gällande riktlinje.

Ansvar vid övergång till palliativ vård i livets slutskede

Palliativ vård i livets slutskede startar när läkare bedömer att det inte längre går att förlänga livet och att patienten befinner sig i livets slutskede. Det huvudsakliga målet med vården ändras från att vara livsförlängande till att vara lindrande.

Teamträff palliativ vård i livets slutskede

Arbetsterapeuten deltar i teamträff för övergång till palliativ vård i livets slutskede där vården planeras med tydlig ansvarsfördelning. Arbetsterapeut ansvarar för att:

- Bedöma behov av vårsäng om patienten inte har det sedan tidigare.
- Instruera och informera personal om patientens aktivitetsförmåga, balans mellan vila och aktivitet, förflyttningsteknik och eventuellt förändrat behov av hjälpmedel.
- Ta del av symtomskattning och instruktion om lämpligt skattningsinstrument SÖS/ APS och patientens symtomlindrande behandling.
- Informera om symtomlindrande och förbyggande omvårdnadsåtgärder utifrån arbetsterapeutens profession exempelvis kilkudde för stöd.
- Vara uppmärksam på behov av samtal hos personal, patient och närstående kring etiska frågeställningar exempelvis balansen mellan aktivitet/vila i livets slutskede. Samtala om vikten av beredskap vid aktivitetsförlust i livets slutskede, i palliativ vård behöver vila och varande ses som lika viktigt som aktivitet och görande.

- Identifiera i teamet de personliga och kulturella behov hos patient och närstående som har betydelse för vård i livets slutskede. Planera och ha beredskap för att möta behov som uppstår samt skapa trygghet för patient och närstående.

Dokumentation

Alla observationer, uppföljningar och åtgärder som utförs av teamet dokumenteras i vårdplan palliativ vård i livets slutskede. Arbetsterapeut ansvarar för att:

- Ta del av omvårdnadsåtgärder i vårdplan palliativ vård i livets slutskede.
- Journalföra åtgärder utifrån arbetsterapeutens profession i vårdplan palliativ vård i livets slutskede.

Uppföljning av hälso- och sjukvårdsinsatser

Arbetsterapeut ansvarar för att:

- Informera närstående om patientens nuvarande situation utifrån observationer och åtgärder som genomförs.
- Följ upp och stödja personal gällande åtgärder exempelvis hjälpmedel, aktuella omvårdnadsåtgärder, exempelvis positioneringskuddar och avlastande viloställningar.

Efter dödsfallet

Om det finns hjälpmedel i hemmet hanteras detta enligt gällande rutin.

Personaluppföljning efter dödsfall

Arbetsterapeut deltar i uppföljningssamtal som bör genomföras i nära anslutning efter dödsfall. Personal som har varit involverade i den avlidnes vård bjuds in. En tillåtande atmosfär bör råda för att alla ska få möjlighet att föra fram tankar och synpunkter. Syftet är att ge stöd till varandra och utvärdera de insatser som utförts med utgångspunkt från frågorna i kvalitetsregistret. Se bilaga ”*Checklista stöd vid uppföljning med teamet*”.

Vid uppföljningssamtal i teamet efter dödsfall kommer teamet överens om att utse någon ur personalgruppen som har haft etablerad kontakt med den avlidne och närstående att utföra efterlevandesamtal 6-8 veckor efter dödsfallet.

Efterlevandesamtal

- Förbereda inför samtalet om, under personaluppföljningsmötet om arbetsterapeut utsetts att föra efterlevandesamtal. Se bilaga ”*Checklista stöd vid efterlevandesamtal*”.

Omvårdnads-/baspersonalens ansvar

Omvårdnads-/baspersonal ansvarar för att:

- Ta del av informationsöverföring om vad som ska utföras, av vem, när och hur.
- Ta del av överlämnade hälso- och sjukvårdsåtgärder som bedömts kunna utföras som delegerade och/eller fördelade hälso- och sjukvårdsåtgärder.
- Utföra delegerad/fördelad hälso- och sjukvårdsåtgärd (palliativ insats).
- Vara uppmärksam på de behov patienten på olika sätt ger uttryck för i syfte att hjälpa patienten att upprätthålla livskvalitet och värdighet.
- Kontakta legitimerad personal vid behov och utifrån försämrat hälsotillstånd.
- Dokumentera enligt styrdokument.
- Informationsöverföring om att patienten har palliativ vård ska ske vid byte av arbetspass till berörd personal.

Teamsamverkan vid bedömning om allmän palliativ vård

Läkare ansvarar för det medicinska beslutet om att vården övergår till palliativ vård. Omvårdnads-/baspersonalens iakttagelser är viktiga för att få en samlad bild av patientens behov och önskemål.

- Utifrån patientens behov och samtycke samt i samråd med sjuksköterska medverkar omvårdnads-/baspersonal vid hembesök för bedömning om allmän palliativ vård.

Teamträff palliativ vård

Berörda yrkesroller i teamet ska tillsammans med patienten planera den palliativa vården så att den utförs utifrån patientens behov och önskemål så lång som det är möjligt.

Närstående erbjuds att vara delaktiga om inget annat uttryckts från patienten.

Omvårdnads-/baspersonal ansvarar för att:

- Delta i teamträffar och bidra med observationer och förmedla information så att det kan säkerställas att patientens behov och önskemål tillgodoses så lång det är möjligt.
- Ta del av överlämnade hälso- och sjukvårdsåtgärder som bedömts kunna utföras som delegerade och/eller fördelade hälso- och sjukvårdsåtgärder. Sjuksköterska tar ställning till om omvårdnads-/baspersonal ska få instruktion gällande symtomskattningsinstrument för att kunna vara behjälplig i samband med symtomskattning.
- Ta del av patientens symtombild, symtomlindrande behandling och omvårdnadsåtgärder.
- Ta del av patientens planering och användande av arbetsterapeut förskrivna hjälpmedel för att kunna utföra omvårdnadsåtgärder på bästa sätt.
- Identifiera personliga, religiösa och kulturella aspekter och behov hos den enskilde och närstående som kommer att påverka eller ha betydelse i den palliativa vården och omvårdnaden.

Bedöma behov, åtgärder och uppföljning

Observation av patientens hälsotillstånd och uppföljning av åtgärder ska göras kontinuerligt av berörda yrkesroller i teamet i samråd med patient och närstående. Detta för att säkerställa hälso- och sjukvård, omvårdnad samt identifiera förändringar i patientens hälsotillstånd. Det är viktigt att värna om patientens integritet och självbestämmande samt patientens och närståendes delaktighet.

Omvårdnads-/baspersonal ansvarar för att:

- Uppmärksamma patientens behov, vanor och önskemål samt stöd den enskilde att upprätthålla värdighet och leva med största möjliga välbefinnande.
- Vara uppmärksam och observera förändringar i patientens mående.
- Meddela sjuksköterska och arbetsterapeut kontinuerligt utifrån observationer och förändringar i hälsotillstånd.
- Var uppmärksam på förändringar gällande risk för trycksår, nutrition och munhälsa.
- Utföra delegerade hälso-sjukvårdsinsatser/ palliativa insatser, förebyggande och symtomlindrande omvårdnadsåtgärder enligt vårdplaner som upprättats av sjuksköterska och arbetsterapeut, exempelvis symtomskattning

- Värna om den enskildes integritet och var uppmärksam på behov av samtal hos patient och närstående för att kunna samtala och stödja dem samt kontakta legitimerad personal vid behov.

Dokumentation

Omvårdnads-/baspersonal ansvarar för att:

- Upprätta/uppdatera individuell vård- och omsorgsplan, levnadsberättelse utifrån patientens och närståendes önskemål om vård och omvårdnad.
- Dokumentera i fördelade vårdplaner gällande insatser enligt hälso- sjukvårdsinsatser som tilldelas/fördelas av sjuksköterska och arbetsterapeut.

Ansvar vid övergång till palliativ vård i livets slutskede

Palliativ vård i livets slutskede startar när läkare bedömer att det inte längre går att förlänga livet och att patienten befinner sig i livets slutskede. Det huvudsakliga målet med vården ändras från att vara livsförlängande till att vara lindrande.

Teamträff palliativ vård i livets slutskede

Sjuksköterska sammankallar till en teamträff för övergång till palliativ vård i livets slutskede där vården planeras tillsammans utifrån patientens behov. Omvårdnads-/baspersonal ansvarar för att:

- Delta i teamträff för övergång till palliativ vård i livets slutskede där vården planeras med tydlig ansvarsfördelning.
- Ta del av informationsöverföring och hälso- och sjukvårdsbedömning som legitimerad personal har gjort.

Genomförande av omvårdnadsåtgärder och observation

Omvårdnads-/baspersonal ansvarar för att:

- Uppmärksamma patientens och närståendes behov och önskemål gällande omvårdnad i livets slutskede. Om närstående vill vara delaktig i omvårdnaden planeras detta i samråd med teamet.
- Upprätthålla värdighet och värna om den enskildes integritet i syfte att patienten ska få leva med största möjliga välbefinnande till livets slut.
- Utföra omvårdnadsåtgärder som är planerat, exempelvis munvård och lägesändring. Se bilaga *Checklista "palliativ vård i livets slutskede"*.
- Vara behjälplig vid symtomskattning enligt instruktion från sjuksköterska. Smärtskattning görs minst en gång per arbetspass, vid smärtgenombrott samt före och efter given smärtlindring.
- Genomföra förflyttningar i den dagliga aktiviteten varsamt enligt instruktion från arbetsterapeut. Det är viktigt med sköna sitt- och viloställningar utifrån patientens önskemål och vanor.
- Vara uppmärksam på att i palliativ vård är vila och varande lika viktigt som aktivitet och görande.
- Vara uppmärksam på behov av en stunds sällskap/ omsorg och samtal hos patient och närstående.
- Informera kollegor/berörda personal vid byte av arbetspass om patienters mående och genomförda åtgärder.

Dokumentation

Alla observationer, uppföljningar och åtgärder som utförs av teamet dokumenteras i vårdplan palliativ vård i livets slutskede. Omvårdnads-/baspersonal ansvarar för att:

- Uppdatera även individuell vård- och omsorgsplan, levnadsberättelse utifrån patientens önskemål och omvårdnadsbehov i livets slutskede,
- Dokumentera observation, uppföljning och genomförande av omvårdnadsåtgärd i vårdplan.

Vak i livets slutskede

Ingen människa ska behöva dö ensam om hen själv inte önskar att vara ensam. Att vaka innebär att personal eller närstående finns hos den döende den sista tiden i livet för att skapa trygghet, ge stöd och snabbt upptäcka och lindra symtom som smärta eller oro.

Det är viktigt att den som ska sitta vak har kunskap om omvårdnad vid livets slutskede för att känna sig trygg med arbetsuppgiften. Chef ansvarar för att den som ska sitta vak har genomfört webbutbildning i palliativ vård.

Vaket ansvarar för att:

- Lämna sitt telefonnummer till sjuksköterska som tjänstgör dag, kväll och natt. Detta för att säkerställa att ansvarig sjuksköterska lätt kan komma i kontakt med vaket utifrån patientens behov.
- Stödja patienten i att upprätthålla värdighet. Målsättningen är att patienten ska ha det så fridfullt och bekvämt som möjligt.
- Informera patienten om vem du är och vad du ska göra även om patienten inte är kontaktbar.
- Värna om patienten integritet och välbefinnande. Försök att skapa en trygg miljö.
- Uppmärksamma tecken på förändringar och skatta symtom som smärta, oro, andnöd, illamående.
- Utföra symtomskattning enligt instruktion från sjuksköterska. Smärtskattning bör göras minst en gång per arbetspass, vid smärtgenombrott samt före och efter given smärtlindring.
- Observera och informera kontinuerligt till sjuksköterska och arbetsterapeut förändringar i patientens hälsotillstånd. Se bilaga ”*Checklista vid palliativ vård i livets slutskede, omvårdnads-/ baspersonal*”.
- Utföra omvårdnadsåtgärder som är planerade enligt vårdplan palliativ vård i livets slutskede, exempelvis munvård och lägesändring.
- Uppmärksamma och ta hänsyn till de personliga, religiösa och kulturella aspekterna hos patient och närstående som kommer att påverka eller ha betydelse för palliativ omvårdnad i livets slutskede.
- Stödja närstående och berätta om förändringar som uppstår hos patienten. Sjuksköterska ska kontaktas om närstående behöver stöd som vak inte kan tillgodose.
- Planera in tider för rast med övrig personal. Nattpersonal bör avlösa vaket för kortare paus om inget annat planerats. Denna del har även chefen ansvar för.
- Notera tidpunkt när dödsfallet synes inträffat. Kontaktar sjuksköterska som ska utföra undersökning efter dödsfall.
- Se till att den döde har en bra ställning i sängen och invänta sjuksköterskans undersökning efter dödsfall.

Efter dödsfallet

Omvårdnads-/ baspersonal noterar tidpunkt när dödsfall inträffar och kontaktar sjuksköterska som ska utföra undersökning efter dödsfall. Sjuksköterska ska finnas behjälplig för handledning och stöd i samband med dödsfall.

- Viktigt att personal finns kvar när patienten avlidit som stöd för närstående om de så önskar i väntan på sjuksköterska.
- All omvårdnad som sker efter dödsfall ska ske med värdighet och respekt för den döde.
- Personal som har tagit hand om den avlidne bör om möjligt finnas till hands för att stödja närstående efter dödsfallet samt vid avskedet.

Omhändertagande av den döde

I bilaga ”Checklista praktiskt omhändertagande av den döde” beskrivs vad som ska utföras. Omhändertagandet av den döde sker efter sjuksköterskans undersökning. Sjuksköterska ska finnas behjälplig för handledning och stöd utifrån behov. Omvårdnads-/baspersonal ansvarar för att:

- Ta ställning till om det finns behov av stöd och hjälp från sjuksköterska i samband med det praktiska omhändertagandet.
- Fråga närstående om de önskar vara delaktig i omhändertagandet av den avlidne. Var lyhörd för synpunkter och önskemål för att kunna ge rätt stöd till närstående.
- Förbereda och genomföra omhändertagande av den döde enligt bilaga ”Checklista praktisk omhändertagande av den döde”.

Personaluppföljning efter dödsfall

Omvårdnads-/baspersonal ska delta i uppföljningssamtal som bör genomföras i nära anslutning efter dödsfallet. Personal som har varit involverade i den avlidnes vård bjuds in. En tillåtande atmosfär bör råda för att alla ska få möjlighet att föra fram tankar och synpunkter. Syftet är att ge stöd till varandra och utvärdera de insatser som utförts med utgångspunkt från frågorna i kvalitetsregistret. Se bilaga ”*Checklista stöd vid uppföljningssamtal med teamet*”.

Vid uppföljningssamtal i teamet efter dödsfall kommer teamet överens om och utser någon ur personalgruppen som har haft etablerad kontakt med den avlidne att utföra efterlevandesamtal 6–8 veckor efter dödsfallet.

Efterlevandesamtal

Om omvårdnads-/baspersonal utsetts att utföra efterlevandesamtal förbereds och utförs detta samtal enligt bilaga ”*Checklista vägledning och stöd vid efterlevnadsamtal med närstående*”.

Chefens ansvar

Chef har det övergripande ansvaret för att personal har den kompetens som behövs för att utföra palliativ vård av god kvalitet. Chef har ansvar för att systematiskt jobba med förbättringsarbete i syfte att kvalitetssäkra och förbättra den palliativa vården genom att analysera, vidta åtgärder och följa upp förbättringsåtgärder. Chef följer upp och utreder händelser som en del inom avvikelshantering tillsammans med teamet. Nedan beskrivs chefens ansvar utifrån olika områden.

Kompetens

All personal som berörs av palliativ vård ska ha den kompetens som behövs för att utföra palliativ vård av god kvalitet. Chef ansvarar för att:

- Möjliggöra och säkerställa att personal har rätt kompetens genom att ge möjlighet till utbildning och fortbildning inom palliativ vård.

- All personal som jobbar med palliativ vård genomgår Palliations akademins grundutbildning inom palliativ vård och utför kunskapstest. Vid godkänt resultat erhålls ett diplom som chef ska ta del av. Länk till utbildningen: [E-utbildning - Palliationsakademien](#)

Palliativa ombud och ombudssamordnare

Chef ansvarar för att:

- Utse palliativa ombud och ombudssamordnare.
- Ge förutsättningar till ombud för att kunna utföra sitt uppdrag utifrån uppdragsbeskrivning.
- Följa upp ombudens arbete.

Teamsamverkan

Berörda yrkesroller i teamet ska tillsammans med patienten planera den palliativa vården så att den utförs utifrån patientens behov och önskemål så långt som det är möjligt. Chef ansvarar för att:

- Säkerställa teamsamverkan och vid behov delta i samband med teamträff.
- Leda, planera och fördela arbetet så att personal kan medverka i teamsamverkan och att de kan utföra palliativa insatser. Det ska finnas beredskap för att möta de behov som uppstår samt skapa trygghet för patient och närstående.
- Följa upp och utreda händelser som en del inom avvikelshantering tillsammans med teamet.

Dokumentation

Chef ansvarar för att:

- Säkerställa att genomförandeplan upprättas/ uppdateras vid inskrivning i palliativ vård.
- Säkerställa journalföring i vårdplan som legitimerad personal upprättar.

Personalkontinuitet

Chef för omvårdnads-/baspersonal säkerställer god personalkontinuitet kring den palliativa patienten det vill säga att antalet personal som besöker patienten minimeras.

Vak i livets slutskede

Chef för omvårdnads-/baspersonal ansvarar för att planera tillsättning av vak med god kontinuitet i samråd med sjuksköterska. Chef säkerställer att den personal som ska sitta vak har genomfört webbutbildning inom palliativ vård samt känner sig trygg med arbetsuppgiften att sitta vak. Personal som har haft vårdrelation med patienten sedan tidigare bör utses.

Uppföljning efter dödsfall

Chef ska säkerställa att berörd personal möjliggörs att delta i personaluppföljning efter ett dödsfall i syftet att ge stöd till varandra och utvärdera i team de insatser som utförts med utgångspunkt från frågorna i kvalitetsregistret. Chef medverkar i samband med personaluppföljning utifrån behov av stöd till personal.

Efterlevandesamtal

Chef säkerställer att efterlevandesamtal genomförs genom att personal ges förutsättning till att planera, förbereda och genomföra efterlevandesamtalet med närstående. Personal behöver även få tid för reflektion och återhämtning. Chefen ska utifrån behov finnas tillgänglig för stöd.

Svenska palliativregistret

Chef tar del av resultat och måluppfyllelse för kvalitetsindikatorer i Svenska palliativregistret och kvalitetssäkra, förbättra den palliativa vården genom att analysera, vidta åtgärder och följa upp förbättringsåtgärder.

Bilaga 1

Checklista vid bedömning om palliativ vård, Sjuksköterska

- Informera patient och närstående om insatser som sjuksköterska kan vara behjälplig med.
- Samtala om symtombild och göra symtomskattning med hjälp av skattningsinstrument ESAS-r.
- Bedöma och planera omvårdnadsåtgärder utifrån symtombild.
- Göra en munvårdsbedömning med hjälp av ROAG.
- Identifiera nutritionsproblem och planera in åtgärder.
- Planera besök tillsammans med patient och närstående för uppföljning av hälsotillstånd och åtgärder.
- Vara uppmärksam på behov av samtal och stöd hos patient och närstående.
- Fråga var patienten vill vårdas i livets slutskede, om detta är lämplig att fråga vid första besöket.
- Informera om kontaktvägar till läkare, sjuksköterska dag, kväll, natt och helg samt lämna ”Informationspärm palliativ vård”.
- Informera om närståendepenning.
- Lämna broschyren ”Närståendestöd”.
- Informera om stödjande insatser som patient och närstående kan ansöka om, t ex palliativ trygghetsplats för patient i ordinärt boende inom vård och omsorgsförvaltningen.
- Informera om stödjande insatser som närstående kan få till exempel via Anhörigcentrum.
- Beakta om det finns minderåriga barn i hemmet och uppmärksamma deras behov av stöd för att konsultera exempelvis kurator via vårdcentral. Den minderåriges ålder samt behov av stöd och åtgärd ska journalföras

Bilaga 2

Abbey Pain Scale - SWE

För bedömning av tecken på smärta hos personer med kognitiv sjukdom som inte kan uttrycka smärta i tal.
Observera personen och gör en bedömning med hjälp av frågorna.

Namn:		Personnummer:									
Datum:											
Klockslag:											
Ljuduttryck	till exempel gnyr, jämnar sig, gråter	lite all-0									
		Liten-1									
		Måttlig-2									
		Mycket-3									
Ansiktsuttryck	till exempel ser spänd ut, rynkad panna/hopdragna ögonbryn, grimaserar, ser rädd ut	lite all-0									
		Liten-1									
		Måttlig-2									
		Mycket-3									
Förändrat kroppsspråk	till exempel rastlös, vaggar, skyddar en kroppsdel	lite all-0									
		Liten-1									
		Måttlig-2									
		Mycket-3									
Förändrat beteende	till exempel ökad förvirring, vill inte äta, förändring i det vanliga beteendet/emoion/bet, tillbakadragen	lite all-0									
		Liten-1									
		Måttlig-2									
		Mycket-3									
Fysiologisk förändring	till exempel förändrad kroppstemperatur, puls/RT, svettningar, rodnad, blekhet	lite all-0									
		Liten-1									
		Måttlig-2									
		Mycket-3									
Kroppslig förändring	till exempel hudskador, trycksador, artrit, kontrakturer	lite all-0									
		Liten-1									
		Måttlig-2									
		Mycket-3									
Summa:											
Signatur:											

Typ av smärta: långvarig Akut Ingen=0 – 2 Mild=3 – 7 Måttlig=8 – 13 Svår=14+

Framtagen av universitetslektor Christina Karlsson, Örebro universitet
Originalskala: Abbey J., Pilger N, De Bellis et al (2004) The Abbey pain scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. Int J Palliat Nurs 10(1): 6-13



Bilaga 3

Beslut om palliativ vård

Gäller patient:

Namn:

Personnr:

Palliativ beslut taget av läkare (namn samt arbetsplats)

Namn:

Arbetsplats:

Datum:

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska:

Namn:

Telefon:

Bilaga 4

Checklista blodtransfusion vid palliativ vård

Patientansvarig läkare från primärvården skickar E-remiss till palliativa sektionen Universitetssjukhuset när patienten har behov av blodtransfusion. Patientansvarig läkare informerar tjänstgörande sjuksköterska i Örebro kommun om att E-remiss är skickad för behov av blodtransfusion.

Sjuksköterska från Avancerad Sjukvård i Hemmet (ASIH) utför blodtransfusion i hemmet eller boendet. Sjuksköterska från ASIH ansvarar för att kontakta sjuksköterska i Örebro kommun för planering av blodtransfusion det vill säga om blodtransfusion är aktuellt, när, var och hur blodtransfusionen ska ske.

Sjuksköterska från ASIH kontrollerar att patienten är blodgrupperad sedan tidigare samt hur många enheter blod är ordinerad. Transfusionsjournalen förvaras hos ASIH.

Sjuksköterskans ansvar i Örebro Kommun

- Avvakta kontakt från AISH
- Informera patienten och ordinerande läkare om tid för transfusion då läkaren är medicinskt ansvarig.
- Ta blodprov för blodgruppering om patienten inte är blodgrupperad sedan tidigare.
- Ta blodprov för BAS-test. Remiss för BAS-test, blodbeställning finns på vårdcentralen eller på orebro.se under riktlinje och rutin palliativ vård.
- Beställ blod. Notera på blodbeställningen: datum för transfusion, antal enheter, beställande avdelning eller vårdcentral och att leverans till ASIH som hämtar blodet på blodcentralen. *Se länk i www.orebro.se palliativ vård.*

Bilaga 5

Checklista beställning av direktlarm vid palliativ vård i livets slutskede inom hemsjukvård

Sjuksköterska i kommunal hälso-och sjukvård bedömer utifrån patientens hälsotillstånd, medicinska insatser och symtomlindring om det finns behov av att larmet går direkt till sjuksköterska. Till exempel direktlarm kan beställas för patient som vårdas av närstående och/eller har svåra symtom som smärtgenombrott, ångest och andnöd.

Vid larmbesvarandet av sjuksköterska bedömer sjuksköterska om larmet ska besvaras av sjuksköterska eller larmgruppen. Om larmet ska vidarebefordras ringer sjuksköterska larmgruppen eller omvårdnadsgruppen och lämnar över behovet av larmbesvarande.

Beställning av direkt larm skickas till välfärdstekniken på dagtid kl: 07:00- 16:00 på grund av att leverantören inte jobbar kväll och helg. Sjuksköterska skickar meddelande i Treserva funktionsbrevlåda till välfärdsteknik för behov av direkt larm.

Välfärdsteknik skickar vidare beställning på ändring av larmplan till Tunstall som är leverantör för trygghetslarm.

Första och andra hands telefonnummer ska vara sjuksköterskans telefonnummer dag, kväll och natt.

I meddelandet ska följande uppgifter anges:

Namn:

Personnummer:

Larmområde:

1: a hand tel. nummer

Tid: dag, kl: 07:00-16:00 _____

Tid: kväll, kl: 16:00- 21:30 _____

Tid: natt, kl: 21:30- 07:00 _____

2: a hand tel. nummer:

Tid: dag, kl: 07:00-16:00 _____

Tid: kväll, kl: 16:00- 21:30 _____

Tid: natt, kl: 21:30- 07:00 _____

Ändring skall ske från och med:

Bilaga 6

Checklista vid palliativ vård, livets slutskede, omvårdnads-/baspersonal

Frågeställningar	Observationer
<p>Finns det tecken på besvärande fysisk, psykosocialt och emotionellt symtom hos den döende?</p> <p>Använd det skattningsinstrument som legitimerad personal bedömt som lämplig för skattning av symtom. Exempelvis SÖS eller Abbey Pain Scale, Ha kontinuerlig kontakt med sjuksköterska för råd och stöd samt rapportering.</p>	<p>Vakenhet Svarar på tilltal, sover eller är medvetandesänkt</p>
	<p>Cirkulation och andning Ansiktsfärg, kallsvettig, febrig andningsuppehåll, snarkande andning, rosslighet</p>
	<p>Smärta Påtalar smärta, jämrar sig, låter, ansiktsuttryck, rynkar näsa, ser rädd ut, har motorisk oro vaggar, förvirrad, rastlös</p>
	<p>Avföring och urin Förstoppning, diarré, kissar</p>
<p>Har den döende det bekvämt? 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.</p> <p>Arbetsterapeuten kontaktas för råd och stöd gällande hjälpmedel och miljöåtgärder.</p> <p>Har närstående fundering eller frågor? Stödja närstående och ta med de funderingarna och frågor som ska besvaras av sjuksköterska.</p> <p>Tala om och ge information om alla moment och omvårdnadsåtgärder som görs till den döende och närstående.</p> <p>Dokumentera i journal enligt rutin.</p>	<p>Hud och extremiteter Marmorering, varm eller kall hud, svullnad, rodnad, begynnande trycksår</p>
	<p>Lägesändring Gör lägesändring efter behov och önskemål. Tänk på trygghet och vanor. Vänd på kudden, täcken/filtar efter behov</p>
	<p>Sängkomfort Vädra rummet efter önskemål och behov, tänk på rumstemperatur, belysning och ljud. Se till att sängkläder är rent, torrt och slätt</p>
	<p>Inkontinensskydds byte/toalettbesök Notera avföring och urin Kontrollera eventuell urinkateter, var uppmärksam på att KAD inte ligger i kläm.</p>
	<p>Hudvård Smörj kroppen och huden med mjukgörande salva. Observera rodnad och begynnande tryckskada på t.ex. armbåge, höft, hälar och avlasta dessa vid behov.</p>
	<p>Ögonvård Fukta torra ögon och eventuellt behov av ögondroppar i samråd med sjuksköterska</p>
<p>Munbedömning eventuellt ROAG Gör munvård och fukta munnen efter behov och önskemål. Följ munvårdsinstruktion från sjuksköterska</p>	

Bilaga 7

Checklista praktiskt omhändertagande av den döde

- Stanna kvar hos närstående efter dödsfallet och försök att förmedla lugn och ro.
- Informera närstående om att sjuksköterska kommer och 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, dämpad 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.
- Se till att den döde ha skön ställning i sängen och vänta en halv till en timme innan omhändertagandet som görs efter sjuksköterskans dödsfall undersökning.
- 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 om det går. 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. Informera närstående om hakstödet sitter kvar när de går in till den döde för att ta avsked.
- Ta bort katetrar, sonder, PEG, subcutan infart med mera, ta bort eller förstärk 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 inkontinensskydd under sätet. Städa upp och plocka undan inkontinensskydd, sjukvårdsmaterial mm.
- Kontrollera att den döde har ID-band på fotleden.
- Följ med närstående in till den döde men erbjud dem sedan att få vara ensamma, om de så önskar.
- Om det är barn med som vill se den döde: Var extra noga med att berätta hur den döde ser ut och om det ev luktar någonting inne i rummet. Beskriv också gärna hur det ser ut i rummet, vad som kommer att hända så att barnet blir lite förberedd innan de går in och tittar.
- Fråga närstående om det är ok att öppna fönstret litegrann så rummet hålls svalt. Finns tillfällen när det inte alls är passande att man öppnar fönster.

Bilaga 8

Checklista efter dödsfall, sjuksköterska

Namn:	Personnummer:		
Tidpunkt för dödsfallet och närvarande			
Händelseförlopp			
Sjuksköterska som undersökt/ID märkt den döde och skrivit <i>Transportsedel avliden</i> , fyllt i blankett Hornhinnedonation			
Pacemaker, defibrillator, insulinpump, infusionspump, nervstimulator eller annat implantat exempelvis subcutan venport			
Närstående underrättade			
Vem kontaktar begravningsbyrå?			
Ansvarig läkare underrättad?			
Uppsägning av APO-dos			
Erbjudit närstående att ta hand om narkotiska läkemedel för destruktion			
Kontrollräkna narkotikaklassade läkemedel och återta palliativ informationspärm.			
Uppsägning av andra leveranser till exempel inkontinensmaterial			
Datum för personaluppföljning			
Närstående erbjuds efterlevandesamtal och medverkan i närståendekät.			
Sjuksköterska som registrerar dödsfallet i Svenska palliativregistret,			
Aktuella att bli informerade om dödsfallet kan vara:	Enhetschef/ verksamhetschef		Omvårdnads- /baspersonal dag/natt
	Arbetsterapeut Sjuksköterska natt, dag, kväll		Sjukgymnast/ Fysioterapeut / Kurator
	Biståndshandläggare (Ej inom VOBO) /LSS handläggare		Assistent, verksamhetstödjare/ driftplanerare
	Boendesamordnare		

Bilaga 9

Checklista stöd vid uppföljningssamtal med teamet

Ta med upprättad dödsfallsenkät till uppföljningen.

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 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?

Bilaga 10

Checklista vägledning och stöd vid efterlevandesamtal med närstående

Förberedelse

Läs journalanteckningar om den avlidnes sista tid och om dödsfallet samt fråga kollegor som var närvarande vid dödsfallet. Se till att du kan sitta ostört under samtalet. Samtalen bör planeras som ett arbetsmoment där tid för förberedelse och dokumentation ingår men också tid för reflektion och återhämtning. Var under samtalet lyhörd och ge den närstående möjlighet att berätta. En stunds tystnad under samtalet är inte farligt, ibland behöver den närstående hämta sig lite innan de kan fortsätta prata, du är ett viktigt stöd i den tystnaden.

Förslag på frågor att ställa

Alla frågor behöver inte ställas och ordningen kan ändras efter vad som känns bra.

Situationen nu

- Hur har du det? Hur mår du?
- Hur har tiden varit efter (namnet på den som dött) dödsfall/bortgång?

Begravningen, den anhöriges tankar och känslor kring begravningen

- Hur var begravningen? Hur upplevde du den?
- Har du någon att dela din sorg med? Någon att få stöd från? Berätta gärna!

Sjukdoms- och vårdtiden samt dödsfallet

- Vad har du för tankar kring vårdtiden?
- Hur blev (namnet på den avlidne) sista tid?
- Är det något som kunde ha gjorts annorlunda tycker du?
- Hur upplevde du bemötandet och personalens tillgänglighet på enheten? Fick du det stöd du behövde?
- Är det något speciellt som du funderat över kring dödsfallet?
- Har du frågor som du känner att du inte fått svar på?

Frågor som återför samtalet till den anhörige

- Men du själv då? Hur har du det och hur ser din vardag ut nu?
- Orkar du? Sover du? Äter du?
- Hur har du det med hälsan? Exempelvis vid sömnbrist, risk för depression, behov av sjukskrivning hänvisa till vårdcentral för råd och stöd eller hänvisa till biståndshandläggare vid behov av stödjande insatser.

Avslutning

Viktigt att avsluta samtalet med något vardagligt och neutralt samtalsämne för att ”knyta ihop” samtalet och få känslor och tankar under kontroll. Avsluta gärna med en välgångsönskan: ”**Tack för samtalet, hoppas det går väl för dig**”.

Önskar närstående samtala med någon annan, exempelvis läkare eller kurator hänvisa då till vårdcentralen. Eller om lämpligt hänvisa till kontakt med sjukhuskyrkan. Eventuellt missnöje eller klagomål hanteras enligt rutin för klagomålshantering. Enheten ska ha tydlig beskrivning/ rutin om hur frågor som inte kan besvaras vid efterlevandesamtal tas om hand.

