

Rutin för brytpunktsbedömningar vid Särskilda boenden, Korttidsboenden och Hemsjukvård inom Vindeln Kommun.

(Utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7) om livsuppehållande behandling)

Ansvarig för dokumentet: Björn Dagberg ST-läkare.
Senast reviderat 2018-02-08

Bakgrund:

Brytpunkt för medicinska insatser skall beslutas om i det skede när vissa medicinska insatser inte längre är till gagn för patienten utan riskerar att medföra men för denne. Detta innebär i de flesta fall att fortsatt vård övergår till att ske med palliativ intention.

Beslut ska fattas av en legitimerad läkare. Inför ett ställningstagande ska den fasta vårdkontakten rådgöra med minst en annan legitimerad yrkesutövare (t.ex. en annan läkare eller en legitimerad sjuksköterska). Samråd med patienten ska göras så långt som möjligt. Samråd med närstående ska göras om inget hinder föreligger. De ska vara insatta i planeringen av patientens vård

Palliativ vård innebär:

Medicinsk behandling eller vård som ges i avsikt att lindra symptom eller smärta hos en patient i livets slutskede. Vården skall syfta till att lindra lidande ur patientens alla tänkbara aspekter – fysiska, psykologiska, sociala och existentiella. Fokus ligger på livskvalitet framför kurativa insatser, behandlingen utgår från den enskilde individen och dennes behov.

Rutin:

En individuell sammanvägd bedömning av hela personens kognitiva och somatiska tillstånd skall alltid vara grunden för beslut.

Bedömning om kriterier för brytpunkt/OHLR kan finnas görs av ansvarig sköterska på respektive boende vid inskrivning på boendet samt sedan fortlöpande vid förändring av den medicinska situationen. Sköterska skall så långt möjligt efterforska den boendes och anhörigas inställning till livsuppehållande behandling och en eventuell brytpunktsbedömning.

Om sköterska bedömer att kriterier för brytpunkt föreligger tas ett ärende om detta upp snarast med läkare på rond. På rondens presenterar sköterskan bakgrund, sin bedömning om kriterier för brytpunkt/OHLR samt patientens och anhörigas inställning. Om sköterskan inte är trygg i att diskutera med anhöriga tas ärendet upp på rond men sköterskan skall presentera bakgrund och sin egen bedömning vid rondens. Läkaren bör träffa patienten, eller på annat sätt skaffa sig ingående kännedom om patientens tillstånd innan brytpunktsbeslut fattas.

Om sköterska redan informerat patienten och eller anhöriga och dessa är helt införstådda med den aktuella brytpunktsbedömningen kallar sjuksköterskan anhöriga till brytpunktsamtal (enl kommunens rutin) där läkarens brytpunktsbeslut presenteras. Om sköterskan och läkaren i samråd ser det nödvändigt att läkaren själv presenterar sitt brytpunktsbeslut, deltar läkaren vid samtalet.

En tidpunkt ska definieras när omprövning senast ska göras, förslagsvis vid ordinarie läkemedelsgenomgång. Det utesluter inte en tidigare omprövning.

Vid brytpunktsbeslutet skall läkaren ta ställning till om indikation för palliativa ordinationer föreligger och i så fall ordinera dessa. Se rubrik palliativa ordinationer nedan samt bilaga 1.

Vid förväntat dödsfall:

Sköterska skall göra en yttre undersökning och dokumentera avsaknad av vitalparametrar:

- Ingen palpabel puls.
- Inga hörbara hjärtljud vid auskultation.
- Ingen spontan andning.
- Ljustela, oftast vida pupiller.

Dödsfallet rapporteras av sköterskan till ordinarie läkare på hälsocentralen. Om förväntat dödsfall inträffar på jourtid rapporterar sköterskan till ordinarie läkare på hälsocentralen nästkommande vardag. Läkaren utfärdar dödsbevis och dödsorsaksintyg. Om fredag kväll eller lördag rapporteras dödsfallet till bakjouren. För sköterskans övriga handläggning hänvisas till kommunens rutin.

Dokumentation:

När brytpunktsamtal genomförts antingen av ansvarig sköterska eller av läkare, dokumenteras beslut av läkare i landstinget journal (Se bilaga 2), samt med skriftlig dokumentation i form av kopia på journalanteckning angående beslut om brytpunkt till ansvarig sköterska boendet. Vid 0-HLR beslut dokumenteras även med särskild Ej-HLR blankett som undertecknas av läkare. I förekommande fall görs även en individuell palliativ ordination, vanligen enligt ordinationsmall.

Ansvarig läkare skall dokumentera följande i patientjournalen enligt Socialstyrelsens föreskrifter.

1. sitt ställningstagande till livsuppehållande behandling,
2. när och på vilka grunder han eller hon har gjort sitt ställningstagande,
3. när och med vilka yrkesutövare han eller hon har rådgjort,
4. vid vilken tidpunkt samråd med patienten har förekommit,
5. om samråd med patienten inte har varit möjligt, och i så fall orsaken till detta,
6. när och på vilket sätt patienten och närstående har fått individuellt anpassad information i enlighet med 3 kap. patientlagen (2014:821),
7. vilken inställning till den livsuppehållande behandlingen som patienten och närstående har gett uttryck för (HSLF-FS 2017:26).

När patienten inte vill ha livsuppehållande åtgärder, som läkare bedömer skulle vara till nytta, ska det utöver ovanstående punkter dokumenteras:

- patientens psykiska tillstånd
- hur läkaren har förvissat sig om att patienten; har förstått informationen, kan inse och överblicka konsekvenserna av att behandling inte inleds eller inte fortsätts, har haft tillräckligt med tid för sina överväganden och står fast vid sin inställning
- att patienten har fått tillgång till den rehabilitering, rehabilitering och de hjälpmedel som han eller hon behöver och har fått stöd att begära de insatser från socialtjänsten och försäkringskassan som han eller hon är berättigad till.

Palliativa ordinationer:

Vanligen enligt ordinationsmall från medicinskt ledningsansvarig läkare Bo Sundqvist alternativt enligt individuell ordination bör finnas för alla patienter i livets slutskede. Dessutom bör palliativa ordinationer finnas för patienter där man kan förvänta att en måttlig försämring av patientens tillstånd leder till att patienten hamnar i livets slutskede.

Bilaga 1

0-HLR/AHLR 0-intensivvård.

Indikationer: Progressiv kronisk sjukdom, som innebär att möjlighet till överlevnad med någon kvarvarande livskvalitet, efter genomförd HLR samt eftervård på sjukhus, inte är sannolik.

T.ex. demenssjukdom, svår ischemisk hjärtsjukdom, svår hjärtsvikt, grav osteoporos, svår KOL. Utöver detta kan även hög biologisk ålder med åtföljande fysisk skörhet vägas in.

Ordinationer: Palliativa ordinationer behövs som regel ej.

0-HLR/AHLR. Sjukhusvård endast på palliativ indikation vid åtgärdbara tillstånd, t.ex vid fraktur.

Infektionsbehandling på boendet.

Indikationer: Tidigt palliativt skede. Begränsad förväntad överlevnad, där utredning och behandling av nytillkomna tillstånd inte kommer att påverka personens livskvalitet under återstående förväntad livstid, eller där utredning/behandling inte är möjlig på grund av aktuell bakomliggande sjukdom.

T.ex svår demenssjukdom, ej behandlingsbar grav ischemisk hjärtsjukdom, grav hjärt- och njursvikt, mycket svår KOL, spridd malign sjukdom i ej behandlingsbart skede och ogynnsam prognos.

Ordinationer: Generella palliativa ordinationer kan vara aktuellt om uttalad somatisk skörhet med risk för snabbt påkommen försämring föreligger.

0-HLR. Vårdas i livets slutskede. Ej vård på sjukhus. Palliativ behandling på boendet.

Indikation: Livets slutskede. Sent palliativt skede där sjukhusvård ej förväntas vara till gagn för patienten.

Ordinationer: Generella palliativa ordinationer skall finnas.