

## Rutin Förhandsplanering av vård

2021-01-15 Antagen i Beredningsgruppen Social ReKo

### Lathund Förhandsplanering

#### 1) Ankomst- /Inflyttningsamtal

Utförs under aklimatiseringsperiod så snart som möjligt efter inflyttning. Ankomst- /inflyttningsamtal utförs av medarbetare på SÄBO som tar emot och lär känna patienten på boendet, exempelvis kontaktperson. Syftet med samtalet är att etablera en kontakt och en grund för framtida samtal. Information av vikt som framkommer rapporteras vidare via sjuksköterska till läkare.

Det slutgiltiga målet är att ur omvårdnadsperspektiv få en tydlig insikt om patientens egen bild av hälsa, livets mål och vårdens syfte, inriktning och utformning.

#### 2) Medicinskt orienterat samtal

Utförs så snart som möjligt efter aklimatiseringsperiod eller efter bedömt behov. Sjuksköterska på SÄBO bjuder in till samtal avseende vårdens inriktning där anhöriga inkluderas.

Upplägget anpassas efter patientens hälsotillstånd och anhörigas önskemål och frågor. Läkaren ska vara med vid samtalet om inte patient och /eller anhörig avböjer detta. Samtalet leds av sjuksköterska och/eller läkare utifrån önskemål/behov.

Avstämning sker i samband med läkarrond.

#### 3) Vårdplan och dokumentation

Omvårdnadsmässiga och medicinska aspekter inklusive behandlingsbegränsningar formuleras i vårdplanen.

Dokumentation görs av läkare i NCS Cross under uppmärksamhetsinformation/ vårdrutinavvikelse. Kommunens sjuksköterska dokumenterar i respektive journalsystem. Vårdplanens beslutsgrund och patient/närståendes delaktighet och inställning skall framgå.

#### 4) Uppdatering av Förebyggande Vårdplan

Sker årligen vid läkemedelsgenomgång eller vid behov (tex vid förändring av hälsotillstånd eller enligt önskemål från patienten). Sjuksköterska initierar uppdatering.

## Rutin Förhandsplanering av vård

### 1. Bakgrund

Vård av äldre och/eller svårt sjuka i eget eller särskilt boende är en komplex och utmanande uppgift. Det finns flera aktörer, hemsjukvård, primärvård, öppen och slutna specialistvård. Sjuka äldre i eget och särskilt boende har en hög risk att hamna inom oplanerad akut sjukvård. Då patienterna ofta har en komplex, svår sjuklighet i kombination med nedsatt autonomi finns en större risk att vården blir oändamålsenlig. Kommunikationen mellan aktörerna och med patienten behöver systematiseras.

”Förhandsplanering av vård” är ett arbetsinstrument för att skapa en syntes mellan sjukvårdens mål och möjligheter och patientens önskemål och behov.

Förhandsplanering av vård är ett begrepp som springer ur ett arbetssätt som internationellt är känt som Advanced Care Planning (ACP). Vårdprofessionerna möter här patienten med målet att få fram patientens värderingar, mål, rädslor, förhoppningar. Syftet är att utröna om vården ska bedrivas mot längsta möjliga livslängd, eller med starka krav på bevarande av specifika funktioner (till exempel tal, kostintag, rörelseförmåga) eller andra kvalitativa mått. Avsikten är att få reda på hur patienten tänker ifall en vårdsituation där dessa önskemål står i konflikt med varandra uppstår. Ska man sträva mot att förlänga livet även på bekostnad av livskvalitet? Hur bör man agera när kognitionen sviktar? osv.

ACP saknar en internationellt vedertagen mall att rätta sig efter för att få ett specifikt resultat. Den gemensamma grunden utgörs av informationsinhämtning, ofta genom intervjuer med patienten och ibland även anhöriga. Informationsinhämtningen kan vara relativt omfattande och röra stora delar av patienten liv, men är ibland mer sparsam. Den kan ske vid ett eller flera tillfällen och kan utföras av olika yrkesgrupper, till exempel sjuksköterska eller läkare. Slutresultatet blir efter metoden varierande. Inom regionens hälsocentraler syftar vi till att göra ett uttömmande förarbete där resultatet blir av hög medicinsk kvalitet och relevans samt är väl förankrat hos patient och närstående.

### 2. Syfte

Syftet med denna rutin är att öka svårt sjuka patienters förståelse för vårdens möjligheter och stärka patientens autonomi. Instrumentet kommunicerar behandlingsbegränsningar i det som betraktas som rutinmässig vård, och specifika önskemål kring vårdens övriga utformning både medicinskt och omvårdnadsmässigt.

### 3. Tillämpning

#### 3.1 Vårdgivare

Det vanligaste upplägget för vård hos sjuka äldre är baserat på kommunal hälso- och sjukvårdspersonal i samarbete med en patientansvarig läkare från primärvården. Rutinen saknar vissa detaljer avseende vilken yrkesgrupp som gör vilken del av arbetet kring förhandsplanering av vård. Rutinen är allmänt hållen för att vårdenhetens arbetssätt skiljer sig åt, och därmed kräver olika upplägg i arbetet.

### 3.2 Målgrupp

Målgruppen är de äldre med stort vård- och/eller omsorgsbehov, sänkt autonomi och kroniska progredierande sjukdomar eller patienter som har flera vårdaktörer och/eller bedöms ha en stor risk för oplanerat vårdbehov. Instrumentet är testat inom regionen på SÄBO-verksamhet men det finns inget hinder för att tillämpa det inom andra boendeformer samt hemsjukvård. Alla som på hälso- och sjukvårdspersonals initiativ eller på eget önskemål önskar samordning och/eller eget inflytande över vården lämpar sig för förhandsplanering av vård.

Instrumentet syftar att fungera för patienter med ett brett spektrum av sjukdomar och prognoser och i olika skeden.

### 3.3 Tidpunkt

Traditionellt förekommer begreppen ”tidig” och ”sen” palliativ vård. Dessa är ej rekommenderade benämningar då den palliativa vården saknar enkelt definierbara faser. Sjukdomsförlopp följer ej linjära samband utan har en svängande och ofta svårprognosticerad natur. Man bör därför så tidigt som möjligt vid kroniska och/eller livshotande tillstånd informera patienten om prognos och behandlingsmöjligheter samt inhämta patientens inställning vid olika komplikationer och försämringar.

Samtal kring vårdens mål och uppbyggnad behöver vara återkommande och individanpassat efter sjukdomens natur. Det traditionella begreppet ”Brytpunktssamtal” ska förstås som en process över tid och är inte nödvändigtvis ett enskilt samtal.

### 3.4 Genomförande av samtal

#### 3.4.1 Inbjudan

Sjuksköterska bjuder snart efter inflyttning på SÄBO patienten till samtal där man berör hälsoläget, eventuella rädslor beträffande detta, hälso-försämring, vårdens inriktning och syfte. Vissa personer är inte redo för svåra samtal. Vid ambivalens eller ovilja kan man avvakta till ett senare tillfälle.

Upplägget anpassas efter patientens hälsotillstånd och anhörigas önskemål och frågor. Läkaren ska vara med vid samtalet om inte patient och /eller anhörig avböjer detta. Samtalet leds av sjuksköterska och/eller läkare utifrån önskemål/behov.

#### 3.4.2 Informationsutbyte

Informationsutbyte bör ske i ett förtroligt möte vid ett eller flera tillfällen. Mötena kan vara korta eller långa beroende på parternas behov och bör vara uttömmande, för att inte lämna en känsla av oklarhet. Slutmålet är en dokumenterad plan, men i mötet och samtalet kring hälsa och livskvalitet samt sjukdomar och behandlingsmöjligheter uppnås ofta flera viktiga sidomål. Det kan upplevas terapeutiskt och trygghetsskapande för både patient och vårdpersonal.

Samtalen bör vara planerade i förväg så att närstående ska kunna inbjudas att delta om patienten vill. Tid för samtal är individuellt. Vid behov av mer tid kan flera samtal behövas.

Samtal kan vid behov genomföras av flera vårdprofessioner eller enbart en, beroende på vilken information som ska hanteras. Ett specifikt upplägg förordas inte, men det är viktigt att information från samtliga inblandade yrkeskategorier inhämtas för att man väl ska täcka både omvårdnadsmässiga och medicinska perspektiv. Teamarbete förordas för bästa resultat.

### 3.4.3 Intervjuteknik

Intervjuerna ska vara patientcentrerade. Vårdgivaren bör undvika checklistor och formulär för att skapa bästa individanpassning. Intervjutekniken bör vara öppen och i dialogform där fördjupade funderingar tillåts.

Målet med samtalet är att få en bild av patientens tankar, oro och önskan beträffande vården snarare än att patienten ska ta ställning till specifika sjukvårdsinsatser. Vårdgivaren ska lämna patientanpassad information om det medicinska/ omvårdnads-mässiga tillståndet och vilka åtgärder som är eller kan bli aktuella längs vägen.

På SÄBO är kognitiv svikt vanligt och det är lätt att tänka att man utifrån demenssjukdom eller kognitiv svikt har svårt att ta del i beskrivna samtal. Med rätt infallsvinkel och rätt formuleringar är dock kognitiv svikt inte nödvändigtvis ett hinder för att få en bild av patientens önskemål avseende vården. Utifrån den situation patienten presenterar och det medicinska läget kan man sedan ta medicinska beslut avseende behandlingsinsatser/begränsningar och göra en individuell planering.

### 3.4.4 Nyckelfrågor/formuleringar

Ett inledande samtal bör sträva efter att få en bild av patientens *Tanke, Oro och Önskan* beträffande hälsan och vårdens utformning.

Exempel på passande formuleringar under olika delar av samtalet kan vara:

- 1) Vi har ju träffats för att diskutera din hälsa och framtida vård. Hur är det – har du några tankar/frågor/funderingar/önskemål kring din hälsa/vård?
- 2) Ibland uppstår en konflikt mellan längsta möjliga livslängd och bästa livskvalitet. Hur känner du inför en sådan situation? – Hur skulle livet vara om du ej kan gå/prata/äta?
- 3) Som jag förstår dina svar här tycker du att livskvalitet är viktigare än livslängd(?) Utifrån det och ditt tillstånd uppfattar jag att vi är eniga om att i händelse av försämring i ditt allmäntillstånd exempelvis under infektion eller stroke att du får bästa vården här i ditt hem. Har jag förstått det rätt?
- 4) Utifrån vårt samtal här idag kommer vi att skriva ned i din journal det vi har pratat om i en planering med syfte att ge dig vård efter dina önskemål och möjligheter. Låter det bra?

Den första frågan ovan är en Tanke/Oro/Önskan-fråga som är en lämplig start på ett samtal där man som hälso- och sjukvårdspersonal får insikt i patientens bild av sin egen hälsa. Instrumentet är öppet och oberoende vilken profession man har. Med dessa frågor undviker man att hamna i svåra vägval tidigt i samtalet. Professionsneutralitet är viktigt då inledande samtal kan startas av personal med olika yrken.

De uppföljande frågorna är mer direkta och fråga 3 och 4 har inslag av bedömningar och behandlingsbegränsningar som ska tas av läkare. För att man ska kunna ta bra beslut kring behandlingsbegränsningar är det av vikt att flera professioner varit i dialog med patienten.

Det finns även samtalssätt som gör att man får missrepresentativ eller irrelevant information. Om man använder sig av en intervjuteknik med slutna Ja/Nej-frågor kommer man med stor risk hamna i missförstånd med patienter och närstående.

Exempel på olämpliga formuleringar kan vara:

- Vill du ha hjärtlungräddning ifall ditt hjärta stannar?
- Vill du åka till sjukhus ifall du blir sjuk?

Beslut om vårdens utformning och innehåll är ett läkarbeslut där patientens önskemål och delaktighet är viktig, men att ställa dessa direkta frågor innebär att man felaktigt byter roller och lägger ansvaret att forma vården på patienten. Om man använder sig av direkta frågor riskerar man dessutom att hamna i besvärliga samtal med vägskalet och beslut som man saknar mandat att ta.

### 3.5 Beslut och dokumentation

#### 3.5.1 Beslut

Beslut om behandlingsbegränsningar är en medicinsk bedömning som ska göras av läkare, och kan ej delegeras. Patientens åsikter och önskemål ska inhämtas och beaktas enligt rutinen. Beslutet avseende behandlingsinsatser ligger dock alltid kvar hos läkare.

Läkare får dock aldrig inleda vård mot patientens önskan, men patienten kan heller aldrig kräva att läkaren ordinerar vård som hen bedömer är utsiktslös eller oändamålsenlig.

Förhandsplanering av vård blir en avgörande hjälp till att skapa balans mellan medicinska beslut som behöver tas och patientens autonomi och rätt till inflytande över vården.

Förhandsplanering av vård kan innehålla:

- 1) Behandlingsbegränsningar – ex. Transport till sjukhus, HLR, IVA-vård, intravenös antibiotika/vätskestöd, sondmatning, kirurgi med mera med beslutsgrund.
- 2) Symtomlindringsplan/omvårdnadsaspekter – ex. vid tidigare specifika symptomproblem ex. förvirring/agitation vid demens, smärttillstånd vid cancer, dyspné vid KOL.
- 3) Patientens egna önskemål – ex. stora farhågor för smärta, inställningar till att vara sederad/omtöcknad, inställning till att bli vårdad av anhörig kontra vårdpersonal.
- 4) Önskemål kring hur anhöriga ska involveras och underrättas under förloppet.

Här följer ett ex. på hur Förhandsplanering av vården kan se ut i färdigt format:

- 
- HLR ska ej genomföras.
  - Remiss till annan vårdenhet endast aktuellt vid behov av symptomlindrande vård som ej kan ges i hemmet. Vårdinsatser ska primärt ej vara livsförlängande utan först syfta till god livskvalitet.
  - Patienten har uttryckt önskemål om att ej behöva vårdas av anhörig/hustru beträffande daglig omvårdnad.
  - Tidigare negativa erfarenheter kring morfin med illamåendebiverkningar och har därför önskat undvika det tills det bedöms absolut nödvändigt.
  - Planen genomförd efter samtal med patient och hustru.
  - Planen är giltig tills vidare men bör uppdateras minst årligen eller vid behov.

- Behandlingsbeslut tagna mot bakgrund av progredierande svår demens och KOL stadium 3.
  - I händelse av att patienten avlider kan sköterska göra undersökning som ligger till grund för konstaterande av dödsfallet.
- 

### 3.5.2 Dokumentation

Anteckning om Förhandsplanering av vård dokumenteras i Primärvården under UPPMÄRKSAMHETINFORMATION med underrubrik VÅDRUTINAVVIKELSE i NCS Cross. Informationen blir då tillgänglig via varningsstjärnan i journalens övre vänstra hörn.

Dokumentation sker även i kommunal journal under Observations-information.

En förhandsplanering av vård ska betraktas som en färskvara och bör uppdateras med lämpliga mellanrum. Lämpligt intervall årligen eller vid behov, bör bedömas av patientansvarig läkare. Sjuksköterska initierar uppdatering.

### 3.6 Förhandsplanering av vård och andra Rutiner och arbetsätt

#### 3.6.1 Ny rutin och tidigare dokumentation

Förhandsplanering av vård inbegriper traditionella Brytpunktssamtal, och *ersätter Vård i Livets Slut (VILS)* och andra palliativa planeringsinstrument. VILS är i nuläget ett oändamålsenligt begrepp och rutin då den innehöll en brevformulering för palliativa ordinationer samt ”delegering” för undersökning inför konstaterande av dödsfall.

#### 3.6.2 Läkemedel

Läkemedelsordinationer ska alltid göras i Journalsystemens läkemedelsmodul

#### 3.6.3 SIP

Samordnad Individuell Plan (SIP) tydliggör olika huvudmäns (kommun/regional primärvård och slutenvård) ansvar/uppgifter och överenskommelser dem emellan. En SIP kan därför i händelse av att patienten har flera aktörer vara ett lämpligt sätt inom vilken en Förhandsplanering av vård kommuniceras men de ska ej förväxlas.

#### 3.6.4 Dödsfall

Fastställande av dödsfall är en arbetsuppgift som regleras av Socialstyrelsen enligt SOSFS2005:10. Enligt Socialstyrelsens föreskrift avseende Fastställande av dödsfall kan läkare fastställa dödsfall om 1) Dödsfallet var väntat och 2) Sjuksköterska har gjort en klinisk undersökning av patienten och delgivit läkaren resultatet.

Fastställande av om dessa kriterier föreligger kan göras såväl före som efter dödsfallet. På förhand given ”delegation” till sköterska att genomföra klinisk undersökning är därför överflödig, men kan finnas med i förhandsplanering av vård för att undvika behov av att kontakta läkare på jourtid. För ytterligare detaljer, se föreskriften namngiven ovan.