

3. INSTRUKS FOR personalets opgaver i forbindelse med borgerens behov for behandling

3.c Terminal pleje

Gældende for Bofællesskaberne CBFS

Svanepunktet & Langkærgård

Målgruppe:

Pædagoger, sygeplejersker, Social- og sundhedsassistenter, ikke-sundhedsfagligt personale og vikarer, såvel som ledere, der alle skal medvirke til at overholde denne instruks.

Udarbejdet af Sygeplejerske:

Sarah Egeris Groth

Godkendt af leder af botilbud:

Morten Ulrik Kristensen

Godkendelsesdato/Gældende fra dato:

30/02-2025 (version 2)

Dato for næste revision:

30/2-2027

Anvendelsesområde	Instruksen beskriver personalets opgaver ved behov for palliativ pleje hos terminale borgere, som er nær livets slutning. Terminal: I denne fase er det en læges vurdering, at en borger er uafvendeligt døende. Palliation: er det sundhedsfaglige ord for lindring til mennesker, der er ramt af en livstruende sygdom og er uafvendeligt døende (terminale).
Formål	• At alle medarbejdere ved, hvilke opgaver de har i forbindelse med borgerens behov for palliativ pleje, omsorg og behandling • At alle medarbejdere ved hvilke samarbejdspartnere der skal inddrages i forløbet
Ansvar	Ledelsen har ansvaret for: • at alle medarbejdere er oplærte og kan forholde sig til palliative problemstillinger, samt at de kender og følger instruksen Medarbejderne har ansvaret for: • at kende og anvende instruksen Behandlingsansvarlig læge: • Det er borgerens behandlingsansvarlige læge, der vurderer om borgeren er terminal. Det kan både være praktiserende læge og speciallæge fra hospitalet.
Pleje af terminale borgere i den tidlige terminale fase	Terminale forløb er meget individuelle, da udgangspunktet altid er den enkelte borgers samt dennes pårørendes ønsker og behov. I pleje og behandling af terminale borgere er det væsentligt, at personalet på bostederne:

	➤ Respekterer og tager udgangspunkt i borgerens ønsker og behov i den sidste tid. Fx: Skabe en rolig og omsorgsfuld atmosfære Aktiviteter (fx tur ud i naturen) Holde borgeren i hånden Er der behov for musik, stearinlys, duftlys ol. ➤ Støtter borgeren i at leve et så aktivt et liv, som denne ønsker, i den sidste tid. ➤ Medvirke til, at borgerens smerter og andre belastende symptomer lindres fx med lægeordineret PN medicin, i samarbejde med hjemmesygeplejerske, samt eventuelt Det Palliative Team (specialiserede sygeplejersker og læger). ➤ Tilser borger efter behov. Behovet og hyppigheden af tilsyn vil variere afhængigt af, hvor i den terminale fase borgeren er. Leder Morten Ulrik orienteres og inddrages løbende på mail. ➤ Såfremt borgeren ønsker at tale om særlige ønsker til begravelse, det kan være ønsker om tøj, salmer ved ceremoni o.l. Dette dokumenteres i Nexus i en plejeplan. ➤ Støtte borgerens pårørende. På Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside kan man læse mere om den sidste tid samt finde pjecer til udlevering Tryk her for at komme til hjemmeside Herunder om: Lindring i den sidste tid Fravalg af behandling i den sidste tid Behandlingstestamente Samtykke Se den sundhedsfaglige instruks "7.b Informeret samtykke".
Samarbejdspartnere og planlægning af pleje	Personalet vil i borgerens terminale forløb have flere samarbejdspartnere fx autoriserede sundhedspersoner fra eget botilbud, hjemmesygeplejersken, hjemmeplejen, praktiserende læge og evt. Det Palliative Team. Personalet vurderer i samarbejde med visitator, hvilke samarbejdspartnere borgeren har behov for inddrages i den palliative pleje. I samråd med samarbejdspartnerne, lægges der en plan for smertebehandling, medicinsk behandling og ernæring mm. <i>Hjemmeplejen</i> Borgeren kan visiteres til at hjemmeplejen varetager den personlige hygiejne, såsom nedre hygiejne og bleskift. <i>Hjemmesygeplejen</i> Sygeplejersker i hjemmesygeplejen, samarbejder med personalet omkring den medicinske palliative behandling. Det er egen læge, som skal lave en henvisning til hjemmesygeplejen, via fx MedCom besked. Ved opstart af forløb, skal der ringes direkte til hjemmesygeplejen. Det behøves ikke at gå igennem

visitationen. Planlægger opretter herefter indsatser, ud fra borgers behov for hjælp.

Som udgangspunkt tilser de og giver støtte til borgeren morgen og aften samt sparrer med personalet. Hyppigheden af besøg revurderes løbende.

Sygeplejerskerne kan tilkaldes af personalet ved behov hele døgnet dag, aften og nat.

Det er således hjemmesygeplejen der kontaktes ved forværring i tilstanden, som kræver medicinsk lindring og behandling og ikke 112.

Palliativt Team og Udekørende Hospice

Er tværfaglige specialistteams, der bl.a. består af specialuddannede sygeplejersker, læger, psykologer og fysioterapeuter, som kan lindre smerter og symptomer og hjælpe med at håndtere de udfordringer, der kan opstå, når man er uhelbredeligt syg.

I nogle tilfælde vil det være givende, at palliativt team eller udekørende hospice, er en del af det terminale forløb. Det er egen læge eller lægen på sygehuset, der vurderer dette og laver anmodninger hertil.

Når henvisningen er modtaget, vurderes det i palliativt team og udekørende hospice om borgeren kan visiteres til dem eller om de kan støtte på anden vis.

Personalet på bofællesskabet

Varetager administrationen af den faste og PN medicin, såfremt borgeren kan indtage medicin per os (indtagelse gennem munden). Hvis personalet ikke føler sig trygge og/eller i stand til at vurdere, hvornår borger skal have PN, kontaktes hjemmesygeplejersken.

Når borgeren ikke længere kan indtage medicinen per os, overtager hjemmesygeplejen den medicinske palliative behandling, herunder anlæggelse af subcutan kanyler (medicinsk nål i under huden). Personalet på bofællesskabet som skal kontakte hjemmesygeplejen eller egen læge ved ændringer i tilstanden og/eller bekymring fra personalet.

Det er altid en læge, der ordinerer den medicinske behandling, enten egen læge i dagtiden, palliativt team eller udekørende hospice hvis de er tilknyttet eller via 1813 i øvrige tidsrum.

Kontakt til

Ved behov for hjemmehjælp
Hjemmepleje Visitationen
Tlf.nr. 72 35 56 30

Ved behov for hjemmesygeplejerske
Døgnsygeplejen:
Farum: 72 16 48 1

Værløse: 72 16 49 59

Ved udskrivelse fra hospitalsvæsen

Når en borger bliver erklæret terminal af behandlingsansvarlig læge, vurderes det om borger skal

- forblive indlagt på hospitalet
- udskrives til aflastningsplads i kommunen
- udskrives til eget hjem på bofællesskabet

Forbliver borgeren indlagt eller udskrives til aflastningsplads, kan personalet besøge borgeren. Dette aftales med leder Morten Ulrik, herunder hyppighed af besøg.

Ved udskrivelse til eget hjem, skal hospitalet varsle kommunen og sende både *Plejeforløbsplan* og *Udskrivelsesrapport*, hvori der beskrives borgerens behov for pleje. Disse forefindes i KMD Nexus i borgerens journal, under *Korrespondance*.

Personalet bør være inkluderet i kommunikation fra såvel sygehusvæsen som visitationen forud for selve udskrivelsen, idet personalet kan bidrage med både indsigt og viden om borgerens liv, ønsker, behov for pleje – fysisk såvel som psykisk - ol.

Ligeledes for at afklare:

- Behov for hjemmehjælp, øget hyppighed fx
- Om det er hjemmesygeplejen eller Det Palliative Team der skal varetage den smertelindrende behandling (spørg sygehusvæsenet)
- Har borgeren de rette hjælpemidler i boligen, fx plejeseng, lift, plejeartikler (fx bleer, mundswaps)
- Hvis borgeren fx skal have iltbehandling, er det sygehusvæsenet der skal sørge for at dette er installeret inden borgeren kommer hjem
- Hvis borgeren fx udskrives med KAD (urinkatether), skal sygehuset medgive remedier til dette (fx ekstra urinposer, holdere ol.)

Når borgeren udskrives fra sygehuset, skal personalet følge op på følgende:

- At der foreligger de relevante recepter og personalet henter medicinen på apoteket inden borgeren kommer hjem
"Tryghedspakken" kan ikke længere udleveres på apoteket, lægen skal derfor ordinere præparaterne individuelt (husk at sige det til sygehuset)
- Bed sygehuset om, at medgive *Udskrivningsresume*, som er en opsummering af forløbet og plan for behandling
- Sygehuset medgiver altid medicin til 3 døgn, samt medicinliste
- At relevante remedier er installeret inden udskrivelsen. Såfremt dette ikke er tilfældet, kontaktes sygehusafdelingen og evt. visitationen i kommunen, mhp. at borger ikke kan udskrives endnu, da dette skal være på plads inden.

Dokumentation i KMD Nexus	Dokumentation af behandlingsniveau og genoplivning Når lægen har erklæret beboeren terminal og at der er fravalgt behandling, genoplivning ved hjertestop og indlæggelse, dokumenteres dette i Nexus under: - <i>Overblik – ”CVB. Sundhedsfaglig dokumentation” – Helbredsoplysninger:</i> behandlingsniveau beskrives i feltet ”Aftaler med behandlingsansvarlig læge” - <i>Overblik – ”Særlige opmærksomheder” – Registrer:</i> ❖ <i>”Terminalerklæring”</i> ❖ <i>”Øvrige erklæringer”:</i> vælg ”Fravalg af genoplivningsforsøg”. ❖ Såfremt at livsforlængende behandling afbrydes og/eller fravælges, skal dette dokumenteres i skemaet ”Fravalg og afbrydelse af livsforlængende behandling” Print notat fra lægen med ordinationen på fravalg af genoplivning og behandlingsniveau, som ligges i beboerens lejlighed et synligt sted (fx gerne på køleskab/opslagstavle eller bord), så der ikke genoplives eller ringes 112 efter ambulance, hvis beboeren afgår ved døden. Daglig dokumentation Medarbejderne skal dagligt dokumentere deres observationer, pleje og behandling i et sundhedsfagligt notat, minimum 1 x i hver vagt. Når beboeren er afgået ved døden og der har været foretaget lægetilsyn der har underskrevet dødsattesten, skal der skrives sundhedsfagligt notater herpå. Koordinering Behandlingsplan for pleje og behandling dokumenteres løbende i sundhedsfaglige notater. Sundhedsfagligt personale skal oprette en <i>Plejeplan</i>, hvori der står beskrevet hvad behandlingsplanen er, hvilke aftaler der er lavet med samarbejdspartnere (egen læge, hjemmepleje og sygeplejen), plan for medicinering, lejring, lindring osv.
Det sidste åndedræt - forventet dødsfald	Det sidste åndedræt Pårørende informeres, når det vurderes at være ved at være den sidste tid, så de kan være hos borgeren og sige farvel. Når borgeren har taget sit sidste åndedrag - Tænd et lys, fx enten stearinlys eller elektrisk fyrfadsls og åben vinduet Hvis beboer har ilt i hjemmet, må der IKKE tændes levende lys!! - Kontakt hjemmeplejen, som sørger for at soignere borgeren, herunder give det ønskede tøj på, fjerne evt. urinkatheter, kanyler ol., lukke øjnene pænt i og fiksere munden/kæbe. - Læg blomster i hånden på afdøde

	- Såfremt pårørende ikke har kunne være tilstede, informeres der om dødsfaldet - Informer bostedets leder Morten Ulrik på Tlf.nr: 7216 5050 Ring i dag- og aftentid, sms om natten. Dødsattest Dagstid Personalet skal kontakte praktiserende læge telefonisk i dagstid i hverdagene. Det er lægens opgave at udfylde en dødsattest (lægetilsyn) Aftenen og natten Om aftenen og natten og i weekender, skal akuttelefonen 1813 kontaktes. Afdøde må ikke afhentes af bedemanden, før lægen har udskrevet dødsattesten.
--	--

Lovgrundlag, bekendtgørelse og vejledning for instruksen	https://stps.dk/da/ansvar-og-retningslinjer/patienters-retsstilling/en-god-afslutning-paa-livet/lindring-i-den-sidste-tid/ Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside om den sidste tid https://stps.dk/da/ansvar-og-retningslinjer/patienters-retsstilling/en-god-afslutning-paa-livet/lindring-i-den-sidste-tid/
---	--