

# Palliativ Handlingsplan

# Innehållsförteckning

Bakgrund och vision.....	1
Centrala begrepp och definitioner.....	2
De fyra hörnstenarna.....	3
Nya synsätt.....	4
Den palliativa vården.....	5
Basal palliativ vård.....	6
Åtgärder vid brytpunkt för palliativ vård i livets slutskede.....	8
Syfte och mål.....	9
<b>Handlingsplan</b>	
Läkarens ansvar.....	9
Patientansvarig sjuksköterskas ansvar.....	11
Områdeschefens ansvar.....	11
Biståndshandläggarens ansvar.....	12
Distriktssjukgymnastens ansvar.....	12
Distriktsarbetsterapeutens ansvar.....	13
Omvårdnadspersonalens ansvar.....	13
Allas gemensamma ansvar.....	13
<b>Kvalitetssäkring</b>	
Omvårdnadspärm.....	14
Vårdplan utskrift från Procapita.....	15
Bedömningsinstrument.....	15
Närstående och personal.....	16
Bilagor.....	18-20

# Grundläggande palliativ vård i livets slutskede

## Bakgrund och vision

Människor som vårdas i livets slutskede finns inom samtliga specialiteter i såväl öppen som sluten vård samt inom den kommunala vården. Drygt 40 % av de döende tillbringar sin sista tid inom kommunala boendeformer och en tredjedel på sjukhus. Många äldre kommer dessutom, de sista två veckorna i livet, bli föremål för förflyttningar mellan slutenvård och hemvård för att slutligen avlida på sjukhus. Varje år avlider cirka 1,7 % av kommunens befolkning (ca 220 pers) och uppskattningen är att 80 % av dessa skulle ha nytta av den palliativa vårdens innehåll.

Visionen är att alla människor boende i Torsby kommun, med sina unika behov, tillförsäkras en värdig och välfungerande vård vid livets slut och att palliativ vård av god kvalitet ska bedrivas såväl vid palliativa verksamheter som brett inom hela sjukvårdssystemet och den kommunala omsorgen.

Även när livet går mot sitt slut finns behov av ett strukturerat arbetssätt för att tillförsäkra kvalitet i det medicinska och omvårdnadsmässiga omhändertagandet. Föreliggande vårdprogram är ett försök att på ett enkelt sätt, genom en checklista för vården i livets slutskede, tillförsäkra patienten/vårdtagaren ett väldefinierat och högt prioriterat vårdinnehåll det vill säga basal palliativ vård. Vården kvalitetssäkras genom registrering i ett nationellt kvalitetsregister, Svenska palliativregistret ([www.palliativ.se](http://www.palliativ.se)). Enkät finns i mappen Palliativ vård och dokumentera i Procapita finns också tillgänglig i

## Värdegrund

Diskussioner har under många år förts om vad som är kvalitet i en situation när man drabbas av obotlig sjukdom, blir allt sämre och sedan avlider. British Geriatrics Society har föreslagit grundregler som återspeglar olika aspekter av kvalitet på vården i livets slutskede<sup>1</sup>. Grundtanken är att det är till gagn för oss människor:

- att veta när döden är nära och förstå vad som är att vänta
- att behålla kontrollen över vad som händer
- att få behålla värdighet och integritet
- att ha kontroll över lindring av smärta och andra symtom
- att ha valmöjligheter och kunna bestämma var man ska dö, det vill säga hemma eller på sjukhus
- att få andliga och religiösa behov tillgodosedda
- att ha rätt till palliativ vård oavsett vårdform eller vårdgivare

*M M Re*

- att få bestämma över vem eller vilka som är närvarande på slutet
- att ha tid att ta farväl
- att få dö när det är dags och inte få livet förlängt när det inte längre finns någon mening

<sup>1</sup> British Geriatrics Society, Palliative and End of Life Care of Older People, BGS Compendium Document 4.8, 2004, reviderad September 2006

## Centrala begrepp och definitioner

### Etisk plattform

Etik är reflektion över värderingar och normer som både visar sig i, och döljer sig bakom, vårt förhållningssätt, våra ord och våra handlingar. Med etisk plattform avses att särskilt belysa den etiska grund på vilken hälso- och sjukvården vilar. Grunden i all sjukvård är den humanistiska människosynen, som knyter människovärdet till människans existens. Alla människor har lika värde och samma rätt, oberoende av personliga egenskaper (människovärdesprincipen). Vidare bör tillgängliga resurser fördelas efter behov (behovs- och solidaritetsprincipen).

Människovärdet och den personliga integriteten kan upprätthållas med hjälp av de etiska principerna. Dessa är inte specifika och tydliga handlingsregler, utan anger mer generellt färdriktningen för människans val av handling. De mest kända och allmänt vedertagna principerna är:

- godhetsprincipen – att göra gott,
- icke skada-principen – att inte skada,
- rättvis principen – att vara rättvis,
- autonomiprincipen – att respektera självbestämmandet.

*mm &*

## De fyra hörnstenarna

Den palliativa vården i livets slutskede vilar på fyra hörnstenar:

- symtomlindring i vid bemärkelse, vilket innebär att smärta och andra svåra symtom lindras med beaktande av patientens integritet och autonomi. Symtomlindringen omfattar fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov,
- samarbete av ett mångprofessionellt arbetslag,
- kommunikation och relation i syfte att befrämja patientens livskvalitet, vilket innebär en god inbördes kommunikation och relation inom och mellan arbetslag och i förhållande till patienten och dennes närstående,
- stöd till närstående under sjukdomen och efter dödsfallet, vilket innebär ett erbjudande till de närstående om att delta i vården och att erhålla stöd såväl under patientens sjukdomstid, som efter dödsfallet.

## Brytpunkt

Med brytpunkt menas ett fastställande av en gräns där vården ändrar inriktning och mål. Att fastställa brytpunkten, som symboliserar övergången till palliativ vård i livets slutskede, kan vara ett svårt beslut att fatta för läkaren. Det är dock avgörande för vårdresultatet, genom att målet med vården förändras. För såväl patienter, närstående

som vårdpersonal är denna punkt ofta ej distinkt, utan en process över viss tid med en successiv förskjutning av vårdens mål. Från målet att rädda och förlänga liv, till att försöka bibehålla livskvaliteten hos patient och närstående. Studier, som handlar om att förutsäga allvarliga sjukdomars prognos och förlopp, har visat att olika yrkesgrupper inom vården baserar sin prognos på olika kliniska observationer och ofta kommer till olika slutsatser. Det är således viktigt att det bakom varje beslut, att avstå från eller att sätta in olika vårdinsatser, finns en adekvat medicinsk bedömning

och att olika personalgrupper bidrar med den kunskap de har inför varje unik situation. Det är också viktigt att detta beslut sker i dialog med patient och närstående.

Bedömningen bör ske utifrån en etisk plattform. En samlad bedömning kan sannolikt medföra säkrare prognoser.

## **Nya synsätt**

För att möjliggöra en god utveckling av den palliativa vården kommer det att krävas ett förändrat synsätt med en övergång från ett organisatoriskt perspektiv till ett behovsbaserat befolkningsperspektiv, där behoven styr vårdens utformning.

I befolkningen finns människor med olika och unika behov av palliativ vård på sjukhus, i särskilt boende eller i hemmet och den palliativa vården/medicinen bör finnas där patienten befinner sig.

Vidare bör:

- Patientens behov mötas av motsvarande kompetensnivå hos personalen.
- Vårdinnehållet, i såväl de palliativa insatserna som i den palliativa vården i livets slutskede, tydliggörs då innehållet erfarenhetsmässigt kan vara såväl basalt som specialiserat.
- En likvärdig kvalitet eftersträvas.
- Geografiska gränser inom länet kunna överskridas då kunskapsmassan inte alltid är likvärdigt fördelad.
- Palliativ vård i livets slutskede kunna ses som såväl en vertikal som en horisontell process som skär genom alla organisatoriska enheter och alla medicinska programområden (se bilaga 1).

**Den allmänt vedertagna definitionen av palliativ vård som**

**Världshälsoorganisationen(WHO 2002) har fastställt:**

Palliativ vård är ett förhållningssätt som förbättrar livskvaliteten hos patienter och deras närstående som drabbas av de svårigheter livshotande sjukdom innebär genom att förebygga och lindra lidande med hjälp av tidig identifiering, analys och behandling av smärta och andra problem, fysiska, psykosociala och existentiella.

### **Den palliativa vården:**

- Ombesörjer lindring från smärta och andra besvärande symtom.
- Bejakar livet och betraktar döendet som en normal process.
- Avser varken att påskynda eller uppskjuta döden.
- Förenar psykologiska och existentiella aspekter i patientvården.
- Erbjuder stöd för att hjälpa patienter att leva så aktivt som möjligt fram till döden.
- Erbjuder stöd för att hjälpa närstående att orka med under patientens sjukdomstid och i sorgearbetet.
- Utnyttjar ett teambaserat arbetsätt för att identifiera patienters och närståendes behov, även i sorgearbetet.
- Förbättrar livskvaliteten och kan också positivt påverka sjukdomsförloppet.
- Är tillämplig också tidigare i sjukdomsförloppet tillsammans med andra vårdinsatser vars mål är livsförlängande, som till exempel cytostatika- eller strålbehandling, och omfattar de utredningar som behövs för att bättre förstå och handlägga besvärande kliniska komplikationer.

Vård i livets slutskede, avser här palliativ vård i livets slutskede. Det är sålunda inte fråga om den vård, som skall ges för alla obotbara sjukdomar (en vård som kan sträcka sig över många år) eller till alla äldre med komplexa sjukdomstillstånd.

Vi vill emellertid understryka vikten av att den palliativa vårdfilosofin genomsyrar vården även när människor befinner sig i en tidigare fas.

*MM S*

## Basal palliativ vård

Basal palliativ vård är grunden i all palliativ vård och skall vid en definierad, dokumenterad tidpunkt, utifrån en etisk plattform och en medicinsk bedömning, erbjudas alla patienter i livets slutskede oavsett diagnos och vårdform med beaktande av etnisk tillhörighet och kulturella skillnader.

Vården skall bedrivas dygnet runt, av ett team bestående av läkare, sjuksköterska samt omvårdnadspersonal med basal kompetens inom palliativ vård (nivå A i Svensk läroplan i palliativ medicin, som kan tillämpas av alla yrkeskategorier).

### Den basala palliativa vården:

- Bedrivs brett i vårdorganisationen (i hemmet, på sjukhus eller i särskilt boende) och är kvalitetssäkrad.

Teamet av läkare, sjuksköterska samt omvårdnadspersonal uppstår ur patients och närståendes behov med möjlighet att verka dygnet runt.

- För dialog med patient och närstående för att skapa delaktighet i vården.
- Fastställer brytpunkten när patienten är i behov av palliativ vård i livets slut.
- Kräver etiska överväganden och värnar om människovärdet.
- Avslutar medicinska insatser när de inte längre gör nytta.
- Lindrar basala symtom.
- Erbjuder möjligheten att inte dö i ensamhet.
- Ger stöd till närstående under sjukdomstiden och i samband med dödsfallet.
- Har möjlighet till konsultstöd från palliativ medicinskt inriktad läkare/sjuksköterska.



## **Specialiserad palliativ vård**

Specialiserad palliativ vård har sin grund i den basala palliativa vården och skall erbjudas patienter med komplexa symtom/behov i livets slutskede där basal palliativ vård inte är tillräcklig.

Vården skall bedrivas dygnet runt, av ett multiprofessionellt/ interdisciplinärt team med kompetens inom specialiserad palliativ vård (nivå B i Svensk läroplan i palliativ medicin, som kan tillämpas av alla yrkeskategorier.

### **Den specialiserade palliativa vården:**

- Bedrivs inom specialiserade vårdenheter, eller i samverkan med dessa, när det basala teamet av läkare, sjuksköterska och omvårdnadspersonal ej är tillräckligt utifrån patients och närståendes behov.

### **Vårdprocessen**

Om vår gemensamma vision skall infrias måste alla, oberoende av profession eller huvudman, bidra.

Den enskilt viktigaste framgångsfaktorn, som också initierar vårdprocessen, är en tydlig identifiering av den palliativa patienten/vårdtagaren. Därefter sker en medicinsk bedömning av läkare (brytpunktsbedömning) där hela teamets samlade medicinska och omvårdnadsmässiga kunskap behövs, efterfrågas och används.

Brytpunktsbedömningen syftar till att avgöra om patienten befinner sig i livets slutskede men innefattar också en värdering av om olika medicinska livsförlängande åtgärder fortfarande gagnar patienten eller inte. Ett brytpunktssamtal, vars huvudsyfte fram för allt är att underlätta valfrihet, genomförs därefter med patient och närstående där information ges om att vårdens inriktning och mål har förändrats så att fokus ligger på livskvalitet. De åtgärder som därefter bör komma patienten till del sammanfattas i nedanstående checklista.

## Checklista:

### Åtgärder vid brytpunkt för palliativ vård i livets slutskede

#### Åtgärder under pågående vårdförlopp

- Värdera fortlöpande patientens och närståendes situation. Exempelvis förändring av patientens kognitiva/kommunikativa förmåga, trycksårutveckling, symtomutveckling, behov av samtalsstöd till närstående mm
- Skatta symtom fortlöpande enligt lokal rutin med skattningsinstrument t.ex. VAS/NRS (nationell kvalitetsindikator). I första hand skattar patienten själv, i andra hand vårdpersonal/närstående. En personalskattning är alltid bättre än ingen skattning alls.
- Värdera och behandla symtom som uppkommer under det fortsatta vårdförloppet
- Efterhör om den döende uttryckt önskan om att omhändertas på speciellt sätt i samband med dödsfallet eller om speciella religiösa eller kulturella ritualer ska följas

#### Åtgärder vid och efter dödsfallet

- Konstatera dödsfallet i enlighet med lokal rutin
- Erbjud efterlevande fortsatt stöd i enlighet med lokal rutin
- Registrera dödsfallet i Svenska Palliativregistret (nationell kvalitetsindikator)
- Utvärdera (+/-) i teamet den vård patienten fått i livets slutskede
- Använd enhetens data från Palliativregistret som grund för kontinuerligt lärande och systematiskt förbättringsarbete

*mm & e*

## Syfte med handlingsplanen

Att skapa rutiner och struktur - ett verktyg - för personal, i arbetet med palliativ vård inom **Torsby kommun**.

### Mål

- Att all personal, med verktygets hjälp, ska kunna bidra till högsta möjliga livskvalitet för både patienter och närstående, samt kunna stödja anhöriga i sorgearbete.
- Att ge lika god vård till alla oavsett boende

### HANDLINGSPLAN

#### Begrepp och förkortningar

PAS =patientsansvarig sjuksköterska

PAL Patientansvarig läkare

Omvårdnadspersonal = personal i hemtjänst och särskilda boenden, dag som natt.

SOL = Socialtjänstlagen

## ANSVARSFÖRDELNING

### Läkarens ansvar

- Regleras i Hälso- och sjukvårdslagen
- PAL ansvaret klart definierat på alla vårdnivåer
- Namngiven PAL på alla vårdnivåer
- Dokumentation att patienten är palliativ och att information skett med kopia till PAS
- Information till patient och anhöriga
- När en patient är utskrivningsklar ska en medicinsk epikris med information om palliativ behandlingsplan, vid hemgång, sändas till den ansvarige läkaren i primärvården samt PAS tillsammans med en signerad läkemedelslista
- Omvårdnadsepikris ska skickas med till kommunens omvårdnadsansvariga sjuksköterska + kopia på läkemedelslistan
- Klart definiera vilken läkare PAS ska vända sig till dag som natt.
- Göra hembesök vid behov – gärna tillsammans med PAS.

### Informationsöverföring

Informationsöverföring mellan huvudmän bör ske enligt uppgjorda riktlinjer.

*MUM*

## Den kommunala sjuksköterskans ansvar

- **Planera** hembesök tillsammans med PAL från primärvården alt. sköterska från palliativa teamet alt. sköterska från onkologen.
- Tillsammans med vårdtagare och anhöriga upprätta en vårdplan där mål och ansvar tydligt framgår.
- Där det tidigare inte gjorts, upprätta en omvårdnadspärm
- Att hålla vårdplanen aktuell
- Informera och handleda berörd omvårdnadspersonal
- Kontakta biståndsenheten för att i samråd bedöma fortsatta insatser.
- **Informera anhöriga om möjligheten till att erhålla närståendepenning från försäkringskassan**
- Att inom två veckor efter dödsfallet sammankalla övrig involverad personal för samtal kring det som varit. Diskutera vad som var bra och vad som fungerade dåligt. Ta fram förslag till förbättringar. Lär av det som varit. Gå igenom enkät till palliativa registret och besvara dessa tillsammans med personalen.
- Efterlevandesamtal. Ring och skicka uppföljningsenkäten med svarsbrev till MAS.

## Områdeschefens ansvar

- I samråd med patientansvarig sköterska och biståndshandläggare planera personalinsatser
- **Göra hembesök hos vårdtagaren tillsammans med patientansvarig sjuksköterska.**
- Tillsammans med patientansvarig sköterska informera personalgruppen
- Efter dödsfall sitta ner tillsammans med övrig involverad personal för att tala igenom det som varit. Diskutera vad som var bra och vad som fungerade dåligt. Ta fram förslag till förbättringar. Lär av det som varit. Gå igenom enkät till palliativa registret och besvara dessa tillsammans med personalen.

*mm* *Re*

### Biståndshandläggares ansvar

- Efter överenskommelse göra hembesök hos vårdtagaren och dennes anhöriga tillsammans med sköterska från palliativa teamet alt. kommunens hemsjukvård.
- Bedöma behov av insatser enl. SOL. Stor hänsyn tas till den enskildes önskemål och i möjligaste mån till anhöriga. **Informera om möjligheten att erhålla närstående penning från försäkringskassan.**
- I sent skede = terminal vård i samråd med PAS och Områdeschef utöka beviljade insatser efter bedömning av insatser från PAS.
- Efter dödsfall sitta ner tillsammans med övrig involverad personal för att tala igenom det som varit. Diskutera vad som var bra och vad som fungerade dåligt. Ta fram förslag till förbättringar. Lär av det som varit.

### Distriktssjukgymnastens ansvar:

- Snabb handläggning helst inom några dagar, denna patientgrupp har högsta prioritet.
- Hjälpa med smärtlindring med andra metoder än psykofarmaka.
- Hjälpa att prioritera aktiviteter som ger glädje och upplevelse meningsfulla.
- Instruktion vad gäller andningsgymnastik.
- Handledning/stöd till vårdtagare, anhöriga och personal vad gäller medicinsktekniska produkter och förflyttningsteknik.
- Efter dödsfall sitta ner tillsammans med övrig involverad personal för att tala igenom det som varit. Diskutera vad som var bra och vad som fungerade dåligt. Ta fram förslag till förbättringar. Lär av det som varit.



### **Distriktsarbetsterapeutens ansvar:**

- Snabb handläggning helst inom några dagar. Denna patientgrupp har högsta prioritet.
- Hjälpa att prioritera aktiviteter som ger glädje och upplevs meningsfulla.
- Stor generositet vad gäller hjälpmedel, att ge vad som efterfrågas.
- Handledning/stöd till vårdtagare, anhöriga och personal vad gäller medicinsktekniska produkter och förflyttningsteknik.
- Efter dödsfall sitta ner tillsammans med övrig involverad personal för att tala igenom det som varit. Diskutera vad som var bra och vad som fungerade dåligt. Ta fram förslag till förbättringar. Lär av det som varit.

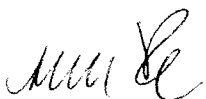
### **Omvårdnadspersonalens ansvar**

#### **Tillgodose den enskildes behov av stöd och service utifrån den individuella planen.**

- Kontakta arbetsledare vid behov
- Kontakta PAS vid förändringar i vårdtagarens tillstånd eller på vårdtagarens eller anhörigas önskemål
- Efter dödsfall sitta ner tillsammans med övrig involverad personal för att tala igenom det som varit. Diskutera vad som var bra och vad som fungerade dåligt. Ta fram förslag till förbättringar. Lär av det som varit. Ssk/Dsk går igenom enkät till palliativa registret och besvara dessa tillsammans med personalen.

### **Det är allas gemensamma ansvar**

- att vara lyhörda för vårdtagarens och anhörigas behov och önskemål
- att dokumentera
- att hjälpa till att lotsa till kontakter t.ex. sjukhuspräst, diakoni, försäkringskassa, kurator m.fl. Lotsa betyder att kan man inte själv så hänvisar man till någon som man tror kan!
- att jämna vägen för vårdtagaren genom att överföra information på ett smidigt och genomtänkt sätt
- att alltid tänka på sekretessen



## KVALITETSSÄKRING

### Omvårdnadspärm

Den patientansvariga sköterska från den kommunala hemsjukvården för den palliativa patienten gör i ordning en omvårdnadspärm. Pärmerna bör vara en och densamma som den vanliga omvårdnadspärmen med tillägg av nedan bilagor;

- Blad för egna funderingar
- Symtomkontroll
- Uppföljningssamtal

Aktuella kontaktuppgifter, läkemedelslistor, signeringslistor, signaturförtydligande, instruktioner samt vårdplaner ska alltid finnas i pärmerna hemma hos patienten. Även aktuella medicinska tekniska produkter och bruksanvisningar ska förvaras i pärmerna.

*mm*



## Vårdplan utskrift från Procapita

Omvårdnadsplan ska innehålla

- vårdtagarens personuppgifter
- en problembeskrivning, en åtgärd och ett resultat
- aktuella problem som måste förebyggas
- speciell tonvikt vid nutritionssituationen
- mål
- ordinerade omvårdnadsåtgärder – preciserat VAD, HUR, NÄR och VEM som ska utföra dem
- en handlingsberedskap och framförhållning för akuta situationer nattetid eller i samband med döendet
- ett teamtänkande där alla professioner ska ingå och dokumentera
- ett närståendeperspektiv
- planen ska kontinuerligt uppdateras utefter vårdtagarens problem och behov

### Bedömningsinstrument


- NRS/BPI skalan för smärtkontroll
- Nortonskalan för riskbedömning trycksår
- Bedömning av oral status

### Kontroll av medicinskteknisk utrustning

Medicinteknisk utrustning kontrolleras regelbundet avseende funktion och handhavandekunskap.

### Efterlevandeenkät/samtal

Efter dödsfall kontaktar PAS närstående och erbjuder möjlighet att anonymt svara på enkät (se bilaga) om hur vården upplevts.



## NÄRSTÅENDE

Det är viktigt att man som vårdpersonal respekterar varje familj utifrån deras förutsättningar och förmåga att lösa sin situation. Närstående har ofta stora kunskaper om hur den sjuke reagerar och önskar vårdas. Närståendes insatser ska mötas med respekt.

Många anhöriga vill inte lämna den sjuke när döden nalkas, andra orkar inte med att vårda intill slutet. Hjälptill att avlösa och ev. erbjuda andra vårdalternativ. Poängtera vikten av att sova, äta och kanske ta en liten promenad för att orka.

Hjälptill och visa anhöriga hur de kan t.ex. fukta läppar eller utföra andra enkla åtgärder. Inbjud dem till delaktighet och hjälptill dem att känna att de är till hjälp och stöd. Ta Dig tid att lyssna och att informera om vad som görs och vad som sker.

Erbjud samtalsstöd. Inbjud till efterlevandesamtal.

## PERSONAL

Det är angeläget att den personal som vårdar döende har kunskap om och känner igen de vanligaste psykologiska reaktionerna inför sjukdom och död och vet hur de kan bemötas. Det är också viktigt att de har god förmåga att samtala med patienter och anhöriga, även om svåra frågor.

- att ge kontinuerlig och individuellt anpassad information till patient och närstående
- att skapa en "tillåtande" atmosfär för patient och närstående
- att skapa goda relationer mellan patienten och personalen
- att respektera patienten och visa värdighet även i, för patienten ovärdiga situationer
- att se till patientens behov och inte sina egna
- att aktivt lyssna till vad patient och närstående säger
- att ha en hållbar förmåga dvs. orka ta emot svåra tankar och känslor
- att kunna vara en förmedlande länk mellan patient och närstående
- att inte ge information till närstående som undanhålls patienten
- att uppmuntra det friska även hos en svårt sjuk människa

*MUR*

- att vara där patienten är, inte före och inte efter

Att få bearbeta upplevelsen är viktigt och personalgruppen ska träffas efter ett dödsfall för att samtala om det som varit.

*" Du betyder något för att Du är Du*

*du betyder något till det sista*

*ögonblicket i Ditt liv*

*Och vi ska göra allt vi kan för att inte*

*Bara hjälpa Dig att dö i frid utan även*

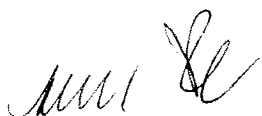
*Leva tills Du dör"*

*(Cicely Saunders)*

**En arbetsgrupp har reviderat handlingsplanen**

**Arbetsgruppen består av:**

<b>Elisabeth Aronson</b>	<b>distriktssköterska</b>
<b>Christina Jansson</b>	<b>distriktssköterska</b>
<b>Ulla-Lena Larsson</b>	<b>äldreomsorgsschef</b>
<b>Susanne Aristidou</b>	<b>MAS</b>





Uppföljningssamtal med närstående efter vårdtagares dödsfall.

Dödsdatum: \_\_\_\_\_ Personnr: \_\_\_\_\_ Kön: \_\_\_\_\_

Diagnos/Dödsorsak: \_\_\_\_\_ Väntat dödsfall: \_\_\_\_\_ Övåntat dödsfall: \_\_\_\_\_

Avliden i: Hemmet/Ordinärt boende  
 Servicehus  
 Gruppboende  
 Korttidsboende  
 Sjukhus

Vårdtid: \_\_\_\_\_  
 Vårdtid: \_\_\_\_\_  
 Vårdtid: \_\_\_\_\_  
 Vårdtid: \_\_\_\_\_  
 Vårdtid: \_\_\_\_\_

Bemötande

1. Tycker du att din närstående bemöttes med respekt och fick gott bemötande ?

Stämmer inte alls |-----| Instämmer helt  
 0 5 10

2. Tycker du att du som närstående bemöttes med respekt och fick ett gott bemötande?

Stämmer inte alls |-----| Instämmer helt  
 0 5 10

3. Tycker du att dina önskemål som närstående blev efterfrågade och respekterade?

Stämmer inte alls |-----| Instämmer helt  
 0 5 10

Tillgänglighet

4. Hur tycker du tillgängligheten till sjuksköterska har varit ?

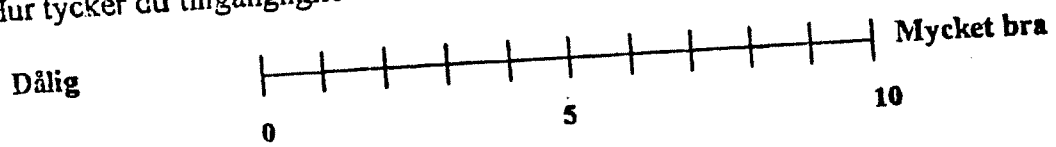
Dålig |-----| Mycket bra  
 0 5 10

5. Du och din närstående visste vilken sjuksköterska som hade ansvaret för omvårdnaden.

Stämmer inte alls |-----| Instämmer helt  
 0 5 10

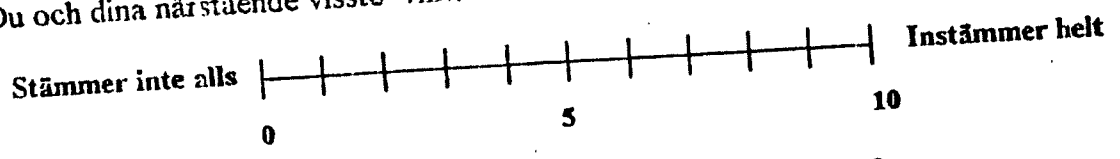
*MUM*

6. Hur tycker du tillgängligheten till läkare har varit ?

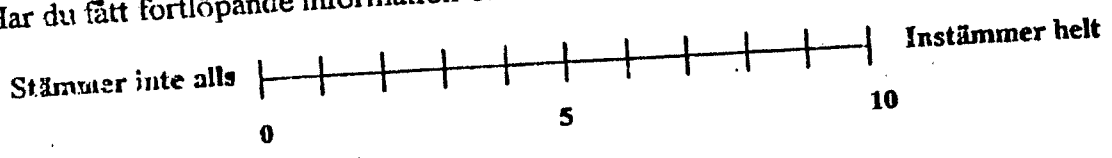


Information

7. Du och dina närstående visste vilken doktor som hade det medicinska ansvaret för vården?



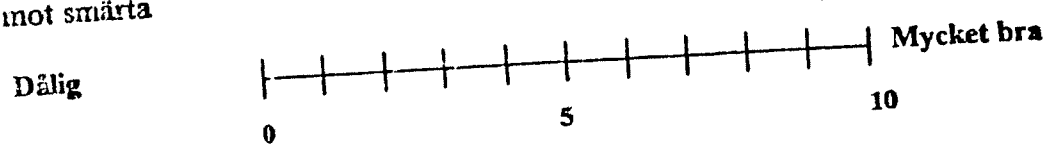
8. Har du fått fortlöpande information om din närståendes sjukdom ?



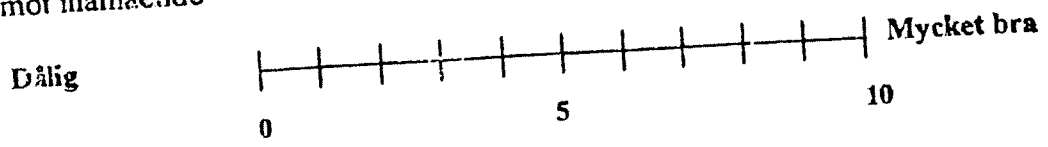
Symtomlindring

9. Hur upplevde du att din närstående fick symtomlindring?

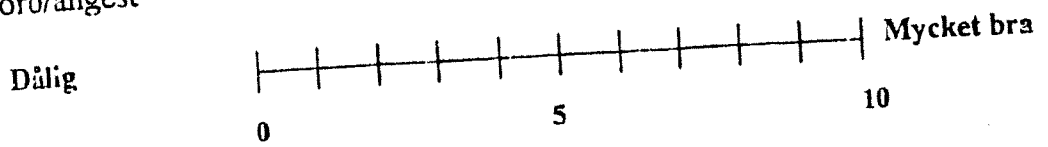
a) mot smärta



b) mot illamående



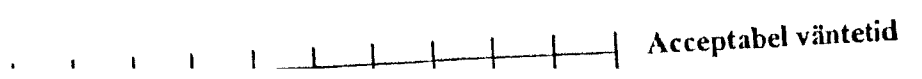
c) oro/ångest



Övrigt

10. Om din närstående har behövt hjälp, hur har väntetiden varit ?

a) dagtid



*Handwritten signature*