

## Lokalt Handlingsprogram för Palliativ vård i livets slut i Ulricehamn

---

De flesta människor i Sverige dör den långsamma döden där döendet är ett utdraget förlopp till följd av sjukdom eller ålder. Under senare år har fler tenderat att vilja tillbringa sin sista tid i det egna hemmet eller på särskilt boende. Statistik över antalet avlidna i Ulricehamns kommun visar att år 1998 dog 280 personer skrivna i Ulricehamn varav ca 38% på sjukhus. År 2004 dog 255 personer skrivna i Ulricehamn varav ca 33% avled på sjukhus. Åldersfördelningen visar att 90% av de avlidna 1998 och 92% 2004 var personer 65 år eller äldre.

Den palliativa vården är en aktiv vårdform som börjar då sjukdom inte längre är botbar eller om kroppen inte orkar längre på grund av ålderdom. Vård och behandling riktar sig då mot att lindra och/eller förebygga plågsamma symtom såsom smärta, illamående, andnöd mm. Den palliativa vården bygger på de fyra hörnstenarna Symtomkontroll, Teamarbete, Kommunikation och relation samt Stöd till närstående (se Vårdprogrammet) och skall erbjudas alla i livets slut oavsett diagnos och ålder. Den är inte knuten till särskilda byggnader utan skall kunna ges i det egna hemmet, i särskilt boende eller på sjukhus. Det är viktigt att den sjuke själv, så långt det är möjligt, får välja var hon/han vill vårdas och dö.

I den palliativa vården i Ulricehamn kan PRIS (Palliativt Resursteam i Södra Älvsborg/Borås) ingå i planeringen och utformningen av olika delar som t ex vid symtomlindring, stöd till patienter, närstående och vårdpersonal, utbildning och rådgivning och/eller vid samverkan mellan olika vårdgivare med målsättning om att ge patienten trygghet och valfrihet. PRIS finns m a o till för patienter, närstående och vårdpersonal i samband med palliativ vård. Patienter ansluts till PRIS via remiss från ordinarie läkare. Idag är det ofta de patienter som har en cancerdiagnos som är knutna till PRIS.

Eftersom alla människor, oavsett diagnos eller ålder, skall kunna ta del av den palliativa vården i Ulricehamn finns behov av att underlätta en fördelning av ansvar och tillvägagångssätt. Följande målsättningar med tillhörande handlingsprogram beskriver anpassningar av det Lokala vårdprogrammet för palliativ vård i livets slut till de lokala förutsättningar som finns i Ulricehamn. Det utgör en beskrivning över vad som skall göras, vem som skall göra det samt när och hur det skall göras.

---

**Målsättning1: Den sjuke skall, så långt det är möjligt, kunna behandlas i hemmet eller där hon/han vistas.**

VAD	VEM	NÄR	HUR
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Den sjuke skall inte flyttas mellan olika vårdgivare om det inte finns något behov av en meningsfull medicinsk insats som ej kan erbjudas på plats eller kräver speciell teknisk utrustning.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PAL</li> <li>▪ PAS</li> <li>▪ Biståndshandläggare</li> <li>▪ Enhetschef</li> <li>▪ Undersköterska</li> <li>▪ Arbetsterapeut</li> <li>▪ Sjukgymnast</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Då det finns behov av medicinsk bedömning, ordination och/eller stöd och råd från läkare.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vårdformen Palliativ vård skall finnas dokumenterat i patientens journal samt vara förankrat hos den sjuke, närstående och personal.</li> <li>▪ Förhållningssätt och kontinuerlig kontakt mellan vårdgivarna där läkare har kännedom om patienten och har möjlighet att göra medicinsk bedömning.</li> <li>▪ Kontinuitet bland personal runt den sjuke och närstående.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Öka tryggheten i hemmet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PAL</li> <li>▪ PAS</li> <li>▪ Biståndshandläggare</li> <li>▪ Enhetschef</li> <li>▪ Undersköterska</li> <li>▪ Arbetsterapeut</li> <li>▪ Sjukgymnast</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kontinuerligt i den dagliga omvårdnaden (även nattetid).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vården och omsorgen skall vara lättillgänglig och upplevas nära.</li> <li>▪ Välplanerad vård som bidrar till att väntetider undviks.</li> </ul>

<i>VAD</i>	<i>VEM</i>	<i>NÄR</i>	<i>HUR</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Möjliggöra planerad symtomlindring dygnet runt då behovet uppstår.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PAL</li> <li>▪ PAS</li> <li>▪ Tjänstgörande sjuksköterska</li> <li>▪ Undersköterska</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Välplanerat och ordinerat av PAL att administreras då den sjuke har behov.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ”Trygghetslåda” finns hos den sjuke med de vid behovs-ordinationer som PAL givit.</li> <li>▪ Kommunens basläkemedelsförråd med utvidgad lista för palliativ vård finns på Hester.</li> </ul>

***Målsättning2: Den sjukes vård planeras och utförs av ett team bestående av så få personer som möjligt.***

<i>VAD</i>	<i>VEM</i>	<i>NÄR</i>	<i>HUR</i>
Bibehålla kontinuitet bland vårdens och omsorgens personal.	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ PAL</li><li>▪ PAS</li><li>▪ Biståndshandläggare</li><li>▪ Enhetschef</li><li>▪ Undersköterska</li><li>▪ Arbetsterapeut</li><li>▪ Sjukgymnast</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Samordnad vårdplanering på lasarettet.</li><li>▪ Individuell vårdplanering i Ulricehamn.</li><li>▪ Arbetsledning och arbetsfördelning.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ansvaret tydliggjort och tilldelat några som kontinuerligt finns med vid vårdens utformning.</li><li>▪ God kommunikation och informationsöverföring så att alla inblandade i teamet har den aktuella situationen klar för sig.</li></ul>

**Målsättning3: Öka tryggheten i vården och omsorgen.**

VAD	VEM	NÄR	HUR
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Samtal och dialog.</li>   <li>▪Handledning till vårdpersonal i det nära vårdandet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Personal – personal Personal – anhörig Personal – den sjuke Anhörig – den sjuke</li>   <li>▪ Kommunens distriktssköterska.</li>   <li>▪ Annat? (<i>Diakon</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fortlöpande - vid behov.</li>   <li>▪ Fortlöpande – vid behov.</li>   <li>▪ Vid behov.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Individuellt.</li>   <li>▪ Genom god kommunikation mellan personal, PAS och annan involverad i teamet.</li>   <li>▪ Kontakt tas med <i>tex diakon, annan.</i></li> </ul>

<i>VAD</i>	<i>VEM</i>	<i>NÄR</i>	<i>HUR</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Besvara praktiska frågor kring kostnader för kommunens vård och omsorg.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Biståndshandläggare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vid behov.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Information och samtal. Kommunens informationsbroschyr. (under utarbetande)</li> </ul>

**Målsättning4: Ge närstående/efterlevande kraft att hantera sjukdomstid och sorg.**

VAD	VEM	NÄR	HUR
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Närståendes rättigheter till ledigheter med ersättning i samband med nära anhörigs sjukdomstid och död.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PAL</li> <li>▪ PAS</li> <li>▪ Biståndshandläggare</li> <li>▪ Annan personal i teamet runt den sjuke och närstående.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ I livets slutskede då närstående har behov av att vara ledig från ordinarie tjänst för att finnas vid den sjukas sida.</li> <li>▪ I anslutning till den sjukas död, begravning och den egna sorgereaktionen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informera om broschyren ”Närståendepenning” från Försäkringskassan. I den finns information om vem som har rätt att söka, antal dagar, ersättningen etc.</li> <li>▪ Hänvisa närstående att tala med sin arbetsgivare om ev rätt till ledighet. (Flera offentliga arbetsgivare beviljar upp till 10 dagar i samband med nära anhörigs död och begravning).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Då anhörigvårdare sviktar och behov av vård och omsorgsinsatser från kommunen måste bedömas och beslutas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Biståndshandläggare</li> <li>▪ Tjänstgörande distriktssköterska i kommunen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Då anhörig, som vårdar den sjuke i ordinärt boende, själv drabbas av sjukdom eller svikt. (<i>Oförändrat medicinskt behov hos den sjuke i palliativ vård föreligger.</i> )</li> <li>▪ Vid akut behov av insatser eller omhändertagande på jourtid då biståndshandläggare inte finns i tjänst.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Genom kontakt.</li> <li>▪ Insatser sker efter individuell bedömning av tjänstgörande sjuksköterska i kommunen under jourtid. Ny bedömning och beslut fattas av biståndshandläggare närmaste vardag efter.</li> </ul>

<i>VAD</i>	<i>VEM</i>	<i>NÄR</i>	<i>HUR</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Insatser från kommunen till närstående för att stödja, underlätta och bidra till ökad livskvalitet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Biståndshandläggare (se broschyren "Närståendestöd – en information till dig som vårdar en närstående" i Ulricehamns kommun).</li> <li>▪ Anhörigsamordnare i kommunen.</li>   <li>▪ Anhörigsamordnare i kommunen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ När behovet finns hos den närstående.</li> <li>▪ För att erhålla närståendestödet från kommunen skall du som närstående utföra sådana uppgifter att kvarboende i hemmet för den sjuke inte skulle vara möjligt om insatsen inte utfördes</li>   <li>▪ När behovet finns hos den närstående.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kostnadsfri avlösning i hemmet 7 timmar/månad under dagtid.</li> <li>▪ Korttidsboende/växelvård till reducerad kostnad.</li> <li>▪ Frågor kring detta kan även besvaras av kommunens anhörigsamordnare.</li>   <li>▪ Möjlighet att delta i någon anhöriggrupp.</li> </ul>



2009-11-16

## **PM** för rutiner vid dödsfall inom hemsjukvården

Konstaterande av dödsfall är en läkaruppgift som kan anvisas till sjuksköterska i kommunal hemsjukvård. Sjuksköterskan har alltid möjlighet att avstå från uppgiften och istället kontakta bakjouren som konstaterar dödsfallet eller bistår med rådgivning.

När en hemsjukvårdspatient allvarligt försämras och beslut tas om palliativa åtgärder av läkaren – avgör också läkaren hur primärvården ska kontaktas om/när vederbörande patient avlider. I normalfallet vid ett förväntat dödsfall konstaterar vederbörande sjuksköterska dödsfallet, kontaktar respektive vårdcentral per telefon påföljande vardag samt sänder ”Namnkort vid dödsfall” till respektive vårdcentral.  
OBS! Ej till namngiven läkare eftersom en sådan försändelse kan bli liggande om denne läkare är ledig.

Om bakjouren kontaktas vid dödsfall är denne skyldig att försäkra sig om att namnkortet når rätt vårdcentral samt skicka journaldiktat till vederbörande vårdcentral.

Om bakjouren gör hembesök vid dödsfallet är denne skyldig att skriva dödsbevis samt att, nästkommande vardag, meddela ordinarie vårdcentral om dödsfallet så man har möjlighet att föranstalta om eventuell obduktion. Dödsorsaksintyg skrivs av läkare på ordinarie vårdcentral.

Detta PM är framtaget i samarbete mellan Primärvård och Vård-och omsorgsförvaltningen i Ulricehamn kommun.

Bilaga till Lokalt handlingsprogram i Palliativ vård i Ulricehamn.