

Utbildningsmaterial

Samverkan vid palliativ vård inom Vårdsamverkan Fyrbodal



VårdsamverkanFyrbodal

Jag heter Rut och jag bor i Fyrbodal. Jag ska guida dig igenom den här bildspelet, Häng med!



VårdsamverkanFyrbodal



Syftet med den delregionala rutinen

Syftet med denna delregionala rutin är att säkerställa en jämlik personcentrerad palliativ vård oavsett var i vårdkedjan patient och närstående befinner sig och att tydliggöra samarbetsformer i den palliativa processen med fokus på helhetssyn, livskvalitet och kontinuitet.

Vårdsamverkan Fyrbodals delregionala rutin samverkan vid palliativ vård börjar gälla den 1 juni 2025.



Områden för samverkan

Andningsventilator i hemmet

Avvikelser i samverkan

Antibiotikarutin

Barn och Unga ▾

Egenvård ▾

Handlingsplan psykisk hälsa

Samverkan vid palliativ vård

Samverkan vid palliativ vård fokuserar på att förbättra livskvaliteten för patienter och deras närstående genom att lindra symtom och ge stöd. Enligt Nationellt vårdprogram för Palliativ vård (2023) bygger vården på fyra hörnstenar: symtomlindring, teamarbete, kommunikation och relation samt stöd till närstående.

Palliativ vård delas in i två kategorier:

• Allmän palliativ vård

Ges av: personal med grundläggande kunskap och kompetens inom området ex. kommunal och/eller regional primärvård, NU-sjukvårdens specialistmottagningar och vårdavdelningar.

• Specialiserad palliativ vård

Vad är palliativ vård ?

Palliativ vård är ett förhållningsätt för att förbättra livskvaliteten i samband med en sjukdom som inte kan botas. Palliativ vård kan pågå en längre tid och går slutligen över till vård i livets slut.



Palliativa vårdbehov

Palliativa vårdbehov tillgodoses genom **allmän** eller **specialiserad palliativ vård**.

Allmän palliativ vård ges till patienter vars behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kunskap och kompetens i palliativ vård och utförs av kommunal och/eller regional primärvård samt specialistmottagningar och vårdavdelningar inom NU-sjukvården.

Specialiserad palliativ vård ges till patienter med komplexa symtom eller särskilda behov och utförs av ett multiprofessionellt team med särskild kunskap och kompetens i palliativ vård i samarbete med andra vårdgivare.

Allmän palliativ vård

Kommunal och/eller regional primärvård, NU- sjukvårdens specialistmottagningar och vårdavdelningar utför allmän palliativ vård.



Specialiserad palliativ vård

Palliativa enheten i NU-sjukvården

Öppenvård: Kontaktsjuksköterskan är den huvudsakliga fasta vårdkontakten för inskrivna patienter. Enheten har cirka 180–210 patienter fördelade på 15 kommuner, och samarbetar nära med kommunal primärvård.

Slutenvård: Avdelning 14 på Uddevalla sjukhus fungerar som en aktiv åtgärdsavdelning för att lindra symtom och främja livskvalitet innan utskrivning till hemkommunen.

Konsultverksamhet: Konsultteamet, bestående av kurator, sjuksköterska och läkare, stödjer den allmänna palliativa vården genom råd och stöd i identifiering av vårdbehov, symtomlindring och trygga vårdöverlämningar. Konsultteamet är tillgängligt via telefon för alla vårdenheter i NU-sjukvårdens upptagningsområde.

Kunskapsforum: Enheten anordnar nätverksträffar och erbjuder utbildning för vårdpersonal för att öka kompetensen och samverka i vårdkedjan, med fokus på tidig identifiering av palliativa vårdbehov och personcentrerad vård.

Läkemedel vid allmän palliativ vård

Palliativa trygghetsordinationer

- För patientens trygghet bör det finnas en individuell ordination av läkemedel som vid behov kan ges i injektionsform för att lindra smärta, illamående, ångest/oro och rosslighet.
- Vid start eller aktivering av palliativa trygghetsordinationer ska ny läkarkontakt tas så snart som möjligt. Ett brytpunktsamtal och översyn av läkemedelslista behöver ha genomförts innan.
- Blanketten "Palliativa trygghetsordinationer" ska alltid användas om läkemedlen inte ordinerats i Pascal. Individuell omprövning ska ske var 6:e vecka. Kommunsjuksköterskan kontaktar läkare för omprövning av ordinationerna.
- Läkemedlen tas från det kommunala akutläkemedelsförrådet (KAF).

Läkemedel vid specialiserad palliativ vård

Palliativa trygghetsordinationer

- När patienten har sitt inskrivningsbesök med läkare och kontaktsjuksköterska i Palliativa enheten så ordinerar alltid individuellt anpassade trygghetsordinationer i Pascal. När den kommunala primärvårdens sjuksköterska startar att ge de palliativa trygghetsordinationer ska alltid kontakt tas med Palliativa enheten påföljande vardag.
- Där risk för blödning, kramp eller andningshinder föreligger, ordinerar läkare enligt särskild blankett: "Läkemedel och ordinationer för patienter vid livets slut med stor risk för akut blödning, kramp eller andningshinder" [Trygghetsord vid akut blödning eller akut andningsvägshinder](#)
- Läkemedlen tas från det kommunala akutläkemedelsförrådet (KAF) förutom Buccolam munhålelösning 10 mg som får förskrivas individuellt i pascal och kan hämtas ut på apoteket



Läkemedel vid specialiserad palliativ vård

Antibiotika behandling i injektions – eller infusionsform ordinerad av läkare på Palliativa enheten till patienter som har kommunal primärvård

- Läkare på den palliativa enheten kan ordinera antibiotikabehandling i injektions- eller infusionform för patienter i hemmet. Bedömningen om antibiotika kan ges på ett patientsäkert sätt görs i samråd med sjuksköterska i kommunal primärvård och dokumenteras i patientens journal.
- Ordinerande läkare eller kontaktsjuksköterska på den palliativa enheten ger information och instruktion till ansvarig sjuksköterska i kommunal primärvården
- Palliativa enheten ansvarar för antibiotika och förbrukningsmaterial för injektion eller infusion. Beredskap för att hantera allergiska reaktioner tillgodoses via generella direktiv och läkemedel från det kommunala akutläkemedelsförrådet (KAF).

Läkemedel vid specialiserad palliativ vård

Blodtransfusion ordinerad av läkare Palliativa enheten till patient som har kommunal primärvård

- Det är patientens situation och tillstånd som avgör var det är lämpligast att ge blodtransfusion. Ordinerande läkare bedömer om blodtransfusion kan ges i hemmet på ett patientsäkert sätt i samråd med sjuksköterska i kommunal primärvård och dokumenterar detta i patientens journal. Sjuksköterska och eventuell chef i kommunal primärvård bedömer om det är genomförbart utifrån verksamhetens resurser.
- Blodtransfusionen planeras av kontaktsjuksköterska på palliativa enheten tillsammans med sjuksköterska i kommunal primärvård. Första påsen blod ges i hemmet av kontaktsjuksköterska, och andra påsen ges av sjuksköterska i kommunal primärvård. Det rekommenderas att sjuksköterskan från kommunal primärvård är med när den första påsen ges.

Läkemedel vid specialiserad palliativ vård

Övriga läkemedel ordinerad av läkare Palliativa enheten till patient som har kommunal primärvård

Läkare på Palliativa enheten kan även ordinera andra läkemedel som kan administreras parenteralt i hemmet i överenskommelse med sjuksköterska i kommunal primärvård. Läkare gör bedömning om läkemedlet kan ges i hemmet på ett patientsäkert sätt i samråd med sjuksköterska i den kommunala primärvården samt dokumenterar detta i patientens journal.



Vårdbegränsningar vid allmän palliativ vård

Vid allmän palliativ vård

När vårdansvaret övergår mellan sjukhus och regional primärvård ska ställningstagandet till vårdbegränsningar omprövas eller bekräftas.

Det beslut som är taget ska gälla tills ansvarig läkare på mottagande enhet har omprövat eller bekräftat det, vilket ska ske senast inom **7 dagar**.

Beslut om vårdbegränsningar som exempelvis ej utföra hjärtlungräddning (ej HLR) kan omprövas med längre tidsintervall beroende på patientens tillstånd. För patienter med långvariga sjukdomar kan omprövning ske med längre mellanrum, upp till ett år.

Skäl för omprövning inkluderar förändringar i patientens tillstånd eller inställning till vårdbegränsningar. Ett nytt ställningstagande bör då göras omgående för att förbli giltigt.

Vårdbegränsningar vid specialiserad palliativ vård

Vid specialiserad palliativ vård.

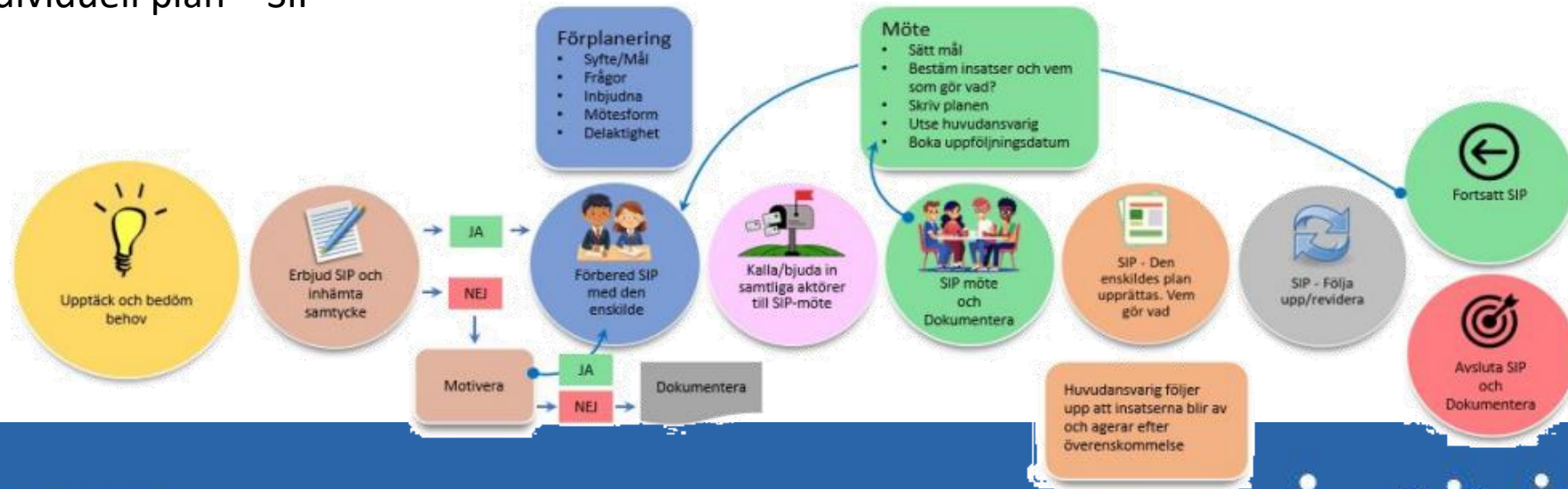
- När ställningstagande till begränsande vårdinsatser tagit av Palliativa enhetens läkare, till exempel att hjärt- och lungräddning inte skall utföras, att patienten inte skall flyttas till sjukhus vid försämring eller att patienten inte längre behöver blodtransfusion för symtomlindring, ska det framgå av Palliativa enhetens dokumentation. Aktuell journalanteckning med beslut/ställningstagande finns för kommunal och regional primärvård att ta del av i patientens journal.
- När dokumentet “Klinisk undersökning vid förväntat dödsfall” är utfärdat av Palliativa enheten, [Blankett klinisk undersökning vid förväntat dödsfall](#), dokumenteras det i patientens journal och innebär att sjuksköterska i kommunal primärvård utför den kliniska undersökningen på uppdrag från Palliativa enhetens läkare. När patienten avlidit skall journalanteckningen, där den kliniska undersökningen är beskriven, tillhandahållas Palliativa enheten omgående påföljande vardag och därefter utfärdar Palliativa enhetens läkare dödsbevis och dödsorsaksintyg.

Samordning vid palliativ vård

För att förändra och utveckla våra arbetssätt och för att uppnå vårt mål att arbeta med god och nära vård behöver vi arbeta:

- personcentrerat
- stärka kontinuitet
- samordna oss mellan huvudmännen.

För våra mest svårt sjuka, sköra patienter är det en självklarhet att med samtycke från patienten skapa en samordnad individuell plan – SIP



Samordnad individuell plan - SIP

- SIP (Samordnad individuell plan) ska ge en helhetsbild och förenkla för patienten, närstående och berörda som snabbt kan få en översikt av alla pågående insatser för den enskilde.
- Syftet med SIP (Samordnad Individuell Plan) är att säkerställa att den enskilde har inflytande och delaktighet i planeringen och genomförandet av sin hälsa, vård och omsorg. SIP-dokumentet ska tydligt ange vem som gör vad för såväl den enskilde och närstående som för verksamheterna.
- SIP-mötet skall erbjudas tidigt och verksamheter hos respektive huvudman kan bli kallade till SIP-möte utan att den enskilde behöver vara känd i verksamheten för att få sina insatser samordnade.
- Mötet bör hållas i patientens hem och med samtycke från patienten finns det goda möjligheter att ha flera av de inbjudna parterna med via länk.



Ny kallelse eller uppföljning:*

Kallelse till SIP

Kallelse till Uppföljning

Ir

Mötesdag:*

2025-06-05

Mötet startar:*

14:00

Mötet slutar:

15:00

Mötesform:*

Distansmöte online

Mötesplats:

SIP vid allmän palliativ vård

- Den medarbetaren som upptäcker behov av samordning startar SIP processen, (det kan vara regional och kommunal primärvård, socialtjänst eller öppenspecialistmottagning)
- Vid utskrivning från sjukhus är det alltid huvudansvarig fast vårdkontakt inom den regionfinansierade öppenvården som ansvarar för att bedöma behov och starta SIP-processen.



Exempel SIP vid allmän palliativ vård

Rut 86 år har legat på sjukhus i 10 dagar för sin svåra KOL och hjärtsvikt, Rut vill inte åka tillbaka till sjukhuset om hon blir försämrad, hon vill som hon säger "dö hemma hos sin katt Sixten" Ruts båda barn bor i närheten och dom instämmer helt i vad Rut vill. Ruts fasta vårdkontakt Anna på vårdcentralen ringer till Rut när hon är på sjukhus och berättar vad en SIP är och att vi kan ha ett SIP möte när Rut har kommit hem från sjukhus i hemmet. Anna kallar till ett SIP möte efter 8 dagar när Rut är hemma och planerar tillsammans med Rut vem som skall vara med och vilka frågor som skall tas upp.

Efter mötet får Rut mer hemtjänst och får beslut om kommunal primärvård där sjuksköterska Mats blir hennes fasta vårdkontakt, Mats var med på mötet och Rut tycker om Mats från första stund. Rut får också en vård säng så det skall bli lättare med andningen när hon ligger ner. Mats tar över stafettpinnen och håller i den uppföljande SIP mötet som är efter 3 veckor, datum och tid bestäms på första SIP mötet. Då kommer Ruts läkare på vårdcentralen också vara med på uppföljande SIP mötet.

SIP vid specialiserad palliativ vård

Kontaktsjuksköterskan på Palliativa enheten startar alltid SIP-processen, inhämtar samtycke, planerar och kallar till mötet tillsammans med patienten, upprättar planen och kallar till uppföljande möte.

För att säkerställa god kontinuitet bör den områdesansvariga sjuksköterskan delta i mötet om den kommunala primärvården är inbjuden.

Den regionala primärvården kan också delta beroende på patientens önskan och situation.

Den part som är närmast geografiskt patienten kan bistå med att koppla upp sig hemma hos patienten digitalt så vi sparar på allas tid och det blir ett bra möte.



Exempel SIP vid specialiserad palliativ vård

Knut 76 år har en bukspottkörtel cancer och har precis blivit inskriven i Palliativa enheten. Knut bor i Åmål med sin fru och vill helst vara hemma. Knut har svårt att äta och känner att han har en del smärtor.

Kontakt sjuksköterska Mimmi och läkare Sara från Palliativa enheten gör ett första hembesök för inskrivning samtal där Knuts fru och även sonen som bor granne är med. Knut har inga insatser från socialtjänsten eller inte beslut om kommunal primärvård.

På inskrivning samtalet uppger både Knut och makan Lotta att dom behöver hjälp från hemtjänst och även ett trygghetslarm, eventuellt några hjälpmedel, men i nuläget klara Knut sina läkemedel själv. Mimmi erbjuder att ha ett SIP möte i hemmet och berättar vad det innebär. Knut ger samtycke och tillsammans beslutar de vem som skall komma och vilka frågor som skall tas upp och ett möte bokas in.

På SIP mötet en vecka senare så är sjuksköterskan från den kommunala primärvården hemma hos paret och kopplar upp dator, med på länk är sedan Mimmi som håller i mötet, biståndshandläggare, regional primärvårds rehab. Efter mötet skriver Mimmi ihop den samordnade individuella planen där det beskrivs tydligt var Knut och hans fru skall vända sig vid försämring.

SIP vid specialiserad palliativ vård

I den samordnade individuella planen ska patientens och närståendes behov och önskemål tydligt framgå, samt vem de ska kontakta vid försämring, oavsett tid på dygnet, även om patienten inte initialt har kommunal primärvård så skall detta beskrivas i planen så att man med enkelhet kan starta insatser från den kommunala primärvården omgående.

Samordnad Individuell Plan	Aktuell version: 0	Uppdaterad: 2024-05-16 14:51	Stat
SIP - Huvuddel	SIP - Delmål		
Delmål 1:	Vad är viktigt för mig på kort sikt?:		
	att jag och min maka vet var vi skall vända oss om jag blir försämrad i min bukspottkörtelcancer. Jag vill vårdas i mitt hem min sista tid i livet.		
	Insatser/aktiviteter: Vad ska göras och när?:		
	När Knut blir försämrad skall han eller hans fru//anhöriga ringa till kontaktsjuksköterska Mimmi på den Palliativa enheten dagtid eller kvällar, nätter och helger till avdelning 14 telefonnummer : Därefter kontaktar den Palliativa enhetens sjuksköterska direkt sjuksköterska i din kommun som kommer skyndsamt göra ett hembesök.		
	Ansvarig: Vem ska göra det?:		
	Din kontaktsjuksköterska på Palliativa enheten och din sjuksköterska i kommunen		

Exempel på
hur det kan
se ut i planen



Om man inte hinner ha ett SIP möte ?

För patienter med förväntad snabb försämring eller i sent palliativt skede kan samordning och informationsöverföring via IT-tjänsten SAMSA vara tillräckligt, förutsatt att patienten ger sitt samtycke.

Planeringsmeddelandet i SAMSA används för att beskriva patientens behov och önskemål samt Palliativa enhetens ordinationer och vårdplaner. Det ska också beskriva vad kommunsjuksköterskan ska göra vid snabb försämring och vilka symtomlindrande läkemedel som ska ges i hemmet.

Ärenden ska hanteras och besvaras skyndsamt av alla parter.

Avbryt	Redigera	Spara	SparaSänd	Omsänd
--------	----------	-------	-----------	--------

Planering Aktuell version: 0 Uppdaterad: 2025-05-26 18:29

Patient Ansvar

Patientens önskemål, status, vårdförlopp och hjälpbehov

Inskrivningsdatum:
2025-05-26

Inskrivningsorsak/Kontaktorsak:
Behov av att skrivas in i den kommunala primärvården för att få hjälp med smärtlindring och hjälpmedel i livets slutskede

Ansvarig läkare:
Dr Olsson

Behov av vård och omsorg efter denna vårdkontakt enligt PATIENTEN SJÄLV:
Anna vill vårdas i hemmet den sista tiden i hemmet. Har nyligen legat på avdelning 14, men vill nu inte åter till sjukhus.

Behov av vård och omsorg efter denna vårdkontakt enligt NÄRSTÅENDE:
Make vill gärna att Anna skall vara hemma så skall han och barnen stötta i omvårdnaden. Hemtjänst insatser sedan 3 veckor

Behov av vård och omsorg efter denna vårdkontakt enligt VÅRDPERSONALEN:

Planerade hälso-, sjukvårds- och omvårdnadsåtgärder vid denna vårdkontakt:
Hjälp med smärtlindring och lugnande. Trygghetsordinationer finns.
Behov av hjälpmedel översyn i hemmet, ev toaförhöjning, duschstol, hjälp i och ur säng.]

Utförda hälso-, sjukvårds- och omvårdnadsåtgärder vid denna vårdkontakt:

Palliativa Trygghetsordinationer vid allmän palliativ vård

På vår Websida så finns en blankett för Palliativa trygghetsordinationer som kan användas om man önskar.



Vårdsamverkan Fyrbodalen

Namn och personnummer _____

Palliativa Trygghetsordinationer

Preparat/indikation	Förslag på dosering	Ordnation	Sign
Morfin* 10 mg/ml, inj. Smärta/dyspné	2,5-10 mg (0,25-1 ml) s.c	_____ ml Upprepas v.b efter 15 min.	
Haldol* 5 mg/ml (haloperidol), inj. Illamående/förvirring/hallucinationer	1-2 mg (0,2-0,4 ml) sc	_____ ml, max 10 mg/dygn. Vid illamående räcker den lägre dosen.	
Midazolam* 5 mg/ml, inj. Oro/ångest/agitation/kramper	2,5-5 mg (0,5-1 ml) sc	_____ ml Upprepas efter 20 min tills effekt. Vid kramp 0,5-1 ml sc eller buccalt.	
Robinul* 0,2 mg/ml (glykopyrronium), inj. Plågsam rosslighet	0,2 mg (1 ml)	_____ ml, sc max 4 ggr/dygn Robinul används endast i sen palliativ fas och på medvetandesänkt patient.	
Furix* 10 mg/ml (furosemid), inj	20-40 mg iv alternativt sc	_____ ml	

Ordnation KAD? _____

Ska HLR ges? _____

Finns explosivt implantat? Om JA skriv vilket implantat: _____ JA NEJ

Tjänstgörande Sjuksköterska i den kommunala primärvården får utföra den kliniska undersökningen i samband med förväntat dödsfall (SOSFS 2005:10 §5 och 6)

Sjuksköterska i den kommunala primärvården ansvarar för att kontakt tas med patientansvarig läkare på vårdcentralen som utfärdar dödsbevis samt dödsorsaksintyg

1. Datum _____

Underskrift läkare _____

Namnförtydligande _____

2. Omprövning datum _____

Dokumentet trygghetsordinationer är giltigt t.o.m _____ Individuell omprövning ska ske var 6:e vecka

Underskrift läkare _____

Namnförtydligande _____

3. Omprövning datum _____

Dokumentet trygghetsordinationer är giltigt t.o.m _____ Individuell omprövning ska ske var 6:e vecka


Underskrift läkare _____

Namnförtydligande _____

Dokumentet trygghetsordinationer är giltigt t.o.m _____ Individuell omprövning ska ske var 6:e vecka



Slut!



Tack för att du har
hängt med mig genom
hela informations-
materialet

