

Dokumentnamn: <b>Palliativ vård och vård i livets slutskede inom kommunal och regional primärvård</b>		Revision: Version:
Dokumenttyp: 8.5.0.1.1-5 (rutin)	Dokumentnummer: N/A	
Detta dokument gäller för: Hälso- och sjukvården	Programområde/funktionsområde: Lokalt primärvårdsråd	
Dokumentansvarig: Medicinskt ansvariga i Blekinges kommuner Chefsläkare Region Blekinge	Beslut av: N/A	
Beslut datum: 2016-05-09	Nästa revidering: 2025-06-01	

## Palliativ vård och vård i livets slutskede inom kommunal och regional primärvård

Palliativ vård är en aktiv helhetsvård av patienter i ett skede när sjukdom inte längre svarar på botande behandling och vården i stället inriktas på kontroll och lindring av smärta och andra symtom.

En god palliativ vård innefattar samverkan av medicinska, psykologiska och sociala insatser utifrån en individuell planering, i vilken den enskildes önskemål om vården utgör utgångspunkt.

### Syfte

Palliativ vård organiseras så att vårdbehov hos patienter i livets slutskede tillgodoses på ett tryggt och värdigt sätt.

### Allmän palliativ vård

Patienter inom palliativ vård kan delas in i två huvudgrupper där majoriteten av patienterna erhåller allmän palliativ vård.

Allmän palliativ vård ges till de patienter vars behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kompetens och kunskap inom palliativ vård. Behovet tillgodoses inom kommunal och regional primärvård i hemmet eller inom särskilda boendeformer. Allmän palliativ vård bedrivs även inom regional slutenvård.

### Specialiserad palliativ vård

Patienter med komplexa symtom eller vars livssituation medför särskilda behov som inte kan mötas inom ramen för allmän palliativ vård erhåller specialiserad palliativ vård via Region Blekinges palliativmedicinska enhet i samverkan med kommunal och regional primärvård.

[Vård av patient med behov av specialiserad palliativ vård](#)

Ett samarbete mellan



Karishamns  
kommun



KARLSKRONA  
KOMMUN



Ronneby  
kommun



REGION  
BLEKINGE



OLOFSTRÖMS  
KOMMUN



Sölvesborgs  
kommun

## Multiprofessionella team

Samverkan mellan vårdgivare och olika professioner är en förutsättning för en god palliativ vård och utgör en av de fyra hörnstenarna inom palliativ vård. Ett multiprofessionellt team inom allmän palliativ vård ska inkludera:

- Primärvårdsläkare
- Specialistsjuksköterska/Sjuksköterska
- Fysioterapeut/Sjukgymnast
- Arbetsterapeut
- Undersköterska

Vid behov kan även andra professioner anlitas enligt nedan:

- Demenssjuksköterska
- Dietist
- Specialistläkare
- Palliativt konsultteam
- Psykiatrisk kompetens
- Präst/Diakon om patientens medgivande inhämtats.

## Planering

I de fall patient med palliativ vård vårdas inom slutenvården bör en samordnad individuell plan, SIP genomföras innan utskrivning i syfte att säkerställa en god hälso-och sjukvård i samverkan.

### Inför samordnad individuell plan, SIP

SIP bör föregås av telefonrapport mellan ansvarig sjuksköterska inom slutenvården respektive kommunal primärvård samt mellan ansvarig läkare inom slutenvården respektive primärvård.

Brytpunktssamtal ska vara genomfört.

I de fall misstanke om att patientens sjukdomstillstånd kommer att kräva flera avancerade medicinska insatser i hemmet bör patientens primärvårdsläkare delta i vårdplaneringen.

### Under möte för samordnad individuell plan, SIP

Patientansvariga legitimerade inom kommunal primärvård ska delta vid SIP och en vårdplan upprättas enligt separat rutin för SIP.

## Barn och ungdom

**Barn som anhöriga:** Ansvariga inom hälso-och sjukvård ska särskilt beakta barn och ungdomars behov av information, råd och stöd i de fall deras föräldrar eller annan vuxen de varaktigt bor tillsammans med har en allvarlig sjukdom.

**Barn som patient:** Vid palliativ vård av minderårig ska alltid ske i nära samarbete med barnkliniken via Region Blekinge.

## Palliativ vård inom primärvård

### Ansvarsfördelning

Alla patienter som vårdas i hemmet ska ha en ansvarig primärvårdsläkare och en ansvarig sjuksköterska utsedd, vilket också ska framgå av patientjournalen. I de fall patienten inte gjort ett aktivt val av fast läkarkontakt sedan tidigare ska detta omgående åtgärdas via den vårdcentral där patienten är listad.

Vid planerad frånvaro ska ansvaret rapporteras över till annan utsedd kollega. Vid behov av slutenvårdsspecialist ska specialistkonsult anlitas på initiativ av primärvårdsläkare.

Inom kommunal primärvård är det alltid den patientansvariga sjuksköterskan som är ansvarig för patientens vård i hemmet, även när denne är ansluten till specialiserad palliativ team via slutenvården.

### Intern överrapportering

I anslutning till samordnad individuell plan ska patient med palliativ vård även rapporteras till kväll/nattorganisation inom kommunal primärvård. Rapporten ska innehålla aktuell information om anamnes och planerade omvårdnads- samt medicinska insatser. Rapporten ska ske även om det inte förekommer planering av insatser på jourtid.

Daglig rapport om patientens tillstånd ska ske mellan berörd personal när det anses nödvändigt.

### Hembesök av primärvårdsläkare

Hembesök ska göras i nära anslutning till hemgång av ansvarig primärvårdsläkare, senast en vecka efter utskrivning från slutenvård.

Patientens medicinska hälsoproblem hanteras inom kommunalt eller regionalt vårdteam i första hand. Vid behov ska specialistkonsult inom palliativa teamet anlitas på initiativ av primärvårdsläkare.

### Patientinformation och tillgänglighet

Ansvarig sjuksköterska inom kommunal primärvård sammanställer en patientpärm med aktuell information samt förmedlar kontaktuppgifter till patienten för snabb kontakt både dagtid och jourtid.

Ansvarig primärvårdsläkare ska vara tillgänglig för skyndsamt kontakt för konsultation eller akut hembesök.

### Läkemedelsbehandling

Primärvårdsläkare tillser att alla patienter inom palliativ vård har aktuella ordinationer för symtomlindrande behandling vid behov.

Trygghetsbox med vanligt förekommande läkemedel inom palliativ vård ska finnas tillgängligt hos patienten i god tid innan förväntat behov.

Läkemedelstillgång ska säkras så att varje sjuksköterska har tillgång till läkemedel för akut symtomlindrande behandling för att undvika lidande eller onödig vårdtid inom slutenvården.

---

Ett samarbete mellan



Karlshamn  
kommun



KARLSKRONA  
KOMMUN



Ronneby  
kommun



REGION  
BLEKINGE



OLOFSTRÖMS  
KOMMUN



Sölvesborgs  
kommun

## Uppföljning

Hos patienter med omfattande omvårdnadsbehov och/eller medicinska insatser bör teamet regelbundet träffas för uppföljning. Ansvarig sjuksköterska är sammankallande.

## Efter dödsfallet

**Utvärdering:** Teamet träffas efter dödsfallet för att gå igenom händelseförloppet, inhämta kunskap och utvärdera vårdtiden i ett lärande syfte.

**Kvalitetsregister:** Sjuksköterska inom kommunal primärvård ansvarar för att dödsfallsenkät registreras i svenska palliativregistret.

**Efterlevandesamtal:** Efterlevandesamtal ska erbjudas närstående och bör äga rum ca. en månad efter dödsfallet. Ansvarig sjuksköterska och vid behov primärvårdsläkare deltar. Samtalet ska dokumenteras i patientjournalen.

## Kompetensutveckling och utbildning

Regelbunden kompetensutveckling ska ske av ansvarig personal inom områdena smärta och palliativ vård. Utbildning planeras av ansvarig chef i samverkan med medarbetare.

## Handledning och reflektion

Att vårda svårt sjuka och döende människor kan vara påfrestande för personalen vilket föranleder behov av tillgänglig professionell handledning och möjlighet till debriefing. Detta tillgodoses av respektive arbetsgivare när behov föreligger.