



# LANDSTINGET BLEKINGE

## PM

|  |   |
|--|---|
| <b>Vård av patient med behov av specialiserad palliativ vård</b>                   |   |
| Enhet/förvaltning:<br>Förvaltningsgemensamt  | Huvudområde/delområde:<br>Medicinska PM                       |
| Ansvarig:<br>Förvaltningschef, Blekingesjukhuset<br>Förvaltningschef, Primärvården | Utfärdare:<br>Verksamhetschef Hans S Åkesson, Medicinkliniken |
| Gemensamt med:<br>Blekingesjukhuset, Primärvården och kommunerna i Blekinge        | Version:<br>1,3   |
| Godkänt datum:<br>2013-10-07   | Nästa revidering:<br>2018-05-02                               |

### Inledning - palliativ vård

*Palliativ vård* är den hälso- och sjukvård som ges i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada och som innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående<sup>1</sup>. För att uppnå en god palliativ vård är *samverkan* mellan olika vårdgivare en förutsättning<sup>2</sup>.

*Palliativ vård i livets slutskede* innebär palliativ vård som ges under patientens sista tid i livet när målet med vården är att lindra lidande och främja livskvalitet<sup>3</sup>. Livets slutskede innebär att döden är oundviklig inom en överskådlig framtid. Vid övergången till palliativ vård i livets slutskede genomförs *brytpunktssamtal* som är samtal mellan ansvarig läkare eller tjänstgörande läkare och patient om ställningstagandet att övergå till palliativ vård i livets slutskede, där innehållet i den fortsatta vården diskuteras utifrån patientens tillstånd, behov och önskemål<sup>4</sup>.

*Den palliativa vården delas in i:*

- *allmän palliativ vård*= palliativ vård som ges till patienter vars behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kunskap och kompetens i palliativ vård<sup>5</sup>. Behovet tillgodoses via kommunens distriktssköterskor tillsammans med primärvårdsläkare i hemmet eller på kommunalt boende eller via slutenvårdens kliniker och sjukhusets vårdplatser. Allmän palliativ vård bedrivs också på länets sjukhus, på nästan samtliga kliniker.
- *specialiserad palliativ vård*= palliativ vård som ges till patienter med komplexa symtom eller vars livssituation medför särskilda behov, och som utförs av ett multiprofessionellt team med särskild kunskap och kompetens i palliativ vård<sup>6</sup>

### Specialiserad palliativ vård i Blekinge

I Landstinget Blekinge tillhandahålls specialiserad palliativ vård av palliativmedicinska sektionen, medicinkliniken, Blekingesjukhuset. Målsättningen är att patienten i så stor utsträckning som möjligt ska kunna vårdas i hemmet trots komplexa sjukdomstillstånd. Vid behov finns tillgång till specialiserade slutenvårdsplatser.

Palliativmedicinska sektionens uppdrag är

- att bedriva palliativmedicinsk specialistvård i samarbete med den kommunala vården,
- att bedriva konsult- och rådgivningsverksamhet i palliativ medicin och omvårdnad samt
- att bedriva utbildning i palliativ vård och verka för kompetensökning i ämnet.

1 Definition enligt Socialstyrelsens termbank  
2, Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012–2014  
3 Definition enligt Socialstyrelsens termbank  
4 Definition enligt Socialstyrelsens termbank  
5 Definition enligt Socialstyrelsens termbank  
6 Definition enligt Socialstyrelsens termbank



## LANDSTINGET BLEKINGE

### Remittering till specialiserad palliativ vård

För att patient skall bli aktuell för specialiserad palliativ vård krävs remiss av och med angivande av patientansvarig läkare/fast vårdkontakt.

För remisskriterier och remissanvisningar se särskilt [PM om remisskriterier och remissanvisningar patient med behov av specialiserad palliativ vård.](#)

### Verksamheten är tillgänglig under ordinarie arbetstid och består av:

- Konsultteam

Det länsövergripande konsultteamet vid palliativmedicinska sektionen, bestående av läkare och sjuksköterska, svarar för att göra remissbedömningar och konsultuppdrag genom att tillhandahålla konsultbedömning, handledning och rådgivning. Konsultteamet har ansvaret för sektionens rutiner, samverkan internt och externt samt utbildningsinsatser. Konsulterna har särskild utbildning och gedigen erfarenhet inom palliativ vård. Konsultteamet är tillgängligt per telefon dagtid och bemannas av särskilt avdelad läkare och sköterskor.

Konsultteamet kan på uppdrag utföra vissa palliativa insatser gentemot patient och närstående. Se **konsultbedömning**

Till teamet hör även kurator, även tillgång till diakon finns. Dietist, sjukgymnast och arbetsterapeutresurser finns inom sjukhusets totala resurser. Sektionen samverkar med sjukhuskyrkan.

samt

- Anslutningsteam i Karlskrona och Karlshamn

Teamen är bemannade dagtid med läkare och sjuksköterskor. Den palliativmedicinska läkaren är fast vårdkontakt för anslutna patienter och ansvarar för att behandlingsplan upprättas och leder teamet i arbetet kring patienten. Sjuksköterskorna har en viktig roll i att skapa kontinuitet i vårdrelationen och samordna insatser, här ingår bl.a. att få kontakter mellan olika vårdgivare att fungera och hålla dialog med patient och närstående om vårdens planering ur psykosocial synvinkel men utför också vissa vårdinsatser som kräver specialistkunskap på sköterskenivå t.ex. ge blodtransfusion, starta och utvärdera artificiell nutrition och avancerad smärtbehandling. Personalen i anslutningsteamet samarbetar med hemsjukvårdens personal på ett sådant sätt att ett team skapas kring varje enskild patient. Hemsjukvårdssköterskan har sin största roll i den dagliga omvårdnaden och tillsynen, sätta dropp, förbereda läkemedel, ansvara för nödvändig vårdutrustning, sköta provtagning etc. dvs. samma uppgifter som tidigare genomfördes i primärvårdens regi.

### Konsultbedömning

Bedömning av inkommen remiss görs av palliativmedicinsk läkare.

Under en begränsad tid undersöker och bedömer konsultteamet patienten, ger råd och rekommendationer eller utför lämplig behandling eller behandlingsserie efter bekräftelse på mottagen remiss. Patienten behåller sin fasta vårdkontakt hos inremitterande instans. Efter konsultation eller behandlingsserie återgår patienten till inremitterande instans som behåller patientansvaret, alternativt föreslås anslutning till lokalt anslutningsteam.

- Enklare råd

Kan lämnas telefonledes men för konsultation och vid önskan om övertag av vårdansvar inleds alltid kontakt med remiss. [Se PM om Remisskriterier och remissanvisningar för patienter med behov av specialiserad vård.](#)



## LANDSTINGET BLEKINGE

- Enstaka konsult:  
Sker enligt PM om Remisskriterier och remissanvisningar för patienter med behov av specialiserad vård
- Behandlingsserie och upprepade konsultationer:  
Sker enligt PM om Remisskriterier och remissanvisningar för patienter med behov av specialiserad vård.

Upprepad konsultation kräver nära samarbete mellan palliativmedicinska sektionens konsultläkare/-sköterska och ansvarig läkare och sjuksköterska. En klar behandlingsplan med planerad uppföljning enligt överenskommen symtomskattningsskala och samsyn kring vårdens mål är angeläget.

*Regelbunden avstämning kring dessa patienter ska ske enligt rutin som överenskommes. Denna samverkan skall ske med konsultteamet vid palliativmedicinska sektionen.*

### **Anslutning av patient**

Konsultbedömning kan också leda till att beslut fattas om att föreslå anslutning av patient. Som en konsekvens övergår då patientansvaret till palliativmedicinsk läkare som därmed blir fast vårdkontakt. Patienten får på så sätt tillgång till palliativmedicinska sektionens resurser.

Patient med behov av specialiserad palliativ slutenvård och där vård i hemmet inte är möjlig på grund av symtomens svårighetsgrad kan anslutas och tas över till specialiserad palliativ slutenvårdsplats på avd. 9 i Karlshamn eller avd. 57 i Karlskrona om det är en uppenbar fördel för patienten att byta vårdavdelning. Känner sig patient och anhöriga trygga på ursprunglig klinik och det rör sig om kort förväntad vårdtid bör patienten fortsatt vårdas på ursprungsklinik men med stöd från det palliativa konsultteamet, se delat patientansvar.

OBS! Remiss tillhanda senast 3 dagar före utskrivning.

### **Indikation för anslutning:**

*När kurativ behandling inte är indicerad*

Patient med aktuella eller förväntade **komplexa** symtom oavsett var i palliativ sjukdomsfas patienten befinner sig när kurativ behandling, såsom cytostatikabehandling, inte är indicerad. Till exempel:

- patient som avböjt föreslagen behandling eller
- där behandling inte är aktuell på grund av patientens tillstånd, komorbiditet eller för att behandling bedöms utsiktslös.
- patienten har eller förväntas inom kort ha behov av vård som överskrider hemsjukvårdens/primärvårdens kompetens till exempel beroende på ökad symtombörda och minskad funktionsgrad.

Patienten **skall** i dessa fall **vara informerad** om att någon botande behandling inte finns och att fortsatt vård är inriktad på symtomlindring, vidare skall patient och anhöriga önska vård i hemmet och då acceptera hemsjukvård/hemtjänst alternativt att komma till kommunalt boende.

Om patienten vid remisstillfället vårdas ineliggande skall vården fortsätta därstädes tills utskrivning till hemmet/boende sker, dock med palliativmedicinska sektionen delaktig i vårdplaneringsprocessen.

*Under pågående cytostatikabehandling*



## LANDSTINGET BLEKINGE

Patient under pågående cytostatikabehandling med komplex symtomatologi eller komplex psykosocial situation kan vara ansluten trots att cytostatikabehandling pågår. Det ska föreligga en klar indikation för behandlingen, det vill säga att den har en tydlig symtomlindrande effekt eller bedöms vara av stort psykologiskt värde.

Samråd om behandling och fortsatt planering är då obligatoriskt och tydliga överenskommelser måste träffats kring hur samverkan mellan palliativmedicinska sektionen, inremitterande klinik och/eller vårdcentral angående uppföljning av patient; när och hur detta ska ske. De behandlande läkarna ansvarar för i vilket läge behandlingen skall seponeras, vilket ska kunna initieras av palliativmedicinsk läkare, dock tar behandlande onkolog ansvaret för att så sker.

### **Specialiserade slutenvårdsplatser**

För anslutna patienter finns särskilda vårdplatser att nyttjas vid behov av specialiserad slutenvård eller när vård i hemmet inte längre är möjligt. I Karlskrona finns dessa vårdplatser på avd. 57 och i Karlshamn på avd. 9 medicinkliniken.

### **Patientansvar, inskrivningsansvar och delat ansvar**

- Patientansvar och inskrivningsansvar

Se särskilt PM om Patientansvar och inskrivningsansvar för patienter som är anslutna till lokalt anslutningsteam för specialiserad palliativ vård

- Delat ansvar avseende anslutna inlagda patienter

Inom medicinkliniken kan ansvaret delas mellan specialist från annan sektion och palliativmedicinsk läkare. Detta förutsätter att patienten ansluts till palliativa teamet men vårdplats vid behov tillgodoses vid de platser som disponeras av aktuell sektion. Dessa patienter skall ha tillgång till direktinläggning. Detta förutsätter givetvis ett intimt samarbete mellan specialisterna.

Mellan sjukhusets klinker kan man upprätthålla samverkan runt patienter inom ramen för återkommande konsultationer, konferenser etc. Patientansvaret ligger då inte inom medicinkliniken. Då patienten efter särskild överenskommelse i det enskilda fallet står under behandling som leds av annan läkare i samråd med palliativmedicinska sektionen kan delat patientansvar upprätthållas med olika verksamheter.

Avseende anslutna patienter kommer sjukhusets övriga kliniker att samverka med konsultteamet vid palliativmedicinska sektionen via konsultationer.

### **Vårdplanering**

Sker enligt sedvanliga rutiner. Teamets anslutna patienter vårdplaneras vid behov. För övrigt tillämpas kort vårdkedja.

### **Primärvårdens<sup>7</sup> ansvar för patienter med specialiserad palliativ vård**

Primärvårdens läkare kontaktas för allmänmedicinsk rådgivning, ordinationer, ställningstagande till hembesök etc. inom ramen för primärvårdens allmänna jouruppdrag. Detta gäller även patienter som är anslutna till lokalt anslutningsteam för specialiserad palliativ vård. Primärvården står för läkarinsatser på jourtid utanför sjukhuset. Inbegriper när det gäller vård i eget boende och SÄRBO, telefonrådgivning åt kommunens sjuksköterskor som kan innebära till exempel ordination av läkemedel och allmän rådgivning. Läkaren avgör om hembesök är nödvändigt. Hembesök sker

---

<sup>7</sup> Offentlig och privat primärvård



## LANDSTINGET BLEKINGE

exempelvis vid vårdintygsbedömning, vid sjukdom mm. samt vid dödsfallskonstaterande om detta ej är delegerat till ssk.

### **Hemsjukvårdens ansvar för patienter med specialiserad palliativ vård samt primärvårdens åtaganden i hemsjukvården**

Se PM Vård i livets slut, Hemsjukvård och primärvård i Blekinge.

### **Dokumentering i journal**

Varje verksamhet ansvarar för sin dokumentation.

Palliativa sektionen dokumenterar i enlighet med medicinklinikens och sektionens rutiner.

### **Kvalitetsregister och kvalitetsindikatorer enligt Öppna Jämförelser**

Skall föras och publiceras. Indikatorerna skall följas upp för att kunna mäta och följa vårdens resultat och genomförande.

### **Styrande dokument:**

Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård  
Socialstyrelsen, fastställd 2013

Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012-2014  
Regionala cancercentra (RCC)