

Palliativ vård i samverkan

Innehåll

Palliativ vård i samverkan	1
Bakgrund	3
Syfte	3
Omfattning	3
Ansvar	4
Verksamhetschef	4
Regional primärvård	4
Specialiserad vård	5
Kommunal primärvård	6
Socialtjänst	6
Termer och begrepp	7
Genomförande	8
Brytpunktssamtal och beslut om begränsad behandling	9
Fast vårdkontakt	9
Planering av vårdåtgärder	10
Remiss till specialiserad palliativ vård	11
Symtomlindring och symtomskattning	12
Sjuksköterskans ansvar för omvårdnad och omvårdnadsordinationer	12
Arbetsterapeutiska och fysioterapeutiska åtgärder i palliativ vård	13
Samverkan vid läkemedelsbehandling	14
Dokumentation av läkemedel	14
Psykosocialt stöd och samtal	15
Anhörigstöd	15
Efterlevandesamtal	16
Kompetens och fortbildning	16
Palliativa ombud	17
Region Uppsalas etikråd	17

Handledning	17
Uppföljning.....	17
Referenser.....	18
Dokumenthistorik.....	19
Bilagor	20
Bilaga 1 Processflöde.....	20
Bilaga 2 Teamansvar och stödmaterial i palliativ vård.....	21
Bilaga 3 Vård i livets slut, checklista vid medicinsk vårdplanering.....	22
Bilaga 4: Symtomskattning.....	23
Bilaga 5. Palliativ vård - Utlämnande av läkemedel från regionens akutförråd.....	25
Bilaga 6 Stöd vid samtal	26
Bilaga 7. Palliativ vård - uppdragsbeskrivning Palliativt ombud.....	28

Bakgrund

Enligt prioriteringsutredningen SOU 1995:5 ska den palliativa vården ha högsta prioritet. I prioritetsgrupp 1 ingår vård av livshotande akuta sjukdomar, vård av svåra kroniska sjukdomar, palliativ vård och vård i livets slutskede samt vård av människor med nedsatt autonomi (1).

Inom Nationellt system för kunskapsstyrning har ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för palliativ vård utarbetats. Vårdförloppet gäller för samtliga vårdgivare som vårdar patienter med en eller flera sjukdomar som kan leda till döden inom veckor, månader eller år (2).

För att skapa förutsättningar för personcentrerad vård över huvudmannagränserna, till nytta för dem med de största och mest komplexa behov av insatser från båda huvudmännen har Nära vårdutredningen (SOU 2020:19) gjort bedömningen att kommunalt anställd hälso- och sjukvårdspersonal kan medverka i och i vissa fall utföra, hälso- och sjukvård som regionen ansvarar för att erbjuda, om regionen och kommunen enas om förutsättningarna för detta (3).

Av Primärvårdsreformens förarbete framhålls att primärvårdens uppdrag inte är begränsat till enkla, okomplicerade insatser utan att den delen av hälso- och sjukvården även svarar för att ge mer kvalificerad vård (4).

Av Uppsala läns strategi för närvårdssamverkan framgår att samordning är avgörande för att invånare med komplexa vård- och omsorgsbehov får en säker och god vård samt omsorg i det egna hemmet. En väl fungerande vård i hemmet bidrar till att förbättra tillgänglighet och till att undvika onödiga akutbesök samt in- och återinskrivningar i slutenvård. Se [Strategi för närvårdssamverkan 2021-2023, Region uppsala.se \(pdf\)](#).

Syfte

Syftet med riktlinjen är att säkerställa en personcentrerad, samordnad och jämlik palliativ vård i samverkan i Uppsala län. Riktlinjen ska:

- Tydliggöra ansvarsförhållanden mellan huvudmännen.
- Ligga till grund för verksamheternas lokala rutiner.
- Utgöra grund för uppföljning och utvecklingsarbete.

Omfattning

Riktlinjen utgår från ÄDEL och beskriver samverkan avseende allmän och specialiserad palliativ vård. Samverkan omfattar personer med behov av palliativ vård i ordinärt och särskilt boende eller annan plats där patienten har eller kommer att få kommunal primärvård, från 17 års ålder och uppåt.

Ansvar

Ansvaret som åvilar respektive huvudman avseende hälso- och sjukvård respektive socialtjänst i Uppsala län är oförändrat i relation till denna riktlinje.

Verksamhetschef

Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas någon som svarar för verksamheten, en verksamhetschef (6). Verksamhetens chef, i de fall hen inte har ansvar enligt HSL, har ansvar för tillämpliga delar beroende på delegationsordning och uppdrag.

Verksamhetschef inom regional och kommunal hälso- och sjukvård ansvarar för att:

- Det finns rutiner för att utse fast vårdkontakt.
- Den regionala verksamhetschefen ansvarar även för att ha rutiner så att en läkare utses som fast vårdkontakt för patient med livshotande tillstånd.
- Säkerställa att det finns rutiner för att informera och stödja barn som anhöriga.
- Säkerställa att medarbetarnas kompetens upprätthålls inom palliativ vård genom adekvat utbildnings- och fortbildning i palliativ vård.
- Utse palliativa ombud i verksamheten som förutom grundläggande kunskap ska fortbildas inom palliativ vård enligt bilaga 9.
- Säkerställa att vården så långt som möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten.
- Säkerställa att verksamheten registrerar enhetens dödsfall i det nationella kvalitetsregistret för god Palliativ vård; Svenska Palliativregistret samt återkopplar resultatet till verksamhetens medarbetare och ledning.
- I samråd med ansvarig sjuksköterska möjliggöra tät tillsyn och vid behov kontinuerlig närvaro.
- I enighet med riktlinjen utarbeta lokala rutiner för palliativ vård utifrån verksamhetens förutsättningar.

Regional primärvård

Vårdcentraler

Vårdcentralerna ansvarar för att det finns tillgång till läkare för patienter med behov av allmän palliativ vård i hemmet, oavsett boendeform. I vårdcentralens uppdrag ingår att utse läkare som fast vårdkontakt, genomföra brytpunktssamtal och fatta beslut om behandlingsbegränsningar. De ser över medicinering, ordinerar palliativa läkemedel samt utför planering, insatser och uppföljning tillsammans med kommunala primärvården och i förekommande fall med den specialiserade vården.

Äldrevårdsenheten

Äldrevårdsenheten bedriver vård i hemmet för långvarigt sjuka personer över 65 år med flera diagnoser som har stora svårigheter att ta sig till en vårdcentral, bor i ordinärt boende och är anslutna till den kommunala primärvården. Patienten blir listad på Äldrevårdsenheten via remiss från vårdcentral eller från kommunal primärvård (7).

Mobilt närvårdsteam

Mobilt närvårdsteam utför akuta bedömningar i patientens hem och har tillgång till patientens vårdplan via Cosmic. Mobilt närvårdsteam har utifrån vårdbehov möjlighet till direktinläggning på närvårdsplats eller på sjukhus enligt rutin (8).

Närvårdsplatser

Närvårdsplatser är slutenvård på primärvårdsnivå med dygnet-runt-verksamhet för patienter som till exempel har stora vårdbehov men som inte är i behov av den specialiserade vårdens resurser. När patienter har ett högre behov av hälso- och sjukvård än vad som är möjligt att erbjuda i hemmet eller på korttidsplats, nyttjas närvårdsplatserna (9) (10).

Specialiserad vård

Region Uppsala har ett övergripande ansvar för den specialiserade vården och utbildningsinsatser avseende specialiserade insatser.

Specialiserad palliativ vård i hemmet

Regionen har ansvar för tillgång till specialiserad palliativ vård i hemmet samt att denna erbjuds på ett jämlikt sätt i hela länet. Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping har uppdrag att bedriva specialiserad palliativ hemsjukvård. Vården erbjuds dygnet runt.

Palliativt konsultteam

Det palliativa konsultteamet (PKT) utgår från en specialiserad palliativ verksamhet och består av både sjuksköterska och läkare med specialistkompetens inom palliativ vård. PKT har ett länsövergripande uppdrag att ge konsultativt stöd i hela den palliativa vårdkedjan oberoende av huvudman, verksamhet, sjukdom, ålder eller bostadsort i länet. De ska tillhandahålla rådgivning, handledning och utbildning till vård- och omsorgspersonal samt till Uppsala läns palliativa ombud. PKT har inte ett formellt patientansvar när det gäller genomförandet av föreslagna hälso- och sjukvårdsåtgärder.

Palliativa konsultteamets webbsida:

[Palliativa konsultteamet, Akademiska.se.](#)

Palliativ mottagning

På Palliativt Centrum finns sedan 2022 en palliativ mottagning med läkare, sjuksköterska och kurator. Mottagningen arbetar diagnosöverskridande med alla patienter med svår obotlig sjukdom. Mottagningen vänder sig till patienter som inte har behov av specialiserad palliativ hemsjukvård eller slutenvård. Det är av stor vikt att en dialog finns mellan palliativa mottagningen och primärvårdsläkaren för att planera och fördela det medicinska ansvaret.

Specialiserad palliativ slutenvård

När patienten har behov som inte kan tillgodoses i hemmet eller på annan vårdplats finns slutenvårdsplatser på Hospice vid Palliativt centrum och på Lasarettet i Enköping. Inskrivning sker efter läkarbedömning, remiss och planering.

Kommunal primärvård

Kommunernas hälso- och sjukvårdspersonal innefattar sjuksköterska dygnet runt samt arbetsterapeut och fysioterapeut som finns tillgängliga vardagar. Ansvarsfördelning inom primärvårdsnivån utgår från ÄDEL-överenskommelsen och relaterade ViS-dokument (11).

Kommunal omsorgspersonal arbetar med hälso- och sjukvårdsuppgifter efter ordination och delegering från legitimerad personal.

Den kommunala primärvården ansvarar för att utföra hälso- och sjukvårdsåtgärder i hemmet både självständigt samt tillsammans med läkare. Den kommunala primärvården kan även arbeta tillsammans med läkare från den specialiserade vården. Detta ska då framgå av blankett Fördelning av medicinskt ansvar och planering av vårdåtgärder, FMA.

Socialtjänst

Kommunerna ansvarar för att möjliggöra ansökan om socialtjänstinsatser som till exempel trygghetslarm, hemtjänst, särskilda boendeformer och personlig assistans. Omsorgsinsatser och insatser vid akuta behov hanteras olika i kommunerna och kan därav inte specificeras. Vid omsorgsbehov som kräver särskilda eller omfattande insatser ges nedan exempel på sådant som kommunerna har tillgång till.

Stöd i hemmet dygnet runt

Stöd i hemmet kan vid behov erbjudas den enskilde i livets slut utifrån respektive kommuns rutiner.

Korttidsplats

Individens omsorgsbehov utgör grund för biståndsbeslut om korttidsplats enligt Socialtjänstlagen. Kommunen har korttidsplatser för personer som är i behov av tillfällig vård och omsorg dygnet runt (12).

Termer och begrepp

Palliativ vård	Hälso- och sjukvård 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.
Allmän palliativ vård	Palliativ vård som ges till patienter vars behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kunskap och kompetens i palliativ vård.
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
Palliativ vård i livets slutskede	Palliativ vård som ges under patientens sista tid i livet när målet med vården är att lindra lidande och främja livskvalitet.
Brytpunktssamtal vid övergång till palliativ vård i livets slutskede	Samtal mellan ansvarig läkare eller tjänstgörande 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.
Närstående	Begreppen anhörig och närstående används inte konsekvent i svensk lagstiftning och kunskapsstöd. I denna riktlinje används begreppet närstående även avseende anhörig.
Verksamhetens chef	I denna riktlinje används två begrepp för chef då den omfattar mer än bara hälso- och sjukvårdsverksamhet. Med verksamhetens chef avses i denna riktlinje en chef för verksamhet inom SoL, LSS och HSL.
Verksamhetschef	För bestämmelser om verksamhetschef i hälso- och sjukvården, se hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
Palliativt konsultteam	Multiprofessionellt konsultteam som utgår från en specialiserad palliativ verksamhet och som tillhandahåller rådgivning, handledning och utbildning till vård- och omsorgspersonal.
Socialtjänst	Med socialtjänst avses i första hand den verksamhet som regleras genom bestämmelser i

socialtjänstlagen (2001:453), SoL, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, samt personlig assistans som utförs med assistansersättning som regleras i 51 kap. socialförsäkringsbalken (2010:110).⁸ Även staten bedriver socialtjänst när vård enligt LVU och LVM genomförs på vårdinstitutioner som drivs av Statens institutionsstyrelse.

Särskilt boende som insats	Individuellt inriktad insats i form av boende som ges med stöd av socialtjänstlagen eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.
Särskilt boende för äldre	Boende som tillhandahåller bostäder eller platser för heldygnsvistelse tillsammans med insatser i form av vård och omsorg för äldre personer med behov av särskilt stöd.
Korttidsplats	bäddplats utanför det egna boendet avsedd för tillfällig vård och omsorg dygnet runt.
ÄDEL	I Uppsala län finns en överenskommelse sedan 1992 om hemsjukvård i ordinärt boende, den så kallade ÄDEL-överenskommelsen. Det innebär att invånare som behöver hälso- och sjukvård i hemmet, mer än 14 dagar, har fyllt 17 år och som inte på egen hand eller med stöd kan uppsöka vårdcentral kan få kommunal hemsjukvård.
Primärvård	I denna riktlinje avses med kommunal och regional primärvård en vårdnivå. Kommuner och regioner har ett delat ansvar som huvudmän för primärvården. Definitionen innebär att primärvården ska svara för behovet av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens (13).

Genomförande

Den palliativa vården kännetecknas av en helhetssyn på människan genom att stödja individen att leva med värdighet och största möjliga välbefinnande och livskvalité till livets slut, oavsett ålder och sjukdom. En god palliativ vård utgår från de fyra hörnstenarna:

- Symtomlindring i vid bemärkelse.
- Samarbete av ett mångprofessionellt team.

- Kommunikation och relation i syfte att främja patientens livskvalitet.
- Organiserat stöd till närstående under sjukdomen och efter dödsfallet.

Den palliativa vården består av olika faser, tidig och sen fas, och under dessa olika faser kan samverkan ske i varierande omfattning. Nedan beskrivs de kvalitetsområden som ska stödja samarbetet oavsett var patienten vårdas.

Brytpunktssamtal och beslut om begränsad behandling

I det palliativa vårdförloppet ingår ofta flera brytpunkter avseende vårdens inriktning. Det är viktigt att skilja på **samtal vid allvarlig sjukdom** och **brytpunktssamtal vid palliativ vård i livets slutskede**. Patienten kan ha livsförlängande och sjukdomsbegränsande behandling trots obotlig progressiv sjukdom samt vara informerad genom samtal vid allvarlig sjukdom, om sjukdomens obotlighet och att den kommer påverka livslängden.

Att identifiera övergång till palliativ vård i livets slutskede är den enskilt viktigaste faktorn för god palliativ vård och senast vid övergång till vård i livets slutskede ska brytpunktssamtal vara dokumenterat i journalen. Det är läkarens ansvar att genomföra och dokumentera brytpunktssamtal vid övergång till palliativ vård i livets slutskede enligt gällande rutiner i [Brytpunktssamtal, Region Uppsala.se \(pdf\)](#).

När patienten har flera ansvariga läkare, i primärvård och specialiserad vård, krävs en dialog om vem som utför brytpunktssamtalet.

Utöver genomförande och dokumentation av brytpunktssamtal behöver också beslut om behandlingsbegränsningar dokumenteras enligt rutin. Behandlingsbegränsningar avser de konkreta avsteg från potentiellt livsförlängande behandling som bedöms aktuella. Beslut om aktuella behandlingsbegränsningar behöver justeras under det palliativa sjukdomsförloppets utveckling och ska dokumenteras enligt mall i Cosmic.

Uppgift om behandlingsbegränsning ska vara tillgänglig för hemtjänst i det fall den kommunala primärvården inte har insatser hos patienten.

Alla kommunala vårdgivare har ansvar för att ha rutiner så att det i den kommunala journalen framgår var uppgifter finns om att palliativ vård pågår, när brytpunktssamtal är utfört av läkare och att beslut om begränsad behandling är aktuell.

Fast vårdkontakt

Verksamhetschefen ansvarar för att det för varje patient med ett livshotande tillstånd utses en legitimerad läkare, som ska vara patientens fasta vårdkontakt. Den namngivna fasta vårdkontakten ska ansvara för planeringen av patientens vård och behandling. Den fasta vårdkontakten ansvarar för att vården av patienten samordnas med insatser från andra verksamheter och huvudmän.

När en patient vårdas inom flera verksamheter har varje verksamhetschef ett ansvar för att utse en fast vårdkontakt för patienten inom sin verksamhet. Det innebär att det är

möjligt att ha flera fasta vårdkontakter, vilket inte undantar läkarens samordnade roll som fast vårdkontakt i palliativ vård (14).

Planering av vårdåtgärder

Vid övergång till palliativ vård i livets slutskede ska ett brytpunktssamtal med vårdplanering genomföras. I aktuella fall ska berörda verksamheter samverka vid riskbedömning och planering. Planeringen ska utgå från patientens behov, önskemål och i förekommande fall även den anhöriges.

För åtgärder som ska vara klargjorda innan utskrivning från slutenvård, se [Stöd för utskrivning av patient i livets slutskede, Region Uppsala.se \(pdf\)](#).

Riskbedömning

Riskbedömningen utgör grund för planeringen samt vilka åtgärder och insatser som kan behöva vidtas under vårdförloppet (15). Det är viktigt att det också framgår vilka åtgärder som ska vidtas vid akuta eller förändrade situationer.

Palliativ vårdplan

Av planering och dokumentation i den palliativa vårdplanen ska det tydligt framgå:

- Beslut om vårdens inriktning och mål och att vården har övergått i palliativ vård.
- Vilka beslut som tagits kring begränsad behandling, skäl till detta och att samråd skett mellan en läkare och en annan legitimerad yrkesutövare.
- Vilken information patienten erhållit.
- Om och vilken information anhöriga erhållit.
- Vem som ansvarar för efterlevandesamtal eller stöd till anhöriga så att det kan erbjudas samordnat.

Vid planering för vård i livets slut kan avsedd checklista användas, [bilaga 3](#).

För åtgärder som ska vara klargjorda innan utskrivning från slutenvård, se [Stöd för utskrivning av patient i livets slutskede, Region Uppsala.se \(pdf\)](#).

Patienter i livets slutskede bör inte lämnas ensamma eller utan tät tillsyn såvida det inte är klarlagt att det är deras uttryckliga önskemål. Den palliativa vårdplaneringen ska vara tillgänglig och känd av patient, anhörig och berörd personal.

I varje enskilt fall ska det tillsammans med den enskilde göras en bedömning om det finns behov av samordning mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst och behov av en samordnad individuell plan, se [Samordnad individuell plan \(SIP\) i Uppsala län, Region Uppsala.se \(pdf\)](#).

Ansvarsfördelningen mellan kommunal och regional primärvård samt specialiserad vård ska tydliggöras och dokumenteras i blankett FMA. Av den ska det även framgå var i Cosmic den palliativa vårdplanen kan hittas.

Samordnad individuell plan, SIP

I varje enskilt fall ska det tillsammans med den enskilde göras en bedömning om det finns behov av samordning mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst och behov av en samordnad individuell plan, se [Samordnad individuell plan \(SIP\) i Uppsala län, Region Uppsala.se \(pdf\)](#).

Rond

Kommunens legitimerade personal deltar utifrån patientens behov och har regelbunden kontakt med samma professioner inom den specialiserade enheten.

Dokumentation

Kommunikation och dokumentation är en förutsättning för en samordnad vård, särskilt när flera olika aktörer utför insatser i hemmet.

Legitimerad personal i kommunal primärvård har genom direktåtkomst i Cosmic tillgång till patientens journal. Journalinformation från kommunal primärvård till regionen kommuniceras genom att använda Cosmic Messenger.

Varje vårdgivare ansvarar för att ha rutiner för dokumentation av palliativ vård med utgångspunkt från den nationella vårdplanen för palliativ vård del 2D och Socialstyrelsens riktlinjer (16) (17).

Remiss till specialiserad palliativ vård

Läkare ansvarar för att skriva remiss till specialiserad palliativ vård i de fall det bedöms motiverat. Brytpunktssamtal med patienten om att vårdens inriktning är palliativ ska vara utförd innan. Patient och i förekommande fall anhöriga ska vara delaktiga och informerade om att remiss har skrivits och skälet till detta. Remisshantering sker enligt gällande rutiner.

Kriterierna för anslutning/inskrivning till den specialiserade vården ska vara samma oavsett vilken specialiserad palliativ enhet som är aktuell. Pågående sjukdomsmodifierande eller sjukdomsbegränsande behandling är inte ett hinder för anslutning.

Kriterierna utgår från:

- Komplex symtombild med behov av det multiprofessionella teamets kompetens. Det kan exempelvis röra sig om mer komplex symtomlindring av smärta, illamående, andnöd, oro/ångest eller förvirring/konfusion.
- Komplex psykosocial situation eller svår existentiell kris.
- Snabb sjukdomsprogress där komplexa symtom förväntas inom kort.

Alla remisser, inklusive de till palliativ mottagning, skickas till Palliativ Centrum inom Akademiska sjukhuset som fungerar som länsgemensam remissfunktion. Palliativt

Centrum gör en första bedömning och riktar sedan om remissen till respektive enhet för specialiserad palliativ vård.

Symtomlindring och symtomskattning

Icke farmakologiska metoder ska alltid beaktas vid symtomlindring i livets slut. Den icke-farmakologiska symtomlindringen är viktig som enskild behandling eller tillsammans med läkemedel och kan exempelvis vara passiv fysisk aktivitet, kontrakturprofylax, värme/kyla, avslappningsövningar, akupunktur och TENS.

Läkemedelskommittén för Region Uppsala har tagit fram rekommendationer för vilka läkemedel som ska ordineras vid vård i livets slutskede och återfinns i bilaga 2 i [Läkemedelshantering i samverkan och läkemedelslistor 1, 2, 3, Regino Uppsala.se \(pdf\)](#).

Symtomskattning av smärta, andnöd, illamående, oro, ångest, förvirring och bedömning av munhälsa och trycksårsrisk ska genomföras kontinuerligt för att behandla symtom och följa upp behandlingens effekt.

Som kunskapsstöd för personal att komma ihåg vilka symtom och behov som ska bedömas regelbundet finns Symtomcirkeln samt exempel på bedömningsinstrument, se [bilaga 4](#).

Sjuksköterskans ansvar för omvårdnad och omvårdnadsordinationer

Vid allmän palliativ vård på primärvårdsnivå ordinerar och utförs hälso- och sjukvårdsåtgärder av läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Vissa av dessa insatser kan ordinerar och delegeras till omsorgspersonal av kommunens legitimerade personal.

När patienten har behov av endast den specialiserade palliativa vården ordinerar och utförs hälso- och sjukvårdsåtgärder av läkare, sjuksköterska, kurator, arbetsterapeut och fysioterapeut från det specialiserade palliativa teamet.

När patienten har behov av både allmän och specialiserad palliativ vård samarbetar professioner från den kommunala primärvården och den specialiserade palliativa vården, samt ibland även den regionala primärvården. Genom planering kan vårdåtgärder fördelas mellan sjuksköterskor från kommunen och regionen. Detta ska dokumenteras i FMA. När ansvaret för åtgärder delas mellan kommunal och regional sjuksköterska ska det framgå vem som ska kontaktas av anhöriga och medarbetare vid frågor.

Respektive sjuksköterska som medverkar i patientens vård har ett eget specifikt omvårdnadsansvar oavsett huvudman eller vårdgivare.

Vid palliativ vård i livets slut, där omsorgspersonal utför omvårdnad, ska den kommunala sjuksköterskans omvårdnadsordinationer alltid innehålla:

- Att skatta smärta och andra symtom med stöd av Symtomcirkeln.

- Att bedöma trycksårsrisk med modifierad Nortonskala eller Purpose-T och vid behov ordinera vändschema.
- Att bedöma munhälsa och ordinera regelbunden munvård.

Utöver detta kan fler ordinationer ges utifrån bedömning i det enskilda fallet.

Arbetsterapeutiska och fysioterapeutiska åtgärder i palliativ vård

Ansvarsfördelningen avseende arbetsterapeutiska och fysioterapeutiska hälso- och sjukvårdsåtgärder samt hjälpmedelsinsatser utgår från beskrivningen i ViS-dokumentet [Rehabilitering, habilitering och hjälpmedel i samverkan, Region Uppsala.se \(pdf\)](#).

Fysioterapeuten ansvarar i första hand för att göra bedömningar av behov av icke farmakologisk behandling med fokus på rörelse, funktion och symtomlindring.

Arbetsterapeutens ansvarar i första hand för att göra bedömningar och identifiera behov av stöd så att olika vardagliga aktiviteter kan utföras samt utprovning av hjälpmedel och annan icke farmakologisk behandling.

Patient med pågående kommunala insatser

När en patient har kommunala insatser ansvarar kommunens arbetsterapeut och fysioterapeut för hälso- och sjukvårdsåtgärder, handledning av omsorgspersonal och hjälpmedelsåtgärder, oavsett boendeform.

Om patienten skrivs in i specialiserad palliativ vård kompletteras teamet med motsvarande professioner från specialiserat palliativt team.

När patienten enbart har allmän palliativ vård så ansvarar kommunen för hjälpmedel.

Patient utan pågående kommunala insatser i ordinärt boende

Då patienten skrivs in i specialiserad palliativ vård i ordinärt boende och patienten inte har kommunala insatser sedan tidigare ansvarar regionens arbetsterapeut och fysioterapeut för hälso- och sjukvårds- och hjälpmedelsåtgärder.

Om patienten får behov av kommunala omsorgsinsatser tas vid behov kontakt med den kommunala arbetsterapeuten och fysioterapeuten för samarbete. Det specialiserade teamet fortsätter att ansvara för avancerad behandling.

Då det finns behov av handledning eller delegering till omsorgspersonal ansvarar den kommunala arbetsterapeuten och fysioterapeuten.

Samverkan vid förskrivning av hjälpmedel under jourtid

Det är viktigt att identifiera behov av hjälpmedel i god tid för att möjliggöra att arbetsterapeut och fysioterapeut kan prova ut, iordningställa och leverera hjälpmedel under dagtid, vardagar.

För att tillgodose patientens behov under jourtid ska det finnas enklare hjälpmedel hos det specialiserade teamet, som sjuksköterskan i den specialiserade vården lämnar ut efter instruktion. Arbetsterapeut och fysioterapeut i specialiserat team följer därefter upp hjälpmedlet nästkommande vardag. Hjälpmedel som ska finnas tillgänglig under jourtid är positioneringskuddar, fristående toalett, transportrullstol och glidlakan. Vårdsäng förskrivs och levereras till patienten under vardagar.

Samverkan vid läkemedelsbehandling

Kommunens sjuksköterska ansvarar för läkemedelshanteringen där planeringen är att administrering och överlämning kommer att delegeras till omsorgspersonalen.

Sjuksköterska från specialiserad vård och sjuksköterska från kommunen kan efter riskbedömning och planering fördela ansvaret för viss läkemedelshantering mellan varandra vilket dokumenteras i blankett FMA.

Palliativa läkemedel för behandling i livets slutskede ska inte hämtas ut på apotek för varje enskild patient, utan ska tas från respektive förråd i sin helhet (18).

Läkemedel för palliativ vård i sen fas, utöver det som finns i kommunalt läkemedelsförråd, kan efter överenskommelse hämtas från exempelvis:

- Läkemedelsförråd vid närvårdsenhet/avdelning.
- Läkemedelsförråd hos specialiserad palliativ enhet.
- Alternativt vara tillgängliga i patientens hem.

I det fall läkemedel för symtomlindring ska finnas tillgängligt i hemmet och inte kan hämtas från förråd, ansvarar sjuksköterska från det specialiserade teamet att dessa ordinerade läkemedel finns tillgängliga i patientens hem.

Vid behov kan ett fåtal doser läkemedel i injektionsform finnas för symptomlindring samt material till administrering i en låst låda/ läkemedelsskåp hos patienten, som nyttjas av sjuksköterska från region eller kommun utifrån ordination när behov uppstår. Den specialiserade vården lånar ut sådant skåp.

Dokumentation av läkemedel

Signeringslistor

Signeringslista upprättas av kommunal sjuksköterska för delegerad personal och kan vara elektronisk eller i pappersform.

Då läkemedelshanteringen delas mellan sjuksköterska i den specialiserade och kommunala hälso- och sjukvården skall en signeringslista finnas för de läkemedel som utlämnats från låst låda/läkemedelsskåp. Signeringslista ersätter inte narkotikajournal.

Det är viktigt att komplettera läkemedelsadministration med skriftlig kommunikation via Cosmic messenger samt muntligt i förekommande fall.

Narkotikaklassade läkemedel i patientens hem

De narkotiska preparat som tillförs eller tas ut från patientens läkemedelsskåp alternativt den låsta läkemedelslådan ska dokumenteras i narkotikajournalen. Narkotikajournalen ska finnas placerad i samma skåp eller låda som läkemedlen. Dokumentation av iordningställande och administration till patienten sker sedan i respektive journalsystem.

Narkotikaklassade läkemedel i förråd

Utlämnande av narkotiska preparat från närvårdsenhetens förråd eller förråd hos specialiserad enhet, ska dokumenteras i narkotikajournal kopplat till respektive preparat. Bilaga 5 ska användas för att säkerställa spårbarhet vid överföring av narkotikaklassade läkemedel vid utlämnande från regionalt förråd till kommunalt förråd, se [bilaga 5](#).

Psykosocialt stöd och samtal

Samtliga vård och omsorgsprofessioner ska kunna ge allmänt psykosocialt stöd utifrån patientens och anhörigas behov.

I all palliativ vård kan den som närmar sig livets slut behöva tala om existentiella eller andliga frågor. Oupplärade eller obearbetade erfarenheter kan leda till oro, ångest, skam och skuld. Inte sällan finns livserfarenheter som kan behöva bearbetas som personen kan behöva mötas och bli sedd i. Alla teamets medlemmar, oavsett huvudman, ska ha möjlighet att ge ett visst psykosocialt och emotionellt stöd, se [bilaga 6](#).

Utöver det grundläggande stödet kan en socionom inom kommunen eller kurator inom regionen ge ytterligare viktigt psykosocialt stöd i form av:

- Samtalsstöd.
- Information.
- Praktiskt stöd och hjälp i kontakt med exempelvis Försäkringskassan och andra myndigheter.

Förutom personalgruppen eller en kurator kan Sjukhuskyrkan eller annat trossamfund vara en viktig resurs för existentiella samtal och samtal relaterade till personlig tro.

Anhörigstöd

Alla vård- och omsorgsgivare har enligt författningarna ett ansvar för att anhöriga erbjuds stöd i tidigt skede och därefter utifrån behov. Mer om hur stödet är utformat och tillgängligt i Uppsala län kan läsas i:

[Anhörigstöd i Uppsala län, Region Uppsala.se \(pdf\).](#)

[Stöd till dig som är anhörig, Regino Uppsala.se \(pdf\).](#)

Palliativregistrets riktade information kring palliativ vård kan erbjudas som komplement, Närståendestöd samt Betaniastiftelsens broschyr Till dig som är närstående - Betaniastiftelsen, som finns att beställa eller att skriva ut på flera språk, se:

[Närståendestöd, Svenska Palliativregistret.se \(pdf\).](#)

[Till dig som är närstående, Betaniastiftelsen.nu.](#)

Barn som anhöriga

Stödet till barn som anhöriga är ett lagstadgat ansvar för hälso- och sjukvården oavsett huvudman. Enligt HSL och Patientsäkerhetslagen (PSL) har barnen rätt till individanpassad information, råd och stöd. Rutiner för detta stöd ska utarbetas inom varje enskild verksamhet, som bedriver sjukvård. Huvudmännen ska även ta fram samverkansrutiner avseende stöd till anhörig där barns behov särskilt beaktas (19, 20, 21, 22).

Material för stöd finns exempelvis på:

[Stötta unga närstående, Nära Cancer.se.](#)

[Barn i sorg, Sverige, Randiga huset.se.](#)

Zebragrupper finns som stöd för att träffa andra som har förlorat någon i den närmaste familjen, se webbsida för Uppsala [Zebragrupp - Svenska kyrkan.se.](#)

Efterlevandesamtal

Palliativ vård slutar inte i och med dödsfallet utan inbegriper visst organiserat fortsatt stöd till anhöriga. Formerna för genomförande av efterlevandesamtal kan variera. Den enhet där patienten vårdades den sista tiden erbjuder efterlevandesamtalet, identifierar behov av fortsatt stöd samt dokumenterar att efterlevandesamtal erbjudits. Palliativ registret erbjuder information om vad ett efterlevandesamtal ska omfattas av i underlaget [Efterlevandesamtal, Svenska Palliativregistret.se \(pdf\)](#) eller [Efterlevandesamtal i stickformat, Svenska Palliativregistret.se \(pdf\)](#).

Efterlevande barn som anhöriga ska särskilt beaktas efter dödsfall (19, 20, 21, 22).

Kompetens och fortbildning

En god palliativ vård förutsätter att personalen har tillräcklig kunskap för att möta patienternas olika behov. Varje huvudman ansvarar för att personalen får adekvat utbildning- och fortbildning i palliativ vård. Vid de enheter som bedriver palliativ vård behöver det därför finnas struktur och kompetens för kontinuerlig fortbildning. Palliativa konsultteamet utgör en resurs för utbildning och rådgivning till alla huvudmän i Uppsala län.

Palliativa ombud

I Uppsala län ska varje vårdenhet och verksamhet ha palliativa ombud, kan vara en sjuksköterska, undersköterska, läkare eller annan legitimerad personal, som tillsammans med chef ska verka för en utveckling och förbättring av den palliativa vården på respektive enhet.

Nätverk för palliativa ombud är ett sätt att säkerställa, sprida och bevara kunskap, både i den egna organisationen och mellan organisationer samt främja samverkan.

Uppdragsbeskrivning för palliativa ombud i Regionen och kommunerna framgår av [bilaga 7](#).

Region Uppsalas etikråd

Medarbetare och ledning i hälso- och sjukvård står ibland inför beslut där det inte är självklart vad som är rätt att göra. Det är situationer som skapar etiska dilemman och värdekonflikter.

Etikrådet ger vägledning och rådgivning till dig som personal vid svåra etiska frågeställningar inom hälso- och sjukvården. Frågeställningar skickas skriftligt till ansvarig läkare via e-post: etikradet@regionuppsala.se.

Handledning

Samtliga medarbetare som vårdar patienter i palliativt skede ska erbjudas tillgång till handledning. Respektive vårdgivare ansvarar för att tillgodose behovet.

Handledning eller tid för reflektion är ett emotionellt stöd för medarbetare som hanterar känslomässigt tunga situationer i sitt arbete. Det är därför en nödvändig personalvårdande insats, inte minst för att förebygga arbetsrelaterad stress. Handledning och reflektion främjar ett kontinuerligt lärande, utvecklar det professionella förhållningssättet och gynnar samarbetet i teamet. Handledning eller gemensam reflektion, där teamets olika kompetenser kompletterar varandra, kan även bidra till att medarbetare blir tryggare samtidigt som vården blir mer personcentrerad och patientsäker.

Uppföljning

Den palliativa vården i Uppsala län ska följas upp på såväl lokal som övergripande nivå avseende Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för palliativ vård (23). Varje verksamhet i Uppsala län som vårdar patienter i livets slut ska vara anslutna till och ansvara för att registrera dödsfall i Svenska Palliativregistret. Kvalitetsregistrets huvudsyfte är att vara ett verktyg för förbättring av vård i livets slutskede.

Då patienten vårdas vid specialiserad palliativ enhet eller av specialiserad palliativ hemsjukvård i ordinärt boende ansvarar dessa verksamheter för registrering i Svenska Palliativregistret, se: [Utdataportal, Svenska Palliativregistret.se](#).

Den palliativa vårdens genomförande och kvalitet i Uppsala län ska följas upp inom ramen för samverkan och Kunskapsstyrning.

Referenser

1. [Vårdens svåra val, Regeringen.se.](#)
2. [Vårdförlopp palliativ vård | Kunskapsstyrning vård ,Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård.se.](#)
3. [Remiss av SOU 2020:19 God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem, Regeringen.se.](#)
4. [Socialutskottets betänkande: Ökad kontinuitet och effektivitet i vården - en primärvårdsreform, Riksdagen.se \(pdf\).](#)
5. [Strategi för närvårdssamverkan 2021–2023, Region Uppsala.se \(pdf\).](#)
6. [Hälso- och sjukvårdslag \(2017:30\), Riksdagen.se.](#)
7. [Äldrevårdsenheten - samverkan vid vård i ordinärt boende, region Uppsala.se \(pdf\).](#)
8. [Mobilt närvårdsteam i Uppsala län, Region Uppsala.se \(pdf\).](#)
9. [In och utskrivningskriterier, Närvårdsplatser Östhammar, region Uppsala.se \(pdf\).](#)
10. [Patientflöde till NärvårdsavdelningenUppsala, region Uppsala.se \(pdf\).](#)
11. Bilaga 8 i Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård: [Ansvarsfördelning i ordinärt boende – ÅDEL, Region Uppsala.se \(pdf\).](#)
12. Kap 7 §1 i: [Socialtjänstlag \(2001:453\), Riksdagen.se.](#)
13. [Ny definition av primärvården, Kunskapsguiden.se.](#)
14. [Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling, sfai.se \(pdf\).](#)
15. Bilaga 4 i: [Fördelning av medicinskt ansvar och planering av vårdåtgärder, Region Uppsala.se \(pdf\).](#)
16. [Nationell vårdplan för Palliativ vård, del 2D, Palliativutvecklingscentrum.se \(pdf\).](#)
17. [Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede, Socialstyrelsen.se.](#)
18. [Läkemedelshantering i samverkan och läkemedelslistor 1, 2, 3, Region Uppsala.se \(pdf\).](#)
19. [Anhörigstöd - efterlevande barn, Region Uppsala.se \(pdf\).](#)
20. [Anhörigstöd i Uppsala län, Region Uppsala.se \(pdf\).](#)
21. [Barn som anhöriga – Stöd till barn i förskola och skola som har svårigheter hemma, Socialstyrelsen.se \(pdf\).](#)
22. [Stärkt stöd till barn som anhöriga, Socialstyrelsen.se \(pdf\).](#)
23. [Nationella riktlinjer – Målnivåer Palliativ vår i livets slutskede, Socialstyrelsen.se \(pdf\).](#)

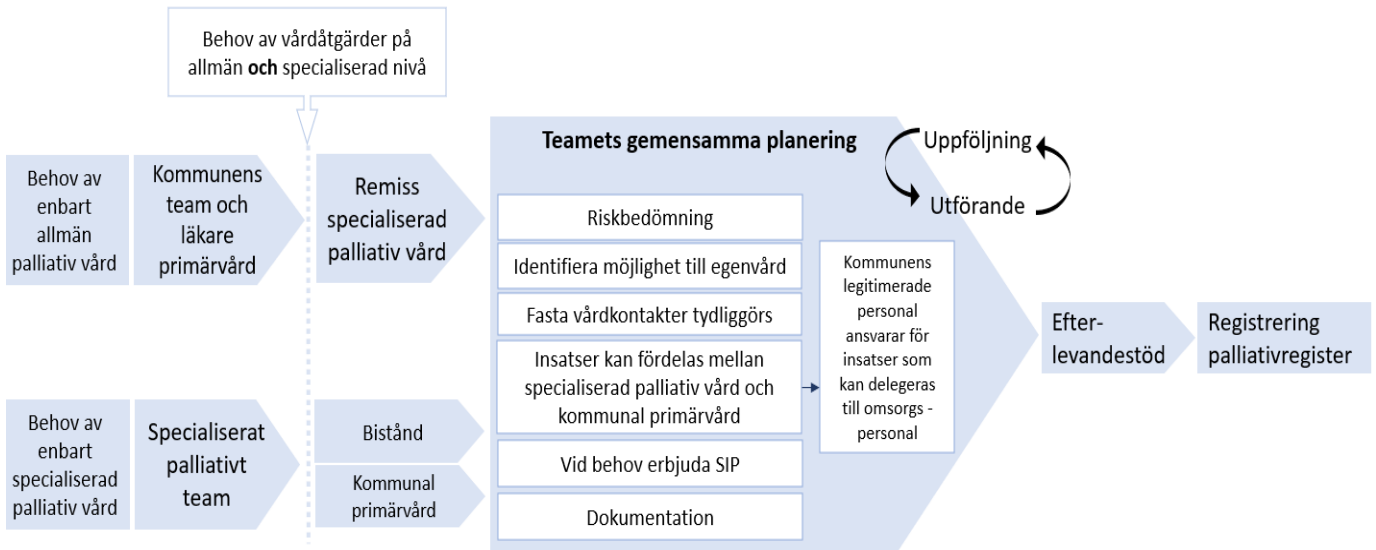
Dokumenthistorik

- 2020-06-03 Dokumentet har uppdaterats av Programråd Palliativ vård. Dokumentet har omarbetats för att vara mer anpassat efter nuvarande mall, nationella kunskapsstöd och författningar. En bilaga avseende besök hos Covid-19 patient i palliativt skede har tillagts.
- 2020-11-03 Justering av text i bilaga 2 då besöksförbud enligt Förordning (2020:163) om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre för att förhindra spridningen av sjukdomen covid-19 upphört gälla.
- 2021-12-10 Dokumentet har reviderats och förtydligats avseende vikten av jämlik palliativ vård, ansvarsfördelning, verktyg för strukturerad symtomskattning/bedömning och dokumentation av behov, vikten av strukturerade mallar i dokumentationssystemen för ett fullgott processtöd, kvalitetssäkring och patientsäker palliativ vård samt vikten av dokumenterat brytpunktsamtal. Bilaga 1 samt 3–6 har tillkommit. Rutin inför utskrivning av patient från slutenvård för palliativ vård har tillkommit (Bilaga 7).
- 2023-02-28 Bilaga 7 har förtydligats avseende respektive ansvar och justerats för att gå i linje med övriga ViS-dokument.
- 2023-06-16 Dokumentet har reviderats till följd av att en ny samverkansmodell för palliativ vård i hemmet har tagits fram. Fokus har lagts på att förtydliga samarbetet och ansvarsfördelningen mellan huvudmän och vårdnivåer. Utgångspunkt har varit patientens behov av personcentrerad och jämlik vård. Den specialiserade palliativa vårdens uppdrag i relation till den allmänna palliativa vården har klargjorts. Professionernas respektive roll och ansvar har definierats och tydliggjorts i syfte att underlätta samarbetet kring bland annat remissförfarande, läkemedelshantering, delegering, hjälpmedelsresurser samt omvårdnadsordinationer. Samtliga bilagor har justerats.
- 2023-09-20 Bilaga 5 och 7 har tillagts som länkar då de är justerade till skrivbara blanketter.
- 2023-12-19 Innehållet under rubriken *Omfattning* har justerats så att det mer tydligt framgår var samverkan sker för avsedd målgrupp.
- 2024-04-03 Dokumentet har uppdaterats med förtydligande avseende vårdplanering och SIP samt redaktionell justering i övrigt.

Bilagor

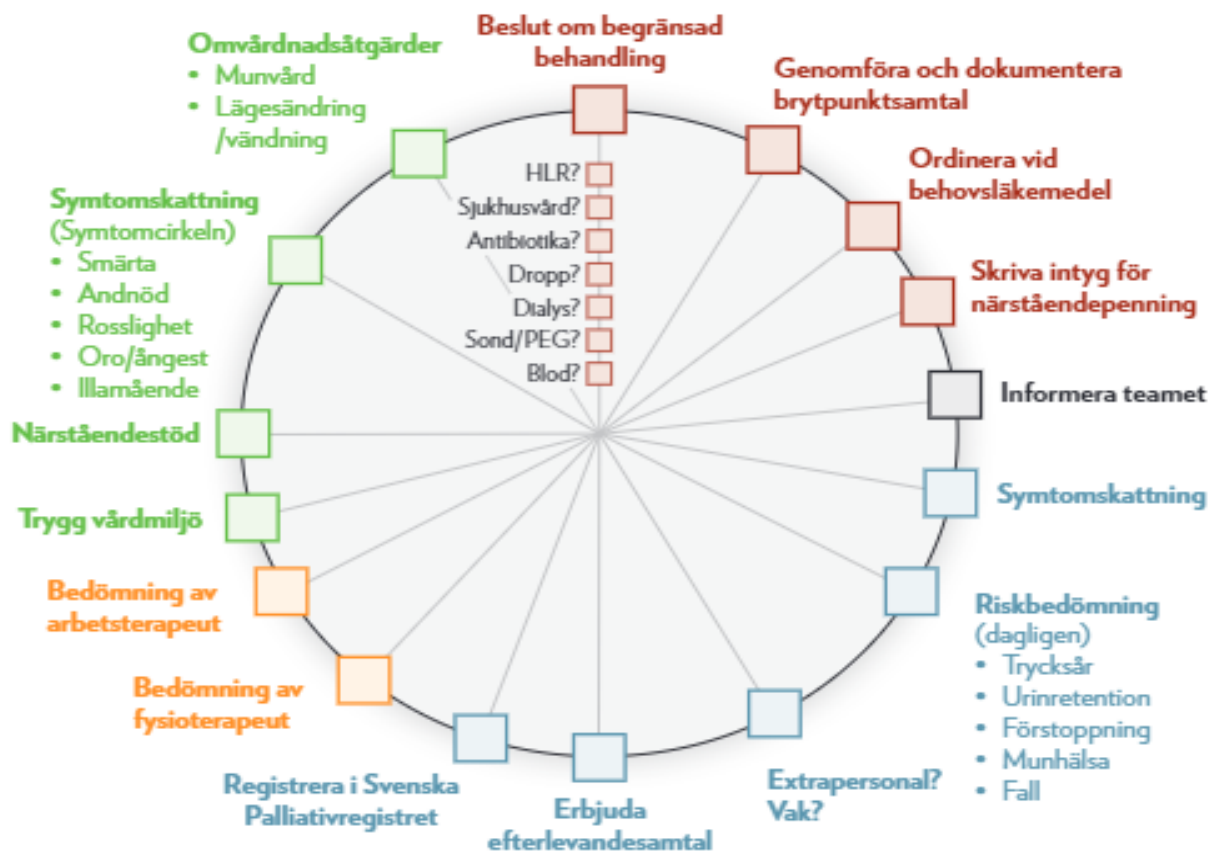
Bilaga 1 Processflöde

Bildens visualiserar olika former av samverkan vid palliativ vård och belyser vikten av teamets gemensamma planering.



Bilaga 2 Teamansvar och stödmaterial i palliativ vård

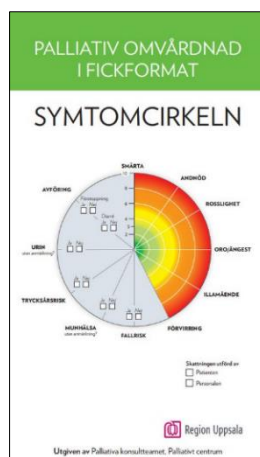
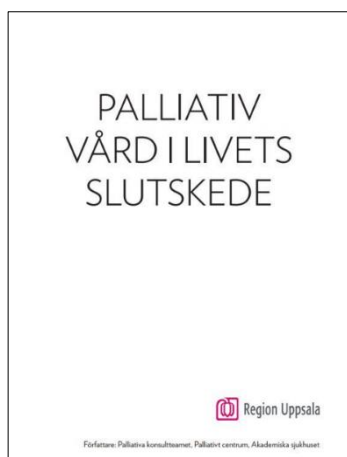
Grafisk bild över roller och ansvarsfördelning i teamet på professionsnivå.



Röd färg = läkarens ansvar, **svart färg** = teamets ansvar, **blå färg** = sjuksköterskans ansvar, **orange färg** = paramedicinans ansvar, **grön färg** = omvårdnadspersonalens ansvar

För stöd i det dagliga omvårdnadsarbetet kan foldrarna Palliativ omvårdnad i fickformat (POFF) samt häftet Palliativ vård i livets slutskede beställas via e-post:

palliativt.centrum@akademiska.se.



Bilaga 3 Vård i livets slut, checklista vid medicinsk vårdplanering

Länk:

[Vård i livets slut, checklista vid medicinsk vårdplanering, Region Uppsala.se \(pdf\)](#).

Bilaga 4: Symtomskattning.

Symtomcirkeln – stöd för symtomskattning och bedömning av behov i palliativ vård, finns i tidigare nämnda foldrarna Palliativ omvårdnad i fickformat (POFF) samt häftet Palliativ vård i livets slutskede beställas via e-post: palliativt.centrum@akademiska.se.

Symtomcirkeln utgår från Numerisk skala (NRS) vilket innebär att patienten exempelvis graderar sin smärta mellan 0 (ingen smärta) och 10 (värsta tänkbara smärta). Patienten kan ange siffran verbalt, markera siffran på en linjal eller sätta ett kryss på en pappersskala. När patienten inte kan medverka gör personalen en skattning med stöd av SöS – beteenderelaterad skattning.

Symtomskattning, bedömning av:

- Symtom, se bild 1. Symtomcirkeln och bild 2. Skattningsskala för smärta nedan.
- Munhälsa:
- [ROAG – Revised Oral Assessment Guide, Palliativ.se \(pdf\)](#).
- Trycksårskattning:
- [Modifierad Nortonskala för bedömning av trycksårskattning, Vårdhandboken.se](#).
- Purpose-T används vid Akademiska sjukhuset.

Bild 1. Symtomcirkeln:

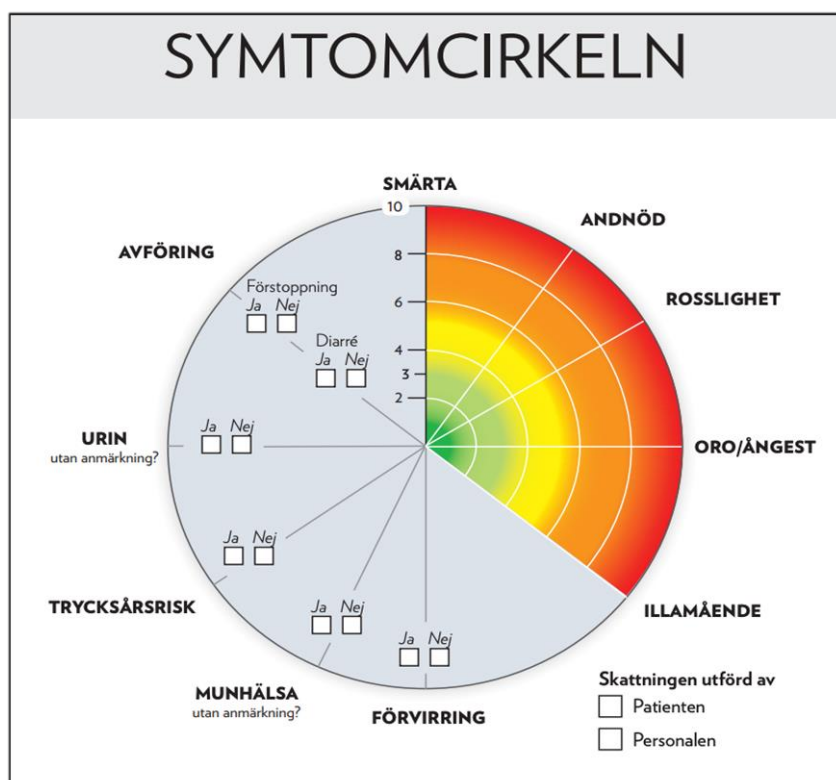
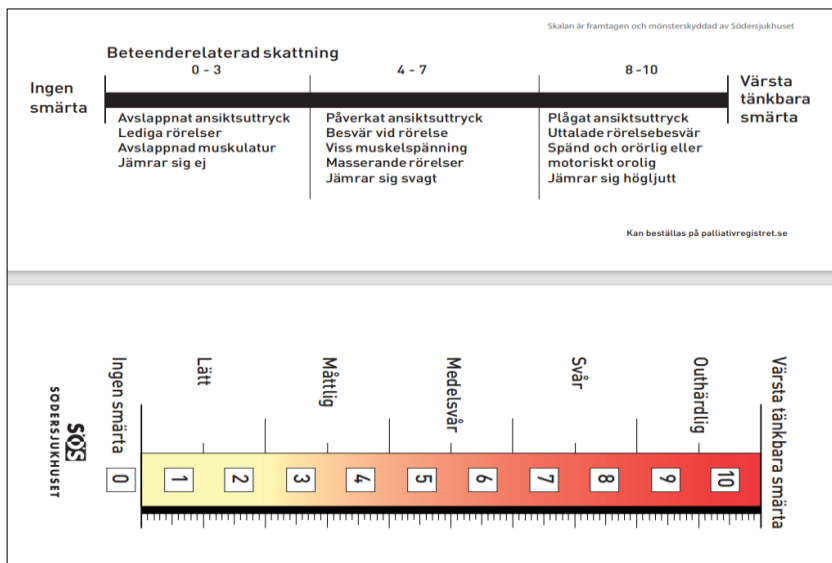


Bild 2. Skattningsskala för smärta.



Bilaga 5. Palliativ vård - Utlämnande av läkemedel från regionens akutförråd

Bilaga 6 Stöd vid samtal

Bilagan är ett underlag som är sammanställt utifrån det nationella vårdprogrammet för palliativ vård, se [Nationellt vårdprogram palliativ vård, Cancercentrum.se](http://Cancercentrum.se).

Patienten ska erbjudas samtal innehållande information om sitt hälsotillstånd samt råd och stöd kontinuerligt under den palliativa processen. Närstående bör erbjudas att delta i samtal om patienten så önskar. Samtalen ska dokumenteras så att patientens önskemål och prioriteringar blir kända av alla som deltar i vården.

Att hålla samtal

Vid alla samtal kan vårdpersonal underlätta patientens och de närståendes anpassning till den förändrade livssituationen genom att:

- Skapa en så trygg vårdsituation som möjligt.
- Eftersträva personalkontinuitet.
- Låta patienten och de närstående beskriva vad som är viktigt för dem och vad de tänker i den aktuella situationen:
 - Vad oroar dem?
 - Vad har de för förväntningar och önskningar på vårdpersonalen?
 - Vad hoppas de på?
- Återkommande säkerställa att patienten och de närstående har uppfattat den information som givits.
- Berätta kortfattat och tydligt vad som händer härnäst.
- Ge tillfälle att ställa frågor.
- Tillämpa aktivt lyssnande, vilket innebär att lyssna utan att tolka och värdera.
- Bekräfta känslor och normalisera reaktioner – det är normalt att reagera på ett besked om svår sjukdom.
- Vara observant på om patientens och närståendes reaktionsmönster starkt avviker från normal stressreaktion och då erbjuda kontakt med kurator, psykolog, psykiater eller annan profession med vidareutbildning i psykoterapi, och vid behov göra en strukturerad suicidriskbedömning.

De sex S:en

Samtalens innehåll kan ta sin utgångspunkt i de 6 s:n, för att initiera eller inspirera till samtal:

1. Självbild – Vad behöver vi veta om dig för att anpassa vården efter dina behov?
2. Symtomlindring – Vad besvärar dig mest?
3. Självbestämmande – Vad är viktigt för dig att bestämma om när det gäller din vård? Om du inte kan bestämma själv, vem ska då fatta beslut för dig?

4. Sociala relationer – Vilka personer är viktiga för dig? Hur kan vi underlätta för dig att umgås med dem?
5. Sammanhang – Vad har varit viktigt i ditt liv?
6. Strategier – Vad tänker du om tiden framåt?

Stödjande samtal som en del i omvårdnaden

Viktigt att tänka på:

- Var ärlig i kommunikationen.
- Lyssna aktivt.
- Observera patientens kroppsspråk.
- Sitt ibland tyst tillsammans med patienten, våga tillåta tystnad.
- Var medveten om ditt eget kroppsspråk.
- Dokumentera samtalen.

I de vardagliga mötena i vården mellan patient, närstående och olika professioner i teamet är "småpratet" en viktig del. Alla i teamet bör vara lyhörda och ta sig tid att stanna upp för att fånga stunden för dessa oplanerade samtal. Förhållningsättet kan vara att möta patienten med vänlig nyfikenhet, spegla eller be honom eller henne att berätta mer. Genom att ställa öppna frågor får patienter och närstående möjlighet att beskriva och uttrycka sina känslor, tankar och bekymmer.

Exempel på öppna frågor:

- Hur känner du dig i dag?
- Vad bekymrar dig?
- Jag förstår om du har frågor och funderingar om din situation – vill du berätta om dem? Genom att ställa följdfrågor ökar förståelsen för känslor, attityder och värderingar.

Exempel på följdfrågor:

- Hur tänker du?
- Vill du berätta mer?
- Kan du ge ett exempel?
- Är det så att du känner dig ...?

Genom att sedan omformulera och sammanfatta vad som berättats, blir patienten och de närstående bekräftade. Detta kan också ge en möjlighet att förtydliga vad som sagts om t.ex. eventuella åtgärder. En sammanfattning kan formuleras så här:

- Vad jag hör dig säga är att du upplevt ... vilket har medfört att du känner dig ...
Har jag uppfattat dig rätt?

Bilaga 7. Palliativ vård - uppdragsbeskrivning Palliativt ombud