

Länsövergripande överenskommelse om palliativ vård

mellan Örebro läns kommuner
och Region Örebro län



Länsövergripande överenskommelse om palliativ vård mellan Örebro läns kommuner och Region Örebro län

2018-04-27



Innehåll

1. Inledning	4
2. Bakgrund	4
3. Definitioner	4
4. Ansvarsfördelning kommun, primärvård och sjukhus	5
4.1 Ansvar på kommunnivå	5
4.2 Ansvar på primärvårdsnivå	5
4.3 Ansvar på sjukhusnivå	5
4.3.1 Specialiserad palliativ hemsjukvård	6
4.3.2 Palliativ slutenvård	6
4.3.3 Informationsöverföring och utskrivningsplanering	6
5. Utbildningsansvar	7
6. Uppföljning	7
7. Bilagor	8

1. Inledning

Palliativ vård är, enligt Socialstyrelsens definition, hälso- och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada. Vården innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående. Palliativ vård bygger på ett palliativt förhållningssätt som kännetecknas av en helhetssyn på människan samt en strävan att stödja individen att leva med värdighet och största möjliga välbefinnande till livets slut.

Samverkan vid allmän och specialiserad palliativ vård ska tydliggöras i överenskommelsen samt vad som ingår i specialiserad palliativ vård. Länsinvånarna ska kunna erbjudas en likvärdig palliativ vård oavsett var i länet man bor. Överenskommelsen ska bygga på ”Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2016 och framåt”.

2. Bakgrund

Det finns en gemensam länsövergripande överenskommelse för palliativ vård i samverkan mellan länets kommuner och region Örebro län. Den länsgemensamma överenskommelsen kan kompletteras med lokala tillämpningsrutiner vid behov.

Denna överenskommelse gäller endast för vuxna över 18 år. Palliativ vård för barn, 0-18 år, kommer att beskrivas i en egen överenskommelse om hälso- och sjukvård för barn.

3. Definitioner

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

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.

Övriga definitioner inom palliativ vård

Enligt ”Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede, Socialstyrelsen, bilaga Termer och definitioner i den palliativa vården”, bilaga 2.

4. Ansvarsfördelning kommun, primärvård och sjukhus

All palliativ vård sker i samråd med patient och närstående och utgår från patientens behov vad gäller fysiska, psykosociala och existentiella aspekter. Vid behov ska en samordnad individuell plan (SIP) erbjudas patienten.

4.1 Ansvar på kommunnivå

Kommunen har ansvar för vård av patienter med hemsjukvård i ordinärt boende och i särskilda boendeformer, enligt SoL och LSS. Kommunerna bedriver allmän palliativ vård i team i samverkan med sjukhus och närsjukvård. I det kommunala teamet ingår sjuksköterska, arbetsterapeut, enhetschef, biståndshandläggare och omvårdnadspersonal. Teamet samverkar med patienten och närstående i planering och utförande av vård och omsorgsinsatser.

Kommunen ska utifrån enskilds behov och efter biståndsbedömning tillhandahålla korttidsplatser för palliativ vård.

4.2 Ansvar på primärvårdsnivå

Närsjukvården har ansvar för allmän palliativ vård av patienter i ordinärt boende och på särskilt boende när beslut om palliativ vård fattats. Primärvården bedriver allmän palliativ vård i samverkan med kommun och sjukhus. I primärvårdsteamet ingår läkare, fysioterapeut.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska i kommunen ansvarar för samordningen av eventuella hembesök. Genom distriktsläkarbakjouren har patienter med allmän palliativ vård tillgång till läkare dygnet runt, som vid behov även gör hembesök.

Primärvårdens sjukgymnaster/fysioterapeuter svarar för insatser i både ordinärt och särskilt boende ofta i samverkan med arbetsterapeut i kommunen.

Patientansvarig läkare gör efter individuella behov hembesök. Detta är önskvärt inom en vecka efter utskrivning från sjukhus eller när beslut om palliativ vård har fattats. Patientansvarig läkare har ansvar för brytpunktsamtal med patient och eventuella närstående. Brytpunktsamtal som har genomförts på sjukhuset ska följas upp av primärvårdens läkare med patienten och närstående och detta är önskvärt inom en vecka efter utskrivning från sjukhus.

Planering av den fortsatta vården sker, eventuella läkemedel ordinerar och ställningstagande till HLR görs.

4.3 Ansvar på sjukhusnivå

I teamet på sjukhus ingår läkare, sjuksköterska, undersköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och kurator. Patientansvarig läkare alternativt avdelningsansvarig läkare, ansvarar för patientens vård och behandling. Ansvaret innebär att genomföra informerande samtal om vårdens mål s.k. brytpunktsamtal med patient och närstående. Samtalet genomförs även om inga närstående finns eller om inga

närstående har möjlighet att vara med, ett telefonsamtal eller personligt möte senare ska erbjudas närstående.

Planering av den fortsatta vården sker, palliativa läkemedel ordinerar och ställningstagande till HLR görs. Detta arbete kan ske i samarbete med specialistenhet inom palliativ vård på respektive sjukhus. Patientansvarig sjuksköterska/utskrivningssamordnare ansvarar för att bästa möjliga omvårdnad ges och att patienten planeras för eventuell utskrivning från sjukhus.

4.3.1 Specialiserad palliativ hemsjukvård

Palliativa sektionen, avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) ansvarar primärt för specialiserad hemsjukvård inom USÖ:s upptagningsområde. Vården utförs i samarbete med kommunal hemsjukvård utifrån enskild patients behov. Det ska också finnas möjligheter till punktinsatser vid behov av avancerad palliativ vård gällande enstaka insatser av speciell karaktär.

Inom ASIH-teamet finns läkare, sjuksköterska, kurator, arbetsterapeut och sjukgymnast med speciell palliativ kompetens.

I norra länsdelen ska en palliativenhet med mottagning och mobilenhet finnas vid Lindesbergs lasarett.

I västra länsdelen ansvarar Palliativa enheten på Karlskoga Lasarett för den specialiserade palliativa vården, eventuellt tillsammans med kommunal sjuksköterska och hemsjukvård. Även samarbete med primärvårdsläkare förekommer för patienter i särskilt boende. Palliativa enheten består av läkare, sjuksköterska och diakon med funktion som samtalskontakt.

4.3.2 Palliativ slutenvård

Avd 84 på USÖ har 12 platser för palliativ slutenvård för patienter med avancerade/komplexa behov till hela länets invånare från 18 års ålder. Det finns även en vårdplats för akuta behov av direktinläggning för patienter som vårdas i hemmet via specialiserad eller allmän palliativ vård i länet. I teamet på avdelningen ingår läkare, sjuksköterska, undersköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och kurator.

De patienter som respektive specialistklinik inom slutenvården har ansvar för ska beredas en vårdplats på respektive sjukhus vid behov.

4.3.3 Informationsöverföring och utskrivningsplanering

När en patient ska skrivas ut från sjukhus och medicinskt ansvar för palliativ vård övergår till öppenvården ska nödvändig information finnas tillgänglig. Planeringsrutiner och informationsöverföring sker enligt ViSam och Lifecare SP vid utskrivning från slutenvård, där det tydligt framgår beslut om "palliativ vård". Planeringen anpassas utifrån patientens behov av vård i livets slut.

Från USÖ skickas alla remisser för palliativ vård, bilaga 3, via Palliativa sektionen som efter bedömning vidarebefordrar remissen till berörda instanser.

Från Karlskoga Lasarett skickas alla remisser till Palliativa enheten Karkskoga lasarett som efter bedömning åtgärdar eller vidarebefordrar remissen till berörd vårdcentral.

Från Lindesbergs lasarett skickas remiss för palliativ vård till närsjukvården och vid behov vidarebefordras remissen till Palliativa sektionen USÖ.

Följande information ska alltid finnas med vid utskrivning:

- Av remissen ska framgå när och med vem brytpunktsamtal har genomförts.
- Slutanteckning från läkare samt sjuksköterska med information om eventuell vidare planering från moderklinik, återbesök, osv. Dokumentationen nås via NPÖ.
- Aktuell läkemedelslista och recept på ordinerade läkemedel samt hjälpmedelskort på förbrukningsartiklar.
- Kontaktuppgifter till patient och närstående
- Eventuellt VIP-kort/Grönt kort utfärdas för möjlighet till direktinläggning på moderklinik.
- Ibland kan ett delat medicinskt ansvar vara att föredra framförallt om avancerad palliativ vård förekommer i ordinärt och särskilt boende. Detta ska framgå av dokumentationen.

5. Utbildningsansvar

Palliativa rådet har ett övergripande ansvar för att implementera nationella riktlinjer för palliativ vård, samt att inventera utbildningsbehov och föreslå utbildningsinsatser inom länet.

Varje organisation har ett eget ansvar för utbildning i baskunskaper i allmän palliativ vård.

Specialistenheter på respektive sjukhus ansvarar för utbildningsinsatser inom det egna sjukhuset samt i förekommande fall till sina samarbetspartners.

En viktig uppgift för kommunen är att ge utbildning, råd och stöd till den egna personalen som vårdar patienter i palliativ vård.

6. Uppföljning

De fyra länsdelsgrupperna som finns inom samverkansstrukturen i länet ska fortlöpande följa upp att den länsövergripande överenskommelsen om palliativ vård tillämpas i länsdelarna. Rapportering sker till Palliativa rådet, vars övergripande syfte är att verka för en jämlik palliativ vård till alla länsinvånare och att rapportera till Chefsgruppen för samverkan social välfärd och vård.

7. Bilagor

1. Termer och definitioner i den palliativa vården, Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede, Socialstyrelsen, 2013, <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-6-4>
2. Remiss för palliativ vård, Örebro läns landsting <http://www.regionorebrolan.se/sv/Halsa-och-vard/For-vardgivare/VVF-sidan/Amnesomraden/Palliativ-var/Lansovergripande/>