

Dokumenttyp Vårdrutin	Ansvarig verksamhet Slutenvården Sjukhuset Arvika	Organisation Region Värmland	Version 1
Dokumentägare Johanna Larsson Avdelningschef	Fastställare Ann-Kristin Olsson Verksamhetschef	Giltig fr.o.m. 2026-03-02	Giltig t.o.m. 2028-03-01

Specialiserad sjukvård i hemmet

Gäller för: Slutenvården Sjukhuset Arvika Specialiserad sjukvård i hemmet Sjukhuset Arvika

Innehållsförteckning

Bakgrund	3
Teamets sammansättning och samarbetspartners	3
Kontaktvägar till teamet	4
Remiss.....	4
Kontakt med teamet	4
Arbetsrutiner	4
Inskrivning i teamet	4
Samtycke.....	4
Inskrivningskriterier	4
Inskrivning och anslutning till SSIH	5
Förberedelser	5
Fast vårdkontakt och fast läkarkontakt.....	5
Planering av vården	5
Patientens pärm	5
Teambedömning	6
Medicinsk plan.....	6
Läkemedel.....	6
Rekvisation	7
Signering av läkemedel	7
Pascal.....	7
Dokumentation och kommunikation	7
Symtomlindring	7
Skattningsinstrument.....	7
Dokumentation:	8
Trygghetsordinationer	8
Transfusion av intravenösa läkemedel och blodkomponenter i hemmetV	8
Oxygenbehandling	8
Bakgrund	8
Inför utlämning.....	8
Packa	8
I hemmet	9
Efter besöket	9
Avslutad syrgasbehandling	9
Mobil syrgasutrustning	9

Micrelpump	9
PCA-pump	9
PleurX/PeritX-dränage	10
Hantering av PleurX/PeritX-kateter	10
Medicinsk utrustning	10
Samarbete region – kommunal primärvård	10
Ansvarsfördelning	10
Samverkan inför utskrivning	11
Planerade besök och handläggning vid akut försämring	11
Läkarkontakt under jourtid	11
Cosmic Link	12
Inskrivning	12
Inför utskrivning	12
Samordnad individuell plan – SIP	12
Dokumentation och KVA-koder	12
Tolkbeställning	12
Transportmedel	12
Närståendepenning	12
När döden är nära	13
Konstaterande av dödsfall	13
Efterlevandesamtal	13
Sjukhusvård	13
Akutinläggning	13
Planerad inläggning	13
Utskrivning från sjukhus	14
Utskrivning från SSIH	14
Medicinska tillfälliga insatser	14
Behandlingar/insatser som kan genomföras i hemmet	14
Undersökningar som kan genomföras i hemmet	15
Tillfälligt utlån av utrustning	15
Tillvägagångssätt	15
Ingångar	15
Utförande	15
Avslutning av insats	15
Handledning	15

Bakgrund

Specialiserad sjukvård i hemmet (SSIH) vänder sig till patienter från 18 år som har ett omfattande behov av vård och behandling till följd av sjukdom, skador eller åldrande samt med patienter med komplexa palliativa vårdbehov i sen eller tidig fas av sin sjukdom. Patienten ska ha haft många vårdkontakter eller förväntas få och har ett behov av sjukvård och omsorg som inte kan tillgodoses med traditionell kontakt med regionens vårdgivare och kommunens vård och omsorg. Patienten kan ha ett behov av specialiserad palliativ vård i hemmet.

Inskrivning sker efter bedömning av patientens situation, ej efter specifika diagnoser. Patientens behov ska dock huvudsakligen vara medicinskt, patient med primärt allvarlig psykiatrisk sjukdom eller beroende är mindre lämpliga för SSIH på grund av kompetens.

Patienten bor i egna hemmet, ska acceptera inskrivning i kommunal primärvård (HSL), men behöver ej ha insatser enligt socialtjänstlagen (SOL). Patienter på särskilda boenden skrivs in endast i undantagsfall. Patienter på LSS-boende eller annat stödboende kan skrivas in vid omfattande medicinska behov.

Vården ges individanpassat och behovsstyrt. Den ges i hemmet eller på mottagningsbesök på sjukhuset, där patientens aktuella funktionsstatus avgör vart vården ges. Exempelvis patienter med pågående palliativ onkologisk behandling kan ses i samband med behandlingsbesök på cytostatikamottagningen, likaså patienter som följs med fysiska besök hos diabetessjuksköterska kan sambokas på medicinmottagningen.

SSIH tar över ansvaret från primärvården som fast vårdkontakt och fast läkarkontakt, och tar också över som fast läkarkontakt från specialistmottagningar efter dialog mellan vederbörande läkare. Annars etableras dubbelt PAL-skap (PAL = patientansvarig läkare).

SSIH arbetar helgfri vardag kl. 08:00-16:00 och har ett kontinuerligt samarbete med kommunens sjuksköterskor.

Teamets sammansättning och samarbetspartners

Teamet består av:

- Läkare med specialistkompetens inom någon relevant klinisk specialitet och med fördel tilläggspecialitet palliativ medicin
- Sjuksköterska, eventuellt med relevant vidareutbildning
- Undersköterska
- Fysioterapeut
- Kurator
- Dietist

Läkare, sjuksköterskor och undersköterska i teamet arbetar dagtid på vardagar och ansvarar för planering och koordinering. Övriga teammedlemmar deltar på teamrund och gör insatser i form av hembesök, telefonkontakt, eller råd och stöd efter patientens behov.

Samarbetspartners:

- Kommunal primärvård (HSL)
- Kommunal hemtjänst (SOL)
- Kommunal rehab (arbetsterapi och fysioterapi)
- Kommunens biståndshandläggare
- Sjukhusets arbetsterapeut
- Tandvården
- Andra relevanta verksamheter

Kommunal primärvård utgör oftast primära kontaktpersonerna inom kommunen, övrig personal kontaktas vid behov.

Övriga vårdgivare och andra personer som är relevanta för patienten som till exempel god man kontaktas vid behov.

Kontaktvägar till teamet

Remiss

Specialiserad sjukvård i hemmet är remissmottagare i journalsystemet Cosmic med egen remissmall. Remisser kan förutom av läkare skrivas av vårdcentralens samordnande sjuksköterska.

Remissbedömning sker dagligen av teamets läkare. Vid frånvaro bevakar teamets sjuksköterskor inkommande remisser och kan vid uppfyllda kriterier initiera inskrivningsprocessen.

Kontakt med teamet

Teamets sjuksköterskor har öppen telefontid:

- för sjukvårdspersonal kl. 08:00-15:00 vardagar
- för patient/närstående kl. 08:00-15:00 vardagar

För regionanställda och kommunal primärvård kan Messenger användas, antingen direkt till teamets medlemmar, eller till funktionsbrevlåda "Specialiserad sjukvård i hemmet Arvika".

Postadress:

Specialiserad sjukvård i hemmet Arvika
Sjukhuset i Arvika
671 80 Arvika

Kurator, dietist och fysioterapeut nås via teamets sjuksköterskor eller funktionsbrevlåda.

Arbetsrutiner

- På måndagar hålls ett veckomöte där veckan går igenom och planeras.
- Teamet träffas dagligen för ett kortare pulsmöte där dagen går igenom och det mest akuta gällande patienter tas upp.
- Patienter inskrivna i teamet rondas mera utförligt veckovis. Fysioterapeut, kurator samt diabetessköterska deltar på en rond i månaden.
- Teamets sjuksköterskor ansvarar för regelbunden kontakt och symtomkontroll. Detta görs via hembesök, telefonkontakt eller kontakt med ansvarig sjuksköterska i kommunen. Läkarbesök sker huvudsakligen vid inskrivning och därefter vid behov.
- Hembesök bokas i tidboken med information till kassan om att besöket är avgiftsfritt om patienten är registrerad som palliativ, annars är inte besöket kostnadsfritt utan följer regionens taxa.
- Teamets funktionsbrevlåda eller sjuksköterskans egna Messenger används för kommunikation inom regionens enheter samt mellan region och kommunal primärvård. Funktionsbrevlådan kontrolleras dagligen. Vid ledigheter kontrollerar sjuksköterskorna varandras brevlådor.
- Teamet bevakar inkommande remisser dagligen och dessa går igenom på dagens pulsmöte.

Inskrivning i teamet

Samtycke

Inskrivning förutsätter samtycke till sammanhållen journalföring. Kommunal primärvård ska ha tillgång till journalanteckningar i Cosmic via Nationell patientöversikt, samt att de och teamets medlemmar fritt kan kontakta varandra. Genom att patienten accepterar att remiss skrivs och samtidigt är – eller accepterar att bli inskriven i kommunal primärvård – anses samtycke ha givits.

Inskrivningskriterier

Komplexa, svårindrade symtom oavsett diagnos. Det ska framgå av remissen om brytpunktsamtal har hållits eller om detta ej är relevant.

Patienten måste vara inskriven eller acceptera bli inskriven i kommunal primärvård. Remittent ansvarar för att inventera detta.

Inskrivning och anslutning till SSIH

När remissen har accepterats anses patienten vara ansluten till SSIH och läggs upp i anslutningsöversikten som "Mobil vård", och det medicinska ansvaret har tagits över av SSIH. Detta för att säkra en sömlös vård för patienten.

Inskrivning i teamet sker i patientens egna hem, på korttidsplats eller som mottagningsbesök. I undantagsfall kan den ske i samband med att patienten är inskriven på vårdavdelning, gäller främst patienter med kort förväntat överlevnadstid.

Undantag:

1. Behovet för specialiserad vård behöver bedömas genom ett besök av sköterska/läkare innan anslutning. I dessa fall avvakts anslutning "Mobil vård" till efter besöket
2. Patienter som remitteras till SSIH under pågående vårdtid ansluts till teamet efter accepterad remiss men det medicinska ansvaret kvarstår på vårdavdelningen tills patienten skrivs ut. Under kvarvarande vårdtid dialog/konsultbesök av sköterska/läkare samt SSIH är aktiva i Link.

Förberedelser

Direkt utses en av teamets sjuksköterskor som primär kontaktperson för patienten. Kontaktsjuksköterskan tar kontakt med patient, kommunens sköterska och eventuella närstående för att inhämta mer information och planera inskrivningsbesöket. Baserad på inhämtad information tas beslut om ett första besök kan genomföras av sjuksköterska med eller utan läkare.

Tidpunkt planeras utifrån behov, exempelvis svårt sjuka patienter med kort förväntad överlevnadstid kan behöva besök snarast möjligt, för patienter med tidig integrering av palliativ vård kan första besöket i hemmet eller på mottagning ske in om någon vecka. Patienten kan också ha pågående insatser som gör det lämpligt avvakta med besöket.

Förutom patienten, deltar om möjligt kommunens sköterska och eventuella närstående eller andra stödpersoner. Kontaktsköterska inventerar vilka som är lämpliga och kallar närstående telefonledes. Kommunens sjuksköterska kontaktas via Messenger och meddelas där datum och tid för inskrivningsbesöket. Behövs ett akut inskrivningsbesök görs kontaktas kommunens sjuksköterska via telefon.

Läkaren i teamet gör en journalgenomgång samt kontaktar vid behov patientens läkare på vårdcentral och specialistmottagningar för kompletterande bakgrundsinformation.

Efter inskrivningsbesöket skickas ett remissvar till remittenten av vårdadministratör.

Fast vårdkontakt och fast läkarkontakt

I samband med inskrivning tar SSIH över rollerna som fast vårdkontakt och fast läkarkontakt för patienten. Patienten fortsätter vara listad på vårdcentralen, men kontakterna pausas. Kontaktsjuksköterska skickar ett meddelande i Messenger med information om att patienten är inskriven och vårdcentralen ansvarar för att avsluta "fast vårdkontakt" eller "mobil vård" om patienten varit ansluten till mobil hemsjukvårdsläkare.

Patientkort uppdateras under "Övrig information" med namngiven fast vårdkontakt i teamet. Information om att patienten är inskriven förmedlas i remissvaret.

Teamets läkare kontaktar vid behov läkare på relevanta specialistmottagningar och beslutar om vilka kontakter som ska pausas eller fortsätta efter dialog med patientens läkare.

Vilka kontakter som är pausade respektive fortsätter dokumenteras i samband med inskrivningen.

Planering av vården

Patientens pärm

Patienten får en pärm med försättsblad som visar att den kommer från SSIH. I pärmen samlas all aktuell skriftlig dokumentation, som:

- Information om teamet inklusive kontaktvägar.
- Aktuell läkemedelslista och eventuella ordinationslistor.
- Aktuell medicinsk plan (se nedan).
- Aktuell Samordnad individuell planering (SIP).
- Instrument för symtomskattning – IPOS.
- Papper för sammanfattning av föregående hembesök.
- Information om stöd till närstående.

Teambedömning

SSIH:s hela team träffas regelbundet, en gång per månad, för genomgång av inskrivna patienter och planering av kommande åtgärder. Deltar gör teamets fysioterapeut, dietist, diabetessköterska och kuratorer. Teamet kan kalla in andra deltagare vid behov. Teamets fysioterapeut och kuratorer gör egna hembesök vid behov.

Medicinsk rond med teamets egna läkare genomförs en gång per vecka, men bedömningar och justering av planer och behandling sker löpande.

Medicinsk plan

En skriftlig medicinsk plan som dokumenteras i vårdplansmodulen i Cosmic upprättas för patienter som har underliggande sjukdomar/tillstånd där tidiga insatser och/eller regelbunden uppföljning syftar i att både motverka och tidigt upptäcka försämringar.

Den medicinska planen beskriver patientens aktuella hälsotillstånd, patientens förväntningar på vården samt en dokumenterad överenskommelse med patienten. Vidare ingår en beskrivning av patientens sociala situation samt tidigare och pågående sjukdomar. Den medicinska planen innehåller de tillstånd, sjukdomar eller symtom som SSIH har identifierat kan tänkas uppstå, och i planen finns beskrivet hur en förändring kan upptäckas och hur den ska hanteras inklusive medicinsk behandling. Syftet är att möjliggöra tidig initiering av åtgärder som, om möjligt, kan förebygga akut kontakt med övriga sjukvården.

Den medicinska planen stäms av med kommunens sjuksköterska innan den verkställs.

Planen skrivs ut för att finnas tillgänglig i patientens hem och kan läsas och användas av patienten, närstående samt sjukvårdspersonal. Den publiceras även i Nationell patientöversikt (NPÖ) och är synlig via 1177. När planen ska verkställas skickas den till kommunens sjuksköterskor via säker digital kommunikation (SDK). Kommunens sjuksköterskor ansvarar för att skriva ut planen och placera den i patientens pärm i hemmet.

Vid uppdatering av vårdplanen skickas den nya versionen till kommunens sjuksköterskor via SDK, som ansvarar för att ersätta den tidigare versionen i patientens pärm. Vårdplanen börjar gälla först när den har skickats till kommunens sjuksköterska via SDK, eftersom utkast eller påbörjade planer kan förekomma i Cosmic.

Läkemedel

Teamet har ett läkemedelsförråd. Läkemedel lämnas från teamet för (minst) 3 dagar enligt regionens rutin för obruten läkemedelskedja:

- Akut initiering i samband med hembesök.
- Utprovning av läkemedel i några dagar där det ej finns små förpackningar att förskriva eller patienten har svårt ta sig till apotek.
- Licensläkemedel där det blir bli en ogynnsam fördröjning innan uppstart.
- Injektionsläkemedel som ej finns i kommunalt basförråd.

Recept förskrivs vid behov. Även läkemedel som finns i kommunens läkemedelsförråd kan lämnas ut om SSIH har möjlighet till det.

Vid ordination av läkemedel som ska finnas att tillgå i hemmet vid behov, ordinerar dessa som "vid behovs-ordinationer" med kommentar i "Notera vid administration" (Cosmic) där det hänvisas till en skriven ordination i den medicinska planen.

De läkemedel som inte finns i kommunens basförråd och som ingår i patientens medicinska plan, delas ut av teamets sjuksköterska. Dessa levereras till patienten i särskild låda och teamets sjuksköterska samt kommunens sjuksköterska ansvarar tillsammans för att se över när det behöver fyllas på med nya läkemedel eller om läkemedel behöver bytas ut. Recept skrivs i undantagsfall, främst av logistiska skäl.

Teamets sjuksköterskor har befogenhet att ge läkemedel enligt listan *Generella direktiv för Cytostatikamottagningen och Palliativa teamet Sjukhuset Arvika* som återfinns under generella direktiv i läkemedelslistan.

Rekvisation

Vissa läkemedel rekvideras av SSIH och ska inte förskrivas på recept. Detta gäller läkemedel som antingen regionen har beslutat ska rekvideras eller läkemedel utanför förmån, det senare bedöms från fall till fall. Patienten betalar då inte för läkemedlet. Läkemedlet distribueras ut till ansvarig sjuksköterska i kommunen av SSIH. Genom att beställa vissa läkemedel via rekvisition blir kostnaden således lägre för både patienten och regionen.

Signering av läkemedel

Utskrift av aktuell läkemedelslista från Cosmic gäller som ordinationslista i kommun, enligt gällande regionsövergripande riktlinje. Kommunen skapar egen signeringslista.

I de fall teamet delar mediciner enligt patientens stående ordinationer eller initierar ny behandling, dokumenteras detta i besöksanteckningen och meddelas till kommunens personal.

I de fall teamet ger injektionsläkemedel signeras givet läkemedel i Cosmic. Administreringen dokumenteras även i besöksanteckningen. Om teamet startar en infusion, lämnas regionens pappersutgåva (infusionsjournal) i hemmet för signering av borttagning av kommunens sjuksköterska. Journalen skannas sedan in i patientens journal.

Pascal

Läkare i teamet ansvarar för att uppdatera Pascal om patientens har dosdispenserade läkemedel. Revideras läkemedelslistan ofta avslutas eventuellt dosdispenseringen och dosett delas.

Dokumentation och kommunikation

Teamets medlemmar dokumenterar i SSIH:s journal i Cosmic. Kommunens sjuksköterskor dokumenterar i respektive kommunjournal.

Teamet har täta kontakter med kommunens personal efter behov, särskilt kommunens sjuksköterskor. Flera olika kanaler används för informationsöverföring och dialog som telefon, samtida hembesök. Vid behov för skriftlig informationsöverföring används NPÖ (Nationell Patientöversikt), Cosmic Link, Cosmic Messenger, post eller SDK (Säker Digital Kommunikation).

Vid muntlig kommunikation används SBAR som kommunikationsstruktur och vid rapportering av misstänkt försämring i patientens aktuella hälsotillstånd ska kommunens personal om möjligt ta vitalparametrar enligt NEWS.

Symtomlindring

Skattningsinstrument

Vid symtomkontroll finns skattningsinstrument att använda. För generell skattning rekommenderas Integrated Patient care Outcome Scale (IPOS) som behandlar olika problemområden genom en flerdimensionell skattning. Vid mer specifik skattning används med fördel exempelvis Numerisk skala (NRS), **Smärtskattning (RUT-11468)**, Abbey Pain Scale (för patienter som inte kan kommunicera eller har kognitiv svikt), eller Revised Oral Assessment Guide (ROAG).

Dokumentation:

IPOS	som journaltabell i mallen IPOS patientformulär.
ROAG	som journaltabell i mallen riskbedömningar, prioriterade.
NRS	som journalanteckning under sökordet Smärta (NRS) där värdet automatiskt överförs och visas i patientöversikten. Värdet kan också dokumenteras direkt i Patientöversikten→ Kliniska parametrar→ Smärta (NRS).

Abby Pain Scale som journaltabell i mallen smärtskalor.

Trygghetsordinationer

Trygghetsordinationer är läkemedel i injektionsform som är ordinerade i förväg, och syftar till att snabbt lindra vanliga symtom som kan uppstå i livets slutskede. När dessa finns ordinerade har kommunens sjuksköterska möjlighet till att använda dessa utan att först konferera med teamet, exempelvis kvällar och helger. Ordinationen ska minst innehålla läkemedel mot symtomen smärta, oro/ångest och illamående/konfusion, och vanligtvis också slemförebyggande och vattendrivande. **Läkemedel vid palliativ vård i livets slutskede (RUT-14684).**

Teamets läkare ordinerar i Cosmic. Mall för "palliativt paket" finns som förenklar. Läkemedel ordinerar alltid individuellt utifrån patientens grunddos. Upptitrering av doser vid behov.

Ansvarig sjuksköterska i kommunen ansvarar för att patienten vid behov får de ordinerade läkemedlen och använder Socialstyrelsens/kommunens rutiner för kontrollläkemedel i hemmet. Läkemedlen tas från de kommunala läkemedelsförråden.

Vid svårhanterliga symtom bör Micrelpump eller PCA-pump för kontinuerlig infusion övervägas.

Transfusion av intravenösa läkemedel och blodkomponenter i hemmetV

Administration av intravenösa läkemedel (det vill säga zoledronsyra och Ferinject/Monofer) samt transfusion av erytrocyter och trombocyter kan vid behov ges i hemmet. Åtgärderna utförs enligt gällande riktlinjer och riskbedömning görs av ansvarig läkare. Handläggning och genomförande sker i enlighet med rutin **Transfusion av intravenösa läkemedel och blodkomponenter i hemmet (VÅR-32425).**

Oxygenbehandling

Bakgrund

Teamet har flera syrgaskoncentratorer inklusive en portabel koncentrator som förvaras i teamets lokaler på sjukhuset i Arvika. Vid behov av fler syrgaskoncentratorer kan teamet i akutfall höra av sig till lungmottagningen, Centralsjukhuset Karlstad, för utlåning. Teamet ansvarar för att patienten förses med syrgastillbehör. Service och beställning av filter sker via Medicinsk teknik Arvika. Byte av filter görs av teamet mellan varje patient och efter ett år.

Inför utlämning

- Läs vid behov Vida-dokumentet som ska lämnas ut för egen uppdatering.
- Ta del av och säkerställ att syrgasbehandling finns ordinerat i läkemedelslistan i Cosmic.
- Anteckna utlåning av specifik syrgaskoncentrator på listan *Apparater* i Teams.

Packa

- Syrgaskoncentrator
- Grön syrgasslang
- 2 Syrgasgrimmor och/eller mask
- 2 svarta filter
- 1 kopia av **Behandling med syrgaskoncentrator i hemmet (INF-26043)**
- 1 kopia av **Näsvård vid syrgasbehandling (INF-26044)**
- EverFlo's bruksanvisning (placerad i plastficka hängandes på syrgaskoncentratorn).

I hemmet

- Montera ihop samtliga delar och överlämna tillbehör
- Informera om säkerhetsaspekter, hantering och skötsel enligt EverFlo's bruksanvisning samt de instruktioner som delas ut till patienten.

Efter besöket

- Dokumentera som besöksanteckning i journalen.

Avslutad syrgasbehandling

- Återta syrgaskoncentratorn. Kassera alla slangar och filter. Rengör maskinen utvändigt. Återställ inför nästa användning.
- Notera återlämning av syrgaskoncentrator i listan *Apparater* i Teams

Mobil syrgasutrustning

När behov finns av komplettering till den stationära syrgasutrustningen (syrgaskoncentrator) kan beställning av flytande oxygen, exempelvis lättviktsflaska vara lämpligt. Beställningen görs via apotekets kundservice. Vilken leverantör som anlitas är upp till ordinerande läkare. Ansvarig läkare skickar elektroniskt recept senast två dagar innan leveransdag. Medicinsk gas räknas som läkemedel och ingår i högkostnadsskyddet. Senast kl. 11 dagen innan önskad leverans kontaktar sjuksköterska i teamet apotekets kundservice för att ange mottagande adress samt antal flaskor som ska levereras första gången. Vid regelbunden beställning kan stående leverans vara ett alternativ. Patient/anhörig kan med fördel sköta beställningen själva efter installationen är utförd. Se rutin i Vida - **Oxygen i hemmet (INS-15220)** för mer information.

Micrelpump

SSIH använder subkutan sprutpump av märket Micrel för att ge kontinuerlig symtomlindring. Övergripande arbetssätt och överenskommelse mellan kommun och regionen beskrivs i dokumenten Läns gemensamma riktlinjer som är publicerat på Vårdgivarwebben. Vida-rutin för läkemedelsordination är under publicering.

SSIH i Arvika och sköterskorna i kommunal primärvård i västra Värmland har lång erfarenhet av samarbete, genom tydlig kommunikation och skriftlig kommunikation kan exempelvis normen för ordination enligt övergripande rutin frångås.

PCA-pump

För rekvisirering av läkemedelsberedningar skrivs ordination av teamets läkare, alternativt via smärtkliniken, Centralsjukhuset Karlstad, till läkemedelsberedningen, Centralsjukhuset Karlstad. Om ärendet går via smärtkliniken är det viktigt att uppge aktuell problematik samt vilken symtomlindring patienten får i nuläget. Viktigt att ange även extradoser patienten behövt per dygn.

Rekvisirering av läkemedelsberedningar sker elektroniskt via Ärendeportalen stödfunktioner som återfinns på Region Värmlands intranät under Mina verktyg.

- Logga in på Ärendeportalen stödfunktioner.
- Välj Skapa ärende. Gå ner till Läkemedelsberedning, välj lämplig produktmall och fyll i efterfrågade uppgifter. Finns ingen mall som passar väljer du Övrigt.
- Det går inte att spara information längs vägen. När du trycker på Spara skickas din beställning till läkemedelsberedningen. Ingen övrig kommunikation sker via systemet.
- Vid akuta beredningar ska du även kontakta läkemedelsberedningen via telefon.
- Systemet rensas efter två veckor då det innehåller personuppgifter.
- Vid frågor kontakta läkemedelsberedningsenheten. Telefon: 010-831 79 48.

Leverans av läkemedelsberedningar sker via labbbilen till cytostatikamottagningen i Arvika. Sjuksköterska i teamet startar upp PCA-pumpen enligt ordination i läkemedelslistan. Teamet ombesörjer vidare leveranser samt byter läkemedelskassett och infart enligt ordination och rutin. Uppstår problem med pumpen när teamet är i tjänst kontaktar patient/anhörig eller personal i

kommunen teamet i första hand. Övrig tid hänvisning till avdelning 7, Centralsjukhuset Karlstad, för rådgivning.

PleurX/PeritX-dränage

Dräniläggning sker i sjukhusmiljö efter remiss från teamets läkare eller annan ordinerande läkare. Suturborttagning utförs enligt ordination. Tappning av pleura/ascitesvätska utförs i hemmet av teamets sjuksköterskor eller sjuksköterskor i kommunen med erhållen kompetens. Omläggning av dränage görs 1 gång i veckan, utförare görs upp mellan vårdinstanserna om vem som är mest lämpad i enskilt fall. Ansvarig läkare ordinerar indikation för tappning, maxvolym vid tappning samt tappningsfrekvens. Material för tappning och spolning tillhandahålls av regionen. Övrigt material bekostas av utförande vårdinstans. Teamet dokumenterar under sökordet drän, tappad vätskemängd kan alternativt skrivas in i vätskebalans. Borttagning av drän ombesörjs av teamet.

Remiss för PleurX-drän skickas till lungmedicinmottagningen, Centralsjukhuset Karlstad, remiss för PeritX-drän skickas till röntgenmottagningen, Centralsjukhuset Karlstad. Teamets sköterska tar kontakt med avdelning 7 för att boka dagvårdsplats i samband med ingreppet.

Hantering av PleurX/PeritX-kateter

Var god läs Vida-rutin ***Hantering av PleurX/PeritX-kateter för patienter inneliggande på avd 7 samt palliativa teamet RUT-21056.***

Medicinsk utrustning

Teamet har eget förråd och ansvarar för beställning av material samt underhåll och testning av medicinsk utrustning enligt rutin.

Tillgänglig medicinsk utrustning:

- Bladderscan
- Blodgasapparat
- Blodtrycksmanschett och stetoskop
- Ultraljud
- Febertermometer
- Glukosmätare
- Otoskop
- Pulsoximeter
- Syrgaskoncentrator
- Hb-mätare
- Ketonmätare
- EKG

Vid problem med utrustning tas kontakt med Medicinsk teknik i Arvika.

Samarbete region – kommunal primärvård

Ansvarsfördelning

Teamet utgör patientens fasta vårdkontakter och planerar, koordinerar och initierar sjukvårdsinsatser i hemmet.

Patienten kan ha ett löpande behov av allmänna sjukvårdsinsatser, så som regelbunden provtagning, såromläggning, läkemedelshantering och dessa insatser utförs av kommunens sjuksköterska, men även teamets sjuksköterska kan genomföra sjukvårdsinsatser i hemmet. Sjuksköterskan i kommunen har regelbunden kontakt med patienten för stöttning och för att följa allmäntillståndet samt rapportera till SSIH löpande.

Vid tidig integrerad inskrivning i teamet för symtomlindring och samordning övervägs om patienten kan ta sig till sjukhus för uppföljningsbesök. I dessa fall kan det sannolikt avvaktas något med inskrivning i kommunal primärvård, bedöms från fall till fall. Teamets sjuksköterska ansvarar i dessa fall för sjukvårdsinsatser som initieras av teamet eller annan specialistmottagning med patientansvar. I särskilda fall kan kommunens primärvård eller Team Utsocknes (Eda och Årjängs kommuner) tillfrågas om hjälp med utförande. Ett gott samarbete ska prioriteras.

Omvårdnadsinsatser enligt biståndsbeslut utförs av hemvården.

Teamet genomför vid behov utbildningsinsatser.

Samverkan inför utskrivning

I situationer där kommunens sjuksköterska eller hemtagningsköterska uppmärksammar att SSIH finns med i den framtida planeringen för en inlagd patient men där remiss ännu inte har skickats eller kontakt med teamet tagits, bör SSIH-teamet kontaktas för kännedom. Detta för att minska risken för glapp i vårdkedjan i samband med utskrivning.

Planerade besök och handläggning vid akut försämring

Grundprincipen är att besök och medicinsk vård ges i patientens hem. SSIH följer upp patienten genom planerade hembesök och telefonkontakter samt vid behov.

För patienter som skrivs in i tidigt palliativt skede eller i ett komplext skede görs en fortlöpande bedömning av om mottagningsbesök kan vara ett alternativ till hembesök. Besök bokas till cytostatikamottagningen eller dagsjukvården vid medicinmottagningen efter kontakt med respektive mottagning. Bokning sker i tidboken i Cosmic.

Om en patient med regelbundna insatser från kommunens sjuksköterska försämras akut:

Patienten, eller den som uppmärksammar försämringen (till exempel närstående eller hemtjänstpersonal), ska i första hand kontakta kommunens sjuksköterska. Sjuksköterskan ska, om möjligt, genomföra ett akut hembesök. Kontakt med SSIH-teamet sker vardagar eller nästkommande möjliga vardag.

Under jourtid gör kommunens sjuksköterska en egen bedömning av om åtgärder enligt den medicinska planen kan initieras och följas upp, eller om ett nytt tillstånd har uppstått som kräver akut kontakt med sjukvården. Exempel på detta kan vara fall med misstanke om fraktur. Vid behov kontaktar sjuksköterskan ledningssköterskan på akutmottagningen i Arvika för diskussion kring fortsatt handläggning och val av lämplig jourläkare.

Om patienten fortsatt kan hanteras i hemmet gör teamets läkare snarast en medicinsk bedömning och genomför vid behov ett akut hembesök. Teamet har utrustning för vissa kliniska undersökningar och patientnära analyser i hemmet samt initierar fortsatt vård och behandling i samråd med kommunens sjuksköterska.

Om en patient utan regelbundna insatser från kommunens sjuksköterska försämras akut:

SSIH ansvarar för bedömningen. Om SSIH inte har möjlighet att göra ett akut hembesök kontaktas i andra hand team Utsocknes (gäller Eda och Årjäng). I tredje hand, eller i andra hand för Arvika kommun, kontaktas kommunens sjuksköterska för hjälp med bedömningen. Om ingen av dessa har möjlighet att göra hembesök uppmanas patienten söka akut sjukvård.

Om den akuta försämringen uppstår under helg eller jourtid ska kommunens sjuksköterska kontaktas för bedömning om möjligt. Om detta inte är möjligt uppmanas patienten söka akut sjukvård.

Läkarkontakt under jourtid

Vid akut försämring när SSIH inte är i tjänst och läkarkontakt behövs ska kommunens sjuksköterska kontakta medicinjouren vid Arvika sjukhus. Medicinjouren nås via Region Värmlands växel på telefonnummer 010-831 50 00.

Cosmic Link

Teamet utför regelbunden bevakning av Link gällande ineliggande team-patienter och ansvarar för att nedanstående rutin vid pågående Link-ärende efterföljs.

Inskrivning

1. Gå in i Link och ändra till fliken Planer, välj Utskrivningsplan med aktuellt datum, tryck på rutan Ny anteckning i nedre högra hörnet och välj mall Statusmeddelande inför inskrivning (Link)
 - Ange ansvarig SSK och telefonnummer.
 - Ange vilken vårdrelation teamet har med patienten - pågående insatser.
2. Välj fliken Meddelanden, tryck på rutan Nytt meddelande i nedre högra hörnet, välj meddelandetyp Generellt. Se instruktion i Vida **Meddelande - Link (INS-15839)**.
 - Informera om att ny anteckning finns under planer. - Exempelvis - Titel: Pågående SSIH. Kommentar: Se planer.
3. Kontrollera aktörer och lägg vid behov till kontaktuppgifter under Specialiserad sjukvård i hemmet Sjukhuset Arvika. Se instruktion i Vida **Aktörer i pågående ärende – Link (INS-15886)**.

Inför utskrivning

1. Gå in i Link och ändra till fliken Planer, välj Utskrivningsplan med aktuellt datum, tryck på rutan Ny anteckning i nedre högra hörnet och välj mall **Planering inför utskrivning (LINK)**.
 - Ange teamets planering efter hemgång.
2. Välj fliken Meddelanden, tryck på rutan Nytt meddelande i nedre högra hörnet, välj meddelandetyp **Generellt**.
 - Informera om att ny anteckning finns under planer. - Exempelvis - Titel: Utplan SSIH-teamet. Kommentar: Se planer.

Samordnad individuell plan – SIP

Vid behov av SIP rörande teamets patienter är det teamets ansvar att skapa samordningsärendet i Link samt stå som samordningsansvarig. Samtliga aktörer kan däremot initiera behovet av SIP. Samordningsansvarig skriver anteckningar från SIP-mötet i Link samt avslutar SIP-planen. Se instruktion i Vida **Samordnad Individuell Plan - Link (INS-16339)**.

Dokumentation och KVÅ-koder

Dokumentation görs i journalsystemet Cambio Cosmic i teamets utvalda mallar.

Journalanteckningar (ej telefonkontakter eller konsultation) ska KVÅ-kodas. Se gällande instruktion i Vida **Hälso- och sjukvårdsövergripande KVÅ-lista (INS-16256)**.

Tolkbeställning

Vad god se Tolkförmedling för språktolkar på Regionens intranät eller Vårdgivarwebben för information om hur en tolkbeställning görs.

Transportmedel

Teamet har tillgång till flera bilar, både klinikbil och bil på långtidshyra via Portify. Nycklar förvaras på kontoret. Bilarna parkeras på sjukhusets baksida på avsedda platser med tillgång till motorvärmastolpar. Vid tillfälligt behov av fler bilar kan leasingbil bokas via Portify. Cykel finns också att boka. Cyklar och nycklar till leasingbilar finns vid receptionen i särskilt rum. Vid eventuella problem följs rutin som återfinns i bilparmen i respektive bil.

Närståendepenning

Teamets sjuksköterskor/läkare ansvarar för information om närståendepenning. Teamets läkare skriver intyget som skickas elektroniskt till Försäkringskassan.

När döden är nära

Teamets sjuksköterskor ansvarar för att informera patient och anhöriga om att döden är nära. OBS! Tid anges aldrig. Teamet eller personal i kommunen initierar uppstart av Nationell Vårdplan för Palliativ vård (NVP del 2D). Beslut av läkare om att NVP får påbörjas när sjuksköterskan i kommunen anser att det är lämpligt ska finnas dokumenterat i Cosmic i god tid innan döden är nära. Skriften Livets sista tid eller liknande lämnas ut. När NVP har startats upp ansvarar kommunen för att regelbunden tillsyn och symtomskattning genomförs enligt vårdplanen samt dokumentation av detta.

Teamets läkare uppdaterar vid behov vårdbegränsningsbeslut. I fritext i beslutet anges följande:

- Förväntat progression/sjukdomsförlopp, dock utan tidsangivelse
- Ordination till kommunens sjuksköterska om att starta upp vård i livets slut enl. NVP (se nedan) när så bedöms lämpligt
- Ordination till kommunens sjuksköterska om att trygghetsordinationer kan användas och KAD kan erbjudas och sättas
- Uppdrag till kommunens sjuksköterska att genomföra klinisk undersökning som syftar till att fastställa dödstecken

Konstaterande av dödsfall

Vid dödsfall i hemmet eller på vårdboende följs kommunens lokala rutiner vid dödsfall. Sjuksköterskorna i kommunen får efter utförd digital utbildning i Säkra dödstecken samt beslut av läkare konstatera dödsfall, detta ska då dokumenteras i patientens journal. Om patienten inte har etablerad kontakt med kommunen kan teamet i mån av tid åka ut och konstatera dödsfall, alternativt vara behjälpliga att kontakta läkare på vårdcentralen. Avlider patienten på sjukhus följs regionens lokala rutiner vid dödsfall. Teamet säkerställer att dödsbevis och dödsorsaksintyg är registrerat i Cosmic. Vid behov skriver teamets läkare dödsorsaksintyg.

Efterlevandesamtal

Teamets sjuksköterskor ansvarar för efterlevandesamtal. Anhöriga kontaktas snart efter dödsfallet och erbjuds uppföljande samtal efter cirka 6–8 veckor. Läkarsamtal vid behov. Anhöriga uppmanas att kontakta teamet vid frågor eller om fler samtal önskas. Efterlevandesamtalet dokumenteras inte i patientens journal.

Sjukhusvård

Akutinläggning

Patienter i SSIH tillhör en mycket skör patientgrupp som ska prioriteras för snabb handläggning på akutmottagningen oavsett sökorsak. Om personal i teamet är på plats ges rapport till personal på akutmottagningen och vid behov utförs tillsynsbesök.

- Ansvarig sjuksköterska på avdelningen meddelar teamet, via Messenger, om patienten läggs in på avdelning.
- Avdelningsläkaren är medicinskt ansvarig för patienten under vårdtiden på sjukhuset.
- Teamets sjuksköterskor/läkare finns tillgängliga för konsultation under vårdtiden och kan ibland behöva vara delaktiga vid beslut som rör patienten då de har en djupare förståelse och kunskap om patienten och dess situation.

Planerad inläggning

Teamet kontaktar primärjour och platskoordinator och meddelar att patienten behöver läggas in. Primärjour/bakjour och avdelningsläkare enas om vem som gör inskrivningen om inte teamets läkare finns tillgänglig. Teamets sjuksköterska rapporterar patienten till den mottagande avdelningens sjuksköterska.

Utskrivning från sjukhus

- Teamet erhåller vid behov rapport från avdelningen vid utskrivning.
- Sjuksköterska i teamet skriver teamets utskrivningsplanering i Link vid pågående Link-ärende.
- För att säkerställa en trygg och sammanhållen vård i hemmet har SSIH-teamets sjuksköterska mandat att delta aktivt i hemplaneringen för inskrivna patienter. Detta sker i samverkan med berörda aktörer och med patientens bästa som utgångspunkt.
- Vid behov utförs tillsynsbesök på avdelningen innan hemgång med bland annat information till patienten om teamets planerade uppföljning.

Utskrivning från SSIH

Vid inskrivningsprocessen informeras patient och närstående om att utskrivning från teamet kan ske om tillståndet stabiliseras. Teamets läkare remitterar då över patienten till primärvården. Vid behov tas kontakt med samordningssköterska på vårdcentralen och/eller sjuksköterska/läkare i hemsjukvården. När primärvården accepterat remissen avslutas vårdåtagandet av ansvarig sjuksköterska i teamet, enligt följande rutin:

- Sjuksköterska som står som fast vårdkontakt i patientkortet tar bort sig som fast vårdkontakt.
- Hänvisning till specifik vårdenhets i uppmärksamhetssignalen avslutas.
- Inkommen remiss till teamet avslutas.
- Vårdåtagandet avslutas i anslutningsöversikten.

Vid avliden patient avslutar teamets läkare remissen och teamets sjuksköterska tar bort patienten från anslutningsöversikten.

Medicinska tillfälliga insatser

Teamet gör även tillfälliga medicinska insatser för patienter som inte är inskrivna i teamet.

Många patienter är för sjuka och sköra eller kan av andra logistiska skäl inte ta sig till vårdcentral/sjukhus för undersökning och/eller behandling. Många är också så sköra att man bedömt att sjukhusvård inte är indicerat vid en försämring. Teamet kan bistå patientens ordinarie sjuksköterska/läkare med att utföra insatser i hemmet, oberoende om patienten är ansluten till något team.

Teamens sjuksköterskor kan inte ersätta en insats som behövs utföras akut (motsvarande omedelbart/blåljus), och teamens personal avgör om möjlighet finns att genomföra insatsen.

Behandlingar/insatser som kan genomföras i hemmet

- Vätskedropp/nutritionsdropp
 - Transfusion av erytrocyter och trombocyter
 - Intravenöst järn
 - Intravenöst bisfosfonat
 - Subkutana injektioner/implantat som denosumab (Prolia), fulvestrant (Faslodex), Leuprorelin
 - Intravenöst antibiotika – en injektion kan genomföras kl. 09-15 vardagar eller administreras i dygnspump.
 - Vaccination
 - Tillfälliga inhalationer med nebulisator
 - Tillfällig behandling med syrgaskoncentrator
 - Avancerat såromläggning/förstärkning av operationsband
 - KAD-problem – spolning/byte
 - Hembesök hos patienter som följs på medicinmottagningen
 - Uppföljningsbesök efter besök på akutmottagningen eller efter utskrivning från slutenvården
- Arvika

Undersökningar som kan genomföras i hemmet

- Vitalparametrar enl. NEWS
- Vanlig och ultraljudsledd venprovstagning
- Patientnära analyser: CRP och blodgas
- EKG
- Urinvolytblåsemätning
- Patientnära ultraljud utförd av läkare: Misstanke om DVT, ascites eller pleuravätska
- Sköterskebedömning med skörhetsskattning (Clinical Frailty Scale)

Tillfälligt utlån av utrustning

- Våg, automatisk blodtrycksmätare och saturationsmätare
- Nebulisator
- Syrgaskoncentrator

Tillvägagångssätt

Ingången kan ske på olika sätt, se nedan. Gemensamt är att det inget remisskrav. Teamens ansvariga läkare och sjuksköterskor bedömer om det är möjligt att genomföra insatsen utan att det på verkar omhändertagande av teamens patienter. Kontakt kan tas via telefon till teamet på tfn 122 14 alternativt Specialiserad sjukvård i hemmets funktionsbrevlåda i Messenger

Ingångar

- Behovet fångas genom kontakt med läkare vid akutmottagningens mobila enhet
- Sköterska på 1177 eller ambulans
- Ansvarig sköterska/läkare på mottagning/vårdcentral/slutenvårdsavdelning
- Ansvarig sköterska inom kommun

Utförande

En ordination på behandling/beställning av prover ska finnas i de fall patienten har en ordinarie patientansvarig läkare. I övriga fall utförs ordination/beställning av akutmottagningens mobila läkare, som utgör medicinskt stöd för insatsen.

Teamens sjuksköterskor bedömer i samråd med akutmottagningens mobila läkare om uppdraget kan utföras på ett säkert sätt, samt omfattningen av insatsen som inte bör överstiga 14 dagar per insats.

Dokumentation sker på enheten Akutmottagningens mobila enhet. Kostnad för besöket utgår i normalfallet enligt regionens rutin.

Avslutning av insats

Det ska finnas en mottagare för återrapport när insatsen är utförd. Om ingången är enheter som inte har uppföljningsansvar (som akutmottagningen), behöver en sjuksköterska identifieras som kan ta emot återrapport på mottagning/vårdcentral eller patientansvarig distriktsköterska inom kommun.

Om det bedöms att patienten är i behov av upprepade insatser över tid, kan anslutning till teamet vara aktuellt.

Handledning

Teamets sjuksköterskor har handledning cirka tre gånger/termin. Under eller efter ett vårdtillfälle kan behov av avlastande samtal/reflektion uppstå – avdelningschefen ansvarar då för att organisera detta.

Var god se rutin **Rutin för psykosocialt stöd och handledning (RUT-32095)**.

Teamet tänder ljus för avlidna patienter efter deras bortgång och patienterna tas upp på nästkommande APT för reflektion och avslut.

Utarbetad av: Johanna Larsson, Hanne Guro Lier Hauge