

# Palliativ vård – Regionalt vårdprogram

Fastställas av Hälso- och sjukvårdsdirektören (RS 1497-2014) giltigt till 2018-12-31  
 Utarbetad av Regional processägare, arbetsgrupp och referensgrupp i Västra  
 Götalandsregionen och Region Halland

Palliativ vård – Regionalt vårdprogram .....	1
Dokumentinformation .....	1
Sammanfattning .....	2
Vad är palliativ vård? .....	3
Allmän eller specialiserad palliativ vård? .....	3
Organisatoriska förutsättningar för god palliativ vård .....	3
Allmän palliativ vård .....	3
Teamarbete .....	4
Vårdenheter .....	4
Psykosocialt stöd .....	4
Kompetens och fortbildning .....	4
Specialiserad palliativ vård .....	5
Multiprofessionella team .....	5
Vårdenheter .....	5
Psykosocialt stöd .....	6
Kompetens, fortbildning och utveckling .....	6
Samverkan mellan vårdenheter .....	6
Form för samverkan .....	6
Patientens väg genom den palliativa processen .....	7
Brytpunktssamtal vid övergång till palliativ vård .....	9
Överlämning mellan vårdenheter .....	10
Fast vårdkontakt och kontaktsjuksköterska .....	10
Samordnad vård- och omsorgsplanering (SVPL) .....	10
Aktivt överlämnande .....	11
Öppen retur .....	11
Remiss till specialiserad enhet .....	12
Grupper att särskilt beakta .....	12
Äldre i palliativ vård .....	12
Barn i palliativ vård .....	12
Barn som närstående .....	12
Vårdmiljöns betydelse .....	12
Kvalitetssäkring .....	13
Svenska palliativregistret .....	13
Nationella indikatorer för god palliativ vård .....	13

## Dokumentinformation

Det här är det första regionala vårdprogrammet i palliativ vård i Västra Götaland (VGR) och Halland.

Syftet med vårdprogrammet är att beskriva hur den palliativa vården för vuxna ska organiseras i VGR och Halland, oavsett diagnos eller vårdform. Denna organisation ska möjliggöra en tillämpning av

- det första nationella vårdprogrammet i palliativ vård (2011)
- Socialstyrelsens Nationella kunskapsstöd för god palliativ vård (2013).

Palliativ vård ska bedrivas i nära samverkan mellan regional och kommunal vård och

omsorg. Vårdprogrammet betonar därför vikten av strukturerad samverkan mellan huvudmännen. Att patienten möter rätt kompetens och rätt vårdform är en grundläggande förutsättning för god och jämlik palliativ vård.

### Sammanfattning

God palliativ vård i VGR och Halland förutsätter att

- det finns en god palliativ kompetens inom alla verksamheter där svårt sjuka patienter vårdas
- organisationen gör en tydlig skillnad mellan de två vårdnivåerna allmän och specialiserad palliativ vård
- den specialiserade palliativa vården bedrivs i multiprofessionella team där läkare och sjuksköterskor med palliativ kompetens finns tillgängliga dygnet runt
- alla läkare tillsammans med övrig vårdpersonal kan identifiera den tidpunkt då palliativ vård är påkallad och att de i samband med det kan samråda med patienten och de närstående i ett brytpunktssamtal
- all vårdpersonal kan identifiera patientens och de närståendes behov
- alla vårdenheter som bedriver palliativ vård registrerar dödsfall i Svenska palliativregistret.

Alla patienter med palliativa vårdbehov ska ha tillgång till den palliativa vårdens två vårdnivåer:

- Allmän palliativ vård ska
  - bedrivs inom alla vårdenheter inom öppen och slutenvård där svårt sjuka patienter vårdas
  - utförs i ett vårdteam som skapas kring den palliativa patienten med läkare, sjuksköterskor och omvårdnadspersonal (undersköterskor och vårdbiträden).
- Specialiserad palliativ vård ska
  - bedrivs på varje sjukhus i VGR och Halland, med både slutenvårdsplatser och öppenvårdsverksamhet som inkluderar mobila team vilka gör hembesök i nära samarbete med den kommunala hälso- och sjukvården
  - utförs i läkarledda multiprofessionella team där medarbetarna har särskild kompetens inom palliativ vård
  - ha ett system för öppen retur
  - ha en konsultfunktion mot övrig vård – ett palliativt konsultteam
  - ha ett utbildningsuppdrag riktat mot akutsjukvård, kommunal hälso- och sjukvård och primärvård samt aktivt bedriva utvecklingsarbete.

För all personal inom allmän och specialiserad palliativ vård gäller följande:

- All personal ska ha allmän kompetens inom palliativ vård i sin grundutbildning.
- All personal ska få kontinuerlig fortbildning och handledning.
- Personal inom specialiserad palliativ vård ska ha specialistkompetens.
- På specialiserade enheter ska det finnas utbildningsplatser för läkare och sjuksköterskor.

I Västra sjukvårdsregionen ska finnas

- ett regionalt kunskapscentrum för palliativ vård som omfattar utveckling och forskning
- regional och kommunal samverkan inom palliativ vård på ledningsnivå
- rutiner för att rapportera till Svenska palliativregistret på alla enheter som vårdar svårt sjuka patienter, samt rutiner för att sedan analysera data och arbeta med kvalitetsutveckling.

#### Etiska aspekter:

Vårdprogrammet syftar till att erbjuda en jämlik palliativ vård av hög och jämn kvalitet i hela VGR. Patienter ska få god vård oavsett bostadsort, ålder eller diagnos. Data i Svenska Palliativregistret ger vid handen att detta är ett utvecklingsområde.

Det ska finnas en kompetens inom all vård i VGR att uppmärksamma patienter med palliativa vårdbehov, samtala med patient och närstående kring detta samt erbjuda god symtomlindring. I komplicerade fall ska det vara enkelt att konsultera ett specialiserat palliativt team. Team ska därför finnas knutna till varje sjukhus med slutenvårdsplatser i regionen.

#### Vad är palliativ vård?

Palliativ vård definieras enligt Världshälsoorganisationen (WHO) som "ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och familjer som drabbats av problem som kan uppstå vid livshotande sjukdom". Palliativ vård är en vårdfilosofi och inte i första hand en vårdform. Vissa förutsättningar behövs dock för att ge god palliativ vård till alla patienter.

Palliativ vård kan ges parallellt med livsförlängande vård, men den kan också ges som enda vårdform i livets slutskede. I båda fallen är syftet att förbättra patientens och de närståendes livskvalitet.

All palliativ vård vilar på fyra hörnstenar:

- Symtomlindring i vid bemärkelse. Detta omfattar såväl fysiska som psykiska, sociala och existentiella behov.
- Samarbete i ett multiprofessionellt team.
- Kommunikation och relation i syfte att främja patientens livskvalitet. Det innebär kommunikation med patient och närstående men också kommunikation inom och mellan arbetslag.
- Stöd till de närstående under sjukdomen och efter ett dödsfall.

Palliativ vård i livets slutskede

- är vårdinnehållet efter den brytpunkt där vården inte längre är livsförlängande utan endast syftar till att ge bästa möjliga livskvalitet för patient och närstående
- ska ges högsta prioritet (HSL §2)
- ska erbjudas alla patienter i livets slutskede, oavsett diagnos, ålder eller vårdform.

Allmän eller specialiserad palliativ vård?

Allmän palliativ vård är enligt Socialstyrelsen "den vård som ges till patienter vars behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kunskap och kompetens i palliativ vård. Allmän palliativ vård och omsorg kan och ska bedrivas inom olika vårdformer såsom akutsjukhus och kommunala vård- och omsorgsboenden i nära samarbete med primärvården. För att uppnå en god palliativ vård är samverkan mellan olika vårdgivare en förutsättning."

Specialiserad palliativ vård är enligt Socialstyrelsen "palliativ vård som ges till patienter med komplexa symtom eller vars livssituation medför särskilda behov, och som utförs av ett läkarlett multiprofessionellt team med särskild kunskap och kompetens i palliativ vård. Patienten kan få specialiserad palliativ vård inom en specialiserad palliativ verksamhet eller inom en enhet med allmän palliativ vård med stöd från ett palliativt team."

#### Organisatoriska förutsättningar för god palliativ vård

Allmän palliativ vård

De flesta patienter i livets slutskede ska vårdas inom den allmänna palliativa vården, och så sker också idag.

### *Teamarbete*

För att kunna lindra en persons lidande i ett palliativt skede krävs ett helhetsperspektiv som en enskild personalgrupp inte ensam kan tillgodose. Det krävs ett teamarbete med personal med olika kompetens. I allmän palliativ vård kan det multiprofessionella teamet se olika ut beroende på enhetens förutsättningar och patientens behov, men det ska alltid innehålla minst läkare, sjuksköterska och omvårdnadspersonal.

När en patient har komplexa palliativa vårdbehov ska läkaren kontakta den specialiserade palliativa enheten för konsultation. Det ska vara enkelt att ta en sådan kontakt. Det är den mottagande enheten som beslutar om patienten ska anslutas till verksamheten eller stanna kvar inom den allmänna palliativa vården med konsultstöd.

### *Vårdenheter*

På sjukhus ska allmän palliativ vård ges av samtliga kliniker som vårdar patienter med allvarliga och kroniska sjukdomar. Palliativ vård är inte enheternas kärnverksamhet utan en integrerad del i annan vård, till exempel på en kirurgklinik.

Kommunen bedriver allmän palliativ vård på särskilda boenden och korttidsplatser samt i ordinärt boende.

I kommunens verksamhet är det primärvården som har läkaransvaret. Det betyder att läkaren vid den vårdcentral där patienten har listat sig, eller läkaren som ansvarar för det särskilda boendet på vårdavdelningen, har ansvar för att:

- göra brytpunktsbedömning och genomföra brytpunktssamtal
- symtomskatta patienten
- upprätta medicinsk vårdplan
- ge adekvata trygghetsordinationer
- erbjuda hembesök (primärvård)
- remittera för konsultation inom specialiserad vård vid otillräcklig symtomkontroll trots behandlingsförsök

### *Psykosocialt stöd*

Behandlande läkare och sjuksköterska ska ge allmänt psykosocialt stöd utifrån patientens och de närståendes behov. Patienten och de närstående ska få skriftlig information om hur de kan nå en kurator på sjukhuset eller inom primärvården. En kurator kan ge samtalsstöd och vid behov information om samhällets olika funktioner samt stödja i sorgearbetet.

### *Kompetens och fortbildning*

En god palliativ vård förutsätter att personalen har tillräcklig kunskap för att möta patienternas olika behov. Personalen ska därför ha grundläggande palliativ kompetens i sina respektive grundutbildningar. De har också ett stort behov av fortbildning för att hålla sig uppdaterade med den senaste kunskapen, eftersom palliativ vård i dag är ett område i stark utveckling. Vid de enheter som bedriver allmän palliativ vård behöver det därför finnas struktur och kompetens för kontinuerlig fortbildning.

För att fortbildning ska få långsiktig effekt i en verksamhet krävs att den fortlöpande återkommer. Forskning talar också för att fortbildning med interaktiva moment och inslag av dialog får bättre långsiktig effekt. Fortbildning i palliativ vård ska utgå från ett holistiskt synsätt där symtomlindring, teamarbete, kommunikation och närståendestöd ingår.

Personal som vårdar palliativa patienter ska ha möjligheter till handledning. Handledningen ger personalen möjlighet att reflektera och utveckla strategier för att hantera de känslor och situationer som arbetet för med sig. Den kan ske i grupp eller individuellt och är en viktig del av den palliativa vården.

### Specialiserad palliativ vård

Specialiserad palliativ vård ska ges av ett läkarlett multiprofessionellt team som bedriver både öppenvård och slutenvård. De flesta patienter vårdas i ordinärt boende, men de ska ha möjlighet till sjukhusvård där det finns hög kompetens inom palliativ vård. En del patienter vårdas på så kallad korttidsplats eller hospiceplats inom kommunal hälso-och sjukvård. I samtliga fall bedrivs vården i nära samarbete med kommunal vård och omsorg. Hit remitteras patienter från öppen- eller slutenvård med

- mer komplexa vårdbehov, där basal symtomlindring är otillräcklig
- komplex psykosocial situation eller svår existentiell kris
- snabb sjukdomsprogress där komplexa symtom förväntas inom kort.

### *Multiprofessionella team*

Varje sjukhus ska ha ett eller flera multiprofessionella team för specialiserad palliativ vård. Ett team ska som minimum innehålla läkare, sjuksköterska och kurator. Det ska ha regelbunden tillgång till sjukgymnast och arbetsterapeut samt enkelt kunna kontakta andra kompetenser som dietist, diakon och präst samt specialister inom onkologi, kirurgi, psykiatri och smärtbehandling. De sjukhusanslutna teamen ska samverka nära med den kommunala hälso- och sjukvården där den kommunala hemsjukvården utför det mesta vårdarbetet när det sker i det egna hemmet eller på kommunalt boende för vård och omsorg. Det ska finnas tillgång till palliativ kompetens hela dygnet.

Det specialiserade palliativa teamets organisatoriska och geografiska ansvar ska definieras av sjukhusets ledning och det bör omfatta all specialiserad palliativ vård som bedrivs inom sjukhusets upptagningsområde.

Teamets uppgifter är att utöver allmän palliativ vård erbjuda

- specialiserad palliativ vård på sjukhusets specialiserade palliativa enhet
- specialiserad palliativ vård genom hembesök i samverkan med kommunal hälso- och sjukvård
- mottagningsverksamhet i öppenvården (eventuellt)
- konsult hjälp och utbildning till övriga kliniker på sjukhuset och till primärvården.

Teamets sjuksköterskor har som uppdrag att fungera som kontaktsjuksköterskor för de anslutna patienterna.

För närmare beskrivning av dagens organisation se bilaga 4.

### *Vårdenheter*

Varje sjukhus i regionen ska ha ett multiprofessionellt öppenvårdsteam som ska kunna göra hembesök och som patienterna enkelt ska kunna kontakta på telefon. Det kan också finnas mottagningsverksamhet. Teamet fungerar som en bro mellan patienterna och den kommunala hälso- och sjukvården som utför en stor del av det praktiska vårdarbetet med stöd av teamet.

Varje sjukhus i regionen ska ha slutenvårdsplatser med särskild inriktning på specialiserad palliativ vård. Europarådet anger att slutenvårdsbehovet är 5-8/100 000 invånare i en miljö där välfungerande hemsjukvård eller ASIH-verksamhet finns. Den palliativa verksamheten ska vara tillgänglig hela dygnet. Läkare och sjuksköterskor med palliativ kompetens ska också finnas tillgängliga hela dygnet. Ett så kallat öppet retursystem till vårdplatserna ska finnas och vara tydligt för de anslutna patienterna.

Ett exempel på specialiserad palliativ vård i livets slutskede är hospice. Det är specialiserad vård kopplat till ett boende, oftast i kommunal regi eller stiftelseregi. Ett hospice ska ha en hemlik atmosfär och erbjuda ett alternativ för vård vid livets slut. I Västra Götalandsregionen

finns idag fyra hospice. Patienter ansöker själva om plats hos kommunen. I Halland finns inga hospice.

#### *Psykosocialt stöd*

Behandlande läkare och sjuksköterska ska ge allmänt psykosocialt stöd utifrån patientens och de närståendes behov. Kontakt med kurator ska erbjudas aktivt, och kurator ska knytas till varje palliativ specialistenhet.

Se vidare bilaga 8.

#### *Kompetens, fortbildning och utveckling*

Inom specialiserad palliativ vård ställs större krav på personalens kompetens och erfarenhet. De specialiserade palliativa enheterna måste säkra spetskompetens i palliativ medicin och palliativ omvårdnad. För att vården ska bli framgångsrik bör det också finnas personal med olika specialistutbildning och erfarenhet i teamet.

Det är viktigt att all personal inom specialiserad palliativ vård har möjlighet att arbeta med utveckling och kvalitetsarbete samt att de får tillgång till egen fortbildning och kompetensutveckling.

Personalen ska ses som en resurs för kompetensutvecklingen i den allmänna palliativa vården. De kan ge fortbildning, men det kräver att enheten har resurser för att ge fortbildning och en organisatorisk struktur som stöder en sådan verksamhet. Sjukhusledningen bör säkerställa att enheten har sådana förutsättningar.

Palliativ vård är ett område i stark utveckling, och det är därför viktigt att regionen stimulerar utvecklingsarbete och forskning. Det bör skapas ett regionalt kunskapscentrum för palliativ vård som omfattar utveckling och forskning. För att en sådan enhet ska bli effektiv bör den knytas samman med de palliativa enheterna i regionen och medarbetare ska ha möjlighet att arbeta med utveckling parallellt med patientarbetet. En regional samordning av utveckling är en framgångsfaktor. Kompetenscentrumet bör också knyta kontakter med universitet för att möjliggöra forskningsprojekt på regional och lokal nivå.

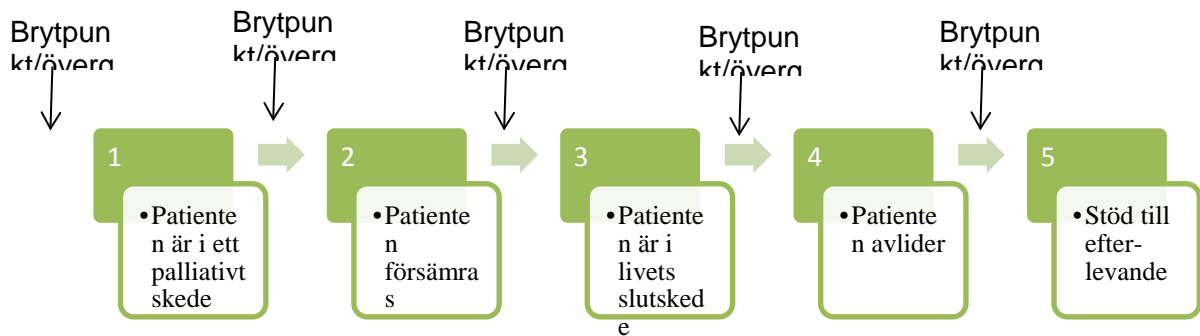
#### **Samverkan mellan vårdenheter**

Alla patienter i regionen oavsett diagnos ska erbjudas palliativ vård när de har behov av det. De flesta patienter kan få palliativ vård på den vårdenhet där de redan vårdas, men vården kräver ofta att flera förvaltningar samverkar. Denna samverkan är en av de palliativa vårdens fyra hörnstenar.

#### Form för samverkan

Inom VGR och Halland finns organisationer för närsjukvårdssamverkan regionalt och delregionalt. Här finns en struktur för samverkan mellan slutenvård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård. Inom denna ska också palliativ vård – både allmän och specialiserad – samverkas och utvecklas. Närsjukvårdsorganisationen bör arbeta med den palliativa patientens process genom vården. Det är viktigt att samverkansorganisationen har beslutsmandat så att den effektivt kan fatta nödvändiga beslut för att förbättra patientprocessen.

*Patientens väg genom den palliativa processen*



S = Sjukhus  
P = Primärvård  
K = Kommun

## 1. Patienten är i palliativt skede

Åtgärd		Ansvarig vårdnivå
Brytpunktsamtal som hålls av sjukhusläkare (primärvård om pat. sköts där).	Ska göras	S, P
Brytpunktsamtalet dokumenteras	Ska göras	S, P
Fokus på symtomlindring	Ska göras	S, P, K
-skattningsinstrument ex VAS, ESAS	Ska göras	S, P, K
Närståendestöd	Ska erbjudas	S, P, K
Vårdnivå klargörs (allmän/specialiserad palliativ vård)	Ska göras	S
- var vill patienten vårdas?	Ska göras	S, P
- remiss palliativ team	Ska erbjudas vb	S, P
Vårdplan	Ska göras	S, P, K
- Fast vårdkontakt	Ska utses och dokumenteras	S, P
- Kontaktsjuksköterska	Ska utses	S
- Vårdplanering-SVPL (kontakt med kommun och primärvård)	Ska erbjudas	S, K
- Ställningstagande till Öppen retur	Ska erbjudas	S
- Aktivt överlämnande	Ska göras	S, P, K
Prognos, "Ligga steget före".	Ska göras	S, P, K
- Trygghetsordination	Ska övervägas	S, P

## 2. Patienten försämras

Åtgärd		Ansvarig vårdnivå
Brytpunktsamtal	Ska göras	S, P
Uppdatera vårdplan	Ska göras	S, K
Symtomlindring	Ska ges	S, P, K
Aktualisera symtomskattning	Ska göras	S, P, K
Läkemedelsjustering. Kopplas till symtom	Ska göras	S, P
Ev. ny vårdplanering - Var vill patienten vårdas	Ska övervägas	S, K
Individuellt ställningstagande till – EJ HLR	Ska göras och dokumenteras	S, P
Närståendestöd	Ska erbjudas	S, P, K
Psykosocialt stöd	Ska erbjudas	S, P
Aktivt överlämnande	Ska göras	S, P, K

## 3. Patienten är i livets slutskede

Åtgärd		Ansvarig vårdnivå
Brytpunktsamtal	Ska göras	S, P
Standardiserade vårdprogram/checklistor	Ska aktualiseras om sådant finns på enheten	S, P
Närståendestöd	Ska erbjudas	S, P, K
Skattningsinstrument Ex. VAS, ESAS	Bör användas	S, P, K



Uppdatera IVP	Ska göras	S, K
Vårdplats planeras efter patientens önskemål och möjlighet	Ska diskuteras med pat	S, P, K
Aktivt överlämnande	Ska göras	S, P, K

## 4. Patienten avlider

Åtgärd		Ansvarig vårdnivå
Närståendesamtal/närståendestöd	Ska erbjudas	S, P, K
Rutiner för värdigt avsked	Ska finnas	S, P, K
Palliativregistret(on line)	Ska göras	S, K
Dödsbevis/Dödsorsaksintyg	Ska göras	S, P
Information om vävnads och organdonation(hornhinna)	Ska erbjudas	S, K
Information Till efterlevande om "Vad händer Nu".	Ska erbjudas	S, K, P

## 5. Stöd till efterlevande

Åtgärd		Ansvarig vårdnivå
Efterlevandesamtal	Ska erbjudas	S, P, K
Undersöka närståendes upplevelse av vården	Ska göras	S, P, K

## Övergripande för processtegen 1-5

## Kompetens och utveckling

Åtgärd		Ansvarig vårdnivå
Allmän palliativ kompetens från grundutbildning hos all vårdpersonal i palliativ vård	Ska krävas	
Fortbildning för all personal inom all palliativ vård	Ska erbjudas	S, P, K
Handledning för personal inom all specialiserad palliativ vård	Ska erbjudas	S, P, K
FoUU för specialiserad palliativ vård	Ska finnas	S

## Kvalitetssäkring

Åtgärd		Ansvarig vårdnivå
Registrering i svenska palliativregistret	Ska göras	S, P, K
Resultatredovisning från svenska palliativregistret i årlig verksamhetsberättelse/rapport	Bör göras	S, P, K
Nationella indikatorer för God palliativ vård	Ska följas	S, P, K
Regionala kvalitetsmål för palliativ vård	Ska följas	S, P

## Brytpunktssamtal vid övergång till palliativ vård

När läkare och vårdpersonal identifierar palliativa vårdbehov hos patienten gör de en så kallad brytpunktsbedömning. Efter denna bedömning ska läkaren samtala med patienten om sjukdomen, prognosen och planeringen. Detta kallas brytpunktssamtal. Detta är en administrativ term som bör undvikas i dialogen med patienten.

Regionala medicinska riktlinjer utarbetas på uppdrag. Riktlinjer fastställs efter avstämning med regionens berörda förvaltningar, regionala sektorsråd, rådsfunktioner, terapigrupper och Program- och prioriteringsrådet.

Brytpunktsamtal är ett eller flera samtal mellan ansvarig läkare och patient eller närstående där det görs klart att patientens tillstånd har nått en brytpunkt där det kan vara motiverat att inleda palliativ vård och där man diskuterar vårdens fortsatta innehåll. Inom framför allt den onkologiska vården används brytpunktsamtal när en sjukdom övergår från att vara möjlig att bota till att bli kronisk och livshotande, alltså när det är motiverat att inleda palliativ vård parallellt med den livsförlängande behandlingen. Inom andra områden används brytpunktssamtalen nästan uteslutande när man avslutar livsförlängande vård och övergår till palliativ vård i livets slutskede.

Brytpunktssamtalet ska hållas av patientens ansvariga läkare. Det innebär att samtliga läkare vid de kliniker som vårdar patienter med allvarliga och kroniska sjukdomar ska kunna initiera och genomföra brytpunktssamtal. Ofta överförs en patient i palliativt skede från Universitetssjukhusets specialistkliniker till länssjukhus för palliativ vård. Ett brytpunktsamtal bör då ha hållits på specialistkliniken, där man bättre kan svara på patientens frågor kring sjukdomen, för att sedan följas upp på länssjukhuset eller primärvården. Tydlig dokumentation som medföljer patienten är av stor vikt. I kommunens verksamhet är det primärvårdens läkare som har läkaransvaret för den palliativa vården och ska initiera och genomföra brytpunktsamtal.

Vid samtalet ska läkaren informera och ha en dialog med patienten så att man når en samsyn kring patientens situation. Vidare ska läkaren i samråd med övrig personal upprätta en vårdplan. Vårdplanen bör innehålla så kallade trygghetsordinationer. Läkaren ska dokumentera brytpunktssamtalet i patientens journal. Varje klinik ska ha mallar och rutiner för detta.

Om patienten samtycker bör patientens kontaktsjuksköterska eller annan sjuksköterska delta, liksom patientens närstående.

#### Överlämning mellan vårdenheter

Den enhet som vårdar en patient behåller alltid ansvaret för patientens vård tills den enhet man remitterat till har etablerat kontakt med patienten.

Patienten ska informeras om de vårdalternativ som finns och vara delaktig i de beslut som fattas om den framtida vårdens utformning.

#### *Fast vårdkontakt och kontaktsjuksköterska*

Patienter som får palliativ vård ska alltid ha en legitimerad läkare som fast vårdkontakt. Läkaren ska ansvara för att planera och samordna patientens vård. Bestämmelserna för detta finns sedan den 1 juli 2010 i Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL.

Cancerpatienter ska utöver den fasta vårdkontakten även ha en kontaktsjuksköterska från diagnos och därefter kontinuerligt under hela vårdförloppet. I samband med att palliativ vård inleds kan det vara aktuellt att byta kontaktsjuksköterska. I många fall kan den tidigare kontaktsjuksköterskan finnas kvar parallellt en tid för att skapa trygghet i övergångsfasen. Kontaktsjuksköterskans roll redovisas i vårdprogrammet "Cancervårdprocessen"

[http://www.cancercentrum.se/PageFiles/4046/Cancerv%C3%A5rdprocessen\\_2013.1.pdf](http://www.cancercentrum.se/PageFiles/4046/Cancerv%C3%A5rdprocessen_2013.1.pdf)

#### *Samordnad vård- och omsorgsplanering (SVPL)*

När en patient skrivs ut från en vårdavdelning men har behov av fortsatt vård och omsorg i hemmet ska patientens ansvariga läkare initiera en samordnad vård- och omsorgsplanering med kommunen och primärvården. En förutsättning för denna planering är att läkaren har haft ett brytpunktssamtal med patienten och att det finns en samsyn kring den fortsatta vårdens utformning.

Deltagare i planeringen ska vara sjuksköterska, alternativt vårdplaneringsköterska, från den avlämnande enheten, representanter från kommunens biståndsenhet och representanter för kommunal hälso- och sjukvård. I övrigt avgör respektive vårdgivare vilka personer som bör närvara, i samråd med patient och närstående. Det är oftast viktigt att involvera närstående i vårdplaneringen. Planeringen ska resultera i en vårdplan för patienten.

---

Regionala medicinska riktlinjer utarbetas på uppdrag. Riktlinjer fastställs efter avstämning med regionens berörda förvaltningar, regionala sektorsråd, rådsfunktioner, terapigrupper och Program- och prioriteringsrådet.

Läkare på avlämnande och mottagande enhet har ett stort ansvar för att tydligt kommunicera kring patienten och överföra den medicinska vårdplan som har utformats. Detta kan ske vid vårdplaneringen eller i nära anslutning till den.

Det finns en gemensam rutin för samordnad vårdplanering för Västra Götalandsregionen respektive Region Halland. Den utgår från lagen om betalningsansvar (SFS 1990:1404) och ska följas.

#### *Aktivt överlämnande*

Vid alla typer av överföring av en palliativ patient från en vårdenhet till en annan ställs särskilda krav på tydlighet och samordning. Detta behov finns oavsett om en formell vårdplanering görs eller ej. Vid aktivt överlämnande ska följande vara dokumenterat i patientens journal och överförs till nästa vårdgivare:

- Fast vårdkontakt på avlämnande och mottagande vårdenhet
- Kontaktsjuksköterska på avlämnande och mottagande vårdenhet
- Omvårdnadsdokumentation där patientens status och vårdbehov framkommer
- Aktuell läkemedelslista
- Läkemedel vid behov/ trygghetsordination
- Övriga ordinationer
- Slutanteckning (från slutenvården) och eventuell övrig läkardokumentation inklusive dokumentation om brytpunktssamtal
- Vårdplan där patienten varit delaktig
- Kontaktuppgifter till närstående.

Det är viktigt att dessa uppgifter alltid finns där patienten vårdas eftersom patientens tillstånd snabbt kan försämrats. Varje enhet ska därför ha rutiner för hur dokumentationen ska tas emot och lämnas över när patienter flyttas.

Sjukgymnaster och arbetsterapeuter har en viktig uppgift i att se till att adekvata hjälpmedel snabbt finns på plats när en patient byter vårdform.

#### *Öppen retur*

När en patient skrivs ut från sjukhus är det svårt att avgöra om patienten kommer att behöva läggas in igen, och bland kan patientens och de närståendes osäkerhet inför hemgången onödigt förlänga vårdtiden. Därför ska de specialiserade palliativa enheterna tillämpa en öppen retur-rutin. Det innebär att patienten efter kontakt med sin vårdavdelning kan skrivas in igen utan att behöva passera akutmottagningen. Detta är en trygghetsskapande åtgärd för patient och närstående.

Det är alltid läkaren på utskrivande vårdavdelning som tar ställning till när öppen retur ska tillämpas och när den eventuellt ska tas bort.

Öppen retur gäller inte vid intagningsstopp på grund av maginfektion eller strejk (force majeure). Om avdelningen däremot är fullbelagd bör någon av de andra patienterna i första hand flyttas. Är detta inte möjligt bör man anpassa avdelningens beläggningsgrad så att akutinläggningar är möjliga. "Öppen retur i mån av plats" är en beteckning som skapar oreda, och den ska inte användas.

Mer om öppen retur finns i vårdprogrammet "Cancervårdprocessen"

[http://www.cancercentrum.se/PageFiles/4046/Cancerv%C3%A5rdprocessen\\_2013.1.pdf](http://www.cancercentrum.se/PageFiles/4046/Cancerv%C3%A5rdprocessen_2013.1.pdf)

Guide för läkare och övrig vårdpersonal inom akutvård, primärvård och kommunal vård och omsorg:

1. Identifiera palliativa vårdbehov hos den kroniskt svårt sjuka patienten. Identifiera den försämring som sker. Diskutera gärna detta i vårdteamet.
2. Boka ett läkarsamtal med patienten, och om möjligt med närstående, om patientens sjukdom, prognos och behov. Samtalet eller samtalen bör mynna ut i en samsyn mellan vården och patienten kring fortsatt vård. Ta upp frågor som var vården ska ges, vilken vårdnivå som verkar lämplig samt patientens önskemål. Det är viktigt att dokumentera detta i journalen.

---

Regionala medicinska riktlinjer utarbetas på uppdrag. Riktlinjer fastställs efter avstämning med regionens berörda förvaltningar, regionala sektorsråd, rådsfunktioner, terapigrupper och Program- och prioriteringsrådet.

3. Symtomskatta patienten och värdera symtombilden. Ta ställning till om fortsatt vård ska ges inom den egna verksamheten eller om patienten ska remitteras för konsultation eller övertag vid specialiserad enhet. Detta är läkarens beslut.
4. Överväg att ge palliativa insatser medan övrig vård och behandling fortgår ytterligare en tid. Överväg att remittera patienten till kommunal vård och omsorg med läkarstöd från primärvården, om patienten har ett stort vårdbehov. Diskutera gärna den palliativa patienten med palliativ specialist innan beslut om remiss fattas. I sjukhusvården kan palliativ läkare t.ex. medverka i terapikonferenser eller ronder.
5. Utforma en vårdplan för den palliativa vården.
6. Informera vårdpersonalen via journaldokumentation om att brytpunktssamtal har hållits och att vården ändrar inriktning.
7. Ge särskild uppmärksamhet till närstående och deras behov av information och stöd.

#### *Remiss till specialiserad enhet*

När en patient remitteras till en specialiserad enhet ska remissen innehålla följande (enligt det nationella vårdprogrammet för palliativ vård):

- Diagnos och sjukdomshistoria
- Symtom
- Eventuella behandlingar och syfte/mål med dessa
- Vårdbehov, medicinskt och omvårdnadsmässigt
- Information om närstående och hemsituation
- Vilken information som givits till patient och närstående om den fortsatta vårdens inriktning och mål
- Om patienten har eller behöver kontakt med biståndsbedömare
- Om patienten har eller behöver kontakt med arbetsterapeut/kurator/sjukgymnast/dietist/annan
- Om patienten har eller behöver hjälpmedel.

Grupper att särskilt beakta

#### *Äldre i palliativ vård*

Tidigare har palliativ vård mycket handlat om vård av cancerpatienter i livets slutskede. För att bättre kunna möta äldres behov är det angeläget att den palliativa vården bättre integreras i vården av patienter med andra kroniska sjukdomar och flera diagnoser.

Palliativ vård av äldre kan skilja sig från annan palliativ vård genom att de äldre har ofta en kombination av fysiska sjukdomar och demenssjukdomar, har mindre sociala nätverk och ofta behöver vård och omsorg inom särskilda boendeformer.

#### *Barn i palliativ vård*

Palliativ vård av barn som vårdas på sjukhus beskrivs inte i detta vårdprogram. I de fall då vården bedrivs utanför sjukhus måste vårdorganisationen utformas efter varje barns behov och förutsättningar. De specialiserade palliativa teamen ska då medverka tillsammans med barnsjukvårdens specialister och vårdpersonal i kommunal vård och primärvård.

#### *Barn som närstående*

Hälso- och sjukvården ska särskilt beakta barns behov av information, råd och stöd om en förälder eller en annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en allvarlig fysisk sjukdom eller oväntat avlider. Detta finns sedan år 2010 reglerat i 2 § HSL.

#### *Vårdmiljöns betydelse*

Forskning visar att vårdmiljön har en direkt inverkan på människans välbefinnande och hur vi uppfattar vårdens kvalitet. Den påverkar också de minnen som familjen bär med sig efter ett dödsfall. Alla nivåer inom vården bör därför vara medvetna om sinnesintryckens betydelse för välbefinnandet och bidra till skapandet av en trygg och lugn miljö.

---

Regionala medicinska riktlinjer utarbetas på uppdrag. Riktlinjer fastställs efter avstämning med regionens berörda förvaltningar, regionala sektorsråd, rådsfunktioner, terapigrupper och Program- och prioriteringsrådet.

## Kvalitetssäkring

Varje vårdenhet bör kvalitetssäkra den palliativa vården. Två bra verktyg för detta är Svenska palliativregistret och Socialstyrelsens nationella indikatorer för god palliativ vård.

### Svenska palliativregistret

Alla verksamheter i VGR som vårdar svårt sjuka patienter ska vara anslutna till Svenska palliativregistret, enligt beslut i Hälso- och sjukvårdsutskottet VGR, RSK 126-2007. Registreringen har visat sig fungera bra för att kvalitetssäkra vården under livets sista veckor och den kan även belysa och förbättra kvaliteten på insatserna tidigare i vårdförloppet.

På de flesta enheter är det lämpligast att ansvarig sjuksköterska utför registreringen utifrån de data som finns i omvårdnadsjournalen. Det är angeläget att registeransvariga deltar i Svenska palliativregistrets kurser. Svenska palliativregistret har också resurser för att ge stöd till den som registrerar.

Utdata från registret kan fås fram omedelbart. Cheferna bör regelbundet ta del av den, och varje enhet bör årligen ta med resultatredovisning ur registret i sin verksamhetsrapport. Detta är en tydlig framgångsfaktor för kvalitetsarbete.

Täckningsgraden i registret är avgörande för trovärdigheten i utdata och det är av stor vikt att täckningsgraden höjs ytterligare i hela VGR och Halland.

### Nationella indikatorer för god palliativ vård

Socialstyrelsen har indikatorer för vården som följs över tid. Indikatorerna kan användas nationellt, regionalt och lokalt. För palliativ vård finns sammanlagt nio nationella indikatorer.

Fem indikatorer går att mäta med data från Svenska palliativregistret, en indikator (nummer 2) hämtar även data från Socialstyrelsen. Tre indikatorer (nummer 6–9) uppfattas som utvecklingsindikatorer.

Regional anpassning av indikatorerna med målvärden:

Nr	Indikator	Målvärde
1	Täckningsgrad i palliativregistret	2014: 70 % 2015: 80 %
2	Två eller fler inskrivningar i slutenvård de sista 30 dagarna i livet	Inget målvärde 2014
3	Förekomst av signifikanta trycksår	Inget målvärde 2014
4	Dokumenterad individuell vid behovsordination av ångestdämpande läkemedel	90 %
5	Dokumenterad individuell vid behovsordination av opioid	90 %
6	Dokumenterad munhälsobedömning	70 %
Utvecklingsindikatorer		
7	Kommunikation (brytpunktssamtal) med patient om vårdens inriktning och mål i livets slutskede	
8	Smärtanalys och regelbunden smärtskattning	
9	Regelbunden användning av smärtskattningsinstrument	

Länk till Socialstyrelsens kunskapsstöd: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-6-4>

Regionala medicinska riktlinjer utarbetas på uppdrag. Riktlinjer fastställs efter avstämning med regionens berörda förvaltningar, regionala sektorsråd, rådsfunktioner, terapigrupper och Program- och prioriteringsrådet.

---

Länk till nationella vårdprogrammet, se sid 54. [http://www.cancercentrum.se/sv/Vardprogram/Palliativ-  
vard/](http://www.cancercentrum.se/sv/Vardprogram/Palliativvard/)

---

Regionala medicinska riktlinjer utarbetas på uppdrag. Riktlinjer fastställs efter avstämning med regionens berörda förvaltningar, regionala sektorsråd, rådsfunktioner, terapigrupper och Program- och prioriteringsrådet.