

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Giltig från: 2025-02-05

Innehållsansvar: Elisabet Löfdahl, (elilo4), Överläkare

Giltig till: 2027-02-05

Granskad av: Elisabet Löfdahl, (elilo4), Överläkare

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Regional medicinsk riktlinje

Palliativ vård -

Regional tillämpning av Nationellt vårdprogram och Personcentrerat sammanhållet vårdförlopp

Innehållsförteckning

Inledning	2
Syfte	2
Huvudbudskap	2
Vårdnivå och samverkan	3
Bakgrund.....	3
Processmål	3
Förändringar sedan föregående version	4
Regional tillämpning av det nationella vårdprogrammet	4
Strävan mot tidig identifiering och integrering av palliativ vård samt strukturerade arbetssätt.....	5
Samverkan	5
Den palliativa vårdens organisation och dimensionering.....	5
Utbildning och fortbildning.....	6
Samtal och psykosocialt stöd.....	6
Remissrutiner	6
Kvalitetsuppföljning	7
Patientmedverkan och kommunikation.....	7
För vårdgivare.....	7
Referenser	7

Inledning

RMR utgör ett tillämpningsdokument av *Nationellt vårdprogram för palliativ vård (NVP)* samt *Personcentrerat sammanhållet vårdförlopp Palliativ vård (PSV)*. Det är första gången *NVP* och *PSV* samordnas i en RMR för palliativ vård. Det medför att RMR blir något mer omfattande än normalt för att vara heltäckande. RMR omfattar palliativ vård av personer över 18 år i Västra Götalandsregionen (VGR).

RMR är framtagen tillsammans med Regional processgrupp för palliativ vård av vuxna inom Regionalt cancercentrum väst där representanter från regional primärvård, sjukhusen i VGR och patient och närstående företrädare ingår. Företrädare för kommunal primärvård är adjungerade.

Syfte

RMR palliativ vård ska ses som ett redskap för att förenkla och förtydliga arbetssätt och processer i VGR. Samverkan med kommunal hälso- och sjukvård är en viktig del av arbetet. Det övergripande målet är en god och jämlik palliativ vård i VGR.

Huvudbudskap

God palliativ vård innebär en strävan mot att:

- Patienter med palliativa vårdbehov ges en god vård både inom regional och kommunal primärvård samt på sjukhus. God samverkan och ett nära samarbete är avgörande för ett sammanhållet vårdförlopp.
- Allmän och specialiserad palliativ vård är jämlikt dimensionerad i VGR.
- God kompetens finns inom allmän palliativ vård vid alla verksamheter där svårt sjuka patienter vårdas.
- Patienter med palliativa vårdbehov identifieras tidigt och erbjuds palliativ vård under hela vårdförloppet.
- Läkare tillsammans med vårdpersonal identifierar den tidpunkt då palliativ vård är påkallad och erbjuder samtal med patient och närstående kring sjukdomens allvar och prognos (samtal vid allvarlig sjukdom) samt initierar palliativ vård.
- Strukturerade arbetssätt är införda, tex. att patienter symtomskattas regelbundet och att symptombehandling utvärderas.
- Läkare i ett senare sjukdomsskede erbjuder brytpunktssamtal till vård i livets slutskede, samt gemensamt med patient och vårdteam planerar för den vården.

- Specialiserad palliativ enhet finns vid varje sjukhus i VGR.
- Kompetens finns i den allmänna palliativa vården så att komplexa palliativa vårdbehov hos patienter uppmärksammas och specialiserad vårdnivå kontaktas.
- Struktur finns för regelbunden fortbildning för all personal som vårdar patienter med palliativa vårdbehov, både på allmän och specialiserad palliativ vårdnivå.
- Närståendes behov uppmärksammas.
- Alla vårdenheter som bedriver palliativ vård är anslutna till Svenska palliativregistret.
- Utvecklingsarbete kring digitala arbetssätt stärks.

Vårdnivå och samverkan

RMR går i linje med hälso- och sjukvårdsavtalet och primärvårds-uppdraget och stödjer arbetet med utvecklingen av en *God och Nära vård*. Gränssnitt mellan vårdnivåer och huvudmän förtydligas i [bilaga 1, Gränssnitt och ansvarsområden i palliativ vård](#).

Flödesschema för patienten med palliativa vårdbehov finns på sidan 9 i [PSV Palliativ vård](#).

Bakgrund

I VGR dör drygt 15 000 personer per år, vilket motsvarar 1% av befolkningen. Majoriteten av dessa dödsfall (85%, motsvarande 12 500 dödsfall) är förväntade och inträffar som resultat av en eller flera kroniska sjukdomar. Hos dessa patienter föreligger större eller mindre palliativa vårdbehov. Det innebär att behovet av palliativ vård är vanligt förekommande inom all vård och kan förutses och planeras.

Processmål

Processmål palliativ vård i livets slutskede, målnivåer för indikatorer Socialstyrelsen 2017. Datakälla Svenska palliativregistret

Munhälsobedömning under sista levnadsveckan	≥ 90 %
Smärtskattning under sista levnadsveckan	100%
Vidbehovsordination av opioid mot smärta under sista levnadsveckan	≥ 98 %

Vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel under sista levnadsveckan	≥ 98 %
Utan förekomst av trycksår under sista levnadsveckan	≥ 90 %
Brytpunktssamtal	≥ 98 %

Processmål i tidig palliativ vård, PSV palliativ vård 2022.

Datakälla saknas i nuläget.

Andel patienter med misstänkt palliativt vårdbehov och som erbjuds samtal vid allvarlig sjukdom	100%
Andel patienter med palliativa vårdbehov som har en dokumenterad vårdplan för den palliativa vården	100%
Andel patienter med palliativa vårdbehov som erhåller samtal vid allvarlig sjukdom	90%

Förändringar sedan föregående version

Aktuell RMR är en uppdatering av RMR palliativ vård 2017. Omfattande förändringar har skett i NVP palliativ vård 2023. Vårdprogrammet omfattar nu palliativ vård under hela sjukdomsskedet, inte enbart vård i livets slutskede. Tidig identifiering av palliativa vårdbehov beskrivs samt vikten av att erbjuda patienten samtal kring detta enligt modellen ”Samtal vid allvarlig sjukdom”.

Detta är den första RMR som också omfattar PSV palliativ vård. De båda dokumenten är samstämmiga i sin beskrivning av patienters behov av palliativ vård under olika skeden av livshotande sjukdomstillstånd.

Regional tillämpning av det nationella vårdprogrammet

VGR har ställt sig bakom de nationella kunskapsdokumenten för palliativ vård. Genomförd GAP-analys visar på att det finns flera utvecklingsbehov att arbeta med för att kunna bedriva vård i enlighet med NVP palliativ vård och PSV palliativ vård. [Sammanfattning av GAP-analys se bilaga 2.](#)

Strävan mot tidig identifiering och integrering av palliativ vård samt strukturerade arbetssätt

- Palliativa vårdbehov bör identifieras tidigt i vårdförloppet. Vårdteamet bör ha kompetens i tidig identifiering av palliativa vårdbehov. Se [PSV Palliativ vård](#) avsnitt 1.4. sidan 7.
- Allmän palliativ vård ska ges av ett samarbetande team.
- Vid allvarlig sjukdom bör samtal ges enligt utvecklad samtalsmodell. Se [PSV Palliativ vård](#) avsnitt 1.6 B sidan 10.
- Brytpunktssamtal bör erbjudas patient, vid övergång till vård i livets slutskede för att uppnå Socialstyrelsens målnivå 98 %.
- Rutiner för att utforma vårdplaner, särskilt medicinska, bör finnas inom all palliativ vård.
- Rutiner för att systematiskt använda symtomskattningsinstrument ROAG, Abbey Pain Scale, ESAS och IPOS bör finnas.
- Möjlighet till digitala vårdkontakter, både mellan vårdgivare, professionen och med patient/närstående bör finnas.

Samverkan

- Huvudmännen bör ha kännedom om vikten av att följa samverkansrutiner. God samverkan och ett nära samarbete är avgörande för ett sammanhållet vårdförlopp.
- Regionala rutiner kring SAMSA ska vara väl kända i förvaltningarna.
- Vårdplaner bör utarbetas i dialog med patient och vara nedskrivna och kända för all personal hela dygnet. Särskilt beaktas att flera huvudmän kan vara delaktiga i patientens vård.
- Fast vårdkontakt ska vara identifierad (läkare). Vårdteamet bör vara identifierat.
- Patient och närstående bör veta vart de ska vända sig vid försämring.

Den palliativa vårdens organisation och dimensionering

Palliativ vård bedrivs enligt Socialstyrelsens definition på två vårdnivåer, allmän och specialiserad vård.

- Adekvat bemanning, kompetens och kommunikation bör finnas i all vård där svårt sjuka patienter vårdas så att god palliativ vård kan bedrivas.
- Vårdteamet kring en patient med palliativa vårdbehov inom allmän palliativ vård består som minst av undersköterska, sjuksköterska och läkare. Nära samarbete bör finnas med arbetsterapeut, fysioterapeut, dietist och kurator. Teamet formas ofta temporärt runt patienten.

- Kontaktvägar till specialiserad palliativ vård bör vara väl kända och tydliga både avseende remittering och konsultförfrågningar.
- Palliativ vård i VGR bör vara jämnt dimensionerad.
- En specialiserad palliativ enhet består av slutenvård, konsultteam och palliativt resursteam, alternativt avancerad sjukvård i hemmet (ASIH). Specialiserad palliativ kompetens bör finnas tillgänglig dygnet runt.
- Vårdteamet inom specialiserad palliativ vård består minst av sjuksköterska, läkare, kurator, arbetsterapeut, fysioterapeut. Teamet har en fast organisation. Nära kontakt med dietist och andlig företrädare bör finnas.
- Hospicevård är en form av specialiserad palliativ vård som ges dygnet runt utanför sjukhus.

Utbildning och fortbildning

- Det bör finnas möjlighet till återkommande kompetenshöjande utbildning och fortbildning för all personal som möter och vårdar patienter med palliativa vårdbehov. Utbildning kan ske tvärprofessionellt.
- Kostnadsfri webbutbildning *Lindring bortom boten (Betaniastiftelsen)* bör användas som introduktion för all personal. En kostnadsfri webutbildning särskilt riktad till läkare erbjuds också via Betaniastiftelsen.
- Specialiserade palliativa vårdenheter kan erhålla fortbildningsuppdrag mot övrig vård, såväl regional som kommunal.
- Önskvärt med läkarmedverkan från primärvården i patientnära fortbildning inom regional och kommunal primärvård.

Samtal och psykosocialt stöd

- Samtal vid allvarlig sjukdom är en utvecklad samtalsmodell som bör användas.
- Brytpunktssamtal bör erbjudas patienter, Socialstyrelsens målnivå är 98 %.
- All personal runt patienten ska känna sig trygga med att ha samtal om döden.
- Varje enhet bör säkerställa att kompetens och tillgänglighet för psykosocialt stöd finns.
- Familjer med minderåriga barn ska uppmärksammas och erbjudas stöd enligt lagstiftning och rutin i VGR. I komplexa situationer bör stöd ges av kurator.

Remissrutiner

Se [Regional medicinsk riktlinje - Remiss inom hälso- och sjukvård.](#)

Kvalitetsuppföljning

Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer, baserade på data från Svenska palliativregistret, ska användas i enlighet med [NVP kapitel 11 Kvalitetsindikatorer och kvalitetsregister](#) och [PSV Palliativ vård](#). Alla vårdenheter inom VGR, som vårdar svårt sjuka patienter, bör vara anslutna till Svenska palliativregistret. Data från Svenska palliativregistret tas fram i respektive organisation och samverkansområde och ligger till grund för fortsatt vårdutveckling.

För att följa omfattning av given palliativ vård ska diagnos- och åtgärds-koder för brytpunktssamtal och palliativ vård anges i journalen.

Data från Svenska palliativregistret bör tas fram i verksamheterna och bearbetas av ledningen som grund för fortsatt vårdutveckling.

Patientmedverkan och kommunikation

Palliativ vård är personcentrerad och utgår från patientens behov. I palliativ vård ska även närståendes behov uppmärksammas.

Samtal vid allvarlig sjukdom och brytpunktssamtal är nödvändiga samtal i palliativ vård.

[Information på 1177](#).

För vårdgivare

RMR för palliativ vård omfattar alla diagnoser för vuxna över 18 år och kompletterar diagnosspecifika RMR samt RMR cancerrehabilitering och RMR Barn som anhöriga.

Referenser

Betaniastiftelsen: [Lindring bortom boten - Grundutbildning i palliativ vård](#)

Betaniastiftelsen: [Lindring bortom boten - Läkarmodul palliativ vård för läkare](#)

[Hälso- och sjukvårdsavtalet och lagreglerade överenskommelser](#)

[Krav- och kvalitetsbok Vårdval Vårdcentral - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen \(vgregion.se\)](#)

[Lag \(2017:612\) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård](#)
[Länsgemensam riktlinje om in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i Västra Götaland.pdf \(vgregion.se\)](#)
[Socialstyrelsen: Nationella riktlinjer – Palliativ vård i livets slutskede, Målnivåer för indikatorer 2017](#)
[Nationellt vårdprogram palliativ vård](#)
[Palliativ vård - vad är det? | Nationella rådet för palliativ vård \(nrpv.se\)](#)
[Patientlag \(2014:821\)](#)
[Personcentrerat sammanhållet vårdförlopp Palliativ vård](#)
[Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen \(vgregion.se\)](#)
[RMR Barn som anhöriga](#)
[RMR Tillämpning av Nationellt vårdprogram Cancerrehabilitering.](#)
[Socialstyrelsen: Palliativ vård – förtydligande och konkretisering av begrepp](#)
[Svenska Palliativregistret](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Elisabet Löfdahl, (elilo4), Överläkare

Granskad av: Elisabet Löfdahl, (elilo4), Överläkare

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Dokument-ID: SSN11800-2140136717-826

Version: 1.0

Giltig från: 2025-02-05

Giltig till: 2027-02-05