Region Stockholm

15

Yttrande över remiss - personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp –Palliativ vård från Sveriges Kommuner och Regioner

VKN 2021-0252

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Kunskapsstyrning och -stöd
Gunilla Benner Forsberg

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2021-12-17

VKN 2021-0252

Vårdens
kunskapsstyrningsnämnd

Yttrande över remiss - personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp –Palliativ vård från Sveriges Kommuner och Regioner

Ärendebeskrivning

Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (Sveriges Kommuner och Regioner) har publicerat en remissversion av nytt vårdförlopp; Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp — Palliativ vård. Syftet med remissrundan är dels att ge profession och patienter tillfälle att ge synpunkter på det medicinska innehållet i vårdförloppet dels att ge regionernas linjeorganisationer och huvudmän möjlighet att analysera organisatoriska och ekonomiska konsekvenser av ändringarna och utifrån detta meddela om de ställer sig bakom dem.

Detta tjänsteutlåtande utgör Region Stockholms remissvar.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Remissversion av Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Palliativ vård från Sveriges Kommuner och Regioner
Remissversion av konsekvensbeskrivning för Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Palliativ vård från Sveriges Kommuner och Regioner
Statistikunderlag avseende remiss — Palliativ vård

Förslag till beslut

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd beslutar följande:

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd antar hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande och överlämnar det till Sveriges kommuner och regioner.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund
I detta avsnitt beskrivs (1) vad palliativ vård är, (2) hur patientgruppen ser ut, (3) hur vården i Region Stockholm är utformad och organiserad samt (4) vad remissens förslag innebär.

Den palliativa vården

Det palliativa förhållningsättet innehåller en helhetssyn på människan genom att stödja individen möjlighet att leva med värdighet och största möjliga välbefinnande till livets slut. WHO:s definition på palliativ vård präglas av synsättet att förebygga och lindra lidandet genom tidig upptäckt, noggrann analys och behandling av smärta samt övriga fysiska, psykiska, sociala och existentiella symtom. Synsättet kan tillämpas i tidiga skeden av en kronisk eller obotlig sjukdom, parallellt med behandling som syftar till att förlänga livet eller åtgärda akuta tillstånd. Allmän palliativ vård definieras som palliativ vård som ges till patienter vars behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kunskaper och kompetens i palliativ vård. Specialiserad palliativ vård avser vård som ges till patienter med komplexa symtom eller specifika behov som behöver ett multiprofessionellt team med särskild kunskap och kompetens i palliativ vård.

Palliativ vård omfattar åtgärder, vid behov av palliativ vård hos en patient med progressiv, obotlig sjukdom, tills att patienten avlider eller om behovet av palliativ vård upphör. Ett behov av palliativ vård kan uppstå oavsett diagnos, ålder eller förväntat livslängd. Patienter med progressiv obotlig sjukdom och palliativa vårdbehov vårdas inom i princip alla vårdformer, även inom kommunen.

Kriterier för behov av palliativ vårdbehov hos en patient med progressiv obotlig sjukdom beskrivs vara:

- succesivt försämrat allmäntillstånd
- behov av vila mer än 50 procent av vaken tid
- flera oplanerade vårdtillfällen på sjukhus utan klinisk förbättring
- ofrivillig viktnedgång
- otillräcklig symtomlindring
- påtaglig oro, ångest eller stress
- täta infektioner som kräver behandling
- förväntat snabb utveckling av besvärande symtom

Med en förbättrad palliativ vård beräknas livskvalitet, symtomskattning, symtomlindring, samordning och trygghet kunna förbättras påtagligt för patienter i alla åldrar och deras närstående.

Patientgruppen
I Sverige avlider årligen i genomsnitt drygt 90 000 personer, vilket motsvarar cirka en procent av befolkningen. Ungefär 80 procent av dessa personer dör en förväntat död, i sviterna av en eller flera kroniska sjukdomar. De har ett större eller mindre behov av palliativ vård. Majoriteten av patienterna kan få sina palliativa behov tillgodosedda inom den allmänna vården.

Enligt vårdförloppet innebär det att omkring 70 000 personer per år har behov av kortare eller längre vårdinsatser som motsvarar palliativ vård. Cirka 15 000 av dessa personer uppskattas istället ha behov av specialiserad palliativ vård. Cancersjukdomar är fortfarande den största diagnosgruppen inom den specialiserade palliativa vården. Mer än 80 procent som avled 2019 i Sverige inom specialiserad palliativ vård hade någon form av cancerdiagnos. Enligt studier med data från svenska palliativregistret finns risk att patienter med exempelvis hjärtsvikt eller kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) inte få tillgång till den specialiserade palliativa vården i samma omfattning som patienter med cancersjukdomar.

Antalet personer 80 år och äldre beräknas bli fler framöver. Långvarig kronisk sjukdom och stora vårdbehov kan öka med stigande ålder. Palliativ vård inkluderar dock samtliga åldrar, även barn. Barn med palliativa behov är en liten grupp, men barnen och deras familjer har ofta komplexa vårdbehov.

Vården i Region Stockholm
I Region Stockholm bedrivs allmän palliativ vård inom de flesta vårdformer såsom exempelvis akutsjukhusen, geriatrik, primärvård med basal hemsjukvård samt inom kommunal hälso- och sjukvård. Den specialiserade palliativa vården bedrivs främst inom vårdval avancerad sjukvård i hemmet (ASiH) samt vårdval specialiserad palliativ slutenvård. Vårdvalet ASiH är i Stockholms län uppdelat i åtta geografiska områden för att vårdgivaren ska hinna nå patienten inom 30 minuter. Patienten väljer mellan de vårdgivare som är godkända inom det område där patienten kan få sin ASiH-vård.

ASiH:s verksamhet är organiserad i multiprofessionella team, där flera yrkesgrupper ingår för att kunna ta hand om patienternas fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov. I teamen finns fördjupad kunskap inom palliativ vård och bred kompetens av sjukvård i hemmet

Specialiserad palliativ slutenvård bedrivs också i vårdvalsform. Uppdraget för specialiserad palliativ slutenvård är att vårda patienter som är i palliativt skede med komplexa och krävande vårdbehov. Målet är att patienterna, utifrån sina egna förutsättningar och önskemål, ska uppnå bästa möjliga symtomkontroll/lindring. Vårdformen riktar sig till patienter, oavsett diagnos, med ett behov av specialiserad palliativ vård i sluten vårdform.

I Stockholms län finns Palliativt kunskapscentrum med uppdrag att

- sammanställa kunskap från aktuell forskning och utvecklingsarbete, så att forskningsresultat omsätts till praktik
- informera, utbilda och utveckla palliativa frågor samt ge stöd och rådgivning, så att kunskapen om palliativ vård ökar hos alla personalgrupper som vårdar palliativa patienter

Palliativ kunskapscentrum samfinansieras av regionen samt flertalet av kommunerna i länet (från och med 2022 av 20 kommuner)

Under åren 2017–2020 har i länet totalt 22 234 individer registrerade vårdkontakter med diagnosen palliativ vård, (som huvuddiagnos eller bidiagnos). Av dessa var 56 procent kvinnor. Snittåldern under perioden var 72 år. Antalet vårdade individer med diagnosen ökade något under perioden 2017–2020. Volymmässigt registrerades öppenvårdskontakter och slutenvårdstillfällen främst inom geriatriken. Nästan alla öppenvårdskontakter registreras inom vårdvalet ASiH. Inom slutenvården sker nästan alla registreringar av diagnosen palliativ vård i vårdvalet specialiserad palliativ slutenvård.

Remissens innehåll

I remissversionen av vårdförloppet Palliativ vård beskrivs åtgärder i ett flödesschema gällande palliativ vård. Patientansvarig läkare gör en bedömning av patientens behov och upprättar en behandlingsstrategi. Patienten samt (om samtycke från patienten) närstående ska få erbjudande om samtal vid allvarlig sjukdom. I samtalet ska information ges om förväntad sjukdomsutveckling och prognos samt information om bedömning avseende livsförläggande behandling och exempelvis symtomlindring.

En identifiering ska göras om aktuella eller förväntade palliativa vårdbehov samt om behov av eventuellt specialiserad palliativ vård finns. Ett ställningstagande till behov av samordning kring insatser genomförs samt vårdplan tas fram. Kontinuerligt tas ställning om vårdbehoven för patient och stödbehov för närstående är tillgodosedda. Under hand bör identifiering av nya eller ändrade behov relaterat till sjukdomstillståndet göras samt ställningstagande om fortsatt palliativ vård. Om det föreligger sjukdomsprogress med begränsad förväntad överlevnad ska ett brytpunktssamtal genomföras med patienten och om patienten samtycker, dennes närstående. Brytpunktssamtalet innehåller åtgärder och vård i livets slutskede tills patienten avlider. Vårdförloppet förespråkar att efterlevnadsstöd ges med samtal till närstående. Kontinuerlig registrering i Svenska Palliativ registret ska ske.

Vårdförloppet förordar att den allmänna palliativa vården behöver utvecklas genom kontinuerlig fortbildning till all personal som arbetar med svårt sjuka patienter. Exempelvis behöver teambaserade personcentrerade arbetssätt utvecklas. Primärvården har en viktig roll inom den palliativa vården och särskild vikt bör därför läggas vid att säkerställa läkarresurser för detta uppdrag, samt att utarbeta samarbetsformer och gemensamma arbetssätt mellan regional primärvård och kommunal hälso- och sjukvård. Den specialiserad palliativ vården ska bestå av slutenvårdsplatser, mobilt hemsjukvårdsteam samt konsultfunktion för övrig vård

För att implementera ny kunskap samt kontinuerlig fortbildning föreslås i vårdförloppet att sjukvårdsregionala kompetenscentrum för palliativ vård införs. Därtill föreslås ett nationellt kompetenscentrum som kan agera som paraplyorganisation för kunskapsutveckling i nära samarbete med universitet och andra instanser.

Enligt remissens konsekvensbeskrivning förbättras individens förutsättningar för delaktighet i sin vård och behandling påtagligt i och med ett införande av vårdförloppet. Inga risker ses med ett korrekt införande av det nya vårdförloppet för individen. Vårdförloppet förväntas heller inte skapa generella undanträngningseffekter i vården. Enligt konsekvens-beskrivningen kan möjligen viss oplanerad akut vård minska i och med att patienten och närstående är mer insatt i sin vård. Inom vissa vårdformer såsom primärvården, kan dock behovet av vårdinsatser öka och på så sätt skapa viss undanträngning av annan vård. Vårdförloppet innebär inte att prioriteringsgrunderna för hälso- och sjukvård påverkas. Palliativ vård tillhör prioriteringsgrupp 1 enligt Socialstyrelsen.

Överväganden
Vårdförloppet innehåller en ambitiös beskrivning av vårdprocessen kring palliativ vård. Antalet patienter kan dock bli mycket stort då många uppfyller kriterier för vårdförloppet med progressiv obotlig sjukdom samt succesivt försämrat allmäntillstånd. Positivt är att vårdförloppet har ett stort värde för individen som i större utsträckning kan mötas av en vård präglad av helhetssyn, personcentrering och med fokus på värdighet och välbefinnande. Symtomskattning, symtomlindring, samordning och trygghet kan förbättras för patienterna.

Det är dock svårt att i vårdförloppet se en klar skillnad av vad som tillhör allmän palliativ vård och vad som avser specialiserad palliativ vård. Ett önskemål hade varit en tydligare beskrivning av de olika vårdformerna i vårdförloppet.

Den övergripande bedömningen av vårdförloppet för palliativ vård är att konsekvensbeskrivningen kan ge ett visst underlag för att uppskatta regionala effekter. Konsekvensbeskrivningen tar dock inte hänsyn till huvudmännens ansvarsområden i Stockholms län. Exempelvis har Region Stockholm ansvar för hemsjukvården, vilket inte är fallet i övriga regioner. Det är otydligt i vårdförloppet hur samverkan kring allmän palliativ vård mellan hemsjukvård och hemtjänst kan ske i ordinärt boende. Dock påtalas vikten av samordning och samverkan för hela vårdförloppet men det handlar mer om samverkan mellan regionens olika vårdnivåer.

Nuvarande utformning av vårdförloppet innebär ambitionshöjningar inom flera områden. I vårdförloppet beskrivs att alla närstående ska få efterlevnadssamtal efter att patienten avlidit. Det är en behjärtansvärd åtgärd att erbjuda samtal och stöd till efterlevande men inte realistiskt att genomföra till alla. Risk finns att det skulle bli mer resurskrävande om samtalen i alla lägen ska genomföras i all vård, så väl regionens som i kommunens hälso- och sjukvård. Verkligheten kan vara sådan att det inte alltid är möjligt.

Det vore önskvärt om det fanns tydligare 'kriterier' för att uppmärksamma de efterlevande som bör prioriteras och erbjudas samtal. Tydligare rekommendationer och hänvisning till studier som mer motiverar samtalen efterfrågas också.

Vårdförloppet innehåller indikatorer för uppföljning med en hög målsättning av genomförandet. Nästan alla utvalda indikatorer har en målsättning på 100 procent vilket i realiteten kan vara svårt att uppnå.

Exempelvis kan brytpunktsamtal vara svårt att i praktiken utföra till 100 procent som indikatorn förespråkar.

Vårdförloppet beskriver en väl ambitiös satsning på kompetensutveckling med kompetenscentrum på regional och nationell nivå, samt att medarbetare ska erbjudas årlig kompetensutveckling med medarbetarsamtal/ utvecklingssamtal kring palliativ vård.

Vårdförloppet vänder sig till hälso-och sjukvård inom region och kommuner och men en viktig aktör, kommunal omsorg, saknas i beskrivningen av att allmän palliativa vård ska fungera i ordinärt boende. Det står nämnt att det är viktigt att se över behov av samordnad individuell planering (SIP) och samordna med andra vårdgivare men otillräckligt om övrig samordning med kommunen. Det saknas tillräckliga beskrivningar kring vikten av att utveckla samverkansformer mellan regionens aktörer och kommunerna.

Ekonomiska konsekvenser
Ett beslut att ge remissvar på det föreslagna vårdförloppet Palliativ vård har i ett kortare perspektiv inga ekonomiska konsekvenser. På längre sikt, om förslagen i vårdförloppet införs, kan ekonomiska konsekvenser uppstå kring exempelvis kompetensutveckling och tillskapande av personella resurser.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Det föreslagna vårdförloppet Palliativ vård kan på sikt medföra positiva konsekvenser för patientsäkerheten, då patientcentrering och delaktighet förväntas öka.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Det föreslagna vårdförloppet Palliativ vård förväntas ha positiva effekter på jämlik och jämställd vård genom att utgöra ett likriktat underlag för palliativ vård.

Miljökonsekvenser
Det föreslagna vårdförloppet Palliativ vård förväntas ha oförändrade effekter på miljökonsekvenser.

Administrativa konsekvenser
Det föreslagna vårdförloppet Palliativ vård kan på sikt ha ökade administrativa konsekvenser exempelvis genom mer utökad registrering av åtgärder.

Magnus Thyberg
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Nationellt programområde äldres hälsa (Sveriges Kommuner och Regioner)

Godkänd av Magnus Thyberg, 2021-12-17

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Palliativ vård

Vårdförloppet inleds vid misstanke om palliativa vårdbehov hos patient med progressiv, obotlig sjukdom och avslutas när patienten avlider och närstående erbjudits efterlevandesamtal eller när behov av palliativ vård upphör.

Nationellt programområde äldres hälsa

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2021-11-15	Öppen remiss

Sammanfattning

Palliativ vård innebär att lindra lidande och främja livskvalitet för patienter med progressiv, obotlig sjukdom under beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov. I vården ingår även stöd till patientens närstående.

Att använda sig av ett palliativt förhållningssätt tidigare i sjukdomsförloppet parallellt med eventuell livsförlängande behandling har visat sig vara till fördel för patienter, närstående och vårdpersonal. I de flesta fall kan patientens palliativa behov tillgodoses av personal med grundläggande kompetens i palliativ vård (allmän palliativ vård). Det innebär att vårdförloppet är relevant för ett stort antal vårdgivare inom såväl öppen som sluten vård i både kommunal och regional regi. Vårdförloppet gäller för samtliga vårdgivare som vårdar patienter med progressiv, obotlig sjukdom. Det omfattar samtliga patienter oavsett diagnos, ålder, förväntad livslängd och bostadsort. Patienter med mer komplexa behov kan vara i behov av specialiserad palliativ vård. Utifrån individuell bedömning kan team med specialistkompetens inom palliativ vård stötta övriga vårdgivare genom konsultation eller själva överta ansvaret för patientens palliativa vård.

I nuläget finns det omotiverade skillnader med ojämn tillgång till palliativ vård såväl geografiskt som diagnosmässigt. Trots att palliativ vård har tilldelats högsta prioritet av Socialstyrelsens prioriteringsutredning redan 1995 visar alla fortsatta undersökningar att tillgången till palliativ vård är för låg i jämförelse med behoven.

Vårdförloppet omfattar åtgärder från att det finns misstanke om palliativa vårdbehov hos patient med progressiv, obotlig sjukdom till dess att patienten avlider och närstående erbjudits efterlevandesamtal eller när behov av palliativ vård upphör.

Övergripande mål med vårdförloppet är att oavsett patientens diagnos, ålder, vårdform och förväntad livslängd, öka jämlikhet och kvalitet genom att

- öka kunskapen om att identifiera patienter med palliativa vårdbehov
- erbjuda alla patienter (och eventuellt närstående) samtal gällande behandlingsintention, förväntat sjukdomsförlopp samt prognos (samtal vid allvarlig sjukdom)
- kunna handlägga vanligt förekommande fysiska, psykiska, sociala och existentiella symtom.

Dessa åtgärder förväntas öka tillgången till ett strukturerat palliativt förhållningsätt för en större andel patienter.

Nationellt system för kunskapsstyrning leder det övergripande arbetet med att utveckla personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp och detta dokument har utvecklats inom ramen för Nationellt programområde äldres hälsa. Det praktiska arbetet med att ta fram dokumentet genomfördes av en nationell arbetsgrupp utsedd av programområdet.

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Innehåll

Sammanfattning ... 3
1. Beskrivning av vårdförlopp ... 5
1.1. Om palliativ vård ... 5
1.2. Omfattning ... 6
1.3. Vårdförloppets mål ... 7
1.4. Ingång och utgång ... 7
1.5. Flödesschema för vårdförloppet ... 8
1.6. Vårdförloppets åtgärder ... 10
1.7. Personcentrering och patientkontrakt ... 15
2. Uppföljning av vårdförlopp ... 16
2.1. Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter ... 16
2.2. Indikatorer för uppföljning ... 17
3. Bakgrund till vårdförlopp ... 19
3.1. Nulägesbeskrivning av patienters erfarenheter ... 19
3.2. Kompletterande kunskapsunderlag ... 21
3.3. Arbetsprocess ... 21
4. Referenser ... 24
Appendix ... 25
A. Kvalitetsunderlag för palliativ vård ... 25
B. Kvalitetsunderlag för specialiserad palliativ vård: ... 26
C. Familjeformulär ... 32
D. IPOS ... 34
E. SPICT-SE ... 36
F. ESAS ... 37
G. Abbey Pain Scale ... 38

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

1. Beskrivning av vårdförlopp

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp syftar till ökad jämlikhet, effektivitet och kvalitet i hälso- och sjukvården, samt en mer välorganiserad och helhetsorienterad process för patienten. Vårdförloppen omfattar en stor del av vårdkedjan inklusive hur individens hälsa främjas. Vårdförloppen utgår från tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd och tas gemensamt fram av olika professioner och specialiteter inom regionernas nationella system för kunskapsstyrning. Vårdförloppens beskrivning av evidensbaserad vård ska integreras med individanpassade åtgärder. I vårdförloppet beskrivs kortfattat vad som ska göras och i vilken ordning. Det personcentrerade förhållnings- och arbetssättet förstärks genom patientkontrakt som ska tillämpas i vårdförloppen. Det innebär bland annat att patienters, brukares och närståendes behov, resurser och erfarenheter av hälso- och sjukvården ska tas tillvara, att beslut om vård ska tas gemensamt och att det dokumenteras i journalen vad patienten respektive vården tar ansvar för.

Den primära målgruppen för vårdförloppsdokumentet är hälso- och sjukvårdspersonal som ska få stöd i det kliniska mötet med patienter och i förekommande fall närstående. Kapitlen om uppföljning och bakgrund är främst avsedda att användas tillsammans med beskrivningen av vårdförloppet vid införande, verksamhetsutveckling och uppföljning av vårdförlopp. De riktar sig därmed till en bredare målgrupp, exempelvis verksamhetsutvecklare, verksamhetschefer och andra beslutsfattare.

1.1. Om palliativ vård

Det palliativa förhållningssättet kännetecknas av en helhetssyn på människan genom att stödja individen att leva med värdighet och med största möjliga välbefinnande till livets slut [14]. Förhållningssättet bygger på WHO:s definition av palliativ vård genom att förebygga och lindra lidande genom tidig upptäckt, noggrann analys och behandling av smärta samt andra fysiska, psykiska, sociala och existentiella symtom [10]. Det palliativa förhållningssättet är ofta tillämpligt även i tidiga skeden av kronisk eller obotlig sjukdom, parallellt med behandling som syftar till att förlänga livet eller åtgärda akuta tillstånd, i dokumentet benämnt som tidig palliativ fas [5]. WHO:s definition av palliativ vård har nyligen kompletterats med en utvidgad definition som utarbetats av International Association for Hospice & Palliative Care, IAHPC. Den senare fokuserar på allvarligt lidande hos en person med svår sjukdom [11].

Allmän palliativ vård definieras som palliativ vård som ges till patienter vars behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kunskap och kompetens i palliativ vård. Med specialiserad palliativ vård avses 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 [14].

I Sverige avlider årligen i genomsnitt drygt 90 000 personer, ungefär en procent av befolkningen. Av dessa möter uppskattningsvis 80 procent en förväntad död, det vill säga avlider i sviterna av en eller flera kroniska sjukdomar. Hos dessa personer finns alltid ett större eller mindre behov av palliativ vård varav de flestas behov förväntas att kunna tillgodoses i den allmänna palliativa vården. Det

innebär att drygt 70 000 personer per år under kortare eller längre tid har behov av vårdinsatser som kan rubriceras som palliativ vård. Enbart 20 procent av dessa drygt 70 000 personer, cirka 15 000 personer, har behov av specialiserad palliativ vård. Även behov av specialiserad palliativ vård kan i vissa fall tillgodoses inom allmän palliativ vård genom stöd av ett specialiserat palliativt konsultteam. När detta inte räcker, krävs specialiserad palliativ hemsjukvård och specialiserad palliativ sluten vård.

Palliativ vård har högsta prioritet enligt prioriteringsutredningen SOU 1995:5 [20]. Ändå har upprepade publikationer från Socialstyrelsen, Svenska palliativregistrets årsrapporter samt ett flertal svenska studier konstaterat att den palliativa vården är ojämlik och i allt för stor utsträckning relaterad till bostadsort, diagnos och ålder, inte patientens faktiska symtombild [8].

Kvaliteten på palliativ vård i livets slutskede är ojämn. Resultaten avseende Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för palliativ vård i livets slutskede når inte upp till angivna målnivåer [15]. Tillgången till palliativ vård är för låg i förhållande till behoven [4] och de geografiska skillnaderna stora. Andelen patienter som dog 2019 inom specialiserad palliativ vård varierade totalt mellan 2,2–22,5 procent i de olika länen [15].

Cancersjukdomar är fortfarande den största diagnosgruppen inom den specialiserade palliativa vården. Mer än 80 procent av de som avled 2019 inom specialiserad palliativ vård avled på grund av cancersjukdom [15, 22]. Svenska studier med data från Svenska palliativregistret konstaterar att patienter med till exempel hjärtsvikt och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) inte får tillgång till specialiserad palliativ vård i samma omfattning som patienter med cancersjukdom. Det konstateras att patienter med till exempel hjärtsvikt och demenssjukdomar riskerar att få sämre palliativ vård i livets slutskede än patienter med cancer [16, 17, 18, 19] trots likartad symtombild.

1.2. Omfattning

Vårdförloppet omfattar åtgärder från att det finns misstanke om palliativa vårdbehov hos patient med progressiv, obotlig sjukdom tills dess att patienten avlider och närstående erbjudits efterlevandesamtal eller när behov av palliativ vård upphör. Vårdförloppet gäller oavsett diagnos, bostadsort, ålder och förväntad livslängd. Vårdförloppet omfattar verksamheter inom såväl allmän som specialiserad palliativ vård i regioner och kommuner.

1.3. Vårdförloppets mål

Övergripande mål med vårdförloppet palliativ vård är att oavsett patientens diagnos, ålder, vårdform och förväntad livslängd eller bostadsort, öka jämlikhet och kvalitet genom att

- inom all vård skapa förutsättningar att i rätt tid (inkluderande tidig palliativ sjukdomsfas) och med rätt kompetens identifiera patienter med palliativa vårdbehov och använda sig av ett palliativt förhållningssätt i det fortsatta arbetet
- säkra tillgång till specialiserad palliativ vård i de fall behov föreligger,
  öka kunskapen om vilka patienter som kan ha nytta av specialiserad palliativ vård och tydliggöra hur remittering till specialiserad palliativ vård sker
- erbjuda alla patienter (och eventuellt närstående) samtal gällande behandlingsintention, förväntat sjukdomsförlopp samt prognos (samtal vid allvarlig sjukdom)
- erbjuda alla patienter regelbunden systematisk och evidensbaserad symtomskattning
- ta fram och regelbundet uppdatera vårdplan för omvårdnad, medicinska behov och rehabilitering utifrån patientens och närståendes aktuella behov utifrån dennes önskemål och prioriteringar
- samla erforderlig kompetens i ett multiprofessionellt team runt patienten utifrån dennes behov och verka för tydlig samverkan i vårdkedjan. Patienten och närstående ska alltid veta vart de ska vända sig
- säkerställa god palliativ vård genom stöttning av sjukvårdsregionalt och nationellt kompetenscentrum för utveckling, utbildning och forskning.

1.4. Ingång och utgång

Ingång i vårdförloppet sker vid misstanke om palliativa vårdbehov hos patient med progressiv, obotlig sjukdom. Det kan ske samtidigt som patienten får eller utreds för diagnosspecifik livsförlängande behandling För att identifiera vuxna patienter med palliativa vårdbehov kan SPICT [1] eller den så kallade surprise question (Skulle jag bli förvånad om patienten avlider inom närmaste året?) användas som stöd, för att bedöma barns palliativa vårdbehov kan ACT [2] användas.
Misstanke om att en patient med progressiv, obotlig sjukdom har palliativa vårdbehov föreligger vid ett eller flera av nedanstående kriterier:

- successivt försämrat allmäntillstånd trots fortsatt livsförlängande behandling
- WHO performance status 3–4 (i behov av vila mer än 50 procent av vaken tid)
- upprepade oplanerade vårdtillfällen på sjukhus utan klinisk förbättring
- ofrivillig viktnedgång
- otillräcklig symtomlindring
- påtaglig oro, ångest eller stress hos patienten eller närstående
- täta infektionsepisoder som kräver behandling
- förväntad snabb utveckling av besvärande symtom.

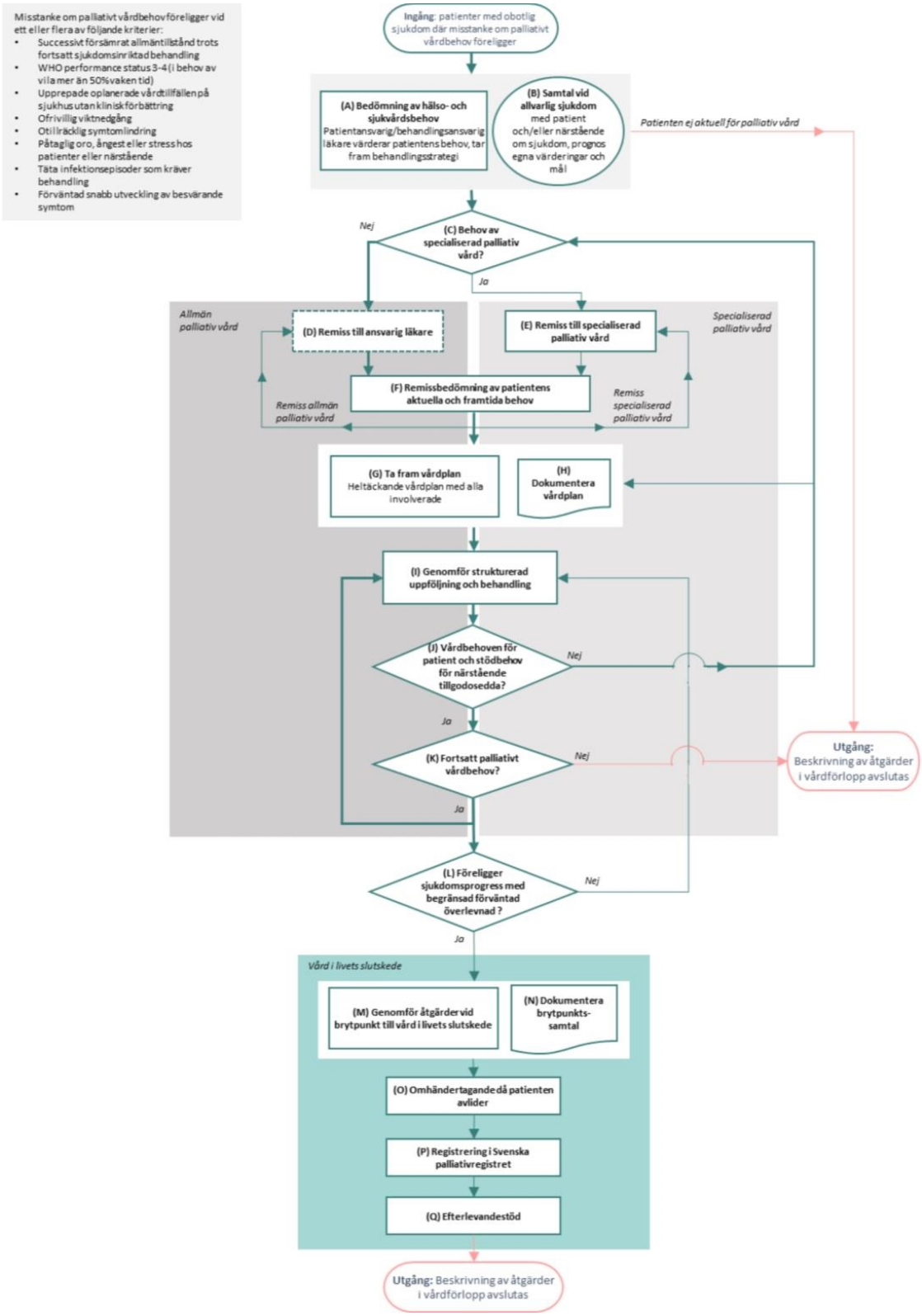
Utgång ur påbörjat vårdförlopp kan ske på något av följande sätt:

- Patienten avlider och efterlevandesamtal har erbjudits där närståendes behov av stöd har fångats upp.
- Patienten önskar inte längre uppföljning enligt ett strukturerat palliativt förhållningssätt.
- Behov av palliativ vård föreligger inte (längre). Bedömning sker av läkare och i samråd med patienten.

1.5. Flödesschema för vårdförloppet

I flödesschemat nedan (Figur 1) beskrivs de åtgärdsblock som ingår i vårdförloppet. Beskrivning av åtgärdsblocken i text finns i Tabell 1.

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN



Figur 1. Flödesschema för vårdförloppet Palliativ vård

1.6. Vårdförloppets åtgärder

Vårdförloppets åtgärder baseras främst på riktlinjer från Socialstyrelsen, Nationella vårdprogrammen palliativ vård för vuxna respektive barn, Vårdhandboken samt Nationellt kliniskt kunskapsstöd. Patientens åtgärder kan även inkludera närståendes åtgärder med patientens samtycke.

Tabell 2. Åtgärder i personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Palliativ vård

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(A) Bedömning av hälso- och sjukvårdsbehov Patientansvarig/behandlingsansvarig läkare värderar patientens behov och upprättar behandlingsstrategi enligt följande: • Gör en medicinsk bedömning av aktuell situation och förväntat förlopp, beakta samsjuklighet. • Konsultera vid behov annan expertis, till exempel vid multisjuklighet. • Värdera strukturerad multiprofessionell behovsanalys enligt exempelvis IPOS, ESAS [3,6] (se även appendix). • Bedöm om patienten gagnas av fortsatt livsuppehållande behandling. • Utse en läkare som fast vårdkontakt. • Fråga om patientens samtycke till att involvera närstående. Dokumentera patientens inställning och eventuella kontaktuppgifter. • Identifiera och dokumentera person- och relationsbeskrivning med särskild hänsyn till minderåriga barn som närstående [7, 12, 21]. Beakta att livsförlängande behandling kan fortgå samtidigt som palliativa vårdbehov uppmärksammas.	• Delta i bedömning och planering, formulera behov. • Uppmärksamma och berätta om problem i hemsituationen. • Efterfråga stöd/hjälp för att upprätthålla ett självständigt och enligt patienten gott liv.
(B) Samtal vid allvarlig sjukdom Erbjud patient (och med patientens medgivande närstående) samtal i syfte att ge patient och närstående möjlighet att uttrycka sina egna resurser, erfarenheter, behov, önskemål och prioriteringar, även ur ett hälsofrämjande perspektiv. • Erbjud information om förväntad sjukdomsutveckling och generell prognos i syfte att öka patientens och närståendes förståelse för patientens tillstånd. • Erbjud information om bedömning avseende livsförlängandebehandling. • Informera om möjlighet till symtomlindring och bästa möjliga stöd för såväl patient som närstående. • Identifiera försäkringsmedicinska frågeställningar och informera om möjlighet till närståendepenning.	• Delta i att formulera behov och önskemål och hur vården kan bidra till att det uppnås. • Möjliggör för barn som närstående att medverka vid dessa tillfällen.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(C) Behov av specialiserad palliativ vård? Identifiera aktuella och förväntade palliativa vårdbehov. Behov av specialiserad palliativ vård finns till exempel vid • otillfredsställande symtomlindring trots insatta åtgärder • förväntat sjukdomsförlopp med komplexa symtom, alternativ hög sannolikhet för behov av specialistkunskap i hantering av symtom • komplex psykosocial situation. Föreligger behov av specialiserad palliativ vård? • Ja, behov av specialiserad palliativ vård föreligger; fortsätt till (E). • Nej; då samtliga övriga patienter med palliativa vårdbehov vårdas inom allmän palliativ vård, fortsätt till (D).	Delta och berätta om behov.
(D) Remiss till ansvarig läkare • Om patientens palliativa vårdbehov identifieras av annan än patientansvarig läkare på primärvårdsenhet, bör ansvarig primärvårdsenhet kontaktas för diskussion kring fortsatt vård och ansvarsfördelning. • Om bedömningen sker av ansvarig läkare på primärvårdsenhet kvarstår behandlingsansvaret på primärvårdsenheten. • I ett tidigt palliativt sjukdomsförlopp kan det finnas flera enheter som behöver samordna sina insatser med syftet att erbjuda patienten bästa möjliga vård men även trygghet att veta var patienten och närstående ska vända sig vid eventuell försämring. Remiss bör innehålla information baserad på åtgärd (A) och (B). Fortsätt till (F).	Medverka till att vara delaktig och informerad.
(E) Remiss till specialiserad palliativ vård Utfärda remiss till eller konsultera enhet med kompetens i specialiserad palliativ vård med information baserad på åtgärd (A) och (B).	Medverka till att vara delaktig och informerad.
(F) Remissbedömning av patientens aktuella och framtida behov Gör remissbedömning av patientens aktuella och framtida behov baserad på information från resultaten av åtgärd (A) och (B). Remissen kan behövas riktas om ifall felbedömning av behov har skett.	

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(G, H) Ta fram och dokumentera vårdplan Som remissmottagare • Skapa och dokumentera en vårdplan och vid behov samordnad individuell vårdplan (SIP). • Förankra vårdplanen med alla involverade. Samsyn och delaktighet med patienten och/eller närstående bör eftersträvas, vilket kan ske inom ramen för ett patientkontrakt. Utför följande åtgärder och inkludera resultatet i vårdplanen: • Gör behandlingsstrategi baserad på de så kallade palliativa hörnstenarna och bedömning av insamlad information. • Gör bedömning om patienten gagnas av livsförlängande behandling [13]. • Ta ställning till vilka kvarstående läkemedel patienten har behov av. • Se över behov av multiprofessionellt stöd för patient och närstående (exempelvis rehabilitering, dietist, kurator, psykolog). Ta särskild hänsyn till minderåriga barns behov. • Identifiera ett multiprofessionellt team runt patienten och hur detta kan nås. • Se över behov av SIP, att samordna fortsatt uppföljning med eventuella andra vårdgivare och informera om närståendepenning. • Samordna fortsatt uppföljning med eventuella andra vårdgivare. • Informera om vad närstående och patient ska uppmärksamma som tecken på försämring och vem som då ska kontaktas.	Delta och berätta om behov, önskemål och prioriteringar.
(I) Genomför strukturerad uppföljning och behandling Utför åtgärderna enligt (G) och (H).	Medverka och ta del av processen.
(J) Beslut: Är vårdbehov för patient och stödbehov för närstående tillgodosedda? Identifiera nya eller ändrade behov relaterat till sjukdomstillståndet genom multiprofessionell uppföljning av vårdplanen. Symtomskatta, åtgärda och utvärdera: omvärdera behovsanalys enligt (A) och ändra utifrån aktuellt behov. • Ja, vårdbehoven är tillgodosedda; fortsätt till (K). • Nej, vårdbehoven är inte tillgodosedda; återgå till (C) om det bedöms finnas behov av specialiserad palliativ vård. • I annat fall: återgå till (G) och (H) för ny analys och vårdplan.	Medverka och ta del av processen.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(K) Finns fortsatt palliativt vårdbehov? • Ja; fortsätt till (I). Vid misstanke om begränsad förväntad överlevnad fortsätt till (L). • Nej; fortsätt till Utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas.	Medverka till att vara delaktig och informerad.
(L) Föreligger sjukdomsprogress med begränsad förväntad överlevnad? • Ja; fortsätt till (M) och (N). • Nej; återgå till (I).	
(M, N) Genomför åtgärder vid brytpunkt till vård i livets slutskede och dokumentera brytpunktssamtal • Läkare håller brytpunktssamtal med patient och, med patientens medgivande, närstående, om vård i livets slutskede efter läkarbedömning, med stöd av det multiprofessionella teamets information. • Säkerställ fortsatt personcentrerad palliativ vård i livet slutskede trots sviktande autonomi. • Dokumentera plan med omvårdnadsbehov och tydliga kontaktvägar dygnet runt [13]. • Ordinera vedertagna palliativa vid behov-läkemedel enligt nationellt vårdprogram och utifrån aktuella symtom och förväntade behov. • Fortsätt med kontinuerliga bedömningar och åtgärder enligt vårdplanen. • Planera för förväntat dödsfall enligt föreskrifter och lokala rutiner.	• Medverka och ta del av processen. • Delta och berätta om önskemål gällande plats för den fortsatta vården i livets slutskede och om så önskas omhändertagande efter att döden har inträffat.
(O) Omhändertagande då patienten avlider • För praktiskt handhavande, agera utifrån föreskrifter och lokala rutiner. • Informera närstående om dödsfallet och besvara eventuella frågor. • Erbjud kommande efterlevandesamtal.	
(P) Registrera i Svenska palliativregistret Sker enligt verksamhetens rutiner**.**	

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(Q) Efterlevandestöd • Genomför efterlevandesamtal med närstående: o Fråga om och lyssna till närståendes reflektioner och frågor gällande sjukdomstiden och dödsfallet. Vid frågor erbjud eller hänvisa till lämplig kontakt med berörd vårdpersonal. o Fråga om närstående (i stort) kunnat upprätthålla respektive återfå vardagsrutiner, goda matvanor och nattsömn efter dödsfallet. Erbjud eller hänvisa till stöd om så inte är fallet. o Återkoppla närståendes reflektioner till enheten enligt enhetens rutin för förbättringsarbete. • Informera närstående om möjlighet att fylla i närståendeenkät från Svenska Palliativregistret. Ge tillgång till länk eller pappersformulär. • Fortsätt till Utgång: beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas.	Närstående: medverka i efterlevandesamtal och fyll i närståendeenkät.

1.7. Personcentrering och patientkontrakt

Personcentrering och patientkontrakt är beaktat i ovan beskrivna åtgärder (se kapitel 1). Utöver detta är nedan viktigt att lyfta fram.

Personcentrering förstärks genom en aktiv och kontinuerlig dialog mellan patienten, eventuella närstående, förmyndare och vård- och omsorgsgivaren.

I enlighet med patientkontraktet lyfts och dokumenteras överenskomna åtgärder, inklusive de som patienten själv kan utföra, i en personcentrerad vårdplan som utformas multiprofessionellt. Eventuella närstående (inklusive barn) och/eller förmyndare ska i överenskommelse med patienten om möjligt följa överenskomna åtgärder i vårdplanen, men även ha strategier för att tidigt upptäcka en akut försämring av patientens tillstånd samt I enlighet med patientkontraktets övriga delar också få vägledning om när och till vilken vårdnivå patienten ska vända sig vid en sådan försämring. En läkare ska utses som fast vårdkontakt.

Patient, eventuella närstående (inklusive barn) och/eller förmyndare ska erbjudas information och också ges möjlighet till diskussion med syfte att öka patientens förståelse för sitt tillstånd. På detta sätt ökas patientens, närståendes och förmyndares kunskap och motivation att vara delaktiga i vårdprocessen. Minderåriga barns behov ska särskilt beaktas.

När den palliativa vården inleds ska en person- och relationsbeskrivning göras i samverkan med patienten och/eller eventuella närstående, och/eller förmyndare i syfte att säkerställa patientens önskemål, egna resurser och behov under vårdprocessen.

Under den fortsatta uppföljningen är det viktigt att vara lyhörd för patientens egna värderingar, önskemål, resurser och behov som kan ändras med tiden. Patienten behöver kontinuerligt erbjudas individuellt utformad information kring olika behandlingsalternativ och stödmöjligheter för att kunna medverka och välja utifrån egna värderingar, önskemål och behov. I livets slutskede ingår även samtal kring önskemål avseende plats för fortsatt vård i livets slutskede och om så önskas omhändertagande efter att döden har inträffat.

2. Uppföljning av vårdförlopp

Vårdförloppets mål och åtgärder följs upp genom resultat- och processmått vilket skapar förutsättningar för ett kontinuerligt förbättringsarbete. Befintliga källor för uppföljning ska användas i den mån det går men målsättningen på längre sikt är att oavsett vilken källa som används för uppföljning så ska strukturerad vårddokumentation utgöra grunden. Det innebär också att uppföljning av vårdförloppen, i så stor utsträckning som är möjligt, ska baseras på information som är relevant för vården av patienten.

I nästa avsnitt sammanfattas vårdförloppets nuvarande datatillgång och uppföljningsmöjligheter. För att förverkliga uppföljningen av vårdförloppet kommer ytterligare arbete krävas, såväl nationellt gemensamt som regionalt och lokalt.

2.1. Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter

Förutsättningarna för uppföljning av mål och indikatorer i vårdförloppet för palliativ vård varierar.

Flera av indikatorerna för palliativ vård i livet slutskede har Svenska Palliativregistrets enkät som källa. Dessa indikatorer kan redan på kort sikt användas för uppföljning, särskilt för de vårdgivare som rapporterar många av de aktuella dödsfallen till registret. Data blir bättre ju fler vårdgivare som deltar i palliativregistret och ju mer komplett registreringen är.

Uppföljning av de mål och indikatorer som avser vårdinsatserna för patienter i tidig palliativ sjukdomsfas förutsätter att det går att ringa in de aktuella patienterna i vårddokumentationen. Metoder (till exempel möjliga diagnos- och åtgärdskoder) för detta har diskuterats, men det finns i nuläget ingen rekommendation om lämplig lösning. Arbetet behöver fortsätta. Indikatorer som avser tidig palliativ sjukdomsfas anges i tabellen därför sakna nationell datakälla. Den möjliga källan kommer att vara regionernas vårdinformationssystem.

Därutöver ingår i indikatorlistan två indikatorer (förekomst av dokumenterad vårdplan; erbjudande om samtal vid allvarlig sjukdom) som har samma förutsättningar, att nationell datakälla saknas och där den möjliga framtida datakällan är regionernas vårdinformationssystem. Slutligen ingår två indikatorer som inte baseras på vårddata i gängse mening, utan på uppgifter om etablering och uppbyggnad av kompetenscentra för palliativ vård. Uppföljningen blir därför av annat slag.

2.2. Indikatorer för uppföljning

Indikatorerna i tabell 3 visar vilka indikatorer som avses följas. För detaljerad information om hur indikatorerna beräknas, se www.kvalitetsindikatorkatalog.se, där kompletta specifikationer publiceras i takt med att de är genomarbetade. Där beskrivs och motiveras också de valda indikatorerna.

Indikatorerna redovisas könsuppdelat och totalt, och för både region- och enhetsnivå när det är möjligt och relevant. Kvalitetsunderlag för palliativ vård, se separata beskrivningar i appendix A och appendix B.

Tabell 3. Resultatmått och processmått

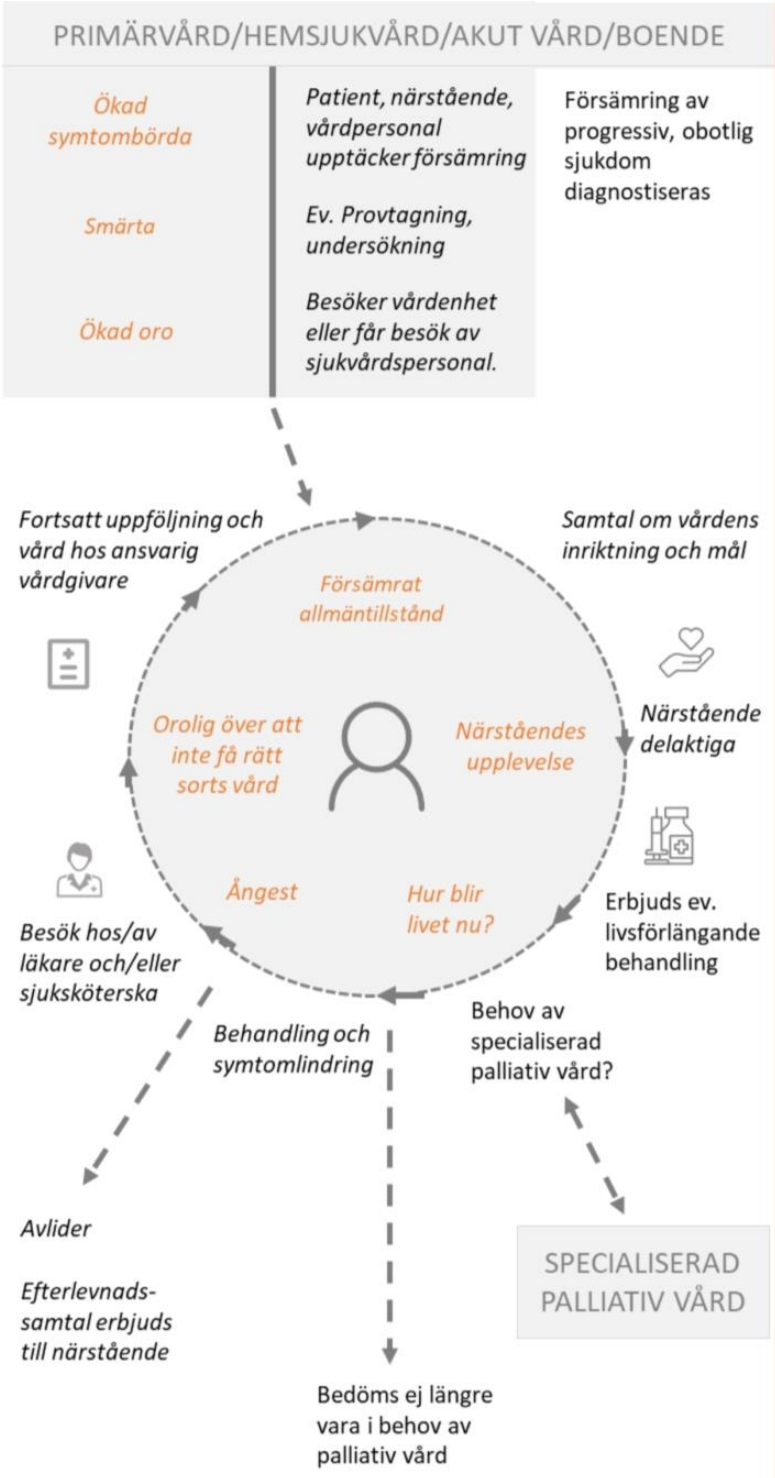
Indikator	**Målvärde**	**Mätning och åter-rapportering**	**Källa**
Andel patienter med progressiv, obotlig sjukdom och palliativa vårdbehov som erbjuds palliativ vård	100 %	Årsvis	• Nationell datakälla saknas för vård i tidig palliativ sjukdomsfas. • I livets slutskede delvis genom Svenska Palliativregistret
Andel patienter som erbjuds strukturerad multiprofessionell behovsanalys	100 %	Årsvis	• Nationell datakälla saknas för vård i tidig palliativ sjukdomsfas. • I livets slutskede Svenska Palliativregistret
Andel patienter som har en aktuell dokumenterad vårdplan	100 %	Årsvis	Nationell datakälla saknas.
Andel patienter som har ordinerade vid behovsläkemedel mot förväntade symtomgenombrott	100 %	Årsvis	• Nationell datakälla saknas för vård i tidig palliativ sjukdomsfas. • I livets slutskede Svenska Palliativregistret.
Andel patienter som har dokumenterad munhälsobedömning	98 %	Årsvis	• Nationell datakälla saknas för vård i tidig palliativ sjukdomsfas. • I livets slutskede Svenska Palliativregistret.

Andel patienter och med patientens medgivande andel närstående som erbjuds samtal vid allvarlig sjukdom	100 % erbjuds, 90 % dokumen-terad.	Årsvis	Nationell datakälla saknas.
Andel patienter och med patientens medgivande, andel närstående där brytpunktssamtal till vård i livets slutskede har genomförts	100 %	Årsvis	Svenska Palliativregistret
Registreringsgrad i Svenska Palliativregistret	100 %	Årsvis	Svenska palliativregistret
Sjukvårdsregionalt palliativt kompetenscentrum med ansvar för • fortbildning • folkbildning • kvalitetssäkring av palliativ vård • implementering av nationella kunskapsstöd och riktlinjer • att säkerställa tillgång till allmän och specialiserad palliativ vård • forskning och utvecklingsarbete.	Ska finnas i alla sex sjukvårds-regioner	Årsvis	Sjukvårdsregional redovisning av centrets sammansättning och dess verksamhetsuppdrag samt verksamhetsberättelse
Upprättande av ett nationellt Svenskt Palliativcentrum som • samordnar regionala kompetenscentren • samordnar de olika nationella aktörerna inom palliativ vård • ökar kunskap och stimulerar till forskning • verkar för att det erbjuds grundutbildningar i palliativ vård på högskolor och universitet.	Hög prioritet	Årsvis	• Sjukvårdsregional eller regional redovisning av utbildningar inom regionen • NPO redovisar för Svenska Palliativcentrumets verksamhetsberättelse och verksamhetsplan.

3. Bakgrund till vårdförlopp

3.1. Nulägesbeskrivning av patienters erfarenheter

Bilden nedan (Figur 1) är en grafisk presentation av i nuläget vanligt förekommande erfarenheter av hälso- och sjukvården hos personer i behov av palliativ vård. Vårdförloppet är utformat för att adressera de utmaningar som redovisas i bilden. Identifierade utmaningar avspeglas även i vårdförloppets mål och indikatorer.



Utmaning 1: Patienter som behöver palliativ vård erbjuds inte alltid detta

- För få patienter som behöver palliativ vård identifieras.
- Flertalet patienter identifieras för sent och får därigenom inte tillgång i rätt tid till rätt stöd i livets slutskede.
- Kunskapsbrist hos vårdpersonal, patienter och närstående om palliativ vård och när den bör initieras.
- Systematisk/evidensbaserad symtomskattning erbjuds inte i erforderlig utsträckning.

Utmaning 2: Skillnader i vilka åtgärder som erbjuds de patienter som har palliativ vård

- Palliativ vård erbjuds inte i lika stor utsträckning för alla diagnoser och åldrar.
- Olika åtgärder erbjuds, exempelvis erbjuds patienten och närstående inte alltid samtal gällande behandlingsintention och förväntat sjukdomsförlopp samt prognos eller efterlevnadssamtal.
- Kunskapsbrist i strukturerat omhändertagande och bristande insikt i att efterfråga specialiststöd.
- Brist på psykosocialt stöd för närstående under och efter patientens vårdtid, särskilt utsatta är barn.

Utmaning 3: Varierande kvalitet på de åtgärder som erbjuds inom palliativ vård

- Patienten och närstående har inte erbjudits samtal gällande behandlingsintention och förväntad sjukdomsförlopp samt prognos.
- Man erbjuds alla åtgärder men kvaliteten varierar och uppnår ej önskad nivå exempelvis i efterlevnadssamtalet hade personalen inte rätt kompetens.

Utmaning 4: Bristande samverkan mellan involverade organisationer

- Patienten och närstående upplever otrygghet och en belastning genom att det brister i samverkan mellan involverade organisationer.

Figur 1. Grafisk presentation av i nuläget vanligt förekommande erfarenheter av hälso- och sjukvården hos personer i behov av palliativ vård

3.2. Kompletterande kunskapsunderlag

I det initiala arbetet ingick en omfattande analys av befintliga dokument kring palliativ vård för att kartlägga redan befintliga internationella, nationella och regionala riktlinjer [4], vårdprogram [5], vårdplaner, flödesscheman och kvalitetssäkringsdokument.

Vårdförloppet togs fram utifrån befintliga dokument som modifierats med hänsyn tagen till aktuell utveckling och forskning inom palliativ vård och med hänsyn till uppdragsbeskrivning för den nationella arbetsgruppen (NAG).

3.3. Arbetsprocess

Arbetet med att ta fram en remissversion av personcentrerat sammanhållet vårdförlopp inom palliativ vård har pågått mellan september 2020 och augusti 2021.

Arbetsgruppens medlemmar har nominerats av regionerna och beslutats av Nationellt programområde (NPO) äldres hälsa. Ordförande för arbetsgruppen var Ursula Scheibling och processledare Sari Puttonen. I arbetet har kompetenser inom onkologi, kardiologi, njurmedicin, lungmedicin, allmänmedicin, allmän och specialiserad palliativ vård, barnsjukdomar, samt primärvård inom både region och kommun varit involverade, inklusive närståenderepresentanter. Alla deltagare i NAG har lämnat in jävsdeklaration och de är bedömda och godkända för att kunna delta i nationell arbetsgrupp. Löpande förankring och avrapportering till NPO äldres hälsa har skett.

Vårdförloppet är godkänt av Nationellt programområde äldres hälsa inför öppen remiss.

Tabell 1. Arbetsgruppens medlemmar

Namn	Akademisk titel	Yrkestitel/ patientföreträdare	Organisation/ tjänsteställe	Ort, kommun eller region	Övrig roll i arbetsgruppen
Anders Brunegård		Specialistläkare allmänmedicin	NKK, Kalmar	Sydöstra	
Anette Duarte		Sjuksköterska	Palliativ utvecklingscentrum Lund	Södra	
Anne Andersson		Specialistläkare onkologi	Västerbotten	Norra	
Annika Alvelius		Specialistläkare njurmedicin	Danderyds sjukhus	Stockholm/Gotland	
Ann-Sofie Sparrow		Specialist undersköterska	Klosterbackens vård och omsorg Örebro	Mellansverige	
Camilla Öberg		Specialistläkare allmänmedicin, internmedicin och kardiologi	Region Norrbotten	Norra	
Carina Modéus		Specialistläkare onkologi och psykiatri, regional patientprocessledare	Palliativa Teamet Kronoberg, Palliativt centrum för samskapad vård, RCC Syd	Södra	
Carl Johan Höijer		Specialistläkare kardiologi	ASIH Lund	Södra	

Namn	Akademisk titel	Yrkestitel/ patientföreträdare	Organisation/ tjänsteställe	Ort, kommun eller region	Övrig roll i arbetsgruppen
Christiane Ricken		Specialistläkare Gynekologi/obstetrik och Palliativ medicin; ST i Allmänmedicin	Vårdcentralen Gripen, Karlstad	Mellansverige	
Elisabet Löfdahl		Specialistläkare onkologi	Palliativa sektionen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset	Göteborg	
Elsy Samuelsson		Närståendeföreträdare			
Henrik Ångström		Specialistläkare allmänmedicin och palliativ medicin	NPO äldres hälsa, Region Västerbotten	Norra	Ledamot NPO Äldres hälsa
Johan Fridegren		Specialistläkare allmänmedicin och palliativ medicin	ASIH Stockholm Södra	Stockholm/Gotland	
Katarina Dahlman		Specialist undersköterska	Hälso- och sjukvård Kungsör	Mellansverige	
Liselotte Jansson		Närståendeföreträdare			
Maj-Britt Bertholdsson		Medicinsk ansvarig sjuksköterska	Ludvika kommun	Mellansverige	
Margareta Stenmarker		Specialistläkare onkologi	Futurum Region Jönköping, NPO Barn och unga	Sydöstra	
Maria Särnblad		Medicinsk ansvarig sjuksköterska	Älvdalens kommun	Mellansverige	
Marie Hansson		Arbetsterapeut	Palliativ vård och ASIH Malmö	Södra	
Marit Karlsson		Specialistläkare onkologi		Sydöstra	
Monika Nyström		Närståendeföreträdare			
Petra Tegman		Sjuksköterska	Stiftelsen Silviahemmet	Stockholm/Gotland	
Rose-Marie Imoni		Specialistsjuksköterska palliativ vård	Palliativa rådgivningsteamet, Piteå, Region Norrbotten	Norra	
Sofia Dettmann		Specialistläkare internmedicin, palliativmedicin och lungsjukdomar	Region Västmanland	Mellansverige	
Staffan Lundström	Docent	Specialistläkare onkologi, smärtlindring, palliativ medicin	Svenska palliativregistret Stockholms Sjukhem	Stockholm/Gotland	
Ulrika Kreicbergs	Professor	Sjuksköterska	Ersta Sköndal Bräcke Högskola	Stockholm/Gotland	
Ursula Scheibling		Specialistläkare internmedicin, onkologi, hematologi, Palliativ Medicin	Region Kalmar, ledamot SFPM-styrelse	Sydöstra	Ordförande
Sari Puttonen		Sjuksköterska	Region Västmanland	Mellansverige	Processledare

4. Referenser

1. SPICT, Supporters and palliative care indicators tool [Internet]. Edinburgh: The University of Edinburgh. Hämtad från: https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-se/
2. Association for Children's Palliative Care. A Guide to the Development of Children's Palliative Care Services (Third Edition). Bristol: Association for Children's Palliative Care; 2009
3. IPOS, Intergrated Palliative care Outcome Scale [Internet]. London: Cicely Saunders Institute. Hämtad från https://pos-pal.org/maix/ipos-translations.php
4. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för Palliativ vård. Artikelnummer 2013-6-4. Publicerat 2013-01-01
5. Nationella vårdprogrammet för Palliativ vård: Palliativ vård - RCC Kunskapsbanken (cancercentrum.se)
6. Brurera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmser P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. J Palliat Care 1991; 7:6–9.
7. Att barns behov av råd, stöd och information särskilt skall beaktas av sjukvården, då en vårdnadshavare har en allvarlig sjukdom, och/eller dör, finns formulerat i 2 g § hälso- och sjukvårdslagen *(2009:979).*
8. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2016: Palliativ vård i livets slutskede Artikelnummer 2016-12-3 Publicerat 2016-01-01
9. Svenska palliativregistret palliativregistret.se
10. Palliativ vård - vad är det? | Nationella rådet för palliativ vård (nrpv.se) som refererar till WHO:s definition som finns här: Cancer Back Matter.ind (who.int)
11. IAHPC: International Association for Hospice & Palliative Care (hospicecare.com)
12. SOSFS 2011:7: Föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS och SOSFS) - Socialstyrelsen
13. NKA, Nationell kompetenscentrum för anhöriga: Nationellt kompetenscentrum anhöriga (anhoriga.se)
14. Socialstyrelsen, Palliativ vård- förtydligande och konkretisering av begrepp, Artikelnummer 2018-8-6, Publicerad www.socialstyrelsen.se, augusti 2018
15. Svenska palliativregistret, Årsrapport för Svenska palliativregistret 2019
16. Årestedt K, Alvariza A, Boman K et al. Symptom Relief and Palliative Care during the Last Week of Life among Patients with Heart Failure: A National Register Study. J Palliat Med. 2017 Oct 19. doi: 10.1089/jpm.2017.0125.
17. Ahmadi Z, Lundström S, Janson C, Strang P, Emtner M, Currow D, Ekström M. End of Life care in Oxygen-Dependent COPD and cancer: a National Population Based Study. Eur Respir J 2015 Oct;46(4):1190-3
18. Brännström M, Hägglund L, Fürst CJ, Boman K. Unequal care for dying patients in Sweden – A comparative registry study of deaths from heart disease and cancer. Eur J Cardiovascular Nurs 2011; July 15
19. Martinsson L, Lundström S, Sundelöf J. Quality of end-of-life care in patients with dementia compared to patients with cancer: A population-based register study. PLoS One. 2018 Jul 30;13(7):e0201051. doi: 10.1371/journal.pone.0201051. eCollection 2018
20. SOU 1995:5 Vårdens svåra val
21. Nka 2014:1, Barn som är anhöriga när en förälder avlider (pdf)
22. https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/alla-register/dodsorsaksregistret/

Appendix

A. Kvalitetsunderlag för palliativ vård

Bakgrund:

Patientens tillgång till de olika formerna av palliativ vård bör säkerställas i alla regioner. På regional nivå bör det säkerställas att patienter i alla åldrar, med alla diagnoser och i alla boendeformer respektive vårdformer, har tillgång till allmän och specialiserad palliativ vård så länge behovet bedöms finnas.

Kvalitetsunderlag för vård av patient med palliativa behov:

- Patienter med progressiv, obotlig sjukdom och palliativa vårdbehov uppmärksammas och erbjuds en fortsatt strukturerat omhändertagande utifrån ett palliativt förhållningssätt i enlighet med det palliativa vårdförloppets innehåll.
- Patienten (och närstående) erbjuds Samtal vid allvarlig sjukdom (genomförs och dokumenteras).
- Patienten erbjuds strukturerad multiprofessionell behovsanalys enligt exempelvis IPOS, ESAS, Abbey Pain Scale (se kapitel G) initialt, vid förändring av sjukdomstillstånd och som en del i uppföljning.
- Närståendes behov beaktas och stöd erbjuds med särskilt fokus på barn som närstående.
- Alla patienter i behov av specialiserad palliativ vård har tillgång till detta oavsett diagnos, ålder, förväntad livslängd, bostadsort och vårdform.
- Patienten har en upprättad och dokumenterad vårdplan.
- Patienten har fått en i journalen dokumenterad munhälsobedömning.
- Patienten har fått en i journalen dokumenterad bedömning avseende risk för respektive förekomst av trycksår.
- Alla patienter har ordinerade vid behovsläkemedel mot förväntade genombrottssymtom.
- Patientens egna önskemål och prioriteringar beaktas kontinuerligt i dialog och vid framtagande av vårdplaner. Patientrapporterade mått (PROM respektive PREM utvecklas och används för att säkerställa att patientens egna värderingar beaktas.
- Patienten (och med patientens medgivande även närstående) erbjuds brytpunktssamtal vid vård i livets slutskede.
- Patienter har någon närvarande vid dödsögonblicket.
- Efterlevandesamtal erbjuds.
- Svenska Palliativregistrets närståendeenkät används.

Kvalitetsunderlag för palliativ vård på regionnivå:

- Det finns tydliga regionala riktlinjer för den palliativa vårdens struktur och patientflöden samt för samverkan mellan olika vårdgivare.
- Regionen bör säkerställa kompetens inom palliativ vård för alla vårdgivare som vårdar patienter med progressiv, obotlig sjukdom (allmän palliativ vård).

- Regionen bör säkerställa tillgång till kompetens i specialiserad palliativ vård för alla patienter i behov på samtliga vårdformer i såväl tidigt som sent palliativt sjukdomsskede innehållande
    - konsulterande stöd till alla vårdgivare inom allmän palliativ vård i såväl öppen som sluten vård
    - slutenvårdsplatser för specialiserad palliativ vård
    - specialiserad palliativ hemsjukvård, eventuellt i samverkan med kommunal hemsjukvård.

  Uppdragen enligt ovan kan tillgodoses på olika enheter. I så fall bör det finnas skriftliga rutiner för samverkan och som säkerställer patientens och närståendes trygghet vid övergångar mellan olika enheter. För specifikation av uppdragen vänligen se tabell nedan;

- Regionalt kompetenscentrum Palliativ Medicin bedrivs med ansvar för
    - fortbildning
    - folkbildning
    - kvalitetssäkring av palliativ vård
    - implementering av nationella kunskapsstöd och riktlinjer
    - att säkerställa tillgång till specialiserad palliativ vård.
- Personal inom all palliativ vård erbjuds handledning.
- Det är låg andel återinskrivningar inom slutenvården de sista 30 dagarna i livet.
- Registreringsgraden i Svenska palliativregistret (SPR) är 100 procent.

Organisatoriska förutsättningar för palliativ vård på nationell nivå:

- Det upprättas ett nationellt Svenskt Palliativcentrum med uppdrag att
    - samordna regionala kompetenscenter
    - samordna de olika nationella aktörerna inom palliativ vård
    - öka kunskap och stimulera till forskning.
- Palliativ vård ingår i alla professioners grundutbildning.
- All personal erbjuds fortbildning i palliativ vård, vilket ingår i en individuell kompetensutvecklingsplan.
- Allmänhetens kunskap om den palliativa vårdens innehåll och vårdformer ökar.

B. Kvalitetsunderlag för specialiserad palliativ vård:

Förslag på kvalitetsunderlag för specialiserad palliativ vård har beskrivits utifrån förslag framtaget av nationell expertgrupp under ledning av Svensk Förening för Palliativ Medicin (SFPM).

Strukturmått för specialiserad palliativ vård:

Kartlägga	Definition	Målnivå och kommentar	Svarsalternativ
Andel specialister (per besvarande enhet)	Andel läkare i % tjänstgöringsgrad med specialistbevis i palliativ medicin per alla läkares tjänstgöringsgrad i %	> 50 % Räkna in alla läkares tjänstgöringsgrad (oavsett utbildningsgrad)	I procent
	Andel sjuksköterska i % med akademisk vidareutbildning i palliativ vård per alla anställda sjuksköterskor i %	> 50 % Räkna in alla sjuksköterskors tjänstgöringsgrad	Motsvarande ovan
	Andel undersköterska i % med akademisk vidareutbildning i palliativ vård per alla anställda undersköterskor i %	> 50 % av alla undersköterskors tjänstgöringsgrad	I procent med alternativ ruta: ”inga undersköterskor i verksamhet”
Tillgänglighet	Patient i specialiserad palliativ vård ska ha tillgång till specialiserad palliativ kompetens dygnet runt dagligen året om.	24 h 7 dagar i veckan Minst telefonkontakt till läkare verksam i specialiserad palliativ verksamhet, möjlighet till besök av sjuksköterska verksam i specialiserad palliativ verksamhet	• Ja • Nej
	Tillgång till personal med psykosocial palliativ kompetens	Vardagar inom 24 h	• Ja (egen enhet) • Nej • Konsult från annan enhet
	Tillgång till andlig företrädare	Vardagar inom 48 h	Se ovan
	Tillgång till fysioterapeut med vidareutbildning i palliativ vård	Vardagar inom 48 h	Se ovan

Kartlägga	Definition	Målnivå och kommentar	Svarsalternativ
	Tillgång till dietist med vidareutbildning i palliativ vård	Vardagar inom 48 h	Se ovan
	Tillgång till arbetsterapeut med vidareutbildning i palliativ vård	Vardagar inom 24 h	Se ovan
	Enhet för specialiserad palliativ slutenvård	På regionnivå rekommenderas 10 platser per 100 000 invånare med tillgång 24 timmar alla dagar i veckan utifrån att behov uppstår. Bemanning rekommenderas 1 1.2 sjuksköterska och 0,15 läkare per sängplats	Antal vårdplatser Tillgång 24 h 7 dagar i veckan: • Ja • Nej
	Konsultfunktion i öppen och sluten vård oberoende av huvudman, bemannad av minst läkare och sjuksköterska. Utgår ifrån specialiserad palliativ verksamhet.	Minst en läkare och en sjuksköterska, bör även ingå en psykosocial resurs. Ett team per 100 000 invånare på regionnivå	• Ja • Nej
Andel icke-cancerpatienter i palliativ sjukdomsfas	Andel icke-cancerpatienter per total antal palliativa patienter på enhet	> 20 % Redovisa procenttal på årsbasis på regionnivå	Procenttal på årsbasis

Processkvalitet för specialiserad palliativ vård: (exempelvis vad gör man. Hur mäter man).

Kartlägga	Definition	Målnivå och kommentar	Svarsalternativ
Symtomskattning	Regelbunden skattning med validerat skattningsinstrument	> 95 %	Målnivå i procent
Barn och unga vuxna som närstående	Identifieras och följs enligt dokumenterad rutin speciellt framtagna för barn och unga vuxna som närstående	Ska finnas	• Ja • Nej
Närståendestöd	Dokumenterad rutin att ta reda på och följa upp närståendes behov under pågående sjukdomsperiod och fram till och med efterlevandesamtal	Ska finnas	• Ja • Nej
Behandlingsplan/strategi	Enheten har dokumenterad rutin för individuellt anpassad och dokumenterad vårdplan/behandlingsstrategi för symtom överstigande NRS 3 (motsvarande måttlig/svår i IPOS) av från patienten identifierade problemområden. Det sker regelbunden uppföljning/ översyn av symtomlindring.	Ska finnas	• Ja • Nej
Vidareutbildning	Individuell kompetensutvecklingsplan	Varje medarbetare	• Ja • Nej
Handledning av personal	I grupp, tillgänglig för all personal	Minst 10 gånger per år	Antal tillfällen per år

Resultatkvalitet för specialiserad palliativ vård: (exempelvis utfall register, enkäter).

Kartlägga	Definition	Målnivå och kommentar	Svarsalternativ
Bedömningstid	Tid från remiss till bedömning/åtgärd (patientkontakt, palliativ insats, inskrivning) av patientens palliativa behov	<1 vecka för> 75 % av patienterna	• Ja • Nej
Tillgänglighet journal	Överenskommen behandlingsplan för patientens aktuella symtom och överenskomna åtgärder vid förväntad försämring finns dokumenterad i patientens journal och tillgänglig för samtliga vårdgivare, patient och närstående.	Andel patienter> 75%	• Ja • Nej
Närstående återkopplar till enhet	Närstående besvarar enkät i Svenska Palliativregistret.	> 80 %	• Ja • Nej
Enheten registrerar dödsfall i Svenska Palliativregistret		100 % av alla avlidna	• Ja • Nej • Registrering görs på annan enhet

Referenser till appendix:

Axelsson B, Fridegren I: Palliativguiden – förslag till utveckling. *Palliativ vård* 2018; 2

Ferris, Gomez-Batiste, Fürst et al: Implementing Quality Palliative Care J Pain Symtom Manage 2007; 33 (5): 533-541

Granda-Cameron, Viola et al: Measuring Patient-Oriented Outcomes in Palliative Care, Clin J Oncol Nurs 2008 Feb; 12 (1): 65–77

Hedvall Spri, Rut: Utveckla kvaliteten I den palliative vården, SOU 2000:6

Jünger, Payne et al: Consensus Building in Palliative Care: A Europe-Wide Delphi Study on Common Understandings and Conceptual Differences, J Pain Symtom Manage 2012; 44: 192-205

Pasman R, Brandt H et al: Quality Indicators for Palliative Care: A Systematic Review J Pain Symptom Manage 2009;38;145e156

Virdun C, Lucket T, Lorenz KA, Phillips J: National quality indicators and policies fråm 15 countries leading in adult end-of-life care: a systematic environmental scan. *BMJ Support Palliat Care* 2018 Jun; 8(2): 145-154

Woitha K, van Beek K, Ahmed N et al: Validation of quality indicators for the organization of palliative care: a modified RAND Delphi study in sevens European countries. *Palliative medicine* 2014, vol 28 (2) 121-129

EAPC update: White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europé:

part 1, E Jour Pall Care 2009; 16 (6) Referenser 4, 30-31 nytta av spec pall vård, se s 284

Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede, Socialstyrelsen 2013

Nationella riktlinjer – Palliativ vård i livets slutskede – Målnivåer för indikatorer, Socialstyrelsen, 2017

Nationell Vårdprogram för Palliativ vård 2021

Nationell Vårdprogram för cancerrehabilitering

Rekommendation Rec (2003) 24 av medlemsstaternas ministerkommitté till medlemsstaterna om organisation av palliativ vård 2003

www.nhpco.org/quality (The National Hospice and Palliative Care Organization) US largest non-profit organization for hospice and palliative care

National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, 4th edition. Richmond, VA: National Coalition for Hospice and Palliative Care; 2018 https://www.nationalcoalitionhpc.org/ncp

SPICT_March2019_SE_v2.indd (palliativregistret.se)

ESAS-r_SE.pdf (palliativtutvecklingscentrum.se)

C. Familjeformulär

Region Jönköpings län

FAMILJEFORMULÄR

Inrättning, klinik, avdelning, mottagning	Personnummer Namn Adress Telefonnummer
Datum	Kontaktperson

Familjesituation

☐ Ensamstående	☐ Gift	☐ Har barn	☐ Partner har barn
☐ Sambo	☐ Särbo	☐ Väntar barn	

Barn, namn och födelsår (ange även vårdnad G = gemensam, E = enskild, I = ingen)

Barnets situation

Var och med vem bor barnet/barnen?

Namn och telefonnummer till annan förälder/vårdnadshavare

Namn och telefonnummer till barn i eget boende

Vilket stöd för barnet finns utanför familjen?

	Nej	Ja	Ev, kommentar
Vet dina barn om ditt sjukdomstillstånd/ohälsa	☐	☐	
Har dina barn besökt avd/mott	☐	☐	
Vill du att dina barn ska besöka avd/mott	☐	☐	
Har ni som familj fått information om barns situation när en förälder är sjuk			
- till föräldrarna	☐	☐	
- till barnen	☐	☐	

© Region Jönköpings län RJL1159 Version 3 2017.11

	Nej	Ja	Ev, kommentar	Utfört datum
Har du/ni önskemål/behov av ytterligare information och råd				
- till mig som förälder	☐	☐		
- till mig tillsammans med barnet	☐	☐		
- enskilt till barnet	☐	☐		
- till annan närstående	☐	☐		
Har du önskemål/behov av ytterligare stöd i ditt föräldraskap utifrån din sjukdom				
- till mig som förälder	☐	☐		
- till barnen	☐	☐		
Är det någon utanför familjen som behöver information om barnets/familjens situation	☐	☐		

KVÅ kod

DU055	Samtal med vuxen patient om minderårigs behov och möjlighet tillstöd
DU056	Samtal med vuxen patient och berörd minderårig om barnets situation och behov
DU057	Samtal med minderårig vars förälder är patient om den minderåriges situation och behov

© Region Jönköpings län RjL1159 Version 3 2017.11

D. IPOS

In collaboration with:

IPOS Patientversion

www.pos-pal.org www.palluc.se

Namn:_____

Personnummer: | | | | | | | - | | | | |

Datum (år-månad-dag) | | | - | | | - | | |

F1. Vilka har dina huvudsakliga problem eller bekymmer varit de senaste 3 dagarna?

1._____

2._____

3._____

F2. Vänligen markera den ruta som bäst beskriver hur nedanstående symtom har påverkat dig de senaste 3 dagarna.

	Inte alls	*Lite*	*Måttligt*	*Mycket*	*Värsta tänkbara*
Smärta	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Andnöd	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Svaghet eller bristande energi	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Illamående	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Kräkningar	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Dålig aptit	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Förstoppning	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Ont eller torr i munnen	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Dåsighet	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Nedsatt rörlighet	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Eventuella andra symtom:					
1.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
2.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
3._____	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

Integrated Patient care Outcome Scale IPOSv1-P3-SW 30-04-2016

www.pos-pal.org.uk

Sida 1 av 2

Under de senaste 3 dagarna:

	Nej, inte alls	*Vid enstaka tillfällen*	*Ibland*	*Ofta*	*Ja, hela tiden*
F3. Har du känt ångest eller oro över din sjukdom eller behandling?	0☐	1☐	2☐	3☐	4☐
F4. Har någon av dina närstående känt oro eller varit bekymrad för dig?	0☐	1☐	2☐	3☐	4☐
F5. Har du känt dig nedstämd?	0☐	1☐	2☐	3☐	4☐

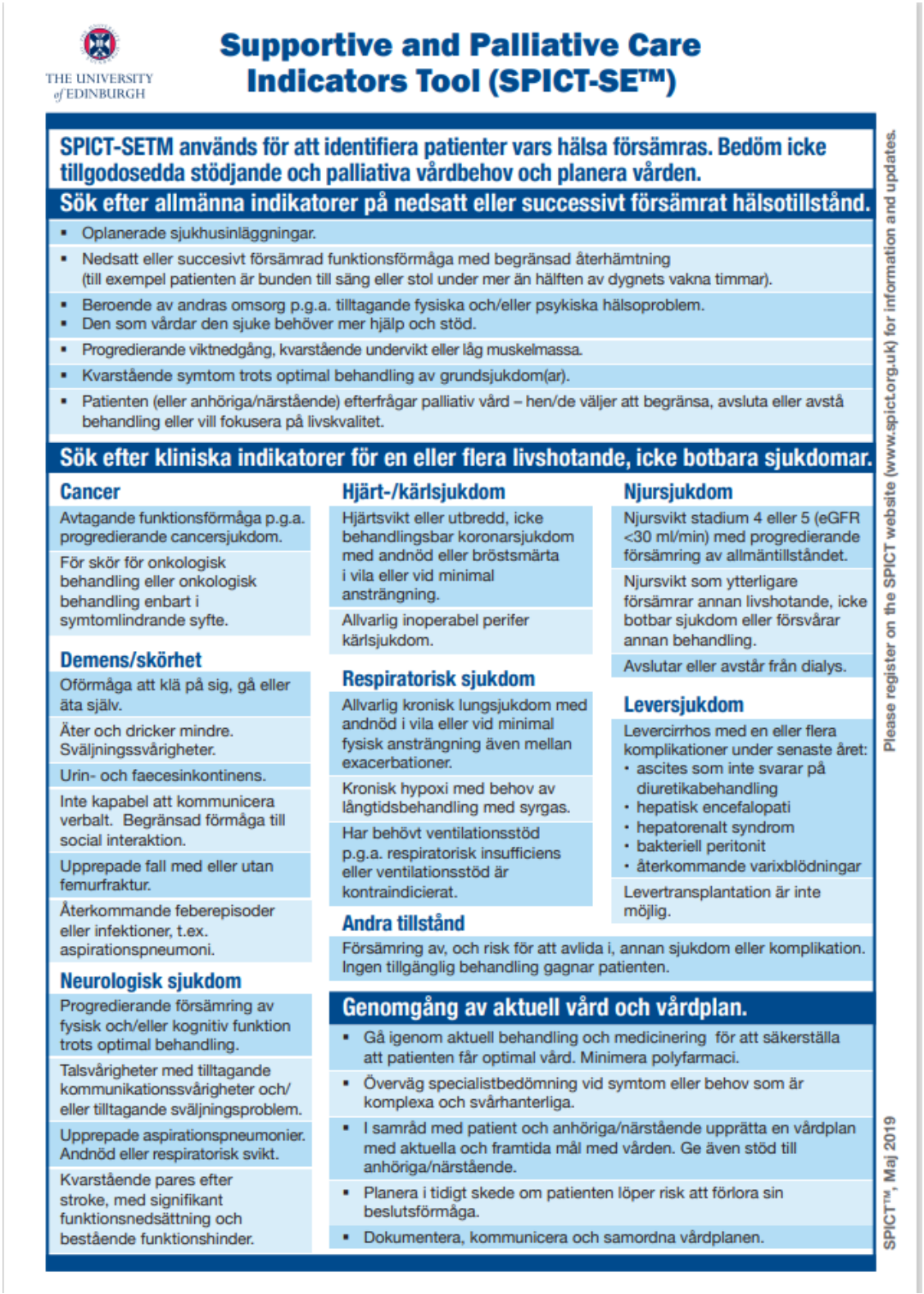
	Ja, hela tiden	*Ofta*	*Ibland*	*Vid enstaka tillfällen*	*Nej, inte alls*
F6. Har du känt lugn och ro inombords?	0☐	1☐	2☐	3☐	4☐
F7. Har du berättat för dina närstående hur du mår? (i den utsträckning du önskat)	0☐	1☐	2☐	3☐	4☐
F8. Har du fått så mycket information som du önskat?	0☐	1☐	2☐	3☐	4☐

	Har fått hjälp/ Inga problem	*Har oftast fått hjälp*	*Har delvis fått hjälp*	*Har knappast fått hjälp*	*Har inte fått hjälp*
F9. Har du fått hjälp med praktiska problem? (problem som uppkommit i samband med sjukdomen)	0☐	1☐	2☐	3☐	4☐

	På egen hand	*Med hjälp av en vän eller släkting*	*Med hjälp av vårdpersonal*
F 10. Hur besvarade du detta frågeformulär?	☐	☐	☐

Om du känner dig orolig över någon av frågorna som tagits upp i frågeformuläret, vänligen tala med din läkare eller sjuksköterska.

E. SPICT-SE



THE UNIVERSITY of EDINBURGH

Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-SE™)

SPICT-SETM används för att identifiera patienter vars hälsa försämras. Bedöm icke tillgodosedda stödjande och palliativa vårdbehov och planera vården.

Sök efter allmänna indikatorer på nedsatt eller successivt försämrat hälsotillstånd.

- Oplanerade sjukhusinläggningar.
- Nedsatt eller succesivt försämrad funktionsförmåga med begränsad återhämtning (till exempel patienten är bunden till säng eller stol under mer än hälften av dygnets vakna timmar).
- Beroende av andras omsorg p.g.a. tilltagande fysiska och/eller psykiska hälsoproblem.
- Den som vårdar den sjuke behöver mer hjälp och stöd.
- Progredierande viktnedgång, kvarstående undervikt eller låg muskelmassa.
- Kvarstående symtom trots optimal behandling av grundsjukdom(ar).
- Patienten (eller anhöriga/närstående) efterfrågar palliativ vård – hen/de väljer att begränsa, avsluta eller avstå behandling eller vill fokusera på livskvalitet.

Sök efter kliniska indikatorer för en eller flera livshotande, icke botbara sjukdomar.

Cancer

Avtagande funktionsförmåga p.g.a. progredierande cancersjukdom.

För skör för onkologisk behandling eller onkologisk behandling enbart i symtomlindrande syfte.

Demens/skörhet

Oförmåga att klä på sig, gå eller äta själv.

Äter och dricker mindre. Sväljningssvårigheter.

Urin- och faecesinkontinens.

Inte kapabel att kommunicera verbalt. Begränsad förmåga till social interaktion.

Upprepade fall med eller utan femurfraktur.

Återkommande feberepisoder eller infektioner, t.ex. aspirationspneumoni.

Neurologisk sjukdom

Progredierande försämring av fysisk och/eller kognitiv funktion trots optimal behandling.

Talsvårigheter med tilltagande kommunikationssvårigheter och/eller tilltagande sväljningsproblem.

Upprepade aspirationspneumonier. Andnöd eller respiratorisk svikt.

Kvarstående pares efter stroke, med signifikant funktionsnedsättning och bestående funktionshinder.

Hjärt-/kärlsjukdom

Hjärtsvikt eller utbredd, icke behandlingsbar koronarsjukdom med andnöd eller bröstsmärta i vila eller vid minimal ansträngning.

Allvarlig inoperabel perifer kärlsjukdom.

Respiratorisk sjukdom

Allvarlig kronisk lungsjukdom med andnöd i vila eller vid minimal fysisk ansträngning även mellan exacerbationer.

Kronisk hypoxi med behov av långtidsbehandling med syrgas.

Har behövt ventilationsstöd p.g.a. respiratorisk insufficiens eller ventilationsstöd är kontraindicierat.

Njursjukdom

Njursvikt stadium 4 eller 5 (eGFR <30 ml/min) med progredierande försämring av allmäntillståndet.

Njursvikt som ytterligare försämrar annan livshotande, icke botbar sjukdom eller försvårar annan behandling.

Avslutar eller avstår från dialys.

Leversjukdom

Levercirrhos med en eller flera komplikationer under senaste året:
- ascites som inte svarar på diuretikabehandling
- hepatisk encefalopati
- hepatorenalt syndrom
- bakteriell peritonit
- återkommande varixblödningar

Levertransplantation är inte möjlig.

Andra tillstånd

Försämring av, och risk för att avlida i, annan sjukdom eller komplikation. Ingen tillgänglig behandling gagnar patienten.

Genomgång av aktuell vård och vårdplan.

- Gå igenom aktuell behandling och medicinering för att säkerställa att patienten får optimal vård. Minimera polyfarmaci.
- Överväg specialistbedömning vid symtom eller behov som är komplexa och svårhanterliga.
- I samråd med patient och anhöriga/närstående upprätta en vårdplan med aktuella och framtida mål med vården. Ge även stöd till anhöriga/närstående.
- Planera i tidigt skede om patienten löper risk att förlora sin beslutsförmåga.
- Dokumentera, kommunicera och samordna vårdplanen.

Please register on the SPICT website (www.spict.org.uk) for information and updates.

SPICT™, Maj 2019

F. ESAS

Svensk version av Edmonton Symptom Assessment System - reviderad (ESAS-R)	Patientens namn: Datum_____ Tid _____

Ringa in den siffra som bäst beskriver hur du mår just NU:

Ingen smärta	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Värsta tänkbara smärta
Ingen trötthet *(Trötthet = brist på energi)*	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Värsta tänkbara trötthet
Ingen dåsighet *(Dåsighet= känsla av sömnighet)*	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Värsta tänkbara dåsighet
Inget illamående	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Värsta tänkbara illamående
Ingen nedsatt aptit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalt aptitlös
Ingen andfåddhet	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Värsta tänkbara andfåddhet
Ingen nedstämdhet	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Värsta tänkbara nedstämdhet
Ingen ångest *(ångest=känsla av att vara nervös)*	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Värsta tänkbara ångest
Bästa tänkbara välbefinnande *(Välbefinnande= en övergripande känsla av välmående)*	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Inget välbefinnande
Ingen_____ Övriga besvär (*t ex förstoppning*)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Värsta tänkbara

Ifylld av (kryssa för en):

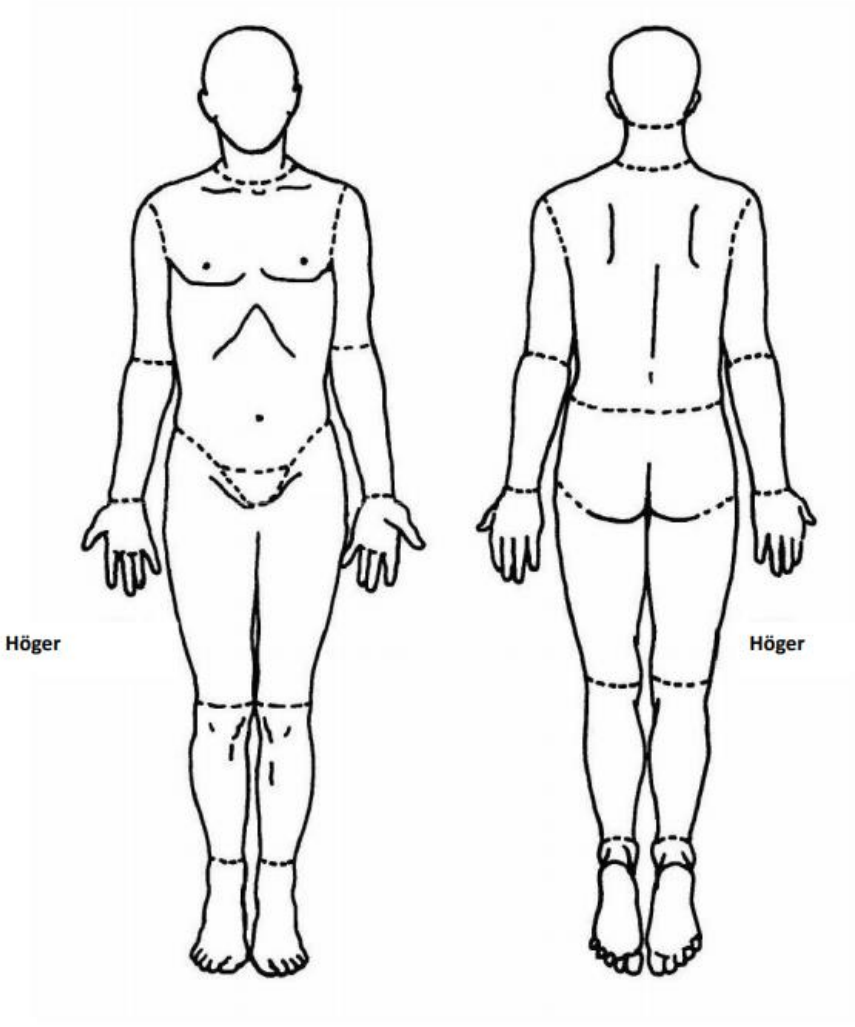
☐ Patienten ☐ Patient tillsammans med annan person
☐ Närstående ☐ Vårdpersonal

KROPPSDIAGRAM PÅ NÄSTA SIDA

Watanabe SM, Nekolaichuk C, Beaumont C, Johnson L et al. J Pain Symptom Manage 2011; 41:456-468.
Svensk översättning och copyright ©2013 – Översättningsgruppen ESAS-r (Carina Lundh Hagelin, Anna Klarare Ljungberg, Sophiahemmet Högskola, Stockholm; Carl Johan Fürst, Lunds universitet, Lund.

Svensk version av:
Edmonton Symptom Assessment System – reviderad (ESAS-r)

Markera på bilderna var du har ont:



Watanabe SM, Nekolaichuk C, Beaumont C, Johnson L et al. J Pain Symptom Manage 2011; 41:456-468.
Svensk översättning och copyright ©2013 – Översättningsgruppen ESAS-r (Carina Lundh Hagelin, Anna Klarare Ljungberg, Sophiahemmet Högskola, Stockholm; Carl Johan Fürst, Lunds universitet, Lund.

pc PALLIATIVT UTVECKLINGSCENTRUM VID LUNDS UNIVERSITET OCH REGION SKÅNE THE INSTITUTE FOR PALLIATIVE CARE LUND UNIVERSITY

G. Abbey Pain Scale

Symtomskattningsskala från Abbey Pain Scale

För symtomskattning hos personer med nedsatta funktioner eller som inte kan verbalisera symtom.

Observera personen och gör en bedömning med hjälp av frågorna 1till 6.

Namn:_____

Pers.nr:_____

Sal:_____

Datum och klockslag:						
Ljuduttryck t ex. gnyr, jämrar sig, låter	0= inte alls 1= lite 2= Måttligt 3= Mycket					
Ansiktsuttryck t ex. se spänd ut, rynkad panna/ ihopdragna ögonbryn, grimaserar, ser rädd ut	0= inte alls 1= lite 2= Måttligt 3= Mycket					
Förändrat kroppsspråk t ex. rastlös, vaggar, skyddar en kroppsdel	0= inte alls 1= lite 2= Måttligt 3= Mycket					
Förändrat beteende t ex. ökad förvirring, förändring i beteendemönstret, ökad eller minskad kroppsaktivitet	0= inte alls 1= lite 2= Måttligt 3= Mycket					
Fysiologisk förändring t ex. förändrad kroppstemperatur, puls, blodtryck, svettningar, rodnad, blekhet	0= inte alls 1= lite 2= Måttligt 3= Mycket					
Kroppslig förändring t ex. hudskador, tryckskador	0= inte alls 1= lite 2= Måttligt 3= Mycket					
Summa:	0= inte alls 1= lite 2= Måttligt 3= Mycket					
Signatur:	0= inte alls 1= lite 2= Måttligt 3= Mycket					

Addera svarspoängen på fråga 1 till 6. 1-2 p= Inga symtom, 3-7= Milda symtom, 8- 13= Måttliga symtom, 14+=Svåra symtom

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Konsekvensbeskrivning för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Palliativ vård

Nationellt programområde äldres hälsa

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2021-11-15	Öppen remiss

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Innehållsförteckning

Sammanfattning 4
1. Om konsekvensbeskrivningen. 5
2. Konsekvenser 5
2.1. Omfattning 5
2.2. Nytta eller risker för individen 6
2.3. Etiska aspekter 7
2.4. Verksamhet och organisation 9
2.5. Kostnader 11
2.6. Kompetensförsörjning 12
2.7. Påverkan på andra kunskapsstöd 13
2.8. Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården 13
2.9. Uppföljning 13

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Sammanfattning

Att definiera den palliativa vårdprocessen i ett personcentrerat sammanhållet vårdförlopp är ett betydelsefullt steg för palliativ vård och att stärka ett palliativt förhållningssätt gentemot patienter med progressiv obotlig sjukdom. Vårdförloppet beskriver vikten av, och anger redskap för, att tidigt i ett obotligt sjukdomsförlopp identifiera palliativa vårdbehov hos patienten, tidigt samtala kring den allvarliga sjukdomen, erbjuda information om prognos men framför allt efterfråga patientens önskemål och prioriteringar. Vårdförloppet beskriver redskap för arbetssätt, informationsöverföring och planering av vården. Detta medför stora konsekvenser för både allmän och specialiserad palliativ vård, då det beskrivna vårdinnehållet inte är implementerat någonstans i landet.

Den allmänna palliativa vården behöver utvecklas genom kontinuerlig fortbildning till all personal som arbetar med svårt sjuka patienter. Vårdrutiner och informationsöverföring bör stärkas och samtal och vårdplaner till patienter utvecklas. Exempelvis behöver teambaserade personcentrerade arbetssätt utvecklas. Primärvården har en viktig roll inom den palliativa vården och särskild vikt bör därför läggas vid att säkerställa läkarresurser för detta uppdrag, samt att utarbeta samarbetsformer och gemensamma arbetssätt mellan regional primärvård och kommunal hälso- och sjukvård.

Den specialiserade palliativa vården måste finnas i hela landet för att jämlik vård till alla invånare ska kunna garanteras. Specialiserad palliativ vård består av slutenvårdsplatser, mobilt hemsjukvårdsteam samt konsultfunktion för övrig vård. För att uppnå detta krävs en utbyggnad i många delar av landet, där även glesbygdsperspektivet måste beaktas.

För att kunna ge bästa möjliga förutsättningar att kontinuerligt inventera aktuella behov och att kunna implementera ny kunskap, kontinuerlig fortbildning och kvalitetssäkring på lokal nivå föreslås sjukvårdsregionala kompetenscentrum för palliativ vård. Deras arbete föreslås följas och stödjas av ett nationellt kompetenscentrum för palliativ vård i Sverige. Det saknas i nuläget en nationell paraplyorganisation som samlar de olika aktörerna inom palliativ vård i Sverige. Ett nationellt kompetenscentrum föreslås ansvara för att samordna de olika regionala kompetenscentrumen, regionala och nationella aktörer inom palliativ vård och utgöra remissinstans för förfrågningar rörande palliativ vård i Sverige. I nära samarbete med universitet och andra instanser driver det nationella kompetenscentrumet även fortsatt utbildning och forskning.

De utvecklade arbetssätt och kompetensutvecklingsinsatser som krävs för att bedriva den palliativa vården enligt vårdförloppet innebär att resurser behöver tillföras på kort och lång sikt. Samtidigt är det rimligt att anta att vårdförloppet skapar förutsättningar för en palliativ vård där vårdåtgärder som inte är värdeskapande för patienten kan undvikas och där mer av vården kan ges på en optimal vårdnivå. Det saknas heltäckande studier av kostnadseffektiviteten av palliativ vård på befolkningsnivå, men de fåtal studier som identifierats pekar ändå på att palliativ vård är kostnadseffektivt.

Vårdförloppet är aktuellt för alla vårdgivare; sjukhus, regional primärvård och kommunal hälso- och sjukvård.

1. Om konsekvensbeskrivningen.

Nationellt programområde (NPO) Äldres hälsa ansvarar för konsekvensbeskrivningens innehåll. Nationell arbetsgrupp (NAG) Palliativ vård har utarbetat konsekvensbeskrivningen som en del av arbetet med det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet för palliativ vård.

2. Konsekvenser

2.1. Omfattning

Cirka en procent av Sveriges befolkning avlider varje år. Det innebär cirka 90 000 dödsfall årligen. Ungefär 80 procent av dödsfallen är så kallade förväntade dödsfall. Det innebär att individen avlider i sviterna av en eller flera kroniska sjukdomar. Vi vet idag att hos samtliga individer med ett långsamt döende finns palliativa vårdbehov. Lågt räknat är nyupptäckta fall (incidensen) av patienter med palliativa vårdbehov 72 000 per år. Majoriteten av dessa patienter kan få sina palliativa behov tillgodosedda inom den allmänna vården. Uppskattningsvis drygt 20 procent av de förväntade dödsfallen är av mer komplicerad natur och kräver tillgång till specialiserad palliativ vård för att nå god symtomlindring och livskvalitet. Det innebär att ungefär 15 000 patienter per år har behov av specialiserad palliativ vård.

Långvarig kronisk sjukdom och stora vårdbehov ökar med ökande ålder. Antalet personer 80 år och äldre beräknas öka med 50 procent till år 2028, vilket kommer att utmana samhället och sjukvården att möta dessa ökande behov.

Vårdförloppet inkluderar samtliga åldrar, således även barn. Barn med palliativa behov är en liten grupp, men barnen och deras familjer har ofta komplexa vårdbehov.

Vårdförloppet beskriver betydelsen av tidig identifiering av palliativa vårdbehov och därmed möjlighet att anlägga ett palliativt förhållningssätt tidigt hos en patient med progressiv obotlig sjukdom. Palliativt förhållningssätt betyder att man vårdar patienten med en helhetssyn som innebär att stödja individen att leva med värdighet och största möjliga välbefinnande till livets slut.

Detta beräknas innebära att antalet patienter med palliativa vårdbehov ökar. Studier i andra länder uppskattar att antal patienter med palliativa behov ökar med mer än 20 procent kommande 20 år.

Patienter med progressiv obotlig sjukdom och palliativa vårdbehov vårdas inom i princip alla vårdformer. Vårdförloppet omfattar verksamheter inom såväl allmän som specialiserad palliativ vård i regioner och kommuner.

Svenska palliativregistret anger för det senaste året att enbart 78 procent av inrapporterade avlidna personer fått ett så kallat brytpunktssamtal till vård i livets slutskede, 54 procent av patienterna smärtskattades under sin sista levnadsvecka, och 80 procent av inrapporterade avlidna avled i närvaro av annan person. 20 procent avled i ensamhet. Siffrorna är exempel på Socialstyrelsens

kvalitetsindikatorer för vård i livets slutskede, och målnivåerna ligger betydligt högre än dessa siffror. (Se vidare Socialstyrelsens kunskapsstöd för palliativ vård). Registerdata visar således att det idag finns brister inom palliativ vård. Data ur Svenska palliativregistret visar dessutom också tydliga kvalitetsskillnader mellan olika diagnoser, åldrar, vårdformer såsom sjukhus, äldreboenden, specialiserade palliativa enheter och bostadsorter i landet. Registret speglar enbart sista levnadsveckan, men arbetsgruppen gör antagandet utifrån lång klinisk erfarenhet att den palliativa vårdkvaliteten inte är bättre tidigare i patientens vårdförlopp. Erfarenheten är också att palliativa vårdbehov idag uppmärksammas alltför sent i vårdförloppet, och innebär därmed risk för ett ökat lidande för patienten.

2.2. Nytta eller risker för individen

En utbyggd palliativ vård som innebär ett strukturerat omhändertagande och tidig identifiering av palliativa vårdbehov hos patienten ökar möjligheterna för patienten att i rimligt tidsskede erbjudas information om sjukdomens allvar och prognos, erbjudas samtal kring detta med ökad möjlighet till delaktighet och inflytande över vården utifrån egna önskemål och prioriteringar.

Värdet för individen att i större utsträckning mötas av en vård präglad av helhetssyn, personcentrering och med fokus på värdighet och välbefinnande betraktas som stort.

Livskvalitet, symtomskattning, symtomlindring, samordning och trygghet beräknas kunna förbättras påtagligt för patienter i alla åldrar och deras närstående med en förbättrad palliativ vård enligt nedan:

- Att tidigt identifiera patienter med palliativa vårdbehov, och utöver andra vårdöverväganden också väga in den begränsade förväntade överlevnaden ökar möjligheten att erbjuda adekvat vård på en optimal vårdnivå. De vårdinsatser som planeras bör utgå från ett palliativt förhållningssätt med målet att stödja individen att leva med värdighet och välbefinnande till livets slut.
- Att tidigt i förloppet identifiera palliativa vårdbehov hos patienter och dessutom tydliggöra det i samtal och planering stärker möjlighet till samverkan mellan olika vårdgivare. Patient och närståendes trygghet ökar och effektiviteten i olika vårdinsatser förstärks.
- Fast vårdkontakt (läkare) utses.
- Vårdförloppet beskriver arbetssätt utifrån en personcentrerad vård.
- Det arbetssätt som beskrivs i vårdförloppet är strukturerat och innebär möjligheter för en ökad jämlikhet inom palliativ vård.

Individens förutsättningar för delaktighet i vården förbättras påtagligt vid införandet av det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet. Tidig identifiering och samtal kring palliativa vårdbehov ger patienten möjlighet att förhålla sig till sin sjukdom och resterande liv. Att införa begreppet ”Samtal vid allvarlig sjukdom” i tidigt palliativt vårdförlopp involverar patienten i samtal och planering. Att ställa frågan ”Vad är viktigt för dig?” är central. Patientens behov och önskemål dokumenteras och följer med i vårdförloppet.

Inga risker ses med ett korrekt införande av det nya vårdförloppet för individen.

Det är centralt att bedömning av palliativa vårdbehov, samtal och planering sker i samråd med patient och närstående. De behöver utformas på ett sådant sätt att patienten ges goda möjligheter till delaktighet. Patienten ska också informeras om möjligheten att tacka nej till information om sjukdom, prognos och fortsatt planering om hen så önskar. Patienten ingår då inte i vårdförlopp Palliativ vård. God vård ska ändå säkerställas. Det är viktigt att information om patientens önskemål om att avstå information och samtal kring palliativa vårdbehov tydligt dokumenteras i journal, så att kommande vårdgivare uppmärksammas. Vid ofullständig dokumentation och kommunikation mellan vårdgivare finns en risk för förlust av väsentlig information kring patientens vård vilket kan påverka patienten negativt.

De systematiskt framtagna kunskapsunderlagen är få inom området palliativ vård och palliativ medicin, däremot finns enskilda studier och en stor klinisk erfarenhet som ligger till grund för vår bedömning.

Sammantaget ger detta ökade möjligheter för patienten i samarbete med vården att planera och erhålla adekvata omvårdnadsmässiga och medicinska åtgärder i vårdens olika skeden. Risken minskar för både överbehandling och underbehandling.

2.3. Etiska aspekter

Individens autonomi och delaktighet

Vårdförloppet i sin utformning stärker individens autonomi och delaktighet genom den tydliga betoningen av tidig identifiering av palliativa vårdbehov och därtill strukturerade samtal med patienten. Patienter måste dock ges möjligheter att avstå information och samtal och ändå erbjudas en god vård utifrån då givna förutsättningar. Symtomskattning, god planering av vården och en tydlighet var patienten kan vända sig vid behov måste alltid säkerställas. Här betonas vikten av att läkare och annan vårdpersonal är lyhörda och varsamma i patientkontakten så att information om sjukdomens allvar och prognos inte ges till patienter som inte önskar detta. Samtal om sjukdom och prognos ska vara ett självklart erbjudande till patienten, men inte en automatisk rutin.

Personcentrerad vård

Det bör särskilt poängteras, att inom personcentrerad vård ökar möjligheten att fånga upp och på ett bättre sätt hantera språk- och kulturförbistringar. Språksvårigheter eller kulturella skillnader kan annars vara ett hinder för kommunikation vilket i sin tur kan orsaka att vården inte i tid uppfattar palliativa vårdbehov. Den palliativa vårdfilosofin utgår från västerländsk vårdstruktur och vårdideologi. I delar av världen är det palliativa förhållningsättet okänt för patient och närstående. Fokus bör läggas på att göra den palliativa vårdfilosofin begriplig också för invånare med ursprung i andra kulturer. Målet är inte att övertyga alla om förträffligheten med palliativ vård, men gruppen menar att det är viktigt att för patienter tydliggöra betydelsen av information och samtal som utgångspunkt för delaktighet i vårdens utformning med målet att palliativ vård ska ges på en optimal vårdnivå.

Patienter med kognitiva nedsättningar måste ägnas särskild uppmärksamhet, och information och samtal anpassas efter individen. Hos patienter med progredierande kognitiva funktionsnedsättningar (till exempel demenssjukdomar) är det av stor vikt att överväga när i förloppet samtal om allvarlig sjukdom och brytpunktssamtal ska hållas. Hos patienter med påverkad kognition blir närståendes roll extra viktig.

Undanträngningseffekter

Vårdförloppet skapar inte några generella undanträngningseffekter i vården. Genom att noga planera och överväga vårdåtgärder utifrån patientens situation förväntas en viss minskning av för patienten icke värdeskapande vårdinsatser. Kanske kan också behovet av oplanerad akutsjukvård minskas. Inom vissa sektorer, särskilt primärvården, kan dock behovet av vårdinsatser öka och på så sätt skapa viss undanträngning av annan vård. Primärvården ansvarar för stora patientgrupper med progressiv obotlig sjukdom och skörhet. Dessa patienter vårdas i det egna hemmet eller inom vård- och omsorgsboenden. Palliativ vård är inte undanhållande av vård, utan vård anpassad efter behov och lidande.

Vårdförloppet innebär inte att prioriteringsgrunderna för hälso-och sjukvård påverkas. Palliativ vård tillhör prioriteringsgrupp 1 enligt Socialstyrelsen. Ett implementerat vårdförlopp ökar möjligheterna till korrekt prioritering.

Vårdförloppet Palliativ vård bedöms inte innebära några risker för att onödig och omotiverad vård ökar. Snarare bedöms ett implementerat vårdförlopp minska onödig och omotiverad vård.

Jämlik vård

Att införa ett palliativt vårdförlopp ökar möjligheter för jämlik vård för hela patientgruppen. Vårdförloppet omfattar alla patienter med palliativa vårdbehov oavsett ålder, diagnos, etnicitet, aktuell vårdform, bostadsform eller bostadsort. Det personcentrerade arbetssättet ger ökade möjligheter att utgå från patientens önskemål och behov.
För att detta ska vara möjligt att uppnå ställer vårdförloppet stora krav på vården att säkra god kompetens inom palliativ vård inom alla vårdformer som vårdar patienter med progressiv obotlig sjukdom, och att tydligare än idag verka för samverkan mellan vårdgivare och ett säkrat överförande av information mellan vårdgivare.

Utöver kompetens måste också tid och en fungerande infrastruktur finnas i vården för att samlade bedömningar av patienter med komplexa vårdbehov ska vara möjliga att göra och att tid för samtal och dialog finns. Ett exempel på detta är att vården måste säkerställa att fast vårdkontakt utses. Vid livshotande tillstånd, som det är i dessa fall, ska den fasta vårdkontakten vara en läkare.

Saknas dessa förutsättningar ökar risken att patienter missas eller att patienter ansluts på felaktiga grunder.

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

2.4. Verksamhet och organisation

Allmän palliativ vård

Majoriteten av patienter med palliativa vårdbehov vårdas inom den allmänna vården på sjukhus och inom regionalprimärvård och kommunal hälso- och sjukvård. Det är det vi kallar för allmän palliativ vård. Det är således vård som är helt integrerad i allmän hälso- och sjukvård, och ska förbli det. För att den allmänna palliativa vården ska utvecklas och förstärkas i enlighet med vårdförloppets intentioner krävs stora insatser för att öka kompetensen. Teambaserade personcentrerade arbetssätt behöver också utvecklas för att stärka genomförandet av det sammanhållna palliativa vårdförloppet.

Detta innebär organisatoriska och verksamhetsmässiga förändringar i vården. Program för kontinuerlig fortbildning av all personal måste tas fram. Fortbildning kan ges via etablerade webbutbildningar och/eller genom lokala fortbildningsprogram. Tid måste avsättas för personal att delta i fortbildningsprogram. Personal som ansvarar för fortbildningen måste identifieras och ges ett tydligt uppdrag. Medarbetare i den specialiserade palliativa vården kan lämpligen ges i uppdrag och dimensioneras för att utföra fortbildning i samarbete med sjukvårdsregionala kompetenscentra som samordnar utbildningen.

Vårdstrukturer och rutiner måste skapas som underlättar för personalen att göra samlade medicinska och omvårdsmässiga bedömningar av patienterna. Exempel på detta är tydligt teambaserade arbetssätt, rutiner för samtal med patient och närstående, program för personcentrerad vård och tydliga vårdplaner för patienter.

Vårdförloppet palliativ vård har identifierat att särskilt primärvården har ett stort uppdrag inom palliativ vård för omhändertagandet av kroniskt multisjuka patienter i hemmet och på vård- och omsorgsboenden. Särskild vikt bör läggas vid att säkerställa läkarresurser för detta uppdrag och också utarbeta samarbetsformer och gemensamma arbetssätt mellan regional primärvård och kommunal hälso- och sjukvård. Den kommunala hälso- och sjukvården bör få tillgång till utbildning, kompetens och erforderliga resurser för att vårdförloppet ska kunna implementeras på ett korrekt sätt. Kommunikation mellan sjukhus och primärvård bör också stärkas för att säkra handläggningen av patienter med palliativa vårdbehov. Gemensamma vårdplaner, gemensamma patientbesök och tydliga kontaktvägar mellan vårdgivare är exempel på detta.

Inom barnsjukvården bedömer vi att det kommer att ske en omfördelning av vård från akutsjukvård till hemsjukvård för barn med palliativa vårdbehov.

Specialiserad palliativ vård

Den specialiserade palliativa vården består av självständiga enheter med fasta vårdteam som samarbetar nära med övrig vård. Dessa enheter ska finnas jämnt fördelade över hela landet. Svenska palliativregistret visar att 10,9 procent av samtliga förväntade dödsfall erhåller specialiserad palliativ vård idag. Enligt europeiska data, och enligt arbetsgruppens bedömning och erfarenhet bör omkring 15–20 procent av förväntade dödsfall få palliativ vård på specialiserad nivå på grund av den

komplexitet patienterna uppvisar. Fler patienter bör således få ta del av specialiserad palliativ vård. När det gäller planering av specialiserade palliativa enheter bör också glesbygdsperspektivet uppmärksammas.

Den specialiserade vården ska omfatta konsultstöd mot övrig vård under kontorstid, vårdplatser avsatta för specialiserad palliativ vård samt specialiserad hemsjukvård med tillgänglighet hela dygnet. Tillgång till läkare med specialistkompetens inom palliativ medicin ska finnas hela dygnet. Tydliga rutiner ska också införas så att det blir enkelt att kontakta den specialiserade vårdnivån för konsultstöd eller övertag av patienter.

Idag är denna vård således otillräckligt utbyggd och ojämlikt fördelat över landet vilket också visas i Svenska palliativregistrets årsrapporter. Årsrapporten är ett första underlag för uppskattning av tillgång till specialiserad palliativ vård i Sverige. I dag saknas det tydliga definitioner för innehållet i en specialiserad palliativ verksamhet och därmed en tillförlitlig förteckning över befintliga verksamheter i Sverige. För att kunna få en översikt över tillgång till specialiserad palliativa vård har arbetsgruppen på uppdrag av NPO och SKR tagit fram kvalitetsunderlag som stöd.

Palliativ vård och palliativ medicin är relativt nya kunskapsområden, och kunskapsmassan ökar successivt. För att säkerställa ökad kompetens och jämlikt utbyggda fortbildningssystem föreslås sex sjukvårdsregionala kompetenscentra skapas. Inom flera regioner finns redan idag kompetenscentra. Goda erfarenheter finns där dessa centra stärker fortbildning, utveckling och systematisering av ny kunskap och därigenom utvecklar vården. Tydliga uppdrag är en framgångsfaktor. Hela landet måste täckas in för en jämlik utveckling. Vidare föreslås att ett nationellt kompetenscentrum för palliativ vård skapas, med uppdrag att systematisera och införa ny kunskap, driva vårdutveckling samt utarbeta system att mäta vårdkvalitet och patientkvalitet i tidigt palliativt skede där system för detta helt saknas idag. Man kan här jämföra med skapandet av Svenskt Demenscentrum som har stor betydelse för vårdutveckling av demensvård idag.

Inom palliativ vård finns det goda möjligheter för digital utveckling. Ronder med medarbetare inom andra vårdenheter och förvaltningar kan ske digitalt. Erfarenheter av detta har gjorts under pandemin. Särskilt i glesbygd är detta ett utvecklingsområde. Avstämning och uppföljning av patienter kan delvis utföras digitalt. Vissa interna rutiner inom till exempel specialiserad hemsjukvård kan också digitaliseras.

Att skapa möjligheter för tillgång till samma journalinformation, läsbar för alla engagerade i patientens vård oavsett huvudman är centralt. Det kan gälla läkemedelsordinationer, ställningstagande till behandlingsstrategier eller planerade omvårdnadsåtgärder för att nämna några exempel.

Liksom inom annan vård skulle ett journalsystem som möjliggör automatisk inmatning i kvalitetsregister ge stora möjligheter till viktig vårdutveckling.

Vårdförloppet innebär inte att nuvarande vårdpraxis tas bort, utan utvecklas i riktning mot ökad personcentrering och omställning till Nära vård.

Data talar för att patienter som är anslutna till palliativa vårdsystem utanför sjukhuset behöver något kortare vårdtillfällen inom slutenvården. Detta sannolikt för att de enklare och med större trygghet kan återgå till hemmet för fortsatt vård.

Data talar också för att patienter med palliativa vårdbehov kopplade till ett tryggt omhändertagande utanför sjukhus mer sällan söker akutintagen. Särskilt tydligt är detta för patienter med organsviktssjukdomar med skovvisa förlopp (till exempel hjärtsvikt och KOL). Liknande data finns för barn med palliativa vårdbehov vårdade i hemmet.

2.5. Kostnader

Systematiska översikter konstaterar att det finns konsekventa mönster i resultaten som bekräftar att palliativ vård oftast är mindre kostsam i förhållande till omhändertagande utanför den palliativa vården. Dessutom genererar palliativ vård positiva hälsoutfall som leder till minskat behov inom sluten vård och förbättringar i hälsorelaterad livskvalitet. En studie från Kanada visar på att palliativa team inom ramen för hemsjukvård visar på god kostnadseffektivitet. De flesta studier tyder på att palliativ vård är kostnadseffektiv. Studierna är dock få och det saknas bra studier på befolkningsnivå som inkluderar uppskattningar av livskvaliteten under livets slutskede och som fångar palliativ vårds påverkan på totala kostnader samt patientens och familjens direkta kostnader (så kallade out-of-pocket costs) samt värdet av den tid som ägnas åt informell vård.

Kontinuerlig fortbildning av all personal som arbetar med obotligt sjuka patienter är nödvändig för att stärka och säkra den palliativa kompetensen, särskilt idag då personalomsättningen inom vården är stor. Detta innebär ökade kostnader på kort och lång sikt.

Utvecklade arbetssätt som möter behovet av samtal, uppföljning, ökad personcentrering och planering för patientens vidare vård måste utformas inom sjukhusvård, primärvård och kommunal hälso-och sjukvård. Detta är åtgärder som innebär ökade kostnader både på kort och lång sikt.

Vid fungerande palliativ vård är det rimligt att vårdåtgärder som inte är värdeskapande för patienten kan undvikas. Behovet av oplanerad sluten vård och upprepade besök på akutmottagningar förväntas minska, och patientens vård kan ges på en mer optimal vårdnivå. Den specialiserade vården är på många håll bristfälligt utbyggd och det finns stora ojämlikheter idag. Vårdformen ska omfatta konsultstöd för övrig vård, slutenvårdsplatser för specialiserad palliativ vård samt specialiserad hemsjukvård med dygnetrunt-tillgänglighet.

I Sverige är ungefär tio procent av patienter med palliativa vårdbehov inskrivna i specialiserade vårdteam. Ungefär dubbelt så många patienter beräknas vara i behov av denna vårdform.

Den specialiserade palliativa vården bör också utöver sitt vårduppdrag ges i uppdrag att ansvara för viss fortbildning av övrig vård. Utveckling av den specialiserade palliativa vården bedöms innebära ökade kostnader både på kort och lång sikt.

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

För att säkerställa god kompetens, fortbildning samt goda möjligheter att integrera ny kunskap i vården föreslås sex sjukvårdsregionala kompetenscentra inrättas som samarbetar nära den specialiserade palliativa vården. Inom flera regioner finns redan idag välfungerande kompetenscentra, men hela landet bör täckas in. Detta medför ökade kostnader.

Vidare föreslås att ett nationellt kompetenscentrum för palliativ vård inrättas med uppdrag att systematisera och införa kunskap. Man kan här jämföra med skapandet av Svenskt Demenscentrum. Detta innebär en ökad kostnad.

Inom palliativ vård ses goda möjligheter till ökad digitalisering. Ronder, möten för planering med mera kan i ökad utsträckning digitaliseras. Här finns goda erfarenheter från förändrade arbetssätt under pandemin. Intern planering och andra rutiner inom palliativa vårdteam kan digitaliseras, och uppföljande kontakter med vissa patienter i hemmet likaså. Detta medför ökade kostnader initialt för vård-och teknikutveckling men kan på lång sikt effektivisera vården och innebära besparingar.

2.6. Kompetensförsörjning

Helt centralt för vårdförloppet Palliativ vård är kompetensutveckling och kompetensförsörjning av ämnesområdet inom vården, kostnadskonsekvenser har visats i Socialstyrelsens Nationella kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede 2013. Även handledning och personalstöd är viktiga för att patienter ska få en god och kompetent vård och att vårdpersonal ska orka arbeta kvar inom den palliativa vården. Behovet av stöd till närstående måste uppmärksammas, och kompetens hos personal säkerställas även inom detta område.

Palliativ vård är inte en obligatorisk del i alla vårdutbildningar. Detta innebär att kunskapsnivån avseende allmän palliativ vård är varierande och ibland låg bland personalen.

Stor vikt bör läggas på kontinuerlig fortbildning inom palliativ vård för all vårdpersonal, exempelvis via etablerade webbutbildningar. Arbete pågår nationellt att utforma och kvalitetssäkra en gemensam webbaserad fortbildning på grundnivå i palliativ vård som på sikt kan vara aktuell för samtliga professioner. Särskilt viktigt är det säkerställa fortbildning inom andra diagnosområden än cancer (som demenssjukdomar, organsvikt och neurologiska sjukdomar) samt fortbildning om barns behov i palliativ vård.

Även fortbildning inom ämnesområdena teamarbete, samtalsmetodik, närståendestöd och planering av vården bör erbjudas.

Fortbildning för läkare är i nuläget särskilt betydelsefull då identifiering, samtal och planering för patienter i tidigt palliativt skede till stora delar är läkaruppgifter, och ett tydligt utvecklingsområde.

Patienter har i många fall en pågående livsförlängande behandling och samtidigt behov av palliativ vård. Kompetensöverföring och kontaktytor mellan disciplinerna behöver stärkas.

Palliativ medicin är en medicinsk tilläggsspecialitet sedan 2015 och resurser för ST-utbildning och ST-tjänster måste säkras.

Även för övriga yrkeskategorier bör kompetensförsörjning inom specialiserad palliativ vård stärkas. Specialistutbildning för sjuksköterskor och undersköterskor finns idag men bör utökas.

Den specialiserade palliativa vården behöver byggas ut och förstärkas för att ansluta ett större antal patienter samt delvis ansvara för fortbildning och utveckling inom övrig vård.

För att på regional nivå kunna säkerställa och lokalt anpassa den palliativa vårdens kvalitet och integrering av ny kunskap rekommenderar vårdförloppet att sjukvårdsregionala palliativa kompetenscentrum skapas fördelat över landet, samt att ett nationellt palliativt kompetenscentrum skapas med uppdrag att samordna regionala och nationella aktörers insatser, utveckla, integrera ny kunskap och säkra den palliativa vården nationellt. Här bör ett samarbete med universiteten etableras för att möjliggöra snabb integrering av ny kunskap. Ett sådant centrum bör också ges i uppdrag att skapa system för att mäta vårdkvalitet i tidigt palliativt skede, vilket saknas idag. Den utgör även remissinstans för frågor rörande palliativ vård och är kontaktyta för internationella nätverk i palliativ vård.

2.7. Påverkan på andra kunskapsstöd

Det palliativa vårdförloppet bör ingå som komplement till övriga kunskapsområden som behandlar livshotande sjukdomar. Dessa kunskapsstöd bör ange en ingång till palliativ vård.

2.8. Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

En stärkt och strukturerad palliativ vård är bra förebild och ett bra exempel för fortsatt omställning till Nära vård. Den decentraliserade palliativa vården som engagerar många vårdgivare inom olika förvaltningar har stora vinster att göra på en utvecklad digital vård och välfungerande digitala kommunikationskanaler mellan olika vårdgivare och mellan patient och vårdgivare.

2.9. Uppföljning

Svenska palliativregistret inklusive registrets närståendeenkät mäter idag vårdkvalitet i livets slutskede (sista levnadsveckan) med en täckningsgrad på 60 procent av samtliga dödsfall i landet. Idag saknas kvalitetsindikatorer och strukturerade uppföljningsmöjligheter för tidig palliativ fas. Över tid noteras en långsamt sjunkande täckningsgrad för registret. Mest märkbart är detta inom sjukhusvården där täckningsgraden idag är under 50 procent på vissa ställen. Inom vård- och omsorgsboenden är täckningsgraden idag runt 75 procent. Detta är en mycket oroande trend och försvårar potentiellt uppföljning av palliativ vård. Särskilt då Svenska palliativregistret är det enda nationella kvalitetsregistret som på något sätt fångar vårdkvalitet inom palliativ vård.

För att möjliggöra registrering i Svenska palliativregistret under tidig palliativ fas krävs ett större utvecklingsarbete inom den palliativa vården och inom Svenska palliativregistret. Ett nationellt kompetenscentrum skulle utgöra en viktig resurs här.

Strukturerad dokumentation och terminologi i journaler skulle möjliggöra datafångst för förbättrad uppföljning, utveckling och forskning.

Goda möjligheter finns redan idag att arbeta lokalt med vårdutveckling av palliativ vård i livets slutskede med hjälp av enhetens egna data registrerade inom Svenska palliativregistret. Detta kan utvecklas vidare och införas i vårdrutinen på ett tydligare sätt.

Sjukvårdsregionala kompetenscentra och ett nationellt kompetenscentrum skulle, om uppdrag gavs, effektivt kunna arbeta med uppföljning av vårdkvalitet på aggregerad nivå.

Statistikunderlag vid remissversion vårdförlopp **palliativ vård**

Framtaget i november 2021

Göran Lord, Jenny Svärd Backlund och Eva Wermeling Danielsson

Avdelningen för Kunskapsutveckling

Enheten för Vårdanalys och Statistik

Nationellt system för kunskapsstyrning
Sjukvårdsregion Stockholm-Gotland

Region Gotland

Region Stockholm

Hur statistiken tagits fram

- Underlaget i denna PPT syftar till att ge en lägesbild över vårdkonsumtionen för de diagnosgrupper som vårdförloppet berör. För detta vårdförlopp, där diagnoskoden för palliativ vård till 90 % kodas som bidiagnos, har alla vårdkontakter inkluderats (d.v.s. både huvud- och bidiagnos). **All statistik som visas är för åren 2017-2020**.
- Statistiken som visas har tagits fram med hjälp av en specialbyggd SAS Visual Analytics-rapport (där både huvud- och bidiagnoser fångas) modifierad från RPO_Vårdkonsumtion (där urval bygger på enbart huvuddiagnos). Rapporten bygger på data från Region Stockholms VAL-databas. I statistiken finns bara diagnossatta vårdkontakter och det finns därmed ett bortfall av andra typer av vårdkontakter. Alla yrken sätter dessutom inte diagnos och de vårdkontakterna fångas därför inte.*
- Statistiken består av ett mindre antal diagram som beskriver vårdkonsumtionen (registrerade diagnoser) på en övergripande nivå.
- Diagnoser för urval baseras i första hand på definition i vårdförloppet. Saknas detta har definition från berört kvalitetsregister använts. I tredje hand används definition från Internetmedicin.

  ICD-10: Z51.5 (*från Internetmedicin*)

- Var uppmärksam på att skalor och färgsättning kan variera mellan olika diagram.
- I vissa diagram redovisas inte all data på grund av få observationer (om antalet individer eller antalet vårdkontakter understiger 5).

**Eftersom läkare sedan länge har skyldighet att registrera diagnos så är diagnoser satta av läkare ett mer pålitligt mått över tid än diagnoser satta av andra yrkeskategorier (vilket är orsaken till att urval på yrkeskategori ”läkare” har gjorts på bild 6).*

Kort sammanfattning

Några nyckeltal

- Totalt har 22 234 individer registrerade vårdkontakter med diagnos Z51.5 (som huvuddiagnos eller bidiagnos) under åren 2017-2020.
  - Dessa är till 56 procent kvinnor.
  - Snittåldern för dessa individer är 72 år.
- Andelen individer med registrerad diagnos år 2017-2020 är 28 procent i mosaicgrupp 1 (d.v.s. bättre bemedlade områden), 38 procent i mosaicgrupp 2 (d.v.s. medelgott bemedlade områden) och 34 procent i mosaicgrupp 3 (d.v.s. sämre bemedlade områden). Det innebär en viss överrepresentation av grupp 3 som utgör 30% av befolkningen.

Vårdkonsumtion

Antalet vårdade individer ökar svagt under perioden 2017-2020. Volymmässigt sker registrerade öppenvårdskontakter/slutenvårdstillfällen främst inom geriatriken.

- En minskning av antal registrerade öppenvårdskontakter observeras under perioden. Det gäller dock inte läkarkontakter, förutom under 2020 där även läkarkontakter minskat.
- Nästan alla öppenvårdskontakter registreras inom vårdval (ASIH). Inom slutenvård sker nästan all vård i vårdval (Specialiserad palliativ vård)
- Medelvårdtiden har minskat något under år 2019 och 2020
- En majoritet (70%) av besöken registreras hos sjuksköterska

Några nyckeltal

Antal individer under tidsperioden

22 234

Snittålder

72,2

Andel kvinnor

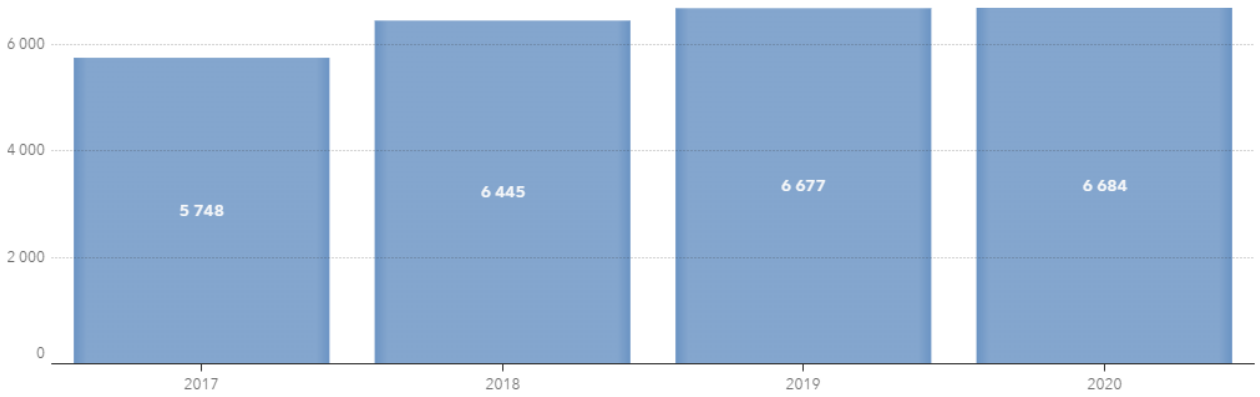
56,3 %

Medelvårdtid slutenvård

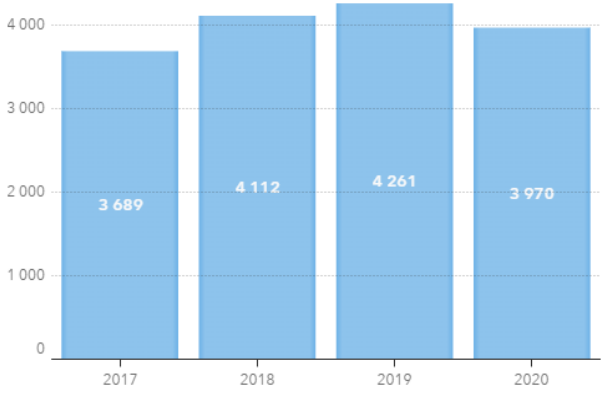
16,4

Några nyckeltal kring vald diagnos/diagnosgrupp

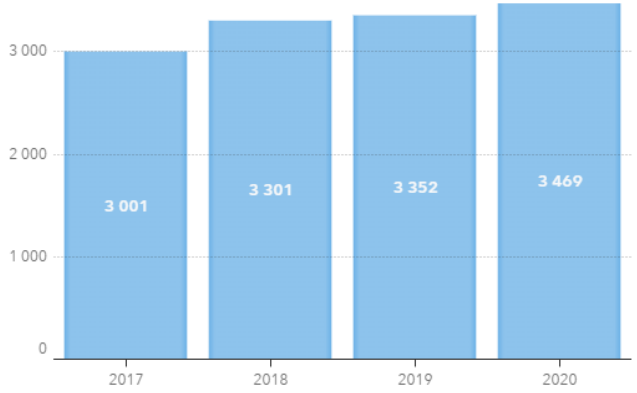
Antal individer per år



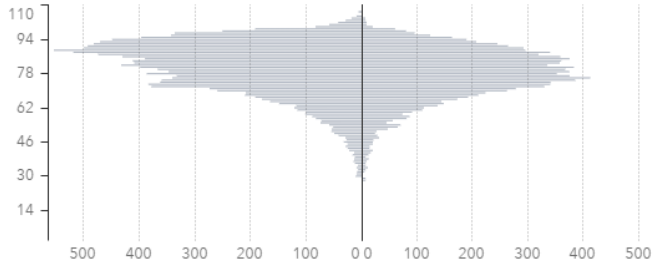
Antal individer per år öppen vård



Antal individer per år sluten vård

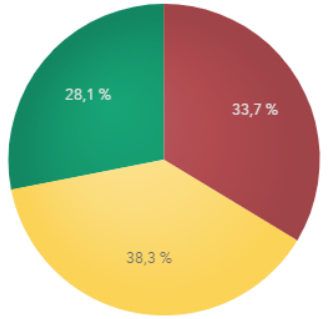


Ålder och könsfördelning



Antal individer kvinnor (färre än 5 vis... Antal individer män (färre än 5 visas ...

Andel individer(patienter) fördelade efter livsstil



Mosaicgrupp Stockholm

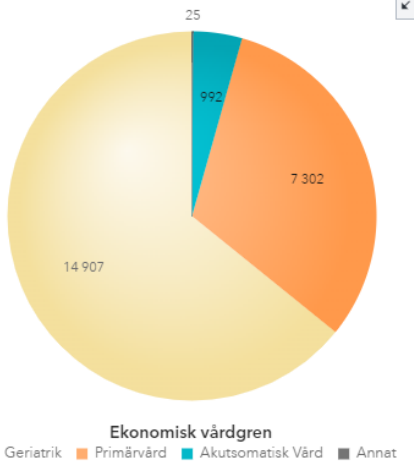
1.Bättre bemedlade 2.Medelgott bemedlade 3.Sämre bemedlade

Livsstilsanalys enligt Mosaic .I Stockholm utgör Mosaicgrupp1 30% av befolkningen. Mosaicgrupp2 utgör 40% av Stockholms befolkning och Mosaicgrupp3 utgör 30% av befolkningen.

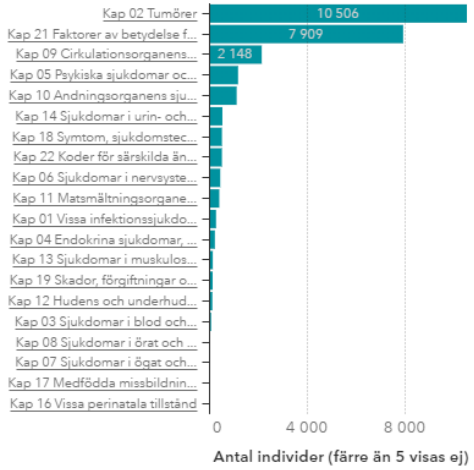
Läs mer om Mosaic: Mosaicdokumentation

Vårdkonsumtion

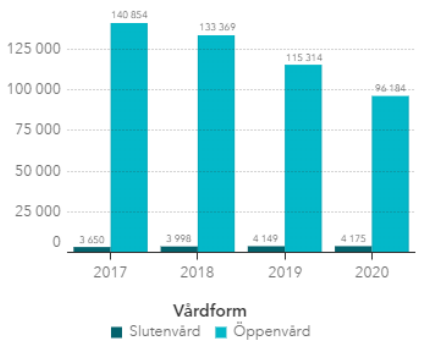
Antal individer efter vårdgren



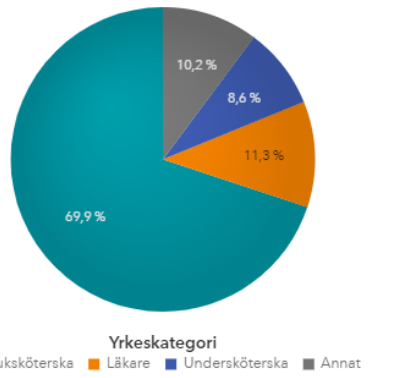
Antal individer per diagnoskapitel (ICD10)



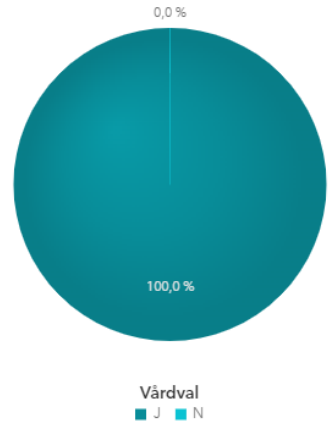
Antal vårdkontakter



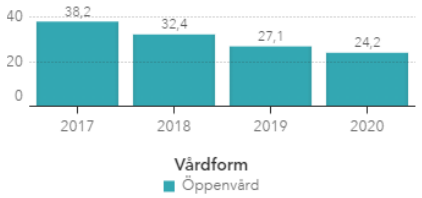
Andel besök per yrkeskategori i öppenvård



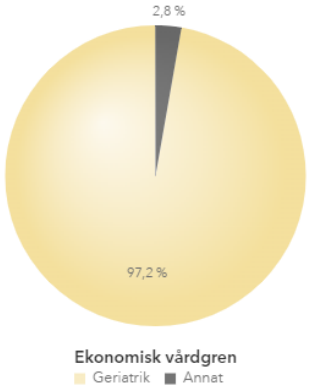
Andel besök i vårdval i öppenvård



Antal besök per patient



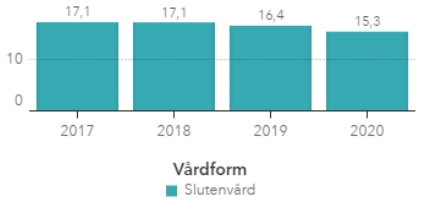
Andel besök i öppenvård



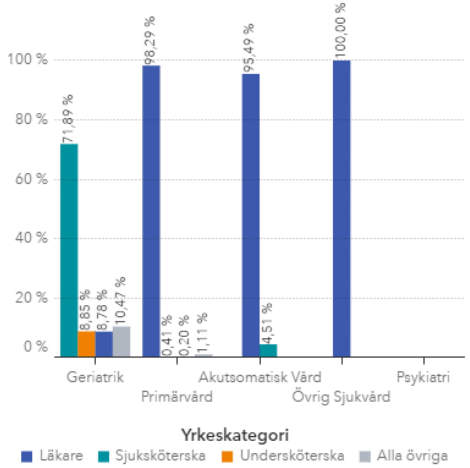
Andel vårdtillfällen i slutenvård



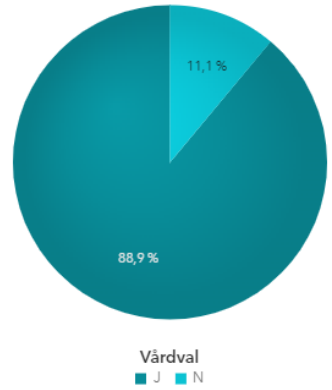
Medelvårdtid sluten vård



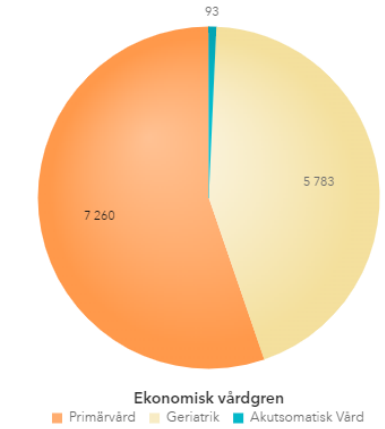
Andel besök per yrkeskategori i öppenvården

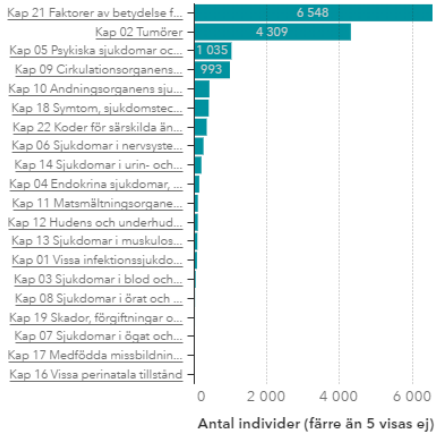


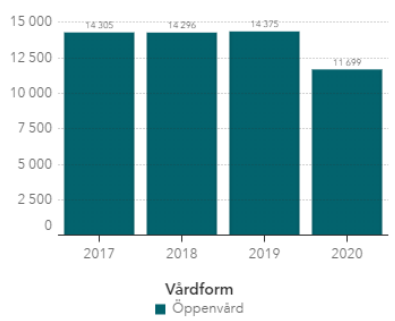
Andel vårdtillfällen vårdval i slutenvård

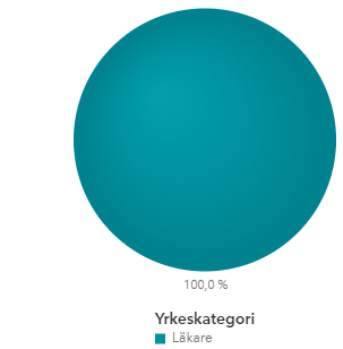


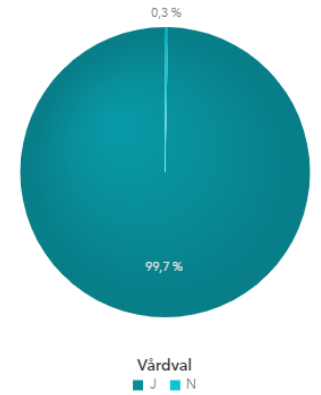
Vårdkonsumtion öppenvård, yrkeskategori läkare

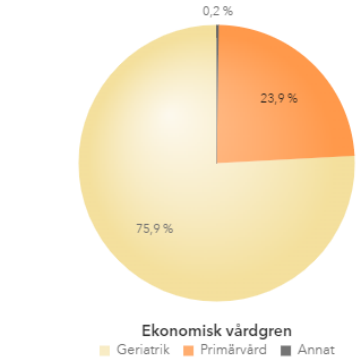




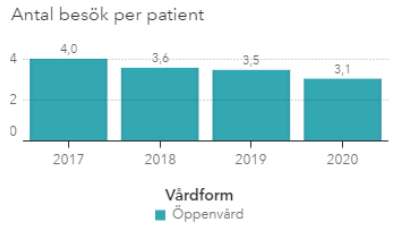




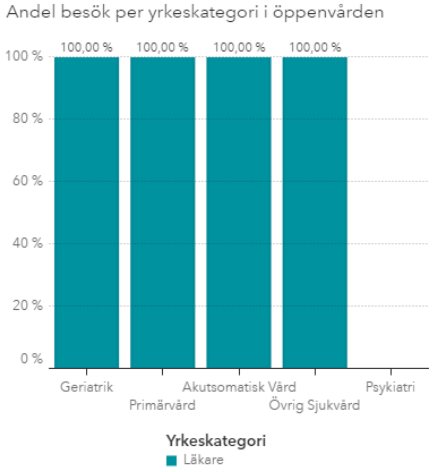




Andel vårdtillfällen i slutenvård



Medelvårdtid sluten vård



Andel vårdtillfällen vårdval i slutenvård

Vad innebär respektive ekonomisk vårdgren?

De 20 största uppdragstyperna per vårdgren volymmässigt utom för geriatrik som bara har 5 totalt

Ekonomisk vårdgren: akutsomatik

Uppdragstyp
182 Sjukhusvård/Akutsjukhus
607 Gynekologi, specialiserad
604 Ögonsjukvård, specialiserad
606 Hudsjukvård, specialiserad
605 Öron, Näsa, Hals, specialiserad
612 Ortopedi, specialiserad
603 Förlossningsvård
208 Invärtesmedicin - Priv spec läk
610 Särskild uppdrag, Aukt. hudmottagning
617 Vårdval Urologi
211 Vissa op spec - Priv spec läk
215 Gynekologi - Priv spec läk
616 Neurologi, specialiserad öppenvård
212 Öron, Näsa, Hals - Priv spec läk
615 Ryggkirurgi
602 Ögonsjukvård, kataraktoperationer
622 Gastroenterologi, specialiserad
150 Reumatologi
600 Höft- och knäledsplastik
611 Allergologi, specialiserad

Ekonomisk vårdgren: primärvård

Uppdragstyp
300 Husläkarverksamhet
302 Basal hemsjukvård vid husläkarverksamhet
137 Basal hemsjukvård kvällar, nätter och helger
311 Primärvårdsrehabilitering
201 Fysioterapi, ARV
303 Barnavårdscentral
301 Psykosociala insatser vid husläkarverksamhet
305 Graviditetsövervakning och eftervård
313 Fysioterapi, specialiserad
325 Multimodal rehab vid långvarig smärta/utmattning
249 Närakut
321 Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning
304 Fotsjukvård
310 Primär hörselrehabilitering
306 Logopedi
308 Husläkarjour
314 Sexuell och reproduktiv hälsa
158 Ungdomsmottagning
205 Allmänmedicinska spec - Priv spec läk
309 Obstetriska ultraljud

Ekonomisk vårdgren: psykiatri

Uppdragstyp
400 Psykiatrisk specialistvård för vuxna
112 Beroendevård vuxna
408 Barn-o ungdomspsykiatri, lokal
412 Lokal integrerad beroendevård
104 Allmänpsykiatri
160 Ätstörningsvård
209 Psykiatriska spec - Priv spec läk
111 Beroendevård barn och ungdom
406 LG öppenvård BUP
151 Rättspsykiatrisk vård
407 LG Mellanvård BUP
157 Tortyrskadevård
405 LG klinikvård BUP
413 Sexualmedicin, specialiserad
108 Barn- och ungdomspsykiatri

Ekonomisk vårdgren: geriatrik

Uppdragstyp
318 Avancerad sjukvård i hemmet, ASiH
124 Geriatrisk specialistvård
244 Övrig Geriatrik
319 Specialiserad palliativ slutenvård
327 Geriatrik vårdval

Ekonomisk vårdgren: övrig sjukvård

Uppdragstyp
811 Medicinsk radiologi
127 Habilitering
821 Klinisk fysiologi vårdval
802 Planerad specialiserad neurologisk rehabilitering
813 Klinisk fysiologi
808 Gastrointestinal endoskopi
141 Medicinsk service
804 Specialiserad lymfödemrehabilitering
801 Klinisk neurofysiologi vårdval
324 Intensivträning för personer med rörelsened.
806 Specialiserad rehab. efter vård på akutsjukhus
809 Klinisk neurofysiologi
243 Kulturella omskärelser
165 Övrig sjukvård
197 Hjälpmedelscentralsverksamhet
803 Planerad specialiserad cancerrehabilitering
203 Specialiserad rehabilitering
107 Asylsjukvård
814 Specialiserad rehabilitering astma/KOL
815 Rehab varmt klimat, neuro/reuma