

2024-01  
Version 1,0



# Överenskommelse gällande palliativ vård i samverkan, Norrbottens län

Region Norrbotten och Norrbottens Kommuner

## Innehåll

Bakgrund .....	2
Syfte och mål.....	2
Målgrupp.....	3
Giltighetstid.....	3
Förankring och implementering av överenskommelsen.....	3
När samverkan inte fungerar .....	3
Kunskapsstyrning .....	4
Nationella programområden (NPO) och nationella arbetsgrupper (NAG) .....	4
Regionala programområden (RPO) och regionala arbetsgrupper (RAG) .....	4
Lokala programområden (LPO) och lokala arbetsgrupper (LAG) .....	5
Läs mer .....	5
Ansvar som huvudman och vårdgivare .....	5
Region Norrbottens ansvar .....	6
Kommunens ansvar.....	8
Läs mer .....	9
Personcentrering.....	10
Stöd till närstående .....	10
Länsgemensamma arbetssätt i samverkan .....	10
Samordnad individuell plan (SIP) .....	10
Läs mer .....	11
Indikatorer för uppföljning .....	12
Bilaga 1, Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp palliativ vård .....	13
Bilaga 2, Vårdförloppets åtgärder .....	14

## Bakgrund

Att lindra sjukdom och främja livskvalitet för personer med palliativa vårdbehov är en av vårdens mest basala och angelägna uppgifter. Ett palliativt förhållningssätt kännetecknas av helhetssyn på människan genom att stödja personen att leva med värdighet och med största möjliga välbefinnande till livets slut, oavsett ålder och diagnos. Palliativ vård ska ges utifrån de så kallade fyra hörnstenarna, som utgår från WHO:s definition av palliativ vård och människovärdesprincipen:

- Symtomlindring
- Samarbete av ett mångprofessionellt team
- Kommunikation och relation i syfte att främja patienternas livskvalitet
- Stöd till de närstående under sjukdomen och efter dödsfallet

I de flesta fall kan patientens palliativa vårdbehov tillgodoses av personal med grundläggande kompetens i palliativ vård (allmän palliativ vård). Patienter med mer komplexa vårdbehov kan vara i behov av specialiserad palliativ vård.

I Norrbotten dör ungefär 2800 personer årligen. Cirka 80% dör en förväntad död där ett palliativt förhållningssätt kan göra skillnad. Av de förväntade dödsfallen kommer ca 25% att ha behov av specialiserad palliativ vård och ca 75% att ha palliativa vårdbehov som kan tillgodoses genom allmän palliativ vård.

Palliativ vård är hälso- och sjukvård som syftar till att förebygga och lindra lidande genom tidig upptäckt, noggrann analys och aktiv behandling av fysiska, psykiska, sociala och existentiella problem, vilket kräver samarbete i team. Palliativa vårdbehov kan identifieras tidigt i sjukdomsskedet och palliativ vård kan ges parallellt med livsförlängande vård. I vården ingår även organiserat stöd till patientens närstående, såväl under vårdtiden som efter dödsfallet. I de riktlinjer som riksdagen fastställde 1997 för prioriteringar i hälso- och sjukvården (1996/97:60) ingår palliativ vård i prioriteringsgrupp 1, vilket innebär att palliativ vård bör prioriteras lika högt som exempelvis vård av livshotande akuta sjukdomar.

Palliativa vårdbehov kan finnas hos en person som har en eller flera livshotande sjukdomar som inom veckor, månader eller år kan leda till döden. Palliativa vårdbehov ska kunna identifieras inom alla verksamheter som vårdar människor. Vård utifrån ett palliativt förhållningssätt ska kunna erbjudas i ordinärt boende, särskilt boende, på sjukhus eller vid annan vårdinrättning.

## Syfte och mål

Syftet med överenskommelsen är att ge vägledning för samverkan mellan huvudmännen och stöd till verksamheternas lokala rutiner gällande vård och insatser för personer med palliativa vårdbehov. Viljeinriktningen med överenskommelsen är att fokus utgår från personens behov.

Överenskommelsens mål är att varje person med palliativa vårdbehov ska få en trygg och sammanhållen vårdkedja samt vård och insatser utifrån bästa tillgängliga kunskap. Detta oavsett bakomliggande diagnos, bostadsort eller vårdform, där patientens och de närståendes behov och önskemål är utgångspunkten.

Överenskommelsen ersätter tidigare gällande handlingsprogram "Vård i livets slutskede – Palliativ vård i Norrbotten handlingsprogram (2013) och gäller även privata utförare som enligt avtal har uppdrag inom området.

## Målgrupp

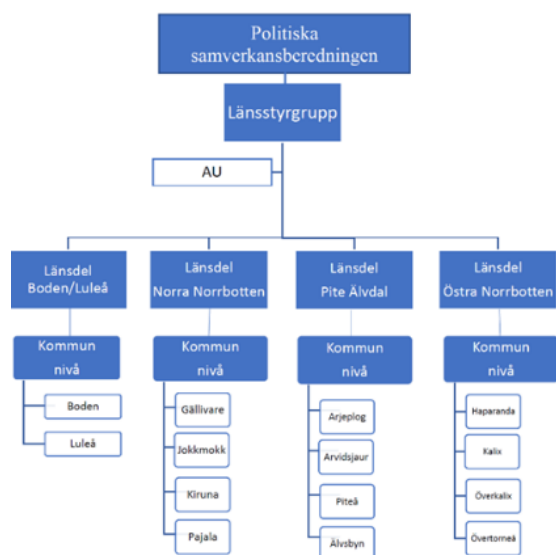
Överenskommelsen omfattar personer, 18 år och äldre, med palliativa vårdbehov som har behov av hälso- och sjukvård och/eller insatser av socialtjänst enligt gällande lagrum och gemensamt beslutade avtal mellan länets kommuner och Region Norrbotten.

## Giltighetstid

Överenskommelsen gäller från 2024-06-01 tills vidare med en ömsesidig uppsägningstid om 6 månader. Uppdatering och revidering sker vid behov. Lokalt programområde (LPO) Äldres hälsa och palliativ vård ansvarar för att överenskommelsen följs upp med indikatorer och gör eventuella revideringar i slutet av varje år. LPO ansvarar även för årlig återrapportering till länsstyrgruppen vid årets första möte.

## Förankring och implementering av överenskommelsen

Länets kommuner och Region Norrbotten har en beslutad struktur för samverkan i gemensamma frågor, som sker både på politisk och tjänstepersonsnivå. För att samverkan ska resultera i ett mervärde för den enskilde krävs engagemang och en tydlig styrning på alla ledningsnivåer inom och mellan respektive huvudmans ansvarsområde. I organisationskissen nedan framgår hur samverkan är organiserad i Norrbotten, på regional, länsdels och lokal nivå.



Figur 1: Organisation för samverkan mellan Region Norrbotten och kommunerna i Norrbottens län.

Förankring av överenskommelsen förutsätter ett medvetet implementeringsarbete där chefer på alla nivåer i organisationerna har ett ansvar. Region Norrbotten och kommunerna i länet ansvarar som arbetsgivare för att styrande dokument blir kända i respektive organisation. En framgångsfaktor för att lyckas med implementering är att det sker i samverkan mellan huvudmännen i de lokala, länsdelsvisa samt regionala samverkansstrukturerna.

Länets kommuner har olika förutsättningar utifrån samhällsstruktur, demografi och geografiskt läge, vilket kan innebära olika förutsättningar avseende vård och omsorg.

## När samverkan inte fungerar

Twister med anledning av denna överenskommelse ska lösas i följande steg:

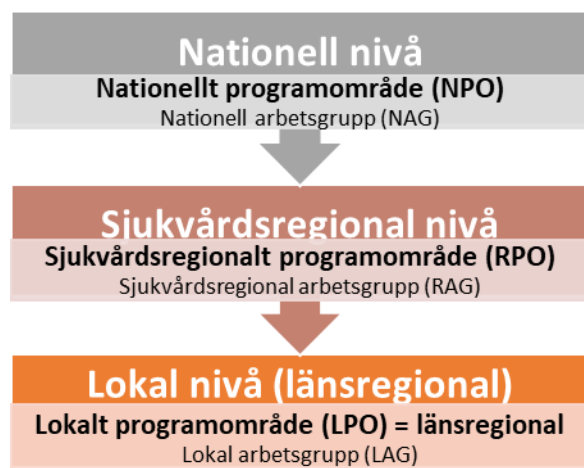
- I första hand i samförstånd mellan parterna inom verksamheterna på lokal nivå
- I andra hand i samverkansform, tjänstepersonsnivå på länsnivå
- I tredje hand i samverkansform på politisk nivå

Ett verktyg för att hitta lösningar vid bristande samverkan mellan huvudmännen är avvikelserapportering.

## Kunskapsstyrning

Sedan 2018 finns ett gemensamt system för Kunskapsstyrning för landets regioner och som inom vissa områden även innefattar kommunal hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Kunskapsstyrningen bidrar till att kvalitetssäkrad kunskap sprids och används. För att kunskapsstyrningssystemet ska fungera och vara effektivt behövs ett samspel mellan aktörer på flera nivåer men även ett samspel mellan huvudmännen.

Kunskapsstyrningen syftar till att stödja utvecklingen av evidens- eller kunskapsbaserad verksamhet. Huvudmännen har uppdraget att bedriva sin verksamhet med vetenskap och beprövad erfarenhet som grund. Målet med kunskapsstyrningen är att minska skillnaderna i vård och insatser som finns mellan och inom regioner. Vilket innebär att varje individ ska få tillgång till vård och insatser utifrån bästa tillgängliga kunskap oavsett vilken huvudman som har ansvaret.



Figur 2: Det nationella kunskapsstyrningssystemet för nationella programområden

### Nationella programområden (NPO) och nationella arbetsgrupper (NAG)

Inom ramen för det nationella systemet för Kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård finns 26 nationella programområden, NPO. De material som utvecklas inom de NPO ska utgöra ett stöd för arbetet och stärka samverkan mellan regioner och kommuner. Palliativ vård hör till *NPO Äldres hälsa och palliativ vård*. I varje NPO finns ett antal nationella arbetsgrupper, NAG, vilka leder kunskapsstyrningen inom sitt respektive område. NAG har bland annat ansvaret att utarbeta de nationella personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen. NAG palliativ vård är en permanent arbetsgrupp som består av representanter från regional och kommunal verksamhet, från allmän och specialiserad palliativ vård, med geografisk spridning.

### Regionala programområden (RPO) och regionala arbetsgrupper (RAG)

På den sjukvårdsregionala nivån finns regionala programområden, RPO, och regionala arbetsgrupper, RAG. Gällande området palliativ vård finns i norra sjukvårdsregionen en regional arbetsgrupp, *RAG palliativ vård*, under *Regionala Cancercentrum norr (RCC)*, som består av representanter från regional

*och kommunal verksamhet, specialiserad och allmän palliativ vård, med sjukvårdsregional geografisk spridning.*

### Lokala programområden (LPO) och lokala arbetsgrupper (LAG)

I Norrbotten finns en uppbyggnad för länets Kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård. Palliativ vård ingår i *LPO Äldres hälsa och palliativ vård*. Samverkan ska ske mellan Region Norrbotten och länets kommuner för att samordna och implementera kunskapsstyrningen. En permanent LAG palliativ vård med representation från regional och kommunal verksamhet (primärvård och specialiserad vård) planeras att upprättas för att utgöra ett samverkansforum där regelbunden uppföljning och utvärdering av överenskommelsen sker. Ordförande i permanent LAG palliativ vård är regionens länsamordnare för palliativ vård.

Läs mer

[Kunskapsstyrning vård | SKR \(kunskapsstyrningvard.se\)](https://www.kunskapsstyrningvard.se)

[NPO äldres hälsa och palliativ vård | Kunskapsstyrning vård | SKR \(kunskapsstyrningvard.se\)](https://www.kunskapsstyrningvard.se)

[Palliativ vård | Kunskapsstyrning vård | SKR \(kunskapsstyrningvard.se\)](https://www.kunskapsstyrningvard.se)

[Norra regionens palliativa samrådsgrupp - RCC Norr \(cancercentrum.se\) RAG palliativ vård](https://www.cancercentrum.se)

[Nationellt vårdprogram palliativ vård - RCC Kunskapsbanken \(cancercentrum.se\)](https://www.cancercentrum.se)

[Palliativ vård - Nationellt kliniskt kunskapsstöd \(nationelltklinisktkunskapsstod.se\)](https://www.nationelltklinisktkunskapsstod.se)

## Ansvar som huvudman och vårdgivare

*Allmän palliativ vård:*

Allmän palliativ vård bedrivs på sjukhusens samtliga vårdenheter och mottagningar, på hälsocentraler och inom kommunal hälso-och sjukvård (till exempel särskilda boenden, korttidsboenden och hemsjukvård). En optimal allmän palliativ vård förutsätter ett proaktivt arbete, med avsatt läkartid, tillgång till sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, undersköterskor och andra lämpliga teamresurser. Samarbete mellan de olika professionerna är viktigt redan i ett tidigt skede för att patienterna ska få de insatser de behöver så snart som möjligt. Det är även viktigt att patienten och närstående får information om vilka insatser som bland annat arbetsterapeut och fysioterapeut kan erbjuda. Denna information ska ges ut av dem som träffar patienten i ett tidigt skede alternativt att i ett tidigt skede aktualisera patienten för kollegor. När en patient bedöms ha palliativa vårdbehov ska samtal vid allvarlig sjukdom erbjudas patient och närstående (om patienten önskar). Där diskuteras innehållet i den fortsatta vården utifrån hälsotillstånd, behov och önskemål. Samtalen bör inledas tidigt, erbjudas återkommande och dokumenteras i respektive huvudmans journal. Samtal vid allvarlig sjukdom ligger till grund för den vårdplan som sedan utformas som även innehåller en individuell behandlingsstrategi. Vårdplanen ska dokumenteras och kommuniceras i vårdteamet, och följas upp regelbundet. För att kvalitetssäkra vården i livets slutskede på enheter inom allmän palliativ vård, används Nationell vårdplan för palliativ vård (NVP) del 2D. Ansvar för brytpunktsamtal åligger ansvarig läkare alternativt tjänstgörande läkare. För kvalitetssäkring och uppföljning av vården registreras alla dödsfall i Svenska palliativregistret. I bilaga 1 finns flödesschema för ett palliativt vårdförlopp och i bilaga 2 redovisas de åtgärder som ingår i vårdförloppet. Diagnoskod Z51.5 palliativ vård, skall registreras.

### *Specialiserad palliativ vård:*

Specialiserad palliativ vård ska erbjudas patienter med komplexa symtom eller vars livssituation medför särskilda behov, och utförs av ett multiprofessionellt team med särskild kunskap och kompetens i palliativ vård. Specialiserad palliativ vård förutsätter också ett proaktivt arbete, med teamarbete där läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, dietister, psykosocial och andlig kompetens jobbar tillsammans. När en patient bedöms ha specialiserade palliativa vårdbehov ska samtal vid allvarlig sjukdom erbjudas patient och närstående (om patienten önskar). Där diskuteras innehållet i den fortsatta vården utifrån hälsotillstånd, behov och önskemål. Samtalen bör inledas tidigt, erbjudas återkommande och dokumenteras i respektive huvudmans journal. Samtal vid allvarlig sjukdom ligger till grund för den vårdplan som sedan utformas, som även innehåller en individuell behandlingsstrategi. Vårdplanen ska dokumenteras och kommuniceras i vårdteamet, och följas upp regelbundet oavsett var patienten vårdas. För att kvalitetssäkra vården i livets slutskede på enheter inom specialiserad palliativ vård, används Nationell vårdplan för palliativ vård (NVP) del 2D. Ansvar för brytpunktssamtal åligger ansvarig läkare alternativt tjänstgörande läkare. För kvalitetssäkring och uppföljning av vården registreras alla dödsfall i Svenska palliativregistret. I bilaga 1 finns flödesschema för ett palliativt vårdförlopp och i bilaga 2 redovisas de åtgärder som ingår i vårdförloppet. Diagnoskod Z515.5 palliativ vård, skall registreras.

## Region Norrbottens ansvar

### *Regionfinansierad primärvård*

Med primärvård avses enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) sedan 1 juli 2021: "Hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppenvård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvård tillhandahåller vård riktad till hela befolkningen och utgör organisatoriskt första linjens sjukvård. Primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.

Primärvården ansvarar alltid för de allmänmedicinska läkarinsatserna till patienter inom allmän palliativ vård i ordinärt boende och särskilt boende. Tillgång till läkarmedverkan ska finnas dygnet runt alla dagar i den kommunala hälso- och sjukvården. Patienter inom kommunal primärvård ska kunna få såväl planerade som oplanerade läkarbesök i hemmet. Det är primärvårdens ansvar att utse fast läkarkontakt som har det allmänmedicinska helhetsansvaret för patienten, enligt SOSFS 2011:7.

Personal som jobbar inom regionfinansierad primärvård i Norrbotten ska ha kunskap att identifiera palliativa vårdbehov och utifrån ett palliativt förhållningssätt kunna vårda patienter inom allmän palliativ vård. Denna vård inkluderar även vård i livets slutskede, döendefasen. Stöd ska kunna ges till närstående under sjukdomsprocessen och efter dödsfallet.

### *Allmänmedicinska vårdplatser*

Allmänmedicinska vårdplatser avser somatisk slutenvård vid hälsocentraler i glesbygd, bemannade av sjuksköterskor, undersköterskor och rondas dagtid av läkare inom allmänmedicin. Personal som bemannar allmänmedicinska vårdplatser i Norrbotten ska ha kunskap att identifiera palliativa vårdbehov och utifrån ett palliativt förhållningssätt kunna vårda patienter inom allmän palliativ vård. Denna vård inkluderar även vård i livets slutskede, döendefasen. Stöd ska kunna ges närstående under sjukdomsprocessen och efter dödsfallet. En lokal rutin bör finnas när konsultation alternativt remiss till specialiserad palliativ verksamhet är aktuell. Även patienter med specialiserade palliativa vårdbehov kan vårdas på allmänmedicinska vårdplatser, konsultativt stöd erbjuds via palliativa rådgivningsteam.

### *Slutenvårdsavdelningar på länssjukhus och länsdelssjukhus*

Personal vid slutenvårdsavdelningar i Norrbotten ska ha kunskap att identifiera palliativa vårdbehov och utifrån ett palliativt förhållningssätt kunna vårda patienter inom allmän palliativ vård. Denna vård inkluderar även vård i livets slutskede, döendefasen. Stöd ska kunna ges närstående under sjukdomsprocessen och efter dödsfallet. En lokal rutin bör finnas när konsultation alternativt remiss till specialiserad palliativ verksamhet är aktuell.

### *Specialiserad palliativ verksamhet- PAVA och PRT*

Specialiserad palliativ verksamhet i Region Norrbotten består av slutenvårdsplatser på palliativ vårdavdelning (PAVA) på alla sjukhus i länet, samt Palliativt rådgivningsteam (PRT) som geografiskt täcker alla kommuner. Verksamhetens målgrupp är patienter med specialiserade palliativa vårdbehov, oavsett sjukdomsdiagnos.

#### *PRT*

De palliativa rådgivningsteamerna arbetar på konsultbasis och ger råd, stöd, handledning samt utbildning till personal som vårdar patienter med allmänna och specialiserade palliativa vårdbehov oavsett vart de vårdas. PRT:s uppdrag omfattar även råd och stöd till personal som vårdar barn med palliativa vårdbehov. PRT kan ge råd och stöd direkt till den enskilde patienten eller till de närstående. Patienter med specialiserade palliativa vårdbehov kan via remiss från annan vårdgivare bli anslutna till PRT och ska därmed också erbjudas trygghetsplats på upptagningsområdets PAVA-avdelning. En trygghetspärm med uppdaterad kontaktlista lämnas till patienterna. Fast läkarkontakt för dessa patienter utses i primärvården. De specialiserade palliativa rådgivningsteamerna ska vara bemannade med specialisläkare och specialistsjuksköterska och ha tillgång till paramedicinsk och psykosocial kompetens. PRT-sjuksköterskor finns tillgängliga vardagar på kontorstid. Förutom råd och stöd ingår i PRT:s uppdrag, för både sjuksköterskor och läkare, att utbilda, delta i utvecklingsarbete, handledning och samverka med olika vårdgivare.

#### *PAVA*

Vid alla fem sjukhus i länet finns slutenvårdsplatser med palliativ inriktning så kallade trygghetsplatser på PAVA. Patienter som är anslutna till specialiserad palliativ verksamhet ska erbjudas vård på dessa vårdplatser vid intermittenta behov av slutenvård under hela det palliativa vårdförloppet. Anslutna patienter ska kunna läggas in för slutenvård via snabbspår på akuten, direktinläggning eller vanlig handläggning via akutmottagning. Lokala rutiner för detta finns för alla 5 sjukhus i länet. På PAVA ska tillgång till ett komplett vårdteam finnas. Rutiner för teamarbete och samverka med PRT, arbetsterapeut, fysioterapeut, dietist, kurator och representanter från sjukhuskyrkan ska finnas på alla länets PAVA-enheter.

### *Barn och ungdomar med palliativa vårdbehov från 0–17 år:*

Barns och familjers behov varierar över tid, och det är därför viktigt att under hela vårdtiden vara öppen för att anpassa vårdformen efter barnets och familjens behov. Barn och familjer gynnas av en sammanhållen vårdkedja där multiprofessionella team från olika verksamheter bidrar till en helhet där palliativ vård ingår i all vård. Det kräver att verksamheterna har samma vårdfilosofi och grundläggande kunskap om palliativ vård av barn och att det finns utarbetade samarbetsvägar inom organisationen och för det enskilda barnet. Målet jämlik vård i Sverige kräver därför att alla barn ska kunna erbjudas en god palliativ vård oberoende av var de bor. Barn med palliativa vårdbehov i hemmet omfattas inte i hemsjukvårdsavtalet vilket betyder att ansvaret vilar på Region Norrbotten. Samarbete mellan barnsjukvården och den hälsocentral där patienten är listad ansvarar för vården i hemmet dygnet alla timmar.



## Kommunens ansvar

Det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret är enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL huvudsakligen avgränsat till att gälla i förhållande till vissa grupper som får insatser enligt Socialtjänstlagen (2001:453), SoL och Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Enligt HSL ska kommunen erbjuda hälso- och sjukvård i:

- särskilda boendeformer för äldre (inklusive korttidsboende)
- bostad med särskild service för personer med funktionsnedsättning
- motsvarande boendeformer enligt ovan som bedrivs i enskild verksamhet
- dagverksamheter som avses i SoL.

Ansvar enligt överenskommelsen gäller för allmän palliativ vård upp till sjuksköterskenivå vilket även innefattar fysioterapeut samt arbetsterapeut.

### Särskilt boende

Särskilt boende (SÄBO) är ett samlingsnamn för kommunala boendeformer som kräver ett biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen, SoL eller Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS) för personer med omfattande behov av vård och omsorg. Biståndsbeslutet utgår från individens behov av trygghet, gemenskap och självbestämmande.

### Korttidsboende

Vistelse på korttidsboende beviljas efter biståndsbeslut enligt SoL och innebär en omsorgsplats utanför det egna boendet avsedd för tillfälligt behov av vård och omsorg. Rätten till omsorgsplats på korttidsboende beslutas av biståndshandläggare eller socialsekreterare i kommunen. Grunden för att fatta beslut är en ansökan från den enskilde eller legal ställföreträdare alternativt anhörig. Korttidsboende beviljas till personer som vårdas av anhöriga i hemmet kallat "växelvård" eller i väntan på plats på särskilt boende men kan även beviljas av andra anledningar efter behovsprövning enligt SoL.

### Ordinärt boende

Med ordinärt boende avses boende i vanliga flerbostadshus, egna hus eller motsvarande. Hit räknas även seniorboende, samt trygghetsboende. Om den enskilde är i behov av stöd i form av service och personlig omvårdnad, så ansöker den enskilde om bistånd enligt Socialtjänstlagen SoL. En biståndshandläggare eller socialsekreterare startar då en utredning av den enskildes behov och mål, livssituation och omgivningsfaktorer.

När det gäller hälso- och sjukvårdsinsatser för personer i ordinärt boende gäller länet gemensamt antagna hemsjukvårdsavtal *Kommunaliserad hälso- och sjukvård i hemmen 2013 Norrbottens län*. Avtalet utgår från tröskelprincipen vilket innebär att kommunerna ansvarar för den hälso- och sjukvård som ges i det egna hemmet till personer som på grund av sjukdom, funktionsnedsättning eller social situation, inte på egen hand eller med stöd av annan person kan uppsöka hälsocentral. Avtalet inrymmer även ansvaret för hembesök enligt tröskelprincipen för personer 18 år och äldre. Bedömning att en person har behov av hemsjukvård eller hembesök kan göras av legitimerad personal, på sjukhus, hälsocentral eller i kommun. Det innebär att båda huvudmännen gör bedömningar om personen själv, eller med stöd av annan, kan uppsöka hälsocentral eller inte. När det gäller beslut om inskrivning i hemsjukvården vilar ansvaret på kommunen som huvudman. Både på särskilt boende (SÄBO) samt i hemsjukvården har kommunen ansvar för hälso- och sjukvård upp till sjuksköterskenivå vilket även innefattar fysioterapeut och arbetsterapeut.

Läs mer

[Slutrapport-om-kommunalisering-av-haelso-och-sjukvaard-i-ordinaert-boende-och-rekommendation-fraan-norrbottens-kommuner\\_hemsjukvaardsavtalet-2013.pdf \(norrbottenskommuner.se\)](#)

[Samverkansavtal-om-laekarmedverkan-inom-kommunal-haelso-och-sjukvaard-i-saerskilda-boendeformer-mellan-kommunerna-och-landstinget.pdf \(norrbottenskommuner.se\)](#)

[Avtal-om-laekarmedverkan-inom-haelso-och-sjukvaard-i-ordinaert-boende.pdf \(norrbottenskommuner.se\)](#)

[Socialtjänstlag \(2001:453\) | Sveriges riksdag \(riksdagen.se\)](#)

[Lag \(1993:387\) om stöd och service till vissa funktionshindrade | Sveriges riksdag \(riksdagen.se\)](#)

[Forklaring-foreskriften-hslf-hs-2016-86.pdf \(socialstyrelsen.se\)](#)

[https://samarbeta.nll.se/producentplats/regionensprotokoll/layouts/15/VISDocIdRedir.aspx?ID=ARBGRP757-2093665656-137](#)

[Ansökan om bistånd enligt SoL - Kunskapsguiden](#)

[Senaste version av SOSFS 2011:7 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om livsuppehållande behandling - Socialstyrelsen](#)

## Personcentrering

Den palliativa vården bygger på delaktighet, hög tillgänglighet och kontinuitet för att skapa trygghet och tillit hos patienterna. Det handlar bland annat om att:

- vården utgår från patientens behov och förutsättningar
- det finns förutsättningar för patienter och närstående att vara involverade i vården
- säkerställa kontinuitet
- patientens behov och förutsättningar är utgångspunkten i samverkan mellan vårdgivare och med socialtjänsten
- primärvården ska ges förutsättningar att vara navet i hälso- och sjukvården
- primärvården och den specialiserade vården samspelar för en effektiv användning av hälso- och sjukvårdens resurser.

För att uppnå trygga vårdövergångar och en sammanhållen planering för patienter med palliativa vårdbehov måste varje vårdgivare underlätta steget före och efter sin egen insats.

## Stöd till närstående

Närståendestöd är en av den palliativa vårdens fyra hörnstenar och innefattar olika typer av stödinsatser på olika nivåer. Syftet är att hjälpa, underlätta och stödja närstående och bör påbörjas redan vid första mötet med vården och avslutas med ett efterlevandesamtal efter dödsfallet. En tillitsfull relation till närstående ger större möjlighet till ett framgångsrikt samarbete. Personal bör, om patienten så önskar, försöka sätta sig in i patientens och närståendes situation och därigenom skapa en plattform för fortsatt arbete. Genom att efter dödsfallet erbjuda närstående möjligheten att fylla i Svenska palliativregistrets närståendeenkät, kan verksamheterna få en bild av närståendes upplevelser av vården.

## Länsgemensamma arbetssätt i samverkan

Samordnade och samtidiga insatser är betydelsefulla för att tillgodose behovet av vård, stöd och insatser för patient och närstående inom målgruppen, samt för att minimera de organisatoriska mellanrummen och gråzonerna som kan uppstå. Palliativa vårdbehov kan uppkomma hastigt, snabbt förändras och vara av allmän eller specialiserad karaktär. Omhändertagandet underlättas av ett länsgemensamt proaktivt arbetssätt i samverkan över huvudmannagränser. Genom flexibilitet, gemensam planering och riskbedömning i kombination med en tydligare fördelning av insatserna mellan varandra kan en trygg vårdkedja skapas.

Huvudmännen har ett gemensamt ansvar att skapa och upprätthålla en fungerande och ändamålsenlig samverkan enligt gällande lagar och riktlinjer.

## Samordnad individuell plan (SIP)

I Norrbotten har huvudmännen antagit riktlinjer och rutiner gällande Samordnad individuell plan, SIP. SIP ska erbjudas de personer som har behov av samordnade insatser från både region och kommun efter utskrivning från sjukhus eller i andra situationer när det finns ett behov. SIP ska upprättas när en person själv önskar eller när annan person uppmärksammat behovet. Upprättandet av SIP ska bygga på samtycke och delaktighet från den enskilde.

I särskilda fall kan professioner från olika huvudmän och verksamheter träffas före SIP-mötet i ett så kallat aktörs- eller planeringsmöte. Det kan handla om att tydliggöra vem som gör vad i den fortsatta vården. Samtycke krävs av den enskilde för att samordning ska kunna genomföras utan hans medverkan. Deltagarna ska förbereda sig inför mötet genom att sätta sig in i ärendet och se över sitt mandat.

När det gäller samverkan vid utskrivning från sjukhus regleras det i Lagen (217:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Lagen reglerar även samverkan mellan region och kommun samt SIP i förhållande till utskrivningsprocessen.

Läs mer

[Samordnad-individuell-planering-riktlinjer-och-rutiner-20230509.pdf \(norrbottnskommuner.se\)](#)

[Lag \(2017:612\) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård](#)

Palliativa rådgivningsteamens roll i utskrivningsprocessen från slutna hälso- och sjukvård:

[https://samarbeta.nll.se/producentplats/palliativaradgivningsteametnorrboten/\\_layouts/15/VISDocIdRedir.aspx?ID=ARBGRP167-4-51](https://samarbeta.nll.se/producentplats/palliativaradgivningsteametnorrboten/_layouts/15/VISDocIdRedir.aspx?ID=ARBGRP167-4-51)

[Nära vård | SKR](#)

[God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem - Regeringen.se](#)

[Hälso- och sjukvård i hemmet \(socialstyrelsen.se\)](#)

[Vardforlopp-palliativ-var-d-kvalitetsunderlag-2024-01-11.pdf \(kunskapsstyrningvard.se\)](#)

[Palliativ vård – förtydligande och konkretisering av begrepp \(socialstyrelsen.se\)](#)

[Socialstyrelsens termbank](#)

[Nationellt vårdprogram palliativ vård - RCC Kunskapsbanken \(cancercentrum.se\)](#)

[Nationellt vårdprogram palliativ vård av barn \(cancercentrum.se\)](#)

[Fast vårdkontakt Norrbottens län \(norrbottnskommuner.se\)](#)

[Frågor och svar fast läkarkontakt \(socialstyrelsen.se\)](#)

## Indikatorer för uppföljning

För att säkerställa en god kvalitet där vården främjar livskvalitet och lindrar sjukdom behövs kontinuerlig uppföljning. I tabellen nedan finns indikatorer för uppföljning. De flesta indikatorerna har svenska palliativregistret som källa vilket kräver att vårdpersonal aktivt registrerar alla dödsfall. Tre av indikatorerna hämtas från regionens journalsystem, regionens länssamordnare föreslås ansvara för framtagning. Respektive huvudman ansvarar för att ta fram övriga indikatorer vilket även innebär att analysera och återrapportera till permanent LAG palliativ vård. Redovisning sker årligen till LPO äldres hälsa och palliativ vård.

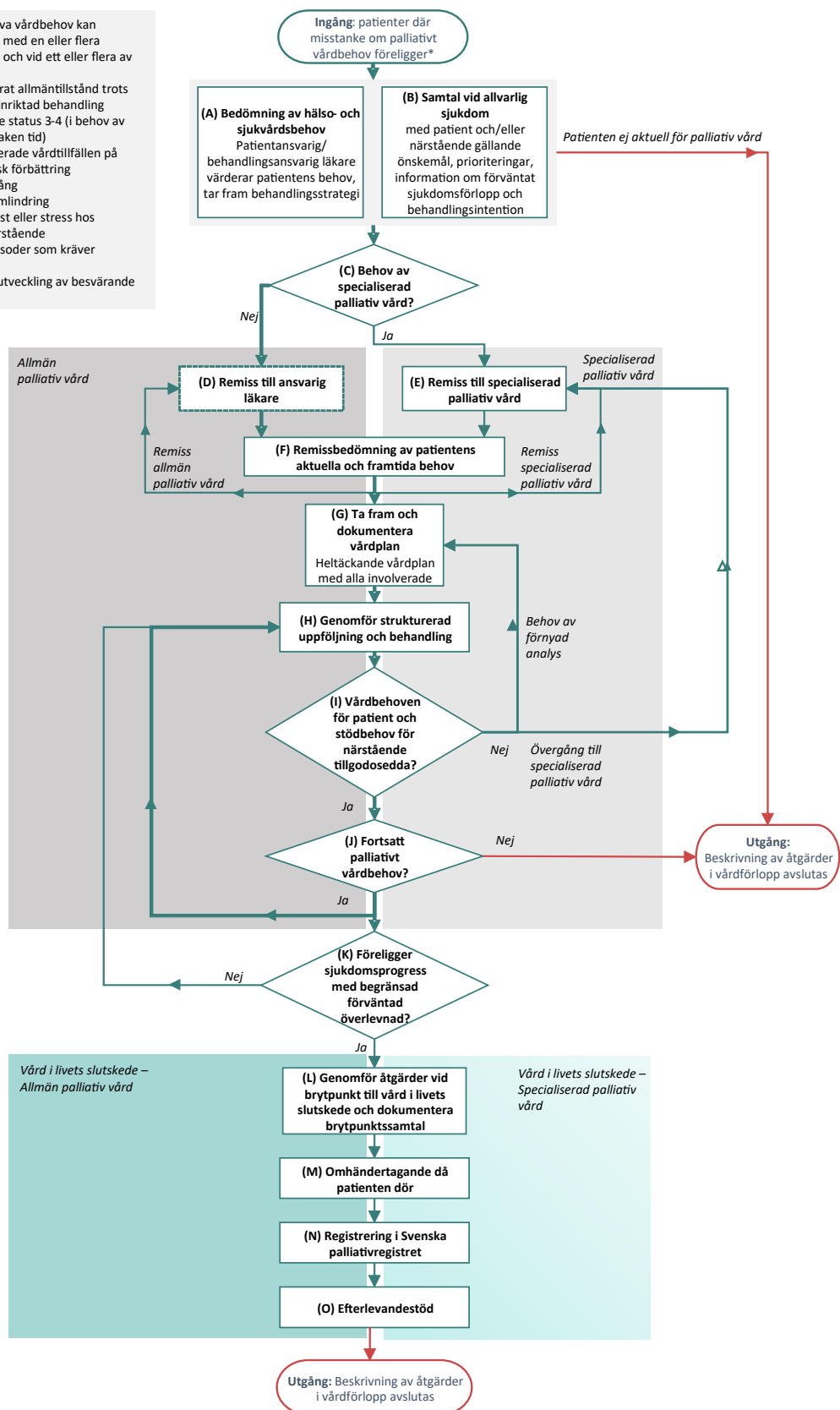
Kvalitetsindikatorer	Målvärde	Mätning och återrapportering	Källa
Antal patienter med tilläggsdiagnos Z 51.5		Årsvi	Regionens journalsystem
Registreringsgrad i Svenska palliativregistret	100%	Årsvi	Svenska palliativregistret
Andel patienter med palliativa vårdbehov där brytpunktssamtal till vård i livets slutskede har genomförts av läkare	100%	Årsvi	Svenska palliativregistret
Andel patienter med palliativa vårdbehov som smärtskattas med smärtskattningsinstrument ex VAS/NRS	100%	Årsvi	Svenska palliativregistret
Andel patienter med palliativa vårdbehov som har ordinerade vidbehovsläkemedel mot förväntade symtomgenombrott	100%	Årsvi	Svenska palliativregistret
Andel patienter med diagnoskod Z51.5 som har namngiven fast läkarkontakt	100%	Årsvi	Regionens journalsystem
Andel patienter med palliativa vårdbehov som har en dokumenterad behandlingsstrategi	100%	Årsvi	Regionens journalsystem
Andel patienter med palliativa vårdbehov som har en dokumenterad munhälsobedömning	> 90%	Årsvi	Svenska palliativregistret
Erbjuda närstående att delta i närståendeenkät	100%	Årsvi	Svenska palliativregistret

Tabell 1 Kvalitetsindikatorer Överenskommelse för samverkan gällande palliativ vård i Norrbottens län

## Bilaga 1, Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp palliativ vård

\*Misstanke om palliativa vårdbehov kan föreligga hos patienter med en eller flera livshotande sjukdomar och vid ett eller flera av följande kriterier:

- Successivt försämrat allmäntillstånd trots fortsatt sjukdomsinriktad behandling
- WHO performance status 3-4 (i behov av vila mer än 50% vaken tid)
- Upprepade oplanerade vårdtillfällen på sjukhus utan klinisk förbättring
- Ofrivillig viktnegång
- Otillräcklig symtomlindring
- Påtaglig oro, ångest eller stress hos patienter eller närstående
- Tåta infektionsepisoder som kräver behandling
- Förväntad snabb utveckling av besvärande symtom



## Bilaga 2, 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. Vården ska särskilt beakta barns rättigheter såväl som patient och som närstående.

Tabell 2. Åtgärder i personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Palliativ vård

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
<p><b>(A) Bedömning av hälso- och sjukvårdsbehov</b> Efter multiprofessionell bedömning värderar utsedd patientansvarig läkare (fast vårdkontakt) patientens behov och upprättar behandlingsstrategi enligt följande:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Gör en medicinsk bedömning av aktuell situation och förväntat förlopp, beakta samsjuklighet.</li><li>• Konsultera vid behov annan expertis.</li><li>• Värdera resultat av strukturerad symtomskattning enligt exempelvis IPOS, ESAS, Abbey Pain Scale. Bedöm om patienten gagnas av fortsatt livsuppehållande behandling.</li><li>• Fråga om patientens samtycke till att involvera närstående. Dokumentera patientens inställning och eventuella kontaktuppgifter.</li><li>• Kartlägg patientens relationer med särskild hänsyn till minderåriga barn som närstående.</li></ul> <p>Beakta att livsförlängande behandling kan fortgå samtidigt som palliativa vårdbehov uppmärksammas.</p>	<p>Delta i bedömning och planering, formulera behov.</p> <p>Uppmärksamma och berätta om problem i hemsituationen.</p> <p>Efterfråga stöd/hjälp för att upprätthålla ett självständigt och enligt patienten gott liv</p>
<p><b>(B) Samtal vid allvarlig sjukdom</b> 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. Läkare har ansvar för att patient får erbjudande om samtal vid allvarlig sjukdom och genomför samtal i samverkan med teamet.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Erbjud information om förväntad sjukdomsförlopp utifrån patientens frågor och generell prognos i syfte att öka patientens och närståendes förståelse för patientens tillstånd.</li><li>• Erbjud samtal om behandlingsstrategi vid försämring - inhämta patientens inställning till livsförlängande åtgärder och resonera kring bedömning och beslut.</li><li>• Informera om möjlighet till symtomlindring och bästa möjliga stöd för såväl patient som närstående.</li><li>• Identifiera försäkringsmedicinska frågeställningar och informera om möjlighet till närståendepenning.</li></ul>	<p>Medverka i att formulera vad som är viktigt och vilken hjälp från vården som önskas.</p> <p>Möjliggöra för barn som närstående att medverka vid dessa tillfällen.</p>
<p><b>(C) Beslut: Behov av specialiserad palliativ vård?</b> Identifiera aktuella och förväntade palliativa vårdbehov. Behov av specialiserad palliativ vård finns till exempel vid:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• otillfredsställande symtomlindring trots insatta åtgärder</li><li>• förväntat sjukdomsförlopp med komplexa symtom, alternativt hög sannolikhet för behov av specialistkunskap i hantering av symtom</li><li>• komplex psykosocial situation</li></ul>	<p>Delta och berätta om behov</p>

<ul style="list-style-type: none"><li>• palliativ vård av barn och ungdomar.</li></ul> Föreligger behov av specialiserad palliativ vård? <ul style="list-style-type: none"><li>• Ja, behov av specialiserad palliativ vård föreligger; fortsätt till (E).</li><li>• Nej, samtliga övriga patienter med palliativa vårdbehov vårdas inom allmän palliativ vård; fortsätt till (D).</li></ul>	
<b>(D) Remiss till ansvarig läkare</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Om patientens palliativa vårdbehov identifieras av annan än patientansvarig läkare på primärvårdsenhet, bör ansvarig primärvårdsenhet kontaktas för diskussion kring fortsatt vård och ansvarsfördelning.</li><li>• Om bedömningen sker av ansvarig läkare på primärvårdsenhet kvarstår behandlingsansvaret på primärvårdsenheten.</li><li>• I ett tidigt palliativt sjukdomsförlopp kan det finnas flera enheter som behöver informeras och samordna sina palliativa insatser. Detta med syftet att erbjuda patienten bästa möjliga vård, men även trygghet att veta vart patienten och närstående ska vända sig vid eventuell försämring.</li></ul> Remiss bör innehålla information baserad på åtgärd (A) och (B). Fortsätt till (F).	Medverka till att vara delaktig och informerad
<b>(E) Remiss till specialiserad palliativ vård</b> Konsultera eller utfärda remiss till enhet med kompetens i specialiserad palliativ vård med information baserad på åtgärd (A) och (B).	Medverka till att vara delaktig och informerad
<b>(F) Remissbedömning av patientens aktuella och framtida behov</b> Gör remissbedömning av patientens aktuella och framtida behov baserad på information från resultaten av åtgärd (A) och (B). Remissen kan behöva riktas om ifall felbedömning av behov har skett.	
<b>(G) Ta fram och dokumentera vårdplan</b> Som remissmottagare <ul style="list-style-type: none"><li>• Skapa, dokumentera och vid behov uppdatera en vårdplan och vid behov samordnad individuell vårdplan (SIP)</li><li>• förankra vårdplanen med alla involverade. Samsyn och delaktighet med patienten och/eller närstående bör eftersträvas, vilket kan ske inom ramen för ett patientkontrakt.</li></ul> Utför följande åtgärder och inkludera resultatet i vårdplanen: <ul style="list-style-type: none"><li>• Gör behandlingsstrategi baserad på de så kallade palliativa hörnstenarna och bedömning av insamlad information.</li><li>• Gör bedömning om patienten gagnas av livsförlängande behandling.</li><li>• Gör läkemedelsgenomgång och ta ställning till vilka läkemedel patienten har behov av.</li><li>• Se över behov av multiprofessionellt stöd för patient och närstående, exempelvis paramedicinsk personal. Ta särskild hänsyn till minderåriga barns behov.</li><li>• Identifiera ett multiprofessionellt team runt patienten och hur detta kan nås.</li><li>• Se över behov av SIP, att samordna fortsatt uppföljning med eventuella andra vård- eller omsorgsgivare och informera om närståendepenning.</li><li>• Informera om vad närstående och patient ska uppmärksamma som tecken på försämring och vem som då ska kontaktas.</li></ul>	Delta och berätta om behov, önskemål och prioriteringar



<p><b>(H) Genomför strukturerad uppföljning och behandling</b> Utvärdering bör ske med validerade instrument enligt (A). Utför sedan åtgärder enligt (G).</p>	<p>Medverka och ta del av processen</p>
<p><b>(I) Beslut: Är vårdbehov för patient och stödbehov för närstående tillgodosedda?</b> 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja, vårdbehoven är tillgodosedda; fortsatt till (J).</li> <li>• Nej, vårdbehoven är inte tillgodosedda; återgå till (E) om det bedöms finnas behov av specialiserad palliativ vård.</li> <li>• I annat fall; återgå till (G) för ny analys och vårdplan.</li> </ul>	<p>Medverka och ta del av processen</p>
<p><b>(J) Beslut: Finns fortsatt palliativt vårdbehov?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja; fortsatt till (H). Vid misstanke om begränsad förväntad överlevnad, fortsatt till (K).</li> <li>• Nej; fortsatt till Utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas.</li> </ul>	<p>Vara delaktig och informerad</p>
<p><b>(K) Beslut: Föreligger sjukdomsprogress med begränsad förväntad överlevnad?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja; fortsatt till (L).</li> <li>• Nej; återgå till (H).</li> </ul>	
<p><b>(L) Genomför åtgärder vid brytpunkt till vård i livets slutskede och dokumentera brytpunktssamtal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Läkare genomför brytpunktssamtal med patient och, med patientens medgivande, närstående, om vård i livets slutskede efter läkarbedömning med stöd av det multiprofessionella teamets information. Sjuksköterska eller undersköterska bör om möjligt närvara vid samtalet.</li> <li>• Säkerställ fortsatt personcentrerad palliativ vård i livet slutskede trots sviktande autonomi.</li> <li>• Dokumentera vårdplan med omvårdnadsbehov.</li> <li>• Informera patient och närstående om kontaktvägar dygnet runt.</li> <li>• Ordinera vedertagna palliativa vid behovsläkemedel enligt nationellt vårdprogram samt utifrån aktuella symtom och förväntade behov.</li> <li>• Fortsätt med kontinuerliga bedömningar och åtgärder enligt vårdplanen.</li> <li>• Planera för förväntat dödsfall enligt föreskrifter och lokala rutiner.</li> </ul>	<p>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.</p>
<p><b>(M) Omhändertagande då patienten dör</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• För praktiskt handhavande, agera utifrån föreskrifter och lokala rutiner.</li> <li>• Informera närstående om dödsfallet och besvara eventuella frågor.</li> <li>• Informera om möjlighet till efterlevandesamtal.</li> </ul>	
<p><b>(N) Registrering i Svenska palliativregistret</b> Detta sker enligt verksamhetens rutiner.</p>	
<p><b>(O) Efterlevandestöd</b> Genomför efterlevandesamtal med närstående en tid efter dödsfallet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fråga om och lyssna till närståendes reflektioner och frågor gällande sjukdomstiden och dödsfallet. Vid frågor erbjud eller hänvisa till lämplig kontakt med berörd vårdpersonal.</li> <li>• Fråga om närstående (i stort) kunnat upprätthålla respektive återfå vardagsrutiner efter dödsfallet. Erbjud eller hänvisa till stöd om så inte är fallet.</li> </ul>	<p>Närstående: medverka i efterlevandesamtal och fylla i närståendeenkät</p>

<ul style="list-style-type: none"><li>• Återkoppla närståendes reflektioner till enheten enligt enhetens rutin för förbättringsarbete.</li><li>• Informera närstående om möjlighet att fylla i närståendeenkät från Svenska palliativregistret. Ge tillgång till länk eller pappersformulär.</li><li>• Fortsätt till Utgång: beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas.</li></ul>	
--	--