

Handlingsplan för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp palliativ vård

Giltighetsperiod Från 2023-10-17	Diarienummer HSN 2023/9703 Versionsnummer 1.0	Paula Broström (Samordnare för personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp) Susanne Andersson (Cancersamordnare, ordförande/processledare för LAG)
För verksamhet Hälsa- och sjukvård Dalarna	Godkänt av Hälsa- och sjukvårdsdirektörens ledningsgrupp	I samarbete med LAG Palliativ vård



Innehåll

1	Inledning	3
2	Bakgrund – personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp.....	3
3	Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp palliativ vård	3
4	Prioriteringsprocess	4
5	Införandeprocess av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp i Region Dalarna.....	5
6	Lokal arbetsgrupp (LAG) Palliativ vård.....	6
7	Sammanfattning gapanalys.....	7
8	Förslag på behov och åtgärder	9
9	Resurser för genomförande	11
10	Resultat gapanalys med identifierade gap - Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp palliativ vård	12
10.1	Indikatorer för uppföljning – kan indikatorerna följas?	22
11	Referenser	24

1 Inledning

Handlingsplanen är indelad i tre olika delar:

- Bakgrund kring vårdförloppet och hur regionen arbetar med vårdförlopp, sida 3-5.
- Resultat från gapanalys och rekommendationer med åtgärdsbeskrivning, sida 6-23.
- Referenser med bilagor, sida 24.

2 Bakgrund – personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Nationellt system för kunskapsstyrning leder det övergripande arbetet med att utveckla vårdförloppen. Vårdförloppen utgår från tillförlitlig och aktuell kunskap och evidens. Vårdförloppen tas gemensamt fram av olika professioner samt specialiteter i samverkan med patientrepresentanter.

Vårdförloppen inom olika sjukdomsområden syftar till att skapa ökad jämlikhet, effektivitet och kvalitet i hälso- och sjukvården, samt en mer välorganiserad och helhetsorienterad vårdprocess för patienten. Vårdförloppen omfattar en stor del av vårdkedjan inklusive hur individens hälsa främjas.

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 stärks genom patientkontrakt som tillämpas i vårdförloppen. Det innebär bland annat att patienters, brukares och närståendes behov, resurser och erfarenheter av hälso- och sjukvården ska tas tillvara, beslut om vård ska tas gemensamt och att det ska dokumenteras i journalen vad patienten respektive vad vården tar ansvar för.

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

3 Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp palliativ vård

Vårdförloppet har utvecklats inom ramen för Nationellt programområde (NPO) Äldres hälsa och palliativ vård. Det praktiska arbetet med att ta fram vårdförloppet genomfördes av en nationell arbetsgrupp (NAG) Palliativ vård, utsedd av programområdet. Arbetet stöds av en

överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

Vårdförloppet inleds vid misstanke om palliativa vårdbehov hos patient med progressiv, obotlig sjukdom vilket kan ske samtidigt som patienten får livsförlängande behandling. Vårdförloppet avslutas när patienten avlider och närstående erbjuds efterlevandesamtal eller när behov av palliativ vård upphör.

Det övergripande målet är att öka jämlikhet och kvalitet genom att öka kunskapen om att i rätt tid och med rätt kompetens, identifiera patienter med palliativa vårdbehov. Syftet är även att patienter och närstående ska erbjudas samtal vid allvarlig sjukdom gällande önskemål, prioriteringar, information om förväntat sjukdomsförlopp och behandlingsintention. Berörda patienter ska erbjudas regelbunden evidensbaserad symtomskattning och vid behov tillgång till specialiserad palliativ vård.

4 Prioriteringsprocess

Införande av det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet palliativ vård

I Sverige dör ca 90 000 personer varje år och av dem är ca 80 procent så kallade förväntade dödsfall till följd av en eller flera kroniska sjukdomar. Hos samtliga individer med ett långsamt döende finns palliativa vårdbehov och majoriteten kan få sina behov tillgodosedda inom den allmänna palliativa vården på sjukhus och i regional och kommunal primärvård. Uppskattningsvis är ca 22 000 av de förväntade dödsfallen mer komplicerade och kräver tillgång till specialiserad palliativ vård för att nå god symtomlindring och livskvalitet.

Långvarig kronisk sjukdom och stora vårdbehov ökar med stigande ålder. Antalet personer 80 år och äldre beräknas öka med 50 procent till år 2028, vilket kommer att utmana samhället och sjukvården. Vårdförloppet beskriver betydelsen av tidig identifiering av palliativa vårdbehov och därmed möjlighet att tillämpa ett palliativt förhållningssätt tidigt i vården av en patient med livshotande sjukdom. Idag uppmärksammas palliativa vårdbehov ofta alltför sent vilket innebär risk för ett ökat lidande för patienten. Patienter som berörs av vårdförloppet finns inom i princip alla vårdformer. Den regionala och kommunala primärvården har ett stort uppdrag med omhändertagandet av kroniskt multisjuka patienter i hemmet och på vård- och omsorgsboenden. Det krävs utbildning, kompetens och resurser för att vårdförloppet ska kunna implementeras. Vårdförloppet inkluderar samtliga åldrar, således även barn. Barn med palliativa behov är en mindre grupp, men har oftast komplexa vårdbehov där både barn och närstående behöver stöd.

Enligt Svenska palliativregistret hade enbart 66 procent av inrapporterade avlidna personer inom den allmänna palliativa vården i

Dalarna år 2021 fått ett så kallat brytpunktssamtal till vård i livets slutskede. Vidare smärtskattades 42 procent av patienterna i allmän palliativ vård under sin sista levnadsvecka och 65 procent erbjöds efterlevandesamtal. Siffrorna är exempel på Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för vård i livets slutskede med målnivåer på 98-100 procent. Även om täckningsgraden är låg visar registerdata att det idag finns brister inom den palliativa vården samt tydliga kvalitetsskillnader mellan olika diagnoser, vårdformer och orter.

Kontinuerlig fortbildning av all personal som arbetar med svårt 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. Den specialiserade palliativa vården bör omfatta konsultstöd samt ges i uppdrag att ansvara för viss fortbildning av övrig vård. Utveckling av den specialiserade palliativa vården innebär ökade kostnader både på kort och lång sikt.

Utformning av arbetssätt som möter patientens behov av samtal, uppföljning, personcentrering och planering för vidare vård måste utformas inom sjukhusvård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård. Det innebär ökade kostnader både på kort och lång sikt men vid fungerande palliativ vård är det rimligt att vårdåtgärder som inte är värdeskapande för patienten kan undvikas. Behovet av oplanerad slutenvård och upprepade besök på akutmottagningar förväntas minska, och patientens vård kan ges på en mer optimal vårdnivå.

5 Införandeprocess av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp i Region Dalarna

Hälso och sjukvårdsnämnden beslutade under 2022 att införandet av de nationellt framtagna personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen ska implementeras enligt den processbeskrivning som är framtagen av Beredningsgruppen för kunskapsstyrning (KSG-B), (HSN 2022/3111).

Införandet av vårdförloppen startar med bildandet av lokala arbetsgrupper (LAG) som genomför gapanalys, där skillnader mellan de nationella framtagna vårdförloppen och det rådande kliniska arbetssättet klargörs. Nästa steg är att samordnare för vårdförloppen tillsammans med ordförande i LAG upprättar handlingsplan baserad på gapanalysen. Syftet med gapanalys är att identifiera skillnader (gap) i vårdförloppets olika faser i jämförelse med nuvarande arbetssätt inom regionen och ge förslag till förändringar och insatser som kan ligga till grund för ledningens prioriteringar och beslut, vad som ska implementeras och vad som ska avvecklas eller förändras, samt besluta om aktivitets- och tidplaner samt resurser.

Gapanalysen har genomförts med hjälp av en färdigställd analysmall, där varje åtgärd i vårdförloppet har granskats om verksamheternas

nuvarande arbetssätt är samstämmigt eller om det finns ett identifierat gap mot vårdförloppet. Vid ett identifierat gap, har gapet bedömts som **delvis gap** eller **helt gap**. Vid varje fas där ett gap har identifierats, har arbetsgruppen gett förslag på vad som kan förändras eller utvecklas (kompetens, färdigheter, utrustning, samordning, rutiner, teknik etc.) och vad som kan avvecklas eller bytas ut.

6 Lokal arbetsgrupp (LAG) Palliativ vård

På uppdrag av LPO Äldres hälsa och palliativ vård har gapanalysen genomförts under vår och höst 2022 i en lokal utsedd arbetsgrupp, LAG Palliativ vård. För att säkerställa representation enligt uppdragsbeskrivningen (se bilaga) har personer från olika verksamheter adjungerats till arbetsgruppen utifrån olika frågeställningar.

Tabell 1. Lokala arbetsgruppens deltagare: LAG Palliativ vård

Namn	Yrkestitel	Verksamhet	Ort/kommun	Övrig roll i arbetsgruppen
Marit Andersson	Sjuksköterska	Hemsjukvården	Sätters kommun	
Susanne Andersson	Cancersamordnare	Avdelning för Kunskapsstyrning	Falun	Processledare, ordförande
Paula Broström	Samordnare för personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp	Avdelning för Kunskapsstyrning	Falun	Samordnare, sekreterare
Karl-Erik Dahlström	1:a linjens chef	Ludvika-Grängesbergs vårdcentral	Ludvika	Adjungerad
Karl-Henrik Eriksson	1:a linjens chef	Specialiserad palliativ vård	Ludvika	Ordförande Palliativa rådet
Anna Hedman	Sjuksköterska	Infektionskliniken, Falu lasarett	Falun	
Daniel Hindemo	Distriktsläkare	Mora vårdcentral	Mora	Ordförande LPO Primärvård
Ulrika Johansson	1:a linjens chef	Akut Stroke Geriatrik och rehabilitering, Avesta lasarett	Avesta	
Diana Lind	Specialistsjuksköterska palliativ vård	Specialiserad palliativ vård	Leksand-Rättvik	Adjungerad, deltar i arbetsströmmen Äldres hälsa i F-VIS
Sara Lundgren	Överläkare	Specialiserad palliativ vård	Mora-Orsa	
Sinikka Mattola	Överläkare	Specialiserad palliativ vård	Ludvika	
Andreas Odind	Överläkare	Barn- och Ungdomsmedicinsk a kliniken Falu lasarett	Falun	Adjungerad
Anna Olsén Nyberg	Specialistsjuksköterska palliativ vård	Specialiserad palliativ vård	Ludvika	Kontaktperson/ rapportör till LPO Äldres hälsa och palliativ vård
Kerstin Sandgren	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)		Mora kommun	
Pia Sjödin	Biståndsbedömare		Ludvika kommun	

Gunnars Svärd	Distriktsläkare	Kvarnsvedens vårdcentral	Borlänge	
Maria Särnblad	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)		Älvdalens kommun	Representant i NAG palliativ vård
Katarzyna Tarantino	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)		Hedemora kommun	
Sofia Wikström	Kontaktsjuksköterska	Onkologmottagning en Falu lasarett	Falun	
Ingrid Wählstrand	Arbetsterapeut	Geriatrisk och Rehabiliteringsmedicin Borlänge Falun Säter	Borlänge	

7 Sammanfattning gapanalys

Vårdförloppsprocessen

Gapanalysens resultat visar på liten samstämmighet mellan det personcentrerade vårdförloppet och nuvarande arbetssätt inom primärvård, kommunal vård och slutenvård. Inom specialiserad palliativ vård överensstämmer arbetssätten nästan helt med de åtgärder som beskrivs i vårdförloppet. De gap som beskrivs återfinns således till största delen inom den allmänna palliativa vården, på sjukhus och i regional och kommunal primärvård. Den allmänna palliativa vårdens kvalitet är otillräcklig, Socialstyrelsens målnivåer för kvalitetsindikatorer uppnås inte idag.

För att vårdförloppet ska kunna implementeras krävs ökad tillgång till läkare med ansvar för hemsjukvård och kommunala boenden. Det är avgörande för att i tid kunna bedöma och behandla tillstånd hos patienter med palliativa vårdbehov för att undvika sjukhusvård. Gapanalysen visar stort behov av kompetenshöjande insatser inom all vård och omsorg. Innebörden av palliativ vård tolkas idag olika och det finns en okunskap om att palliativ vård inte enbart är palliativ vård i livets slutskede. Primärvården poängterar behov av gränsöverskridande utbildning för förbättrad samsyn av den palliativa vårdens syfte och innehåll.

Vårdförloppets ingång sker vid misstanke om palliativa vårdbehov hos patient med livshotande sjukdom, vilket medför behov av tilläggs-kriterier för att identifiera vilka patienter som ska inkluderas för prioritering av resurser. I vårdförloppet (kapitel 1.4) finns exempel på bedömningsinstrument och kriterier att använda som stöd för att identifiera palliativa vårdbehov.

Det finns behov av ett tydligt och tillgängligt palliativt konsultstöd för patienter i behov av tillfälligt stöd eller insats samt tidig integrering av palliativ vård vid obotbar sjukdom. Implementering av en vårdplan för palliativ vård som följer patienten mellan olika vårdgivare, är avgörande för strukturerad uppföljning och bedömning. Detta behöver beaktas vid införande av nytt vårdinformationssystem. En förutsättning är även förbättrade rutiner för samverkan och aktiva överlämningar för patienter med palliativa vårdbehov. Palliativ vård av barn kräver en

egen utredning då det trots gruppens litenhet är en utmaning på grund av komplexa vårdbehov och länets geografiska storlek. Palliativ vård av barn inkluderar även vård av kroniskt sjuka barn med livshotande sjukdom.

Uppföljning av vårdförloppet

Idag kan flera av indikatorerna för vårdförloppet inte följas upp, de flesta indikatorer för patienter i tidig palliativ sjukdomsfas saknar nationell datakälla. Det förutsätter att den möjliga källan är regionens vårdinformationssystem vilket kräver centrala åtgärder för att anpassa och integrera uppföljningsvariabler direkt i vårdinformationssystemet, något som måste hanteras inom regionens system för IT och BILD. Kvalitetsindikatorer för palliativ vård i livets slutskede hämtas från det nationella kvalitetsregistret Svenska palliativregistret. För att uppföljningsdata ska bli tillförlitlig krävs ökad täckningsgrad. År 2021 var täckningsgraden 55 % av samtliga dödsfall i Dalarna. Regionens täckningsgrad för registrering i palliativregistret skulle öka om det infördes automatisk överföring från vårdinformationssystemet samt centralt beslut om registrering i kvalitetsregistret. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) behöver även fortsätta utföra utvecklingsarbeten, så uppföljningsdata kan samlas in, analyseras och återkopplas.

8 Förslag på behov och åtgärder

Gapanalysens resultat ligger i linje med förbättringsförslag enligt *Utredning av den palliativa vården i Region Dalarna (RD20/06046)* för att stärka samverkan mellan regionen och länets kommuner. Utifrån gapanalysens resultat har LAG Palliativ vård tagit fram förslag på behov och åtgärder och rekommenderar Region Dalarna att:

- inom befintlig ekonomisk ram säkerställa tillgång till läkare med ansvar för hemsjukvård och kommunala boenden samt möjlighet till akuta bedömningar.
- uppdatera tydligt avtal för vård i hemmet i samverkan mellan region och kommuner. Arbete påbörjat inom länschefs nätverket, inom RSS Dalarna.
- erbjuda basutbildning i palliativ vård till medarbetare inom regionen och kommuner. En ny avgiftsfri webbutbildning har lanserats i allmän palliativ vård som baseras på nationella riktlinjer, Socialstyrelsens kunskapsstöd, nationellt vårdprogram palliativ vård samt det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet för palliativ vård (se referens; Grundutbildning i palliativ vård, Betaniastiftelsen)
- upprätta och tydliggöra konsultuppdrag för palliativ vård i enlighet med *Handlingsplan för konsultationsuppdrag Specialiserad palliativ vård Dalarna (HSN 2022/1744)* innehållande:
 - palliativt konsultstöd till primärvård, slutenvård och kommunal vård vilket ger tillgång till specialiserad palliativ kompetens genom tillfälligt stöd eller insats. Arbete pågår med införande av palliativa ronder på sjukhusens vårdavdelningar. Arbete är i uppstart för informationspridning om konsultuppdrag och förbättrad samverkan med vårdcentraler och kommunal vård.
 - utbildningsinsatser för kompetenshöjning kring palliativ vård och strukturerat arbetssätt baserat på Nationellt vårdprogram palliativ vård och Nationell vårdplan palliativ vård (NVP). Arbete pågår genom utbildningstillfällen i palliativ vård för AT- och ST-läkare. Arbete är påbörjat med erbjudande om utbildningsinsatser till olika professioner inom slutenvård, primärvård och kommunal vård.
- öka kunskapen om den palliativa vårdens syfte och innehåll genom att förtydliga kriterier gällande vilka patienter som ska inkluderas i vårdförloppet. Arbete inom ramen för konsultuppdrag för palliativ vård utifrån förslag i vårdförloppet kapitel 1.4.
- implementera Nationell vårdplan för palliativ vård (NVP) som följer patienten mellan olika vårdgivare samt integrering i nytt vårdinformationssystem (se referens; Nationell vårdplan palliativ vård, NVP). I arbetet inför byte av vårdinformationssystem har SUSSA-projektet, arbetsströmmen för Äldres hälsa och palliativ

vård tagit fram förslag på journalmallar för NVP. I journalmallen "Efter dödsfallet" (NVP del 3) har sökord som efterfrågas av palliativregistret inkluderats i väntan på direktöverföring till kvalitetsregistret.

- säkerställa rutiner för SIP, fast vårdkontakt, multiprofessionellt teamarbete och aktiva överlämningar av patienter med palliativa vårdbehov mellan olika vårdgivare i region och kommuner inom ramen för God och nära vård.
 - arbeta för att kvalitetsindikatorer för palliativ vård i tidig sjukdomsfas kan följas upp genom anpassning och integrering av uppföljningsdata direkt i vårdinformationssystemet.
 - öka täckningsgraden i Svenska palliativregistret för tillförlitlig uppföljningsdata gällande palliativ vård i livets slutskede.
 - uppdatera uppdragsbeskrivning till palliativa rådet i Dalarna innehållande uppföljning av implementering av vårdförloppet och återrapportering till LPO Äldres hälsa och palliativ vård. Kan baseras på tidigare rekommenderad uppdragsbeskrivning från RCC Mellansverige (se referens; Rekommenderad uppdragsbeskrivning för palliativa råd i Sjukvårdsregion Mellansverige).
 - Barn- och ungdomsmedicin Dalarna kan äska medel inom RCC Mellansveriges pågående sjukvårdsregionala barncancersatsning som gör en särskild satsning på palliativ vård av barn. Medel kan exempelvis användas för att tillsätta projektledare i syfte att inom regionen kartlägga den palliativa vården av barn samt arbete med implementering av det nationella vårdprogrammet för palliativ vård av barn (se referens; Barncancersatsningen - Palliativ vård av barn RCC, Mellansverige).
-

9 Resurser för genomförande

Tabell 2. Översikt, resurser för genomförande

Resurser	Beskrivning	Ansvarig	Kostnader	Tidsplan
Rutiner/ processer/ avtal	<ul style="list-style-type: none"> Förändringar av rutiner för mer strukturerade arbetssätt. Förbättrade samverkansprocesser, exempelvis aktiva överlämningar, fast vårdkontakt och multiprofessionellt teamarbete. 	<p>Verksamhetschefer</p> <p>God och nära vård</p>	Internt utvecklingsarbete, arbetstid.	
	<ul style="list-style-type: none"> Uppdatera avtal för vård i hemmet i samverkan mellan kommun och region. 	Länschefsnätverket, RSS Dalarna		Arbete med revidering pågår.
	<ul style="list-style-type: none"> Förtydliga kriterier gällande vilka patienter som ska inkluderas i vårdförloppet (utifrån förslag i vårdförloppet kapitel 1.4). 	Specialiserad palliativ vård (inom konsultuppdraget)	Internt utvecklingsarbete, arbetstid.	
	<ul style="list-style-type: none"> Implementera Nationell vårdplan för palliativ vård (NVP) som följer patienten mellan olika vårdgivare samt integrering i nytt vårdinformationssystem. 	SUSSA/ verksamhetschefer	Arbete inom SUSSA samt avsatt arbetstid för implementering.	Arbete påbörjat inom SUSSA.
Kompetens/ personal	<ul style="list-style-type: none"> Grundläggande webbutbildning i palliativ vård till medarbetare i Region och kommuner. Upprätta rutin gällande kartläggning/uppföljning av medarbetare som genomgått utbildning. 	Verksamhetschefer	Avgiftsfri utbildning. Internt utvecklingsarbete, arbetstid.	
	<ul style="list-style-type: none"> Projektsansökan för att åska medel inom RCC:s pågående barncancersatsning i syfte att inom regionen kartlägga den palliativa vården av barn samt implementering av det nationella vårdprogrammet för palliativ vård av barn. 	Barn- och ungdomsmedicin Dalarna	Åska medel (upp till 1 000 000 kronor) i projektsansökan inom barncancersatsningen.	Projektansökan till RCC Mellansverige senast 31 oktober 2023.
	<ul style="list-style-type: none"> Säkerställa tillgång till läkare med ansvar för hemsjukvård och kommunala boenden samt möjlighet till akuta bedömningar. 	HS-LG HSN	Inom befintlig ekonomisk ram.	
	<ul style="list-style-type: none"> Upprätta konsultuppdrag för palliativ vård i enlighet med Handlingsplan för konsultationsuppdrag Specialiserad palliativ vård Dalarna (HSN 2022/1744) innehållande palliativt konsultstöd till övrig vård samt utbildningsinsatser. 	Specialiserad palliativ vård	Uppstart sker inom befintlig ekonomisk ram.	Arbete pågår.
Mätmetoder/ uppföljning	<ul style="list-style-type: none"> Stöd och teknisk utveckling av rapportering av uppföljningsdata från bland annat BILD och IT; Uppföljning av kvalitetsindikatorer direkt i vårdinformationssystemet. Ingen ny utveckling sker i dagsläget av TakeCare, regionen inväntar byte till nytt journalsystem år 2024. Öka täckningsgraden i Svenska palliativregistret. 		Inom befintlig ekonomisk ram.	Arbete pågår i SUSSA för förenklad manuell registrering i palliativregistret.
	<ul style="list-style-type: none"> Uppdatera uppdragsbeskrivning till palliativa rådet i Dalarna innehållande uppföljning av implementering av vårdförloppet. Kan utgå från tidigare rekommenderad uppdragsbeskrivning från RCC Mellansverige. 	LPO Äldres hälsa och palliativ vård	Internt utvecklingsarbete, arbetstid.	

10 Resultat gapanalys med identifierade gap - Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp palliativ vård

Tabell 3. Översikt över gapanalysens resultat där gap har identifierats: **delvis gap** eller **helt gap**.

Vårdförlopp palliativ vård	Identifierat gap	Bedömning av gap, åtgärder, ansvariga och resurser
Fas A Bedömning av hälso- och sjukvårdsbehov Efter multiprofessionell bedömning värderar utsedd patientansvarig läkare (fast vårdkontakt) patientens behov och upprättar behandlingsstrategi enligt följande:	Delvis gap	
Gör en medicinsk bedömning av aktuell situation och förväntat förlopp, beakta samsjuklighet.	Gap:	<ul style="list-style-type: none"> • Brist på läkare i primärvården. • Olika förutsättningar gällande läkartillgång och möjlighet till fast ansvarig läkare i kommunerna för hemsjukvård och kommunala boenden. • Inom specialistvården finns gap främst gällande patienter i tidig palliativ fas, vården inriktas på orsaken till vårdtillfället. • Generellt en stor kunskapsbrist kring palliativ förhållningssätt.
	Åtgärd:	<ul style="list-style-type: none"> • För primärvård och kommunal vård krävs rutiner och resurser för att i tid kunna bedöma och behandla tillstånd hos patienter med palliativa vårdbehov innan de kräver sjukhusvård. • Fler och fasta läkare med ansvar för hemsjukvård och kommunala boenden. • Mobilt team vid behov av akuta bedömningar. • Uppdaterat tydligt avtal för vård i hemmet i samverkan mellan kommun och region • Ökad kompetens kring palliativ vård inklusive tidig och sen fas. • Förtydligande gällande vilka patienter som ska inkluderas i vårdförloppet utifrån kriterier i kapitel 1.4. • Förbättringsförslag enligt utredning av den palliativa vården i Region Dalarna RD20/06046.
	Ansvar:	<ul style="list-style-type: none"> • Beslut på central nivå i regionen. • Samverkan mellan region och kommuner inom God och nära vård.
	Resurs:	<ul style="list-style-type: none"> • Primärvården behöver centrala beslut för ökade resurser. • Resursbesparing på sikt då patienter kan undvika inläggning på sjukhus. • Kostnader för utbildning
Konsultera vid behov annan expertis.	Gap:	<ul style="list-style-type: none"> • Konsultation av palliativ kompetens sker sällan från slutenvård och primärvård, borde vara lika självklart som annan konsultation som ex infektion el ortopedi.
	Åtgärd:	<ul style="list-style-type: none"> • Tydligt och tillgängligt konsultstöd från specialiserad palliativ vård.
	Ansvar:	<ul style="list-style-type: none"> • Beslut på central nivå i regionen.
	Resurs:	
Värdera resultat av strukturerad symtomskattning. Bedöm om patienten gagnar av fortsatt livsuppehållande behandling.	Gap:	<ul style="list-style-type: none"> • Enligt palliativregistret smärtskattades 42 % och 27 % symtomskattades sista veckan i livet i allmän palliativ vård i Dalarna år 2021. Symtomskattning i livets slutskede utförs strukturerat på de enheter som använder NVP (Nationell vårdplan palliativ vård). • Helhetsbedömning av om behandling/åtgärd gagnar patienten kan förbättras.

		<ul style="list-style-type: none"> • Ställningstagande till palliativ vård i sent skede medför onödigt lidande. • Ställningstagande till vårbegränsningar kan förtydligas mer i patientens journal utifrån förväntad försämring av grundsjukdom med fokus på aktuellt vårdinnehåll istället för vad som inte ska göras (ex.O-HLR, O-IVA).
	Åtgärd:	<ul style="list-style-type: none"> • Generellt ökad kompetens kring palliativa behov och symtomlindring • Säkerställa rutiner för strukturerad symtomskattning (ex. NVP). • Fler och fasta läkare med ansvar för hemsjukvård och kommunala boenden. • Tydligt och tillgängligt palliativt konsultstöd för stöd vid bedömning av vilka åtgärder som är till nytta för patienten.
	Ansvar:	<ul style="list-style-type: none"> • Beslut på central nivå i regionen. • Gemensamt ansvar för ledning inom kommun och region för att höja reell och formell kompetens.
	Resurs:	Stöd gällande kompetensutveckling från Specialiserad palliativ vård med utökat konsultuppdrag.
Kartlägg patientens relationer med särskild hänsyn till minderåriga barn som närstående	Gap:	<ul style="list-style-type: none"> • Utförs på vissa enheter men kan förbättras.
	Åtgärd:	<ul style="list-style-type: none"> • Implementering av rutin gällande barn som närstående och strukturerat arbetssätt • Kompetenshöjande insatser.
	Ansvar:	<ul style="list-style-type: none"> • Verksamhetschef.
	Resurs:	<ul style="list-style-type: none"> • Kostnader för utbildning, avsatt tid för implementering av rutin.
Beakta att livsförlängande behandling kan fortgå samtidigt som palliativa vårdbehov uppmärksammas.	Gap:	<ul style="list-style-type: none"> • Finns en okunskap kring palliativ vård, tolkas ofta som vård i livets slut. • Inom kommunal vård kan kompetens, tid och resurser saknas för att utföra medicinska insatser (tex blodtransfusion, iv antibiotika) vilket kan leda till sjukhusinläggning. • Finns bristande helhetsbedömning av läkare i både primärvård och specialistvård. • Vid överlämning till annan vårdgivare behövs förbättringar gällande vårdplan med tydliga behandlingsstrategier.
	Åtgärd:	<ul style="list-style-type: none"> • Ökad kompetens genom implementering av Nationellt vårdprogram palliativ vård för tidig integrering av palliativt förhållningssätt vid obotbar sjukdom. • Tydligt och tillgängligt palliativt konsultstöd för stöd vid bedömning av vilka åtgärder som är till nytta för patienten. • Säkerställa rutiner för aktiva överlämningar av patienter med palliativa vårdbehov mellan olika vårdgivare inom region och kommun.
	Ansvar:	<ul style="list-style-type: none"> • Beslut på central nivå i regionen. • Samverkan mellan region och kommuner inom God och nära vård.
	Resurs:	<ul style="list-style-type: none"> • Kostnader för kompetenshöjande insatser och avsatt tid för implementering.

Vårdförlopp palliativ vård	Identifierat gap	Bedömning av gap, åtgärder, ansvariga och resurser
Fas B	Delvis gap	
Samtal vid allvarlig sjukdom Läkare har ansvar för att patient får erbjudande om samtal vid allvarlig sjukdom och genomför samtal i samverkan med teamet.		
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 förväntat sjukdomsförlopp utifrån patientens frågor och generell prognos. • Erbjud samtal om behandlingsstrategi vid försämring. • Informera om möjlighet till symtomlindring och stöd för patient som närstående. • Identifiera försäkringsmedicinska frågeställningar och informera om närståendepenning.	Gap:	<ul style="list-style-type: none"> • Bristande läkartillgänglighet i primärvård. • Generell okunskap om palliativ vård, förknippas ofta med vård i livets slut både för patient och vårdgivare. • Erbjudande av samtal kan förbättras i tidig palliativ fas.
	Åtgärd:	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetenshöjning kring palliativ förhållningssätt. • Utbildning och träning i svåra samtal. • Tydliga rutiner för samtal och struktur för dokumentation som är tillgänglig för alla involverade vårdgivare att ta del av. • Implementering av Nationell vårdplan för palliativ vård (NVP) (NVP del 1 vid inflyttning på säbo/ inskrivning i hemsjukvård). • Fler och fasta läkare med ansvar för hemsjukvård och kommunala boenden.
	Ansvar:	<ul style="list-style-type: none"> • Beslut på central nivå i regionen. • Samverkan mellan region och kommuner inom God och nära vård.
	Resurs:	<ul style="list-style-type: none"> • Primärvården behöver utökade resurser. • Kostnader för kompetenshöjande insatser. • Avsatt tid för framtagande av rutiner och implementering. • NVP tillgängligt i nytt journalsystem.

Vårdförlopp palliativ vård	Identifierat gap	Bedömning av gap, åtgärder, ansvariga och resurser
Fas C	Delvis gap	
Behov av specialiserad palliativ vård?		
Identifiera aktuella och förväntade palliativa vårdbehov. Behov av specialiserad palliativ vård finns till exempel vid: • otillfredsställande symtomlindring • förväntat sjukdomsförlopp med komplexa symtom med sannolikt behov av specialistkunskap • komplex psykosocial situation.	Gap:	<ul style="list-style-type: none"> • Palliativa vårdbehov identifieras inte fullt ut, framförallt inte i tidig palliativ fas. Idag främst cancerpatienter som får specialiserad palliativ vård. • Förbättrad symtomlindring skulle kunna ske genom konsultstöd av specialist men saknas kunskap/rutiner för konsultation. Fungerar på vissa enheter med bra rutiner och personliga kontakter. • Endast åtta platser på palliativ vårdavdelning, patienter med palliativa vårdbehov vårdas inom alla vårdformer. • Upplevda skillnader i länet gällande vilka patienter som ansluts till specialiserad palliativ vård samt i vilket skede av sjukdomen.
	Åtgärd:	<ul style="list-style-type: none"> • Tydligare inskrivningskriterier för specialiserad palliativ vård. • Tydligt konsultuppdrag för specialiserad palliativ vård för ökad tillgänglighet och synlighet. Ger tillgång till specialiserad palliativ kompetens genom tillfälligt stöd eller insats. • Palliativ mottagning för cancerpatienter i tidig palliativ fas med förväntad snabb utveckling av symtom (om dessa patienter ej kan handhas i primärvården med palliativ konsultstöd). • Ökad kompetens kring palliativ vård.
	Ansvar:	<ul style="list-style-type: none"> • Beslut på central nivå i regionen. • Kliniken för specialiserad palliativ vård.

	Resurs:	• Kostnader för kompetenshöjande insatser.
Palliativ vård av barn och ungdomar	Gap:	• Omhändertagande av gruppen barn med palliativa behov och deras familjer är komplex och kräver mycket av vårdande personal, både ur ett medicinskt perspektiv och psykologiskt perspektiv. Gruppens litenhet, länets geografiska storlek och utbredning gör att detta är sällanhändelser, vilket gör utmaningen än större. Det finns behov att göra en strukturerad genomgång av nuvarande kliniskt arbetssätt kontra det nationella vårdprogrammet. Och därefter analysera och staka ut en riktning mot framtida arbetssätt och struktur i regionen.
	Åtgärd:	• Palliativ vård av barn bör lyftas genom en egen utredning/gapanalys gällande palliativ vård av barn med livshotande sjukdom eller tillstånd. • Formalisering av de muntliga överenskommelser som finns inom regionen som ska omfatta alla barn i regionen oavsett grunddiagnos.
	Ansvar:	• Barnkliniken.
	Resurs:	• I samverkan med RCC:s satsning på palliativ vård av barn och överenskommelsen "jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2022". Varje region ges möjlighet att äska medel för delprojekt för utveckling av den palliativa vården för barn i syfte att implementera det nationella vårdprogrammet för palliativ vård av barn (se bilaga).

Vårdförlopp palliativ vård	Identifierat gap	Bedömning av gap, åtgärder, ansvariga och resurser
Fas D Remiss till ansvarig läkare	Delvis gap Helt gap	
Om patientens palliativa vårdbehov identifieras av annan än patientansvarig läkare på primärvårdsenhet, bör ansvarig primärvårdsenhet kontaktas för diskussion kring fortsatt vård och ansvarsfördelning.	Gap:	• Bristande/olika rutiner om remisser/vårdbegäran från specialistvård skickas till vårdcentral eller kommunal vård. Om vårdbegäran skickas direkt till hemsjukvården kan det vara otydligt vem som ansvarar för patienten. • Olika tolkning av hemsjukvårdsavtal / tröskelprincipen gällande inskrivningskriterier i hemsjukvård.
	Åtgärd:	• Uppdaterat tydligt avtal för vård i hemmet i samverkan mellan kommun och region • Anslutning till hemsjukvård bör bedömas utifrån en individuell bedömning av var patientens bäst får sin vård tillgodosedd. • Säkerställa rutiner för aktiva överlämningar av patienter med palliativa vårdbehov mellan olika vårdgivare inom region och kommun. • En samordnande mottagare av remiss på palliativ patient i primärvården. (Liknande rutin som för remissen Aktiv överlämning cancer).
	Ansvar:	• Central nivå i regionen. • Samverkan mellan region och kommuner inom God och nära vård.
	Resurs:	• I linje med och inom ramen för omställningen till en god och nära vård.
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	Gap:	• Det finns en otydlighet för patient och närstående vem som är ansvarig och vart de ska vända sig. Överlämning från specialistvård till primärvård kan förbättras.
	Åtgärd:	• Säkerställa rutiner för aktiva överlämningar, muntliga och skriftliga, även vid delat vårdansvar. • Implementering av övergripande vårdplan/patientkontrakt.

närstående ska vända sig vid eventuell försämring.	Ansvar:	<ul style="list-style-type: none"> Central nivå i regionen. Samverkan mellan region och kommuner inom God och nära vård.
	Resurs:	<ul style="list-style-type: none"> I linje med och inom ramen för omställningen till en god och nära vård. Stöd för vårdplan/patientkontrakt i nytt journalsystem.

Vårdförlopp palliativ vård	Identifierat gap	Bedömning av gap, åtgärder, ansvariga och resurser
Fas E	Delvis gap	
Remiss till ansvarig specialiserad palliativ vård		
Konsultera eller utfärda remiss till enhet med kompetens i specialiserad palliativ vård med information baserad på åtgärd (A) och (B).	Gap:	<ul style="list-style-type: none"> Brister gällande tillgång till/rutiner för konsultation samt tydliga kriterier för inskrivning i specialiserad palliativ vård.
	Åtgärd:	<ul style="list-style-type: none"> Tydligare riktlinjer gällande kriterier både för konsultation samt inskrivning i specialiserad palliativ vård. Tydligare konsultuppdrag för specialiserad palliativ vård medför tillgång till specialiserad palliativ vård genom tillfälligt stöd eller insats.
	Ansvar:	<ul style="list-style-type: none"> Central nivå i regionen.
	Resurs:	

Vårdförlopp palliativ vård	Identifierat gap	Bedömning av gap, åtgärder, ansvariga och resurser
Fas G	Delvis gap	
Ta fram och dokumentera vårdplan Utför följande åtgärder och inkludera resultatet i vårdplanen:		
Skapa och dokumentera och vid behov uppdatera en vårdplan och vid behov samordnad individuell vårdplan (SIP).	Gap:	<ul style="list-style-type: none"> Brist gällande palliativa vårdplaner i samtliga verksamheter som är tydliga oavsett vårdgivare. NVP-användare har vårdplan för vård i livets slutskede men saknas ofta i tidig fas. Rutiner för SIP kan förbättras. Bristande information, överlämning och dokumentation mellan vårdgivare.
	Åtgärd:	<ul style="list-style-type: none"> Säkerställa övergripande vårdplan/patientkontrakt som inkluderar flera vårdgivare i nytt journalsystem. Implementering av NVP (alla delar samt tillgängligt i nytt journalsystem). Säkerställa rutiner för SIP samt för dokumentation och överföring av information.
	Ansvar:	<ul style="list-style-type: none"> Inom arbetsströmmen äldres hälsa i F-VIS.
	Resurs:	<ul style="list-style-type: none"> Kostnader och avsatt tid i samband med implementering.
Förankra vårdplanen med alla involverade. Samsyn och delaktighet med patienten och/eller närstående bör eftersträvas, vilket kan ske inom ramen för ett patientkontrakt.	Gap:	<ul style="list-style-type: none"> Patientkontrakt är ej implementerat. Önskvärt vore ett patientkontrakt i det nya journalsystemet där alla sjukdomar/vårdförlopp sammanstrålar. Saknas förankring av vårdplan när patienter flyttar mellan olika vårdenheter.
	Åtgärd:	<ul style="list-style-type: none"> Avgörande är en vårdplan i journalen som alla vårdgivare kan se oavsett huvudman, viktigt vid palliativ vård så inte

		<p>överbehandling ges vid inskrivning på sjukhus.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementering av patientkontrakt / NVP. • Säkerställa rutiner för aktiva överlämningar av patienter med palliativa vårdbehov mellan olika vårdgivare inom region och kommun.
	Ansvar:	• Inom ramen för God och Nära vård.
	Resurs:	• Kostnader och avsatt tid i samband med implementering.
<p>Utför följande åtgärder och inkludera resultatet i vårdplanen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsstrategi baserad på de palliativa hörnstenarna. • Ställningstagande till livsförlängande behandling. • Läkemedelsgenomgång - vilka läkemedel patienten har behov av. • Se över behov av multiprofessionellt stöd för patient och närstående, särskild hänsyn till barns behov. • Identifiera ett multiprofessionellt team runt patienten och hur detta kan nås. • Se över behov av SIP, samordna uppföljning med andra vårdgivare, informera om närståendepenning. • Informera patient och närstående om vad som kan vara tecken på försämring och vem som då ska kontaktas. 	Gap:	<ul style="list-style-type: none"> • Saknas rutiner och utförs ej strukturerat på enheter som ej använder NVP. NVP används idag vid vård i livets slutskede men gap finns tidigare i sjukdomsförloppet. • Saknas tillgång till multiprofessionellt team för patienter i kommunal vård. • Generell bristande kompetens i palliativ vård.
	Åtgärd:	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetenshöjande insatser. • Strukturerat arbetssätt ex genom NVP. • Rutin för aktiva överlämningar mellan vårdgivare och gemensam personcentrerad vårdplan för palliativ vård (patientkontrakt). • Gränsöverskridande multiprofessionellt teamarbete även inom allmän palliativ vård. • Säkerställa rutiner för att utvärdera och ompröva läkemedelsbehandling.
	Ansvar:	• Beslut på central nivå i regionen.
	Resurs:	<ul style="list-style-type: none"> • Primärvården behöver utökade läkarresurser. • Kostnader för kompetenshöjande insatser. • Avsatt tid för framtagande av rutiner och implementering. • NVP tillgängligt i nytt journalsystem.

Vårdförlopp palliativ vård	Identifierat gap	Bedömning av gap, åtgärder, ansvariga och resurser
Fas H	Delvis gap	
Genomför strukturerad uppföljning och bedömning		
<p>Utvärdering bör ske med validerade instrument enligt (A).</p> <p>Utför sedan åtgärder enligt (G).</p>	Gap:	<ul style="list-style-type: none"> • Brister gällande rutiner och strukturerat arbetssätt. Fungerar inom specialiserad palliativ vård samt vid vård i livets slutskede för de enheter som använder NVP.
	Åtgärd:	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetenshöjande insatser. • Strukturerat arbetssätt ex genom NVP.
	Ansvar:	• Beslut på central nivå i regionen.
	Resurs:	<ul style="list-style-type: none"> • Primärvården behöver utökade läkarresurser. • Kostnader för kompetenshöjande insatser. • Avsatt tid för framtagande av rutiner och implementering. • NVP tillgängligt i nytt journalsystem.

Vårdförlopp palliativ vård	Identifierat gap	Bedömning av gap, åtgärder, ansvariga och resurser
Fas I Är vårdbehov för patient och stödbehov för närstående tillgodosedda?	Delvis gap	
<p>Identifiera nya eller ändrade behov relaterat till sjukdomstillståndet genom multiprofessionell uppföljning av vårdplanen.</p> <p>Symtomskatta, åtgärda och utvärdera: omvärdera behovsanalys enligt (A) och ändra utifrån aktuellt behov.</p>	<p>Gap:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Saknas rutiner och utförs ej strukturerat på enheter som ej använder NVP. NVP används idag vid vård i livets slutskede men gap finns tidigare i sjukdomsförloppet. • Saknas tillgång till multiprofessionellt team för patienter i kommunal vård. • Generell bristande kompetens i palliativ vård.
	Åtgärd:	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetenshöjande insatser. • Strukturerat arbetssätt ex genom NVP.
	Ansvar:	<ul style="list-style-type: none"> • Beslut på central nivå i regionen.
	Resurs:	<ul style="list-style-type: none"> • Primärvården behöver utökade läkarresurser. • Kostnader för kompetenshöjande insatser. • Avsatt tid för framtagande av rutiner och implementering. • NVP tillgängligt i nytt journalsystem.

Vårdförlopp palliativ vård	Identifierat gap	Bedömning av gap, åtgärder, ansvariga och resurser
Fas J Beslut: Finns fortsatt palliativt vårdbehov?	Delvis gap	
<ul style="list-style-type: none"> • Ja; fortsatt till (H). Vid misstanke om begränsad förväntad överlevnad, fortsatt till (K). • Nej; fortsatt till Utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas. 	<p>Gap:</p>	Se ovan.
	Åtgärd:	Se ovan.
	Ansvar:	Se ovan.
	Resurs:	Se ovan.

Vårdförlopp palliativ vård	Identifierat gap	Bedömning av gap, åtgärder, ansvariga och resurser
Fas K Beslut: Föreligger sjukdomsprogress med begränsad förväntad överlevnad?	Delvis gap	
<ul style="list-style-type: none"> • Ja; fortsatt till (L). • Nej; återgå till (H). 	<p>Gap:</p>	Se ovan.
	Åtgärd:	Se ovan.
	Ansvar:	Se ovan.
	Resurs:	Se ovan.

Vårdförlopp palliativ vård Fas L Genomför åtgärder vid brytpunkt till vård i livets slutskede och dokumentera brytpunktssamtal	Identifierat gap	Bedömning av gap, åtgärder, ansvariga och resurser
	Delvis gap	
<p>Läkare håller 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.</p>	<p>Gap:</p> <p>Åtgärd:</p> <p>Ansvar:</p> <p>Resurs:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Brister inom kommunal vård främst pga brist på läkare, idag tar sjuksköterskor stort ansvar. • Enligt palliativregistret erhöll under år 2021 69% av patienter i kommunal vård, 59% inom specialistvård, 93% i specialiserad palliativ vård brytpunktssamtal. Observera låg täckningsgrad i kvalitetsregistret. • Kompetenshöjande insatser om palliativ vård samt att genomföra svåra samtal. • Implementering av NVP del 2D vid vård i livets slutskede. • Beslut på central nivå i region och kommun. • Verksamhetschef beslutar om NVP. • Primärvården behöver utökade läkarresurser. • Kostnader för kompetenshöjande insatser, lönar sig på lång sikt. • Avsatt tid för framtagande av rutiner och implementering. • NVP tillgängligt i nytt journalsystem.
<ul style="list-style-type: none"> • Säkerställ fortsatt personcentrerad palliativ vård i livet slutskede trots sviktande autonomi. • Dokumentera vårdplan med omvårdnadsbehov. • Informera patient och närstående om kontaktvägar dygnet runt. • 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. 	<p>Gap:</p> <p>Åtgärd:</p> <p>Ansvar:</p> <p>Resurs:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inom specialistvården behöver vårdplan för palliativ vård startas tidigare i vårdförloppet för att kunna samordna möjligheter till ex hemgång. Vårdplaner saknas ofta idag. Finns risk att vårdplaner inte kan uppfyllas på grund av resursbrist inom primärvården. Brister hos enheter som ej arbetar strukturerat ex enligt NVP. • Kompetenshöjande insatser om palliativ vård. • Implementering av NVP del 2D vid vård i livets slutskede samt NVP del 3, efter dödsfallet. • Beslut på central nivå i region och kommun. • Verksamhetschef beslutar om NVP. • Primärvården behöver utökade läkarresurser. • Kostnader för kompetenshöjande insatser, lönar sig på lång sikt. • Avsatt tid för framtagande av rutiner och implementering. • NVP tillgängligt i nytt journalsystem.

Vårdförlopp palliativ vård Fas M Omhändertagande då patienten avlider	Identifierat gap	Bedömning av gap, åtgärder, ansvariga och resurser
	Delvis gap	
<ul style="list-style-type: none"> • Informera närstående om dödsfallet, besvara eventuella frågor och informera om möjlighet till efterlevandesamtal. 	Gap:	<ul style="list-style-type: none"> • Brister på de enheter som saknar tydliga rutiner och struktur för innehållet i efterlevandesamtal. Enligt palliativregistret erbjöds under år 2021 65% av de närstående efterlevandesamtal i den allmänna palliativa vården.
	Åtgärd:	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetenshöjande insatser och strukturerat arbetssätt. • Implementering av NVP del 3, efter dödsfallet.
	Ansvar:	<ul style="list-style-type: none"> • Beslut på central nivå i region och kommun. • Verksamhetschef beslutar om NVP.
	Resurs:	<ul style="list-style-type: none"> • Primärvården behöver utökade läkarresurser. • Kostnader för kompetenshöjande insatser, lönar sig på lång sikt. • Avsatt tid för framtagande av rutiner och implementering. • NVP tillgängligt i nytt journalsystem.

Vårdförlopp palliativ vård Fas N Registrering i Svenska palliativregistret	Identifierat gap	Bedömning av gap, åtgärder, ansvariga och resurser
	Delvis gap	
<p>Detta sker enligt verksamhetens rutiner.</p>	Gap:	<ul style="list-style-type: none"> • Täckningsgrad i Dalarna år 2021 55%. Målnivå 100%.Riktlinjer och rutiner saknas. Kvalitetsindikatorer från palliativregistret efterfrågas inte och följs inte upp.
	Åtgärd:	<ul style="list-style-type: none"> • Skapa förutsättningar och riktlinjer för användning av registerdata i uppföljande och riskförebyggande syfte.
	Ansvar:	<ul style="list-style-type: none"> • Centralt beslut för registrering i kvalitetsregister.
	Resurs:	<ul style="list-style-type: none"> • Önskvärt med automatisk överföring från journalsystem till kvalitetsregister.

Vårdförlopp palliativ vård Fas O Efterlevandesamtal	Identifierat gap	Bedömning av gap, åtgärder, ansvariga och resurser
	Delvis gap	
<ul style="list-style-type: none"> • Genomför efterlevandesamtal med närstående en tid efter dödsfallet: • Fråga om och lyssna till närståendes reflektioner och frågor gällande sjukdomstiden och dödsfallet. Vid frågor erbjud eller hänvisa till lämplig kontakt med berörd vårdpersonal. • 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. • Återkoppla närståendes reflektioner till 	Gap:	<ul style="list-style-type: none"> • Brister på de enheter som saknar tydliga rutiner och struktur för innehållet i efterlevandesamtal.
	Åtgärd:	<ul style="list-style-type: none"> • Säkerställa riktlinjer för efterlevandesamtal gällande rutiner och innehåll. • Kompetenshöjande insatser och strukturerat arbetssätt • Implementering av NVP del 3, efter dödsfallet..
	Ansvar:	<ul style="list-style-type: none"> • Beslut på central nivå i region och kommun. • Verksamhetschef beslutar om NVP.
	Resurs:	<ul style="list-style-type: none"> • Primärvården behöver utökade läkarresurser. • Kostnader för kompetenshöjande insatser, lönar sig på lång sikt.

enheten enligt enhetens rutin för förbättringsarbete.		<ul style="list-style-type: none"> • Avsatt tid för framtagande av rutiner och implementering. • NVP tillgängligt i nytt journalsystem.
<ul style="list-style-type: none"> • Informera närstående om möjlighet att fylla i närståendeenkät från Svenska Palliativregistret. Ge tillgång till länk eller pappersformulär. 	Gap:	<ul style="list-style-type: none"> • Börjat användas inom specialiserad palliativ vård samt ett fåtal enheter inom kommunal vård och specialistvård.
	Åtgärd:	<ul style="list-style-type: none"> • Säkerställa riktlinjer för efterlevandesamtal gällande rutiner och innehåll. • Kompetenshöjande insatser och strukturerat arbetssätt. • Implementering av NVP del 3, efter dödsfallet.
	Ansvar:	<ul style="list-style-type: none"> • Verksamhetschef.
	Resurs:	<ul style="list-style-type: none"> • Kostnader för kompetenshöjande insatser, lönar sig på lång sikt. • Avsatt tid för framtagande av rutiner och implementering. • NVP tillgängligt i nytt journalsystem.

10.1 Indikatorer för uppföljning – kan indikatorerna följas?

Tabell 4. Resultatmätt och processmätt

Indikator	Målvärde	Mätning och återrapportering	Källa	Gap finns	Delvis gap	Inget gap	Vad består gapet av? Kan Ni mäta, rapportera? Vilka åtgärder krävs?
Andel patienter med misstänkt palliativt vårdbehov och som erbjuds samtal vid allvarlig sjukdom	100%	Årsvis	<ul style="list-style-type: none"> Nationell datakälla saknas för vård i tidig palliativ sjukdomsfas. I livets slutskede delvis genom Svenska Palliativregistret 	X			Går ej att mäta idag pga låg täckningsgrad i palliativregistret vilket medför osäkra data. Nationella datakällor saknas vid tidig fas vilket kräver mätbarhet i journalsystemet.
Andel patienter med palliativa vårdbehov som symtomskattas med ett strukturerat skattningsinstrument, till exempel IPOS, ESAS eller Abbey Pain Scale	100%	Årsvis	<ul style="list-style-type: none"> Nationell datakälla saknas för vård i tidig palliativ sjukdomsfas. Det föreslås införande av KVÅ-kod för symtomskattning i förhållande till antal patienter med Z515. I livets slutskede Svenska Palliativregistret 		X		Enligt palliativregistret 2021: Smärtskattning: (målnivå: 100%) Kommunal vård: ca 50% Slutenvård: ca 25% Specialiserad palliativ vård: ca 70% Övrig symtomskattning (målnivå: 100%) Kommunal vård: ca 30% Slutenvård: ca 20% Specialiserad palliativ vård: ca 60%
Andel patienter med palliativa vårdbehov som har en dokumenterad vårdplan för den palliativa vården	100%	Årsvis	<ul style="list-style-type: none"> Nationell datakälla saknas. AU124/AU125/AW013/AW015 i kombination med Z515 täljare, nämnare antal patienter med Z515 I livets slutskede finns Svenska palliativregistret. 		X		Enligt palliativregistret 220101-220517: (ny fråga fr 2022) Kommunal vård: ca 75% Slutenvård: ca 30% Specialiserad palliativ vård: ca 70% avser den sista veckan i livet. För att mäta tidigare i sjukdomsförloppet krävs dokumentation som är mätbar i patientjournalen samt möjlighet till automatisk överföring till kvalitetsregister.
Andel patienter med palliativa vårdbehov som har ordinerade vid behovsläkemedel mot förväntade symptomgenombrott	100%	Årsvis	<ul style="list-style-type: none"> Nationell datakälla saknas för vård i tidig palliativ sjukdomsfas. I livets slutskede Svenska Palliativregistret. 		X		Enligt palliativregistret 2021: ordination av vid behovsläkemedel sista veckan i livet 96-98% för hela länet. Går ej att mäta tidigare i sjukdomsförloppet. Mätbarhet i

							journalsystemet krävs för att även inkludera patienter i tidig palliativ fas.
Andel patienter med palliativa vårdbehov som har dokumenterad munhälsobedömning enligt ROAG	>90%	Årsvis	<ul style="list-style-type: none"> Nationell datakälla saknas för vård i tidig palliativ sjukdomsfas. I livets slutskede Svenska Palliativregistret. 		X		Enligt palliativregistret 2021: Kommunal vård:52% Slutenvård:60% Specialiserad palliativ vård:82% avser den sista veckan i livet. För att mäta tidigare i sjukdomsförloppet krävs automatisk överföring från journalsystemet till kvalitetsregister.
Andel patienter med palliativa vårdbehov som erhåller samtal vid allvarlig sjukdom	90% erhållen	Årsvis	<ul style="list-style-type: none"> Nationell datakälla saknas. Det rekommenderas att införa åtgärdskod för Samtal vid allvarlig sjukdom, Z 515 som nämnare. 	X			Informera samtal vid allvarlig sjukdom tidigt i sjukdomsförloppet går ej att mäta idag.
Andel patienter med palliativa vårdbehov där brytpunktssamtal till vård i livets slutskede har genomförts	100%	Årsvis	<ul style="list-style-type: none"> Svenska palliativregistret XV018 i kombination med Z515, i förhållande till enbart antal patienter med Z515 		X		Enligt palliativregistret 2021: <u>Brytpunktssamtal till patient:</u> Kommunal vård: 69% Slutenvård: 59% Specialiserad palliativ vård: 93%
Registreringsgrad i Svenska Palliativregistret	100%	Årsvis	Svenska palliativregistret		X		Enligt palliativregistret 2021: Hela länet: 55% För pålitliga data krävs hög täckningsgrad dvs att alla dödsfall registreras. Krävs centralt beslut.

11 Referenser

Barncancersatsningen - Palliativ vård av barn (RCC, Mellansverige)

<https://cancercentrum.se/mellansverige/cancerdiagnoser/barn/nationell-satsning/mellansverige/palliativ-var-d-av-barn/>

Gapanalys – LAG Palliativ vård



Gapanalys LAG
palliativ vård person

Grundutbildning i palliativ vård (Betaniastiftelsen)

<https://betaniastiftelsen.nu/utbildningar/lindring-bortom-boten-grundutbildning-i-palliativ-var-d/>

Konsekvensbeskrivning för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Palliativ vård

<https://kunskapsstyrningvard.se/download/18.5f94e9591811657edb850c30/1654624632935/Konsekvensbeskrivning-var-dforlopp-palliativ-var-d.pdf>

Nationell vårdplan palliativ vård (NVP)

<https://palliativutvecklingscentrum.se/utveckling/nationell-var-dplan-nvp/>

Nationellt vårdprogram palliativ vård

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/palliativ-var-d/var-dprogram/>

Nationellt vårdprogram palliativ vård av barn

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/palliativ-var-d-av-barn/var-dprogram/>

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Palliativ vård

https://d2flujgsl7escs.cloudfront.net/external/Vardforlopp_Palliativ_var-d.pdf

Rekommenderad uppdragsbeskrivning för palliativa råd i Sjukvårdsregion Mellansverige

[Rekommenderad uppdragsbeskrivning för palliativa råd \(cancercentrum.se\)](#)

Uppdragsbeskrivning LAG Palliativ vård



Uppdragsbeskrivning LAG Palliativ vård