

Berörda verksamheter:

Vårdförloppet gäller för **samtliga vårdgivare** som vårdar patienter med en eller flera livshotande sjukdomar det vill säga en eller flera sjukdomar som kan leda till döden inom veckor, månader eller år. Det innebär att vårdförloppet är relevant för ett stort antal vårdgivare inom såväl öppen som sluten vård i både kommunal och regional regi.

Länk till vårdförloppet:

[Palliativ vård - 1177 för vårdpersonal](#)

Beslutande verksamhetschefer:

Verksamhetschefer i specialiserad vård; Verksamhetschefer i regional primärvård; Socialchefer i Örebro läns ko

Beslut RMKS 260227:

RMKS beslutar att tillstyrka verksamheternas beslut gällande gapanalys personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Palliativ vård.

Rekommenderat läge Kunskapsstöd	Nuläge	Gap	Gap - vad saknas	Föreslagna åtgärder	Förslag Prio åtgärd 1-4*	Resurs behov A-B**
	 Uppfyllt  Delvis uppfyllt  Något uppfyllt  Görs ej			Arbetssätt och rutiner Samverkan inom, mellan Kompetens Utrustning, IT-stöd Förutsättningar Annat		
Ingång: Misstanke om palliativa vårdbehov hos patienter med en eller flera livshotande sjukdomar (inom veckor, månader eller år).						
Hur initieras samtal om palliativt vårdbehov?						
	Regional primärvård: - via kommunsjuksköterska - vid mottagningsbesök - remiss från speciallissjukvården (Geriatriken tar emot som skickar vidare till oss.). Kommentar: När vi ser att en patient drar nytta av att vara inskriven i palliativ vård och dra fördelar av det. Om de närmar sig livets slutskede.					

	Specialiserad vård: - Oftast via brytpunktssamtal tillsammans med patient och anhöriga. - Kan ske på olika vis. Ibland direkt på akuten. Många gånger dock under vårdtiden på rond efter olika undersökningar och bedömningar. Ofta i samråd med palliativa enheten - Först med ansvarig läkare sen med patienten i samband med rond. - I samband med IVAvård eller avsaknad av behandlingssvar. brytpunktsbeslut och brytpunktssamtal. - Sker endast på läkarbesöket. - Pratar om det på rond. - När beslut tas om att lägga ner behandling oftast av sjuksköterska. - I samråd med läkare - Under ronder. Efter diverse undersökningar/provtagning. Vid försämring i patientens grundsjukdom. - Genom ssk och läkare - Oftast är patienten redan i det terminala slutskedet när detta kommer på tal. Det är sällan det tillkommer ett palliativ vårdbehov hos oss, och om det väl gör det så är våra läkare väldigt motstridiga till att initiera en sådan process. - Initieras i samband med att man beslutar att avsluta livsuppehållande vård.					
--	--	--	--	--	--	--

	Kommunal primärvård: - Samtal om palliativt vårdbehov initieras oftast av sjuksköterskor som tar upp frågan med läkare, särskilt vid försämrat hälsotillstånd eller konstaterad obotlig sjukdom. - Processen involverar ofta ett team av vårdpersonal och kan inkludera remisser från sjukhus eller vårdcentral. - Anhöriga och patienter är ibland direkt involverade i samtalen, och beslut om palliativ vård tas ofta i samband med ronder eller hembesök. - Det finns en tydlig samverkan mellan olika vårdprofessioner för att säkerställa att vårdbehovet identifieras och hanteras på ett strukturerat sätt.					
Används frågeformulär för bedömning av palliativt vårdbehov?				Att tydliggöra vilket (eller vilka) frågeformulär som kan användas vid behov, som stöd i syfte att stärka ett ev. palliativa beslut. Beslutat om vilket/vilka tillsammans med verksamheterna.	2	A
	Regional primärvård: 10% ja; 70% nej; 20% vet inte.		Frågeformulär för bedömning används inte.			
	Specialiserad vård: 90% nej, 10% inte relavant för verksamheten		Frågeformulär för bedömning används inte.			
	Kommunal primärvård: 50% ja; 35% ibland; 10% vet ej; 5% nej					
För bedömning kan följande frågeformulär användas: - Supportive and palliative care indicator tool, SPICT - Surprise question				Att ensas om några få formulär där olikheter i syfte/användningsområde specificeras.	2	A

	Regional primärvård: Annat, dvs ESAS					
	Specialiserad vård: Inte aktuellt, se ovan.					
	Kommunal primärvård: - Supportive and palliative care indicator stool, SPICt: 40%, - Surprise question: "Skulle du vara förvånad om patienten är död inom ett år?": 10% - Annat: 50% Kommentar till "annat": - Handbok för Palliativ vård i livets slutskede som stöd. - Checklista vid bedömning av palliativ vård - Lokal rutin, checklista. - Beslutsstöd för palliativ vård - ESAS					
Block A: Bedömning av hälso- och sjukvårdsbehov						
Multiprofessionell bedömning genomförs och patientansvarig läkare/ fast vårdkontakt utses.				- Befintlig regiongemensam rutin behöver vara lätt att hitta, göras känd och tillämpas. - Viktigt att tydliggöras vad uppdraget innebär. - Förtydliga att läkare inom specialiserad vård är ansvarig för patienten när den är inlagd samt vad detta innebär. - Tydliggöra när patienten behöver ha information om fast behandlande enhet/fast läkarkontakt så att det blir tydligt för patienten var hen ska vända sig, utan glapp vid flyttning mellan vårdnivåer.	1	A

	Regional primärvård: Fast vårdkontakt utses : 80% ja; 20% nej. Kommentar: - Finns ingen nedskriven rutin, men vi försöker (o lyckas ofta) se till att pat har en o samma läkare. Multiprofessionell bedömning : 40% ja; 40% ja men inte alltid; 20% nej. Kommentar: - Multiprofessionell bedömning görs vb. - Det vanligaste är läkare och sjuksköterska. Ibland sker bedömning av fysioterapeut eller arbetsterapeut i efterhand. - SIP eller kommunsjuksköterska och läkare. - Oftast är det läkare, sköterska och ibland omvårdnadspersonal Övrigt: Tidigt palliativa patienter som inte behöver regelbunden sjukvårdsinsats bedöms i nuläget av kommunen inte ha de behov som ger rätt till inskrivning i kommunal hemsjukvård.		Att enligt patientlagen ska 100% ha en fast vårdkontakt utsedd (läkare). I realiteten är den fasta vårdkontakten på en enhet.	- Befintlig regiongemensam rutin behöver vara lätt att hitta, göras känd och tillämpas. - Viktigt att tydliggöras vad uppdraget innebär.		
--	--	--	--	--	--	--

	Specialiserad vård: Fast vårdkontakt: 20% ja; 40%, nej; 20% vet inte; 20% inte relevant för enheten Multiprofessionell bedömning: 20% ja; 20%, nej; 50% vet inte; 10% inte relevant för enheten Kommentar: - Remiss skrivs till palliativa enheten och detta sker tillsammans med dem. Ytterst få pat som inte hanteras av denna enhet. Om inte blir vår läkare på avd ansvarig tills nytt beslut ev tas. - Palliativ remiss skickas i samband med att patienten gått hem. Finns asih så skickas remissen dit annars blir det en allmän palliativ remiss. - När ett beslut tas om att avsluta intensivvården och ge palliativ vård kommer patienten antingen avlida inom några timmar eller flytta till vårdavdelning - Intensivvård är individuellt utformat intill slutet. Ingen är den andra lik. - Inom intensivvården är den palliativa vårdtiden kort. Palliativa patienter flyttas till avdelning om de inte avlider på TIVA när intensivvården avslutas. - Beroende på patientens tillstånd och förväntad överlevnad.		<u>Det är inte tydligt att den läkare/enhet som ansvarar för avdelningen är den fasta vårdkontakten.</u>	Förtydliga att läkare inom speciliserad vård är ansvarig för patienten när den är ineliggande samt vad detta innebär. Tydliggöra när patienten behöver ha information om fast behandlande enhet/fast läkarkontakt så att det blir tydligt för patienten var hen ska vända sig, utan glapp vid förlyttning mellan vårdnivåer.		
--	---	--	---	--	--	--

	Kommunal primärvård: 70% ja; 5% ibland; 5% nej; 15% vet ej; 5% inte relevand t för min verksamhet		Det är inte tydligt att fastvårdkontakt bör vara läkare vid palliativ vård. Detta finns med i överenskommelsen: https://vardgivare.regionorebrolan.se/globalassets/media/dokument/platina/overenskommelser/lansovergripande-overenskommelse-om-palliativ-vard.504055.pdf	Invänta regiongemensamt arbete kring fast vårdkontakt avseende Örebro läns 12 kommuner.		
Utsedd patientansvarig läkare/fast vårdkontakt värderar patientens behov och upprättar behandlingsstrategi enligt följande: • Gör en medicinsk bedömning av aktuell situation och förväntat förlopp, beakta samsjuklighet.					1	A
	Regional primärvård: 60% ja, 20% ja men inte alltid; 10% vet inte; 10% nej.		Bör göras i 100%			
	Specialiserad vård: 50% ja; 30% oftast/ibland; 10%, nej; 10% vet inte		I ineliggandevård bör siffran vara högre.	I flera journalmallar finns frågorna om behandlingsbegränsningar. Detta behöver användas oftare. Plan för att ge verksamheterna ökad förståelse kring vikten av detta i alla verksamheter.		
	Kommunal primärvård: 75% ja; 10% oftast/ibland; 5%, nej; 10% vet inte		Bör göras i 100%. Kommunerna har en dålig sökfunktion i NPÖ för att kunna se information tagna i regionen.	Säkerställa att behandlingsbegränsningarna är kommunicerbara med Örebro läns kommuner. Detta kan göras genom att fram en rutin att kommunen ska ringa kontakt i regionen som kan läsa det som står i Cosmic (vem man ringer när) , då informationen i NPÖ är svår att hitta.		

Patientansvarig läkare/fast vårdkontakt värderar patientens behov och upprättar behandlingsstrategi enligt följande: • Konsultera vid behov annan expertis .					1	A
	Regional primärvård: 70% ja, 20% ja men inte alltid; 10% nej.					
	Specialiserad vård: 40% ja; 40% oftast/ibland; 10%, nej; 10% vet inte					
	Kommunal primärvård: 50% ja; 30% oftast/ibland; 5%, nej; 15% vet inte		Kommentar: Varför hör inte kommunsjuksköterskor av sig till specialistfunktioner på USÖ/ASIH? Det finns resurs dygnet runt. Det gör man i Karlskoga, där finns inte resurs dygnet runt.	Tydligare informera om möjligheten och vikten av att återkoppla med andra verksamheter/professioner för dialog. Det behöver vara tydligt hur det ska göras för att underlätta. Behov av fast jourtelefon?		
A)Resultatet från symtomskattningsformulär används i det patientnära arbetet. Strukturerad symtomskattning enligt exempelvis IPOS, ESAS, Abbey Pain Scale. B)Bedöm om patienten gagnas av fortsatt livsuppehållande behandling.					A) 2 (inom primärvården) B) 1	A

	Regional primärvård: 10% ja, 30% ja men inte alltid; 50% nej; 10 vet ej.		Frågeformulär användas inte regelmässigt, vilket möjliggör att missa symptom samt för att kunna följa personens symptom över tid.	Frågeformulär <i>bör</i> användas för att inte missa symptom samt för att kunna följa personens symptom över tid. Behov av att implementera validerade frågeformulären genom hela vårdkedjan, relaterat till frågeformulärets syfte. - ESAS som bas, ev med utökade frågor enligt nuvarande rutin på geriatisk klinikerna. - Abby pain scale (APS)		
	Specialiserad vård: 20% ja ofta; 20 ja ibland; 40% nej; 20% inte relevant för verksamheten		Frågeformulär bör användas för att inte missa symptom samt för att kunna följa personens symptom över tid.	Se ovan.		
	Kommunal primärvård: 50% ja; 25% ibland; 10% vet inte; 10% ibland; 5% inte relevant för min verksamhet.		Frågeformulär bör användas för att inte missa symptom, samt för att kunna följa personens symptom över tid.			
Patientansvarig läkare/fast vårdkontakt värderar patientens behov och upprättar behandlingsstrategi enligt följande: • Fråga om patientens samtycke till att involvera närstående . Dokumentera patientens inställning och eventuella kontaktuppgifter.			I praxis erbjuds samtal ofta av ssk, som då ställer fråga om samtycke till att involvera närstående.	Detta bedömmar arbetsgruppen fung	1	A
	Regional primärvård: 50% ja, 40% ja men inte alltid; 10 vet ej.					
	Specialiserad vård: 35% ja; 20% ibland; 5% nej; 10% vet inte; 30% inte relevant för enheten					
	Kommunal primärvård: 70% ja; 20% ibland; 10% vet inte					

Patientansvarig läkare/fast vårdkontakt värderar patientens behov och upprättar behandlingsstrategi enligt följande: • Kartlägg patientens relationer med särskild hänsyn till minderåriga barn som närstående.			Uppgifter finns oftast i journalen, men det kan finnas en brist kring hur hjälp erbjuds barnen.	Multiprofessionella teamets ansvar. Förtydliga hur kontakt med sociala stödfunktioner ska tas, så att det blir tydligt för alla i hela vårdkedjan. Dialog med barnombud (Jonna J).	1	A
	Regional primärvård: 40% ja, 50% ja men inte alltid; 10% vet ej.					
	Specialiserad vård: 70% ja, 10% ja men inte alltid; 10% vet ej; 10% inte relevant för verksamheten.					
	Kommunal primärvård: 40% ja; 15% ibland; 15% vet inte; 5% nej; 25% inte relevant för min verksamhet					
Block B: Samtal vid allvarlig sjukdom						
Erbjuds 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:			Viktigt att betona att flera professioner kring patient och nästående, samt att detta är en process. Skillnad mellan samtal om allvarlig sjukdom och brytpunktssamtal kan behöva tydliggöras. När börjar den palliativa processen? Kan hänger samman med att brytpunktssmtalen görs sent?	- Långsiktig utbildningsinsats i dialog med läkarkåren kring vikten av att våga ta beslut samt att respektera kollegors palliativa beslut. - Tydliggöra struktur för kommunikation mellan kommunal- och regional hälso- och sjukvård hur dialog förs kring palliativa beslut, där samtliga professioners information samlas. - Checklista för samtalsstöd: Samtalsguide-Samtal-vid-allvarlig-sjukdom-2.0.pdf	2	A
	Regional primärvård: 50% ja, 40% ja, oftast; 10% vet ej.					
	Specialiserad vård: -----					
	Kommunal primärvård: ---					
	Patient/närstående:					

Erbjuds information om förväntad sjukdomsförlopp utifrån patientens frågor och generell prognos i syfte att öka patientens och närståendes förståelse för patientens tillstånd.			Viktigt att betona att flera professioner kring patienten och närstående samt att detta är en process. Skillnad mellan samtal om allvarlig sjukdom och brytpunktssamtal kan behöva tydliggöras. När börjar den palliativa processen? Kan hänger samman med att brytpunktssamtalen görs sent?	Återkommande utbildningsinsats i dialog med läkarkåren kring vikten av att våga ta beslut samt att respektera kollegors palliativa beslut.	2	A
	Regional primärvård: 50% ja, 40% ja, oftast; 10% vet ej. Kommentar: Patienten har fått information från specialistverksamheten.					
	Specialiserad vård: -----			Ja, om lämpligt.		
	Kommunal primärvård: -----					
Erbjud samtal om behandlingsstrategi vid försämring - inhämta patientens inställning till livsförlängande åtgärder och resonera kring bedömning och beslut.			Viktigt att betona att flera professioner kring patienten och närstående samt att detta är en process. Skillnad mellan samtal om allvarlig sjukdom och brytpunktssamtal kan behöva tydliggöras. När börjar den palliativa processen? Kan hänger samman med att brytpunktssamtalen görs sent?	Palliativ vårdplan skrivs tillsammans med spec. palliativvård och allmän palliativvård, multiprofessionell inklusive medicin och omvårdnad. Viktig att dokumentationen sker på samma ställe - ta fram rutin för detta så att det blir synligt i kommunernas journaler.	2	A
	Regional primärvård: 40% ja, 50% ja, oftast; 10% vet ej.					
	Specialiserad vård: -----					
	Kommunal primärvård: -----					

Informera om möjlighet till symtomlindring och bästa möjliga stöd för såväl patient som närstående.			Viktigt att betona att flera professioner kring patienten och närstående samt att detta är en process. Definiera vad som menas med symtomlindring , hela teamet kring pat behöver engageras,, se ovan.	Se över vad som ligger i begreppet symptomlindring, åtgärder kopplade till detta, samt nedanstående: - Regelbunden kompetensutveckling i palliativ vård för läkare inom specvård samt regional- och kommunal primärvård. - Palliativt paket - poängtera att använda dosrekommendationer enligt Rekommenderade läkemedel, Läkemedelscentrum. - Björn och Lydia: åtgärdsförslag avseende läkemedelsförskrivning symptomlindring (smärta, oro etc). - Ta fram informationsbroschyr till patient/närstående - Ta reda på vad som ligger i begreppet allmänpalliativ vård i respektive kommuner - koppla med vårdsamordnaren	1	A
	Regional primärvård: 50% ja, 10% ja, oftast; 40% vet ej.					
	Specialiserad vård: -----					
	Kommunal primärvård: -----					
Sker en dialog om livsförlängande åtgärder med patient (och närstående)?						
	Regional primärvård: 80% ja, 10% ja, oftast; 10% vet ej.					
	Specialiserad vård: 60% ja; 25% oftast; 15% ibland		Inte ett reellt gap			
	Kommunal primärvård: -----					

Identifiera försäkringsmedicinska frågeställningar och informera om möjlighet till närståendepenning.				Kontrollera att adekvat information finns på 1177 för invånare, för information i förväg	2	A
	Regional primärvård: 60% ja, 20% ja, oftast; 10% nej; 10% vet ej.					
	Specialiserad vård: 25% ja; 5% ibland; 60% nej; 10% inte relevant för min verksamhet. Kommentarer: - Finns ingen skriftlig rutin men det sker oftast ändå - Rutin är under utveckling. Men ej ännu godkänd av verksamhetschefen. - Endast om anhöriga själv nämner det. - Ingen rutin, men vi kan informera om det - Anhöriga får efterfråga närståendepenning själva. Vi skulle behöva bli bättre på att informera om att det finns. - Vi har ingen utarbetad rutin på det men frågar anhöriga om de vill ha det		Informeras inte alltid i spec vård. Detta gäller samtal om allvarlig sjukdom.	Kontrollera att adekvat information finns på 1177 för invånare, för information i förväg.		

	Kommunal primärvård: 40% ja; 60% ibland; 20% vet inte Kommentarer: - Detta gör oftast läkare om de kommer ihåg, annars ger vi ssk den informationen - Finns ingen rutin, men brukar informera om det - I palliativ pärm - Inte någon rutin men görs av ansvarig sjuksköterska när behov finns - Omvårdnadsansvarig ssk får bara frågor detta sporadiskt. Mindre än en fråga per år. - Ej som rutin vad jag vet men görs såklart vid behov. - Ingen rutin men tar ibland upp under brytpunktssamtalen - Närstående är oftast som är redan pensionärer eller att andra närstående har inte visat intresse - Vi i kommunen har inte det som rutin - Vems ansvar? SSK? - Informationen finns och kan ges, men finns ej rutin nedskriven. Så denna information kan bli missad. - Vi informerar om det men osäker på om rutin finns - Rutin finns inte. Information ges oftast ut vid förfrågan eller vid uppenbart behov. - Informerar om detta när det behövs eller fråga kommer upp. - Ej någon rutin för detta, men något som ofta tas upp vid samtal med anhöriga - Finns blanketter om detta i palliativa pärmen. Men vid frågan vet inte alltid anhöriga om denna rättighet - läkaren tar upp detta ständigt - Jag b informerar om att det finns och hänvisar					
Block C: Beslut: Behov av specialiserad palliativ vård?						

Identifiera aktuella och förväntade palliativa vårdbehov av specialiserad palliativ vård. Behov av specialiserad palliativ vård finns till exempel vid: • otillfredsställande symtomlindring trots insatta åtgärder • förväntat sjukdomsförlopp med komplexa symtom, alternativt hög sannolikhet för behov av specialistkunskap i hantering av symtom • komplex psykosocial situation • palliativ vård av barn och ungdomar.				-Tydliggöra hur aktuella och förväntade palliativa vårdbehov av specialiserad palliativ vård identifieras. -Tydliggöra i Örebro läns kommuners handläggningsrutiner att det finns möjlighet att kontakta specialiserad palliativ vård för konsultation.		
	Regional primärvård: 70% ja, 30 % vet inte. Kommentar: Finns ingen rutin nedskrivet för detta.		Kanske inte känt för alla att det är möjligt att konsultera specialiserad palliativ vård.			
	Specialiserad vård: 20% ja; 10% delvis; 5% nej; 30% vet ej; 35% inte relevant på min enhet.					

	Kommunal primärvård: 60% ja; 10% delvis; 20% vet inte Kommentarer: - Genom teamarbetet - Hembesök ska göras dagligen i ett sent palliativt skede men bedömning görs ibland över telefon - De palliativa ordinationerna ska följas upp och förnyas av läkare, oftast vid utskrivning från korttidsvården. - Förstår inte riktigt hur ni menar? När man jobbar med patienterna så ser jag om det uppstår nya palliativa vårdbehov samt att man jobbar med symtomskattning. - Vi har flera avvikelser där man på annan vårdenhet inte följt gällande styrdokument om palliativ vård. För dessa upprättas avvikelser som delges den andra vårdgivaren som är både vårdcentral och slutenvård. - Med palliativa patienter revideras och utvärderas vårdplanen kontinuerligt tillsammans med patienten. - Ingen rutin men uppföljningar gör man efter att man identifierat behovet... - Vet inte om rutinen är så klar eller känd, men ssk i hemsjukvården jobbar hela tiden med uppföljning och utvärdering - Teamet måste vara flexibelt, då hälsotillståndet snabbt kan ändras och nya åtgärder och behov behöver tillgodoses. - Finns inte någon rutin men patienten följs regelbundet - Sjuksköterskans ansvar - Kommer oftast i samband med meddelande från palliativ vårdsamordnare. - Teamträffar regelbundet som vi har		Kanske inte känt för alla att det är möjligt att konsultera specialiserad palliativ vård.	Tydliggöra handläggningsrutinen.		
Block D: Remiss till ansvarig läkare (allmän palliativ vård)						

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.			Otydligt för primärvården (region och kommun) hur initiera och samordna ett team samt handläggning och dokumentation kring detta, speciellt för de patienter som inte har aktiva insatser.	Förtydliga vad insatsen i kommunal hälso- och sjukvård är, dvs möjlighet till inskrivning för regelbunden uppföljning avseende symptomskattning.	1	A
	Regional primärvård: 30% ja, 10% ja, med görs inte alltid; 30% nej; 20% vet ej Kommentarer: - Vi vänder oss direkt till kommunens arbetsterapeut eller sjuksköterska - Dock görs det vid behov. I enstaka fall skrivs en liggande palliativ remiss till avd. 84.					
	Specialiserad vård: 20% ja; 10% delvis; 5% nej; 30% vet ej; 35% inte relevant på min enhet. Kommentarer: - Saknas andra enheter att samarbeta med gällande palliativa barn varför kontakt ej kan upprättas. Sen kontakt tas med ASIH vid behov. - Intensivvård täcker in de flesta behoven på egen hand.					
	Kommunal primärvård: -----					
Remiss bör innehålla information baserad på åtgärd (A) och (B).						
				Fortsatt dialog om för- och nackdelar med remissmall. Hänger samman med arbetsätt att skriva själv istället för att diktera.	3	A

Block E: Remiss till specialiserad palliativ vård						
Konsultera eller utfärda remiss till enhet med kompetens i specialiserad palliativ vård med information baserad på åtgärd (A) och (B).	Regional primärvård: Remissmall finns.					
Block F: Remissbedömning av patientens aktuella och framtida behov						
Görs 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.	Remissmall finns.					
Block G: Ta fram och dokumentera vårdplan						
Som remissmottagare: Skapa, dokumentera och vid behov uppdatera en vårdplan samt förankra vårdplanen med alla involverade. Samsyn och delaktighet med patienten och/eller närstående bör eftersträvas, vilket kan ske inom ramen för ett patientkontrakt.			Palliativ vårdplan är under framtagande samlat för regionen.	Sökerställa att denna visas i NPÖ, liksom UMS.	2	A
	Regional primärvård: 60% ja, 20% ja, med görs inte alltid; 10% nej; 10% vet ej					
	Specialiserad vård: 20% ja; 20% delvis; 40% nej; 20% inte relevant på min enhet.					

	Kommunal primärvård: 80% ja; 10% ibland; 5% vet inte; 5% Kommentarer: - I Vårdplan - palliativ vård - Sjuksköterska och arbetsterapeut upprättar Vårdplan (omvårdnadsplan), Finns stort behov att få till tydligare medicinska vårdplaner från läkare som också ska uppdateras vid behov. - Man pratar alldeles för lite palliativt dom flesta tror att palliativ vård är sista veckan o en persons liv - Sjuksköterskan informerar oss i personalen hur vi ska förhålla oss. - Tekniskt sett, men "Vårdplan" Ej implementerat i Kommunen då journalsystemet inte stödjer detta enligt MAS. - Tydlig rutin när patienten är palliativ och att det dokumenteras. - Vet ej om ssk gör detta? - Finns inte rutin på detta, man arbetar och utgår från det palliativa beslutet. - Ibland hinner man inte dokumentera eller uppdatera palliativa vårdplan i journalen men planen finns - Vi är ofta med på brytpunktssamtal. Plan för fortsatt/palliativ vård dokumenteras alltid. - Sjuksköterskans uppgift. - Man behåller den vanliga vårdplanen - Skapar alltid ett öppet vårdåtagande och hör med sjuksköterskan. Senare kan vi jobba i samma vårdplaner. - Alltid - Ja, den fördelas till omvårdnadspersonal så att samtliga yrkeskategorier kan läsa och skriva.					
Som remissmottagare ta ställning att vid behov kalla till en samordnad individuell vårdplan (SIP)				Se över hur en SIP används vid behov av samordning.		

	Regional primärvård: 60% ja, 20% ja, med görs inte alltid; 10% nej; 10% vet ej					
	Specialiserad vård: 25% ja; 10% delvis; 40% nej; 25% inte relevant på min enhet.		Ej aktuellt			

	Kommunal primärvård: 35% ja; 25% ibland; 15% vet inte; 10% nej; 15% inte relevant i min verksamhet. Kommentarer: - Ja om det uppstår sådan behov. - För användandet av SIP behövs ett förbättringsarbete. - Vid behov har SIP upprätt, dock vet jag ej om det finns ett specifikt arbetsrutin. - Det bedöms sällan behöva samlas på ett formellt sätt (så som en SIP) för att uppnå en bra kommunikation och samarbete mellan de olika aktörer när samarbete har påbörjat. - Det gör sköterskor tillsammans med läkaren hos oss. - Vårdcentralen ansvarar för att kalla till SIP. - En SIP ska finnas när en patient har flera aktörer involverade. Detta utgör grunden och sedan följer man upp och sammankallar berörda i teamet när vårdinriktningen övergår till palliativ vård. - Att sammankalla till en SIP kräver en stor arbetsinsats från den sammankallande och ibland leder inte SIP till någon förändring eller förbättring. Tror att man därför ibland avstår att sammankalla till en SIP, då arbetsbelastningen är hög ändå - Finns flera svårigheter med att kalla till en SIP, de professioner som deltar kommer inte alltid. - Sjuksköterskan leder arbetet kring patient och närstående, kontaktar vid behov olika professioner. - Ev. Sjuksköterskans uppgift. - Man kanske inte tänker på hela teamet - Vet att det går att göra, men ofta är det					
--	--	--	--	--	--	--

Utför följande åtgärder och inkludera resultatet i vårdplanen: • Gör behandlingsstrategi baserad på de så kallade palliativa hörnstenarna och bedömning av insamlad information. • Gör bedömning om patienten gagnas av livsförlängande behandling [12]. • Gör läkemedelsgenomgång och ta ställning till vilka läkemedel patienten har behov av. • Se över behov av multiprofessionellt stöd för patient och närstående, exempelvis paramedicinsk personal. Ta särskild hänsyn till minderåriga barns behov. • Identifiera ett multiprofessionellt team runt patienten och hur detta kan nås. • Se över behov av SIP, att samordna fortsatt uppföljning med eventuella andra vård- eller omsorgsgivare och informera om närståendepenning. • Informera om vad närstående och patient ska uppmärksamma som tecken på försämring och vem som då ska kontaktas.				Se över behov av checklista för regelbunden uppföljning i region och Örebro läs kommuner.		
	Specialiserad vård:		Mall/checklista?			
	Regionalt primärvård:					

	Kommunal primärvård: 80% ja; 10% ofta; 5% vet inte; 5% nej Kommentarer: - I Vårdplan - palliativ vård - Sjuksköterska och arbetsterapeut upprättar Vårdplan (omvårdnadsplan), Finns stort behov att få till tydligare medicinska vårdplaner från läkare som också ska uppdateras vid behov. - Man pratar alldeles för lite palliativt dom flesta tror att palliativ vård är sista veckan o en persons liv - Sjuksköterskan informerar oss i personalen hur vi ska förhålla oss - Tekniskt sett, men "Vårdplan" Ej implementerat i kommunen då journalsystemet inte stödjer detta enligt MAS. - Tydlig rutin när patienten är palliativ och att det dokumenteras. - Vet ej om ssk gör detta? - Finns inte rutin på detta, man arbetar och utgår från det palliativa beslutet. - Ibland hinner man inte dokumentera eller uppdatera palliativa vårdplan i journalen men planen finns - Vi är ofta med på brytpunktssamtal. Plan för fortsatt/palliativ vård dokumenteras alltid. - Man behåller den vanliga vårdplanen - Skapar alltid ett öppet vårdåtagande och hör med sjuksköterskan. Senare kan vi jobba i samma vårdplaner. - Alltid - Ja, den fördelas till omvårdnadspersonal så att samtliga yrkeskategorier kan läsa och skriva.					
Block H: Genomför strukturerad uppföljning och behandling.						

Utvärdering bör ske med validerade instrument enligt (A). Utför sedan åtgärder enligt (G).				Hänvisa till nationellt rekommenderade utvärderingsinstrument.	2	A
Block I: Beslut: Är vårdbehov för patient och stödbehov för närstående tillgodosedda?						
Identifiera nya eller ändrade behov relaterat till sjukdomstillståndet genom multiprofessionell uppföljning av vårdplanen.				- Se över behov av checklista för regelbunden uppföljning/rondning i region och Örebro läs kommuner, som dokumenteras. Tas med i regelbunden utbildning för palliativ vård. Exempelvis via skattningsskala. - Komplettera primärvårdens palliativa vårdplan med en checklista för uppföljning. - Säkserställ att info är synligt för både region och kommuner.	2	A
	Regional primärvård: 65% ja, 25% inte alltid; 10% vet ej Kommentarer: - Lyfts primärt av kommunal personal - Med hjälp av personal i hemsjukvården eller på SÄBO:t. - Förmedlas oftast av ssk inom HSV eller på Säbo					
	Specialiserad vård: 50% ja; 30% delvis; 5% nej; 15% inte relevant på min enhet. Kommentarer: - Rutin är under utveckling. Men ej ännu godkänd av verksamhetschefen. - Ja, vi är nära patienten hela tiden. Läkare bara ett telefonsamtal bort.			Ja.		

	Kommunal primärvård: 80% ja; 15% delvis; 5% vet inte Kommentarer: - Är osäker på om alltid arbetssättet/följsamheten till rutin på enheterna alltid överensstämmer med det som står i den lokala rutinen om detta. Rutinen säger: Omvårdnadsansvarig sjuksköterskan och arbetsterapeut ansvarar för att upprätta en gemensam personcentrerad palliativ vårdplan, med patientens mål. Sjuksköterskan ska utifrån omvårdnadsprocessen identifiera och planera omvårdnadsåtgärder samt genom täta hembesök utvärdera och ompröva dessa. Sjuksköterska ansvarar för användning och uppföljning av standardiserade bedömningsinstrument; • ESAS-r - symtomskattning av olika symtom • IPOS – skattning av fysiska, psykologiska, sociala och existentiella områden. • IPOS- demens • VAS, NRS och Abbey Pain Scale-smärtskattning • ROAG-riskbedömning för munhälsa • RAPS-riskbedömning för trycksår • DRFI-riskbedömning för fall • MNA-riskbedömning för undernäring Sjuksköterskan ansvarar för bedömning, förskrivning och uppföljning av behandlande madrass enligt gällande riktlinje om patienten har risk för eller har trycksår. - Vårdpersonalen är bekant med förändring i sjukdomstillståndet och kan larma om förändring sker. - Stor del ligger i kompetens hos närmaste omvårdnadspersonal. - Finns ett pärm med lite information om förändringar hos patienterna. - Brukarkollegium. Dock ej fokus på det medicinska bara.			Sprida goda rutiner mellan kommunerna.	
--	--	--	--	---	--

Används skattningsformulär för att regelbundet utvärdera behov och insatta åtgärder med validerade instrument som exempelvis IPOS, ESAS, Abbey Pain Scale?			Falskt positivt gap i regionalprimärvård, ev även i	- Förtydliga syftet med ett skattningsinstrument , hur det används och tolkas. - Tydlig arbetrutin att de som är närmast patienten använder skattningsformulär, dialog om hur detta ska tas upp på rondan. - Säkerställa hur info om skattningen blir synligt i NPÖ, åt båda hållen.	3	A
	Regional primärvård: 10% ja, 20% delvis; 10% vet ej, 60 nej.					
	Specialiserad vård: 10% ja, 40% delvis; 30% nej; 20% inte relevant på min enhet. Kommentarer: - Tyvärr eftersatt arbete med skattningskalor. Bedömning sker regelbundet i kontakt med patienten under hela vårdtiden men inte systematiskt. - Få instrument är validerade för barn. - Abbey pain scale. - Oklart vilka som används.			Nej.		

	Kommunal primärvård: 60% ja; 25% ibland; 10% vet inte; 3 nej Kommentarer: - Aps påbörjat att det ska användas regelbundet - Abbey pain scale - Detta görs men vet ej om det finns ett etablerat arbetssätt - Abbey pain scale - Pärm finns för såna information - Använder VAS-skalan vid skattning av smärta. - Instrument så som Abbey Pain Scale eller ROAG används. Andra nämnda instrument (IPOS ESAS) är okända - Abbey Pain Scale, NRS, VAS - Abbey pain, ESAS - Det finns med följs inte alltid fullt ut. - Esas samt Abypain scale finns att ta till, ej väl inarbetad rutin - Kanske finns en rutin men som inte används - Abbey Pain Scale - Används endast abbey pain scale - Abbey Pain Scale och ESAS - Abbey pain scale används oftast. - Abby Pain Scale - Abbet pain scALE esas - abbey pain scale - uppfattar att sjuksköterskorna använder bedömningsinstrument men vet ej exakt hur - esas, abbey pain scale - Abbey Pain Scale, ESAS, ROAG - ESAS oftast - Abbey pain scale - ESAS, Abbey pain scale - Abbey Pain Scale					
Block J: Beslut: Finns fortsatt palliativt vårdbehov?						

Efter förnyat ställningstagande om palliativt vårdbehov upprättas/revideras vårdplan efter ev. nya identifierade behov?				Viktigt att alltid planera för en uppföljning. Plan för hur dokumentera detta - se ovan.	2	A
	Regional primärvård: 40% ja, 40% delvis; 20% vet ej					
	Specialiserad vård: 10% ja, 15% delvis; 10% vet inte; 30% nej; 35% inte relevant på min enhet. Kommentarer: - Detta görs via palliativa enheten - Ingen rutin i nuläget r/t nytt journalsystem. - Saknas vårdplan i Cosmic. - Vårdplan följs ej enligt journalen. Men planering omkring patienten finns.			Ja		
	Kommunal primärvård: 70% ja; 15% delvis; 10% vet inte; 5% nej Kommentarer: - Beroende på förändringar uppdateras vårdplanen vid behov - Det tas upp på rond alt vid behov med ansvarig läkare - Kan finnas men är för mig okänt. - Förändrat vårdbehov med tillhörande åtgärder - Ja det finns rutin att vårdplan ska upprättas och uppdateras, det kanske inte alltid görs så som det borde. Vårdplan upprättas oftast sent . - Får lägga till sökord ibland - Palliativt sent skede skriver vi ofta och i samma vårdplaner som sjuksköterska. - Om det står skrivet någonstans vet jag inte. Alla ssk skall ändra i vårdplanen när behovet ändras					
Block K: Beslut: Föreligger sjukdomsprogress med begränsad förväntad överlevnad?						

• Ja; fortsatt till (L). • Nej; återgå till (H)						
Block L: Genomför åtgärder vid brytpunkt till vård i livets slutskede och dokumentera brytpunktssamtal.						
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.			Befintlig rutin som finns i överrenskommelsen men följs inte alltid då den inte är tillräckligt spridd. Ffa beträffande huret.	Se över rutiner för övergång till palliativ vård i livets slutskede.	2	A
	Regional primärvård: 90% ja, 10% delvis					
	Specialiserad vård: 65% ja, 25% ibland; 5% nej; 5% inte relevant på min enhet. Kommentarer: - Kan förbättras. - Ofta blir det med anhöriga då patienten ofta är sövd och ligger i respirator.					

	Kommunal primärvård: 60% ja; 35% ibland; 5% vet Kommentarer: - Hos vissa läkare finns brister i kännedom om hur rutinerna för palliativ vård och brytpunktssamtal ser ut i region Örebro. Det finns även brister i kompetensen hos vissa läkare att genomföra brytpunktssamtal. Det blir stora konsekvenser för patienter och närstående när detta inte fungerar. - Har sällan kontakt med läkare - Samarbetet med läkare på vårdcentralen har ej fungerat fullt ut - Patienterna är svårt demenssjuka och kan inte föra ett samtal. Omsorgspersonal och ssk som känner patienterna kommunicerar med dem istället. Däremot har läkaren brytpunktssamtal med anhöriga och då är ssk och obland omvårdnadspersonal med. - Med bristande innehåll - Det sker inte alltid i den utsträckning som det ska. - Inte alltid lätt att få ut en läkare till boendet från VC.					
Är flera i teamet runt patienten närvarande vid brytpunktssamtalet?			Inget reellt gap identifierat.			
	Regional primärvård: 40% ja, 50% delvis, 10% vet inte Kommentar: På boende är ssk med.					
	Specialiserad vård: 25% ja, 50% ibland; 20% nej; 5% inte relevant på min enhet. Har utskrivningssamordnaren möjlighet är denne med.			Vi har som krav att brytpunktssamtal skall vara genomfört. Vid behov har vi ett nytt sådant.		

	Kommunal primärvård: 25% ja; 55% ibland; 15% vet inte; 5% nej Kommentarer: - Oftast är det SSK och läkaren med patienten och anhöriga, vid behov annan omsorgspersonal. - Om ssk tillfrågar arbetsterapeut vid hembesök för inskrivning i palliativ vård, kan arbetsterapeut följa med, vilket oftast är jättebra. Men det finns ingen rutin på detta.					
Säkerställs fortsatt personcentrerad palliativ vård i livet slutskede trots sviktande autonomi.			Inget gap identifierat. Vård ges i första hand utifrån patientens önskan, men anpassasrelaterat till närståendes och vårdpersonalen perspektiv utifrån det som bedöms som patientens bästa.	Viktigt att det dokumenteras hur besluten tagits, vad som ligger bakom taget beslut.	2	A
	Regional primärvård: 40% ja, 10% delvis; 50% vet inte					
	Specialiserad vård: 35% ja, 35% ibland; 20% vet inte; 10% inte relevant på min enhet.					

	Kommunal primärvård: 45% ja; 40% ibland; 10% vet inte; 5% nej Kommentarer: - Beroende av vilka som är i tjänst samt dokumentation och information. - Tror inte att alla har utbildning kring ämnet palliativ vård då många är timvikarier - Kan brista i kunskap hos viss omvårdnadspersonal - Tror inte att det är känt av alla. - Vi genomgår stor personaltillsättning och alla är inte insatta. - Ja alltid på "min" enhet men sedan så förekommer brister i kompetens hos baspersonal. - Då omvårdnadspersonal och ssk ibland inte har kännedom om varandra är det inte alltid känt om hur patientens individuella behov ser ut. - Ibland är det utmaningar i och med personalomsättning. Viktigt att personalen känner patienten och anhöriga. - Sjuksköterskan leder omv. personal i arbetet. - Oftast, men ibland går det så fort så man inte hunnit ta reda på alla behov i detalj					
Dokumenteras vårdplan med omvårdnadsbehov						
	Regional primärvård: 20% ja, 10% ibland; 20% vet inte; 20% inte relevant på min enhet. Komentarer: - Sköterskorna dokumenterar - Det görs i kommunens journalsystem Treserva.		Omvårdnadsplan dokumenteras i kommunal HS.			

	Specialiserad vård 20% ja, 10% ibland; 20% vet inte; 20% inte relevant på min enhet. Komentarer: - Sköterskorna dokumenterar - Det görs i kommunens journalsystem Treserva.					
	Kommunal primärvård: 70% ja; 25% ibland; 5% nej; 5% vet inte Kommentarer: - Tror inte det - Finns förbättringspotential - Sjuksköterskan dokumenterar - Dock inte i vårdplan. - Oftast kommer det ett övergripande omvårdnad som gälla till alla. - Det dokumenteras inte alltid. Omvårdnadsbehov brukar främst ske att vårdpersonal tar direkt kontakt, - Ibland uppdateras inte vårdplaner till en skriftlig palliativ vårdplan men personalen får muntlig instruktion och standard checklista av förväntade åtgärder vid vård av personer i livets slutskede - Dokumenteras alltid men inte alltid i vårdplanen - Ibland blir förloppet snabbt och man hinner inte - Jag har inte sett någon sådan dokumentation.					
Informeras patient och närstående om kontaktvägar dygnet runt			Inget reellt gap finns.			
	Regional primärvård: 70% ja, 30% vet inte		Rutier och riktlinjer finns	Se till att befintliga riktlinjer är lätta att hitta.		
	Specialiserad vård: 60% ja, 10% ibland; 15% nej; 15% inte relevant på min enhet.		Tveksamt om svaren stämmer, troligtvis fler som lämnar telnummer till avdelning			
	Kommunal primärvård: 80% ja; 5% ibland; 5% nej; 5% vet inte; 5% inte aktuellt för min verksamhet.		Oklart om alla kommuner har ett kontaktnummer att lämna ut.	Ta reda på om ett kontaktnummer till samtliga kommuner i livets slutskede.		

Ordinera vedertagna palliativa vid behovsläkemedel enligt nationellt vårdprogram samt utifrån aktuella symtom och förväntade behov.						
	Regional primärvård: 100% ja					
	Specialiserad vård: 50% ja, 20% ibland; 20% nej; 10% inte relevant på min enhet.			Tydliggöra att det finns ett vid behovspaket i Cosmic.		
	Kommunal primärvård: 90% ja; 5 % nej; 5% vet inte					
Finns lokala föreskrifter och rutiner inför förväntat dödsfall?						
	Regional primärvård: 100% ja					
	Specialiserad vård: 85% ja, 5% ibland; 5% vet inte; 5% inte relevant på min enhet.					
	Kommunal primärvård: 90% ja, 5% till viss del, 5% vet inte Kommentarer: - För det mesta tycker jag det fungerar bra - Det ligger information om detta i "Palliativ pärm" som finns i enheten - Finns rutiner för detta, ny personal måste informeras. - Vid hög personalfrånvaro kan vissa delar fallera - Rutinen kring att ta hand om avliden är väldigt bra med olika punkter att bocka av. - Finns checklista vid dödsfall					
Block M: Omhändertagande då patienten dör						
Informeras närstående om dödsfallet och besvaras eventuella frågor.			Frågor från närstående tas upp vid efterlevandesamtalet.			
	Regional primärvård: 60% ja; 20% vet inte; 20% inte relevant på min enhet.					

	Specialiserad vård: 70% ja; 10% ibland; 5% nej; 5% vet inte; 10% inte relevant på min enhet.					
	Kommunal primärvård: 85% ja; 7,5% ibland; 7,5% vet inte					
Informera om möjlighet till efterlevandesamtal [13].			Erbjudande om efterlevandesamtal är sker inte rutinmässigt på alla avdelningar/kliniker (inns rutin för onklogen och palliativa enheten). Det finns bra stöd för att genomföra efterlevandesamtal i Palliativa registret.	Se över att det är lätt att hitta material, samt att göra det lätt att hitta på vårdgivarwebben.	3	A
	Regional primärvård: 20% ja; 20% ibland; 40% vet inte; 20% inte relevant på min enhet.					
	Specialiserad vård: 30% ja; 40% ibland; 5% nej; 10% vet inte; 15% inte relevant på min enhet.					
	Kommunal primärvård: 75% ja , 15% ibland , 10% vet inte					
Block N: Registrering i Svenska palliativregistret			Registrering ska inte ske regional primärvård. Önskemål att specialiserad vård registrerar mer.	Större täckningsgrad behövs för att få tillförlitliga data för uppföljning.. Dialog med berörda verksamheter kring detta. (tid att registrera ca 5-20 min).	1	A
	Regional primärvård: 20% nej; 40% vet inte; 40% inte relevant på min enhet. Kommentarer: kommunen registrerar där. - Registrering i Palliativregistret sker av kommunens sjuksköterska. - Det görs av hemsjukvården och SÄBO.			Nej, vi registrerar inte.		
	Specialiserad vård: 40% ja; 10% ibland; 5% nej; 25% vet inte; 20% inte relevant på min enhet.					
	Kommunal primärvård: 77%, 10% ibland, 10% vet inte, 5% nej					

Block O: Efterlevandestöd						
Genomförs 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 efter dödsfallet. - Erbjud eller hänvisa till stöd om så inte är fallet. - Återkoppla närståendes reflektioner till enheten enligt enhetens rutin för förbättringsarbete.						
	Regional primärvård: 30% ja; 20% ibland; 40% vet inte; 10% inte relevant på min enhet Kommentar: - När det gäller efterlevandesamtal så genomförs dessa av kommunens sjuksköterska					
	Specialiserad vård: 50% ja, 5% ibland; 10% nej; 5% vet inte; 30% inte relevant på min enhet.					
	Kommunal primärvård: 50% ja, 20% ibland, 25% vet inte, 5% inte relevant på in enheten					
Informera närstående om möjlighet att fylla i närståendeenkät från Svenska palliativregistret . Ge tillgång till länk eller pappersformulär.			Närstående vill gärna kunna få möjlighet att ge återkoppling. Bra kvalitetssäkring för verksamheterna att få återkoppling om hur närstående upplevt vården - en möjlighet för de verksamheter som så önskar.	Kräver registrering i Palliativa registret för att kunna skicka enkäten. Dialog om detta ska implementeras ffa i Örebro läns kommuner.	3	A
	Regional primärvård: 20% nej; 40% vet inte; 40% inte relevant på min enhet.					

	Specialiserad vård: 5% ja, 5% ibland; 35% nej; 20% vet inte; 35% inte relevant på min enhet.					
	Kommunal primärvård: 35% ja, 20% ibland, 30% vet inte, 15% nej.			Närståendekäten är anonym och frivillig att besvara. Därför kan den skickas till närstående som är involverade utan att först behöva tillfråga dem. Flera närstående får därmed möjlighet att själva välja om de vill delta och dela med sig av sina synpunkter.		