

Kavat Vård



Från tråd till mantel

Ett projekt för att utveckla den palliativa vården
på särskilda boenden i Stockholm



Cario

Från tråd till mantel rapport 2024

Ett projekt för att utveckla den palliativa vården på särskilda boenden i Stockholm

Text: Jonas Bergström tillsammans med Linda Martinson och Cecilia Enockson

Illustrationer: Caphio och Palliativt kunskapscentrum i Stockholms län

Innehåll

Sammanfattning	3	6. Diskussion	17
Ordlista	4	6.1 Allmän och specialiserad palliativ vård	17
1. Inledning	5	6.2 Teamarbete på SÄBO	17
2. Bakgrund	6	6.3 ASIH:s funktion på SÄBO	19
2.1 Palliativ vård i siffror	6	6.4 Närståendedelaktighet	20
2.2 Palliativ vård	7	6.5 Efterlevnadssamtal och omhändertagande av närstående efter dödsfall	20
2.3 Kommunalt och regionalt ansvar	7	6.6 Uppföljning av dödsfall och registrering i Svenska palliativregistret	20
2.4 Förutsättningar och kontext	7	6.7 Palliativa ombud	20
3. Projektets uppkomst och struktur	8	6.8 Hålla kunskapen levande	21
3.1 Syfte och målsättning	8	6.9 Framtaget kunskapsmaterial	21
Projektgrupper	9	6.9.1 Checklista palliativa vårdbehov	21
3.2 Urval	10	6.9.2 Screeningverktyg	21
3.3 Mötesstrukturer under projektet	10	6.9.3 När livet lämnar	21
4. Genomförande	11	7. Mantelmodellen	22
4.1 Intervention	11	8. Rekommendationer	23
4.2 Palliativa ronder	11	9. Nästa steg	24
4.3 Workshop	12	9.1 Manteldiplomering	24
5. Effekt på medarbetare	13	9.2 Kurage genom kompetens	24
5.1 Metod	13	9.3 Digitalt palliativt specialistteam	24
5.2 Resultat av enkäterna	13	10. Vetenskaplig förankring	25
5.3 Resultat av intervjuer och fritextsvar i enkäterna	14	Slutord	26
5.3.1 Kompetens	15	Referenser	27
5.3.2 Mandat	15	Bilagor	29
5.3.3 Ansvar	16	Bilaga A	29
5.4 Medarbetarskap	16	Bilaga B	30
		Bilaga C	32

Sammanfattning

Projektet *Från Tråd till Mantel* har haft i syfte att utveckla den palliativa vården på särskilda boenden (SÄBO) i Stockholm. Projektet genomfördes mellan åren 2021 och 2024 och resulterade i Mantelmodellen, som är en strukturerad metod för att identifiera och tillgodose palliativa vårdbehov, med särskilt fokus på teamarbete och utbildning.

Palliativ vård har traditionellt fokuserat på vård i livets slutskede, men omfattar numera vård i ett tidigare skede för patienter med obotliga sjukdomar. Trots att palliativ vård är viktig för att förbättra livskvaliteten hos dessa patienter är vården i Sverige ojämlig, där exempelvis yngre patienter och patienter med cancer ofta får bättre vård än äldre och de med andra diagnoser. Projektet initierades för att adressera denna ojämlighet och stärka den palliativa kompetensen på SÄBO.

Fem särskilda boenden deltog i projektet, där palliativa ronder och workshops ledda av ett specialistteam utgjorde kärnan i interventionen. De palliativa ronderna syftade till att identifiera palliativa vårdbehov tidigt och skapa en vårdplan för varje patient. Workshops användes för att utbilda personalen och främja teamarbetet.

Mantelmodellen, som utvecklades genom projektet, består av sex komponenter:

Checklista för palliativa vårdbehov: Används för att förbereda och genomföra palliativa ronder, vilket säkerställer ett strukturerat vårdförlopp.

Palliativa ombud: Ansvarar för att sprida kunskap om palliativ vård och stödja kollegor.

Screeningverktyg: Hjälper till att identifiera patienter med palliativa vårdbehov, särskilt i ett tidigt skede.

Palliativa ronder: Regelbundna möten där teamet diskuterar och planerar vården för patienter med palliativa behov.

Workshops: Utbildningssessioner som stärker teamets kompetens.

Tillgång till palliativt specialistteam: Ett specialistteam som kan konsulteras vid behov.

Projektet visade på vikten av tydligt ansvar och mandat för olika yrkesgrupper inom palliativ vård. Sjuksköterskan identifierades som central i att leda teamarbetet och samordna vårdinsatserna. Ett välfungerande teamarbete är avgörande för att kunna erbjuda högkvalitativ palliativ vård. Projektet betonade också behovet av att förbättra samarbetet mellan olika vårdprofessioner och att tydliggöra rollerna för specialistteam, såsom ASIH.

Mantelmodellen har potential att implementeras på fler vårdnivåer och i andra regioner. Kavat Vård planerar att införa modellen i alla sina verksamheter under 2025. Dessutom pågår utvecklingen av ett digitalt arbetssätt för att erbjuda palliativa specialistkonsultationer på distans, vilket skulle kunna bidra till en mer jämlik palliativ vård över hela landet.



Från tråd till mantel

Sammanfattningsvis har projektet *Från Tråd till Mantel* bidragit till att skapa strukturerade och hållbara arbetssätt inom palliativ vård på SÄBO, med Mantelmodellen som en central komponent för att förbättra vårdkvaliteten och säkerställa att palliativa vårdbehov identifieras tidigt och hanteras effektivt.

Ordlista

I denna rapport används följande begrepp med angiven innebörd.

Omsorgspersonal Undersköterskor och vårdbiträden.

Palliativa vårdbehov Behov av vård och stöd som syftar till att lindra lidande och förbättra livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada, inkluderande fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt stöd till närstående.

Palliativ vård Hälso- och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada och som innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående.

Allmän palliativ vård Allmän palliativ vård ges till patienter vars behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kunskaper och kompetens i palliativ vård.

Specialiserad palliativ vård Specialiserad palliativ vård ges till patienter med komplexa symtom eller vars livssituation medför särskilda behov och utförs av ett multiprofessionellt team med särskild kunskap och kompetens i palliativ vård. Denna vård erbjuds inom en specialiserad palliativ verksamhet eller inom en enhet med allmän palliativ vård med stöd från ett palliativt team.

Brytpunktsamtal Samtal mellan läkare och patient om ställningstagandet att övergå till palliativ vård i livets slutskede, där innehållet i den fortsatta vården diskuteras utifrån patientens tillstånd, behov och önskemål.

Seminarium Används i löpande text i stället för och i samma betydelse som workshop.

Efterlevandesamtal Ett samtal som äger rum en tid (cirka 6–8 veckor) efter dödsfallet. Efterlevandesamtal är skilt från det samtal som ofta sker i samband med dödsfallet.

Efterlevandestöd Stöd i sorgprocessen om närstående har ett sådant behov. Ska ges av den som har specifik kompetens inom området.

SÄBO Förkortning av särskilt boende för äldre. En boendeform som kommuner enligt SoL ska erbjuda äldre människor som behöver särskilt stöd. Vid dessa kan omfattande service och vård förekomma dygnet runt. Till särskilda boendeformer för service och omvårdnad hör boenden där kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar.

Hälsopersonal Paramedicinsk personal såsom fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator och logoped. På särskilt boende finns enbart fysioterapeut och arbetsterapeut, varför dessa två yrkeskategorier avses med hälsopersonal i denna rapport.

Kontaktman Kontaktmannens huvuduppgift är att säkra upp och stödja den äldre så att denne får en trygg omsorg och vård utifrån beviljade insatser, behov och önskemål. Kontaktmannen ansvarar också för att upprätta en genomförandeplan. Kontaktmannen tillhör omsorgspersonalen.

HSL Hälso- och sjukvårdslagen

SoL Socialtjänstlagen

ASIH Avancerad sjukvård i hemmet

SPSV Specialiserad palliativ slutenvård

1. Inledning

Denna projektrapport är en sammanfattning av flera års arbete med målsättningen att utveckla den palliativa vården på särskilda boenden i Region Stockholm.

Pandemiåren 2020–2022 ledde till att begreppet palliativ vård ifrågasattes och fick en negativ klang. Det kan därför idag vara en utmaning för hälso- och sjukvårdspersonal att använda sig av begreppet ”palliativ” utan att negativa associationer uppstår. Det råder även en begreppsförvirring kring vad palliativ vård innebär, inte enbart bland patienter och närstående. Även vårdpersonal har olika uppfattningar kring begreppets innebörd och vad det står för.

Flertalet rapporter har fastslagit att den palliativa vården är ojämlig: yngre patienter får bättre vård än äldre, patienter inskrivna inom specialiserad palliativ vård får bättre vård än patienter inskrivna inom allmän palliativ vård, och patienter med cancerdiagnoser får bättre palliativ vård än andra diagnosgrupper.

Tillgången till kunskap kring palliativ vård är idag stor, inte minst tack vare alla digitala utbildningar som finns att tillgå. Dessa innehåller dock sällan konkreta arbetssätt för att omsätta kunskapen i praktiken. Att hitta ett svar på hur detta kan ske har varit ett av de huvudsakliga syftena med projektet ”Från tråd till mantel”, som drivits i samverkan mellan Capio Äldre Mobil Vård och Kavat Vård med ekonomiskt stöd från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i region Stockholm.

Den sammanvägda kunskapen från insikter i projektet i kombination med befintliga styrdokument har mynnat ut i en arbetsstruktur för palliativ vård – Mantelmodellen. Modellen är ett konkret verktyg för verksamheter som bedriver allmän palliativ vård, och som avsevärt förbättrar möjligheten att ge likvärdig vård för en av vårdens sköra målgrupper – äldre med palliativa vårdbehov. Mantelmodellen är skalbar, tillämplig på olika vårdnivåer samt regionoberoende, och utgör ”svaret på huret”.



2. Bakgrund

2.1 Palliativ vård i siffror

I Sverige dör cirka 90 000 personer varje år och 80 % av dessa uppskattas ha ett behov av palliativ vård (Socialstyrelsen, 2016). Fram till år 2031 beräknas gruppen 85 år och äldre öka med 64 % jämfört med år 2022, och antalet geriatriska vårdtillfällen förväntas nästan fördubblas (Hälsö- och sjukvårdsförvaltningen, Vård av äldre - kartläggning, nulägesanalys och prognos till 2031, 2023). Detta kommer innebära ett stadigt ökande behov av palliativ kompetens på alla nivåer i vårdkedjan.

Ungefär 40 % av dödsfallen sker på SÄBO. För i stort sett alla äldre som beviljats plats på SÄBO blir detta det sista boendet. Palliativa vårdbehov kan därför sägas vara SÄBO:s kärnverksamhet. Trots detta blir fokus och förväntningar, både i avtal och boendenas dagliga verksamhet, ofta på andra värden såsom tillfrisknande, återhämtning och aktivitet. Denna otydlighet kan skapa en felaktig förväntan hos både boende, närstående och medarbetare kring vårdens och omvårdnadens innehåll. Det väcker också frågor kring vilken kompetensprofil personalen bör ha.

Redan i december 2006 publicerade Socialstyrelsen data som konstaterade att det finns ett behov av såväl kompetensutveckling som fortsatt utbyggnad av den palliativa vården,

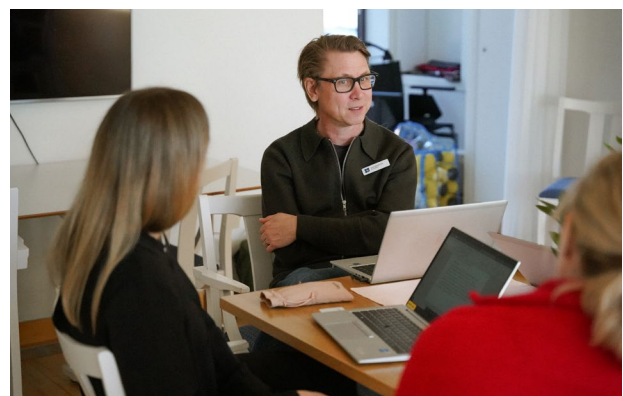
eftersom både dess kvalitet och innehåll varierade över landet. Det största utvecklingsbehovet angavs finnas inom kommunernas vård- och omsorgsboende där den palliativa vården var som minst utbyggd och i störst behov av förändring.

Trots att snart 20 år har gått sedan dess fortsätter rapporteringen om den ojämlika tillgången till god palliativ vård. Det påtalas att specialistkompetensen är ojämlikt fördelad och finns inte där flertalet av patienter med palliativa vårdbehov finns. SKR:s rapport *Palliativ vård i SÄBO* från 2020 uppmärksammar att yngre patienter får bättre vård än äldre, patienter med cancer får bättre vård än patienter med demenssjukdom, patienter som får specialiserad palliativ vård får bättre vård än patienter som får allmän palliativ vård och att alla som dör inte får del av palliativ vård som skulle kunna göra nytta. Cancerfondens rapport från 2024 uppmärksammar liknande utmaningar – det är påtagligt att den palliativa vården är ojämlikt fördelad i Sverige.

Efteranalyser av pandemin pekar tydligt på att den medicinska och omvårdnadsmässiga kompetensen inom äldreomsorgen behöver förstärkas, både för att förbättra de medicinska insatserna, men även för att hela teamet kring patienten ska kunna skapa en gemensam målbild vilket är särskilt viktigt när målet med vården fokuserar på palliativa vårdbehov. Att den medicinska kompetensen behöver förstärkas har även påpekats av Socialstyrelsen (Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede 2013, utvärdering 2016), Nationella vårdkompetensrådet (Pandemin och kompetensförsörjningen, 2020), SKR (Palliativ vård i SÄBO, 2020) och Myndigheten för vård och omsorgsanalys (rapport 2021:7).

Den ojämlika palliativa vården illustreras exempelvis genom antalet akutinläggningar av patienter i livets slutskede på akutsjukhus. Förutom det individuella lidandet uppskattas ca 30 procent av kostnaderna inom akutsjukvården nyttjas av den femprocentiga grupp som dör samma år. I Stockholms län har nästan var tredje patient (32%) som slutligen avled på SÄBO skickats in till akutmottagning den sista månaden i livet, och en merpart av dessa (27%) lades också in på sjukhuset. Var sjunde patient från SÄBO (14%) avled på sjukhus och inte på sitt boende. (Salaj et al, 2023)

Orsaker till att patienter skickas in akut i livets slutskede kan vara att palliativa vårdbehov inte identifierats, en palliativ vårdplan inte upprättats i tid, att den befintliga planen inte är känd eller att planen inte följs. Då medicinsk personal inte är på plats dygnet runt på SÄBO finns därför ett stort behov av struktur och systemstöd för omsorgspersonalen. Det är även avgörande med en hög kompetens inom palliativ vård hos vård- och omsorgspersonalen som arbetar inom den kommunala äldreomsorgen.



2.2 Palliativ vård

Begreppet palliativ vård har historiskt förknippats med vård i livets slutskede av personer med cancersjukdom och komplexa symtom. Utifrån detta synsätt utvecklades WHO:s definition av palliativ vård. Men även en äldre och skör person med en kroniskt progredierande sjukdom, t.ex. hjärtsvikt eller demenssjukdom, kommer få palliativa vårdbehov. Under de senaste åren har därför begreppet palliativ vård kommit att omfatta allt fler diagnosgrupper och även implementeras tidigare i sjukdomsförloppet, ofta parallellt med aktiv behandling. Detta är även tydligt i den nyare definitionen av palliativ vård som International Association for Hospice and Palliative Care formulerade 2019, som fokuserar på lidande snarare än på sjukdom eller prognos.

2.3 Kommunalt och regionalt ansvar

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet är ett delat ansvar mellan stat, region och kommun.

Kommunerna har genom Ädelreformen sedan 1992 ansvar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt personer i vissa boendeformer förutom den hälso- och sjukvård som ges av läkare. Kommunal hälso- och sjukvård som bedrivs på ett äldreboende innebär således vård upp till och med sjuksköterskenivå.

Regionerna ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen samt verka för en god hälsa hos befolkningen. I region Stockholm tillgängliggör regionen läkarinsatser på SÄBO genom ett vårdval.

En sammanhållen överenskommelse om vård och omsorg mellan Region Stockholm och kommunerna i Stockholms län från 2020 finns upprättad, och innehåller skrivningar om samverkan kring den palliativa vården i Stockholm. Här finns beskrivningar som ålägger båda huvudmännen att följa nationella kunskapsstöd och tydliggör vilken ansvarsfördelning sjuksköterskan och läkaren har när patienten befinner sig i livets slutskede. Fokus blir oftast på det absoluta slutskedet av livet, och inte på de palliativa vårdbehov som i flertalet fall kan identifieras redan vid inflyttning.



Palliativ vård

Vård- och omsorgsinsatser i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada och som innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående.

2.4 Förutsättningar och kontext

När en äldre persons omsorgsbehov ökar och förmågan att bo hemma sviktar har denne möjlighet att ansöka om särskilt boende. En biståndshandläggare bedömer ansökan och meddelar efter utredning beslut enligt Socialtjänstlagen. Dessa beslut tas utan medicinska hänsyn även om ökade medicinska behov oftast också leder till ett större omvårdnadsbehov.

Vid inflyttning på SÄBO i Stockholm överförs det medicinska ansvaret till den läkarorganisation som har en lokal överenskommelse med kommunen. Det är i teorin möjligt att behålla sin ordinarie husläkare vid flytten, men rekommendationen är att lista om sig till den läkarorganisation som är kopplad till boendet. Boendets sjuksköterska har medicinskt ansvar upp till och med sjuksköterskenivå.

Vården och omsorgen på boendet sköts av ansvarig sjuksköterska tillsammans omsorgspersonal. Läkaren rondar boendet minst 1 gång/vecka och vården som bedrivs ska ligga på primärvårdsnivå. Detta kan skapa utmaningar, då många äldre på särskilt boende har större och mer komplexa vårdbehov än gängse primärvårdspatienter. En annan utmaning utgörs av att läkaren och sjuksköterskan har olika huvudmän (region och kommun) och representerar olika vårdgivare. Samtidigt ska de samverka runt patienten och tillsammans med omsorgspersonalen ge en sömlös och kvalitativ vård.

3. Projektets uppkomst och struktur

Med start under hösten 2022 inledde Capio Äldre och mobil vård tillsammans med Kavat Vård ett tvåårigt samarbetsprojekt för att finna vägar framåt att utveckla den palliativa vården på särskilt boende – *Från Tråd till mantel*.

3.1 Syfte och målsättning

Syftet med projektet var att höja den palliativa kompetensen inom Kavat Vårds särskilda boenden, där Capio Äldre och Mobil Vård står för läkarinsatserna.

Målsättningen var att hitta hållbara och skalbara arbetssätt kring utbildning och samverkan, definiera ASIH:s roll inom kommunal äldreomsorg, samt överbygga de hinder som det dubbla huvudmannskapet utgör. För att kunna följa utvecklingen av interventionen på organisationsnivå upprättades en projektplan där styrgrupp, projektgrupp och expertgrupp enades om att utvärdera följande områden efter projektets slut.

Patient/närstående: andel brytpunktsamtal, andel ordinerade vidbehovs-läkemedel i livets slut, tidpunkten för genomförande av brytpunktsamtal, förtydligande ASIH:s roll i den allmänna palliativa vården

Medarbetare: kunskapsnivå, trygghet att hantera och tala om döden, följsamhet till överenskomna kommunikationsvägar, teamsamverkan

Hälsoekonomiska effekter: antal slutenvårdsdygn under livets sista 30 dagar, personalomsättning, sjukfrånvaro

För att säkerställa vetenskaplig förankring instiftades en doktorandtjänst i samarbete med Marie Cederschiöld högskola för utvärdering av utbildningsinsatserna. Ett forskarteam kopplat till Karolinska institutet utvärderar de hälsoekonomiska effekterna samt effekt på vårdkvaliteten. Detta arbete pågår och resultaten kommer publiceras kontinuerligt under de kommande åren.

Vidare anställdes en specialistläkare inom geriatrik och palliativ medicin, samt en specialistsjuksköterska i palliativ vård till det palliativa specialistteamet.

Projektet planerades i fyra faser från förberedelser via intervention och utvärdering till spridning och kunskapsöverföring av projektets insikter.

En projektplan med tydlig planering och struktur skapades av projektledare, och ett antal grupper för styrning och genomförande bildades. En projektgrupp med uppdraget att planera utbildningarna, genomföra interventionen enligt utbildningsplan och därefter analysera och sammanställa resultaten bildades. Styrgruppens primära uppgift var att driva projektet framåt samt disponera resurser och prioritera insatserna. Styrgruppens uppdrag var dessutom att godkänna eventuella avvikelser från projektplanen, föra dialog med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Region Stockholm, samt bistå i sammanställandet av rapporten. Expertgruppens uppdrag var att utgöra en diskussionspart för projektgruppen och styrgruppen i designutformning, kvalitetssäkring av process och analyserna. Finansiering och ekonomiskt stöd erhöles via Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Region Stockholm, Capio Äldre och Mobil Vård, Kavat Vård och Region Stockholms Innovationsfond.



Projektpartners

Capio Äldre och mobil vård
Kavat Vård

Projektgrupp

Jonas Bergström, specialistläkare i geriatrik och palliativ medicin,
Capio Äldre och mobil vård

Linda Martinson, sjuksköterska, Capio ASIH/SPSV

Cecilia Enockson, läkare, Capio Äldre och mobil vård

Lise-Lotte Henretta, kvalitetschef/MAS

Camilla Ekeblom, specialistsjuksköterska i palliativ vård

Expertgrupp

Dag Salaj, äldrevårdsöverläkare, Region Örebro län

Jens Jensen, FoU-chef, docent, Capio St. Görans sjukhus

Fredrik Sandlund, verksamhetschef palliativt kunskapscentrum
Stockholm

Jane Österlind, leg.ssk, lektor, docent i vårdvetenskap,
Marie Cederschiöld högskola

Lise-Lotte Henretta, kvalitetschef/MAS Kavat Vård

Styrgrupp

Linda Martinson, patientområdeschef, Capio ASIH/SPSV

Lise-Lotte Henretta, kvalitetschef, Kavat Vård

Anna Rådesjö, patientområdeschef, Capio Läkarinsatser i SÄBO

Johan Herlin Ejerhed verksamhetschef/medicinskt ansvarig läkare,
Capio Läkarinsatser i SÄBO

Cecilia Enockson, chefläkare, Capio Äldre och mobil vård

Jonas Lundqvist, vice VD, Capio Äldre och mobil vård

Forskning och vetenskaplig förankring

Camilla Ekeblom, Marie Cederschiöld högskola

Dag Salaj, Karolinska Institutet

3.2 Urval

Fem boenden i regi av Kavat Vård valdes ut som projektboenden i samråd mellan kvalitetschef på Kavat Vård och läkarorganisationens medicinskt ledningsansvarige läkare. Vissa boenden är innerstadsboenden medan andra ligger i regionens utkanter. En del har enbart lägenheter för personer med somatisk sjukdom eller demenssjukdom, medan andra har flera inriktningar. Som kontrollgrupp utsågs ytterligare fem särskilda boenden med likartad geografisk placering, patientfördelning och demografi men som drivs av andra utförare. Den gemensamma nämnaren för samtliga boenden är att Capio Äldre och Mobil Vård står för läkarinsatserna, men för kontrollboendena har i övrigt ingen kontakt funnits med projektet.

Övergripande samtliga projektboenden

Samtliga verksamheter leds av en verksamhetschef. Sjuksköterska finns på plats fysiskt måndag till söndag dagtid, övrig tid finns sjuksköterska tillgänglig på avrop via extern sjuksköterskepatrull. Kavat Vård har ett eget mobilt rehabteam som fördelar sin tid på alla SÄBO som drivs av Kavat Vård.



Projektboenden	B1	B2	B3	B4	B5
Lägenheter för personer med somatisk sjukdom	37	27	40	17	9
Lägenheter för personer med demenssjukdom	0	27	24	54	37
Omsorgspersonal med undersköterskeutbildning	100%	85%	94%	71%	83%
Personalomsättning 2023	10%	23%	20%	23%	17%
Boendeomsättning permanenta platser	48%	46%	36%	30%	33%

3.3 Mötesstrukturer under projektet

Under projekttiden genomfördes löpande möten där innehållet i projektet diskuterades, samt fynd och insikter analyserades utifrån ett samskapande förhållningssätt. Då målsättningen med projektet har varit att utveckla ett hållbart arbetssätt, mynnade ett flertal möten ut i insikter som gjorde att projektplanen justerades eller att nya arbetssätt och projekt togs fram. Några exempel på detta är utvecklingen av den *palliativa checklisten*, relevanta *screeningsinstrument* samt framtagandet av den digitala utbildningen *När livet lämnar*.

Möten

Avstämning med HSF	13
Expertgruppsmöten	3
Styrgruppsmöten	20
Projektgruppsmöten	Löpande
Avstämning med SÄBO-läkare	12

4. Genomförande

4.1 Intervention

Interventionen pågick 1 januari 2023 till 31 mars 2024 med ett sommar- och juluppehåll på tre månader, och har bestått av två olika delar:

1. Palliativa ronder ledda av ett specialistteam
2. Enklare timslånga seminarium i form av workshop utifrån fastlagda teman ledda av samma specialistteam

Det palliativa specialistteamet bestod av en specialistsjuksköterska i palliativ vård och en specialistläkare i geriatrik och palliativ medicin. Teamet besökte varje boende var fjortonde dag för att genomföra palliativa ronder och workshop.

4.2 Palliativa ronder

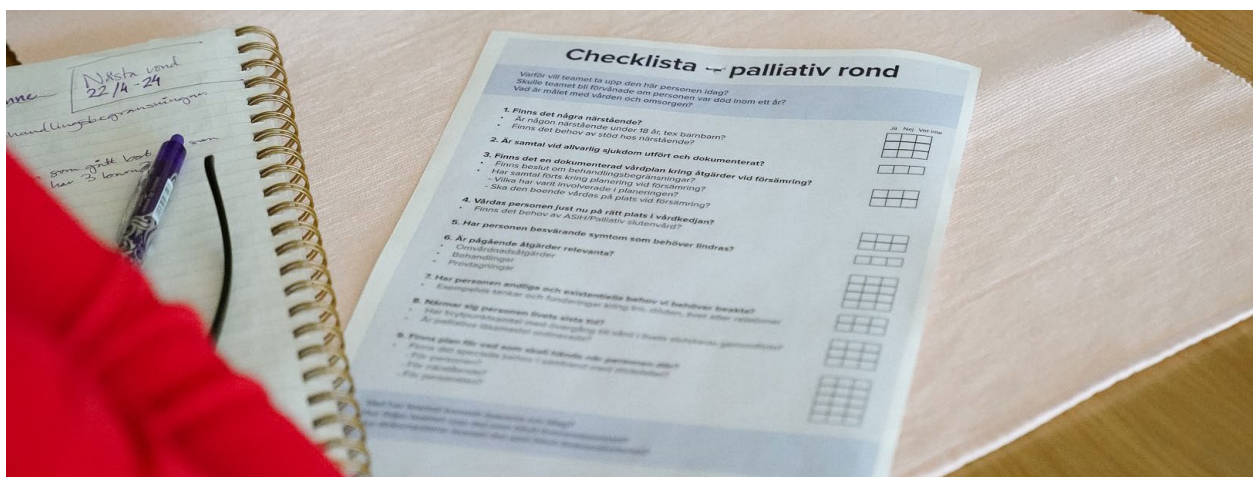
Under projektet har totalt 115 palliativa ronder genomförts efter de ordinarie ronderna. Syftet har varit att tidigt identifiera patienters palliativa vårdbehov. Efter att behoven identifierats har omsorgspersonal, sjuksköterska och läkare från boendet samt det palliativa specialistteamet med hjälp av en checklista fört en strukturerad

diskussion kring den enskildes palliativa vårdbehov. Diskussionen har mynnat ut i en vårdplan som dokumenterats i respektive journal.

I början var det palliativa specialistteamet drivande under de palliativa ronderna, höll i diskussionerna samt formulerade rondens innehåll. Efter hand började vård- och omsorgspersonalen att ta ett allt större eget ansvar för den palliativa rondens och i slutet av projektet ledde ansvarig sjuksköterska ronderna. Under denna fas användes det palliativa specialistteamet som en resurs för att facilitera diskussionerna med stöd av den palliativa checklisten.

Rondens syfte har varit att utnyttja och belysa hela teamets kunskaper, vilket understryker vikten av att så många som möjligt från teamet deltar. Det innefattar omsorgspersonal, läkare, sjuksköterskor och, i möjligaste mån, hälsopersonal. Det har i praktiken visat sig svårt att få med hela teamet på ronderna. Oftast har läkare och sjuksköterska närvarat, men mer sällan omsorgspersonal och endast undantagsvis hälsopersonal. Vid några tillfällen har verksamhetschefer eller biträdande verksamhetschefer medverkat.

Närvaro palliativ rond	Boende 1	Boende 2	Boende 3	Boende 4	Boende 5
Omvårdnadspersonal	25%	38%	42%	22%	70%
Sjuksköterska	67%	91%	92%	100%	96%
Läkare	75%	80%	83%	83%	83%
Rehab	0%	0%	0%	0%	0%
Chef	17%	29%	21%	26%	0%



4.3 Workshop

Projektets seminarier har bestått av sex moduler med tolv olika teman. 111 utbildningstillfällen har genomförts. De sex modulerna har tagit upp olika aspekter av palliativ vård. Strukturen utgick initialt från målbeskrivningen för blivande specialister i palliativ medicin. I tidiga moduler var upplägget av föreläsningarnatur, för att under projektet utvecklas till en diskussionsbaserad dialog med deltagarna.

Upplägget med diskussioner kräver att deltagarna känner sig trygga med gruppen och det palliativa specialistteamet. Vid muntlig utvärdering av

projektet påpekades av deltagarna att det var viktigt med de inledande föreläsningarna för att få en grund att stå på, men att diskussionerna senare i projektet uppskattades särskilt samt bidrog till kunskapsutbyte och samsyn mellan kollegor.

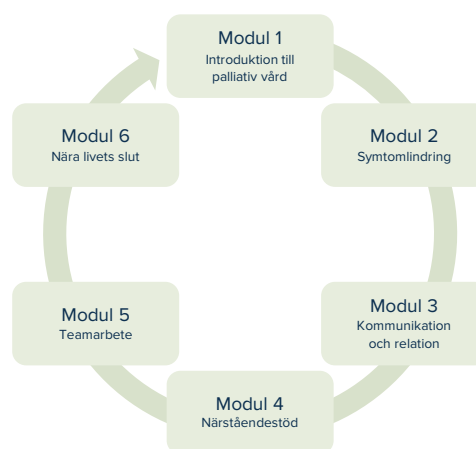
Syftet med seminarierna var förutom att förmedla kunskap också att betona vikten av, samt stärka, teamarbetet. Även om närvaro av samtliga yrkeskategorier var ett tydligt projektmål skilde sig efterlevandet hos de olika professionsgrupperna åt på samtliga projektboenden. Tabellen nedan visar tydligt att omvårdnadspersonalen hade högst representation.

Närvaro workshop	Boende 1	Boende 2	Boende 3	Boende 4	Boende 5
Omvårdnadspersonal	100%	100%	100%	100%	100%
Sjuksköterska	35%	43%	29%	10%	60%
Läkare	5%	38%	10%	5%	30%
Rehab	30%	10%	0%	33%	20%
Chef	40%	33%	29%	5%	5%
Snittnärvaro	5	7	12	9	5

Projektgruppen har under hela projektet efterfrågat kontinuerlig feedback och utvärderingar från kvalitetschef/MAS och verksamhetschefer. Detta bidrog till att innehållet i seminarierna anpassades löpande till målgruppen, bland annat justerades språknivån och texten på presentationerna efter första modulen, då innehållet och språket upplevdes för komplicerat. Utifrån de tidiga fynden kring rädsla att hantera döden och den döda kroppen kompletterades modul 6 med att inte enbart handla om vård nära livets slut, utan även om tiden efter dödsfallet. Modul 5 som handlar om teamarbete upplevdes som mycket viktig av arbetsgruppen, då den betonar och lyfter behovet av att se varandras kompetenser och olika bidrag till vården. Erfarenheterna i projektet visade att modulen "Teamarbete" i framtida versioner borde komma tidigare i utbildningsserien.

Inför de flesta seminarierna fanns förberedelsematerial som deltagarna skulle ha genomfört innan utbildningstillfället, se Bilaga A. Syftet var att arbetsgruppen skulle komma förberedd, och få tid att i förväg reflektera kring frågeställningarna på seminarierna. Under projekttiden visade det sig svårt att få deltagarna

att göra dessa förberedelser. Orsakerna var flera, bland annat tidsbrist, svårigheter att nå ut med informationen till deltagarna, samt svårigheter för medarbetare att manövrera rätt på de digitala plattformar som användes. Hos två av projektets boenden löste man detta genom att i direkt anslutning till själva seminariet gemensamt titta på föreläsningarna, vilket gjorde att medarbetarna såg förberedelsefilmerna men däremot gick miste om själva reflektionen.



5. Effekt på medarbetare

5.1 Metod

Medarbetares uppfattningar och kunskaper kring palliativ vård kartlades genom en kvalitetsmätning i form av enkäter och intervjuer.

Enkäterna (se Bilaga B) arbetades fram i dialog mellan Kavats Vård och Capio Äldre och Mobil Vård, samt med stöd av Marie Cederschiölds högskola. Syftet var att utifrån begreppen ansvar, mandat och kompetens kartlägga medarbetares erfarenheter kring att arbeta med palliativ vård i SÄBO.

5.2 Resultat av enkäterna

Enkäterna genomfördes i anslutning till att projektinterventionen inleddes, och efter att projektinterventionen avslutats. Enkäterna byggde på uppmuntrad frivillighet, besvarades anonymt och distribuerades till projektboendenas

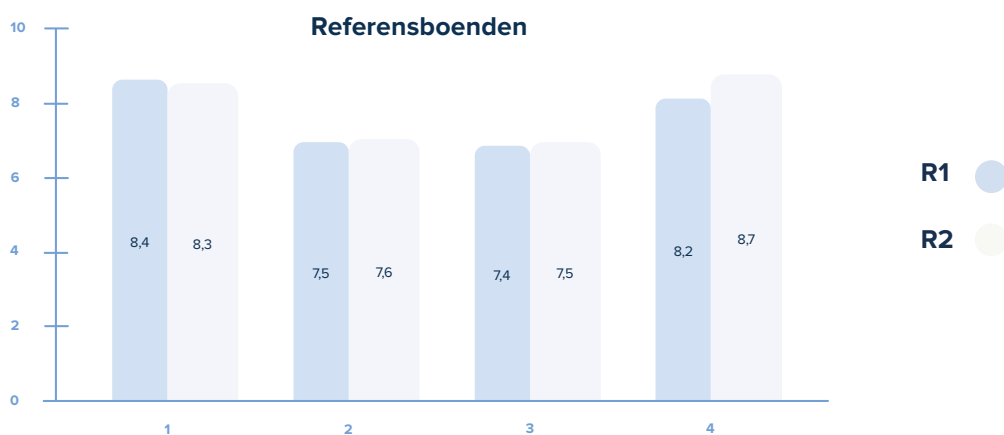
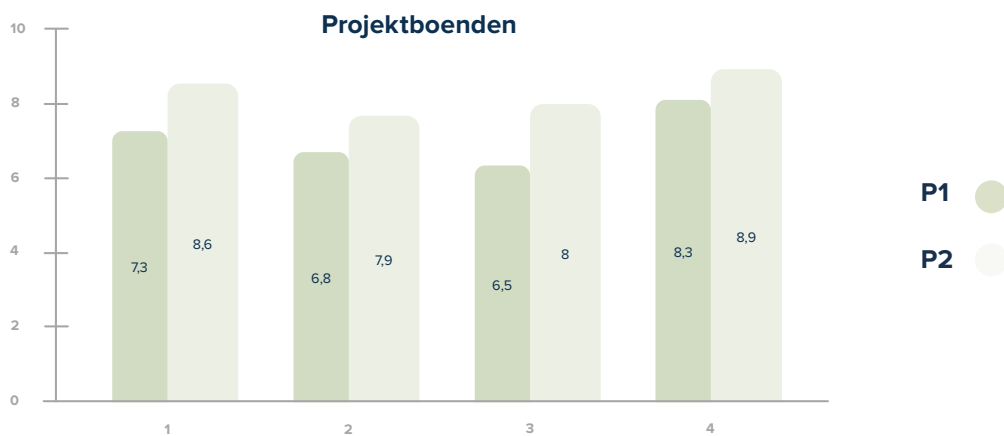
medarbetare: läkare, undersköterskor, sjuksköterskor, hälsopersonal samt chefer. Även de fem kontrollboendena ombads att svara på enkäterna, varav två gav respons och genomförde enkäten i sin personalgrupp.

Enkäterna bestod av fyra rankingfrågor och fem fritextfrågor. I rankingfrågorna ombads medarbetaren att vikta varje fråga från 1 till 10, där 1 motsvarade obefintlig och 10 motsvarade utmärkt.

Enkätsvaren analyserades och sammanställdes av kvalitetschef på Kavats Vård och projektledare på Capio Äldre och Mobil Vård. Det gjordes en kvantitativ analys av enkät svar för att identifiera generella trender och mönster i medarbetares uppfattningar kring palliativ vård och palliativa vårdbehov. I fritextsvaren gjordes även jämförelser mellan olika yrkeskategorier för att undersöka variationer relaterat till yrkeskategori. Resultatet presenteras på kommande sida (s.14).

Mätning	Projektboenden Mätning 1	Projektboenden Mätning 2	Referensboenden Mätning 1	Referensboenden Mätning 2
Antal enheter	5	5	2	2
Tidsperiod	v. 9-11 2023	v. 9-12 2024	v. 18-19 2023	v. 19-20 2024
Totalt antal respondenter	92	81	56	49
Av dessa antal ssk	12	6	Okänt	Okänt
Av dessa antal läk	3	0	0	0





Tabellfrågor

1. Hur bedömer du din kunskap om palliativ vård?
2. Hur trygg känner du dig med att prata om döden med den boende?
3. Hur trygg känner du dig med att prata om döden med närstående?
4. Hur trygg känner du dig med att vårda en boende under de sista dygnet?

Resultatet av rankingfrågorna utgör en spegling av medarbetarnas egen uppfattning om sin kompetens, sitt ansvar och sitt mandat. Den första enkätens svar ledde projektgruppen vidare till att prioritera områden för förbättring och utveckling, bland annat teamsamverkan och undersköterskans mandat att genomföra svåra samtal.

5.3 Resultat av intervjuer och fritextsvar i enkäterna

Semistrukturerade gruppintervjuer genomfördes under projektets andra halva (v. 42 - v. 49 2023) med ett urval av medarbetare för att få djupare insikter kring vårdandet av patienter med palliativa

vårdbehov. Projektledare från Capio Äldre och Mobil Vård och kvalitetschef på Kavats Vård intervjuade tillsammans, där den ena ansvarade för att anteckna och den andra intervjuade. Totalt deltog tre verksamhetschefer, fem läkare, fyra sjuksköterskor och 25 undersköterskor/vårdbiträden. Läkare och verksamhetschefer intervjuades endast individuellt.

Textmassan analyserades för att identifiera mönster, teman och nyckelbegrepp om viktiga aspekter av palliativ vård och dess utmaningar. Dessa mönster och teman sorterades nedan in under följande nyckelbegrepp: kompetens, mandat och ansvar.

5.3.1 Kompetens

Under kompetens urskiljs följande dominerande teman: identifiering av tidiga palliativa vårdbehov och teamsamverkan. Samtliga yrkeskategorier lyfter den innehållsmässiga förflyttning som skett i arbetsgruppen kring begreppet palliativ vård. Utbildningsinsatserna har lett till en förståelse för att de palliativa vårdbehoven inte enbart finns de sista dygnet, utan ofta redan när patienten flyttar in på SÄBO. En undersköterska beskriver följande:

”

Man har lärt sig om teamets betydelse och att det palliativa skedet kan vara långt. Så har jag aldrig tänkt förut. Nu kan jag säga när folk pratar om palliativ vård – att det där stämmer ju faktiskt inte.

- Undersköterska

Flera medarbetare bekräftar vidare att man tidigare missat det tidiga palliativa skedet, men att projektet har gjort det lättare att identifiera detta. En ytterligare undersköterska beskriver sin kunskapsförflyttning genom att peka på sin förnyade förståelse för att palliativ vård är en aktiv helhetsvård, och säger:

”

Vi har haft en man som vi har trott ska dö flera gånger men återvänt. Då anpassar vi oss till hur han mår och steker ägg och hamburgare, och ger syrgas vid behov. Allt från fall till fall – varje patient är annorlunda.

- Undersköterska

Synen på arbetsgruppen som ett team har utvidgats i samtliga yrkeskategorier, och teamsamverkan lyfts fram som en viktig faktor för god palliativ vård på SÄBO. En läkare säger:

”

Projektet har befast betydelsen av att inkludera all personal inkl. undersköterskan i teamet. Det har fått mig att uppmärksamma undersköterskor på ett nytt sätt och har vidgat min tanke kring teamet.

- Läkare

5.3.2 Mandat

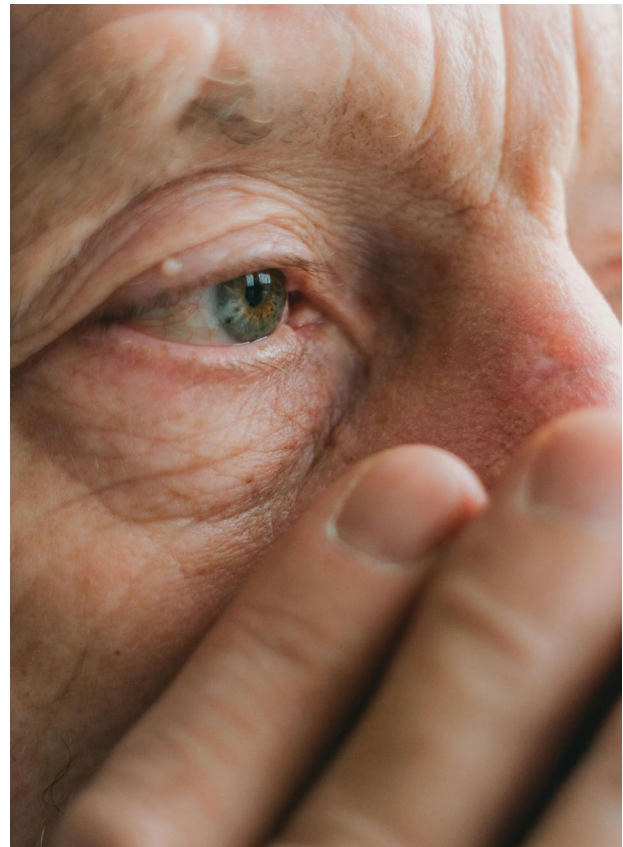
Inom temat mandat identifierades ett dominerande tema: otydligt informationsmandat. Det framkom att det är svårt att arbeta standardiserat kring informationsöverföringen. Vissa familjer accepterar och vill ha information av kontaktmannen, medan andra enbart kan acceptera besked och information från läkare. Situationer förekommer där medarbetare utsätts för hot och skällsord när de försöker informera familjen om en försämring. En undersköterska säger:

”

Jag vågar aldrig berätta för en närstående om en försämring. Närstående blir mycket arga, skäller och kallar mig fula ord. De tycker att vi har gjort fel när mamma eller pappa blir sämre.

- Undersköterska

Detta leder till en osäkerhet och rädsla, inte minst hos undersköterskor, som i sin tur kan fördröja att information når fram till närstående - man avstår från att informera tills läkare eller sjuksköterska är på plats.



5.3.3 Ansvar

Under ansvar identifieras följande två dominerande teman: utmaningar att definiera gränssnittet för de olika professionernas ansvar och behovet av att lämna ett samlat budskap från sjukvården.

Samtliga yrkeskategorier bekräftar att de har god kännedom om vilket ansvar de har. Men det framkommer ändå att gränserna i förhållande till varandra inte alltid är helt tydliga. Läkarna bekräftar sitt medicinska ansvar men framhäver även att ansvaret behöver fördelas och att det måste finnas ett samspel med övrig personal i verksamheten. Personcentrerad vård står i fokus, och medarbetare uppger att det är viktigt att känna in vilken roll man kan spela i olika familjesituationer.

Ett samlat budskap från sjukvården lyfts fram som en central del för att kunna ge en god och värdig palliativ vård på boendet. Grupperna uppger att de arbetat mycket med intern kommunikation för att alla medarbetare ska vara informerade om palliativa vårdplaner, patientens tillstånd och därför säga samma sak till familjen. En läkare uttrycker följande:

”

Vi har nu hittat sätt hur vi ska kommunicera med familjer. Vi måste kommunicera upprepade gånger, om prognos många gånger. Vi förbereder i god tid, vad gör vi och vad gör vi inte. Framför allt har vi kunnat nå så att personalen inte börjar säga en massa saker på eget bevåg. De har freestylat tidigare – nu har vi samma informationsflöde som är tydligt.

- Läkare

Ändå förekommer det att närstående inte litar på personalens bedömning utan beställer ambulans till akuten till sin försämrade släkting även när brytpunktsamtal genomförts. Det upplevs vara svårt att ta sitt ansvar att ge god palliativ vård när familjen inte är med på tåget.

Det framkommer även att chefer har varierande uppfattning om vad palliativ vård och palliativa vårdbehov innebär i praktiken. Verksamhetscheferna har svårt att beskriva vad deras personal gör när de tillfrågas om konkreta palliativa insatser i mötet med äldre personer. De uppger även att avtalen är otydligt skrivna när det gäller verksamhetens ansvar kring palliativ vård.

5.4 Medarbetarskap

Ett återkommande tema vid intervjuerna var även medarbetarskapets utmaningar. Inom området medarbetarskap framträdde framför allt hos undersköterskor temat en splittrad yrkesroll som ständigt balanserar mellan relation och praktiska sysslor. Omsorgspersonalen upplever att deras vårdkompetens inte tas tillvara, utan att många arbetssysslor består av exempelvis städning, matlagning och diskning. Samtidigt förväntas man vårda den äldre och sköra personen, möta familjer i djupaste kris, dokumentera, vara sjuksköterskans förlängda arm, ta ansvar för delegerade medicinska arbetsuppgifter och utgöra kontaktman för personen. Relationerna mellan den enskilde och kontaktmannen sträcker sig i vissa fall över flera år vilket skapar ett nära band och en mycket personlig koppling. En undersköterska beskriver följande:

”

Man nästan älskar varandra. De blir våra familjer, vi blir deras familj. Extra nära blir det när man knyter an till hela familjen, det finns barn och familj runt omkring och man kan stötta dem.

- Undersköterska

Parallellt med den personliga relationen ska man också agera professionell medarbetare och vårdare. Arbetet måste fortgå på samma sätt dygnet runt, årets alla dagar. Detta blir särskilt påtagligt när någon försämras och dör. En undersköterska frågar sig:

”

Vem tar hand om mig? Vem tar hand om mig när jag har rullat ner båren till kylan? Jag lämnar ifrån mig kroppen, en människa som man brytt sig om, och blir iskall och fortsätter jobba. Man kanske inte vill visa sina känslor, man gömmer sig bakom sin professionella mask. I stället tar man med sig det här hem och kan inte sova.

- Undersköterska

6. Diskussion

6.1 Allmän och specialiserad palliativ vård

Projektet har tydliggjort att begreppet palliativ vård tolkas med en något grundare betydelse inom särskilda boenden, än inom den specialiserade palliativa vården. Den palliativa vården som ges på särskilt boende ska vara allmän, i enstaka fall med inslag av mer avancerade palliativa vårdinsatser. Under projektet framkom att en av de viktigaste delarna inom palliativ vård, teamarbetet, inte betraktas som självklar inom särskilt boende. Vården är tydligt fragmentiserad och varje profession utför sin del, men den gemensamma palliativa vårdplanen saknas ofta. Orsakerna till detta kan vara många: ett delat huvudmannaskap, olika journalsystem, olika professionsjournaler, stora ansvarsvolymerna för medicinsk personal och hög personalomsättning.

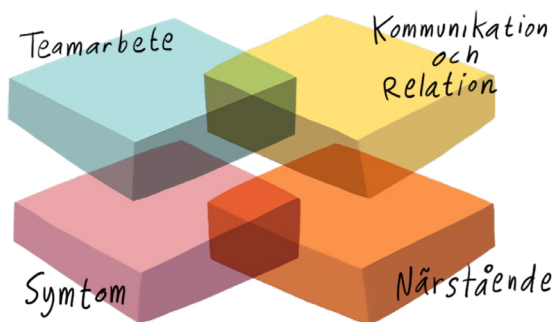


Illustration från Palliativt kunskapscentrum i Stockholms län

I de fall när vårdbehoven blir mer komplexa kan hjälp behövas av den specialiserade palliativa vården, antingen genom konsultation på plats av ett palliativt specialistteam, eller genom en remittering till en specialiserad palliativ slutenvårdsenhet.

Projektets specialistteam har erbjudit konsultationer kring symtomlindring och kommunikation till boendets personal, och förfrågningarna har varit vanligt förekommande. Sammanställningen visar dock att endast någon enstaka patient har haft behov av en högre vårdnivå på en palliativ slutenvårdsavdelning. Oftast kan följaktligen de palliativa vårdbehoven tillgodoses väl på det särskilda boendet. Detta förutsätter dock att man har kunskap, mandat och resurser att arbeta efter de fyra hörnstenarna där ett fungerande teamarbete är en nödvändighet.

6.2 Teamarbetet på SÄBO

Teamarbete är en grundförutsättning för personcentrerad vård och blir ännu viktigare när patienten får palliativa vårdbehov. Utan ett fungerande teamarbete kan man inte sägas bedriva palliativ vård.

Styrdokument från kommuner betonar inte vikten av teamarbete inom den allmänna palliativa vården. Inte heller Socialstyrelsen nämner teamarbete som en del i den allmänna palliativa vården.

Personalen kan ofta på ett tydligt sätt beskriva vad ett team är, vilka som ingår i teamet kring patienten och fördelarna med att arbeta i team. Däremot har man betydligt svårare att problematisera och reflektera kring utmaningar med teamarbete och på vilket sätt teamarbetet bedrivs på arbetsplatsen. Man pratar mer om "hur det borde vara" än "hur det verkligen är". Vid ett flertal tillfällen har till exempel omsorgspersonal titulerat sig själva som "vi i personalen" och "de andra" (därmed avses sjuksköterska, hälsopersonal och läkare). Det råder en tydlig professionsbaserad kultur på särskilt boende, där varje yrkeskategori utför sina egna arbetsuppgifter och dokumenterar detta i sin professionsbundna journal, men en gemensam och samlad vårdplan saknas i många fall.

Omsorgspersonalen arbetar nära den enskilde och kan därför ofta tidigt läsa av förändringar i beteenden, exempelvis tecken på otillräcklig symtomlindring. Undersköterskan på särskilt boende ser i första hand omsorgen som sin arbetsuppgift. Den kliniska blicken, nödvändig palliativ kompetens och förankring i sjukvårdsuppgifter saknas i vissa fall. Ett tydligt exempel på detta är att det inte är självklart för omsorgspersonal att smärtskatta och följa upp om läkemedel givit önskad effekt. Omsorgspersonalen inväntar ofta instruktioner kring exempelvis användning av vätskelista eller vändschema, och betraktar detta som uppgifter som sjuksköterskan ska ta ställning till först. Även kontakten med närstående hänvisas oftast till sjuksköterskan.

Läkaren betraktar sig oftast som en konsult. Även andra yrkeskategorier på SÄBO ser läkaren som någon med ansvar enbart för medicinska frågor. Detta synsätt blir bekymmersamt när patienterna på särskilt boende får palliativa vårdbehov.

Sjuksköterskan verkar i både HSL och SoL och ansvarar för omvårdnaden och sjukvård upp till och med sjuksköterskenivå. Sjuksköterskans roll när palliativa vårdbehov uppstår blir att agera som en brygga mellan sjukvård och omvårdnad för att kunna tillgodose fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov och för att kunna arbeta efter den palliativa vårdens hörnstenar. Med beaktande av hur omfattande ett sådant uppdrag är och hur få sjuksköterskorna är på SÄBO i jämförelse med antalet omsorgsmedarbetare leder detta till en svår arbetssituation, som även kan utgöra ett hot mot patientsäkerheten.

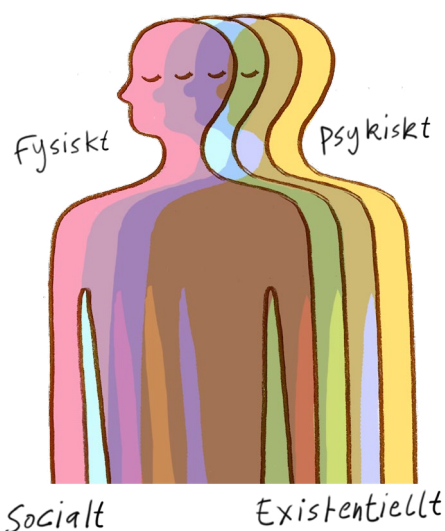


Illustration från Palliativt kunskapscentrum i Stockholms län

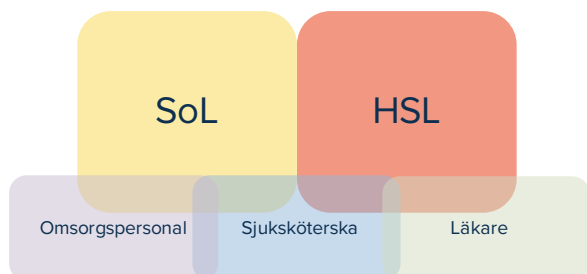
Att teamet inte arbetar tillsammans mot ett gemensamt mål när patienten får palliativa vårdbehov leder till otydlighet i vem som ska och får göra vad. Det har ofta i diskussioner på palliativa ronder och seminarier framkommit otydlighet om vem som kan förmedla patientens försämring till närstående. Otydligheten kan även skönjas i de ärenden som IVO hanterar från SÄBO, där anmälningar ofta beror på otydlig eller bristfällig information till närstående.

Även på övergripande nivå tycks ansvarsfördelningen oklar. Cancerfonden konstaterar i sin rapport "Palliativ vård – mer än vård i livets slutskede" att: "Ansvarsfördelningen mellan regionerna och kommunerna när det gäller den palliativa vården behöver tydliggöras och det behöver utformas en struktur för samverkan på länsnivå."

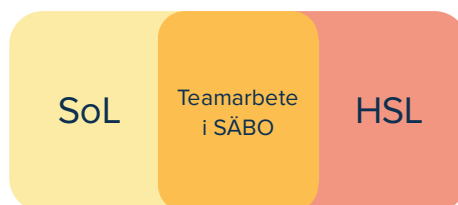
Vår bedömning är att sjuksköterskan är den som är bäst lämpad att bära huvudansvaret för att samla och leda teamet. Det är därför viktigt att säkerställa att det finns tillräckligt med sjuksköterskeresurser på plats, men även att sjuksköterskan har den kunskapsnivå som krävs för att vara teamledare. Vidare måste organisationen tilldela sjuksköterskan mandat att följa upp att de olika professionerna tar sitt ansvar som teammedlemmar.

Vidare anser vi att alla fyra palliativa hörnstenarna, och inte minst teamarbetet, måste vara en självklar del i den palliativa vården, oavsett om allmän eller specialiserad. Vi tror att tydligare krav på teamarbete och uppföljning av samverkan och teambaserade arbetssätt skulle lösa många av de utmaningar kring palliativ vård som idag påtalas i olika rapporter.

Hur det fungerar idag



Vår vision



6.3 ASIH:s funktion på SÄBO

I region Stockholm har ASIH ett uttalat konsultuppdrag att ge stöd till särskilda boenden i komplicerade patientfall. En av frågorna som checklistan för palliativa vårdbehov tar upp är om patienten har behov av specialiserad palliativ vård. På ronderna har det diskuterats om patienten har behov av att flyttas till SPSV eller behov av konsultation från ASIH.

Efter att de palliativa ronderna infördes har konsultteamet inte behövt rekommendera någon sådan kontakt eller byte av vårdnivå. När läkarna mellan de palliativa ronderna har uppmärksammat palliativa vårdbehov där ASIH hade kunnat vara ett alternativ, har man i stället vänt sig till projektets specialistläkare för konsultation och fått möjlighet att själv lösa problemet på boendet.

Det finns således ett behov i främst läkargruppen att kunna konsultera specialist i palliativ medicin, även utanför de palliativa ronderna. Oftast har konsultationerna skett via telefon och frågeställningarna har varit blandade. Exempel på frågeställningar har rört läkemedelsdoser, avancerad smärtlindring eller behandling av ovanliga symtom såsom hicka och klåda. Ett annat återkommande ämne har varit etiska frågeställningar kring till exempel droppbehandling eller vårdnivå där den enskilda läkaren på SÄBO haft behov av att få en second opinion. En läkare i projektet beskriver den personliga relationen till den palliativa konsulten som betydelsefull:

”

Tröskeln att ringa är lägre än att leta upp någon på Ersta eller Stockholms sjukhem [från specialiserad palliativ vård].
Det mesta kan lösas via telefon.

- Läkare

Under djupintervjuerna har läkarna ett flertal gånger påpekat att kontakten med ASIH såsom uppdraget är utformat idag ofta blir komplicerad, och det är oklart vilket uppdrag ASIH egentligen har. Ett konkret exempel har varit frågor kring konsultationshjälp med buktappning, där olika utförare ger olika besked om huruvida ASIH kan bistå med denna hjälp på SÄBO. Detta leder inte sällan till att patienten inte kan få denna hjälp på boendet utan blir förflyttade till akutsjukhus och därigenom utsätts för onödiga risker, som till exempel utvecklande av förvirring, vilket kan skapa ett onödigt vårdlidande.

Vår bedömning är därför att ASIH:s roll behöver förtydligas och kontaktvägarna förenklas, eller en palliativ konsultfunktion inrättas, för att patienter på särskilda boenden ska få jämlik tillgång till avancerad konsultation.



6.4 Närståendedelaktighet

Trots att det inte var en del i den ursprungliga projektplaneringen genomfördes tre närståendemöten inom ramen för projektet som gav mycket positiv respons. Samtliga verksamheter har efterfrågat ytterligare möten. Här finns det en utvecklingspotential i att informera och utbilda närstående kring vad palliativ vård är, och på vilket sätt man kan få palliativa vårdbehov tillgodosedda på SÄBO.

6.5 Efterlevnadsamtal och omhändertagande av närstående efter dödsfall

Närstående är en av hörnstenarna i palliativ vård och att stödja de närstående efter dödsfallet är en del av både WHO:s och IAHPHC:s definition av palliativ vård. Enligt Svenska Palliativregistret är ett efterlevandesamtal: ”ett samtal som äger rum en tid (cirka 6–8 veckor) efter dödsfallet. Efterlevandesamtal är skilt från det samtal som ofta sker i samband med dödsfallet”.

Idag hålls nästan alltid ett samtal med närstående i samband med själva dödsfallet, eller dagen efter. Oftast är det ansvarig sjuksköterska som har detta samtal. Det sker även samtal i samband med att närstående tömmer den avlidnes bostad. Det saknas dock tydliga rutiner kring mer strukturerade efterlevandesamtal eller uppföljning av närstående efter dödsfallet. Inte heller finns rutiner för att screena efter risknärstående för patologisk sorg. Att närstående inte följs upp fullt ut efter dödsfall märks även i den låga svarsfrekvens SÄBO har i Palliativregistrets närståendeenkät.

Det finns en risk att närståendestödet till efterlevande blir ojämnt när den palliativa vården inom kommunfinansierad vård och regionfinansierad vård inte har en samsyn kring hur stödet ska utformas. Vi ser ett behov att kommunerna tar ställning till på vilket sätt efterlevande bör följas upp och vilket stöd som ska ges till sörjande närstående, samt om detta ansvar ska ligga på verksamheten eller på exempelvis kommunens anhörigkonsulent.

6.6 Uppföljning av dödsfall och registrering i Svenska palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett världsunikt kvalitetsregister med en täckningsgrad på cirka 60% av alla som avlider i Sverige. Täckningsgraden för särskilda boenden och korttidsboenden är cirka 70 %.

Det har inte från projektboendena eller kontrollboendena på ett enkelt sätt gått att få fram hur många dödsfall boendet har haft per år. Inte heller har det varit möjligt att på ett tydligt sätt få information om huruvida patienterna avlidit på boendet eller hos någon annan vårdgivare. Utifrån detta har det varit svårt att följa enheterna i Palliativregistret då det hos vissa enheter har varit mycket få eller inga dödsfall registrerade och oklart vilken täckningsgrad enheten har haft.

Att registrera och kontinuerligt följa sin enhet i registret är viktigt för att kunna utveckla och förbättra den palliativa vården. Registrering i Svenska palliativregistret är även viktigt för att på nationell och regional nivå kunna säkerställa en god och jämlik palliativ vård. I SÄBO:s avtal står det att registreringar ska ske i nationella kvalitetsregister. Även i LOV-avtalen för särskilt boende i Stockholms län är det ett vanligt krav att registrera i kvalitetsregister. En strukturerad uppföljning kring detta verkar dock saknas, vilket stärks både av erfarenheter i projektet och av den förhållandevis låga registreringsfrekvensen. Vi anser att krav på registrering och uppföljning är viktiga kvalitetskriterier för att säkra en god och jämlik palliativ vård.

6.7 Palliativa ombud

I region Stockholm utbildas palliativa ombud bl.a. via Palliativt kunskapscentrum (PKC). I andra delar av landet finns likartade utbildningar. Ombuden får en gedigen utbildning i palliativ vård. Kommunerna efterfrågar i många fall palliativa ombud i verksamheten. Vår bedömning är att denna resurs idag är underutnyttjad. Det saknas en samsyn kring en tydlig befattningsbeskrivning, och förväntan på vad de palliativa ombuden ska åstadkomma på arbetsplatsen är otydlig.

Uppgiften att bära kunskapen, vara ett stöd för kollegor i palliativa frågor och följa upp den palliativa vården på SÄBO skulle därför med fördel kunna tilldelas boendets ombud. Det är viktigt att denna viktiga funktion fylls med ett tydligt mandat och tydliga uppgifter. Därför ingår palliativa ombud som en del i ”Mantelmodellen”, se punkt 6.

6.8 Hålla kunskapen levande

Verksamheter förändras över tid och personalen byts ut. Det är därför viktigt att det finns strukturer för att hålla kunskapen kring palliativ vård levande.

Även om många av de utbildningar och föreläsningfilmer som finns att tillgå både är lättillgängliga och kostnadsfria är det svårt för enskilda medarbetare att hitta tid i vardagsarbetet att identifiera vilka utbildningar som behövs och genomföra dessa. Detta blev särdeles tydligt under projektet, då grupperna enbart i enstaka fall lyckades genomföra de förberedelser som planerades innan workshop.

Detta pekar på behovet av att i verksamheten följa en färdig struktur med regelbundna utbildningar för att hålla kunskapen om palliativ vård levande. I "Mantelmodellen", som beskrivs i punkt 6, ingår ett paket med sex färdiga seminarietillfällen vilka täcker in de fyra hörnstenarna i palliativ vård. Till detta utbildningspaket finns även en handledningsmanual.

6.9 Framtaget kunskapsmaterial

6.9.1 Checklista Palliativa vårdbehov

Redan i inledningsfasen av "Från Tråd till Mantel" identifierades ett behov av en tydlig och strukturerad förberedelseprocess för de palliativa ronderna. Resultatet blev en specifik checklista, som använts av teamen på de särskilda boendena både i förberedelser och under själva ronderna. Checklistan har i samskapande anda uppdaterats tre gånger, och har genomgått löpande utvärdering och justering för att optimalt anpassas efter observerade behov under ronderna. Den är direkt kopplad till det personcentrerade vårdförloppet inom palliativ vård, vilket säkerställer att verksamheterna vid användning följer riktlinjerna inom det palliativa vårdförloppet. Den nuvarande versionen av checklisten är generisk och avsedd för användning i alla delar av vårdkedjan där allmän palliativ vård bedrivs.

6.9.2 Screeningverktyg

En utmaning under de palliativa ronderna har varit att identifiera patienter med störst behov av bedömning enligt checklisten. Det finns en risk i att enbart patienter med redan identifierade palliativa vårdbehov tas upp, och att patienter med smygande palliativa vårdbehov missas. För att säkerställa att rätt patienter diskuteras på

den palliativa ronderna har ett screeningsverktyg utvecklats. Detta verktyg är primärt anpassat till SÄBO-verksamhet, och är inte lika generisk som den palliativa checklisten. Screeningsverktyget bifogas som Bilaga C och består av två delar.

Den första delen omfattar tre påståenden för att tydliggöra vilka patienter som ska avhandlas på den palliativa ronderna:

1. Nyinskrivna patienter diskuteras senast två månader efter inflytt
2. Patienter som har varit inlagda på sjukhus sedan föregående rondtillfälle
3. Patienter där någon av teammedlemmarna märkt en tydlig försämring sedan föregående rondtillfälle

Den andra delen av screeningsverktyget utförs regelbundet, exempelvis i samband med läkemedelsgenomgång eller vårdplanering, och baseras på den så kallade "surprise question": "Skulle teamet vara förvånat om patienten skulle dö inom 12 månader?" Om svaret på denna fråga är nej går man vidare till nästa fråga: "Skulle teamet vara förvånat om patienten fortfarande lever om 12 månader?" Om svaret är ja ska patienten tas upp på palliativ rond.

6.9.3 När livet lämnar

Tidigt i projektet *Från tråd till mantel* identifierades en betydande oro och rädsla bland främst oerfaren omvårdnadspersonal gällande vård av döende personer och hantering av avlidna kroppar. Att vara trygg i dessa situationer kräver både kunskap och förberedelse. För att möta detta behov utvecklades en kostnadsfri digital utbildning *När livet lämnar* tillsammans med Betaniastiftelsen, Catio Äldre och Mobil Vård och Sveriges Auktoriserade Begravningsbyråer.

När livet lämnar är utvärderad 180 dagar efter lansering och utvärderingen visar att deltagarna blir tryggare i hanteringen av döende och döda kroppar, upplever utbildningen som relevant och kan i mycket stor utsträckning rekommendera den till en kollega. *När livet lämnar* är publicerad som ett abstrakt på den nationella konferensen i palliativ vård 2024 och är nominerad till årets bästa digitala produktion av Swedish Learning Awards.

7. Mantelmodellen

Projektets insikter och erfarenheter har mynnat ut i Mantelmodellen. Modellen är ett systematiskt arbetssätt för att identifiera och tillgodose palliativa vårdbehov. Den består av sex obligatoriska delar som betonar vikten av ett teambaserat förhållningssätt, tillgång till specialistkompetens, strukturerade arbetssätt och kontinuerlig utbildning om palliativa vårdbehov vilket gör den till en central komponent för att i praktiken omsätta det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet i palliativ vård.

1. Checklista för palliativa vårdbehov

Modellen bygger på ett strukturerat arbetssätt utifrån "Checklista för palliativa vårdbehov" vilken utgör grundstenen i modellens genomförande. Checklistan används både i förberedelse av samt under de palliativa ronderna och är direkt kopplad till Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp i palliativ vård.

2. Palliativa ombud

En verksamhet som arbetar enligt Mantelmodellen ska ha palliativa ombud. Ombuden har i uppdrag att bära den palliativa kunskapen, driva och följa upp den palliativa vården samt vara ett stöd för kollegor i palliativa frågor.

3. Screeningverktyg anpassat för verksamheten

För att identifiera de patienter som behöver tas upp under de palliativa ronderna används lämpliga framtagna screeningsverktyg för verksamheten.

4. Palliativa ronder

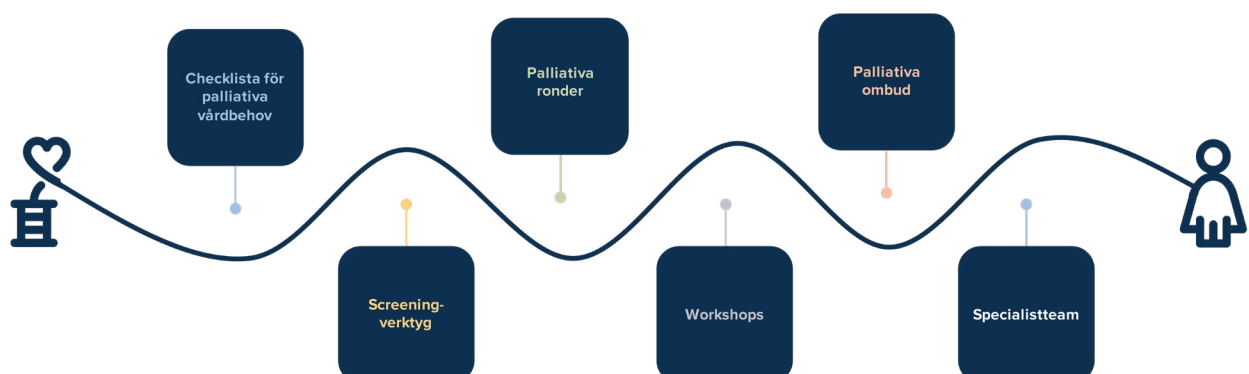
De palliativa ronderna är teambaserade och leds av ansvarig sjuksköterska. Vid ronderna identifieras palliativa vårdbehov genom den palliativa checklistan. Efter rondan upprättas en vårdplan i journalen. De palliativa ronderna har även en pedagogisk funktion och skapar en plattform för lärande.

5. Workshop

I modellen ingår en serie om sex enklare seminarier i form av workshop som genomförs löpande utifrån ett färdigt utbildningsmaterial tillsammans med ett urval av digitala utbildningar. Dessa kan med fördel ledas av enhetens palliativa ombud. Seminarierna syftar till att stärka kompetensen i teamet. Ämnena är: introduktion till palliativ vård, kommunikation och relation, närståendestöd, teamarbete, symtomlindring och när livet lämnar.

6. Tillgång till palliativt specialistteam

Ett palliativt specialistteam ska finnas tillgängligt för avrop och konsultation.



8. Rekommendationer

Teamarbete

Ansvarig sjuksköterskas mandat och ansvar som brygga och teamledare på SÄBO bör tydliggöras och resurssättas.

Sjuksköterskans kompetens som teamledare för det tvärprofessionella teamet behöver kravställas och säkras.

Avtalen bör kravställa och följa upp ett teambaserat arbetssätt mellan kommunalt och regionalt finansierad verksamhet.

Formella kompetenskrav på verksamhetschef gällande palliativ vård.

Specialistkompetens

Krav på att SÄBO-läkarorganisationen har tillgång till specialitläkare i palliativ medicin, som tillhandahåller konsultation.

Uppföljning av dödsfall

Krav på att verksamheten följer antalet dödsfall på boendet.

Krav på obligatorisk registrering i Svenska palliativregistret av dödsfall som skett på SÄBO.

Kompetenskrav

Nyanställda på SÄBO ska utbildas i vårdandet av den döende personen och den döda kroppen.

Palliativa ombud ska ha ett tydligt uppdrag och mandat att bära och sprida den palliativa kunskapen i sin verksamhet.

Närståendes behov

Närstående till avlidna på SÄBO, med risk för patologisk sorg, bör identifieras och ges möjlighet till stöd efter dödsfall.

Regelbundna utbildningstillfällen bör erbjudas närstående kring vad palliativ vård är, och på vilket sätt palliativa vårdbehov kan tillgodoses på SÄBO.

9. Nästa steg

9.1 Manteldiplomering

Kavat Vård kommer under 2025 att införa arbetssättet med Mantelmodellen i alla sina verksamheter. Ett arbete pågår för att utforma en diplomering av de verksamheter som följer Mantelmodellen.

9.2 Kurage genom kompetens

Mantelmodellen har potential att skalas upp till alla vårdformer där allmän palliativ vård bedrivs. Under 2024-2025 kommer projektet "Kurage genom kompetens" vilket bygger på Mantelmodellen och erfarenheterna från Tråd till mantel att genomföras på Vårberggeriatriken. En målsättning är att använda och utvärdera Mantelmodellen i en geriatrisk slutenvårdscontext. Ett screeningsinstrument utarbetas för att identifiera vilka patienter som bör diskuteras vid palliativ rond inom geriatrisk slutenvård.

9.3 Digitalt palliativt specialistteam

Under projektet *Från tråd till mantel* har delar av specialistteamet vid ett antal tillfällen deltagit digitalt både vid palliativa ronder och workshop. Det digitala arbetssättet har inte utvärderats strukturerat, men muntlig kommunikation med projektdeltagare visar att de digitala ronderna har fungerat väl som ett komplement till fysiska möten.

Tillgången till palliativa specialister är ojämnt fördelad både inom region Stockholm och inom landet. Detta leder till en ojämlig palliativ vård inom både regionen och Sverige. Här finns en utvecklingspotential i att ha palliativa specialistteam bestående av en specialistsjuksköterska i palliativ vård och en specialistläkare i palliativ medicin som är tillgängliga på avrop digitalt.

Utifrån detta behov har en projektbeskrivning tagits fram på hur ett digitalt palliativt specialistteam, Remote Palliative Expertise System (PES-R), skulle kunna arbeta nationellt som stöd för den allmänna palliativa vården i hela Sverige.



10. Vetenskaplig förankring

Redan när projektet planerades var avsikten att det utöver att utveckla kompetenser och verksamheter även skulle generera forskning relaterad till palliativ vård. Så har också skett både inom omvårdnadsområdet och medicinsk forskning.

Den medicinska forskningen utgörs av retrospektiva observationella studier som studerar vårdförloppen på särskilda boenden med fokus på den sista tiden i livet. Syftet är bland annat att belysa möjliga kvalitetsparametrar som på sikt kanske kunde användas till att följa effekten av verksamhetsförändringar. Vi vet att den sista tiden i livet för många SÄBO-patienter ofta innebär besök på akutmottagningen och inläggningar, vilket ofta ses som en kvalitetsbrist.

Den första artikeln på ämnet "Nursing Home Residents with Dementia at End of Life: Emergency Department Visits, Hospitalizations, and Acute Hospital Deaths" publicerades 2023 i Journal of Palliative Medicine. Artikeln fick utmärkelsen "2023 Best European Article" i tidskriften och uppmärksammades vid EAPCs kongress 2023.

Vidare har de direkta medicinska kostnaderna för SÄBO-vården, såväl det sista året i livet som de faktiska kostnaderna per dag under SÄBO-vistelsen studerats. Dessa publicerades första halvåret 2024 i tidskriften BMC Geriatrics i artikeln "Medical costs of Swedish nursing home residents at the end of life: a retrospective observational registry study".

Sammanfattningsvis kan man säga att vi finner relativt stora och till synes omotiverade skillnader såväl i utfall sista tiden i livet som kostnader, mellan olika grupper av patienter. Män, yngre, multisjuka, patienter med spridd cancer och patienter med risk för skörhet har påtagligt fler besök till akutmottagningarna, inläggningar och högre vårdkostnader. Eftersom kriterierna för att beviljas SÄBO-plats är lika för alla, och eftersom ambitionen är att kunna hantera SÄBO-patienternas vård på plats i primärvården, så kan detta tyda på brister i SÄBO-vården av organisatorisk karaktär (organisation, kompetenser, resurstilldelning).

I nuläget – hösten 2024 – så är underlaget för litet för att göra statistiskt säkra analyser med våra modeller av de boenden som ingår i projektet *Från tråd till mantel*. Det är vår förhoppning att ändå kunna återkomma med någon form av analys även där.

För att få en vetenskaplig förankring även inom omvårdnadsområdet inrättades en doktorandtjänst i samband med projektstart vid Marie Cederschiölds högskola. Det övergripande syftet för forskningsprojektet "En väv av kunskap och kvalitet – utvärdering av en utbildningsintervention på SÄBO" är att undersöka, om och hur en utbildningsintervention påverkar palliativ vård till äldre personer med palliativa vårdbehov på SÄBO. Forskningsprojektet utgår ifrån Marie Cederschiöld Högskola och använder såväl kvantitativa som kvalitativa vetenskapliga metoder. Datainsamling är genomförd vid de fem deltagande enheterna där omkring 100 personer har deltagit på olika sätt och analysarbete pågår. Preliminära data visar att attityden till att vårda svårt sjuka och döende personer är positiv både före och efter interventionen men att det finns statistiskt signifikanta skillnader mellan olika enheter.



Slutord

Vi vill avsluta med att tacka alla samarbetsparter som bidragit till att detta värdeskapande projekt kunde bli verklighet.

Ett innerligt och varmt tack till Kavats Vårds medarbetare som med aldrig sinande öppenhet, nyfikenhet och engagemang deltagit, bidragit och utvecklat projektets innehåll. Tack för era ärliga och uppriktiga berättelser om vardagen på särskilt boende och för att ni vågat berätta om era rädslor och glädjeämnen. Det lågmälda men hårda arbete som äldreomsorgens medarbetare genomför dygnet runt, årets alla dagar, genom att vårda och ge mening till samhällets sjukaste äldre förtjänar den högsta beundran och respekt.

Ett särskilt tack även till Marite Sandström på Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Region Stockholm för kloka inspel och regelbunden återkoppling under projektets gång. Det har varit avgörande för att hålla projektet på rätt köl och föra det i hamn.

Referenser

1. Veldhoven, C. M. M., Nutma, N., De Graaf, W., Schers, H., Verhagen, C. A. H. H. V. M., Vissers, K. C. P., & Engels, Y. (2019). Screening with the double surprise question to predict deterioration and death: An explorative study. *BMC Palliative Care*, 18(1), 118. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0503-9>
2. White, N., Kupeli, N., Vickerstaff, V., & Stone, P. (2017). How accurate is the 'Surprise Question' at identifying patients at the end of life? A systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*, 15(1), 139. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0907-4>
3. Ermers, D. J., Kuip, E. J., Veldhoven, C., Schers, H. J., Perry, M., Bronkhorst, E. M., Vissers, K. C., & Engels, Y. (2021). Timely identification of patients in need of palliative care using the Double Surprise Question: A prospective study on outpatients with cancer. *Palliative Medicine*, 35(3), 592-602. <https://doi.org/10.1177/0269216320986720>
4. Statens offentliga utredningar. (2001). Döden angår oss alla - värdig vård i livets slutskede (Statens offentliga utredningar, 2001:6). Fritzes offentliga publikationer.
5. Socialstyrelsen. (2016). Palliativ vård i livets slutskede - Sammanfattning med förbättringsområden (Nationella riktlinjer - Utvärdering 2016) [2021-02-25]. Tillgänglig på <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2016-12-3.pdf>
6. World Health Organization (WHO). (2002). Definition of Palliative Care. Geneva: World Health Organization (WHO).
7. Socialstyrelsen. (2018). Palliativ vård – förtydligande och konkretisering av begrepp. Artikelnummer 2018-8-6.
8. Socialstyrelsen. (2013). Nationella riktlinjer – Utvärdering 2016 Palliativ vård i livets slutskede Indikatorer och underlag för bedömningar. Stockholm: Socialstyrelsen.
9. Alvariza, A., et al. (2020). Ny definition av palliativ vård med fokus på lidande. *Läkartidningen*, 117, 20101.
10. Vårdgivarguiden. (n.d.). Uppdragsbeskrivning - Läkarsatser i särskilda boenden för äldre [PDF]. Tillgänglig på <https://vardgivarguiden.se/globalassets/kunskapsstod/aldrehalsa/palliativ-varld/uppdagsbeskrivning-lakarinsatser-sarskilda-boenden-aldre.pdf>
11. Socialstyrelsen. (n.d.). Termbank. Tillgänglig på <https://termbank.socialstyrelsen.se/>

12. Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. (2024). Vårdförlopp palliativ vård. Tillgänglig på <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/kunskapsstod/publiceradekunskapsstod/aldreshalsaochpalliativvard/vardforlopppalliativvard.64368.html>

13. Regionala Cancercentrum (RCC). (2023). Nationellt vårdprogram för palliativ vård (Version: 3.4). Tillgänglig på <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/rehabilitering-palliativ-var/vardprogram/nationellt-varprogram-palliativ-var.pdf>

14. Sveriges Riksdag. (2017). Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Tillgänglig på https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/

15. Socialstyrelsen. (2016). Palliativ vård i livets slutskede – Sammanfattning med förbättringsområden (Artikelnummer 2016-12-03). Tillgänglig på <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2016-12-3.pdf>

16. Inspektionen för vård och omsorg. (2022). Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre [pdf]. IVO. Tillgänglig på <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publikationer/rapporter/rapporter-2022/sabo/ivo-tillsyn-av-medicinsk-var-doch-behandling-vid-sarskilda-boenden-for-aldre.pdf> [Hämtad 20 augusti 2024]

Bilaga A

Förberedelser inför Workshop

Modul 1

Webbutbildning: "Palliativ vård och omsorg av äldre personer – Del 1: Att möta människan"
(<https://www.pkc.regionstockholm.se/>)

Webbutbildning: "Lindring bortom boten -värdegrund och etiska aspekter"
(<https://betaniastiftelsen.nu/>)

Modul 2

Webbutbildning: "Palliativ vård och omsorg av äldre personer – Del 2: Symtomlindring"
(<https://www.pkc.regionstockholm.se/>)

Videoföreläsning: "Symtom -- en palliativ hörnsten" (<https://www.pkc.regionstockholm.se/>)

Videoföreläsningar: "Omvårdnadsåtgärder i palliativ vård" 8 filmer a ca 6 min.
(<https://www.pkc.regionstockholm.se/>)

Modul 3

Videoföreläsning: "Kommunikation & relation -en palliativ hörnsten"
(<https://www.pkc.regionstockholm.se/>)

Modul 4

Videoföreläsning: "Närstående - en palliativ hörnsten"
(<https://www.pkc.regionstockholm.se/>)

Modul 5

Videoföreläsning: "Teamarbete -en palliativ hörnsten"
(<https://www.pkc.regionstockholm.se/>)

Modul 6

Webb.utb. "Palliativ vård och omsorg av äldre personer – Del 3: Nära livets slut"
(<https://www.pkc.regionstockholm.se/>)

Bilaga B

Enkät Från tråd till mantel



Enkät "Från tråd till mantel"

1) Hur bedömer du din kunskap om palliativ vård?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2) Hur trygg känner du dig att prata om döden med de boende?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3) Hur trygg känner du dig att prata om döden med anhöriga?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4) Hur trygg känner du dig att vårda en döende boende under de sista dygnet?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5) Hur märker du att en boende börjar närma sig döden?

6) När du upptäcker att en boende börjar närma sig döden, vad gör du då?



7) Var i journalen hittar du information om att patienten är palliativ och hur du ska vårda den döende boende?

8) Vet du vilken information som du själv ska föra in i social journal kring den boendes hälsotillstånd?

9) Har din syn på palliativ vård förändrats [2023-2024](#)? Om ja, hur och varför?

Bilaga C

Från tråd till mantel, checklista och rond

Palliativ rond

Syftet med de strukturerade palliativa ronderna är att med hjälp av den palliativa checklisten identifiera patienters palliativa vårdbehov.

Ronden leds av ansvarig sjuksköterska men alla teammedlemmar har ansvar för att förbereda vilka patienter och vilka frågor som ska tas upp. Som ett stöd till denna förberedelse kan den palliativa checklisten och screeningsverktyget användas.

Den palliativa ronden syftar till att ta vara på hela teamets kunskaper. Det är därför viktigt att så många som möjligt ur teamet är närvarande. Detta innebär att omsorgspersonal, läkare och sjuksköterska bör vara närvarande och i mån av tid även rehabpersonal.

Vilka patienter ska diskuteras på palliativ rond?

- **Nyinskrivna** patienter diskuteras senast två månader efter inflytt
- Patienter som har varit **inlagda på sjukhus** sedan föregående rondtillfälle.
- Patienter där **någon av teammedlemmarna märkt en tydlig försämring** sedan föregående rondtillfälle.

Screening i samband med läkemedelsgenomgång och inför vårdplanering:

1. Skulle teamet vara förvånat om patienten skulle dö inom 12 månader? **Ja/Nej**
 - Om **Nej**: Gå vidare till fråga 2
 - Om **Ja**: Patienten behöver inte tas upp på nästa palliativa rond
2. Skulle teamet vara förvånat om patienten fortfarande lever om 12 månader? **Ja/Nej**
 - Om **Ja**: Patienten **ska** tas upp på nästa palliativ rond.
 - Om **Nej**: Patienten behöver inte tas upp på nästa palliativa rond

Inledning

Palliativ rond

Varför vill teamet ta upp den här patienten idag?
Skulle teamet bli förvånat om patienten var död inom ett år?

Checklista palliativa vårdbehov

1. Vilka närstående har patienten?

- Finns det behov av stöd hos närstående?

2. Är samtal vid allvarlig sjukdom utfört och dokumenterat?

- Har målet med vården diskuterats och förankrats med patienten och närstående?

3. Finns det en dokumenterad vårdplan kring åtgärder vid försämring?

- Är beslut om behandlingsbegränsningar aktuella eller behöver de uppdateras?
- Har samtal förts med patient och närstående kring planering vid försämring?

4. Har patienten symtom som behöver lindras?

- Vilka skattningsinstrument har använts för att upptäcka symtom?

5. Är pågående vårdinsatser relevanta?

- Är pågående omvårdnadsåtgärder relevanta?
- Är medicinska behandlingar och provtagningar relevanta?

6. Finns det behov av specialiserad palliativ vård?

7. Vilka existentiella tankar behöver beaktas?

- Exempelvis tankar på tro, relationer och livet

8. Närmar sig patienten livets sista tid?

- Om **Ja**, gå till fråga 9
- Om **Nej**, avsluta Checklista palliativa vårdbehov

9. Har brytpunktsamtal med övergång till vård i livets slutskede genomförts?

- Är palliativa läkemedel ordinerade?

10. Finns det speciella behov för patienten eller närstående i samband med dödsfallet?

- Finns det en dokumenterad plan för vad som skall hända när patienten dör?

Avslutning

Vad har teamet för mål med vården och omsorgen?

Vad har teamet kommit överens om idag?

Hur dokumenterar och följer teamet upp det som blivit överenskommet?

Kavat Vård


Från tråd till mantel


Capio

kavat vård



Cario