Palliativ vård

Rapport Dialogturné 2025

2025-12-11 Version: 1.0

REGIONALT CANCERCENTRUM VÄST

Versionshantering

Version	Datum	Förändring
1.0	2025-11-27	Färdigställd
1.0	2025-12-10	Förankrad i de specialiserade teamen via lokala representanter i sjukvårdsregional processgrupp palliativ vård
1.0	2025-12-11	Fastställd efter mindre justering av Regional processledare palliativ vård

Palliativ vård
Rapport Dialogturné 2025

Rapporten är sammanställd av Hans Gunnarsson, regional processledare palliativ vård, Elisabet Löfdahl, regional processledare palliativ vård, Christina Hansson patient-och närståendeföreträdare och Helena Ljungberg, utvecklingsledare RCC Väst, i nära samarbete med sjukvårdregional vårdprocessgrupp palliativ vård.

Regionalt cancercentrum Väst

November 2025

Innehållsförteckning

Kapitel 1
Inledning 4

1.1 Sjukvårdsregional vårdprocess palliativ vård 4
1.1.1 Sammansättning vårdprocessgrupp 4
1.1.2 Uppdrag och arbetssätt 4
1.2 Nationella kunskapsstöd palliativ vård 5
1.3 Dialogturné 2025 5
1.3.1 Syfte 5
1.3.2 Genomförande 6

Kapitel 2
Nuläge 7

2.1 Den specialiserade palliativa vårdens organisation och dimensionering 7
2.2 Samverkan 10
2.2.1 Specialiserad palliativ vård i hemmet 10
2.2.2 Samverkan med mobil närvård 11
2.2.3 Specialiserat palliativt konsultteam 11
2.2.4 Slutenvård för specialiserad palliativ vård 12
2.3 Verksamhetsinnehåll 12
2.3.1 Strävan mot tidig identifiering och integrering av palliativ vård samt andra strukturerade arbetssätt 12
2.3.2 Svenska palliativregistret 13
2.3.3 Patient- och närståendemedverkan 13
2.4 Utbildningsuppdrag och kompetensutveckling 14
2.5 Utveckling och framtid 15

Kapitel 3
Sammanfattande slutsatser och reflektioner 17

3.1 Överensstämmelse mellan nuläge och RMR för palliativ vård 17
3.2 Sammanfattande reflektioner 18

Bilaga 1 Något vi gör bra hos oss

KAPITEL 1

Inledning

1.1 Sjukvårdsregional vårdprocess palliativ vård

Vårdprocessen leds av två regionala processledare tillsammans med sjukvårdsregional vårdprocessgrupp och utvecklingsledare på Regionalt cancercentrum (RCC) Väst.

Det som utmärker den palliativa processen inom RCC Väst är att den omfattar alla patienter >18 år med palliativa vårdbehov oavsett diagnos eller vårdform i Västra sjukvårdsregionen. En separat process finns för barn med palliativa vårdbehov.

1.1.1 Sammansättning vårdprocessgrupp

I den sjukvårdsregionala vårdprocessgruppen ingår representanter från sjukhusen i Västra Götalandsregionen (VGR) och norra Halland, representanter från regional primärvård, kommunal primärvård, närvårdsamverkan, hospice i VGR samt patient- och närståenderepresentanter.

1.1.2 Uppdrag och arbetssätt

Den sjukvårdsregionala vårdprocessgruppen inom RCC Väst har som uppdrag att för palliativ vård:

- Inneha ett sjukvårdsregionalt perspektiv/sjukvårdregional överblick
- Införa ny kunskap och nya arbetssätt via Nationellt vårdprogram palliativ vård, Personcentrerat sammanhållet vårdförlopp palliativ vård samt andra kunskapsdokument
- Samverka med andra parter i vården
- Inventera vården sjukvårdsregionalt avseende tillgång på vård, tillgänglighet och kompetens
- Följa registerdata och kvalitetsindikatorer i Svenska palliativregistret
- Rapportera vidare till regional uppdragsgivare.

1.2 Nationella kunskapsstöd palliativ vård

Det finns framför allt två nationella dokument som ligger till grund för kunskapsstyrning av den palliativa vården för vuxna i Sverige. Det är Nationellt vårdprogram (NVP) palliativ vård (2023)[1] och Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp (PSV) palliativ vård (2022)[2]. Med utgångspunkt i dessa dokument har en regional medicinsk riktlinje (RMR)[3] palliativ vård arbetats fram och godtagits av VGR.

NVP palliativ vård är ett kunskapsdokument som beskriver förutsättningar för allmän- och specialiserad palliativ vård samt uppdaterad klinisk kunskap inom omvårdnad och medicinsk vård. Vårdprogrammet revideras under 2025.

PSV palliativ vård omfattar vårdkedjan, från tidig identifiering av palliativa vårdbehov till livets slut. Vårdförloppet gäller både allmän och specialiserad palliativ vård och inkluderar alla åldrar, såväl barn som vuxna. Navet i den allmänna palliativa vården utgörs av regional och kommunal primärvård, medan den specialiserade vårdnivån bedrivs av fasta vårdteam med särskild kompetens.

I februari 2025 presenterades den reviderade regionala medicinska riktlinjen (RMR) för palliativ vård. För första gången samordnas vårdprogrammet och vårdförloppet i en RMR som tillämpningsdokument. RMR ställer upp ett antal mål och strukturella krav för att säkerställa god, jämlik och personcentrerad palliativ vård.

1.3 Dialogturné 2025

Som en del i att möta ovan beskrivna uppdrag och mål för sjukvårdsregional vårdprocessgrupp genomfördes en dialogturné under augusti och september.

1.3.1 Syfte

Syftet med dialogturnén var att få en fördjupad diskussion kring den palliativa vårdprocessen, det lokala arbetet och dess förutsättningar liksom viktiga delar för fortsatt gemensamt regionalt utvecklingsarbete. Utgångspunkt för dialogturnén har varit huvudbudskapen i RMR för palliativ vård. Rapporten speglar de regionala specialiserade palliativa teamens perspektiv.

[1] Nationellt vårdprogram palliativ vård, Kunskapsbanken, Regionala cancercentrum i samverkan
[2] Vårdförlopp Palliativ vård, 1177 för vårdpersonal
[3] Regional medicinsk riktlinje Palliativ vård, VGR Vårdgivarwebben

Närståendestöd är en av hörnstenarna inom den palliativa vården varför det för dialogturnén var särskilt viktigt att patient-närstående representant deltog.

1.3.2 Genomförande

Palliativ vård bedrivs inom samtliga vårdformer, både regionalt och kommunalt, för patienter med svår sjukdom. Under dialogturnén besöktes de specialiserade palliativa enheterna.

Regionala processledare genomförde tillsammans med utvecklingsledare och patient-närstående representant, turnén inom Västra Götalandsregionen och Region Halland. I turordning besöktes teamen på Alingsås lasarett (Sjukhusen i Väster), Uddevalla sjukhus (NU sjukvården), Hallands sjukhus Varberg (Region Halland), Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS), Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU), Skaraborgs sjukhus Skövde (SkaS) och Kungälvs sjukhus (Sjukhusen i Väster).

Vid dialogmötena deltog verksamheternas lokala representanter i sjukvårdsregional vårdprocessgrupp för palliativ vård, enhetschefer, oftast verksamhetschef eller annan chef på områdes- eller sjukhusledningsnivå, medicinskt ansvarig läkare samt andra medarbetare i teamen.

Inför dialogmötena tillställdes enheterna ett formulär med frågor att besvara, vilket sedan utgjorde underlag för samtalen. Verksamheterna uppmanades även att förbereda en presentation. Svaren från formulären, tillsammans med kompletterande information från presentationerna, redovisas i denna rapport. Varje verksamhet lyfte fram områden som de anser fungerar väl hos dem. En sammanställning av dessa återfinns i bilaga 1.

KAPITEL 2

Nuläge

2.1 Den specialiserade palliativa vårdens organisation och dimensionering

En specialiserad palliativ enhet består av slutenvård, konsultteam och palliativt resursteam, alternativt avancerad sjukvård i hemmet (ASIH). Specialiserad palliativ kompetens bör finnas tillgänglig dygnet runt (RMR 2025).

Inom Västra sjukvårdsregionen är det en stor variation på organiseringen av specialiserad palliativ vård. Nedan en jämförelse med teamens organisations-tillhörighet, antal kommuner i upptagningsområdet samt befolkningsunderlag.

Tabell 1. Organisation och upptagningsområde

Förvaltning/ Sjukhus	Verksamhetens namn	Organisatorisk tillhörighet	Upptagnings-område	Befolkning
Hallands sjukhus	Palliativa Konsultteam Region Halland	Område 3, Onkologi- och Palliativmedicin kliniken	6 kommuner	346 000
NU-sjukvården, Uddevalla sjukhus	Palliativa enheten, NU-sjukvården	Kirurgkliniken	15 kommuner	280 000
Sahlgrenska Universitetssjukhuset ** Specialiserat Palliativt resursteam* ***Avancerad sjukvård i hemmet*	Palliativa sektionen *Centrum PRT** *Hisningen PRT** *Nordost PRT** *Sydväst ASIH***	Ambulans och specialiserad sjukvård i hemmet	5 kommuner	750 000 *191 000* *179 000* *259 000* *121 000*
Sjukhusen i Väster, Alingsås sjukhus	Palliativa teamet Alingsås	Kirurgkliniken	4 kommuner	108 000
Sjukhusen i Väster, Kungälvs sjukhus	Mobilt palliativt team	Geriatrik neurologi och rehabilitering kliniken	4 kommuner	127 000
Skaraborgs sjukhus, Skövde	Palliativa enheten	VO 2 Skaraborgs sjukhus	15 kommuner	264 000
Södra Älvsborgs sjukhus	Palliativt team	VO Neurologi rehabilitering och nära vård	6 kommuner	210 000

Tabell 2 förevisar antal inskrivna patienter i de specialiserade palliativa teamen, om specialiserad palliativ slutenvård finns och antal vårdplatser samt den specialiserade palliativa kompetensens tillgänglighet under dygnet. Frågan om hur många patienter teamet hade inskrivna ställdes under mötet och är därmed ett ungefärligt antal, med vilket spann det brukar vara. Vissa team har i förhållande befolkningsunderlag ett stort antal patienter inskrivna.

Flera verksamheter erbjuder jourverksamhet under helger, främst via telefonkontakt med läkare eller sjuksköterska på palliativ vårdavdelning. Inom två verksamheter finns läkare tillgänglig främst för vårdavdelningen ett par timmar på antingen lördag eller söndag. Inom två av verksamheterna finns läkare tillgängliga inom verksamheten på jourtid.

I sydvästra Göteborg, med ett upptagningsområde på cirka 125 000 invånare, finns ett ASIH-team med tillgänglighet hela dygnet. Viss samverkan med kommunal hälso-och sjukvård finns. Inom SU:s övriga upptagningsområde finns palliativa resursteam (PRT) vilka har tillgänglighet alla veckans dagar mellan klockan 07:30 och 21:15, med kommunal- och regional primärvård som ansvarar nattetid.

Tabell 2. Dimensionering och tillgänglighet

Förvaltning/ Sjukhus	Antal inskrivna patienter*	Slutenvård antal vårdplatser	Tillgänglighet
Halland sjukhus	400–420	14 (7+7)	vardagar + läk tfn jour helger kl. 9-16
NU-sjukvården	drygt 200	12	vardagar läk jour helg kl. 9-14
Sahlgrenska Universitetssjukhuset	150–170	nej	PRT kl. 8-21 ASIH dygnet runt
Sjukhusen i Väster, Alingsås sjukhus	50–60 (35–70)	5	vardagar
Sjukhusen i Väster, Kungälvs sjukhus	50–60	nej	vardagar
Skaraborgs sjukhus, Skövde	140–160	8 +1	vardagar läk jour en helgdag kl. 9-14
Södra Älvsborgs sjukhus	60–75	nej	vardagar

Bemanningen inom de specialiserade palliativa teamen varierar. Tabell 3 nedan visar att teamen är tvärprofessionella och inkluderar alla inkluderar läkare, och sjuksköterska. Undersköterskor finns endast inom PRT-team vid SU. Kurator ingår i teamen på SU och SÄS, medan övriga verksamheter har tillgång till kurator från annan enhet i varierande grad. Detsamma gäller arbetsterapeut och fysioterapeut, som enbart finns inom ASIH vid SU.

För jämförelse redovisas i tabellen även en kvot som visar antal medarbetare per yrkeskategori per 100 000 invånare.

Tabell 3. Personalstat i budget*, Specialiserade palliativa team

	Läkare		Sjuk-sköterska		Under-sköterska		Kurator		Arbets-terapeut		Fysio-terapeut	
Förvaltning/sjukhus	**Tjänst**	**/100'**	**Tjänst**	**/100'**	**Tjänst**	**/100'**	**Tjänst**	**/100'**	**Tjänst**	**/100'**	**Tjänst**	**/100'**
Hallands sjukhus	9,22	2,66	14,62	4,23	-	-	kopplad till teamen	-	kopplad till teamen	-	kopplad till teamen	-
NU-sjukvården Uddevalla sjukhus	4	1,43	8 + 0,4*	3,00	-	-	tillgång till	-	-	-	-	-
Sahlgrenska Universitetssjukhuset	18	2,40	17,7	2,36	3	0,40	4	0,53	1	0,13	1	0,13
- Centrum PRT	*4,5*	*2,36*	*2*	*1,05*	*1*	*0,52*	*1*	*0,52*	-	-	-	-
- Hisningen PRT	*4,5*	*2,51*	*2*	*1,12*	*1*	*0,56*	*1*	*0,56*	-	-	-	-
- Nordost PRT	*5*	*1,93*	*3*	*1,16*	*1*	*0,39*	*1*	*0,39*	-	-	-	-
- Sydväst ASIH	*4*	*3,31*	*10,7 + natt*	*8,84*	-	-	*1*	*0,83*	*1*	*0,83*	*1*	*0,83*
Sjukhusen i Väster Alingsås sjukhus	2	1,85	2,8	2,59	-	-	kopplad till teamet	-	finns som konsult	-	finns som konsult	-
Sjukhusen i Väster Kungälvs sjukhus	1,5*	1,18	5*	3,94	-	-	tillgång till	-	att fråga om råd	-	att fråga om råd	-
Skaraborgs sjukhus Skövde	4	1,52	7	2,65	-	-	tillgång till	-	tillgång till	-	tillgång till	-
Södra Älvsborgs sjukhus	3,45	1,64	4,5	2,14	-	-	0,8	0,38	-	-	-	-

**Öppenvård / Konsultverksamhet. Omfattar ej slutenvård eller tillfälliga projektanställningar.*
Antal tjänster (heltid = 1,0) samt per 100 000 invånare i upptagningsområdet.

2.2 Samverkan

2.2.1 Specialiserad palliativ vård i hemmet

Inom Västra sjukvårdsregionen bedrivs specialiserad palliativ vård i hemmet genom fasta vårdteam med kompetens inom specialiserad palliativ vård. Inskrivning av patienter i teamen sker enligt gemensamma principer, med vissa lokala variationer. Följande kriterier återkommer i svaren:

- Obotlig, progressiv sjukdom med begränsad förväntad överlevnad
- Genomfört brytpunktsamtal och informerad patient
- Patientens samtycke till remiss till palliativt team
- Ålder: 18 år eller äldre
- Komplexa behov som motiverar specialiserad vård, exempelvis: svåra eller komplexa symtom (smärta, illamående, ångest, dyspné etc.) som inte lindras av allmän palliativ vård, behov av avancerade medicinska insatser (till exempel läkemedelspumpar, buktappningar), psykosociala faktorer (till exempel minderåriga barn, social utsatthet, existentiella kriser), snabbt förlopp eller krisartat insjuknande.

Ansvarsfördelningen mellan regional primärvård och kommunal primärvård varierar, men följande mönster framträder:

- Specialiserade palliativa team tar ofta över det medicinska ansvaret vid inskrivning. Undantaget Halland där teamen har en konsultroll och primärvården ansvarar.
- Kommunal primärvård, hemsjukvård fungerar som utförare och förlängd arm, särskilt vid insatser i hemmet
- Regional primärvård (vårdcentraler) kan bistå vid behov, särskilt för patienter som bor långt från sjukhus eller har begränsade behov

Samtliga team påtalade vikten av en god och nära samverkan med kommunal primärvård. Kommunala primärvården utgör basen för vården i hemmet och finns tillgänglig dygnet runt. Flera team uttryckte att samarbetet med kommunerna var deras styrka och att den specialiserade palliativa vården till stora delar var helt beroende av att kommunen var utförare av vården.

Gemensam vårdplanering sker ofta i patientens hem, med deltagande från både specialiserat palliativt team och kommunal primärvård. Kommunikation sker via etablerade system som SAMSA, dock inte som generell regel för samtliga sjukhus. Sjuksköterskor från de specialiserade palliativa teamen har regelbunden kontakt med kommunal primärvård och genomför vid behov hembesök ibland tillsammans med läkare.

Det framkom samtidigt utmaningar i samverkan kring ansvarsfördelning och vårdåtgärder mellan huvudmännen. Gränssnitten är otydliga, vilket ofta leder till tidskrävande förhandlingar för att försöka säkerställa fungerande vård i hemmet. Teamen uppgav att ansvar ofta avgörs av enskilda medarbetares välvilja. Flera verksamheter beskrev svårigheter att skapa trygg vård för patient och närstående när personal från olika enheter är involverade. Kombinationen av hemtjänst, kommunal primärvård och specialistvård upplevdes försvåra god och sammanhållen vård.

Några verksamheter har formella samverkansavtal med kommunen där inskrivning i specialiserat team förutsätter samtidig inskrivning i kommunal primärvård.

2.2.2 Samverkan med mobil närvård

Samverkan med mobil närvård förekommer i varierande grad och i olika form inom Västra sjukvårdsregionen. Av de sju verksamheterna är det fem som har någon form av samverkan, medan två inte har det.

Samverkan sker främst situationsbaserat och är ofta beroende av tillgängliga resurser. I vissa fall finns etablerade samarbeten, medan andra beskriver mer informella stödinsatser mellan team.

2.2.3 Specialiserat palliativt konsultteam

Palliativt konsultteam beskrivs i Socialstyrelsens termbank som ett multiprofessionellt konsultteam som utgår från en specialiserad palliativ verksamhet och som tillhandahåller rådgivning, handledning och utbildning till vård- och omsorgspersonal.

Palliativ konsultverksamhet framhölls som en viktig funktion och ingående i det specialiserade palliativa teamets uppdrag. Funktionen finns vardagar dagtid som en öppen telefontillgänglighet vilka kan svara på frågor och ge råd. Några hade inbokade regelbundna besök på slutenvårdavdelningar och mottagningar. Team som har tillgång till slutenvård framhöll att sjuksköterska där fanns tillgänglig dygnet runt som konsult gentemot kommunal primärvård. På SU beskrevs att en läkartjänst fungerade som palliativ konsult, men att det fanns otillsatta tjänster för ett palliativt konsultteam. Inget annat team beskrev att det fanns särskilda personaltjänster för ett sammansatt multidisciplinärt palliativ konsultteam.

En utmaning inom konsultverksamheten är att sjukhusens sluten- och öppenvårdsenheter först sent i ett palliativt förlopp identifierar palliativa vårdbehov och då i första hand önskar övertag till specialiserat vårdteam, och

således inte arbetar internt inom sina verksamheter för att omhänderta patienter med palliativa vårdbehov och anpassa vården därefter.

2.2.4 Slutenvård för specialiserad palliativ vård

Slutenvård för specialiserad palliativ vård erbjuds i olika former inom Västra sjukvårdsregionen. Tre verksamheter uppger att de har egna vårdavdelningar för specialiserad palliativ vård. Antalet vårdplatser varierar mellan 8 och 15, där vissa enheter har möjlighet att justera kapaciteten under sommaren.

Alingsås sjukhus erbjuder palliativ slutenvård på särskilt definierade vårdplatser. Tre verksamheter, Kungälv, SU och SÄS, uppger att de saknar slutenvård för specialiserad palliativ vård. Detta innebär att majoriteten av Västra Götalandsregionens cirka 1,7 miljoner invånare inte har tillgång till specialiserad palliativ slutenvård.

Inom sjukvårdsregionen finns fyra hospice, varav tre i Göteborg och ett i Lidköping. Verksamheterna betonar hospicevårdens betydelse och det goda samarbetet mellan aktörerna. Samtidigt framhålls att tillgången till hospice är ojämlik och i viss mån beroende av bostadsadress. På grund av bristen på specialiserad palliativ slutenvård har hospice behövt vara flexibla och snabbt ta emot patienter med komplexa vårdbehov där palliativ slutenvård varit en mer adekvat vårdnivå.

2.3 Verksamhetsinnehåll

2.3.1 Strävan mot tidig identifiering och integrering av palliativ vård samt andra strukturerade arbetssätt

Arbetet med strukturerade metoder för att identifiera patienter med palliativa vårdbehov varierar mellan verksamheterna. Flera enheter arbetar aktivt med tidig identifiering, exempelvis genom olika utbildningsinsatser, där teamets medlemmar utbildar personal inom primär- och sekundärvård i palliativt förhållningssätt, tidig identifiering, samtal vid allvarlig sjukdom, symtomlindring och samverkan. Andra verksamheter beskriver att identifiering sker till viss del, exempelvis i samband med konsultronder, eller att arbetet är under utveckling med förhoppning om att starta upp en mer strukturerad organisation med palliativa ombud.

Samtal vid allvarlig sjukdom (SVAS) uppger flera verksamheter att de arbetar med löpande utifrån patientens behov, ofta i samband med inskrivning i teamet. Samtalen genomförs som en del av det multiprofessionella teamarbetet.

Handledning och daglig dialog kring svåra fall är även en strukturerad integrerad del av arbetssättet.

Utöver detta finns även andra strukturerade metoder införda i verksamheterna. Exempel som anges är användning av mallar i journalsystemet Melior, såsom VILS (Vård i livets slutskede), inspirerad av Liverpool Care Pathway (LCP) och Nationella vårdplanen för palliativ vård (NVP). Flera verksamheter följer befintliga och upprättar nya riktlinjer och PM för att säkerställa trygg vård, exempelvis kring palliativ sedering och checklistor för vård i livets slutskede.

2.3.2 Svenska palliativregistret

En verksamhet uppger att den innehar mandat att driva registret på sjukhusövergripande nivå. Övriga verksamheter saknar antingen sådant mandat eller begränsar sitt ansvar till registrering inom den egna enheten, utan ett samlat ansvar för hela sjukhuset

Efterfrågan på data från registret är begränsad. Några verksamheter uppger att sjukhusledning eller andra enheter inte aktivt efterfrågar data, medan andra har lyft behovet av ökad användningen av registerdata, exempelvis genom att uppmärksamma sjukhusstaben på dess potential.

Trots begränsat mandat och efterfrågan arbetar flera verksamheter aktivt för att öka anslutningen till registret. Insatserna inkluderar utbildningstillfällen där registrering och vårdutveckling via Svenska palliativregistret uppmuntras. Några verksamheter anordnar återkommande nätverksträffar med palliativa ombud där registret lyfts som en viktig del för att mäta och följa upp palliativa vårdens kvalitet. Vissa har uppmanat vårdenhetschefer att säkerställa att all personal har inloggning till registret. I ett fall beskrivs ett strukturerat arbete med ansvarspersoner på varje enhet som arbetar för att stärka registreringen och synliggöra behovet av dataanvändning.

En framgångsfaktor för palliativ omvårdnad och deltagande i registret inom slutenvård är palliativa ombud på vårdavdelningarna.

2.3.3 Patient- och närståendemedverkan

Arbetet med patient- och närståendemedverkan inom specialiserad palliativ vård varierar mellan verksamheterna, men flera enheter beskriver strukturerade insatser för att involvera både patienter och närstående i vården. Vid mötena lyfte patient- och närståendeföreträdaren från RCC Väst speciellt närståendes utsatta och ofta belastade situation i hemmen. Resonemang fördes särskilt angående närståendes roll som informationsbärare och behovet av tydlig och sammanhållen information från olika vårdaktörer.

Flera verksamheter erbjuder multiprofessionella teamronder där patienter och närstående ges möjlighet att delta, ofta en gång per vecka. Särskilt NU-sjukvården bedriver ett förbättringsarbete sedan våren 2025 med patient- och närståendemedverkan vid vårdavdelningen teamrond.

Verksamheterna påtalar att inskrivningsbesök i hemmet ofta sker tillsammans med anhöriga, och samtal med närstående erbjuds både vid behov och som en del av vårdplaneringen. Vissa enheter arbetar med IPOS (Integrated Palliative care Outcome Scale) som stöd för att fånga upp patientens och närståendes behov. Efterlevandesamtal, kuratorskontakt och hjälp med intyg för närståendepenning erbjuds också som en del av det kliniska arbetet. Sammanfattningsvis är vården personcentrerad.

Specialiserade konsultteamet Halland lyfter fram Mötesplats Gnistan som ett exempel på strukturerad närståendemedverkan, medan andra beskriver att patienten uppmuntras att bjuda in närstående till besök och samtal. På samma sätt finns Kraftens Hus i Borås och Göteborg samt liknande verksamhet vid Hospice Gabriel i Lidköping.

Samtliga verksamheter erbjuder efterlevandesamtal till närstående. Patient- och närståendeföreträdaren lyfte behovet av att bättre beakta närståendes önskemål, exempelvis att fråga vem i personalgruppen de önskar samtala med – vilket inte framgick att någon enhet gör idag. Ingen verksamhet uppgav heller att de använder närståendeenkäten i Svenska Palliativregistret.

2.4 Utbildningsuppdrag och kompetensutveckling

Alla specialistenheter bidrar till kunskapsspridning av palliativ vård. Palliativt centrum vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset är den enda enheten med ett formellt utbildnings- och utvecklingsuppdrag. Övriga verksamheters utbildningsinsatser varierar och omfattar patientnära handledning, efterfrågade utbildningar och föreläsningar inom kommunal verksamhet, primärvård och sjukhus, samt öppna och riktade föreläsningar för vårdpersonal och allmänhet. Verksamheterna ansvarar även för utbildning inom högskole- och universitetsprogram. Flera enheter framhåller behovet av att stärka den generella palliativa kompetensen, särskilt inom slutenvården.

Utbildningsinsatserna inom specialistutbildningen i palliativ medicin för läkare och framför allt läkarprogrammet har väsentligen ökat sista åren. Flera team efterfrågar ett ökat regionalt samarbete gällande utbildnings- och fortbildningsuppdrag. Förberedelsearbete, genomförande och utvärderingar är tidskrävande och ett gemensamt regionalt kunskapscenter efterfrågades.

Kompetensutveckling för egen personal sker genom internutbildningar, lärande verksamhetsmöten, strukturerad reflektion och deltagande i konferenser, både nationellt och internationellt.

Sammanfattningsvis visar dialogturnén att utbildning och kompetensförsörjning är prioriterade områden inom specialiserad palliativ vård, men att det finns variationer i struktur, resurstillgång och mandat mellan verksamheterna.

2.5 Utveckling och framtid

Digitala arbetssätt inom specialiserad palliativ vård är under utveckling i Västra sjukvårdsregionen, med initiativ som förfrågningar via 1177, digitala möten och journalföring med taligenkänning. Flera enheter arbetar med lösningar för digital patientöversikt och ser ökad användning av videosamtal som en möjlighet att förbättra patientkontakten.

När verksamheterna blickar framåt, uttrycks en önskan om att kunna erbjuda god palliativ vård i hemmet i ännu högre utsträckning och för det krävs personaltillskott. Ett mål är att stärka kompetensförsörjningen inom all vård genom utbildning av specialistläkare, sjuksköterskor och undersköterskor, samt att öka kunskapen om palliativ vård även hos personal inom andra verksamheter. Verksamheterna påtalar att den specialiserade palliativ vården inte är jämlik. Vilken vård patienten får beror på organisation och bostadsadress.

Utmaningar som lyfts är många och komplexa. Bland annat nämns befolkningsökning i relation till begränsade resurser, beroendet av andra aktörer såsom kommunal primärvård. En annan svårighet som framhålls är svårighet att identifiera patienter i tid, vilket avser utmaningen för andra verksamheter att igenkänna palliativa vårdbehov och remittera patienten till specialistenheten. Erfarenheten är att många patienter remitteras i ett sent (för sent) vårdförlopp.

Verksamheter rapporterar att remisser till kommunal primärvård ofta avslås, vilket försvårar tidig integrering och inskrivning. Det finns även oro för att patienter med allmänna palliativa behov i stället hänvisas till specialiserad vård, vilket påverkar resursutnyttjandet negativt.

Flera enheter efterfrågar en tydligare roll för den palliativa enheten som resurs inom sjukhusvården, exempelvis i arbetet med *Kloka kliniska val*. En utökad specialiserad palliativ konsultverksamhet efterfrågas för ökad palliativ kompetens, ökad personcentrerad vård och en strävan mot vård på rätt vårdnivå.

Gällande stöd från RCC Väst efterfrågas fortsatt samordning och dialog, exempelvis genom processgrupper och nätverksträffar. Verksamheterna önskar att RCC Väst tillhandahåller mötesplatser för erfarenhetsutbyte, sprider goda exempel, och bidrar med information om aktuell forskning och hur andra verksamheter arbetar. Ett särskilt önskemål är att RCC Väst ska stödja utvecklingen av ASIH-verksamhet i hela upptagningsområdet, med dygnet-runt-verksamhet och tillgång till vårdplatser.

KAPITEL 3

Sammanfattande slutsatser och reflektioner

3.1 Överensstämmelse mellan nuläge och RMR för palliativ vård

Den regionala medicinska riktlinjen för palliativ vård i Västra Götalandsregionen ställer upp ett antal mål och strukturella krav för att säkerställa god, jämlik och personcentrerad palliativ vård. Vid dialogturnén framkommer att flera delar av riktlinjen är implementerade, medan andra områden uppvisar variationer eller utvecklingsbehov.

Specialiserad palliativ vård ska omfatta slutenvård, konsultteam och resursteam/ASIH med tydlig bemanning och kompetens tillgänglig dygnet runt. I Västra sjukvårdsregionen är vården underdimensionerad, med bristande tillgänglighet, ojämlik organisering och avsaknad av slutenvård för många medborgare.

Flera verksamheter arbetar med tidig identifiering av palliativa behov, samtal vid allvarlig sjukdom och brytpunktssamtal. IPOS och mallar som VILS används i viss utsträckning, men arbetet är inte alltid strukturerat och skattningsinstrument används inte regelbundet.

RMR föreskriver återkommande kompetenshöjande insatser för all personal som möter patienter med palliativa vårdbehov. Utbildningsuppdrag finns formellt på SU men samtliga besökta verksamheter arbetar med kunskapsspridning i olika omfattning.

Patient- och närståendemedverkan är central och omfattar samtal, delaktighet och stöd. Efterlevandesamtal erbjuds och initiativ som Mötesplats Gnistan och multiprofessionella teamronder är goda exempel. Patient- och närståendemedverkan är inte alltid strukturerad, och vissa verksamheter planerar fortfarande för att utveckla detta.

RMR anger att alla enheter bör vara anslutna till Svenska Palliativregistret och använda data för förbättringsarbete. Flera verksamheter ökar registreringen genom utbildning och nätverksträffar, men anslutning och användning varierar och efterfrågan från sjukhusledning är begränsad.

Digitala arbetssätt, såsom digitala möten, Samordnad Individuell Plan (SIP) via länk och journalföring med Taligenkänning (TIK), är under utveckling men inte fullt implementerade.

3.2 Sammanfattande reflektioner

- **Ojämlik organisering.** Stor variation i organisering och dimensionering av den specialiserade palliativa vården leder till ojämlik tillgång till specialiserad vård dygnet-runt för patienter i hemmet, specialiserad palliativ konsult kompetens dygnet runt samt specialiserad palliativ slutenvård
- **Kunskapsspridning.** Verksamheterna har ett viktigt och växande engagemang för kunskapsspridning. Ett regionalt kunskaps- och kompetenscentrum bedöms främja utvecklingen av palliativ vård. Det skulle gynna en samlad struktur för att systematisera och implementera ny kunskap.
- **Kvalitetsuppföljning.** Svenska palliativregistret används för att mäta och följa upp vårdens kvalitet. Ökad täckningsgrad och strukturerat arbetssätt eftersträvas. Utvecklingen skulle stärkas genom större efterfrågan från sjukhusledningar.
- **Samverkan inom cancerprocesser.** Ett mål är att öka utbytet mellan den palliativa processen och övriga cancerprocesser inom RCC Väst.
- **Kunskapsstyrning.** Inom kunskapsstyrningen eftersträvas en tydlig samverkan med Samordningsråd geriatrik och den planerade Samordningsgruppen för palliativ vård, för att verka för ökad jämlikhet, effektivitet och kvalitet i hälso- och sjukvården.

BILAGA 1 NÅGOT VI GÖR BRA HOS OSS

Förvaltning/Sjukhus	Något vi gör bra hos oss!
Norra Halland	Samverkan, dialog och tillgänglighet är vår styrka! • Hemsjukvård • Läkarmedverkan Hemsjukvård • Onkologimottagningar • Omvårdnadskonsulenter • Specialistmottagningar • Vårdavdelningar • Fortbildning
NU-sjukvården	• Samarbete med kommunal primärvård i våra 15 kommuner kring de drygt 200 patienterna som är inskrivna i Palliativa teamet • Kompetenta kontaktsköterskor är ”spindel i nätet” för patienten. Kontaktsköterskan löser mycket själv eller i samråd med sina kollegor. På så sätt triageras frågor som hamnar hos doktorn. • Onk/pallrond. En gång per vecka diskussion med onkologerna kring gemensamma patienter (föranmälda senast dagen innan). Ger bättre beslutsunderlag och onkologisk behandling till rätt patient. Planer finns på att ha liknande möte med hematologen.
Skaraborgs sjukhus	• Patient och närstående är delaktiga i vården • God samverkan med kommunal hemsjukvård • Liberala med anslutningar • Lättillgängliga kontaktvägar, generösa telefontider
Sjukhusen i Väster Alingsås sjukhus	• Litet team, få inblandade, korta beslutsvägar • Har tid för patient och närstående • Kan snabbt omprioritera
Sjukhusen i Väster Kungälvs sjukhus	• God tillgänglighet dagtid • Snabb remisshantering • Bred kompetens hos läkare och sjuksköterskor • Nära samarbete med smärtteamet • Kompetent KPV • Bra på att bygga broar!
Sahlgrenska Universitetssjukhuset	• Arbete i tydliga team - representation av olika kompetenser • Ger bra vård utifrån förutsättningarna • Lättillgänglig konsultfunktion allmän/specialiserad palliativ vård • Hospiceverksamhet – läkarbemanning dygnet runt • Palliativt centrum – kliniknära forskning och samarbete med akademin, utbildningsverksamhet • Bra att kunna arbeta utifrån vårdprogrammets intention med närstående/efterlevandestöd
Södra Älvsborgs sjukhus	Framgång • Pandemin hjälpte till med förändrat tankesätt runt den palliativ vården i den kommunala hemsjukvården. Mer vård görs i hemmet. • Den normala utvecklingen av teamets arbetssätt ökade takten under pandemin och resulterar i färre patienter in. • Idag har vi i genomsnitt två patienter inneliggande. Vilket ger att vi inte behöver en egen vårdenhet. Frigör tid. • Ingen egen vårdenhet ger ökat samarbete med övrig vårdpersonal på sjukhuset och sprider kunskap. • 17% av teamets patienter avlider på sjukhuset, övriga i hemmet eller på korttidsboende. • Ökat samarbete med barnmedicin. Inte bara barn med cancersjukdom utan även neurologiska och neurodegenerativa sjukdomar.



Regionala cancercentrum – regionernas nationella samverkan inom cancervården.
Med patienter och närstående för hela människan, i dagens och framtidens cancervård.
www.cancercentrum.se