

Anvisning för palliativ vård

Dokumenttyp: Anvisning

Datum: 2026-07-15

Giltighetstid: Tills vidare

Gäller för: Vård och omsorgsförvaltningen

Dokumentansvarig: Stöd och utveckling, MAS



Innehåll

PAGEREF _Toc235092916 \h Sammanfattat – det viktigaste för patientnära personal	2
Syftet med palliativ vård	3
De fyra hörnstenarna	3
Mitt ansvar som patientnära personal.....	3
Vård i livets slutskede	3
Vak	3
Viktigt att komma ihåg.....	3
Syfte	4
Definition av palliativ vård	4
De fyra hörnstenarna i palliativ vård	4
Samarbete och gemensamma mål	4
Fast vårdkontakt	5
Återkommande samtal.....	5
Vård i livets slut	5
Vak.....	6
Konstaterande av dödsfall	6
Efterlevandesamtal	6
Svenskt palliativregister.....	6
Indikatorer för god palliativ vård i livets slutskede	6
Ansvarsfördelning	7
Vårdprogram	9
Styrdokument.....	9
Blanketter och länkar	9



Sammanfattat – det viktigaste för patientnära personal

Syftet med palliativ vård

Palliativ vård syftar till att lindra lidande och främja livskvalitet för personer med sjukdom eller tillstånd som kan leda till döden. Vården ska utgå från patientens behov, önskemål och självbestämmande.

De fyra hörnstenarna

Symtomlindring – lindra fysiska, psykiska, sociala och existentiella symtom.

Teamarbete – samverka mellan professioner och vårdgivare.

Kommunikation och delaktighet – patient och närstående ska få information och vara delaktiga.

Närståendestöd – ge stöd under sjukdomstiden och efter dödsfallet.

Mitt ansvar som patientnära personal

Uppmärksamma förändringar i patientens tillstånd och rapportera till sjuksköterska.

Vara lyhörd för patientens behov, önskemål och symtom.

Utföra ordinerade omvårdnads- och symtomlindrande åtgärder.

Ge trygghet, närvaro och ett värdigt bemötande.

Stödja och informera närstående inom ramen för ditt uppdrag.

Vård i livets slutskede

När döden bedöms vara nära är målet att skapa trygghet, lindra symtom och ge patient och närstående stöd.

Patientens önskemål ska respekteras så långt det är möjligt.

Vak

Ingen patient ska behöva dö ensam om det inte överensstämmer med patientens önskemål. Behov av vak bedöms av sjuksköterska och planeras av ansvarig chef.

Viktigt att komma ihåg

- ✓ Se hela människan, inte bara sjukdomen.
- ✓ Fråga vad som är viktigt för patienten.
- ✓ Rapportera förändringar tidigt.
- ✓ Samverka med kollegor och sjuksköterska.
- ✓ Bemöt patient och närstående med respekt, lugn och värdighet.

Målet är att patienten ska få bästa möjliga livskvalitet och en trygg, värdig vård genom hela sjukdomsförloppet.

Syfte

Syftet med anvisningen är att säkerställa en god, säker och personcentrerad palliativ vård genom hela sjukdomsförloppet. Anvisningen tydliggör ansvarsfördelning, arbetssätt och samverkan mellan professioner och vårdgivare

Definition av palliativ vård

Palliativ vård syftar till att lindra lidande och främja livskvalitet för personer med tillstånd som kan leda till döden inom dagar, veckor eller år. Vården ska beakta fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt ge stöd till närstående.

Palliativ vård kan ges samtidigt som annan sjukdomsbehandling och ska anpassas efter individens behov och önskemål.

Palliativt förhållningssätt

All personal ska arbeta utifrån ett palliativt förhållningssätt där patientens livskvalitet, önskemål och behov utgör grunden för vårdens planering och genomförande.

De fyra hörnstenarna i palliativ vård

Palliativ vård bygger på fyra hörnstenar: symtomlindring, teamarbete, kommunikation och delaktighet samt stöd till närstående. Hörnstenarna ska genomsyra vården under hela det palliativa sjukdomsförloppet

Symtomlindring

- Symtom ska identifieras, bedömas och följas upp regelbundet. Vården ska lindra fysiska, psykiska, sociala och existentiella symtom utifrån den enskildes behov. Symtomskattning och uppföljning ska dokumenteras i journal

Teamarbete

- Palliativ vård kräver samverkan mellan olika professioner och vårdgivare. Teamet ska arbeta utifrån patientens behov och gemensamma mål för vården.

Kommunikation och delaktighet

- Patienten ska erbjudas information, samtal och möjlighet att vara delaktig i planering och beslut om sin vård. Närstående ska involveras utifrån patientens önskemål.

Närståendestöd

- Närstående ska erbjudas information och stöd under sjukdomstiden samt efter dödsfallet. Stödet ska anpassas efter individuella behov.



Samarbete och gemensamma mål

God palliativ vård förutsätter samverkan mellan professioner, verksamheter och vårdgivare. Vården ska planeras utifrån patientens behov och gemensamma mål. Personalen ska ha tillräcklig kompetens och erbjudas kontinuerlig fortbildning i palliativ vård. Den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan har en central roll i att samordna och följa upp vården.

Fast vårdkontakt

Patienter med palliativa vårdbehov ska ha en fast vårdkontakt, en fast läkarkontakt och en aktuell vårdplan. Ansvariga vårdgivare ska samverka för att säkerställa kontinuitet, samordning och tillgänglighet utifrån patientens behov.

Vid behov av specialiserad palliativ vård skickas remiss till Palliativa resursteamet, PRT, på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. När patienten ansluts tar de över det medicinska ansvaret och utgör den behandlingsansvariga vårdkontakten. Anslutning till teamet kräver att patienten är inskriven i kommunal primärvård.

Återkommande samtal

Hälso- och sjukvårdspersonal bör erbjuda återkommande samtal vid allvarlig sjukdom till patienter med livshotande tillstånd.

Parallellt bör patienten få skatta sin samlade symtombörda.

Samtalen och skattningarna bör ligga till grund för en strategi för palliativ vård, som inkluderas i patientens individuella vårdplan.

Vid förändringar i sjukdomsförloppet kan brytpunktssamtal genomföras för att tydliggöra vårdens mål och planering. Samtalet genomförs av läkare och ska dokumenteras i patientjournalen. Närstående ska erbjudas att delta utifrån patientens önskemål.

Existentiella, kulturella och andliga behov

Palliativ vård ska utformas med respekt för individens värderingar, livsåskådning, kultur, religion och personliga önskemål. Patientens existentiella, andliga och kulturella behov ska uppmärksammas och, vid behov, stöd erbjudas genom lämpliga resurser inom eller utanför vården. Patientens självbestämmande, integritet och delaktighet ska värnas genom hela vårdförloppet.



Vård i livets slut

Vård i livets slutskede innebär att döden bedöms vara nära och att vårdens huvudsakliga mål är symtomlindring, livskvalitet och trygghet för patient och närstående. Övergången till vård i livets slutskede ska föregås av medicinsk bedömning och dokumenteras i patientjournalen. Vården planeras utifrån patientens behov, önskemål och aktuella vårdmål.

Vak

Ingen patient ska behöva dö ensam om det inte överensstämmer med patientens önskemål. Vid behov kan vak erbjudas för att skapa trygghet för patient och närstående. Behovet av vak bedöms individuellt i varje fall och kan variera över tid. Behovet behöver därför följas upp i relevant omfattning. I vård och omsorgsförvaltningen är legitimerad sjuksköterska bäst lämpad att göra denna bedömning, det är sedan enhetschef i aktuell utförarverksamhets ansvar att planera och utföra insatsen.

Konstaterande av dödsfall

Vid oväntat dödsfall är det alltid läkare som konstaterar dödsfallet och meddelar närstående.

Vid förväntat dödsfall och om blanketten "Överenskommelse vid väntade dödsfall" är ifylld kan dödsfallet konstateras av sjuksköterska. Sjuksköterska meddelar i dessa fall närstående. Om dödsorsaken kan misstänkas vara annat än den väntade orsaken ska läkare alltid kontaktas för konstaterande av dödsfall även om patienten varit palliativ.

Efterlevandesamtal

Efterlevandesamtal är ett samtal med den avlidnes närstående en tid efter dödsfallet. Palliativ vård slutar inte i och med dödsfallet, utan inbegriper visst organiserat stöd till närstående för att hantera sin situation även efter dödsfallet. Många gånger har närstående frågor som de behöver få svar på. Efterlevandesamtalet kan också ha betydelse för hur sorgereaktionen utvecklar sig.

Efterlevandesamtalet är också ett sätt för personalen att få feedback och reflektera över vården

Svenskt palliativregister

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister för uppföljning och utveckling av vården i livets slutskede. Uppgifter registreras efter dödsfallet och används som underlag för verksamhetens kvalitets- och förbättringsarbete.



Indikatorer för god palliativ vård i livets slutskede

Verksamheterna ska systematiskt följa upp och utveckla kvaliteten i den palliativa vården. Uppföljning ska bland annat omfatta symtomlindring, dokumentation, vårdplanering, närståendestöd samt registrering i Svenska palliativregistret. Uppföljningen ska användas i verksamhetens kvalitets- och förbättringsarbete.

Ansvarsfördelning

De nationella riktlinjerna samt andra styrdokument och lagar styr ansvarsfördelning mellan huvudmän såväl som mellan professioner. Västra Götalandsregionen har ansvaret för samtliga läkarinsatser. Regionen ansvarar för utredning, läkemedelsbehandling samt uppföljning av behandling. Ställningstagande till om patienten skall byta vårdform vid akuta förändringar och det man kommer fram till skall dokumenteras.

Vem/var	Ansvarar för att
Verksamhetschef 29§ HSL	Förvaltningschef är verksamhetschef enligt 29§ HSL i Partille - legitimerad personal har rätt kompetens för sitt yrkesutövande - legitimerad personal har förutsättningar
Avdelningschef	- vård och omsorg inom respektive ansvarsområde
MAS/MAR	- följa upp kvalitet och patientsäkerhet inom den palliativa vården. - det finns anvisning gällande palliativ vård och vård i livets slutskede.
Enhetschef	- att verksamheten inom sitt område fungerar på ett tillfredsställande sätt. - att palliativa riktlinjer är väl kända och används av personalen i den egna verksamheten. - se till personalresurser och organisationen av vården i livets slut fungerar och individanpassas, så långt det är möjligt, enligt den döendes och närståendes önskemål. - Planera och utföra vak med god kvalitet - kompetensutveckling sker i enlighet med verksamhetens behov - att fortlöpande styra, följa upp och utveckla verksamheten
Biståndshandläggare	- göra en individuell bedömning av omsorgsbehovet.
Omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS)	- Delta i teamarbete. - Planera, leda och utvärdera omvårdnaden - upprätta individuell vårdplan - Samverka med andra vårdgivare och utföra ordinerade åtgärder. - vara länken mellan läkare, patient och närstående - Utvärdera och riskbedöma genom att använda gällande skattningsinstrument. - Bedöma behov av vak - Registrera i Svenska Palliativregistret. - Erbjuder efterlevandesamtal.

Fysioterapeut	- Delta i teamarbete. - göra en individuell bedömning av stödbehov så som förflyttningsbedömning/träning, kroppspositionering, smärtbehandling till exempel TENS, andningsteknik och kontrakturprofylax hjälpmedelsutprovning.
---------------	---



Arbetsterapeut	- Deltaga i teamarbete. - göra en individuell bedömning av stödbehov för att underlätta och möjliggöra för den enskilde att klara aktiviteter i det dagliga livet så självständigt som möjligt utifrån sina resurser, begränsningar och egna önskningar, till exempel förflyttningsbedömning/träning, omgivningsbedömning, kroppspositionering och hjälpmedelsutprovning.
Omvårdnadspersonal	- vara uppmärksam på de behov den enskilde på olika sätt ger uttryck för - utföra förebyggande och symtomlindrande åtgärder - upprätta genomförandeplan för brukaren - fungerar som en länk mellan brukaren och övriga som finns runt denne - omhänderta den döde på ett värdigt sätt erbjuda närstående att delta i omhändertagandet

Vårdprogram

Denna anvisning utgår från Socialstyrelsens nationella riktlinjer för palliativ vård, Nationellt vårdprogram för palliativ vård samt Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp palliativ vård. Nationella kunskapsstöd ska användas som stöd för vårdens planering, genomförande och uppföljning.

Styrdokument

Nationella styrdokument

- Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för palliativ vård (2025).
- Nationellt vårdprogram för palliativ vård, RCC i samverkan.
- Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp palliativ vård.
- Socialstyrelsens termbank, begrepp inom palliativ vård.
- SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Regionala och lokala styrdokument

- Regional överenskommelse om väntade dödsfall.
- Lokala rutiner för palliativ vård.
- Lokala rutiner för läkemedelshantering och trygghetsordinationer.

Blanketter och länkar

[Palliativ vård – trygghetsordinationer](#)

[Omvårdnadsschema](#)

[Kontrollblankett: Överenskommelse vid väntat dödsfall](#)

[Svenska palliativregistret](#)