DRN 2026/754

Praktiska anvisningar

Palliativ vård

2026

Länsgemensam ledning i samverkan
Inom socialtjänst och angränsande område hälso- och sjukvård samt skolan i Kalmar län

Innehåll

Inledning **3**
Vad är palliativ vård? **4**
Vårdförloppet i korthet [7] 4
Informationsöverföring mellan vårdaktörer **5**
Samverkan för trygg, nära och personcentrerad vård 5
Flera aktörer – ett gemensamt ansvar 5
Informationsöverföring – *Sträck ut handen* 6
Kommunikationsvägar 7
Samverkan – en helhet runt personen för att undvika stuprörsarbete 8
Samordnad individuell plan (SIP) 8
Samtal vid allvarlig sjukdom, SVAS **9**
Vad är samtal vid allvarlig sjukdom? 9
Översikt 10
Vem bör erbjudas ett samtal vid allvarlig sjukdom? 10
Hur går samtalet till? – inför, under, efter 11
Dokumentation av samtal vid palliativ vård **14**
Samtal vid allvarlig sjukdom 14
Rekommendation för kompetensutveckling i Kalmar län **15**
Bas 15
Fortsättning 16
Fördjupning 16
Informationsfilm 16
Övriga utbildningar 17
Kvalitetsarbete **18**
Beslutad av och revideras **18**
Bilaga 1: Samtalsguide – Samtal vid allvarlig sjukdom

Inledning

Det nationellt framtagna personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet för palliativ vård togs fram 2022 med syftet att verka för en mer jämlik palliativ vård.[1] 2023 tog Länsgemensam ledning i samverkan ett beslut att starta ett länsövergripande arbete i syfte att påbörja implementeringen av det palliativa vårdförloppet och en arbetsgrupp tillsattes. I uppdraget låg att identifiera svårigheter och brister inom palliativ vård i vårt län utifrån det rekommenderade arbetssätt som presenteras i vårdförloppet, och därefter även ta fram åtgärder i syfte att verka för och stödja fortsatt utveckling utifrån de utmaningar som finns.

Mycket fungerar väl i länet men det identifierades också svårigheter och utmaningar att arbeta vidare med. I detta arbete prioriterades tre förbättringsområden att påbörja arbete kring.

Följande blev prioriterat:

- Bristande samtal vid allvarlig sjukdom och brytpunktssamtal
- Bristande kommunikation mellan vårdaktörer
- Palliativa hörnstenar missas i planering, omvårdnad och uppföljning.

Inför arbetet med att stärka dessa områden prioriterades fyra åtgärder. Dessa fyra åtgärder presenteras i denna praktiska anvisning i syfte att informera, belysa och ge struktur till verksamheter för fortsatt arbete med utveckling av palliativ vård – mot en mer jämlik vård. Därav är denna praktiska anvisning inte heltäckande, mer information finns i nationella riktlinjer för palliativ vård[2] och nationella vårdprogram för palliativ vård.[3] Denna praktiska anvisning riktar sig till alla verksamheter inom hälso- och sjukvård samt omsorg som möter personer med palliativa vårdbehov och kräver i många fall en fortsatt lokal bearbetning med utformning av rutiner.

Vi arbetar gemensamt efter länets målbild för nära vård:

Tillsammans skapar vi hälsa och trygghet för hela livet

När vi har nått målbilden arbetar vi med hälsa, vård och omsorg utifrån vad som är viktigt och skapar värde för invånaren. Vi utgår ifrån invånaren vi har framför oss och hens behov, resurser och individuella förutsättningar. Hälsa, vård och omsorg är något vi skapar tillsammans med invånaren. Invånaren är alltid delaktig och använder sina egna resurser och drivkrafter.

Målbilden ska vi uppnå genom att arbeta tillsammans över organisatoriska gränser med tillit till varandra. Alla inblandade aktörer tar ansvar för att invånaren känner sig trygg och upplever att arbetet för hälsa, vård och omsorg är samordnat. I det ingår att kroka i varandras arbete och överbrygga eventuella mellanrum och hinder tillsammans.

[1] Vårdförlopp palliativ vård, Palliativ vård - 1177 för vårdpersonal
[2] Nationella riktlinjer: palliativ vård - Socialstyrelsen
[3] Nationella vårdprogram palliativ vård - Regionala cancercentrum i samverkan.

Vad är palliativ vård?

Palliativ vård innebär att lindra lidande och främja livskvalitet för personer med livshotande sjukdom.[4] Detta sker under beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov utifrån de fyra grundläggande hörnstenarna symtomlindring, teamarbete, kommunikation och relation samt stöd till närstående.

Ett palliativt förhållningssätt tidigt i sjukdomsförloppet, parallellt med eventuell livsförlängande behandling, har visat sig vara bra för personen, närstående och vårdpersonal. I de flesta fall kan personens palliativa behov tillgodoses av personal med grundläggande kompetens i palliativ vård (allmän palliativ vård[5]) och vid behov ska specialiserad palliativ vård[6] finnas tillgänglig. I vården ingår även stöd till personens närstående. I Sverige finns det i nuläget omotiverade skillnader inom palliativ vård, med ojämn tillgång till vård såväl geografiskt som diagnosmässigt.[7]

Palliativ vård har högsta prioritet enligt prioriteringsordningen SOU 1995:5.[8]

Vårdförloppet i korthet [7]

- Vårdförloppet gäller för samtliga vårdgivare som vårdar personer med en eller flera livshotande sjukdomar, det vill säga en eller flera sjukdomar som kan leda till döden inom veckor, månader eller år.
- Vårdförloppet gäller oavsett diagnos, ålder, bostadsort, vårdform och förväntad livslängd.
- I Sverige avlider cirka 90 000 personer varje år, och i Kalmar län ungefär 2800 personer per år. Av dessa möter cirka 80 % en förväntad död. Vid förväntad död finns alltid ett större eller mindre behov av palliativ vård. Detta innebär att många verksamheter i länet berörs av vårdförloppet. Därmed finns det också en stor spridning i hur förutsättningarna ser ut samt hur ofta man möter dessa personer.
- Vårdförloppet startar redan vid misstanke om palliativa vårdbehov och förtydligar att palliativ vård kan börja betydligt tidigare än vad som ofta är fallet idag.
- Vårdförloppet belyser också att flera diagnoser såsom hjärtsvikt, demens och KOL, är underrepresenterade inom specialiserad palliativ vård, medan cancer är den största diagnosgruppen.
- I samband med att vårdförloppet lanserades infördes begreppet samtal vid allvarlig sjukdom, med målet att tidigt fånga upp personens behov och önskemål.
- Samverkan och teamarbete utifrån de fyra grundläggande hörnstenarna, i bedömning, vård och uppföljning är en viktig del för att få en helhetssyn.

[4] Socialstyrelsens termbank
[5] Socialstyrelsens termbank
[6] Socialstyrelsens termbank
[7] Vårdförlopp palliativ vård, Palliativ vård - 1177 för vårdpersonal
[8] Vårdens svåra val, Vårdens svåra val - Regeringen.se

Informationsöverföring mellan vårdaktörer

Samverkan för trygg, nära och personcentrerad vård

I palliativ vård är en välfungerande kommunikation mellan inblandade vårdaktörer avgörande då den skapar trygghet, kontinuitet och möjliggör en vård med hög kvalitet – nära personen och med respekt för dennes önskningar. Ett annat syfte med kommunikationen är planering och att klargöra ansvarsfördelning. Ett tidigt och tydligt samarbete mellan vårdaktörer, personen och närstående gör att alla parter kan förbereda sig, vara delaktiga och bidra med sin kompetens när behov uppstår. En god samverkan kräver också ömsesidig respekt och tillit.

Flera aktörer – ett gemensamt ansvar

För att kommunikationen ska gynna personen på bästa sätt krävs samverkan mellan flera yrkesgrupper och huvudmän – exempelvis omsorgspersonal, boendestödjare, biståndshandläggare, rehabpersonal, undersköterskor, sjuksköterskor och läkare. Vid behov av specialistkompetens finns Enheten för Palliativ Medicin (EPM) som erbjuder rådgivning över hela länet.[9]

För att få ett helhetsperspektiv arbetar aktörerna tillsammans och samverkar utifrån de grundläggande fyra hörnstenarna i palliativ vård:

- Symtomlindring
- Kommunikation och relation
- Teamarbete
- Stöd till närstående

[9] Palliativ rådgivning - För vårdgivare Region Kalmar län

Informationsöverföring – *Sträck ut handen*

”Minska glappen i kommunikationen så att stafettpinnen inte hänger i luften – tid är viktigt, särskilt i livets slutskede.”

En god informationsöverföring är en förutsättning för att nästa aktör ska kunna ge en säker och effektiv vård. Den minskar risken för återinläggningar, oönskade besök på akuten och onödigt lidande på grund av fördröjd vård. Överlämningen av information behöver utgå ifrån vilka aktörer personen har runt omkring sig och kan ske mellan olika professioner och huvudmän, som till och från öppenvård och slutenvård på sjukhus, regional och kommunal primärvård samt omsorg.

För att överlämningen ska fungera krävs två viktiga delar:

1. Att informationen lämnas vidare och är korrekt, fullständig och tydlig.
2. Att mottagaren tar emot och bekräftar informationen i rimlig tid och vidtar åtgärder.

Innehåll i en överlämning

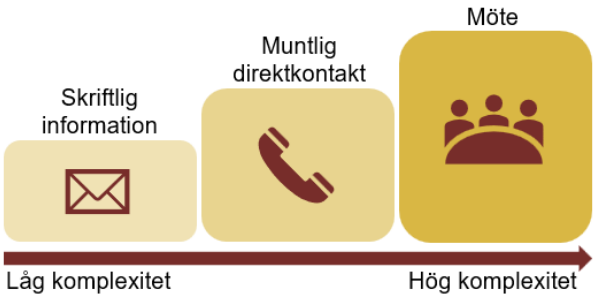
En överlämning sker enligt SBAR och ska tydligt beskriva:

- Vad som är gjort och vad som återstår – både medicinskt och omvårdnadsmässigt.
- Planering framåt: behandling, omvårdnadsinsatser och personens önskemål.
- Eventuella dokumenterade överenskommelser eller beslut.
- Närståendes delaktighet och roll.

Kommunikationsvägar

En överlämning av information kan göras på flera olika sätt, vilket eller vilka som bör användas är en avvägning från fall till fall.

Exempelvis är en del fall mer komplexa och en del verktyg har längre handläggningstid och bör kompletteras med ett telefonsamtal.



Kommunikationsväg	Syfte	Kommentar
Lokala samverkansmöten	Att få en helhetssyn och minska glapp mellan verksamheter.	För att underlätta tidig och förberedande samverkan kring personer i den gemensamma primärvården.
Telefonkontakt	Vid palliativ vård är direktkontakt mellan olika läkare, sjuksköterskor och andra aktörer många gånger nödvändigt.	Hjälper till med helhetssyn och fångar upp mjuka värden som inte alltid framgår i skrift. Viktigt då det är kort om tid.
Journalföring	Dokumentera samtal, beslut, planering, åtgärder och utvärdering tydligt utifrån palliativa hörnstenar.	Underlättar relevant uppföljning och kontinuitet för vårdaktörer. Dokumentation sker i olika verksamhetssystem.
Remiss	Överlämning till, eller konsultation av, annan vårdgivare.	Ska innehålla tydlig frågeställning, diagnos, utförda insatser och planering framåt. Uppge kontaktuppgifter till avsändaren. Intern riktlinje i regionen: Riktlinje för hantering av remisser i Cosmic
Epikris, medicinsk och omvårdnad	Slutanteckning som sammanfattar en vårdperiod.	Ska finnas samma dag som personen skrivs ut från slutenvård om palliativa vårdbehov finns.
Cosmic Messenger	Säker meddelandefunktion mellan vårdaktörer internt i region samt mellan region och kommun.	Kräver lokala rutiner för att säkerställa informationsöverföringen.
Cosmic Link	Digital samverkansyta mellan region och kommun när personen är inskriven i slutenvården samt när SIP ska göras hemma om regionen deltar.	Här startas samordningsärende och gemensam planering dokumenteras. Se praktiska anvisningar: Praktiska anvisningar utskrivning från sluten hälso- och sjukvård Praktiska-anvisningar-samordnad-individuell-plan-sip.pdf

Samverkan – en helhet runt personen för att undvika stuprörsarbete

Viktiga principer för samverkan

- **Den viktigaste samverkansparten är personen och eventuella närstående.** Säkerställ involvering genom att ha strukturerade samtal som samtal vid allvarlig sjukdom, brytpunktssamtal eller utgå från dokumenterad överenskommelse.
- **Tydliga kontaktvägar:** Utse fast läkarkontakt, fast vårdkontakt och fast omsorgskontakt när det är aktuellt. Man kan ha flera fasta vårdkontakter men bara en med samordningsansvar.
- **Teamarbete över gränser:** Forma team med aktörer från olika huvudmän utifrån patientens behov för att få en helhetssyn i bedömning och undvika arbete i stuprör. Teamet kan till exempel bestå av primärvårdsläkare, sjukhusläkare, sjuksköterska och arbetsterapeut i kommunal primärvård, och palliativ rådgivningssjuksköterska. Dela kontaktuppgifter i det lokala teamet och var tydliga med vem som gör vad.
- **Tidig kommunikation och samarbete:** Involvera alla berörda parter så tidigt som möjligt.
- **Överför information:** Säkerställ att alla vet vad som är sagt, gjort och planerat för att kunna planera, ge och utvärdera insatser på bästa sätt.

Kom ihåg att inhämta samtycke från personen till att involvera andra huvudmän och aktörer.

Samordnad individuell plan (SIP)

En SIP används för att samla alla berörda aktörer runt personen i en gemensam planering. Den utgår från personens behov och dokumenteras i Cosmic Link.

Syftet är att tydliggöra vad som ska göras, när och av vem – och att säkerställa att personen och närstående känner sig delaktiga.

Se praktiska anvisningar för samordnad individuell plan på Vårdgivarwebben:

Praktiska anvisningar samordnad individuell plan

Samtal vid allvarlig sjukdom, SVAS

Nedan följer en beskrivning av vårt länsgemensamma arbetssätt för samtal vid allvarlig sjukdom. Beskrivningen ska fungera som ett ramverk och ge stöd till verksamheter i framtagandet av lokala arbetsrutiner kring samtal vid allvarlig sjukdom**.**

För att palliativ vård ska fungera ska vårdaktörer samverka och skapa lokala rutiner kring arbetssätt och kommunikation.

Utöver detta dokument rekommenderas filmerna via länken:

Filmer om samtal vid allvarlig sjukdom - Regionala cancercentrum i samverkan

Vad är samtal vid allvarlig sjukdom?

Syfte och mål med samtalet

Begreppet ”samtal vid allvarlig sjukdom” introducerades när Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Palliativ vård presenterades 2022[10] och fick 2025 följande definition av Socialstyrelsen:

Samtal där hälso- och sjukvårdspersonal och en person vars tillstånd kan leda till döden inom dagar, veckor eller år, och/eller dennes närstående, diskuterar innehållet i den fortsatta vården utifrån personens hälsotillstånd, behov och önskemål.

Samtalet erbjuds så tidigt som möjligt och återkommande i vårdprocessen. Ett tidigt samtal möjliggör en tidig planering där vårdens aktörer, tillsammans med personen, får möjlighet att arbeta förebyggande och personcentrerat med behov som vi vet kommer framöver. Målet är att uppnå så stor trygghet som möjligt hos personen och eventuella närstående samt att de känner sig välinformerade utifrån vad de vill veta.

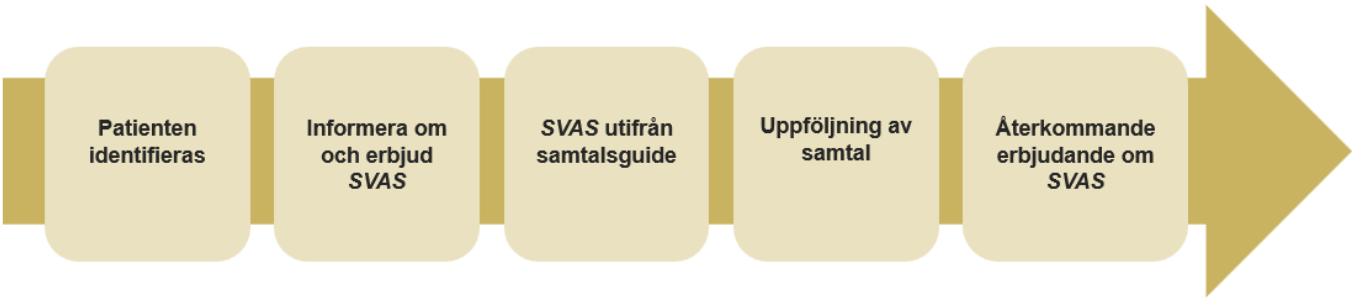
Skillnad mellan samtal vid allvarlig sjukdom och brytpunktssamtal

Samtal vid allvarlig sjukdom	Brytpunktssamtal
Erbjuds tidigt och återkommande	Erbjuds sent i förloppet vid övergång till vård i livets slutskede
Kan utföras av flera olika professioner	Ska utföras av läkare
Behöver inte innehålla behandlingsbegränsningar	Innebär ofta beslut om behandlingsbegränsningar

[10] Vårdförlopp palliativ vård, Palliativ vård - 1177 för vårdpersonal

Översikt

Översikt av de olika momenten vid samtal vid allvarlig sjukdom, i texten nedan kan du läsa mer om respektive del. Dessa delar är viktiga och bör finnas med i de lokala rutinerna, där de vid behov utvecklas och preciseras ytterligare.



Vem bör erbjudas ett samtal vid allvarlig sjukdom?

Sträva efter att identifiera palliativa vårdbehov så tidigt som möjligt, de kan ibland finnas samtidigt som diagnostik pågår eller livsförlängande behandling fortfarande ges.

Förvåningsfrågan kan vara till hjälp för att identifiera personer med palliativa vårdbehov – *skulle jag bli förvånad om patienten dör inom närmaste året?*[11]

Patienten identifieras

I personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp anges också följande kriterier som kan indikera palliativa vårdbehov om ett eller flera uppfylls:

- successivt försämrat allmäntillstånd trots fortsatt livsförlängande behandling
- behov av vila mer än 50 procent av vaken tid, WHO performance status 3–4 [32]
- upprepade oplanerade vårdtillfällen på sjukhus utan klinisk förbättring
- ofrivillig viktnedgång
- otillräcklig symtomlindring
- påtaglig oro, ångest eller stress hos personen eller närstående
- täta infektionsepisoder som kräver behandling
- förväntad snabb utveckling av besvärande symtom.

[11] Mitchell GK, Senior HE, Rhee JJ, et al. Using intuition or a formal palliative care needs assessment screening process in general practice to predict death within 12 months: a randomised controlled trial. Palliat Med 2018; 32: 384–394

Nedan nämns exempel på tillfällen när det är bra att vara extra uppmärksam på palliativa vårdbehov:

- årskontroller
- årliga läkemedelsgenomgångar
- individer som försämrats i sin sjukdom och behandlas av regional slutenvård eller mottagning
- anslutning till kommunal primärvård oavsett boendeform

Utöver kriterierna kan till exempel instrumenten SPICT-SE[12] och Clinical Frailty Scale[13] användas för att identifiera palliativa vårdbehov.

Hur går samtalet till? – inför, under, efter

Informera om och erbjud *SVAS*

När en person identifierats och någon aktör misstänker palliativa vårdbehov görs en bedömning tillsammans med ansvarig läkare. I de fall det bedöms vara aktuellt informeras personen om möjligheten till ett samtal vid allvarlig sjukdom samt erbjuds tid för detta hos läkare.

Samtalen sker vid upprepade tillfällen längs sjukdomsprocessen och ofta blir flera olika vårdaktörer involverade i samtalen, där varje profession fyller en viktig funktion i form av att identifiera behov, samtala och fånga upp frågor.

En del frågeställningar fångas upp i stunden av den profession som finns nära för tillfället och en del frågeställningar kräver närvaro av läkare. Därmed är det ett samtal som kan ske spontant men också mer planerat.

Hur många samtal det blir och vad som tas upp vid varje tillfälle är individuellt och måste utgå från den specifika situation man befinner sig i.

Inför samtalet

SVAS utifrån samtalsguide

- Samtalet utgår från personen och dennes behov.
- Önskar personen att eventuella närstående närvarar?
- Finns det andra parter som det är önskvärt ska närvara, till exempel sjuksköterska i kommunal primärvård eller den fasta omsorgskontakten?
- Inför ett samtal vid allvarlig sjukdom är det bra att försöka hitta ditt sätt att lyssna, bemöta och ställa frågor, för att få ett så naturligt och genuint samtal som möjligt. Palliativt Centrum har tagit fram en djupgående samtalsguide med förslag på struktur för samtalet.[14] Se bilaga 1.

[12] SPICT-SE - Svenska palliativregistret
[13] Clinical Frailty Scale - Geriatric Medicine Research - Dalhousie University
[14] Samtalsguide-Samtal-vid-allvarlig-sjukdom-2.0.pdf

Under samtalet

Som stöd genom samtalet kan man utgå från nedanstående modell, utvecklad av Palliativt Centrum.

- Börja enkelt – våga fråga!
- Låt personens behov styra, alla samtal behöver inte innefatta allt.
- Alla personer vill inte heller veta allt, undersök vad personen vet och vill veta.
- Ta reda på vad som personen tycker är viktigt i planeringen framåt.
- Något som är genomgående viktigt i samtalet är att hitta en balans mellan att lyssna och informera. Ge tid för tystnad och reflektioner.
- Förutom fysiska behov, inkludera även behov av psykologiskt, socialt och existentiellt stöd.
- Gör en gemensam plan.

Om personen samtycker så finns det en del frågor som kan vara bra att ta upp och få svar på i samtalet för att planen ska vara tydlig för involverade vårdaktörer. Dessa frågor kan vara medicinska, existentiella, sociala eller psykologiska. Om det är lämpligt beror givetvis på diagnos men också vid vilken tidpunkt i sjukdomsprocessen samtalet sker. Exempel på detta kan vara:

- Strategi för fortsatt vård med eventuella behandlingsbegränsningar.
- Strategi kring symtomlindring, symptomskattning och möjliga åtgärder.

Närståendepenning
Ge information om närståendepenning och utfärda eventuellt intyg.

För vården: Utlåtande för närståendepenning - Försäkringskassan

För personen: Stödja en svårt sjuk närstående - Försäkringskassan

Uppföljning av samtalet
Erbjud tid för uppföljning av samtalet och den plan som gjorts.

I de fall där det är flera aktörer involverade i vården och det uppmärksammas behov av samordning, erbjud en samordnad individuell plan (SIP):

Praktiska anvisningar samordnad individuell plan

Efter samtalet

Dokumentation
Samtalet bör journalföras strukturerat så att den medicinska planen och personens önskan tydligt framgår till övriga aktörer.

I journalsystemet Cosmic finns ett sökord för samtal vid allvarlig sjukdom framtaget, se avsnittet om dokumentation av samtal vid palliativ vård.

Samverkan
I samband med ett samtal är det viktigt, efter godkännande från personen eller närstående, att genom dokumentation i journal och möjligen andra verktyg, förmedla vad som sagts och planerats. Teamet behöver veta vad som är sagt för att på bästa sätt kunna stödja personen. Se vidare i avsnittet om kommunikation.

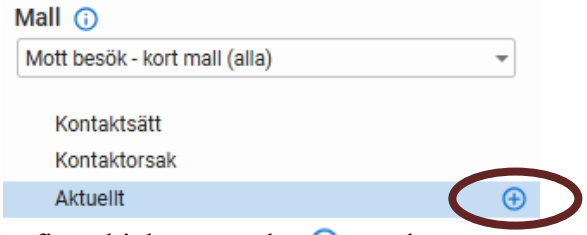
Dokumentation av samtal vid palliativ vård

Samtal vid allvarlig sjukdom

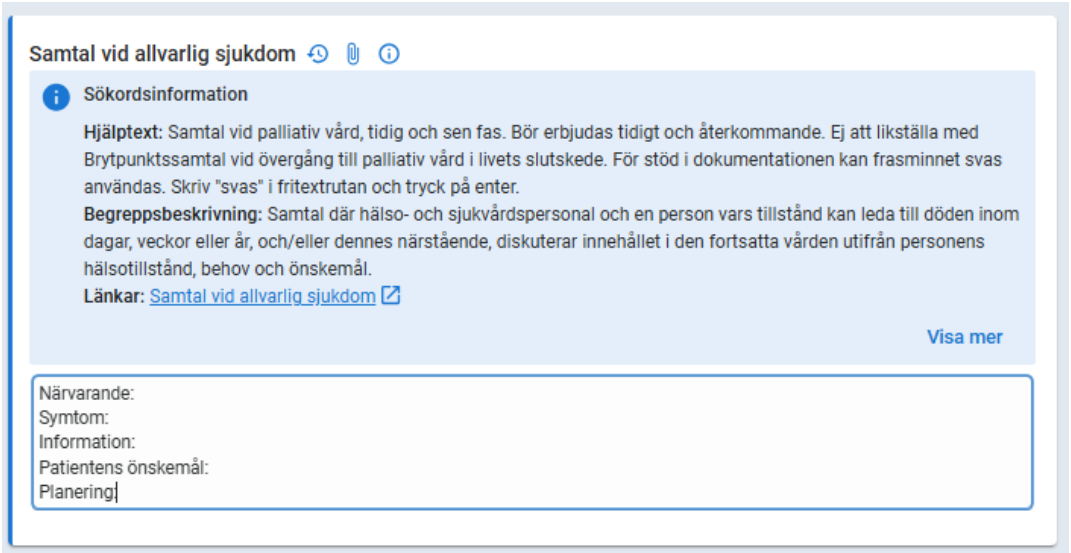
Dokumentation i journal

I länets verksamheter finns många olika verksamhetssystem för journalföring och alla behöver en struktur för dokumentation av samtal vid allvarlig sjukdom. Strukturen bör vara anpassad för att underlätta informationsöverföring. Då Cosmic är ett system där all legitimerad personal kan dra nytta av effekterna av strukturerad journalföring har arbete påbörjats där. För de verksamheter som har Cosmic som journalsystem har sökordet ”samtal vid allvarlig sjukdom” lagts till och är möjligt att beställa till önskade mallar via regionens IT-verksamhet.

Sökordet är möjligt att använda även i mallar där det inte finns inlagt. Klicka på ⊕ i sökordsträdet för att komma till funktionen ”Lägg till sökord”.



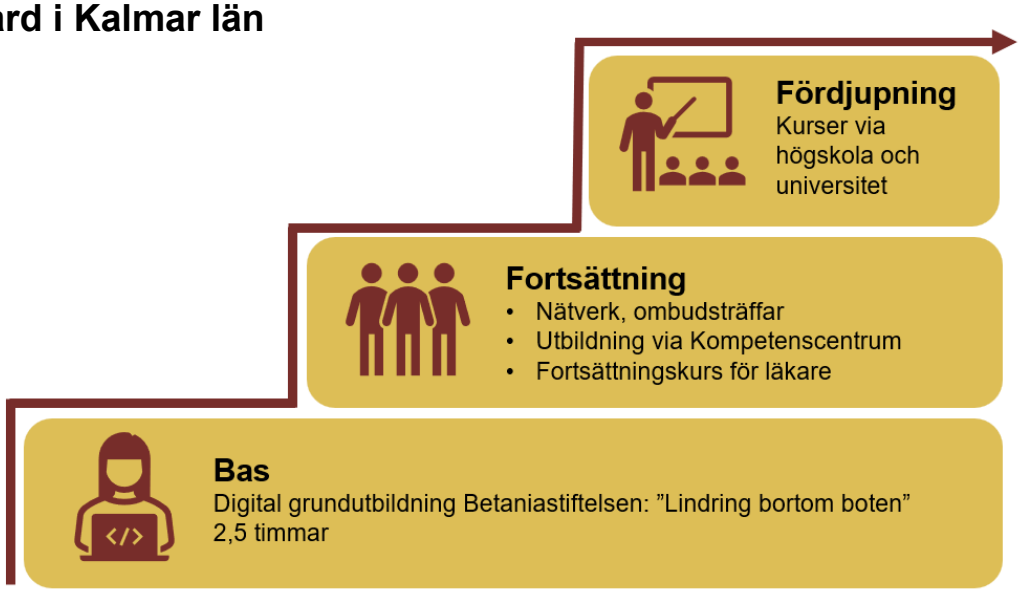
För stöd i dokumentationen under sökordet finns hjälptext under ⓘ, med definition av termen, länk till Socialstyrelsen för mer information samt information om frasen ”svas”.



Ta del av journal

En strukturerad journalföring av samtalet under ett specifikt sökord gör det enklare för andra berörda parter att vid behov ta del av informationen. För att i Cosmic hitta information under sökordet ”samtal vid allvarlig sjukdom” rekommenderas funktionen för filtrering. Klicka på ▽ till höger i journalvyn och sök på ”samtal vid allvarlig sjukdom” i rutan för fritextsök högst upp till höger i filtreringsfältet.

Rekommendation för kompetensutveckling inom palliativ vård i Kalmar län



Allmän palliativ vård förväntas kunna bedrivas av all hälso- och sjukvårdspersonal samt omsorgspersonal i Kalmar län, rekommendationen gäller därmed alla inom dessa verksamheter.

Grundläggande kunskaper inom palliativ vård krävs för att kunna känna igen och tillgodose palliativa vårdbehov. Vidare finns det behov av djupare kompetens vid komplexa behov. Spetskompetens är viktigt för att hålla en hög kunskapsnivå i länet som kan bidra till att sprida kunskap, hålla nätverk och ge rådgivning vid behov.

Då palliativ vård bedrivs inom många olika verksamheter, boendeformer och vårdformer med geografisk spridning över hela länet krävs också en stor spridning av kunskapen geografiskt, men också till många olika professioner i de olika verksamheterna. En grundläggande kunskap underlättar också samverkan och kommunikationen med andra vårdaktörer.

Bas

All personal inom hälso- och sjukvård samt omsorg rekommenderas genomföra nedanstående utbildning för grundläggande kunskap:

Lindring bortom boten. Digital grundutbildning som ges via Betaniastiftelsen. Betaniastiftelsen är en idéburen stiftelse utan vinstsyfte som med en helhetssyn på människan erbjuder utbildning och fortbildning för dig som möter människor i utsatta livssituationer. Utbildningen tar ca 2,5 timme att genomföra och är helt avgiftsfri.

Lindring bortom boten - grundutbildning i palliativ vård - Betaniastiftelsen

Fortsättning

Som fortsättning på grundutbildningen finns det flera forum där man kan få ytterligare kompetens inom palliativ vård, få ökad kännedom om vad som pågår i länet och samt skapa kontakter för nätverk och samverkan.

Ombudsträffar finns för undersköterskor och sjuksköterskor i norra och södra länsdelen samt länsövergripande. Är du intresserad av att delta, prata med din chef.

Utbildningar tillhandahålls av Enheten för Palliativ medicin via regionens Kompetenscentrum i Kalmar, Oskarshamn och Västervik. Utbildningarna ges i fyra delar där man utgår från en hörnsten per utbildning (symtomkontroll, stöd till närstående, kommunikation och relation, multiprofessionellt teamarbete). Varje utbildning är ca 2 timmar och ger också tid för reflektion i grupp. Utbildningarna riktar sig till alla, oavsett profession och hittas på lärplattformen Ping Pong. Sök på Palliativa vårdens 4 Hörnstenar för att kunna anmäla dig. Instruktion för anmälan finns här: Lärplattform - För vårdgivare Region Kalmar län.

För läkare

Betaniastiftelsen erbjuder utöver grundutbildningen en fördjupad modul anpassad för läkare:

Läkarmodul - Lindring bortom boten - Betaniastiftelsen

Fördjupning

Poänggivande kurser via högskola eller universitet. Finns riktade mot olika professioner.

Kurs via högskola anordnas av geriatriska kliniken i samarbete med Länsgemensam ledning i samverkan. Kursen ges vartannat år, är på deltid och ger högskolepoäng. Inbjudan sprids inför kursstart, prata med din chef vid intresse. För mer information kontakta avdelningschef på enheten för palliativ medicin på telefonnummer 010-358 00 00.

Informationsfilm

En film kallad Informationsfilm om grundläggande termer och begrepp inom palliativ vård är framtagen inom Länsgemensam ledning och finns tillgänglig för alla medarbetare via lärplattformen Ping Pong. Filmen är uppdelad i olika avsnitt och i sin helhet cirka 30 minuter. Filmen kan användas på flera olika sätt, se exempel nedan:

- Kort introduktion/repetition
- Vid behov av att snabbt få ett förtydligande av vad palliativ vård är
- För arbetsgrupper att titta på i syfte att få ett gemensamt språk och förhållningssätt till palliativ vård

Informationsfilmen är inte tänkt att vara en fullvärdig grundutbildning. Instruktion för anmälan finns här: Lärplattform - För vårdgivare Region Kalmar län.

Övriga utbildningar

Nedan finns länkar till andra digitala utbildningar, bland annat yrkesspecifika riktade mot exempelvis hemtjänstpersonal eller omsorgspersonal inom LSS samt för fördjupade kunskaper:

Palliativt kunskapscentrum Region Stockholm

Webbutbildningar

Digitala föreläsningar

Regionala cancercentrum i samverkan

Filmer om samtal vid allvarlig sjukdom - Regionala cancercentrum i samverkan

Introduktion till palliativt förhållningssätt vid vård av barn - Regionala cancercentrum i samverkan

Kvalitetsarbete

För att säkerställa att länet förflyttar sig mot jämlik palliativ vård med ökad kvalitet behöver vi följa den utveckling som sker. Som stöd i arbetet med utvärdering och uppföljning finns det i vårdförloppet framtagna indikatorer som delvis är möjliga att följa via Svenska Palliativregistret.[15] Även Socialstyrelsen fastställde 2017 målnivåer[16] som går att följa i samma register.

Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att förbättra vården i livets slut för personen och dess närstående. Många områden går att följa via registret, till exempel andelen personer som fått samtal vid allvarlig sjukdom dokumenterat och vilken symtomskattning som gjordes sista veckan i livet. Registret inkluderar alla dödsfall oavsett diagnos, kön, ålder eller dödsplats, även oväntade dödsfall. Rapporteringen består av två enkäter:

- Dödsfallsenkät – besvaras av vårdpersonal
- Närståendeenkät – besvaras av närstående

Alla verksamheter som rapporterar in bidrar till att utvärdering och fortsatt utveckling kan ske på ett tillförlitligt och ändamålsenligt sätt. Verksamheter kan följa sina resultat på enhetsnivå men resultaten kan också användas för utvecklingsarbete på regional och nationell nivå.

Beslutad av och revideras

Beslutad av Länsgemensam ledning i samverkan inom socialtjänst och angränsande område Hälso- och sjukvård samt skolan i Kalmar län den 8 maj, 2026.

Revideras årligen eller vid behov av samordnande grupp Äldre.

[15] Start - Svenska palliativregistret
[16] MÅLNIVÅER– PALLIATIV VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE

Samtalsguide – Samtal vid allvarlig sjukdom

Tänk på: Ge endast information som patienten vill ha. Lyssna in patientens svar. Tillåt tystnad. Bemöt känslor.

SAMTALSFLÖDE	FÖRSLAG PÅ FRASER
Inled samtalet • Prata om fortsatt vård nu och framåt • Vad som är viktigt för patienten • Något annat • OK med patienten	Vi träffas idag för att prata om din fortsatta vård. Det vore bra om vi kan prata om hur din sjukdom är nu och hur den kan ändra sig framåt. Vad som är viktigt för dig. Vad tänker du om att prata om det? Är det något annat som du vill prata om i dag? Då föreslår jag att vi tar det i den här ordningen… är det ok för dig?
Pejla in patientens nuläge • Patientens förståelse av sin sjukdom • Vad får patienten att må bra • Vad är viktigt för patienten	Vill du berätta hur du själv tänker kring din sjukdom nu? Vad får dig att må bra i vardagen? Vad är viktigt för dig just nu? Vid tidigare svåra perioder i ditt liv, vad har gett dig styrka/energi/kraft/ork?
Utforska patientens tankar om framtiden utifrån två perspektiv • Hoppas på det bästa • Förbereda för det värsta • Oro och rädslor • Behov av information om sjukdomens förlopp • Vårdens inriktning • Familj • Talesperson • Erbjud Familjeguide	Kan vi byta fokus och prata en stund om framtiden utifrån två perspektiv: Att hoppas på det bästa och förbereda för det värsta. Vad tänker du om att prata om det? Vad hoppas du på? Vad skulle det betyda för dig om det blev så? Om vi också ska förbereda på det värsta – vad tänker du är det värsta som kan hända? Är det något du är orolig för? *Läkare*: Vill du veta hur jag tänker om din sjukdom nu och framåt? Ingen kan veta säkert, men jag tänker… Ta vara på tiden och vänta inte om det finns något som behöver bli sagt eller gjort. *Sjuksköterska*: Vill du veta hur jag tänker om din hälsa nu och framåt? Har du behov av mer information om din sjukdom? Finns det någon vård som du inte vill ha? Är det något som är särskilt viktigt för dig att kunna göra? Har du pratat med din familj om detta? Om du får svårt att föra din egen talan, vem skulle göra det åt dig?
Avsluta samtalet • Sammanfatta • Försäkra om fortsatt vård • Ge förslag till planering • Be patienten sammanfatta	Jag har hört dig säga att …är viktigt för dig. Stämmer det? Vi kommer att fortsätta följa dig och vi ska göra det vi kan för dig. Utifrån det vi pratat om och vad vi vet om din sjukdom, så föreslår jag att vi … Låter det ok? Vill du sammanfatta vad du tar med dig från vårt möte i dag?
Dokumentera samtalet **Kommunicera med vårdteamet**	

Palliativt Centrum

Palliativt centrum är en del av Linnéuniversitetet, Region Kronoberg och Kronobergs läns kommuner. © 2021, November. Palliativt centrum. Samtal vid allvarlig sjukdom – Kronobergsmodellen. Version 2.0.
Vidareutvecklat från © 2015 Ariadne Labs: A Joint Center for Health Systems Innovation (www.ariadnelabs.org) and Dana-Farber Cancer Institute.