

Sektorsamverkan och skyddskommitté, Sektor omsorg

2023-04-13 10:00 - 11:45

Röda rummet

NÄRVARANDE

Arbetsgivarens företrädare:

Lina Edlund, sektorchef omsorg

Yvonne Wahlbeck, verksamhetschef myndighet omsorg

Cecilia Wadestig, verksamhetschef produktion äldreomsorg

Sabina Lundin, verksamhetschef produktion LSS/legitimerad personal

Sanna Forshaug, HR-partner

Carina Bäckström, registrator/sekreterare

Isabelle Exell, blivande sekreterare

Arbetstagarnas företrädare:

Pia Liljefors, Fysioterapeuterna

Sanna Liljeholm, Sveriges arbetsterapeuter

Eva-Lena Grannas, Vision Östhammar

Linus Westin, Vision Östhammar

Lina Tanskanen, Kommunal

Madelene Karlsson Vårdförbundet

FRÅNVARANDE

Arbetsgivarens företrädare:

-

Arbetstagarnas företrädare:

Akademikerförbundet SSR

Plats

Röda rummet

Deltagare

Tina Luther (Organisatör, Frånvarande), Carina Backstrom, Cecilia Wadestig, Exell, Isabelle, Lina Edlund, Lundin, Sabina, Sanna Forshaug, Yvonne Wahlbeck

1. Val av justerare av dagens protokoll

Pia Liljefors valdes till justerare.

2. Fastställande av föredragningslista

Samt övriga frågor som inte står med på dagordningen.

Lina Edlund - uppdrag från nämnder.

Kommunal - Facklig närvaro vid APT

3. Skyddskommitté

3.1. Avsaknaden av vilrum på Kyrkogatan.

Vision anmäler frågan.

Lina har tillsammans med Talat tittat på lämpliga rum på Vårdcentrum där vårt senaste rum fanns, samt rum på Kyrkogatan.

Fackliga organisationer har inget att invända mot arbetsgivarens förslag.

Beslut

- Vilrum inrättas i det rum som MAR tidigare hade.

4. Övrigt, Skyddskommitté

5. Informationsärende

Informationsärenden är ärenden som arbetsgivarorganisationen vill delge arbetstagarorganisationen enligt MBL § 19. Syftet är ökat medbestämmande till de anställda för att de ska kunna utnyttja sin rätt till förhandling. Områden att informera om:

- *Verksamhet/organisation/utveckling*
- *Ekonomi/budget*
- *Personalfrågor och personalutveckling*
- *Planerad inhyrning och anlåtande av entreprenör i tillämpliga fall*
- *Arbetsmiljö och skyddsfrågor*
- *Likabehandling*

5.1. Luften på Edsvägen 16 (kl 10:30-10:50)

Tommy Öberg informerar bl a om vad som kommer komma upp i KS.

Tommy Öberg ger lägesinformation om Edsvägen 16 och det jobb som behöver göras pga den dåliga luften.

Evakuering av patienter kommer ske i tre omgångar.

Lokal på Vårdcentrum kommer nyttjas, tidigare Korttidsenheten.

Åtgärdsplan senast 28/4.

I maj vet vi mer hur långt vi har kommit, Tommy återkommer med mer information.

Fackliga organisationer har därmed tagit del av informationen.

5.2. Rekryteringsinformation Cecilia

Tjänst som enhetschef Gimo hemtjänst är tillsatt, börjar 1 maj.

Gällande chef för hemtjänsten och Tallparken i Öregrund kommer de fackliga som är intresserade bjudas in till intervjuer.

Kommunal önskar tillgång till Visma. Sanna Forshaug ser till detta.

Det pågår rekrytering av vårdutvecklare. Intervjuer har hållits. Ett beslut kommer att fattas denna vecka eller nästa.

Fackliga organisationer har därmed tagit del av informationen.

5.3. Rekryteringsinformation Sabina

Chef för LSS rekryteras, intervju har varit bra. Referenser är bra. Kommer ha en till intervju idag och om den går bra erbjuda tjänsten.

Rekrytering gällande enhetschef för enheten Rehab, hjälpmedel och förebyggande pågår.

Fackliga organisationer har därmed tagit del av informationen.

5.4. Information om personlarm

Yvonne Wahlbeck

Avtalet med Stanley gällande personlarm för sektor omsorg myndighet och öppenvård har upphört.

Under en tid har vi haft hängavtal med Stanley, nu har nytt avtal med AddSecure om totalt 18 larm.

Fackliga organisationer har därmed tagit del av informationen.

5.5. Byte av lås Kyrkogatan 14

Det har framkommit att nycklar givits ut utan att de har kvitteras ut. Uppmärksammades då person hade en nyckel för mycket.

Lås till huvudentré är bytta. Gamla nycklar fungerar fortfarande till dörrar inomhus.

Nu används endast tagg när ytterdörrar är låsta.

Fackliga organisationer har därmed tagit del av informationen.

5.6. Årlig uppföljning av SAM 2023 - säkerställa arbetsmiljöarbetet

Chefer gör detta arbete tillsammans med skyddsombud. Steg ett ska vara klart till 20 april.

Fackliga organisationer har därmed tagit del av informationen.

5.7. Organisation hemtjänst Östhammars kommun

I det arbete som gjorts gällande omorganisationen av hemtjänsten i Östhammar-Öregrund så har det framkommit att det finns ett behov av att se över samtliga hemtjänstområden för att få till en mer jämlik och balanserad indelning. RKA planerad till 13/4. Cecilia Wadestig.

RKA är nu gjord. Alla behöver bära sina delar och arbetet går framåt enligt Cecilia.

Fackliga organisationer har därmed tagit del av informationen.

5.8. Enhets hemtjänst Gimo är tillsatt

Cecilia Wadestig

Tjänst som enhetschef Gimo hemtjänst är tillsatt, har startat lite redan nu och börjar 1 maj.

Fackliga organisationer har därmed tagit del av informationen.

5.9. Sommarbemanning

Chefer går som tidigare år in för varandra.

Arbetsgivaren backar från beslutet om tre semesterperioder. Men till nästa år behöver vi se över det här.

Läget är som mest ansträngt i Gimo hemtjänst.

Kommunal undrar hur tänker man om ordinarie inte får semester enligt önskemål och hur man då tänker med ersättning.

Lina svarar att det kommer diskuteras med verksamhetschefer.

Vision undrar hur man gör med administrativ personal och hur de har planerat sin semester.

Sabina svarar att administrativ personal och enhetschef inte tar semester samtidigt.

Cecilia informerar om att chefer har delat upp sommaren. Hon är inte säker på hur det ser ut för planerare.

Fackliga organisationer har därmed tagit del av informationen.

5.10. Information om ärende till facklig samverkan angående arbetet med ny läns-gemensam modell för palliativ vård

Träder i kraft sista augusti 2023.

Lina informerar om tre satsningar som kommer behöva göras:

- Extra koll på våra VIS-dokument så de inte ändras utan vår kännedom.
- Våra chefer och vårdcentralschefer behöver samlas för att få ihop arbetet med ny läns-gemensam modell för palliativ vård.
- Operativ ledning.

Kompetenssatsningar behöver göras för berörd personal. MAS kommer att vara delaktig i arbetet, bl a med workshops.

Palliativa ombud kommer delta i fortsatt arbete.

Den palliativa vården är för närvarande planerad att utgå från Tierp-Älvkarleby. Strävan från sektor Omsorg är att den även utgår från Östhammar för att få närheten.

Fackliga organisationer har därmed tagit del av informationen.

Bilagor

Förslag till ny samverkansmodell palliativ vård i hemmet. Mars 2023 .pdf, Underlag 23-04-05
Styrgrupp palliativ vård i hemmet.docx

5.11. Nuläget för närvarande chefer

Sabina Lundin

12 april var det en skydds-rond på Abborren.

Vision undrar om skyddsombud deltog.

Arbetsgivaren svarar att skyddsombud ej deltog, men facklig representant.

Gällande skydds-rond på Daglig verksamhet så skjuts den upp pga sjukdom.

Kommunal undrar hur länge det kommer att dröja.

Sabina svarar att det kommer nog att dröja minst en vecka till, hon är borta på konferens tre dagar nästa vecka.

Fackliga organisationer har därmed tagit del av informationen.

6. Beslutsärenden

Ärenden som arbetsgivaren avser fatta beslut om och som faller inom förhandlings-skyldigheten ska samverkas innan beslut. Samverkan på förvaltnings- och sektorsnivå ersätter MBL §§ 11, 12 och 38. Arbetstagarorganisationerna ska ha fått del av beslutet som avses fattas i tillräcklig tid innan förhandlingen, men ärendet behöver inte ha passerat som informationsärende innan.

Områdena är:

- Verksamhet/organisation/utveckling
- Ekonomi/budget
- Personalfrågor och personalutveckling
- Inhyring och anlåtande av entreprenör i tillämpliga fall och endast med aktu-ell arbetstagarorganisation
- Arbetsmiljö och skyddsfrågor
- Likabehandling

7. Övrigt, Samverkan

Under övrigt tas ärenden och frågor inkomna från arbetstagarorganisationen eller övriga ärenden från arbetsgivaren. De ska helst ha anmälts senast en vecka i förväg men punkter under denna rubrik kan också tillkomma efter att frågan ställt om föredragslistan kan fastställas. Frågorna som tillkommer under sittande möte kan väljas att besvaras av arbetsgivaren under samma möte eller flyttas till nästkommande möte. Ärenden som leder till att arbetsgivaren tar ett beslut i frågan ska behandlas under beslutsärenden.

7.1. Tillfällig brist på lokal för Förflytningsutbildning

Fysioterapeuterna anmäler ärende under pågående möte.

Vid punkt 5.1 framkom att Korttidsenheten kommer att användas som evakueringsplats under renoveringen av Edsvägen 16. Fysioterapeuterna påpekar att utrustning till förflytningsutbildning finns där idag. Om Korttidsenheten används som evakueringsplats för Edsvägen 16 kommer det saknas lokal för att hålla förflytningsutbildning.

Lina svarar att frågan ska tas upp i annat forum.

Fackliga organisationer har därmed tagit del av informationen.

7.2. Mål och Uppdrag från nämnder

Lina Edlund

Lina delger mål och uppdrag.

Fackliga organisationer har därmed tagit del av informationen.

7.3. Facklig närvaro vid APT

Lina T. från Kommunal anmäler punkt vid sammanträdet.

Skyddsombud på alla arbetsplatser är viktigt. Kommunal har under ca ett års tid varit runt på olika arbetsplatsträffar och fått 30 minuter för att lämna facklig information och berätta om rollen skyddsombud. Det har inte varit något problem. Nu har flera enhetschefer sagt att de inte får närvara längre.

HR informerar: Ingår i samverkansavtal med facklig tid på APT, det är en stående punkt, facklig information. Ska ske i dialog mellan fack och chef. Ag har en skyldighet att möjliggöra tid. HR ser positivt att skyddsombud ska finnas på alla verksamheter.

Efter diskussion om detta beslutas att punkten tas upp igen på nästa Samverkan.

Beslut

- Facklig närvaro vid APT tas upp vid nästa Samverkan

7.4. Ärenden från nämnder

Ärendebeskrivning

Kallelse VONAU 2023-04-12 bifogades till kallelsen.

Fackliga organisationer har därmed tagit del av informationen.

8. Underskrifter

.
.

Carina Bäckström
Sekreterare

Pia Liljefors
Justerare

Lina Edlund
Ordförande

Samverkansmodell för palliativ vård i hemmet

Om dokumentet

Under 2022 startade ett länsgemensamt arbete för att utveckla en mer jämlik, personcentrerad och samordnad palliativ vård i hemmet, för såväl allmän som specialiserad vård. Arbetet har bedrivits inom ramen för Effektiv och Nära vård 2030, som ett delprojekt inom projektet Vård i hemmet med projektdeltagare från regional och kommunal primärvård och specialiserad vård inom Uppsala län. Underlaget beskriver nya arbetssätt och förtydligande av roller inom palliativ vård och är ett beslutsunderlag för TL-HSVO. Efter beslut görs en revidering av ViS-dokumentet Palliativ vård i samverkan.

Delprojektgruppen

Merja Nyholm - Delprojektledare

Elin Silfversten - Delprojektledare

Lena Sjöberg – närvårdsstrateg, Uppsala kommun/Region Uppsala

Ingela Sjösten – hemsjukvårdschef, Älvkarleby kommun

Helen Klockare – områdeschef, Tierps kommun

Anna-Karin Bye – MAS, Enköpings kommun

Susanne Ahlman – MAS, Uppsala kommun

Karin Artursson – MAR, Uppsala kommun

Anne Johansson – biträdande förvaltningsdirektör, Nära vård och hälsa

Monika Brundin – samordningsstrateg, Nära vård och hälsa

Lisa Sörell – ASH, Akademiska sjukhuset

Anneli Granath – Tf. avdelningschef SAH, Akademiska sjukhuset

Jessica Pato Ramirez – avdelningschef LAH, Lasarettet i Enköping

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Roller och ansvar vid palliativ vård i hemmet.....	4
Sjuksköterska allmän palliativ vård.....	4
Arbetsterapeut och fysioterapeut allmän palliativ vård.....	4
Omsorgspersonal	4
Läkare allmän palliativ vård	4
Fast vårdkontakt	4
Sjuksköterska specialiserad palliativ vård.....	5
Arbetsterapeut och fysioterapeut specialiserad palliativ vård.....	5
Läkare specialiserad palliativ vård	5
Palliativa konsultteamet (PKT).....	5
Äldrevårdsenheten	5
Mobilt närvårdsteam	6
Palliativ mottagning	6
Palliativa ombud	6
Teamarbete.....	6
Vårdplan palliativ vård	6
Standardvårdplan för palliativ vård	7
Dokumentation	7
Särskilt boende för äldre.....	7
Ordinärt boende	8
Ordinärt boende när patienter inte har kommunala insatser sedan tidigare	8
Hälso- och sjukvårdsåtgärder	9
Brytpunktssamtal	10
Rond	10
Samverkan vid läkemedelshantering.....	10
Rehabiliteringsinsatser.....	10
Behov som inte kan tillgodoses i hemmet.....	11
Närvårdsplatser.....	11
Slutenvårdsplatser	12
Korttidsplats.....	12
Remiss till den specialiserade palliativa vården.....	12
Kompetensutveckling.....	13
Genomförande och uppföljning.....	14
Genomförandeplan.....	14

Mars 2023	14
April 2023	14
Maj 2023	14
Juni	14
Augusti	14
Uppföljning på operativ nivå.....	14
Uppföljning på strategisk nivå	14
Konsekvenser av förslaget	15
Patienter och anhöriga	15
Verksamheter och arbetsmiljö.....	15
Ekonomi	16

Roller och ansvar vid palliativ vård i hemmet

Vid palliativ vård i hemmet är flera olika professioner och verksamheter involverade. Samtliga aktörer har en viktig roll för att tillgodose en god palliativ vård i hemmet. Efter lagändringen¹ 2021 har det tydliggjorts att primärvårdens uppdrag inte är begränsat till enkla, okomplicerade insatser utan att primärvården även ansvarar för att ge mer kvalificerad vård. Det är därför av stor vikt att primärvården och den specialiserade vården har ett nära samarbete utifrån det gemensamma ansvaret för patienten. För att patienterna ska få en sammanhållen vård, med möjlighet för stöd och hjälp oavsett behov, ska det alltid finnas en medicinskt ansvarig läkare.

Sjuksköterska allmän palliativ vård

Har grundläggande kunskap i palliativ vård, ansvarar för omvårdnadsordinationer och läkemedelshantering. Ansvarar för att planerna, leda, kontrollera, följa upp och förbättra patientens vård.

Arbetsterapeut och fysioterapeut allmän palliativ vård

Har grundläggande kunskap i palliativ vård och deltar i planering, genomför utredningar, behovsbedömningar och utför direkta insatser såsom behandling, träning och aktiviteter. Provar ut och förskriver hjälpmedel samt gör uppföljning. Ger handledning, utbildning och stöd till teamet. Arbetar tillsammans med kommunens sjuksköterska och har det rehabiliteringsmedicinska ansvaret när behovet finns. I dokumentet inkluderas sjukgymnaster i begreppet fysioterapeuter.

Omsorgspersonal

Omsorgspersonal ska handledas i den allmänna palliativa vården av kommunens legitimerade personal. Utför insatser som är ordinerade och/eller delegerade av kommunens legitimerade personal. Alla som har hemtjänst ska erbjudas en fast omsorgskontakt som är undersköterska i kommunal verksamhet.

Läkare allmän palliativ vård

Har grundläggande kunskap i palliativ vård och kan vara patientens fasta läkarkontakt och fasta vårdkontakt. Region Uppsala ansvarar för att det finns läkarresurser så att den kommunala hemsjukvårdens patienter bedöms medicinskt, utreds, behandlas för sjukdomar och skador, följs upp samt får vård på rätt nivå. Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård utgår från samverkan och i uppdraget för vårdcentralerna ingår hembesök. En medicinskt ansvarig läkare från primärvården är en förutsättning för en trygg allmän palliativ vård i hemmet.

Fast vårdkontakt

Verksamhetschefen ansvarar för att det för varje patient med ett livshotande tillstånd utses en legitimerad läkare, som ska vara patientens fasta vårdkontakt. Den namngivna fasta vårdkontakten ska ansvara för planeringen av patientens vård och behandling (2 kap. 4 § SOSFS 2011:7). Den fasta vårdkontakten ansvarar för att vården av patienten samordnas med insatser från andra verksamheter och huvudmän.

¹ 2 kap. 6 § Hälso- och sjukvårdslagen

När en patient vårdas inom flera verksamheter har varje verksamhetschef ett ansvar för att utse en fast vårdkontakt för patienten inom sin verksamhet. Det innebär att det är möjligt att ha flera fasta vårdkontakter, vilket inte undantar läkarens samordnade roll som fast vårdkontakt i palliativ vård.

Sjuksköterska specialiserad palliativ vård

Har särskild kunskap i palliativ vård, ansvarar för omvårdnadsordinationer och läkemedelshantering. Ansvarar för att planera, leda, kontrollera, följa upp och förbättra patientens vård. Vid samarbete med kommunens sjuksköterska görs en gemensam planering och fördelning av ansvar för insatser, enligt fördelning av medicinskt ansvar och planering av vårdåtgärder (FMA).

Arbetsterapeut och fysioterapeut specialiserad palliativ vård

Har särskild kunskap i palliativ vård och specifika behandlingar. Deltar i planering, genomför utredningar, behovsbedömningar och utför direkta insatser såsom behandling, träning och aktiviteter. Provar ut och förskriver hjälpmedel samt gör uppföljning. Ger handledning, utbildning och stöd till teamet.

Läkare specialiserad palliativ vård

Har särskild kompetens inom palliativ vård. Är fast vårdkontakt för patienter i ordinärt boende. Kan bli fast vårdkontakt för patienter på SÄBO utifrån patienternas behov.

Palliativa konsultteamet (PKT)

Palliativa konsultteamet (PKT) har ett länsövergripande uppdrag att ge konsultativt stöd genom hela den palliativa vårdkedjan, oberoende av patientens diagnos och vårdnivå. Remiss skickas elektroniskt. PKT kan även kontaktas via telefon, till exempel från personer som inte når remissmallen, närstående eller kommunal sjuksköterska. PKT har inget patientansvar, utan bistår rådgivning. Gällande läkemedel lämnar PKT:s läkare rekommendationer till patientansvarig läkare, men gör inte själv några ordinationer. Gällande omvårdnad lämnar sjuksköterska vid PKT rekommendationer till sjuksköterska. PKT gör hembesök, både i ordinärt boende och SÄBO. De kan i mån av tid vara med som en stödfunktion i till exempel brytpunktssamtal eller andra samtal med patient/närstående och andra vårdgivare.

Utifrån det estimerade behovet av patienter som får palliativ vård i hemmet har LAG-palliativ vård tagit fram ett underlag som visar på behovet att utöka PKT med tre läkare och en sjuksköterska för att uppnå en mer jämlik täckningsgrad över hela länet (*LAG-palliativ vårds svar med anledning av Helseplan Consulting Groups revisionsrapport av regionens arbete med palliativ vård 22-05-31*). För att patienter oberoende geografisk boendeplats ska få tillgång till PKT föreslås en utökning enligt ovan, där team kan utgå från vårdcentrum i länet. Förslaget är att se över möjligheten att koppla PKT-team till vårdcentrum i olika delar av länet, alternativt Tierp/Älvkarleby, Enköping och Uppsala för att bättre stödja primärvården i hela länet. Detta bör utgå från de behov som finns i det geografiska området och beakta vikten av att ha en följsam geografisk bemanning utifrån förändrade behov, för att skapa förutsättningar att hjälpas åt över hela länet.

Äldrevårdsenheten

Äldrevårdsenheten bedriver vård i hemmet för långvarigt sjuka personer över 65 år med flera diagnoser som har stora svårigheter att ta sig till en vårdcentral, bor i ordinärt boende och är anslutna till den kommunala hemsjukvården. Äldrevårdsenhetens resurser består av läkare, dietist,

logoped, apotekare och medicinsk sekreterare. Arbetsättet grundar sig på ett nära samarbete med kommunala sjuksköterskor och fysioterapeuter. Patienten blir listad på Äldrevårdsenheten via remiss från vårdcentraler eller från kommunernas hemsjukvård. Gällande palliativ vård har Äldrevårdsenheten i uppdrag att bland annat fatta tillsvidarebeslut om begränsad behandling, genomföra brytpunktssamtal och vid behov tillgodose patientens behov i livets slutskede på primärvårdsnivå.

Mobilt närvårdsteam

Mobilt närvårdsteam utför akuta bedömningar på primärvårdsnivå i patientens hem och har tillgång till patientens vårdplan via Cosmic. Mobilt närvårdsteam har utifrån vårdnivå möjlighet till direktinläggning på närvårdsavdelningar/enheter eller på sjukhus.

Palliativ mottagning

På Palliativt Centrum finns sedan 2022 en palliativ mottagning som har öppet på vardagar. Mottagningen arbetar diagnosöverskridande med alla patienter med svår obotlig sjukdom vid livets slut. Mottagningen vänder sig till patienter som ännu inte har behov av specialiserad palliativ hemsjukvård/ slutenvård. Det är av stor vikt att en dialog finns mellan palliativa mottagningen och primärvårdsläkaren för att planera och fördela det medicinska ansvaret.

Palliativa ombud

I enlighet med ViS-dokumentet palliativ vård i samverkan ska det finnas ett palliativt ombud i varje verksamhet där patienter i behov av palliativ vård finns. Inom många verksamheter finns rutiner för detta. Chefläkare på Nära Vård och Hälsa jobbar med att ta fram detta för den regionala primärvården våren 2023, vilket blir en viktig del för att öka stödet till patient i behov av palliativ vård från den regionala primärvården.

Teamarbete

Palliativ vård kan utföras på allmän eller specialiserad nivå och teamsammansättningen ser olika ut i de olika vårdnivåerna. Oavsett vårdnivå eller boendeform är det av stor vikt att patienten och dess anhöriga är del i teamet, att vården utgår utifrån patienten och dess anhörigas behov och önskemål, där resurserna hos de enskilda tas tillvara. När teamet består av personal på allmän och specialiserad nivå är ett tätt samarbete viktigt. Framförhållning ska varvas med snabba insatser efter behov. Tydlighet i rapportering och all kommunikation är avgörande.

Vårdplan palliativ vård

Att skapa en vårdplan tillsammans med patienten är en förutsättning för en personcentrerad och sammanhållen vård. En proaktiv planering med hänsyn till patientens alla behov skapar bättre förutsättningar för att erbjuda rätt insatser i rätt tid, av rätt kompetenser, vilket ökar möjligheten för en god vård i hemmet samt effektivare resursnyttjande. En god framförhållning där medarbetare vet vilka möjligheter till stöd som finns jourtid bidrar till en mer trygg vård under dygnets alla timmar. När patientens tillstånd förändras är det av stor vikt att vårdplanen uppdateras för att insatser, roller och ansvar ska vara fortsatt tydliga. Vid behov ska en samordnad individuella plan (SIP) erbjudas.

Planeringen bör göras så skyndsamt som möjligt för att identifiera patientens sammantagna behov och önskemål. Planeringen utgår från den medicinska bedömningen och ska bland annat tydliggöra vem som har ansvar för vad, vem eller vilka som ska kontaktas i olika situationer. Teamet definierar

förutsättningar för egenvård, vilket innebär *hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården bedömt att en person själv kan utföra.*

Närstående är en viktig del i teamet. Anhörigstöd ska erbjudas oavsett boendeform, geografisk boendeplats eller vårdnivå, under hela sjukdomstiden och även efter dödsfallet. Vem eller vilka som ansvarar för efterlevandestöd/ samtal för anhöriga ska framgå av den gemensamma planeringen. Det är av särskild vikt när patienten haft insatser från flera aktörer att detta är samordnat.

Standardvårdplan för palliativ vård

Idag finns en standardvårdplan för palliativ vård i livets slut i Region Uppsala, som utgår från de nationella riktlinjerna. Denna finns i Cosmic och används idag av några verksamheter på Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping. Det är av stor vikt att använda gemensam terminologi och begrepp utifrån de nationella riktlinjerna vid utformning av vårdplan och dokumentation. Vidare utveckling av strukturer för en mer proaktiv planering, i ett tidigare skede än *i livets slut* behövs. LAG-palliativ vård föreslås att framöver ansvara för att inkludera primärvården i arbetet med den standardiserade vårdplanen.

Dokumentation

Kommunikation och dokumentation är en förutsättning för en samordnad vård, särskilt när flera olika aktörer utför insatser i hemmet. Att de som vårdar patienten har vetskap om eventuella statusförändringar, ändringar av åtgärder m.m är viktigt ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

I samband med införandet av Cosmic Link i mars 2022 blev det möjligt för kommunal primärvård att läsa journal i Cosmic genom direktåtkomst. Regionen kan ännu inte läsa i kommunens journal eller sociala dokumentation. [Lagen \(2022:913\) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation](#) trädde i kraft 1 januari 2023. Lagen ger verksamheter inom socialtjänst och hälso- och sjukvård möjlighet att få tillgång till varandras vård- och omsorgsdokumentation avseende äldre personer eller personer med funktionsnedsättning. Detta kommer att förbättra möjligheten för vård- och omsorgspersonal att arbeta personcentrerat och sammanhållet. GAP-UL har getts i uppdrag av TL HSVO att identifiera möjligheterna för utveckling av sammanhållen vård och omsorgsdokumentation i Uppsala län och arbete pågår.

Särskilt boende för äldre

Allmän palliativ vård:

Teamsammansättningen på SÄBO när patienten har behov av allmän palliativ vård består av omsorgspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut från kommunen samt patientansvarig primärvårdsläkare som fast vårdkontakt.

Specialiserad palliativ vård:

När patienten får behov av specialiserad palliativ vård skickas en remiss och inskrivning sker efter medicinsk bedömning läkare från den specialiserade vården. Teamet kompletteras med stöd från den specialiserade palliativa enheten utifrån behov. När specialistanslutning sker beslutar läkaren från primärvården och läkaren från den specialiserade vården i samråd vem som har det medicinska ansvaret. Utifrån bedömning från det specialiserade teamet görs en gemensam planering och vårdplan uppdateras. Hembesök görs av de aktörer som patienten har behov av. Genom gemensam planering, utifrån patientens situation avgörs vem som är samordnande fast vårdkontakt, vem som

ansvarar för vilken insats och om sjuksköterska från kommun eller från specialiserad vård ansvarar för insatser under jourtid.

Inom allmän och specialiserad palliativ vård finns kurator, logoped, dietist och tandhygienist hos regionen som knyts till teamet när behov uppstår.

Ordinärt boende

Allmän palliativ vård:

Teamsammansättningen i ordinärt boende när patienten har behov av allmän palliativ vård består av omsorgspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut från kommunen samt en läkare som fast vårdkontakt. Den fasta vårdkontakten kan vara en läkare från vårdcentral, alternativt om patienten uppfyller kraven för inskrivning i äldrevårdsenheten kan läkare från densamma vara fast vårdkontakt.

Specialiserad palliativ vård:

När patienten får behov av specialiserad palliativ vård skickas en remiss av läkare och inskrivning sker efter medicinsk bedömning av läkare från den specialiserade vården. Teamet kompletteras med stöd från den specialiserade palliativa enheten utifrån behov. När specialistanslutning sker beslutar läkaren från primärvården och läkaren från den specialiserade vården i samråd vem som har det medicinska ansvaret. Utifrån bedömning från det specialiserade teamet görs en gemensam planering och vårdplan uppdateras. Hembesök görs av de aktörer som patienten har behov av.

När kommunen ansvarar för allmän palliativ vård hos en patient med specialistanslutning ansvarar den specialiserade vården för egna hembesök och startar, utför och följer upp komplexa behandlingar. Legitimerad personal ansvarar för att samarbeta med motsvarande professioner i kommunen genom att samordna teambesök, säkerställa insatser och vårdplaneringar. Genom gemensam planering, utifrån patientens situation avgörs vem som är samordnande fast vårdkontakt, vem som ansvarar för vilken insats och om sjuksköterska från kommun eller från specialiserad vård ansvarar för insatser under jourtid.

Ordinärt boende när patienter inte har kommunala insatser sedan tidigare

När ett behov av specialiserad palliativ vård uppstår i ordinärt boende och patienten inte har kommunala insatser sedan tidigare¹ har Region Uppsala hela hälso- och sjukvårdsansvaret och teamet bildas med patienten själv, hans anhöriga och med personal från specialiserad palliativ enhet. Den regionala verksamhet (avdelning, enhet, vårdcentral etc.) som identifierar behovet av specialiserad palliativ vård skickar en remiss till specialiserad palliativ vård och inskrivning sker efter medicinsk bedömning av läkare inom specialiserad palliativ vård. Utifrån den medicinska bedömningen görs en vårdplan tillsammans med patienten.

Individens behov av omvårdnad och/eller allmän- hälso och sjukvård avgör när i tid det är aktuellt att den specialiserade vården vänder sig till kommunen för samplanering av fortsatt vård och omsorg hos patienten. Kontakt tas via Cosmic Messenger för att komplettera teamet med personal från kommunen utifrån behov. Hembesök görs av de aktörer som patienten har behov av.

Patient ansöker om insatser hos socialtjänsten och behov av insatser utreds, alternativt kan kommunens sjuksköterska besluta om socialtjänstinsatser på delegation² om behov finns av snabb hantering för att tillgodose basala behov från och med sen palliativ fas. I snar anslutning till detta beslut övertar biståndshandläggare ärendegången. För att möjliggöra en tidig gemensam planering och möjlighet till insatser vid snabbt förändrad situation bör patientens medicinska prognos och kommande förväntade behov beaktas. Vid snabbt försämrad situation under jourtid kan sjuksköterska från specialiserad palliativ vård kontakta kommunens sjuksköterska för stöd.

Kurator, logoped, dietist och tandhygienist finns hos regionen och knyts till teamet när behov uppstår oavsett vårdnivå.

Patienter i akut behov av palliativ vård på annan vistelseort än där personen är folkbokförd kan ansöka om att få tillfällig vård. Det är av stor vikt att det sker en planering mellan nuvarande vistelseort och mottagande vårdgivare med en medicinskt ansvarig läkare. [Utömlänsvård, riksavtal | SKR](#) gäller.

Hantering av nycklar till patientens hem hanteras genom etablerade rutiner för respektive verksamhet.

Hälso- och sjukvårdsåtgärder

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

Specialiserad palliativ vård ges till patienter med komplexa symptom eller vars livssituation medför särskilda behov, och som utförs av ett multiprofessionellt team med särskild kunskap och kompetens i palliativ vård.

En bedömning görs för att definiera vilka insatser som kan genomföras genom egenvård.

Vid allmän palliativ vård ordinerar och utförs hälso- och sjukvårdsåtgärder på primärvårdsnivå av läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut och/eller fysioterapeut. Vissa av dessa insatser kan delegeras till omsorgspersonalen av kommunens legitimerade personal.

När patienten har behov av specialiserad palliativ vård samarbetar professioner från den kommunala primärvården och den specialiserade palliativa vården, samt ibland även den regionala primärvården. Genom fördelning av medicinskt ansvar och planering av vårdåtgärder kan åtgärder fördelas mellan professionerna från kommunen och regionen. När ansvaret för åtgärder fördelas mellan kommunal och regional sjuksköterska ska det framgå vem som ska kontaktas av anhöriga och medarbetare vid frågor. Kommunens legitimerade personal ansvarar för hälsosjukvårdsåtgärder som ordinerar eller delegeras till omsorgspersonalen.

Kommunens legitimerade personal kan vid frågor kontakta teamledare på specialiserad palliativ vårdenhet. Teamledaren förmedlar kontakt till läkaren och ansvarar för planering av gemensamma ronder eller samtal vid behov. Kontakt tas via Cosmic Messenger eller via teamledarens telefonnummer.

¹ Icke-pågående ärende med aktuell vårdplan.

² Delegationsordningarna inom de kommunala nämnderna

Brytpunktssamtal

Det är viktigt att skilja på *Brytpunktssamtal generellt* och *Brytpunktssamtal vid palliativ vård i livets slutskede*. Patienten kan ha både livsförlängande och sjukdomsbegränsande behandling trots obotlig progressiv sjukdom men ändå vara informerad om sjukdomens obotlighet och att den kommer påverka livslängden. Det är avgörande för vården av patienten att brytpunktssamtal genomförs och att patientansvariga läkare inom både primärvården och den specialiserade vården har tillräcklig kompetens för att göra det på ett professionellt sätt. Om patienten har flera ansvariga läkare behövs en kommunikation mellan dessa om vem som utför brytpunktssamtalet/ brytpunktssamtalen. För detaljer, se riktlinje för Brytpunktssamtal: [Brytpunktssamtal](#)

Rond

De kommunala professionerna ska delta vid ronder när det krävs för att de ska kunna fullgöra sitt ansvar. I vilken omfattning avgörs i det enskilda patientfallet. Som stöd i ronden kan en rondmall tas fram. Ronden leds av läkare. Digitala ronder kan genomföras via Cosmic videobesök eller enligt rutin för *Säkert möte*. Vidare utveckling av digitala möten i samverkan behöver ses över för att optimera kommunikationen.

Samverkan vid läkemedelshantering

Ansvar för läkemedel kan fördelas mellan sjuksköterska från specialiserad vård och sjuksköterska från kommunen utifrån fördelning av medicinska ansvar och planering av vårdåtgärder. Kommunens sjuksköterska ansvarar för läkemedel där administrering och/eller överlämning planeras att delegeras till omsorgspersonalen.

Läkemedel för palliativ vård i sen fas, vård i livets slutskede, som kommunens sjuksköterska ska iordningställa, hämtas från något av följande förråd;

- Akutförrådet med palliativa läkemedel på respektive enhet i kommunen
- Läkemedelsförråd närvårdsplatser
- Läkemedelsförråd hos specialiserad enhet

I det fall läkemedel från specialistförråd inte tillgängliggörs för kommunens sjuksköterska ska specialistsjuksköterska tillse att ordinerade läkemedel som ska delegeras finns tillgängligt i patientens hem.

Vi behov finns ett fåtal doser läkemedel i injektionsform för symptomlindring samt material till administrering i en låst låda/ läkemedelsskåp hos patienten, som nyttjas av sjuksköterska från region eller kommun utifrån ordination när behov uppstår.

Dokumentation av läkemedel

Dokumentation av läkemedel som nyttjats från läkemedelsskåpet/ den låsta läkemedelslådan görs på en blankett som ligger i skåpet. Dokumentation sker sedan i respektive journalsystem.

Rehabiliteringsinsatser

När patienten har kommunala insatser sedan tidigare

När patient har kommunala insatser har kommunens arbetsterapeut och/eller fysioterapeut huvudansvar för rehabiliterings och hjälpmedelsinsatser, oavsett boendeform. När patienten skrivs in i specialiserad palliativ vård kompletteras teamet vid behov med motsvarande professioner från specialiserat palliativ team och professionerna samverkar. I särskilda insatser kan arbetsterapeut

och/eller fysioterapeut från specialiserat team instruera kommunens arbetsterapeut och/eller fysioterapeut och finnas som stöd vid frågor och handledning. Kommunens arbetsterapeut och/eller fysioterapeut deltar på rond utifrån behov och har regelbunden kontakt med samma professioner från spec. enheten utifrån behov. Arbetsterapeut och fysioterapeut från kommunen handleder omsorgspersonal i rehabiliteringsinsatser.

När patienten inte har kommunala insatser sedan tidigare

När patienten skrivs in i specialiserad palliativ vård i ordinärt boende och patienten inte har kommunala insatser sedan tidigare³ har regionens arbetsterapeut och/eller fysioterapeut huvudansvar för rehabilitering och hjälpmedelsinsatser. När patienten får stora omvårdnadsbehov och är i behov av hemtjänstinsatser tas kontakt med kommunens arbetsterapeut och/eller fysioterapeut som då samarbetar med det palliativa specialistteamet. Arbetsterapeut och/eller fysioterapeut i specialiserat team fortsätter ansvara för avancerad behandling rörande tex andning, smärta. Kommunikation mellan regionala och kommunala insatser sker i Cosmic Link. Arbetsterapeut och fysioterapeut från kommunen handleder omsorgspersonal i delegerade rehabiliteringsinsatser.

Förskrivning av hjälpmedel

All hjälpmedelsförskrivning följer vårdansvaret utifrån beskrivningen ovan.

Förskrivning av hjälpmedel jourtid

Det är angeläget att identifiera behov av hjälpmedlen i god tid för att möjliggöra att arbetsterapeut och/eller fysioterapeut kan prova ut, iordningställa och leverera hjälpmedel under dagtid.

För att tillgodose patientens behov under jourtid när ingen arbetsterapeut eller fysioterapeut är i tjänst ska det finnas enklare hjälpmedel hos den specialiserade palliativa vården, som sjuksköterska ansvarar för att förskriva, i hela länet, efter erlagd utbildning. Hjälpmedel som ska finnas tillgänglig under jourtid är positioneringskuddar, fristående toalett, transportrullstol och glidlakan. När patienten enbart har allmän palliativ vård så ansvarar kommunen för hjälpmedel under hela dygnet. Vårdsäng kan transporteras till patienten under vardagar. I dagsläget finns ingen beredskap för Hjälpmedel Uppsala län (HUL) att transportera vårdsängar under jourtid. För att tillgodose patientens behov av vårdsäng under jourtid är tidig identifiering och planering av denna av stor vikt.

Behov som inte kan tillgodoses i hemmet

För patienter som önskar spendera sin sista tid i livet i det egna hemmet bör detta beaktas så långt som möjligt. När det uppstår behov (social svikt, medicinskt) som inte är möjliga att tillgodose i hemmet, finnas möjlighet för patienten att få hjälp under andra former.

Närvårdsplatser

En del av vårdcentrumutvecklingen är närvårdsenheter som inkluderar närvårdsplatser.

Närvårdsplatser är slutenvård på primärvårdsnivå med dygnet-runt-verksamhet för patienter som till exempel har stora vårdbehov men som inte är i behov av sjukhusets alla resurser. När patienter har ett högre behov än vad som är möjligt att erbjuda i hemmet nyttjas närvårdsplatserna. Idag finns närvårdsplatser i Tierps/Älvkarleby kommun, i Östhammars kommun och i Uppsala kommun. Platserna kan nyttjas för planerade insatser eller vid oväntat försämrat tillstånd.

³ Icke-pågående ärende med aktuell vårdplan.

När ett kommande ökat behov identifieras som inte kan tillgodoses i hemmet tas kontakt med aktuell närvårdsplats för att lyfta behovet av eventuell inläggning. Eftersom patienter i behov av palliativ vård är en prioriterad målgrupp är det angeläget att se över kriterierna för inskrivning på NÄVA/NÄVE i hela länet.

Slutenvårdsplatser

När patienten får ökat behov som inte kan tillgodoses i hemmet eller på annan vårdplats finns slutenvårdsplatser. Slutenvårdsplatser på Hospice på Palliativt Centrum och på Lasarettet i Enköping. Dessa kan nyttjas efter läkarbedömning och remiss.

Korttidsplats

Bedömning av omsorgsbehov är grund till eventuellt biståndsbeslut för insatsen. Kommunen har korttidsplatser som finns för personer som vid enstaka tillfällen eller för kortare tid är i behov av tillfällig vård och omsorg dygnet runt.

Remiss till den specialiserade palliativa vården

Kriterierna för anslutning/inskrivning till den specialiserade vården ska vara samma oavsett vilken specialiserad palliativ enhet som är aktuell.

I ViS dokumentet "Palliativ vård i samverkan" finns kriterier för anslutning/ inskrivning till specialiserad palliativ vård:

- komplex symtombild med behov av det multiprofessionella teamets kompetens. Det kan exempelvis röra sig om mer komplex fysisk symtomlindring av smärta, illamående, andnöd, oro/ångest eller förvirring/konfusion,
- komplex psykosocial situation eller svår existentiell kris,
- snabb sjukdomsprogress där komplexa symtom förväntas inom kort

Förslag på tillägg till listan:

- Pågående sjukdomsmodifierande eller sjukdomsbegränsande behandling är inte ett hinder för anslutning

Skicka remiss

- En gemensam remissmall används i hela länet. När mallen öppnas har den fyra olika alternativ:
 1. Palliativ rådgivning
 2. Specialiserad palliativ sjukvård i hemmet
 3. Specialiserad palliativ slutenvård
 4. Palliativ mottagning
- Läkare skickar remiss. Brytpunktssamtal med patienten om att vårdens inriktning är palliativ ska vara gjort innan.
I de särskilda fall när det inte är möjligt att genomföra brytpunktssamtal, till exempel när patienten inte är kontaktbar fylls detta i under "Ej genomfört" i remissmallen.
- Alla remisser skickas till Palliativ Centrum inom Akademiska sjukhuset som fungerar som läns-gemensam remissfunktion.

Remissbedömning

- Palliativt Centrum gör en första bedömning och riktar sedan om remissen till respektive enhet för specialiserad palliativ vård.
- Bedömning av remissen sker sedan på respektive enhet för specialiserad palliativ vård. PKT kan stödja vid remissbedömning.

Återkoppling på remiss

Görs genom slutsvar med rekommendation/motivering, kan i vissa fall föregås av ett samtal.

Kompetensutveckling

För att patienter i behov av palliativ vård ska få en god vård är det nödvändigt att samtliga aktörer har grundläggande kunskap inom området. I de specialiserade palliativa teamen finns särskild kompetens. Samverkansmodellen innebär ökad möjlighet till ett ömsesidigt, kontinuerligt lärande över organisationsgränserna. Att jobba utifrån, och utveckla ett mer personcentrerat förhållningssätt inom samtliga verksamheter ökar patientens delaktighet i sin egen vård och skapar möjlighet att ta tillvara patientens egna resurser i högre utsträckning.

Initialt vid implementering av den nya samverkansmodellen behövs kännedom om de nya, utvecklade arbetsätten. Som ett stöd i det dagliga arbetet finns häftet *Palliativ vård i livets slutskede* och *Palliativ omvårdnad* i fickformat, som kan beställas från Palliativ centrum till självkostnadspris.

För att säkerställa den allmänna kompetensen i palliativ vård finns behov av grundläggande utbildning, innehållande bland annat palliativ omvårdnad, symptomskattning, basal symptomlindring, palliativ vård i livets slutskede, ansvars- och rollfördelning samt registrering i svenska palliativregistret. För att öka tryggheten i bemötandet av patienter i behov av palliativ vård behövs även samtalsutbildning. Också kunskapen i att genomföra brytpunktssamtal behöver öka. Reflektion och handledning för alla medarbetare är viktigt som stöd och lärande i vardagen. Initialt kan forum för reflektion- och handledartillfällen ske i befintliga verksamheter i länet. En långsiktig lösning kan vara att etablera kliniska träningscentrum (KTC) eller liknande inom vårdcentrum. Sjuksköterskor från specialiserad palliativ enhet som ska förskriva enklare hjälpmedel samt tryckavlastande madrasser under jourtid, ska gå Socialstyrelsens webbutbildning i medicintekniska produkter, förskrivningsutbildning samt produktspecifika utbildningar. Palliativa ombud utbildas kontinuerligt av Palliativt Centrum. De erbjudas även nätverksmöten för ytterligare kompetensutveckling. På sikt kan de palliativa ombuden fungera som utbildare i sina egna verksamheter. Palliativa konsultteamet (PKT) utbildar idag på grundutbildningar för undersköterskor, sjuksköterskor och läkare på olika nivåer. För att öka det multiprofessionella teamets kompetens finns även behov av att erbjuda utbildningar för arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Även en utbildning anpassad för chefer och ledare bör utvecklas framöver.

Grundläggande utbildning finns tillgänglig i PINGPONG för medarbetare i Region Uppsala. Det finns behov av en gemensam läroplattform där samtliga verksamheter kan ta del av utbildningar digitalt. Under våren 2023 pågår en utredning av förutsättningar för inrättandet av ett Kompetenscenter för palliativ vård i Uppsala län. Ett kompetenscenter kan säkra fortsatt forskning, utveckling och fortbildning av den palliativa vården. Utredningen bör tas i beaktandet i det fortsatta arbetet för en mer jämlik, samordnad och personcentrerad palliativ vård.

Genomförande och uppföljning

Genomförandeplan

Mars 2023

- Revidering av ViS-dokument påbörjat

April 2023

- 5/4 Beslut av läns gemensam samverkansmodell i TL-HSVO
- Fortsatt revidering av ViS-dokument
- Remiss hantering av ViS-dokument enligt rutin (v. 16–18)

Maj 2023

- Fortsatt revidering av ViS-dokument
- Remiss hantering av ViS-dokument enligt rutin (v. 16–18)
- Beslut av reviderat ViS-dokument i redaktionsrådet

Juni

- Implementeringsseminarium

Augusti

- Implementeringsseminarium
- 30/8 Start av arbetssätt enligt läns gemensam samverkansmodell, tidigare lokala rutiner för palliativ vård upphör därmed gälla

Uppföljning på operativ nivå

De nya arbetssätten behöver följas på operativ nivå för att identifiera hur resultatet blir för patienterna och medarbetare närmast patienterna. Erfarenheter och lärdomar behöver lyftas för att identifiera fortsatt utveckling och förbättring av den palliativa vården. Förslaget är att detta görs inom den läns gemensamma strukturen för kunskapsstyrningssystemet där LAG-palliativ vård/ LSG-palliativ vård ingår. Genom representation från samtliga funktioner som är involverade i den palliativa vården i hemmet är det möjligt för LAG-palliativ vård/ LSG-palliativ vård att följa det patientnära arbetet utifrån samtliga aktörers perspektiv. Seminarium för lärande och erfarenhetsutbyte blir viktigt, där medarbetare från länets kommuner och från region Uppsala har möjlighet att utveckla det gemensamma arbetet.

Uppföljning på strategisk nivå

Delprojektet har identifierat stora utmaningar med att ta fram en baslinje för volymen, kostnaderna och kvalitén på den palliativa vård som bedrivs idag. Uppsala län har idag 52% täckningsgrad i palliativregistret, målet är 80% för att få tillförlitlig statistik. Det långsiktiga målet är att nå en 100% täckningsgrad. Genom en ökad rapportering i palliativregistret är det möjligt att framöver få tillförlitlig statistik som grund till fortsatt gemensam analys och förbättringsarbete. Respektive verksamhet ansvarar för att följa upp och rapportera kvalitetsindikatorerna till palliativregistret.

TL-HSVO fattade beslut om ökad registrering vid möte 2023-02-03:

- Att en utökad registrering i palliativregistret sker i samtliga verksamheter, både egen regi och hos privata vårdgivare oavsett huvudman till exempel genom förtydligande i förfrågningsunderlag eller andra styrande dokument.
- Att varje huvudman utser en person för att stödja ökad registrering i verksamheterna.
- Att LAG- palliativ vård följer upp täckningsgraden och kvalitetsindikatorerna med åiterrapport var 3e månad till TL HSVO, till dess att målvärdet (80%) uppnåtts.

Förutom de sex kvalitetsindikatorer som ska följas enligt Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd för palliativ vård är förslaget att även följa:

- Vårdplan - Alla patienter i behov av palliativ vård ska ha en vårdplan. Data hämtas från Palliativregistret
- Alla patienter i behov av palliativ vård får frågan om var hen vill dö. Data hämtas från Palliativregistret
- Alla patienter i behov av palliativ vård har en läkare som fast vårdkontakt. Data kan hämtas från patientkortet i Cosmic.
- Erbjudande av efterlevandesamtal för närstående. Data hämtas från palliativregistret

Konsekvenser av förslaget

Komplexiteten i att bedriva palliativ vård i hemmet, där flera olika aktörer ska samverka gör att det är utmanande att förutse vilka förändringar som kommer att påverka vem/ vilka, och vilket sätt. Konsekvenserna är därför svåra att identifiera innan samverkansmodellen har införts i praktiken. Uppföljning och eventuellt justering är därför en viktig del i det fortsatta arbetet.

Patienter och anhöriga

- Den gemensamma vårdplanen utgår ifrån patienten och dess anhörigas behov och önskemål, där deras resurser tas tillvara utifrån de förutsättningar som finns. Planering innebär att patienten får rätt insatser i rätt tid, av rätt kompetenser, vilket ökar möjligheten för en god vård i hemmet.
- Patienten får en mer samordnad vård utifrån den gemensamma planen och genom fasta vård- och läkarkontakter.
- En mer jämlik vård oavsett var i länet patienten bor.
- Gemensam remisshantering ger ökad jämlikhet för vilka patienter som ansluts till specialistvård.

Verksamheter och arbetsmiljö

- Samtliga medarbetare arbetar utifrån ett personcentrerat förhållningssätt.
- Ett utvecklat teamarbete, inom och utanför den egna organisationen där gemensamma resurser tas tillvara.
- Den gemensamma planeringen innebär bättre framförhållning, samordning och effektivare resursnyttjande.
- Förtydligande av roller och ansvar i teamet.
- Samsyn i arbetssätt skapar möjlighet för bättre samarbete över hela länet
- Medarbetare behöver lyfta lärdomar och utmaningar som kan bidra till fortsatt utveckling och förbättring av den palliativa vården.
- Att förändra arbetssätt kan initialt ta tid

- Utvecklat teamarbete innebär att etablera nya relationer och närmare samarbete över organisatoriska gränser.

Ekonomi

Ekonom från region och kommun har adjungerats till delprojektet för att ta fram underlag för kostnader av den palliativa vården. Det framkom att det idag inte finns någon baslinje för kostnader av den palliativa vården. Detta medför att det inte är möjligt att räkna på vad förändrade arbetssätt kan innebära för ekonomiska konsekvenser. Genom ökad täckningsgrad i palliativregistret är det möjligt att få fram tillförlitlig statistik och möjlighet att följa kostnader för den palliativa vården. Beslut om ökad registrering i palliativregistret fattade av TLHSVO 2023-02-02.

Merja Nyholm
Elin Silfversten

Styrgrupp Delprojekt palliativ vård 2023-04-05

Delprojekt Palliativ vård i hemmet

Lägesrapport

Under 2022 startade ett läns gemensamt arbete för att utveckla en mer jämlik, personcentrerad och samordnad palliativ vård i hemmet, för såväl allmän som specialiserad vård. Arbetet har bedrivits som ett delprojekt inom det övergripande projektet Vård i hemmet. I delprojektet har projektdeltagare från regional och kommunal primärvård samt specialiserad vård inom Uppsala län medverkat. Delprojektet har härmed lämnat förslag på en läns gemensam samverkansmodell enligt bilaga.

Utifrån underlaget pågår nu en revidering av ViS-dokumentet *Palliativ vård i Samverkan*. Enligt riktlinje *Principer för samverkan, avtal, överenskommelser, riktlinjer och rutiner* kommer dokumentet att gå ut på remiss och beslutas av redaktionsrådet. Beslutet tas i slutet av maj. För att skapa goda förutsättningar för implementering är förslaget att gemensamt startdatum för den nya samverkansmodellen blir den 30 augusti 2023 dvs efter semesterperioden. Gemensamma implementeringsseminarier kommer att anordnas i början av juni samt i slutet av augusti. LAG-palliativ vård tar succesivt över fortsatt arbete under 2023, med stöd av delprojektledarna Merja Nyholm och Elin Silfversten. Uppföljning sker enligt tidigare beslut i TL-HSVO 23-02-03.

Förslag till beslut:

1. Att ställa sig bakom läns gemensam samverkansmodell för palliativ vård i hemmet enligt bifogat underlag
2. Att arbetssätt enligt den nya läns gemensamma samverkansmodellen för palliativ vård i hemmet startar 30 augusti 2023 och att lokala rutiner då upphör gälla

Bilagor

Underlag förslag till ny läns gemensam samverkansmodell