

**Handläggare**

Emma Stom (esm026)

**Fastställare**

Anna-Lena Lundberg (blg010)

**Gäller för**

Primärvården

**Dokumenttyp**

Riktlinje

**Giltigt till och med**

2021-10-23

**Granskare**

Maria Cajmatz (fcz001), Jan Ehlin (jen009), Arne Brännlund (abd025)

**Fastställt**

2020-04-23

**Reviderat**

2020-04-23

**Dokumentnr / Version**

476721 / Version 1

**Processägare****Ytterligare information**

## Förhandsplanering av vård

### Förhandsplanering i korthet

- 1) **Ankomst- /Inflyttningsamtal** Utförs av SÄBO-personal. Syfte att etablera en kontakt och en grund för framtida samtal. Information som framkommer rapporteras vidare via sjuksköterska till läkare.  
Det slutgiltiga målet är att ur ett omvårdnadsmässigt perspektiv få en tydlig insikt i patientens egen bild av hälsa, livets mål och vårdens syfte, inriktning och utformning. Dokumentet ”Stöd för samtal om hälsan och vårdens inriktning” ger en djupare introduktion och ger även förslag på formuleringar.  
  
(Acklimatisering 2-3 veckor)
- 2) **Medicinskt orienterat samtal** Efter ca 2 - 4 veckor eller efter bedömt behov bjuder sjuksköterska in patienten med anhöriga till samtal avseende vårdens inriktning. Upplägget anpassas efter hyresgästens hälsotillstånd och anhörigas önskemål och frågor. Samtalet kan ledas av sköterska. Läkarmedverkan erbjuds alltid. Samtalet utförs av sköterska och/eller läkare utifrån önskemål/behov.  
Efter insamlad information lyfts ärende i samband med läkarrond.
- 3) **Vårdplan och dokumentation** Omvårdnadsmässiga och medicinska aspekter inklusive behandlingsbegränsningar formuleras i Vårdplanen. Information från samtliga personalgrupper infogas i samma plan.  
Dokumentation görs i NCS Cross under Uppmärksamhetsinformation-  
Vårdrutinavvikelse samt under Observationsinformation i kommunal journal.
- 4) **Uppdatering av Förebyggande Vårdplan** sker årligen vid läkemedelsgenomgång eller vid behov (tex vid förändring av hälsotillstånd eller enligt önskemål från patienten)

## Rutin Förhandsplanering av vård

### 1. Bakgrund

Vård av äldre och/eller svårt sjuka i eget eller särskilt boende är en komplex och utmanande uppgift. Det finns flera aktörer, hemsjukvård, primärvård, öppen och slutet

Utskrivet av

Utskriftsdatum



| Dokumenttyp | Fastställt | Reviderat  | Giltigt till och med | Dokumentnr / Version |
|-------------|------------|------------|----------------------|----------------------|
| Riktlinje   | 2020-04-23 | 2020-04-23 | 2021-10-23           | 476721 / Version 1   |

specialistvård på sjukhuset. Sjuka äldre i eget och särskilt boende har en hög risk att hamna inom oplanerad akut sjukvård. Då patienterna ofta har en komplex, svår sjuklighet i kombination med nedsatt autonomi finns en större risk att vården blir oändamålsenlig. Kommunikationen mellan aktörerna och med patienten är ofta bristfällig.

”Förhandsplanering av vård” är ett arbetsinstrument som skapar en syntes mellan sjukvårdens mål och möjligheter och patientens önskemål och behov. Instrumentet är primärt palliativt och i enlighet med Nationellt vårdprogram för palliativ vård och är en vårdrutin som hela regionens palliativa vård inom hälsocentralerna arbetar efter.

Förhandsplanering av vård är ett begrepp som springer ur ett arbetssätt som internationellt är känt om Advanced Care Planning (ACP). Detta är ett arbetssätt där vårdprofessionerna möter patienten för att få fram hens tankar och önsknings kring sitt eget hälsotillstånd och hur framtida vård och i synnerhet vård i livets slutskede ska bedrivas. Man vill få fram patientens värderingar och mål, rädslor och förhoppningar. Man vill utröna om vård önskas bedrivas mot längsta möjliga livslängd, eller med starka krav på bevarande av specifika funktioner (t ex tal, kostintag, rörelseförmåga) eller andra kvalitativa mått. Man önskar få reda på hur patienten tänker ifall en vårdsituation där dessa önskemål står i konflikt med varandra uppstår. Ska man sträva mot att förlänga livet även på bekostnad av livskvalitet? Hur bör man agera när kognitionen sviktar? osv.

ACP saknar en internationellt vedertagen mall att rätta sig efter för att få ett specifikt resultat. Den gemensamma grunden utgörs av informationsinhämtning, ofta genom intervjuer med patienten och ibland även anhöriga. Informationsinhämtningen kan vara relativt omfattande och röra stora delar av patienten liv, men är ibland mer sparsam. Den kan ske vid ett eller flera tillfällen och kan utföras av olika yrkesgrupper, till exempel sjuksköterska med specifik kompetens eller läkare. Slutresultatet blir efter metoden varierande. Inom regionens hälsocentraler syftar vi till att göra ett uttömmande förarbete där resultatet blir av hög medicinsk kvalitet och relevans samt är väl förankrat hos patient och närstående.

## 2. Syfte

Att öka svårt sjuka patienters förståelse för vårdens möjligheter och stärka patientens autonomi. Instrumentet kommunicerar behandlingsbegränsningar i det som betraktas som rutinmässig vård, och specifika önskemål kring vårdens övriga utformning både medicinskt och omvårdnadsmissigt.

## 3. Tillämpning

### 3.1 Vårdgivare

---

Utskrivet av

Utskriftsdatum



| Dokumenttyp | Fastställt | Reviderat  | Giltigt till och med | Dokumentnr / Version |
|-------------|------------|------------|----------------------|----------------------|
| Riktlinje   | 2020-04-23 | 2020-04-23 | 2021-10-23           | 476721 / Version 1   |

Det vanligaste upplägget för vård hos sjuka äldre är baserat på kommunal omvårdnadspersonal i samarbete med en patientansvarig läkare från primärvården. Dessa lämpar sig därför mycket bra för att genomföra en Förhandsplanering av vård och är den situationen arbetssättet är avsett för. Rutinen saknar vissa detaljer avseende vilken yrkesgrupp som gör vilken del av arbetet kring Förhandsplanering av vård. Rutinen är allmänt hållen för att vårdenheters arbetssätt skiljer sig åt, och därmed kräver olika upplägg i arbetet. Det ligger på berörda enheter att tillsammans skapa en lokal anpassning efter de resurser man har.

### 3.2 Målgrupp

Målgruppen är primärt de äldre med stort vård- och/eller omsorgsbehov, sänkt autonomi och kroniska progredierande sjukdomar eller patienter som har flera vårdaktörer och/eller bedöms ha en stor risk för oplanerat vårdbehov. Instrumentet är testat inom regionen på SÄBO-verksamhet men det finns inget hinder för att tillämpa det inom andra boendeformer. Alla som på vårdpersonals initiativ eller på eget önskemål önskar samordning och/eller eget inflytande över vården lämpar sig för Förhandsplanering av vård.

Instrumentet syftar att fungera för patienter med ett brett spektrum av sjukdomar och prognoser och i olika skeden.

### 3.3 Tidpunkt

Traditionellt förekommer begreppen ”tidig” och ”sen” palliativ vård. Dessa är ej längre rekommenderade benämningar då den palliativa vården saknar enkelt definierbara faser. Sjukdomsförlopp följer ej linjära samband utan har en svängande och ofta svårprognosticerad natur. Man bör därför så tidigt som möjligt vid kroniska och/eller livshotande tillstånd informera patienten om prognos och behandlingsmöjligheter samt inhämta patientens inställning vid olika komplikationer och försämringar. Samtal kring vårdens mål och uppbyggnad behöver vara återkommande och individanpassat efter sjukdomens natur. Det traditionella begreppet Brytpunktssamtal ska förstås som en process över tid och är inte nödvändigtvis ett enskilt samtal, även om det i många fall blir så.

### 3.4 Genomförande av samtal

#### 3.4.1 Inbjudan

Inbjudan och initierande samtal med patienter och närstående kan oftast genomföras av sjuksköterskor enligt exempelformulering (vg se avsnitt 3.4.4). Vårdpersonal bjuder snart efter inflytt på SÄBO då in patienten till samtal där man berör hälsoläget, eventuella rädslor beträffande detta, hälsoförsämringar och vårdens inriktning och syfte. Vissa personer är inte redo att prata kring svåra beslut, hälsoförsämringar och vad det

| Dokumenttyp | Fastställt | Reviderat  | Giltigt till och med | Dokumentnr / Version |
|-------------|------------|------------|----------------------|----------------------|
| Riktlinje   | 2020-04-23 | 2020-04-23 | 2021-10-23           | 476721 / Version 1   |

innebär. Vid ambivalens eller ovilja kan man avvakta till ett senare tillfälle. Vårdpersonal får aldrig tvinga dessa frågor på en patient som inte vill. Patienter bör också tillfrågas om hur mycket information man vill ha om eventuella svåra sjukdomstillstånd och deras prognos.

### 3.4.2 Informationsutbyte

Informationsutbyte bör ske i ett förtroligt patientmöte vid ett eller flera tillfällen. Mötena kan vara korta eller långa efter vilka behov patienten och vårdgivaren har men bör vara uttömmande, för att inte lämna en känsla av oklarhet. Slutmålet är en upprättad vårdplan, men i mötet och samtalet kring hälsa och livskvalitet samt sjukdomar och behandlingsmöjligheter uppnås ofta flera viktiga sidomål. Det kan upplevas terapeutiskt och trygghetsskapande för både patient och vårdpersonal. Samtalen bör vara planerade i förväg så närstående ska kunna inbjudas att delta om patienten vill. Tid för samtal är individuellt. Vid behov av mer tid kan flera samtal behövas.

Samtal kan genomföras av flera vårdprofessioner eller enbart en beroende på vilken information som ska hanteras. Ett specifikt upplägg förordas inte, men det är viktigt att information från samtliga inblandade yrkeskategorier inhämtas för att man väl ska täcka både omvårdnadsmissiga och medicinska perspektiv. Teamarbete förordas för bästa resultat.

### 3.4.3 Intervjuteknik

Intervjuerna ska vara patientcentrerade. Vårdgivaren bör undvika checklistor och formulär för att skapa bästa individanpassning. Intervjutekniken bör vara öppen och i dialogform där fördjupade funderingar tillåts. Målet med samtalet är att få en bild av patientens tankar, oro och önskan beträffande vården snarare än att patienten ska ta ställning till specifika sjukvårdsinsatser. Vårdgivaren ska lämna patientanpassad information om det medicinska/omvårdnadsmissiga tillståndet och vilka åtgärder som är eller kan bli aktuella längs vägen.

På SÄBO är kognitiv svikt vanligt och det är lätt att tänka att man utifrån demenssjukdom eller kognitiv svikt har svårt att ta del i beskrivna samtal. Med rätt infallsvinkel och rätt formuleringar är dock kognitiv svikt inte nödvändigtvis ett hinder för att få en bild av patientens önskemål avseende vården.

Utifrån den situation patienten presenterar och det medicinska läget kan man sedan ta medicinska beslut avseende behandlingsinsatser/begränsningar och göra en individuell planering.

### 3.4.4 Nyckelfrågor/formuleringar

Ett inledande samtal bör sträva efter att få en bild av patientens *Tanke, Oro och Önskan* beträffande hälsan och vårdens utformning.

Exempel på passande formuleringar under olika delar av samtalet kan vara:

- 1) Vi har ju träffats för att diskutera din hälsa och framtida vård. Hur är det – har du några tankar/frågor/funderingar/önskemål kring din hälsa/vård?
- 2) Ibland uppstår en konflikt mellan längsta möjliga livslängd och bästa livskvalitet. Hur känner du inför en sådan situation? – Hur skulle livet vara om du ej kan gå/prata/äta?

| Dokumenttyp | Fastställt | Reviderat  | Giltigt till och med | Dokumentnr / Version |
|-------------|------------|------------|----------------------|----------------------|
| Riktlinje   | 2020-04-23 | 2020-04-23 | 2021-10-23           | 476721 / Version 1   |

- 3) Som jag förstår dina svar här tycker du att livskvalitet är viktigare än livslängd(?) Utifrån det och ditt tillstånd uppfattar jag att vi är eniga om att i händelse av försämring i ditt allmäntillstånd exv under infektion eller stroke att du får bästa vården här i ditt hem. Har jag förstått det rätt?
- 4) Utifrån vårt samtal här idag kommer jag skriva ned det vi pratat om och även en medicinsk bedömning utifrån vad jag bedömer ger dig bästa livskvalitet/livslängd i din journal. Låter det bra?

Den första frågan ovan är en Tanke/Oro/Önskan-fråga som är en lämplig start på ett samtal där man som vårdpersonal får insikt i patientens bild av sin egen hälsa. Instrumentet är öppet och oberoende vilken profession man har. Med dessa frågor undviker man att hamna i svåra vägval tidigt i samtalet. Professionsneutralitet är viktigt då inledande samtal kan startas av personal med olika yrken.

De uppföljande frågorna är mer direkta och fråga 3 och 4 har inslag av bedömningar och behandlingsbegränsningar som ska tas av läkare. För att man ska kunna ta bra beslut kring behandlingsbegränsningar är det av vikt att flera professioner varit i dialog med patienten.

Det finns även samtalssätt som gör att man får missrepresentativ eller irrelevant information. Om man använder sig av en intervjuteknik med slutna Ja/Nej-frågor kommer man med stor risk hamna i missförstånd med patienter och närstående. Exempel på olämpliga formuleringar kan vara:

- Vill du ha hjärtlungräddning ifall ditt hjärta stannar?
- Vill du åka till sjukhus ifall du blir sjuk?

Beslut om vårdens utformning och innehåll är ett läkarbeslut där patientens önskemål och delaktighet är viktig, men att ställa dessa direkta frågor innebär att man felaktigt byter roller och lägger ansvaret att forma vården på patienten.

Om man som exv sjuksköterska använder sig av direkta frågor riskerar man dessutom att hamna i besvärliga samtal med vägskalet och beslut som man saknar mandat att ta.

För fördjupade tips kring samtalsteknik – var god se bifogad dokument ”Stöd för samtal om hälsan och vårdens inriktning”

#### **3.4.5 Beslut**

Beslut om behandlingsbegränsningar är en medicinsk bedömning som ska göras av läkare, och kan ej delegeras. Patientens åsikter och önskemål ska inhämtas och beaktas enligt rutinen. Beslutet avseende behandlingsinsatser ligger dock alltid kvar hos läkare. Läkare får dock aldrig inleda vård mot patientens önskan, men patienten kan heller aldrig kräva att läkaren ordinerar vård som hen bedömer är utsiktslös eller oändamålsenlig. Förhandsplanering av vård blir en avgörande hjälp till att skapa balans mellan de medicinska beslut som behöver tas och patientens autonomi och rätt till inflytande över vården.

Förhandsplanering av vård kan innehålla:



| Dokumenttyp | Fastställt | Reviderat  | Giltigt till och med | Dokumentnr / Version |
|-------------|------------|------------|----------------------|----------------------|
| Riktlinje   | 2020-04-23 | 2020-04-23 | 2021-10-23           | 476721 / Version 1   |

- 1) Behandlingsbegränsningar – Exv. Transporter till sjukhus, HLR, IVA-vård, intravenös antibiotika/vätskestöd, sondmatning, kirurgi m.m. med beslutsgrund.
- 2) Symtomlindringsplan/omvårdnadsaspekter – Exempelvis vid tidigare specifika symtomproblem exv. förvirring/agitation vid demens, smärttillstånd vid cancer, dyspné vid KOL.
- 3) Patientens egna önskemål – exempelvis stora farhågor för smärta, inställningar till att vara sederad/omtöcknad, inställning till att bli vårdad av anhörig kontra vårdpersonal.
- 4) Önskemål kring hur anhöriga ska involveras och underrättas under förloppet.

### 3.3.6 Exempel på Förhandsplanering av vård

Här följer ett exempel på hur en Förhandsplanering av vården kan se ut i färdigt format:

-----

HLR ska ej genomföras.

Remiss till annan vårdenhet endast aktuellt vid behov av symtomlindrande vård som ej kan ges i hemmet. Vårdinsatser ska primärt ej vara livsförlängande utan först syfta till god livskvalitet.

Patienten har uttryckt önskemål om att ej behöva vårdas av anhörig/hustru beträffande daglig omvårdnad.

Tidigare negativa erfarenheter kring morfin med illamåendeбивerkingar och har därför önskat undvika det tills det bedöms absolut nödvändigt.

Planen genomförd efter samtal med patient och hustru.

Planen är giltig tills vidare men bör uppdateras minst årligen.

Behandlingsbeslut tagna mot bakgrund av progredierande svår demens och KOL stadium 3.

I händelse av att patienten avlider kan sköterska göra undersökning som ligger till grund för konstaterande av dödsfallet.

-----

### 3.3.7 Dokumentation

Anteckning om Förhandsplanering av vård dokumenteras i UPPMÄRKSAMHETINFORMATION med underrubrik VÅDRUTINAVVIKELSE i NCS Cross. Informationen blir då tillgänglig via varningsstjärnan i journalens övre vänstra hörn.

Dokumentation sker även i kommunal journal under Observations-information.

En Förhandsplanering av vård ska betraktas som en färskvara och bör uppdateras med lämpliga mellanrum. Lämpligt intervall bör bedömas av patientansvarig läkare.

|                    |                   |                  |                             |                             |
|--------------------|-------------------|------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>Dokumenttyp</b> | <b>Fastställt</b> | <b>Reviderat</b> | <b>Giltigt till och med</b> | <b>Dokumentnr / Version</b> |
| Riktlinje          | 2020-04-23        | 2020-04-23       | 2021-10-23                  | 476721 / Version 1          |

### **3.3.8 Förhandsplanering av vård och andra Rutiner och arbetssätt**

Förhandsplanering av vård inbegriper traditionella Brytpunktssamtal, och ersätter Vård i Livets Slut (VILS) och andra palliativa planeringsinstrument. VILS är i nuläget ett oändamålsenligt begrepp och rutin då den innehöll en brevformulering för palliativa ordinationer samt ”delegering” för undersökning inför konstaterande av dödsfall.

Läkemedelsordinationer ska alltid göras i Journalsystemens läkemedelsmodul och Fastställande av dödsfall är en arbetsuppgift som regleras av Socialstyrelsen enligt SOSFS2005:10. Enligt Socialstyrelsens föreskrift avseende Fastställande av dödsfall kan läkare fastställa dödsfall om 1) Dödsfallet var väntat och 2) Sjuksköterska har gjort en klinisk undersökning av patienten och delgivit läkaren resultatet. Fastställande av om dessa kriterier föreligger kan göras såväl före som efter dödsfallet och på förhand given ”delegation” till sköterska att genomföra klinisk undersökning är därför överflödigt, men kan finnas med i Förhandsplanering av vård för att undvika behov av att kontakta läkare på jourtid för att handlägga väntade dödsfall. För ytterligare detaljer, se föreskriften namngiven ovan.

Samordnad Individuell Plan (SIP) är ett instrument som tydliggör olika huvudmäns (kommun/regional primärvård och slutenvård) uppgifter och överenskommelser dem emellan. En SIP kan därför i händelse av att patienten har flera aktörer vara ett lämpligt sätt inom vilken en Förhandsplanering av vård kommuniceras men de ska ej förväxlas.

Synpunkter eller frågor på Förhandsplanering av vård lämnas till  
Andreas Koro, [andreas.koro@rvn.se](mailto:andreas.koro@rvn.se), ST-läkare  
HC Själevad

## **Relaterad information**

## **Informationsbrev avseende införande av ”Förhandsplanering av Vård” – enhetschef HC**

Hej

|             |            |            |                      |                      |
|-------------|------------|------------|----------------------|----------------------|
| Dokumenttyp | Fastställt | Reviderat  | Giltigt till och med | Dokumentnr / Version |
| Riktlinje   | 2020-04-23 | 2020-04-23 | 2021-10-23           | 476721 / Version 1   |

”Förhandsplanering av Vård” internationellt känt som Advanced Care Plan (ACP) har inom Region Västernorrland genomgått ett pilotprojekt på Särskilt Boende (SÄBO) tillhörande HC Själevad. Projektet har förlupit med framgång och goda resultat avseende följsamhet, patient- och personalnöjdhet samt med hög säkerhet och positiva effekter avseende patienternas palliativa skeden. V.g se bifogad rapport för detaljer.

Primärvårdsförvaltningen avser nu att implementera rutinen på samtliga hälsocentraler inom egenregion. Inom primärvården berör detta främst hälsocentralernas läkare som får ett nytt arbetssätt i tidig palliativ vård och nya dokumentationsrutiner vid behandlingsbegränsningar och i övriga palliativa skeden.

#### De viktigaste förändringarna är:

- **Nytt arbetssätt i tidigt palliativa lägen där samtal om vårdens inriktning görs tidigt**
- **Nytt sätt att dokumentera behandlingsbegränsningar**
- **VILS och liknande rutiner försvinner**

Vi vore tacksamma om du som enhetschef informerade läkarna på hälsocentralen och tillsammans gick igenom bifogad dokumentation på lämpligt internt utbildningstillfälle. Vi eventuella frågor är ni välkomna att kontakta det metodstöd som erbjuds för god implementering.

Som del i implementeringsarbetet behöver vi inom regionen också se över och ta bort existerande rutiner för övergång till palliativ vård. Det vanligaste är i nuläget att det finns en brevmall i NCS Cross benämnd Vård i Livets Slut (VILS). Dessa brevmallar kommer i och med införandet av ”Förhandsplanering av Vård” ej längre vara gällande och vi önskar därför att alla enhetschefer ser till att de tas bort ur vårdcentralens journalsystem.

Mvh  
Andreas Koro  
ST-läkare i allmänmedicin  
Projektledare och metodstödjare för ”Förhandsplanering av Vård”  
HC Själevad

## Informationsbrev avseende införande av ”Förhandsplanering av Vård” – Verksamhetschef - MAS

Hej  
”Förhandsplanering av Vård” internationellt känt som Advanced Care Plan (ACP) har inom Region Västernorrland genomgått ett pilotprojekt på Särskilt Boende (SÄBO) tillhörande HC Själevad. Projektet har förlupit med framgång och goda resultat





| Dokumenttyp | Fastställt | Reviderat  | Giltigt till och med | Dokumentnr / Version |
|-------------|------------|------------|----------------------|----------------------|
| Riktlinje   | 2020-04-23 | 2020-04-23 | 2021-10-23           | 476721 / Version 1   |

avseende följsamhet, patient- och personalnöjdhet samt med hög säkerhet och positiva effekter avseende patienternas palliativa skeden. V g se bifogad rapport för detaljer. Primärvårdsförvaltningen avser nu att implementera rutinen på samtliga hälsocentraler inom egenregion. Detta kommer beröra samtliga SÄBO som rondas av läkare på hälsocentraler drivna av region Västernorrland.

Arbets sättet kommer innebära en del förändringar kring det palliativa arbetet med patienter boende på SÄBO.

#### De viktigaste förändringarna är:

- **Ett nytt sätt att i tidigt skede börja diskutera vårdens inriktning och syfte med patienterna på SÄBO**
- **Ett nytt sätt att dokumentera behandlingsbegränsningar (VILS eller motsvarande rutin försvinner)**
- **Ett nytt sätt att dokumentera möjligheten för sjuksköterska att göra undersökning till grund för dödskonstaterande.**

Under minst 2020 kommer ett metodstöd finnas till hands för berörda enheter för att svara på frågor och erbjuda utbildning efter önskemål. Vi önskar därför att denna information och bifogade rutindokument sprids till samtliga berörda enheter.

Utöver denna spridning kommer samtliga hälsocentraler informeras om gällande förändringar. Vidare större utbildningstillfällen kommer hållas avseende Förhandsplanering av vård under våren 2020 och vid efterfrågan.

Vid frågor kring rutinen och arbets sättet Förhandsplanering av vård – välkommen att kontakta

Andreas Koro  
ST-läkare i allmänmedicin  
Projektledare och metodstödare för Förhandsplanering av vård  
HC Själevad