PALLIATIV VÅRD INOM LANDSTINGET I VÄRMLAND OCH VÄRMLÄNDSKA KOMMUNER

EN GRANSKNING PÅ UPPDRAG AV REVISORERNA I LANDSTINGET OCH KOMMUNERNA I VÄRMLANDS LÄN.

2016-02-02

BO LINDBLOM, JENNIE BÄCKMAN OCH BO ANDERSON

Sammanfattning

Revisorerna i Landstinget i Värmland samt revisorerna i länets samtliga 16 kommuner i länet har gett Kontigo AB uppdraget att granska den palliativa vården i Värmlands län. Den övergripande revisionsfrågan är om landstinget och kommunerna – utifrån sina respektive ansvar och uppdrag – har inrättat arbets- och samverkansformer samt rutiner för informationsöverföring, i syfte att tillgodose berörda patienters behov av palliativ vård och omsorg i livets slutskede.

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier, intervjuer med inblandade aktörer och analys av uppgifter från kvalitetsregister och andra databaser.

Utifrån genomförd granskning är Kontigos samlade bedömning att Landstingsstyrelsen i Värmland genom styrning, uppföljning och intern kontroll, till viss del har skapat rutiner och avtal som syftar till en ändamålsenlig palliativ vård respektive omsorg i livets slutskede. Landstinget har inget aktuellt övergripande styrdokument för den palliativa vården som helhet men har på senare tid vidtagit vissa åtgärder i syfte att både bygga ut och utveckla detta vårdområde. Landstingsstyrelsens har intentionen att verksamheterna ska implementera det nationella kunskapsstödet för god palliativ vård i livets slutskede. Detta förefaller ha fått ett betydande genomslag inom den specialiserade palliativa vården för cancerpatienter. Granskningen tyder dock på att det finns en stor förbättringspotential i fråga om palliativ vård för övriga diagnosgrupper.

Vad gäller samverkan mellan kommun och landsting och informationsöverföring är bilden skiftande. Flera kommuner har fattat viktiga beslut och vidtagit konkreta åtgärder i syfte att förbättra den palliativa vården men i andra fall saknas en uttalad politisk viljeinriktning. Det förefaller vara en stor variation mellan de olika kommunernas ambitioner i fråga om den palliativa vårdens omfattning, även om samtliga kommuner har någon form av överenskommelse med landstingets primärvård. Dessa avtal innehåller ett kortare eller längre textavsnitt som avser den palliativa vård, som ges då patienten vistas i hemmet eller kommunalt boende. Huvudsakligen avtalas här formerna för läkarmedverkan, akutinsatser och rutiner för läkemedelsordinationer. Befintliga dokument innehåller som regel inte några hänvisningar till nationella riktlinjer och vårdprogram. Därför är det tveksamt om nya rön och nationellt framtagna inriktningsdokument i form av riktlinjer/vårdprogram fått genomslag och nått fram till den direkta patientvården. Det har funnits vissa problem i fråga om överföring av patientinformation inom den palliativa vården, särskilt i samband med överflyttning av patienter mellan olika vårdformer, men dessa problem har minskat vid införande av gemensamt journalsystem inom landstinget och utveckling av den nationella patientöversikten, NPÖ.

Region Värmland är ett regionalt utvecklings- och samverkansorgan, som skapats gemensamt av landstinget och kommunerna i länet. Kontigos intryck är att Region Värmland etablerat sig som en viktig samverkansaktör, inte minst för att förbättra kvalitetsuppföljning och för att sprida kunskap om god palliativ vård.

Granskningen har påvisat vissa brister i uppföljningen av landstingets beslut och planer för den palliativa vården. I kommunerna följs samverkansavtalen med vårdcentralen inte alltid upp regelmässigt. Det palliativa registret ses dock som ett uppföljningsverktyg och kvalitetssäkringsinstrument i såväl landsting som kommun.

Kontigos samlade bedömning är att styrningen av den palliativa vården i Värmlands län uppvisar både styrkor och svagheter. Styrkeområden på landstingssidan är ett synbart intresse på högsta politiska nivå för kunskapsstyrning och de beslut kring nationellt kunskapsstöd som fattats. Andra

starka sidor är att det finns ett flertal eldsjälar, inom både landstinget och kommunerna, som brinner för att förbättra den palliativa vården samt att informationen i Palliativregistret används i ökande grad för att utveckla olika aspekter av den palliativa vården. En framträdande svaghet är frånvaro av ett tydligt gemensamt strategidokument inom området, och därmed otydlighet om ansvarsfördelning och planer för fortsatt utveckling. De olika aktörernas roller är delvis oprecisa, inklusive det Palliativa rådets mandat och Region Värmlands fortsatta roll och uppgifter. En annan svaghet är ett synbart varierande driv i frågorna bland kommunerna, där dagens synsätt - en högkvalitativ palliativ vård oavsett ålder och diagnos - inte verkar ha slagit igenom på alla håll. Samverkansavtalen mellan landstinget och länets kommuner är i sin nuvarande utformning inte tillfyllest för att säkerställa en högkvalitativ vård i den mening som beskrivs i de nationella kunskapsdokumenten.

Huvudmännens, och de ingående verksamheternas, samverkan inom den palliativa vården i Värmland har utvecklats under senare år men behöver få fastare former. Utifrån genomförd granskning lämnas följande rekommendationer:

- Landstinget i Värmland föreslås att tillsammans med länets kommuner utforma en övergripande plan för utveckling av den palliativa vården utifrån dagens kunskapsläge och synsätt.

- Landstinget och länets kommuner bör gemensamt utforma enhetliga överenskommelser för samverkan inom palliativ vård. Landstinget bör utse en lämplig tjänsteman som ansvarig för att bistå vårdenheterna i detta avseende.

- Landstinget och kommunerna bör överväga gemensamma åtgärder i syfte att åstadkomma ett generellt kompetenslyft inom allmän palliativ vård. En första punkt kan vara en utbildningssatsning för berörda läkare inom både sjukhusvården och landstingets primärvård, med särskild inriktning på att höja kompetensnivån i fråga om brytpunktssamtal. Det är lämpligt att samordna en sådan satsning med utbildningsaktiviteter i kommunerna, vilket i så fall bör beslutas av respektive kommun.

- Huvudmännen föreslås vidta åtgärder för att öka täckningsgraden för Palliativregistret, i syfte att ge bättre underlag för förbättringsarbete och göra kvalitetsjämförelser mer tillförlitliga. Detta är särskilt angeläget inom de vårdenheter i länet som hittills uppvisat den lägsta registreringsfrekvensen.

Innehållsförteckning

Sammanfattning 2
Innehållsförteckning 4
1 Uppdraget 6
1.1 Bakgrund 6
1.2 Revisionsfrågor 6
1.3 Avgränsning 7
1.4 Tolkning av uppdraget 7
2 Genomförande 8
2.1 Revisionskriterier 8
2.2 Projektorganisation 8
2.3 Jävsprövning 8
2.4 Metod och angreppssätt 8
3 Iakttagelser och kommentarer 11
3.1 Bakgrundsfakta 11
3.1.1 Demografi och andra basfakta 11
3.1.2 Författningar 12
3.2 Styrning av palliativ vård 13
3.2.1 Landstingets politiska styrning 13
3.2.2 Palliativa rådet 13
3.2.3 Styrning i kommunerna 14
3.2.4 Nationella kunskapsdokument 15
3.3 Hur bedrivs den palliativa vården? 17
3.3.1 Landstingets vårdorganisation 17
3.3.2 Palliativ vård för barn 18
3.3.3 Primärvård 19
3.3.4 Kommunal vård 19
3.3.5 Informationsöverföring 21
3.3.6 Svåra gränsdragningar 22
3.3.7 Samverkan inom Region Värmland 22
3.4 Information om vårdens kvalitet 23
3.4.1 Palliativregistret 23
3.4.2 Övrig vårdstatistik 25
3.4.3 Erfarenheter från Patientnämnden 25

4 Svar på revisionsfrågorna 27
5 Samlad bedömning och rekommendationer 31
6 Bilagor 32
6.1 Förteckning över granskade dokument 32
6.1.1 Landstinget i Värmland 32
6.1.2 Kommunerna 32
6.2 Förteckning över intervjuade personer 32
6.2.1 Landstinget i Värmland samt Region Värmland 32
6.2.2 Kommunerna 33
6.3 Kompletterande resultat 34
6.4 Kommunbilagor 35

1 Uppdraget

1.1 Bakgrund

Revisorerna i Landstinget i Värmland samt revisorerna i länets samtliga 16 kommuner har gett Kontigo AB uppdraget att granska den palliativa vården i Värmlands län.

Faktaruta

Palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och de närstående, genom att förebygga och lindra lidandet genom tidig upptäckt, bedömning och behandling av smärta och andra fysiska, psykosociala och andliga problem som kan uppkomma i samband med livshotande sjukdom (WHOs definition).

Enligt Socialstyrelsen har cirka 80 procent av de som avlider behov av olika palliativa vårdinsatser när de befinner sig i livets slutskede.

Enligt nationella vårdprogrammet kan och ska *Allmän palliativ vård och omsorg* bedrivas inom olika vårdformer såsom akutsjukhus och kommunala vård- och omsorgsboenden. *Specialiserad palliativ vård* betecknar palliativa insatser som ges till patienter med komplexa symptom eller vars livssituation medför särskilda behov och som utförs av ett multiprofessionellt team med särskild kunskap och kompetens inom palliativ vård.

1.2 Revisionsfrågor

I uppdraget ingick följande direktiv från uppdragsgivaren:

"Den övergripande revisionsfrågan är om Landstinget i Värmland och kommunerna – utifrån sina respektive ansvar och uppdrag – har inrättat arbets- och samverkansformer samt rutiner för informationsöverföring, i syfte att tillgodose berörda patienters behov av palliativ vård och omsorg i livets slutskede.

Granskningens utgångspunkt är att landstingsstyrelsen, kommunstyrelserna och ansvariga nämnder genom styrning, uppföljning och intern kontroll, har säkerställt att det finns rutiner och avtal som syftar till en ändamålsenlig palliativ vård respektive omsorg i livets slutskede.

Granskningen ska ge svar på följande revisionsfrågor:

1. Vilka avtal och överenskommelser finns mellan Landstinget i Värmland och berörda kommuner?

2. Vilka styrdokument har landstinget respektive kommunerna utfärdat till sina respektive verksamheter?

3. Vilken instans har beslutat om styrdokumenten?

4. Hur bedrivs arbetet i verksamheterna och överensstämmer det med vad som avtalats och vad som framgår av beslutade styrdokument?

5. Har ansvariga styrelser och nämnder följt upp om avtal och andra styrdokument efterlevs?

6. Bedöms styrelsernas och nämndernas styrning, uppföljning och interna kontroll vara tillräcklig för att säkerställa ändamålsenliga arbets- och samverkansformer mellan huvudmännen samt mellan huvudmännens olika enheter?

7. Om granskningen påvisar brister, vilka åtgärder behöver vidtas?"

1.3 Avgränsning

Enligt besked från uppdragsgivaren ska granskningen omfatta de verksamheter där huvudmännen har ett delat/gemensamt ansvar. Av detta följer att granskningen inte omfattar de patienter som i huvudsak vårdas inom den ena huvudmannens verksamhet. I praktiken gäller detta endast de patienter som enbart får insatser från landstingets sjukhusvård utan att bli föremål för den kommunala vården och omsorgen.

1.4 Tolkning av uppdraget

Utifrån revisionsfrågorna har Kontigo tolkat att granskningen syftar till att klargöra hur samverkan mellan huvudmännens verksamheter fungerar för att uppnå en välfungerande palliativ vård och om den styrning som utövas är tillräckligt verkningsfull. Fokus i granskningen ligger på samverkan och informationsöverföring.

2 Genomförande

2.1 Revisionskriterier

Följande dokument har utgjort revisionskriterier i denna granskning:

- Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).
- Socialtjänstlag (2001:453)
- Patientsäkerhetslag (2010:659).
- Patientlag (2014:821).
- Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).
- Socialstyrelsen förskrifter och allmänna råd om livsuppehållande behandling (SOSFS 2011:7).
- Nationellt framtagna kunskapsdokument (kunskapsstöd resp. vårdprogram).
- Landstingets och kommunernas direktiv, strategidokument, rutinbeskrivningar, vårdprogram mm avseende palliativ vård, som närmare beskrivs under avsnitt 3.1.2 och 3.4.

Vid granskning och bedömning har tillämpats lagar, föreskrifter och riktlinjer som gäller för aktuell period. I övrigt har arbetet bedrivits i enlighet med kommunallagen och SKYREV:s riktlinjer och vägledning vad gäller revisionsarbete, god sed etc. I granskningen har vi utgått vi från hälso- och sjukvårdslagens mål om vård på lika villkor och dess bestämmelser som rör vårdens kvalitet och att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.

2.2 Projektorganisation

Granskningen har genomförts av Bo Anderson, uppdragsansvarig och certifierad kommunal revisor, Jennie Bäckman, utredare samt Bo Lindblom, projektledare och medicinskt sakkunnig. Maria Jakobsson, expert inom ämnet palliativ vård, har varit rådgivare vid utformandet av intervjuguiderna. Rapporten har kvalitetssäkrats ur revisionell synpunkt av Ralf Jonsson, certifierad kommunal revisor.

2.3 Jävsprövning

Särskild prövning av granskningsteamets oberoende har gjorts. Den visar att det inte finns omständigheter som kan rubba förtroendet för teamets opartiskhet och självständighet.

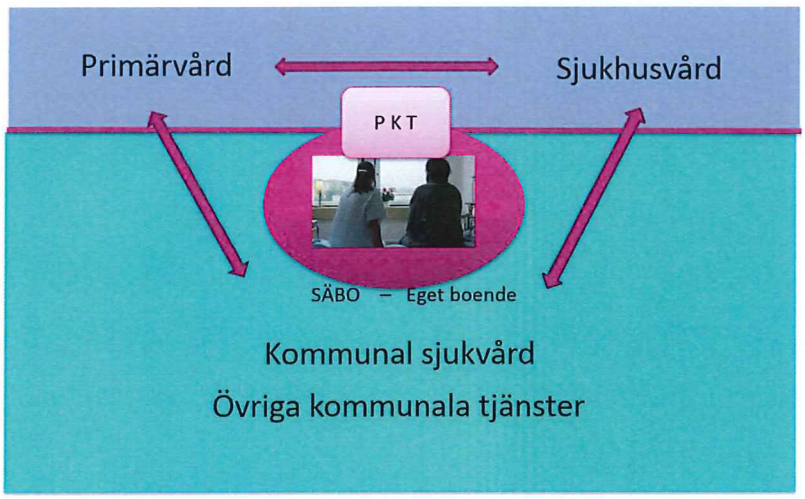
2.4 Metod och angreppssätt

Utgångspunkten för revisionen har varit att belysa aktuella förhållanden inom den palliativa vården i Värmlands län i relation till det rådande kunskapsläget, inklusive befintliga nationella vårdprogram och riktlinjer. Granskningen har grundats dels på en kartläggning av

ansvarsförhållanden och genomgång av huvudmännens aktuella styrdokument, dels på granskning av rutiner, mål och tillämpning genom intervjuer med verksamhetsföreträdare inom landstinget och kommunerna. Ytterligare underlag har erhållits genom analyser av kvalitetsregisterdata och annan relevant statistik.

Kontigo har valt att fokusera på förhållanden och uppgifter som avser perioden 1 januari 2014 fram till 1 december 2015. När det varit uppenbart befogat har dock tidsperspektivet vidgats något. I fråga om medicinska utfallsmått har redogörelsen utgått från 2015 års data eller senast tillgängliga period.

Under arbetet med denna revision har Kontigo valt att göra en bildmässig beskrivning, som illustrerar de olika aktörerna runt patienten och som kan användas för att insortera iakttagelser kring samverkan och informationsöverföring (Fig. 1). Det övre lila fältet betecknar landstingets verksamheter medan det undre (gröna) fältet illustrerar de kommunala aktörerna. De dubbelriktade pilarna betecknar samverkan och informationsöverföring.



Figur 1. Aktörer runt patienten i palliativ vård. PKT=palliativa konsultteam, SÄBO=särskilt boende. Pilarna betecknar kontaktytor, samverkansbehov och informationsöverföring mellan olika aktörer.

Huvuddelen av granskningen genomfördes under perioden september-december 2015. Inledningsvis kartlades och granskades de nationella kunskapsdokumenten inom området samt de styrdokument inom landstinget som på ett eller annat sätt påverkar den palliativa vården. I ett andra steg genomfördes ett tjugotal intervjuer med företrädare för landstinget och Region Värmland. Därefter intervjuades en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) samt en omvårdnadsansvarig sjuksköterska i varje kommun och befintliga styrdokument i respektive kommun identifierades och granskades.

En mittavstämning med uppdragsgivarna hölls i mitten av november, då preliminära resultat och bedömningar redovisades. Därvid bestämdes också hur den fortsatta revisionsprocessen skulle genomföras. Ytterligare underlag i denna revision utgjordes av statistik från Svenska Palliativregistret samt vissa uppgifter om ärenden från Patientnämnden.

Iakttagelser och gjorda bedömningar från dessa olika underlag sammanvägdes och presenterades i en preliminär revisionsrapport, som blev föremål för sakgranskning av de som intervjuats eller lämnat skriftliga underlag. Inom ramen för granskningen hölls i januari 2016 en avslutande workshop med deltagande av representanter för landstinget och samtliga kommuner (se bilaga

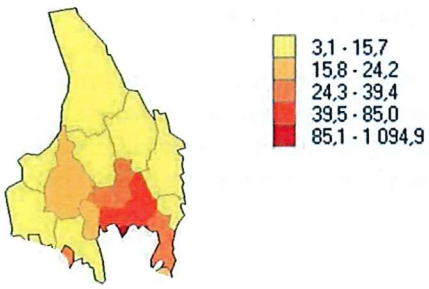
6.4). Syftet med workshopen var att förankra de preliminära revisionsresultaten och ge möjlighet till kompletterande synpunkter och faktagranskning, utöver ordinarie sakgranskning av rapportutkast.

3 Iakttagelser och kommentarer

3.1 Bakgrundsfakta

3.1.1 Demografi och andra basfakta

Värmlands län har en befolkning på ca 275 00 personer med en högre andel äldre (> 65 år) än genomsnittslänet i Sverige och uppvisar enligt SCB en svag befolkningstillväxt jämfört med kringliggande län och regioner. Befolkningsfördelningen är påfallande ojämn med den största koncentrationen i Karlstad och närliggande kommuner (figur 2).



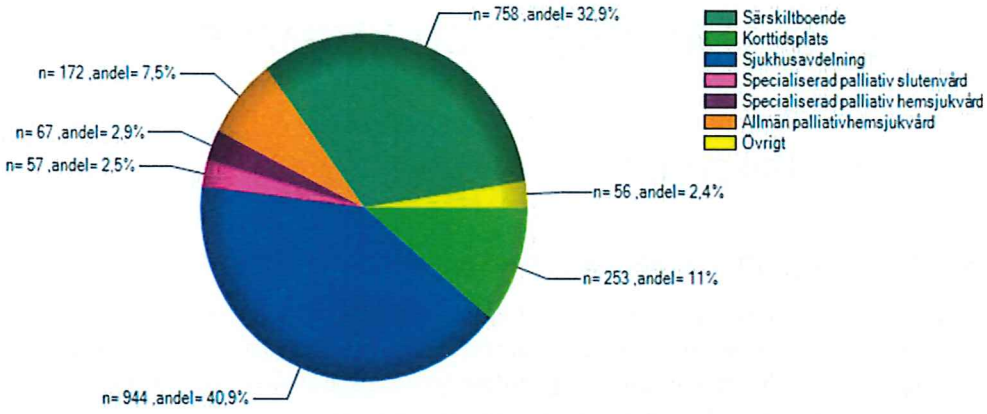
Figur 2. Befolkningsfördelning i Värmlands län. Invånare per kvadratkilometer. Källa: SCB.

Varje år avlider drygt 3000 länsinvånare i Värmland. Genomsnittsåldern vid dödsfall åren 2010-2014 var 83,5 år för kvinnor och 79,4 år för män. De vanligaste dödsorsakerna var[1]:

Hjärt-/kärlsjukdomar	37 %
Tumörsjukdomar	26 %
Psykiska störningar	7 %
Andningsorganens sjukdomar	6 %
Skador, förgiftningar	6 %
Övriga dödsorsaker	< 20 %

Enligt Palliativregistrets data avlider cirka hälften i kommunalt särskilt boende eller korttidsboende medan omkring 40 procent avlider på sjukhus (figur 3). Endast omkring var tionde person avlider idag i eget boende. Omkring 7-8 procent avlider inom allmän palliativ hemsjukvård, cirka 3 procent inom specialiserad palliativ hemsjukvård och cirka 2,5 procent inom specialiserad palliativ slutenvård.

[1] Källa: SCB.



Figur 3. Avlidelseplatser i Värmland 2014-15. Cirka hälften av patienterna avlider i kommunalt särskilt boende eller korttidsboende (de båda gröna fälten). Källa: Svenska Palliativregistret.

Avlidelseplatsen anger var patienten avlider, vilket kan vara på en annan plats än där denne vårdats under den sista tiden före dödsfallet. Exempelvis kan en patient som under viss tid blivit föremål för palliativ vård i hemmet senare avlida på sjukhus eller i kommunalt korttidsboende. Omkring 14 procent av alla som avlider i Värmlands län har varit inskrivna i något av de palliativa teamen.

3.1.2 Författningar

I Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) regleras vissa förhållanden kring läkarmedverkan m.m. i den kommunala vården, vilka är betydelsefulla för en välfungerande palliativ vård. Dels regleras landstingets och kommunens ansvarsområden på övergripande nivå, dels finns bestämmelser (24 §) om det ansvar som åvilar den ansvariga sjuksköterskan i kommunen (senare benämnd medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS). Dennas uppdrag regleras också till viss del i patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) men det saknas i övrigt detaljerade bestämmelser om MAS funktionens utformning, vilket innebär att arbetsuppgifter och ansvarsområden till viss del skiljer sig åt i olika kommuner.

En lagregel om samordnad individuell plan (ofta förkortad SIP) finns både i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen, och i 3 f § hälso- och sjukvårdslagen. Det innebär att när någon behöver både hälso- och sjukvård och stöd från socialtjänsten, ska landstinget och kommunen tillsammans upprätta en individuell plan. Denna bestämmelse har stor betydelse inom den palliativa vården.

Enligt HSL skall landstinget avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i de verksamheter som avses i 18 § första stycket i lagen. Enligt lagen skall landstinget och kommunerna inom landstinget sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan i den kommunala vården och omsorgen.

Patientlagen betonar vikten av att patienten får tillräcklig information om vården, har möjlighet till inflytande över val av vårdgivare och behandling samt möjlighet till delaktighet i vården. Författningarna ifråga är av övergripande karaktär och innehåller inga direktiv som specifikt är riktade till den palliativa vården. Däremot finns i SOSFS 2011:7 bestämmelser om att erbjuda personer med livshotande sjukdom en fast vårdkontakt.

Lagstiftningen och i första hand Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, utgör den överordnade normen, som i sin tur påverkar landstingets och kommunernas styrdokument.

3.2 Styrning av palliativ vård

En rad olika styrsignaler riktas mot den palliativa vården i Värmland, utöver de nämnda författningarna. Dessa kan indelas i huvudmännens politiska styrning samt olika nationella kunskapsdokument, vilka beskrivs i följande avsnitt.

3.2.1 Landstingets politiska styrning

I Landstingsplanen beskrivs det övergripande målet för hälso- och sjukvården i landstinget:

"Landstinget ska erbjuda vård av bästa kvalitet. Den ska kännetecknas av högsta professionella kvalitet och vara fri från vårdskador. Landstingets arbete ska också utmärkas av högsta tjänstekvalitet, vilket innebär att patienter och anhöriga möts med respekt till en vård utan köer".

Lagstiftningens principer kring god vård på lika villkor, patientsäkerhet, valfrihet, helhetssyn och prioriteringar finns uttryckta i värdegrunden i flerårsplanen och de årliga landstingsplanerna. Vi konstaterar att Landstinget i sina styrdokument på ett tydligt sätt understryker generella principer och bestämmelser i Hälso- och sjukvårdslagen, Patientlagen och Patientsäkerhetslagen.

I samband med att det nya nationella kunskapsstödet för god palliativ vård i livets slutskede lanserades 2013 beslutade Landstingsstyrelsen att godkänna det förslag till politisk viljeinriktning som Samverkansnämnden i Uppsala-Örebroregionen rekommenderade landstingen.

Det finns även ett ledningsdirektiv från 2013 om att starta processen för ett lokalt vårdprogram. Under de senaste åren har Hälso- och sjukvårdsledningen (HCL) och de berörda divisionsledningarna fattat ett antal beslut som avser utveckling av i första hand specialiserad palliativ vård. Dessa beslut har koppling till "nystarten" av det palliativa rådet (se avsnitt 3.2.2).

Inom Landstinget i Värmland finns det idag specialiserad palliativ vård för patienter med cancerdiagnos, men det saknas för övriga diagnoser som t.ex. hjärtsvikt, kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), och terminal njur- eller leversvikt. En kartläggning av behovet av specialiserad palliativ vård utfördes under 2014. Efter att ett underlag lämnats tog divisionsledningarna för medicinska respektive opererande specialiteter i september 2015 beslut om att bilda en styrgrupp för det fortsatta arbetet med att ta fram en plan för att starta sådan vård. Uppdraget omfattar förutom cancerdiagnoserna, vård i livets slutskede för patienter med diagnoser som hjärtsvikt, KOL, terminal njursvikt, terminal leverinsufficiens och ett antal neurologiska sjukdomar som multipel skleros (MS), amyotrofisk lateralskleros (ALS) och Parkinsons sjukdom. Uppdraget omfattar även de palliativa teamens uppdrag och kompetens. För närvarande (januari 2016) pågår planering för att starta verksamheter med denna inriktning i januari 2017.

3.2.2 Palliativa rådet

Inom landstinget har tidigare funnits ett Palliativt råd, som framför allt bestod av företrädare för den specialiserade vården. Rådet ombildades under 2014 och har nu en bredare sammansättning. I rådet ingår bland annat ett flertal verksamhetschefer samt läkare från allmänmedicin, två medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), två socialchefer och en representant från Region Värmland. Enligt företrädare för landstingsledningen är Palliativa rådets uppgift att samla alla berörda parter och bedöma utvecklingsbehoven. Inom rådet finns bred och djup kompetens, vilket anses viktigt för att utveckla området. Rådet har format ett antal arbetsgrupper för att gemensamt

och mer direkt angripa olika aktuella problemområden. Utifrån ställningstaganden som gjorts i HCL och Palliativa rådet har de olika arbetsgrupperna under senaste året tagit fram en rad förslag, bland annat i fråga om utbildning och handledning, om organisering av palliativa vårdplatser samt om palliativ vård för barn. Det finns också planer på att skapa palliativa bedömningsteam som en stödresurs inom slutenvården, som syftar till att utveckla den palliativa vården för fler diagnosgrupper.

Kontigo uppfattar Palliativa rådet som en samarbetsarena med flera aktiva arbetsgrupper, där meningsutbyte kan ske mellan olika verksamhetsföreträdare och där gemensamma förslag kan utarbetas. Rådets roll och mandat förefaller dock inte helt klargjorda för alla berörda och det finns behov av att förtydliga och precisera dess uppdrag.

Sjukhusutskottet har följt upp palliativa rådets verksamhet flera gånger under de senaste två åren, och rådet har även rapporterat till Landstingsstyrelsens arbetsutskott.

3.2.3 Styrning i kommunerna

Det är stor variation mellan de olika kommunerna vad gäller avtal och styrdokument. Det enda avtal som är gemensamt för alla 16 kommuner är det samverkansavtal som finns med en eller flera vårdcentraler i respektive kommun. Bland kommunerna har fyra skilda grupper identifierats: 1) de som har flera styrdokument och ett mer sammanhållet vårdprogram; 2) de som har utarbetat styrdokument men som inte är tydligt sammanhållet; 3) de som nu omarbetar/uppdaterar sina styrdokument samt 4) de kommuner som inte har några skriftliga styrdokument alls utöver samverkansavtal med vårdcentral.

1. Nio kommuner (Eda, Hagfors, Karlstad, Kristinehamn, Kil, Munkfors, Storfors, Torsby och Årjäng) har flera styrdokument. I dessa finns en metodisk genomgång av olika definitioner, information om ansvarsfördelning och om hur ett brytpunktssamtal[2] efterlevnadsamtal med anhöriga ska genomföras.

2. Tre kommuner (Arvika, Filipstad, och Grums) har styrdokument i form av checklistor och rutiner men inget sammanhållet vårdprogram för palliativ vård.

3. Tre kommuner håller på att utarbeta nya styrdokument som förmodas antas inom kort (Forshaga, Sunne och Säffle).

4. En kommun har inga skriftligt styrdokument förutom samverkansavtal med vårdcentral (Hammarö).

I de fall där det finns få, eller inga, handlingsplaner och styrdokument menar de intervjuade sjuksköterskorna att det ändå finns goda relationer mellan landsting och kommun samt att vården "i allt väsentligt fungerar väl". Likväl uppger de att det skulle underlätta och kännas tryggt med fler skriftliga rutiner och bättre samordning av de rutiner som finns.

---

[2] Brytpunktssamtal: Samtal mellan ansvarig läkare eller tjänstgörande läkare och patient om ställningstagandet att övergå till palliativ vård i livets slutskede, där innehållet i den fortsatta vården diskuteras utifrån patientens tillstånd, behov och önskemål.

3.2.4 Nationella kunskapsdokument

På nationell nivå finns två dokument som har stor betydelse för den palliativa vården. Det är dels Socialstyrelsens kunskapsstöd, dels det nationella vårdprogrammet. Dessa underlag utgör på inget sätt tvingande regler för huvudmännen utan har sin betydelse just som kunskapsstöd – för både verksamheterna och ledningsorganen.

3.2.4.1 Nationellt kunskapsstöd[3]

Enligt Socialstyrelsen ska det nationella kunskapsstödet för god palliativ vård i livets slutskede stödja vårdgivarna att utveckla den palliativa vården, underlätta uppföljning och kvalitetssäkring samt tillgodose en likvärdig vård för patienterna. Socialstyrelsen menar att kunskapsstödet och det nationella vårdprogrammet för palliativ vård, som tagits fram av professionen själv, kompletterar varandra och tillsammans utgör en gemensam grund för ett gott omhändertagande av personer i livets slutskede. Landstinget i Värmland beslutade 2014 att det nationella kunskapsstödet skulle implementeras under 2015 (se avsnitt 3.2.1).

Med palliativ vård i livets slutskede menar Socialstyrelsen allmän och specialiserad palliativ vård som ges under personens sista tid i livet, när målet är att lindra lidande och främja livskvalitet. En central tes i kunskapsstödet är således att vården ska omfatta alla, oavsett ålder och diagnos. En god palliativ vård utgår från de fyra hörnstenarna symtomlindring, multiprofessionellt samarbete, kommunikation och relation samt stöd till närstående.

Socialstyrelsen skriver bland annat: *"Den palliativa vården i livets slutskede behöver vidgas till att omfatta fler diagnoser än cancer, som den palliativa vården hittills utgått ifrån, och integreras i vården av kroniska sjukdomar. -----Samordning är en grundläggande förutsättning för en god palliativ vård. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska samordna sina olika insatser så att vården och omsorgen blir av god kvalitet för den enskilda patienten. Svårt sjuka personer är ofta särskilt beroende av god kontinuitet i vård och omsorg. Vid livshotande tillstånd ska en fast vårdkontakt utses och den fasta vårdkontakten ska vara legitimerad läkare. Inom kommunal hälso- och sjukvård där det inte finns läkare ska den medicinskt ansvariga sjuksköterskan se till att det finns rutiner för att läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal kontaktas när en patients tillstånd fordrar det".*

Socialstyrelsens kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede omfattar cirka 30 rekommendationer kring specifika åtgärder. Bland annat finns rekommendationer om förhållningssätt, läkemedelsbehandling och olika omvårdnadsåtgärder som syftar till att minska obehag och onödigt lidande. Några rekommendationer har Socialstyrelsen bedömt som särskilt centrala ur ett styr- och ledningsperspektiv. Det gäller exempelvis rekommendationerna om att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda:

• fortbildning och handledning i palliativ vård till personal inom vård och omsorg, i syfte att lindra symtom och främja livskvalitet hos patienter i livets slutskede,

• regelbunden analys och skattning av smärta hos patienter som har smärta i livets slutskede samt strukturerade bedömningar av patientens symtom, i syfte att ge patienten en så adekvat symtomlindring som möjligt,

• samtal med patienter om vårdens innehåll och riktning i livets slutskede, i syfte att förebygga oro och missförstånd samt förbättra livskvaliteten hos personer i livets slutskede.

---

[3] http://www.socialstyrelsen.se/nationelltkunskapsstodforgodpalliativvard, 2013.

Socialstyrelsen har tagit fram förslag på sex indikatorer och tre utvecklingsindikatorer som ska kunna spegla kvaliteten i den palliativa vården. Indikatorerna ska kunna användas som underlag för uppföljning och utveckling av verksamheter samt för öppen redovisning. Utfall för dessa indikatorer återfinns i det svenska kvalitetsregistret för palliativ vård och sju av dessa har i denna redovisning använts för att bedöma utvecklingen av den palliativa vården i Värmlands län (se avsnitt 3.4.1).

3.2.4.2 Nationellt vårdprogram

Generellt sett har den palliativa vården varit mest utvecklad inom cancerområdet. Regionala cancercentrum har gemensamt utarbetat ett vårdprogram för palliativ vård[4]. Denna publikation är riktad till de yrkesverksamma och innehåller principer och definitioner inom området samt en rad konkreta råd kring förhållningssätt och om hur vård- och omsorgspersonalen på olika sätt kan ge hjälp och stöd till patienten och dennes närstående.

Inledningsvis anges målet med vårdprogrammet:

- Det ska vara giltigt och meningsfullt för alla professioner och vårdformer där svårt sjuka och döende människor vårdas.
- Det ska gälla i alla delar av landet och vara giltigt inom akutsjukvården, geriatriken, den specialiserade palliativa vården, primärvården och inom vård- och omsorgsboende samt andra vårdformer.
- Det ska vara ett stöd i den dagliga vården för all personal som arbetar med människor med behov av palliativ vård.
- Det ska vara en del av underlaget för planeringen av den regionala och lokala palliativa vården.
- Det ska tillsammans med Socialstyrelsens Nationella Kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede och Svenska Palliativregistret ge förutsättningar för en förbättrad palliativ vård.

I vårdprogrammet återfinns kommentarer kring vanliga termer och begrepp:

"Allmän palliativ vård och omsorg kan och ska bedrivas inom olika vårdformer såsom akutsjukhus och kommunala vård- och omsorgsboenden. För att uppnå en god palliativ vård är samverkan mellan olika vårdgivare en förutsättning.

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

Patienten kan få sådan vård inom en specialiserad palliativ verksamhet, eller inom en verksamhet som bedriver allmän palliativ vård med stöd från ett palliativt konsultteam.

Livets slutskede innebär att döden är oundviklig inom en överskådlig framtid och det huvudsakliga målet med vården ändras från att vara livsförlängande till att vara lindrande. Vid övergången till palliativ vård i livets slutskede genomförs brytpunktssamtal.

---

[4] Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012-2014. RCC i samverkan 2012.

Brytpunktssamtal är samtal mellan ansvarig läkare eller tjänstgörande läkare och patient om ställningstagandet att övergå till palliativ vård i livets slutskede, där innehållet i den fortsatta vården diskuteras utifrån patientens tillstånd, behov och önskemål.

I vårdprogrammet betonas att palliativ vård är ett specifikt kunskapsområde och ska vara en del av all vård, oberoende av var och av vem vården erbjuds. Palliativ vård omfattar flera kunskapsområden såsom palliativ medicin och palliativ omvårdnad.

Förutom dessa allmänna principer och råd innehåller vårdprogrammet en rad specifika rekommendationer för palliativ vård vid olika vanliga dödsorsaker. Förutom palliativ vård vid cancerdiagnoser finns vägledning för palliativa insatser i livets slutskede vid bland annat demens och vissa hjärt- och lungsjukdomar.

Flera tillfrågade i landstinget uppger att det finns beslut om framtagande av ett gemensamt vårdprogram på basen av de nationella dokumenten men att detta har blivit framskjutet eftersom en väntad uppdatering av det nationella programmet är försenad.

3.3 Hur bedrivs den palliativa vården?

En viktig del i denna granskning är att bedöma hur arbetet i verksamheterna bedrivs och i vilken grad det motsvarar avtal och styrdokument. Den följande beskrivningen tar sin utgångspunkt i de båda huvudmännens organisation och ansvarsfördelning.

3.3.1 Landstingets vårdorganisation

Onkologikliniken har det operativa ansvaret för den specialiserade palliativa vården i Värmland, för i huvudsak cancerpatienter. För ändamålet finns ett flertal palliativa vårdplatser i anslutning till onkologiklinikens vårdavdelning på Centralsjukhuset Karlstad. Det finns även vissa vårdplatser på sjukhusen i Arvika och Torsby.

Enligt uppgift från flera verksamhetsföreträdare finns det relativt väl inarbetade rutiner för samverkan mellan sjukhusen i landstinget och med primärvården. Informationsöverförföringen underlättas av det gemensamma journalsystemet i landstinget.

För närvarande finns fem palliativa konsultteam som är placerade i Karlstad, Säffle, Kristinehamn, Arvika och Torsby. Konsultteamen kan göra hembesök hos patienter som är inskrivna i teamen. För anslutning till teamen krävs remiss från sjukhusläkare eller distriktsläkare, och följande kriterier ska vara uppfyllda: livshotande sjukdom med risk för kort överlevnad, definierat behov av palliativa vårdinsatser samt patienten informerad om den palliativa inriktningen. Med några få undantag är det idag endast patienter med cancerdiagnos som är inskrivna i de palliativa teamen. I samarbete med kommunens distriktsköterskor ska konsultteamen arbeta för att patienten ska ha möjlighet att vårdas tryggt i eget boende till livets slut. Stor vikt läggs vid att familj och närstående får råd och stöd för att orka vara delaktiga och känna trygghet. Målet med konsultteamen är att vara en kompetensbrygga från slutenvården, vilket kan minska behovet av slutenvård, besök till akutmottagningen eller andra enheter. De palliativa konsultteamen ska delta i ronder och behandlingskonferenser samt ge utbildning och handledning, främst till kommunens personal.

Teamen arbetar dagtid under vardagar och arbetet består av att samordna resurser, göra kostnadsfria hembesök, telefonuppföljningar med patient och närstående, samt rådgivning och utbildning till olika vårdgivare.

Onkologiklinikens verksamhetschef har det operativa ansvaret för den specialiserade palliativa vården i Värmland. De fem palliativa konsultteamen har olika organisatoriska tillhörigheter. Teamen i Torsby och Arvika är organiserade under respektive kirurgklinik som också har eget budgetansvar. Teamen i Karlstad, Kristinehamn och Säffle tillhör Onkologikliniken. Verksamhetschefen för Onkologikliniken ansvarar för deras budget.

Inom ramen för de palliativa teamens verksamhet finns möjligheter till vissa polikliniska behandlingsinsatser (exempelvis blodtransfusion och buktappning). Vid de tre sjukhusen finns tillgång till särskilda sjukhusplatser som i först hand är avsedda för denna patientgrupp.

Beskrivningen avser rådande förhållanden 2015. Planer finns för en utveckling inom området, inte minst i fråga om specialiserad palliativ vård.

3.3.2 Palliativ vård för barn

Som tidigare nämnts har Landstingsstyrelsen beslutat följa Samverkansnämndens rekommendationer, som bland annat innebär att landstinget vid överenskommelser med kommunal vård och omsorg särskilt ska beakta barnens perspektiv, både som patient och närstående.

I Värmlands län avlider i genomsnitt cirka två barn per år i ett sjukdomsförlopp, som inbegriper palliativ vård. Dessa barn vårdas av Barn och Ungdomsmedicin vid CSK, oavsett diagnos. Det finns dock ett problem i åldersgruppen 0-7 år i så motto att kommunen inte ikläder sig något ansvar för åtgärder som ökar möjligheten till vård i barnets hem. Förhållandet uppges ha sin orsak i att Värmland inte "ÄDEL-växlat[5]" för denna åldersgrupp. Liknande problem finns beträffande kvalificerad hemsjukvård för den något större grupp av barn med svåra funktionsnedsättningar, där ansvaret delas mellan Barnhabiliteringen och Barn- och ungdomsmedicin.

Sedan 2014 pågår ett planeringsarbete för att förbättra möjligheterna till att vårda svårt sjuka barn i sin hemmiljö. Målgruppen är barn som är i behov av specialiserad palliativ vård i hemmet samt barn som är i behov av kvalificerad sjukvård i hemmet. En utsedd strategigrupp inom Palliativa rådet har lämnat förslag om inrättande av en särskild tjänst som barnkonsultsjuksköterska samt vissa förslag kring samverkansavtal och finansieringsfrågor vid hemsjukvård för barn upp till 7 år.

Kommunen ansvarar för vård i hemmet av barn och unga mellan 7-18 år. Flera kommuner menar att de inte har tillräcklig kompentens för palliativa patienter inom denna åldersgrupp. Deras anhöriga önskar som regel att vårda dem i hemmet och *"...frågan är inte om utan när vi får en ung palliativ patient"*. En kommun har fått besked från Barn- och Ungdomsmedicinkliniken att de inte kan bidra med vårdresurser. Det finns i dag en stor oro bland kommunerna över att inte kunna erbjuda dessa framtida patienter en god omvårdnad.

För närvarande stöttar de palliativa teamen vården av barn och unga i behov av palliativa insatser i hemmet.

---

[5] ÄDEL växling: överföring av drifts- och kostnadsansvar för viss del av sjukvården från landsting till kommun efter ÄDEL reformen 1992.

3.3.3 Primärvård

Inom landstingets primärvård/vårdval ingår ett 30-tal vårdcentraler, varav vissa drivs i privat regi. Samarbete mellan kommunal vård och landstingets primärvård regleras i överenskommelser i respektive kommun (se avsnitt 3.3.4).

Landstingets primärvård (allmänläkare, distriktssköterskor m.fl.) har en viktig roll inom allmän palliativ vård. Det gäller dels de egna patienter för vilka primärvården utgör fast vårdkontakt, dels de övriga insatser som vårdcentralerna konsulteras om, under ordinarie tid eller i samband med jourtjänstgöring. Det senare gäller även för specialiserad palliativ hemsjukvård (patienter inskrivna i palliativa teamen). Landstingets primärvård har ett antal gemensamma jourlinjer utifrån geografiska områden, där som regel endast ordinarie läkare ingår. I de norra och östra länsdelarna förekommer det dock att hyrläkare ingår i jouren.

Landstinget har beslutat att sjukhusvården ska följa en standardiserad utskrivningsprocess för att tillförsäkra en god vårdplanering vid hemgång. Remiss ska skickas till läkare på vårdcentral i de fall denne ska överta vårdansvaret. I dessa fall har det i vissa fall uppstått en fördröjning av utskrivningsanteckning (epikris), vilket kan innebära bristande överföring av patientinformation.

Enligt gällande rekommendationer ska brytpunktssamtal genomföras av läkare. När detta är gjort ska en daganteckning skrivas och rutan "Vårdbegränsning" markeras i journalen. Detta innebär att ett s.k. palliativt beslut är fattat och att återupplivning inte ska göras om patienten skulle få hjärtstopp eller liknande tillstånd, d.v.s. läkaren markerar rutan "0 HLR". Detta innebär att det enbart är palliativa insatser som gäller för den fortsatta vården och inte behandling med syftet att bota. Ofta sker brytpunktssamtalet i flera steg eftersom det erfarenhetsmässigt är viktigt att följa med patienten i en gradvis ökande insikt om sjukdomens prognos.

Enligt palliativregistret finns journaldokumentation om brytpunktssamtal endast i cirka hälften av fallen (se avsnitt 3.4.1!). En intervjuad distriktsläkare anser att det *"oftast är svårt att genomföra brytpunktssamtal om man inte känner patienten sedan tidigare. I sådana fall kan det vara bättre att ansvarig sjuksköterska tar upp ämnet och informerar anhöriga om möjlighet att tala med läkare senare. I fråga om dementa patienter med uttalad nedsättning av kognitiva funktioner blir det som regel endast de närstående som deltar i brytpunktssamtal".*

Således finns skillnader i synsätt och arbetssätt mellan olika läkare.

3.3.4 Kommunal vård

Kommunerna ansvarar för allmän palliativ vård inom ramen för sitt hälso- sjukvårdsuppdrag, Enligt landstingets hemsida gäller följande: *"Vid vård i livets slutskede kan personen under sin sista tid få hjälp och stöd av hemtjänst och hemsjukvård med personlig omvårdnad och medicinska åtgärder. Hemtjänst och hemsjukvård samarbetar med läkare och sjuksköterskor på vårdcentraler, specialistmottagningar, palliativa team och vårdavdelningar på sjukhus. Hemtjänstinsatser beviljas av biståndshandläggare enligt socialtjänstlagen. Hemsjukvårdens sjuksköterskor finns i tjänst dygnet runt under årets alla dagar och utför hälso- och sjukvårdsåtgärder enligt läkarordination och gör egen medicinsk bedömning".*

Utifrån intervjuerna med MAS:ar och områdesansvariga sjuksköterskor stämmer ovanstående text väl in på verkliga förhållanden. Den grupp palliativa patienter som har en önskan att dö i sina egna hem upplevs ha ökat med åren. Det är alltid läkare (via landstingets vårdcentraler eller sjukhus) som fattar det s.k. palliativa beslutet. Därefter finns det två grupperingar beroende på patientens diagnos, 1) de som har cancerdiagnos och skrivs in i de olika palliativa team som finns representerade i hela länet och 2) de som har andra diagnoser.

Oavsett inskrivna i teamet eller ej finns det tre platser där de palliativa patienterna vårdas, i det egna hemmet, på särskilda boenden och på korttidsboenden. På det särskilda boendet finns det en fast läkare och ett sammanhållet team runt patienterna. På korttidsboende, som enbart finns i vissa kommuner, hamnar de patienter som inte får plats på sjukhus eller inte kan vårdas i hemmen.

För den grupp patienter som vårdas i hemmet finns det andra svårigheter eftersom de inte har tillgång till samma personella resurser. Flera av de intervjuade lyfter att det är än viktigare för denna grupp att planeringssamverkan mellan landsting och kommun fungerar, d.v.s. att brytpunktssamtal genomförts och dokumenterats samt att medicinska vårdplaner utformats. De palliativa patienterna inom de två kommunala boendeformerna har ett mer sammanhållet personalteam. Det betyder enligt de intervjuade att risken för att "hamna mellan stolarna" är störst för gruppen som inte är inskrivna i något team och vårdas i eget boende. De sköterskor och den omvårdnadspersonal som är närmast den palliativa patienten i hemsjukvården nås inte alltid av styrdokument och utbildningar, dels för att de är fler till antalet, dels för att det är hög personalomsättning. Detta betyder inte att det brister i omvårdad men kvalitetssäkringsarbetet försvåras.

Inom särskilda boenden förekommer s.k. SÄBO-ronder där varje patient har en utsedd läkare. Vissa sjuksköterskor har en samordningsroll och tar kontakt med patientens ordinarie läkare vid behov. Många olika distriktsläkare blir då inblandade och det blir därmed få palliativa patienter per läkare, vilket kan göra att den enskilde läkarens erfarenhet av palliativ vård blir ganska begränsad. Å andra sidan förbättras kontinuiteten. Från flera håll understryks att förutsättningarna är olika vid de olika vårdcentralerna. Medan vissa har en stabil bemanning av läkare och sjuksköterskor med gedigen erfarenhet, lider andra av långvariga vakanser, kortvariga vikarier med skiftande kompetens och låg grad av vårdkontinuitet.

3.3.4.1 Identifierade problem vid samverkan mellan landsting och kommun

- *Ansvarsfördelning.* Flera kommuner har problem med läkarkontinuitet på vårdcentralerna. När sjukhusvården inte uppfyller sin del i den palliativa vården blir övergången till kommunen bristfällig. Detta gör att mer ansvar läggs på sjuksköterskor och omvårdnadspersonal som upplever att de *"måste fatta beslut/ta samtal som normalt åligger läkaren eller sända tillbaka patienter till sjukhuset även om de enbart är i behov av palliativa insatser". Brytpunktssamtalet* utgör ett moment i kedjan där ansvarsfördelningen i praktiken är oklar. När dessa inte genomförs ordentligt av sjukhusvården kommer den kommunala vården inte att kunna vårda dessa patienter på rätt sätt. Dessutom är det svårt för några kommuner att veta vem som ansvarar för vad på landstingssidan. Några intervjuade menar att det är svårt att få gehör "uppåt" när de som arbetar närmast patenten påtalar brister.

- *Palliativa patienter mellan 7-18 år.* Landstinget och kommunen har ett delat ansvar för palliativ vård av barn och ungdomar mellan dessa åldrar och det finns en stor oro i flera kommuner då de uppger sig sakna kompetens för den målgruppen idag.

- *Patienter utanför de palliativa teamen.* Det saknas en smidig samverkan mellan landstinget och kommunerna för de patienter som inte är inskrivna i det palliativa teamet. Även om dessa får en god vård skulle de erhålla än bättre palliativa insatser om de var inskrivna i palliativa teamet. Att utvidga teamet till att även inkludera andra diagnoser ses som mycket positivt av de intervjuade.

- *Palliativa teamen.* De patienter som är inskriva i det palliativa teamet tas omhand genom en nära samverkan mellan kommunerna och landstingets palliativa team. De intervjuade sjuksköterskorna upplever bättre samordning, snabbare beslut och bättre vårdkvalitet för patienter inskriva i teamet. En svårighet är att de palliativa teamen endast arbetar kontorstid och kvällar. Helger och långhelger står dessa patienter utan stöd från ordinarie vårdteam.

- *Utbildning* inom palliativ vård förekommer regelbundet i ett fåtal kommuner men majoriteten av kommunerna har inte möjlighet att utbilda alla och inte samtidigt. Utbildningarna inträffar utan någon kontinuitet och kunskapsöverföring sker i de flesta fall på initiativ av kollegor och i mån av tid. Flera kommuner har intranät eller ledningssystem där avtal och ny kunskap läggs upp men det ankommer på varje sjuksköterska att efter eget initiativ, intresse och i mån av tid att ta del av dem. Det finns även kritik mot att kunskap, styrdokument och utbildningar, i den mån de finns, inte har nått alla de sjuksköterskor och undersköterskor som jobbar närmast patienten. Baspersonal påtalar ofta kompetensbrist och behov av utbildningsinsatser. Utöver utbildningsinsatser finns efterfrågan på handledning där allt från smärtlindring till existentiella frågor kan tas upp.

- *Uppföljning.* Det råder stora tveksamheter vid intervjuerna 1) om styrdokument finns och 2) om efterlevnaden följs upp och 3) vem som har ansvaret för uppföljningen. I ett fåtal kommuner sker uppföljning av skriftliga dokument regelbundet. Majoriteten menar att uppföljning sker muntligt via patienssäkerhetsberättelserna där avvikelser uppmärksammas. Men även det palliativa registret ses som ett verktyg för uppföljning och kvalitetssäkring.

3.3.5 Informationsöverföring

Det har funnits vissa problem i fråga om överföring av patientinformation inom den palliativa vården, särskilt i samband med överflyttning av patienter mellan olika vårdformer, men dessa problem var mer uttalade tidigare, då journalsystemen inte var gemensamma. Sedan några år tillbaka har Landstinget i Värmland ett enhetligt journalsystem och vårdgivare inom både öppen och sluten vård dokumenterar i samma system. Flertalet av de privata vårdcentralerna har dock ett annat journalsystem. Den nationella patientöversikten (NPÖ), som införts under de senaste åren, innebär att kommunernas distriktssköterskor kan läsa journalanteckningar från landstingets vårdenheter, vilket minskar risken för fel i informationsöverföringen. Som regel vårdplaneras dessa patienter ihop med aktuell kommun. Information till kommuner ges via Meddix[6] och telefonrapporter. Det finns endast generella regler för informationsöverföring och inga specifika rutiner för palliativa patienter. Vid intervjuerna med kommunerna påtalar flera att

[6] Meddix: IT verktyg för samordnad vårdplanering mellan landsting och kommun m.fl.

informationsöverföringen behöver förbättras från landstinget till kommunen. Det gäller i majoriteten av fallen information om att brytpunktssamtal har skett, vilken information patienten och de närstående har fått samt aktuella ordinationer. Kontigo bedömer att en bakomliggande orsak till att rätt information inte ges i flera fall är en oklar ansvarsfördelning mellan olika inblandade läkare. Om ansvarsfördelningen är tydligare fastlagd i beslutade rutiner borde dagens informationsproblem minska. Bristerna vad gäller information gäller i huvudsak patienter med annan diagnos än cancer samt cancerpatienter innan dessa är inskrivna i palliativa teamet. Detta beror på att inom det palliativa teamet finns en mer strukturerad arbetsprocess än för de patienter som inte är inskrivna (se punkt 3.2.4 ovan).

Även om det finns förbättringspotential i informationsöverföreningen påtalar majoriteten av de intervjuade att den som regel är välfungerande (förutsatt att brytpunktssamtalet genomförts).

3.3.6 Svåra gränsdragningar

En lång rad aktörer är inblandade i den palliativa vården. Som framgår av avsnitt 3.1.1 finns en övergripande ansvarsfördelning för vård och omsorg mellan landsting och kommun, vilken utgår från hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. Särskilt i den allmänna palliativa vården och den specialiserade palliativa hemsjukvården deltar många olika personalkategorier: läkare, distriktssköterskor, undersköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter med flera. Samverkan sker också mellan närliggande kommuner, bland annat under jourtid. Således möts skilda kompetensområden, perspektiv och synsätt i frågor om vård i livets slutskede.

Många tillfrågade anser det svårt att exakt ange ansvarsgränserna och betonar betydelsen av att vara flexibel och försöka lösa uppkomna problem prestigelöst och utan onödiga dröjsmål. Tiden i dessa fall är alltid knapp och en fördröjning av en åtgärd bara en dag eller två kan få mycket negativa konsekvenser, som kan göra stor skillnad för både den drabbade patienten och de närstående/efterlevande.

Ansvarsgränser mellan kommun och landsting är således i vissa fall svåra att fastställa för patienter som får insatser från både landsting och kommun. Flera intervjuade anser att problemen som regel är mindre i de små kommunerna, där personlig kännedom och geografisk närhet bidrar till smidigare kommunikation och snabbare problemlösning. Men flera anser att tydligare överenskommelser och ytterligare samverkansaktiviteter mellan kommun och landsting är nödvändiga för att utveckla den palliativa vården i länet som helhet och skapa en smidig och "gränslös" palliativ vård.

3.3.7 Samverkan inom Region Värmland

Region Värmland har bildats för att skapa förutsättningar för en hållbar tillväxt i Värmlands län genom att driva frågor om regional utveckling, tillväxtfrågor, kultur, folkbildning och kollektivtrafik i Värmland.

Ett av de större projekt som drivs handlar om äldres hälsa, där flera frågor som angränsar till palliativ vård ingår. I fråga om palliativ vård har Region Värmland kommit att få en viktig roll för kunskapsförmedling och samverkan mellan kommuner och landstinget. Organisationen har under de senaste åren arrangerat ett flertal seminarier och andra utbildningsaktiviteter kring palliativ vård, som lockat deltagare från både landsting och kommun. Förutom att förmedla kunskap innebär dessa aktiviteter en möjlighet till möten mellan vårdpersonal från olika delar av länet och bidrar även till erfarenhetsutbyte mellan olika professioner. En annan viktig roll utgör

samordningen av Palliativregistret i Värmlands län. De registreringsansvariga ute i verksamheterna får stöd och vägledning på nära håll och de bearbetningar av registerdata som görs av Region Värmland bidrar till ökad förståelse och stimulerar förbättringsarbete.

3.4 Information om vårdens kvalitet

3.4.1 Palliativregistret

Svenska Palliativregistret[7] är ett nationellt kvalitetsregister som startades 2006. Registret har ekonomiskt stöd från Socialstyrelsen och SKL. Som tidigare nämnts kan registret ses som en del av ett större kunskapsstyrningssystem, där de andra komponenterna utgörs av det nationella kunskapsstödet och det nationella vårdprogrammet. År 2014 registrerades uppgifter om drygt sextio tusen dödsfall i Sverige och täckningsgraden för registret uppges vara 68 procent av samtliga avlidna. För Värmlands del är täckningsgraden i genomsnitt 67 procent med en stor variation mellan kommunerna (se bilaga). Palliativregistret innehåller data om en rad olika aspekter av palliativ vård, bland annat detaljer kring givna ordinationer och vårdinsatser.

Socialstyrelsen har angett ett antal indikatorer för att följa upp kunskapsstödets genomslag i verksamheten och Palliativregistret redovisar huvuddelen av dessa (Tabell 1).

Tabell 1. Socialstyrelsens indikatorer för god palliativ vård. Målvärden och resultat för landstinget i Värmlands län december 2014 - december 2015. Procenttal. Antal personer i urvalet: 2063. Källa: Svenska Palliativregistret 2015.

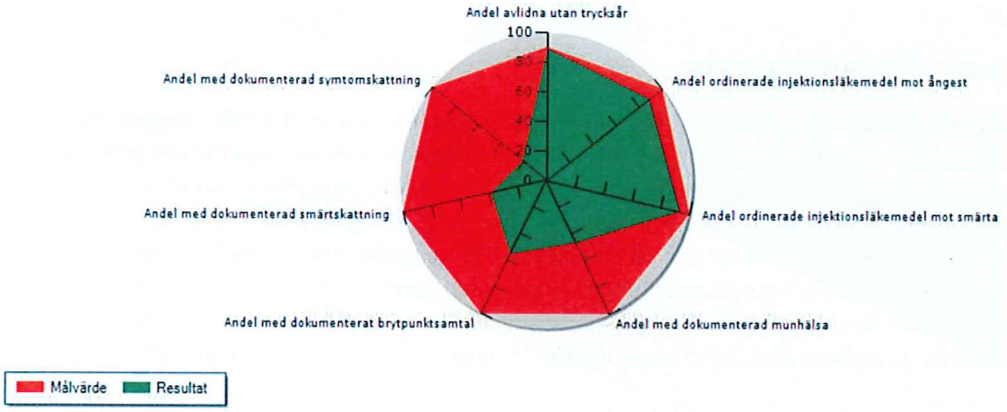
Kvalitetsindikator	*Målvärde*	*Resultat*
Andel avlidna utan trycksår	90	89,9
Andel ordinerade injektionsläkemedel mot ångest	100	86,4
Andel ordinerade injektionsläkemedel mot smärta	100	91,4
Andel med dokumenterad munhälsa	100	35,3
Andel med dokumenterat brytpunktssamtal	100	46,6
Andel med dokumenterad smärtskattning	100	22,4
Andel med dokumenterad symtomskattning	100	10,9

Den samlade bilden kan illustreras i s.k. spindelvävsdiagram för att lättare få en överblick och göra jämförelser (figur 4). Det framgår att resultaten i förhållande till målnivåerna är mycket skiftande. Totalt sett är Värmlands utfall något under riksgenomsnittet. Styrkeområden för Värmland är den höga andelen patienter med frånvaro av trycksår samt s.k. vidbehovsordination av injektionsläkemedel (mot ångest resp. smärta) där måluppfyllelsen ligger mycket nära målvärdet. Utfallet för riket som helhet i fråga om övriga indikatorer ligger dock långt under målvärdena (figur

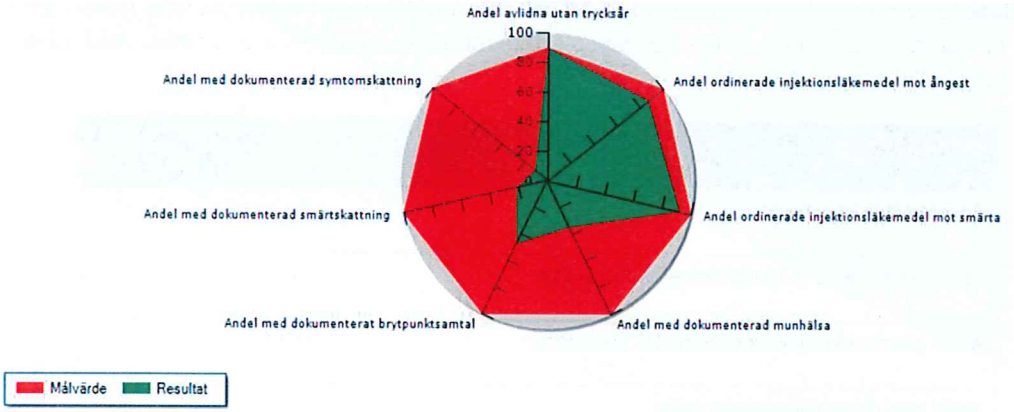
[7] www.palliativ.se.

4, övre diagrammet) och för Värmlands del ännu lägre (undre diagrammet). Här framträder brister i bland annat dokumentation av symptomskattning, munhälsobedömning och brytpunktssamtal.

Riket

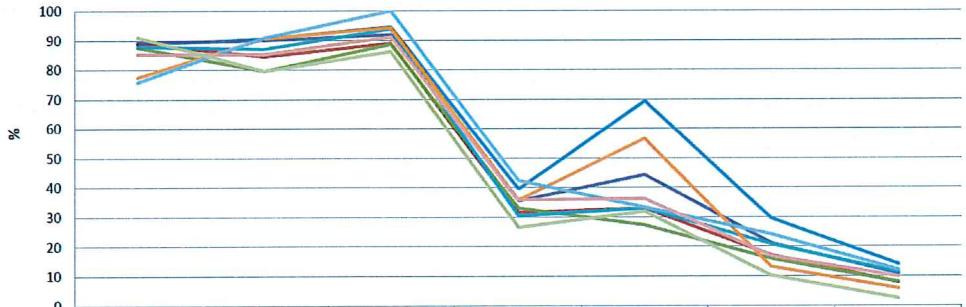


Värmlands län



Figur 4. Socialstyrelsens indikatorer för palliativ vård. Period januari – december 2015. Spindelvävsdiagram där resultat (måluppfyllelse) anges med grönt och målvärdet med rött. Med målvärde menas den nivå som det i nuläget är rimligt att sträva mot. Jämförelse mellan riket (övre diagram) och Landstinget i Värmland (nedre diagram). Styrkeområden för Värmland är frånvaro av trycksår samt "vid behovsordination" av läkemedel mot ångest resp. smärta. Utfallet för riket för övriga indikatorer ligger långt under målvärdena och för Värmland ännu lägre. Källa: Svenska Palliativregistret, Realtidsrapport. Antal personer i urvalet: 50325 (riket) resp. 1798 (avser mantalsskrivna i Värmlands län).

Generellt sett uppvisar de patienter som varit inskrivna i palliativa teamen eller annan specialiserad palliativ vård bättre utfall i dessa jämförelser. Görs en uppdelning av resultaten och jämför olika patientgrupper framträder också ett tämligen tydligt mönster: patienter med cancerdiagnos har ett något mer positivt utfall än övriga diagnosgrupper (Figur 5). Det gäller särskilt andelen med dokumenterat brytpunktssamtal.



	Andel avlidna utan trycksår	Andel ordinerade injektionsläkemed el mot ångest	Andel ordinerade injektionsläkemed el mot smärta	Andel med dokumenterad munhälsa	Andel med dokumenterat brytpunktsamtal	Andel med dokumenterad smärtskattning	Andel med dokumenterad symtomskattning
Cancer	88,7	90,5	94,5	39,6	69,4	29,6	14
Hjärtsjukdom	88,9	84,4	88,9	31,5	33	17,1	7,8
Lungsjukdom	87,5	79,5	88,6	33	27,3	15,9	8
Demens	89,2	90	91,9	35,5	44,4	21,2	10,8
Stroke	87,8	87	93,9	30,4	33	20,9	11,3
Diabetes	77,4	90,6	94,3	35,8	56,6	13,2	5,7
Fraktur	75,8	90,9	100	42,4	33,3	24,2	12,1
Multipel	85,2	85,2	91,1	35,9	36,2	16,9	9,8
Övrigt	91	79,5	86,1	26,5	31,9	10,2	2,4

Region Värmland

Figur 5. Jämförelse av indikatorutfall för olika sjukdomsgrupper inom palliativ vård, Värmlands län, januari - oktober 2015. Procenttal. Källa: Palliativregistret. Bearbetning av data: Region Värmland.

Dessa jämförelser bör dock tolkas med stor försiktighet och kan inte betraktas som en enkel metod att "mäta vårdkvalitet". Dels ingår endast cirka 2 av 3 avlidna patienter, dels täcker indikatorerna endast vissa aspekter av vården. Det bör också observeras att samtliga här redovisade data bygger på egenrapportering till kvalitetsregister eller egna datalager. En djupare granskning av datakvalitet kräver valideringsstudier genom samkörning av andra registerdata och/eller journalgranskning. Detta har inte varit möjligt inom ramen för denna granskning, som inte utgör någon medicinsk revision. De beskrivna resultaten ger dock en bild av generella problem och de aktuella utvecklingsbehoven i stort.

3.4.2 Övrig vårdstatistik

Med data från Patientregistret och Dödsorsaksregistret redovisar Socialstyrelsen uppgifter om andelen döda som skrivits in två eller flera gånger i sluten vård under de sista 30 dagarna i livet. Detta mått kan användas för att belysa skillnader mellan länen i förmåga att tillgodose palliativa patienter och undvika icke önskvärda byten av vårdgivare i livets slutskede. För Värmlands del var denna siffra 8,8 procent år 2013, vilket ligger nära riksgenomsnittet (8,4 procent). Se bilaga 6.3! Enligt senaste redovisningen på Vården i siffror (januari 2016) hade Värmlands siffra minskat till 7,6 procent (riksgenomsnitt 8,2 procent).

3.4.3 Erfarenheter från Patientnämnden

Patientnämnden i Landstinget i Värmland har på Kontigos förfrågan tagit fram uppgifter kring de nämndärenden, som på ett eller annat sätt har koppling till palliativ vård. Under en 12 månaders period 2014 – 2015 kunde tre ärenden identifieras.

Ett ärende handlade om brist på samarbete mellan kommunens distriktsköterska och palliativa teamet, ett annat om brist på kommunikation mellan hemtjänst, kommunens distriktsköterska och palliativa teamet. Det tredje ärendet rörde brist på kommunikation mellan slutenvården och kommunens biståndsbedömare i samband med vårdplanering på sjukhuset.

Dessa fall visar att det finns aktuella klagomål som berör samverkan i den palliativa vården. Enligt företrädare för Patientnämnden talar dock det låga antalet ärenden i relation till det stora antalet patienter som är berörda (uppskattningsvis runt tusen personer och ett ännu större antal vårdtillfällen) för att det uttryckta missnöjet inom detta område är förhållandevis litet jämfört med andra vårdområden.

4 Svar på revisionsfrågorna

Granskningen har lett fram till följande svar på revisionsfrågorna:

1. *Vilka avtal och överenskommelser finns mellan Landstinget i Värmland och berörda kommuner?*

Alla kommuner har någon form av överenskommelse med landstingets primärvård. Dessa innehåller ett kortare eller längre textavsnitt och avser den palliativa vård, som ges då patienten vistas i hemmet eller kommunalt boende. Huvudsakligen avtalas här formerna för läkarmedverkan, rutiner för läkemedelsordinationer och kontakt med läkare under ordinarie tid och under jourtid. Några kommuner har mycket tydliga och innehållsrika styrdokument.

2. *Vilka styrdokument har landstinget respektive kommunerna utfärdat till sina respektive verksamheter?*

Landstinget har inget aktuellt övergripande styrdokument för palliativ vård som helhet och det tidigare framtagna förslaget om utvecklingsplan har inte följts av ett tydligt strategiskt inriktningsbeslut (se revisionsfråga 5). Under senare år har landstinget dock vidtagit flera åtgärder, som syftar till vidareutveckling av de palliativa vårdinsatserna inom landstinget. En viktig signal är beslutet i landstingsstyrelsen att godkänna rekommendationerna från Samverkansnämnden, och skrivningen i landstingsplanen, om att det nationella kunskapsstödet för god palliativ vård ska implementeras i landstinget. *Inom kommunerna* finns det en stor variation mellan de olika kommunernas ambitioner och även stor variation i fråga om medicinskt ansvariga sjuksköterskors och områdesansvariga sjuksköterskors roller. Det enda gemensamma avtalet är mellan kommun och vårdcentral. Kontigo har identifierat fyra kategorier av kommuner: 1) de som har flera styrdokument och ett mer sammanhållet vårdprogram; 2) de som har utarbetat styrdokument men som inte är lika tydligt sammanhållet; 3) de som nu omarbetar/uppdaterar sina styrdokument samt 4) de kommuner som inte alls har några skriftliga styrdokument.

3. *Vilken instans har beslutat om styrdokumenten?*

För landstingets del har landstingsstyrelsen fattat beslut om den politiska viljeinriktningen och HCL i fråga om vissa strategiska beslut, bland annat kring de palliativa teamen och palliativa vårdplatser.

De intervjuade i kommunerna menar att det är socialchefer och verksamhetschefer som ytterst har ansvaret för de få vårdprogram som finns. I de fall styrdokument och rutiner finns, har dessa enligt uppgift tagits fram av kommunens MAS, varefter kommunstyrelsen alternativt socialnämnden fattat beslutat om dem.

4. *Hur bedrivs arbetet i verksamheterna och överensstämmer det med vad som avtalats och vad som framgår av beslutade styrdokument?*

Landstingsstyrelsens och HCLs intentioner att verksamheterna ska implementera det nationella kunskapsstödet förefaller ha fått ett betydande genomslag inom den specialiserade palliativa

vården. I fråga om samverkan och informationsöverföring mellan kommun och landsting är bilden mer skiftande.

Alla kommuner har samverkansavtal med landstinget men dessa är i flera fall mycket summariska och innehåller som regel inte några hänvisningar till nationella riktlinjer och vårdprogram. Det är därför tveksamt om nya rön och nationellt framtagna inriktningsdokument fått genomslag och nått fram till den direkta patientvården.

Region Värmland är en gemensam utvecklingsorganisation, som skapats gemensamt av landstinget och kommunerna i länet. Organisationen har genomfört en rad utbildningar och samverkansmöten av olika omfattning, vilka förefaller ha uppskattats av deltagarna och medfört en kompetenshöjning. Kontigos intryck är att Region Värmland etablerat sig som en viktig samverkansaktör, inte minst för att förbättra uppföljning och för att sprida kunskap om god palliativ vård. Vi kan dock se en viss risk att vårdhuvudmännen "lutar sig tillbaka" och väntar på initiativ från Region Värmland. Vi anser därför att roller och ansvar i fråga om kunskaps- och kompetensutveckling bör beskrivas tydligare.

Kontigo bedömer att sjuksköterskor och omvårdnadspersonal prioriterar de palliativa patienterna och anstränger sig för att täcka upp för eventuella brister i fråga om styrning. Dessa brister är bland annat svårighet att få kontakt med en läkare, speciellt vid vårdcentraler utan fast läkare. Frågan om arbetet överensstämmer med vad som avtalats är svårare att besvara eftersom det antingen saknas beslutade styrdokument eller att dessa är mycket kortfattade och inte täcker alla delar av den palliativa vården.

5. *Har ansvariga styrelser och nämnder följt upp om avtal och andra styrdokument efterlevs?*

För Landstingets del har enskilda direktiv och beslut följts upp förhållandevis regelbundet. Sjukhusutskottet har följt upp palliativa rådets verksamhet flera gånger under de senaste två åren, och rådet har även rapporterat i Landstingsstyrelsens arbetsutskott. Det finns dock ett viktigt undantag: utvecklingsplanen, som var ett förslag från Palliativa rådet 2008, har en otydlig status idag och trots att den finns på hemsidan förefaller inte någon av flera tillfrågade veta om den följts upp eller vem som har ansvaret för en uppdatering.

Alla kommuner följer inte upp samverkansavtalen med vårdcentralen regelmässigt. Övriga styrdokument följs upp löpande via muntlig kommunikation "när det behövs" och/eller då avvikelser syns i patienssäkerhetsberättelserna. Även det palliativa registret ses som ett viktigt uppföljningsverktyg och kvalitetssäkringsinstrument.

6. *Bedöms styrelsernas och nämndernas styrning, uppföljning och interna kontroll vara tillräcklig för att säkerställa ändamålsenliga arbets- och samverkansformer mellan huvudmännen samt mellan huvudmännens olika enheter?*

Under lång tid var den palliativa vården relativt svagt utvecklad i vårt land. Under de senaste decennierna har det dock skett betydande framsteg, bland annat genom utformande av nationella kunskapsdokument, skapande av kvalitetsregister, inrättande av professurer i palliativ medicin och öronmärkta satsningar i flera landsting. Inte desto mindre finns påtagliga brister, som både framkommer i de nämnda kunskapsdokumenten och genom rapporter från Palliativregistret.

Kontigos samlade bedömning är att styrningen av den palliativa vården i Värmlands län uppvisar både styrkor och svagheter. Bland styrkeområden på landstingssidan bör framhållas ett synbart intresse på högsta politiska nivå för kunskapsstyrning och de beslut kring nationellt kunskapsstöd

som fattats. Kunskapsutbytet inom den samverkan som Region Värmland etablerat bör också nämnas. Andra starka sidor är att det finns ett flertal eldsjälar, inom både landstinget och kommunerna, som brinner för att förbättra verksamheten samt att informationen i Palliativregistret används för att utveckla olika aspekter av den palliativa vården.

En framträdande svaghet är frånvaro av ett tydligt gemensamt strategidokument inom området, och därmed otydlighet om ansvarsfördelning och planer för fortsatt utveckling. De olika aktörernas roller är delvis oprecisa, inklusive det Palliativa rådets mandat och Region Värmlands fortsatta roll. En annan svaghet är ett synbart varierande driv i frågorna bland kommunerna, där dagens synsätt - en högkvalitativ palliativ vård oavsett ålder och diagnos - inte verkar ha slagit igenom på alla håll.

Det finns gällande samverkansavtal mellan landstinget och samtliga länets kommuner men dessa är i sin nuvarande utformning inte tillfyllest för att säkerställa en högkvalitativ palliativ vård i den mening som beskrivs i det nationella kunskapsstödet. Den övergripande inriktningen och målsättningen är inte gemensamt överenskommen och den samverkan som bedrivs idag är i sig inte tillräcklig för att åstadkomma en god palliativ vård utifrån dagens synsätt.

Ofta nämns att landstinget ansvarar för den specialiserade palliativa vården medan kommunernas ansvar främst gäller allmän palliativ vård. Vår granskning tyder på att detta är en förenkling, som kan behöva nyanseras: som regel är båda parter förr eller senare inblandade i ett vårdförlopp, och patienterna flyttas inte sällan mellan de olika vårdnivåerna. Det är därför viktigt att de verksamma på båda sidorna känner till förutsättningarna inom andra vårdformer och –enheter och att det finns hög palliativ kompetens i båda fallen. Detta är än mer väsentligt när ambitionerna för den palliativa vården ska höjas samt omfatta fler diagnoser.

Resultaten från Patientnämnden talar för att de svagheter som finns inte uppmärksammas av patienter och närstående eller att benägenheten att anmäla är låg inom detta område.

Kontigo ser att det finns vissa brister i informationsöverföringen mellan olika vårdgivare men bedömer att detta i nuläget inte utgör det största problemet för den palliativa vården i Värmland. Utifrån gjorda intervjuer finns ett antal viktiga framgångsfaktorer för att utveckla den palliativa vården i Värmland. De flesta tillfrågade betonar vikten av *personligt engagemang* och betydelsen av *eldsjälar* som inspiratörer. Andra framhåller betydelsen av genomgången *vidareutbildning* inom palliativ vård men också att kompetens skapar engagemang och vice versa. Ytterligare framgångsfaktorer är *lokalmässig närhet* och *personlig kännedom* mellan de parter som ska samverka eller samordna sina insatser.

Kontigo bedömer att dessa faktorer bidragit till att samverkan i den palliativa vården trots allt fungerar förhållandevis väl på lokal nivå - trots att det från politiskt håll föreligger brister i styrning och uppföljning. Vi anser att en tydlig ansvarsfördelning mellan aktörerna likväl är en viktig grundbult för att undvika problem med att "saker faller mellan stolarna". De beskrivna bristerna i dokumentation beträffande brytpunktssamtal, munhälsobedömning och symptomskattning kan sannolikt till stor del tillskrivas oklara ansvarsförhållanden och/eller rutiner. Brytpunktssamtal med tillhörande palliativt beslut är här av särskilt stor betydelse.

Genom förbättrade rutinbeskrivningar bör bristerna i informationsöverföring kunna rättas till, inte minst vad gäller överflyttning av patienter mellan vårdgivare. Å andra sidan får alltför fastnaglade bestämmelser inte utgöra ett hinder för flexibilitet och kreativa lösningar när den aktuella situationen så kräver. Denna patientgrupp har kort förväntad överlevnad och endast ett par dagars fördröjning av en åtgärd kan få mycket negativa konsekvenser.

Kompetensen i allmän palliativ vård förefaller varierande både inom sjukhusvården, i landstingets primärvård och i den kommunala vården och omsorgen. Många av de verksamma inom sjukhusvården uppfattar palliativ vård som en extra uppgift utöver det ordinarie arbetet, som de inte har tillräcklig kompetens för. Intresset för palliativ vård från enskilda läkare upplevs som skiftande och många har begränsad egen erfarenhet av denna typ av vård. Eftersom all vårdpersonal, även i akutvården, kommer i kontakt med patienter i palliativt skede finns det behov av att säkerställa en minimikompetens och en gemensam grundsyn. Det finns stora skillnader i vad som erhållits i grundutbildningarna liksom brister i kompetens hos flera som är utbildade i andra länder. Vi anser det därför högst rimligt att all personal som är direkt involverade i patientvården har en miniminivå av kunskap om palliativa vårdprinciper, vilket skulle kunna ingå i introduktionsutbildningarna – på samma sätt som dessa omfattar exempelvis vårdetik, sekretessfrågor och brandskydd.

7. Om granskningen påvisar brister, vilka åtgärder behöver vidtas?

Kontigo anser att huvudmännens, och de ingående verksamheternas, samverkan inom palliativa vården i Värmland behöver fastare former. Dels behövs utvecklade samverkansavtal mellan primärvården och kommunerna inom den allmänna palliativa vården, dels krävs förbättringar i den allmänna palliativa vården som ges på sjukhusen. Tydligare beslut krävs när det gäller utbyggnaden av de palliativa teamen och det palliativa rådets fortsatta uppdrag och rapporteringsvägar. Motiv för detta är att ett aktuellt och övergripande strategidokument saknas, och att de strategiska linjerna är oklara för flera tillfrågade. Mot bakgrund av de svagheter som granskningen påvisat lämnar Kontigo ett antal rekommendationer – se följande kapitel!

5 Samlad bedömning och rekommendationer

Den övergripande revisionsfrågan är om Landstinget i Värmland och kommunerna – utifrån sina respektive ansvar och uppdrag – har inrättat arbets- och samverkansformer samt rutiner för informationsöverföring, i syfte att tillgodose berörda patienters behov av palliativ vård och omsorg i livets slutskede.

Utifrån genomförd granskning är Kontigos samlade bedömning att Landstingsstyrelsen i Värmland genom styrning, uppföljning och intern kontroll, till viss del har säkerställt att det finns rutiner och avtal som syftar till en ändamålsenlig palliativ vård respektive omsorg i livets slutskede. Det gäller särskilt den specialiserade palliativa vården för cancerpatienter. Granskningen tyder dock på att det finns en stor förbättringspotential i fråga om palliativa insatser för övriga diagnosgrupper samt palliativ vård under jourtid. Landstinget har på senare tid vidtagit åtgärder i syfte att både bygga ut och utveckla den palliativa vården i sin helhet. Detta är välmotiverat med hänsyn till både den aktuella behovsbilden och det förväntade ökande antalet patienter, som kommer att vara i behov av samordnade palliativa insatser under kommande år.

För kommunstyrelserna och ansvariga nämnder i de 16 granskade kommunerna är resultatet av granskningen skiftande. Flera kommuner har fattat viktiga framsynta beslut och vidtagit konkreta åtgärder i syfte att förbättra den palliativa vården i kommunerna men i andra fall saknas en uttalad politisk viljeinriktning. Beskrivningar av läget inom respektive kommun återfinns i de bifogade kommunbilagorna, som bifogas denna rapport.

Utifrån genomförd granskning lämnar Kontigo följande rekommendationer:

- Landstinget i Värmland föreslås att tillsammans med länets kommuner utforma en övergripande plan för utveckling av den palliativa vården utifrån dagens kunskapsläge och synsätt.

- Landstinget och länets kommuner bör gemensamt utforma enhetliga överenskommelser för samverkan inom palliativ vård. Landstinget bör utse en lämplig tjänsteman som ansvarig för att bistå vårdenheterna i detta avseende.

- Landstinget och kommunerna bör överväga gemensamma åtgärder i syfte att åstadkomma ett generellt kompetenslyft inom allmän palliativ vård. En första punkt kan vara en utbildningssatsning för berörda läkare inom både sjukhusvården och landstingets primärvård, med särskild inriktning på att höja kompetensnivån i fråga om brytpunktssamtal. Det är lämpligt att samordna en sådan satsning med utbildnings-aktiviteter i kommunerna, vilket i så fall bör beslutas av respektive kommun.

- Huvudmännen föreslås vidta åtgärder för att öka täckningsgraden för Palliativregistret, i syfte att ge bättre underlag för förbättringsarbete och göra kvalitetsjämförelser mer tillförlitliga. Detta är särskilt angeläget inom de vårdenheter i länet som hittills uppvisat den lägsta registreringsfrekvensen.

6 Bilagor

6.1 Förteckning över granskade dokument

6.1.1 Landstinget i Värmland

Dokument	*Utfärdare*	*Årtal*
Kunskapsstöd för god pallaitiv vård i livets slutskede	Socialstyrelsen	2013
Nationellt vårdprogram för palliativ vård	RCC i samverkan	2012
Förslag till anslutningskriterier för specialiserad palliativ vård	Arbetsgrupp (Eva Dahlén m.fl)	2015
Ändring i HCL: s protokoll från den 5 februari 2014, LK/140345, § 48	Hälso- och sjukvårdsledningen	2014
Minnesanteckningar 1 september 2014	Palliativa rådet	2014
Minnesanteckningar 26 okt 2015	Arbetsgrupp utbildning palliativ vård LiV	2015
Skrivelse från strategigrupp 18 sept 2013	Strategigrupp för god palliativ vård	2013
Protokoll HCL 2014-02-19 LK/140039	Hälso- och sjukvårdsledningen	2014
Projektplan - Specialiserad palliativ vård, 2015-11-16	Projektledare Monika Carlsson	2015
Uppdragsbeskrivning projekt Specialiserad palliativ vård, 2015-09-09	Hälso- och sjukvårdschefen	2015
Utvecklingsplan palliativ vård i Värmland	Palliativa rådet (dåvarande)	2008
Uppdrag om lokalt vårdprogram enligt vårdprogramprocessen gällande Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede (ledningsdirektiv) LK/140344	Centrum för klinisk forskning	2013
Ordinationer Palliativ vård i hemmet (rutin)	Divisionschefen Allmänmedicin	2013
Förslag barnkonsultsjuksköterska	Arbestgrupp palliativ vård etc. ...i hemmet	2015

6.1.2 Kommunerna

Dokumenten framgår av kommunbilagorna.

6.2 Förteckning över intervjuade personer

6.2.1 Landstinget i Värmland samt Region Värmland

Namn	Roll/arbetsuppgift
Yvonne Lennemyr	Kanslichef, Region Värmland
Fredrik Larsson	Ordförande Landstingsstyrelsen i Värmland
Elisabeth Kihlström	Ledamot Landstingsstyrelsen, ordförande sjukhusutskottet.
Åsa Wallén	Tidigare samordnare, Region Värmland
Marinette Moberg	Verksamhetschef CSK onkologi, ordförande Palliativa rådet
Monika Carlson	Vårdutvecklare, ingår i styrgrupp
Cristina Jönsson	Samordnare palliativ vård inom landstinget
Hanne Guro Hauge	Verksamhetschef , Medicinkliniken, Arvika

Maria Norén Eriksson	Verksamhetschef, Kirurgiska kliniken, Arvika
Rolf Marling	Allmänläkare, enhetschef VC Verkstaden, Arvika
Mia Mossberg	Verksamhetschef., Vårdcentralerna i västra Värmland
Lars Högblom	Kanslichef, Patientnämnden i Värmland
Linnea Grankvist	Samordnare, Region Värmland
Göran Karlström	Läkare, ansvarig för handlingsplan palliativ vård 2008
Ann-Catrine Johansson	Allmänläkare, Vårdcentralen Sunne
Elisabet Myrén	Avdelningschef, Barn- och ungdomsmedicinkliniken, CSK
Madelene Johanzon	Allmänläkare, verksamhetschef Primärvård Västra Karlstad
Eva Bergquist	Verksamhetschef Primärvård Karlstad Östra, T.f. divisionschef primärvård LiV

6.2.2 Kommunerna

Kommun	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Områdesansvarig sjuksköterska (motsv.)
Arvika	Marianne Juhlén	Eva Dahlberg
Eda	Anna-Lena Bryntesson	Annika Karlsson
Filipstad	Monica Löfgren-Larsson	Marie Berggren
Forshaga	Ing-Marie Fritzson	Katrin Lindqvist
Grums	Ewa-Lena Magnusson	Susanne Gaard
Hagfors	Isa Nyberg	Maud Wallin,
Hammarö	Ulla-Britt Abrahamsson	Marie Fredriksson
Karlstad	Linda Rågård	Carina Larsson .
Kil	Annika Nilsson	Barbro Olsson
Kristinehamn	Elisabeth Almén Larsson	Maud Stål
Munkfors	Inger Sjöström	Eva-Lena Asplund
Storfors	Hans Bertil Hermansson	Henrietta Hagman
Sunne	Ulla Engström	Annika Persson
Säffle	Sylvia Nilsson	Gunilla Johansson
Torsby	Susanne Aristidou	Ann Jakobsson
Årjäng	Carina Fredriksson	Eva Andreasson

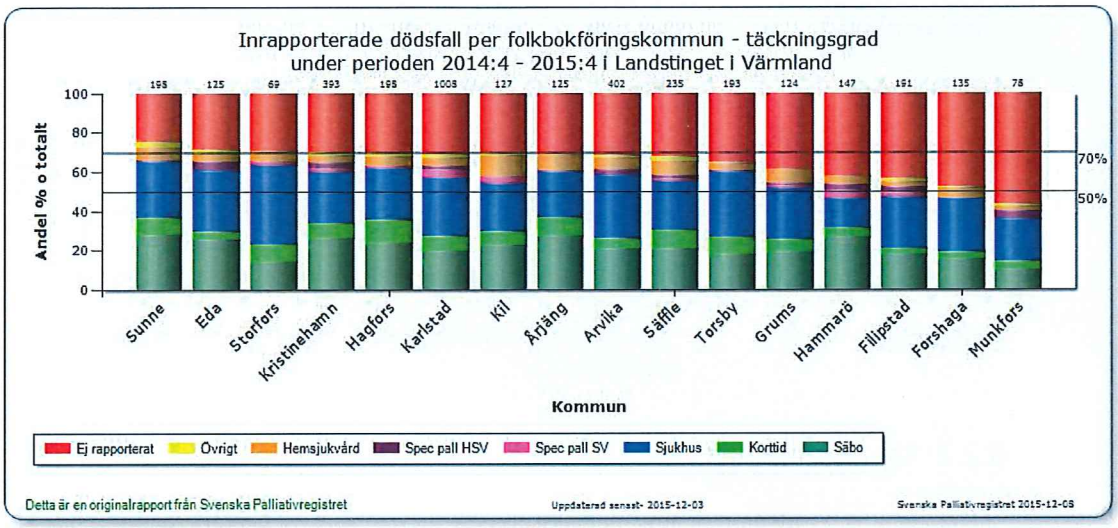
Dessutom intervjuades följande politiskt förtroendevalda i kommunerna, vilka också deltog i den workshop som anordnades inom ramen för granskningen:

Berti Hagelin, ordförande i Vård- och omsorgsnämnden, Forshaga kommun.

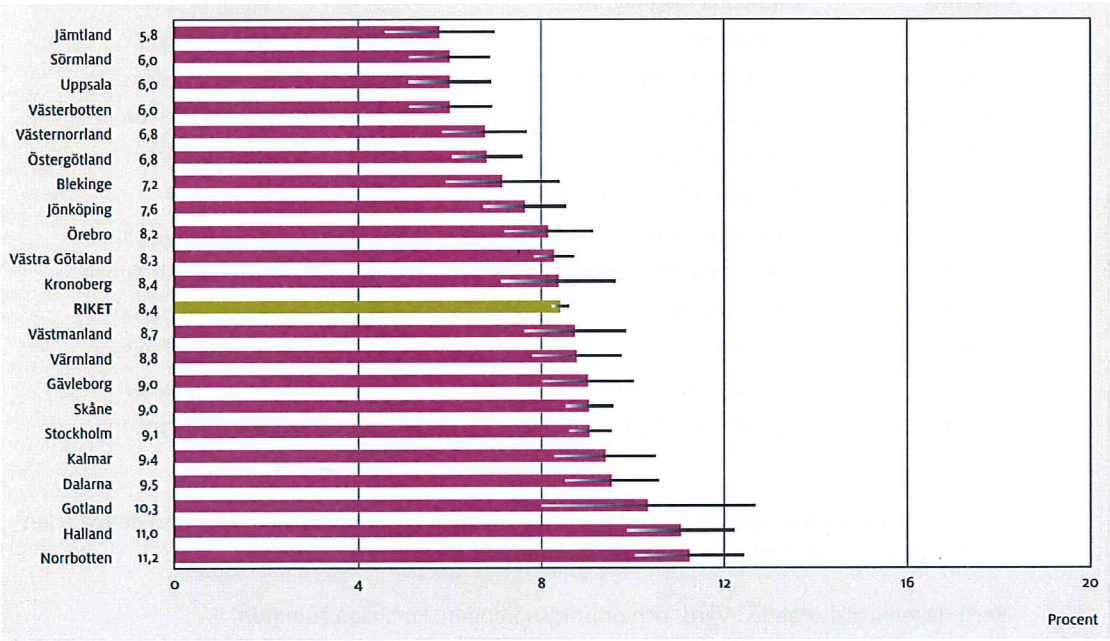
Peter Pettersson, ordförande i Socialnämnden, Kils kommun.

Sten Fransson, ordförande i Kommunstyrelsen samt utskottet Vård och omsorg, Arvika kommun.

6.3 Kompletterande resultat



Figur 6. Palliativregistrets täckningsgrad i olika kommuner december 2014- december 2015. Källa: Svenska Palliativregistret.



Figur 7. Andel patienter som återinskrivits två eller fler gånger i slutenvård de sista 30 dagarna i livet, 2013. Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

6.4 Kommunbilagor

För följande kommuner har kommunbilagor med underlagsmaterial tagits fram. Dessa 16 dokument bifogas denna rapport liksom en motsvarande bilaga, som avser Landstinget i Värmland.

1. Arvika kommun
2. Eda kommun
3. Filipstad kommun
4. Forshaga kommun
5. Grums kommun
6. Hagfors kommun
7. Hammarö kommun
8. Karlstad kommun
9. Kil kommun
10. Kristinehamn kommun
11. Munkfors kommun
12. Storfors kommun
13. Sunne kommun
14. Säffle kommun
15. Torsby kommun
16. Årjäng kommun